



CONCELLO DE VIGO



CONVENIO ENTRE A UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE
COMPOSTELA E O EXCMO. CONCELLO DE VIGO PARA A
REALIZACION DUN "ESTUDIO EPIDEMIOLÓXICO SOBRE
DROGODEPENDENCIAS E OUTRAS ADICCIÓNS EN XOVES DE 14 A
21 ANOS NA ÁREA DE VIGO"

VOLUMEN 5

**PROPUESTA DE MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL
DEL CONSUMO DE LAS DROGAS LEGALES (ALCOHOL Y
TABACO), ILEGALES (CANNABIS, COCAÍNA, DROGAS DE
SÍNTESIS, ETC.) Y DE LAS ADICIONES COMPORTAMENTALES,
EN FUNCIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ESTUDIO
EPIDEMIOLÓGICO SOBRE DROGODEPENDENCIAS Y OTRAS
ADICIONES EN LOS JÓVENES DE 14 A 21 AÑOS DE LA CIUDAD
DE VIGO**

Elisardo Becoña Iglesias
Universidad de Santiago de Compostela
Facultad de Psicología

**ESTUDIO FINANCIADO POLA
FUNDACIÓN PEDRO BARRIÉ DE LA MAZA**

Noviembre de 2005

ÍNDICE

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Introducción..... | 4 |
| 2. Análisis de la situación en la ciudad de Vigo..... | 9 |
| 2.1. Estudios previos..... | 9 |
| 2.2. Presente estudio..... | 14 |
| 2.2.1. Prevalencia del consumo de drogas (legales e ilegales)..... | 14 |
| 2.2.2. Prevalencia de las adicciones comportamentales..... | 22 |
| 2.2.3. Los factores de riesgo y protección y el consumo o no de drogas..... | 24 |
| 2.2.4. El botellón en los jóvenes de 14 a 21 años de Vigo..... | 32 |
| 2.2.5. Los factores de riesgo y protección en relación con las adicciones comportamentales..... | 35 |
| 2.2.6. La predicción del consumo de drogas y de las adicciones comportamentales considerando a un tiempo todos los factores de riesgo y protección analizados en el presente estudio mediante análisis multivariado..... | 37 |
| 3. Abordajes para la prevención y control del consumo abusivo de drogas (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, drogas de síntesis, etc.) y problemas con las adicciones comportamentales en jóvenes..... | 42 |
| 3.1. Nivel legislativo y de cumplimiento de normas..... | 42 |
| 3.2. Nivel educativo..... | 43 |
| 3.2.1. En la familia..... | 44 |
| 3.2.2. En la escuela..... | 45 |
| 3.2.3. En las instituciones sociales..... | 46 |
| 3.3. Nivel social, comunitario y de medios de comunicación de masas..... | 47 |
| 3.4. Nivel preventivo..... | 51 |
| 3.4.1. En la escuela (estudio en profesores)..... | 51 |
| 3.4.2. En la familia (estudio en madres)..... | 59 |
| 3.5. Nivel asistencial..... | 62 |
| 4. Algunas acciones que se proponen para la prevención y control del consumo abusivo de drogas y adicciones comportamentales en jóvenes en función de los resultados del presente estudio..... | 62 |
| 4.1. Cómo organizar la prevención y el control del consumo abusivo..... | 62 |
| 4.2. Acciones concretas a realizar..... | 65 |
| 4.2.1. Acciones informativas y educativas para los jóvenes, | |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| padres y población en general..... | 66 |
| 4.2.2. Acciones preventivas para los jóvenes y para sus padres..... | 66 |
| 4.2.3. Acciones encaminadas al cumplimiento de las normativas existentes sobre el no consumo de alcohol, tabaco, cannabis, etc., en los menores y/o mayores de edad..... | 68 |
| 4.2.4. Acciones de potenciación del ocio y tiempo libre dirigido a los jóvenes donde el objetivo sea la mejora de la calidad de vida y una diversión sana sin alcohol ni drogas..... | 69 |
| 4.2.5. Cribaje de grupos y personas en alto riesgo para realizar con ellos acciones puntuales y específicas para que su consumo abusivo no se convierta en un consumo de alto riesgo o de dependencia de las distintas drogas o adicciones comportamentales..... | 70 |
| 4.2.6. Conseguir la colaboración de la industria hostelera y del tiempo libre..... | 71 |
| 4.4. Agentes intervinientes..... | 72 |
| 5. Referencias bibliográficas..... | 73 |

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) como de algunas ilegales (ej., cannabis, cocaína, drogas de síntesis, etc.) se ha extendido en nuestra sociedad de modo amplio en las últimas décadas. Este es un fenómeno nuevo en la perspectiva histórica y nunca tuvimos los niveles de consumo tan altos como los que existen en el momento presente. De igual modo, el surgimiento de las adicciones comportamentales, como son buenos ejemplos la adicción a los juegos de azar, los compras, el teléfono móvil, internet, etc., es algo nuevo que desconocíamos hace pocos años.

Ningún país desarrollado ha quedado atrás en el surgimiento de estos problemas, tal como lo reflejan distintos estudios, encuestas y la propia realidad clínica de las personas que acuden en busca de ayuda cuando el problema les ha desbordado o les está produciendo graves consecuencias en su salud física, en su salud mental, en su trabajo, en la vida familiar, en su economía, etc. (Kendler et al., 2000).

Para ejemplificar lo anterior veamos lo que ha ocurrido en los últimos años con el consumo de alcohol. En Galicia, como en otras comunidades de España y de los países del entorno, el consumo clásico de las personas ha sido el vino y, para las ocasiones, bebidas fermentadas autóctonas (ej., el aguardiente, coñac, ...). En las últimas décadas se han introducido otras formas de consumo, o se han generalizado otras que eran minoritarias. Nos referimos a la cerveza y a los licores, especialmente las bebidas de alta graduación y en formas de fermentados foráneas, como el whisky, el vodka, etc. Al mismo tiempo, en los últimos años, ha surgido un nuevo fenómeno que para nosotros era desconocido: el cambio en los patrones de consumo. Mientras que el llamado consumo mediterráneo de alcohol se centraba fundamentalmente en el vino, en dosis bajas, pero diarias, los nuevos patrones de consumo que han surgido en estos últimos años en jóvenes son radicalmente distintos, y casi idénticos al patrón de consumo anglosajón: consumo de bebidas de alta graduación (y foráneas a nuestra cultura de consumo tradicional de alcohol), sólo en fin de semana, en cantidades altas y abusivas, en muchos casos con el único objetivo de conseguir en poco tiempo la embriaguez (Lorenzo, 2005). A ello se añade en los últimos años el fenómeno del "botellón", que se ha ido extendiendo a lo largo de la década de los años 90 por ciudades y pueblos sin parar hasta llegar a la situación actual, donde se ha generalizado por toda la geografía nacional (Calafat et al., 2005). El botellón se caracteriza por el consumo de bebidas en la calle, plazas, zonas porticadas, etc., por parte de jóvenes, muchas veces menores de edad, conseguidas a bajo coste en supermercados o de su propia casa que, mezcladas con bebidas sin alcohol, permite conseguir muchas dosis a partir de un litro de una bebida alcohólica de alta graduación. Este nuevo patrón de consumo

acarrea nuevos problemas y exige abordajes innovadores para afrontar los mismos así como tomar medidas para preservar la salud de las personas que se pueden ver afectadas por este nuevo tipo de consumo. Pero esto no ocurre únicamente con el alcohol. Pasa lo mismo con el tabaco (Becoña, 2005c), el cannabis (Grupo de Estudios sobre el Cannabis, 2004), las drogas de síntesis (Rodríguez et al., 2003; Sáiz et al., 2003), etc.

Para entender en su justa medida por qué ocurre esto hay que tener presente varios elementos que nos permitirán mejor comprender esta situación. Algunos de ellos son que los actores son jóvenes, están en la juventud y tienen la necesidad de descubrir el mundo, el ocio y el tiempo libre (y que además se lo fomentan con unos fuertes intereses económicos para que lo hagan), su disponibilidad económica, su sistema de valores (el de ellos, el actual), el estilo de crianza y el control parental, la tolerancia social ante estos nuevos fenómenos, la importancia del grupo de iguales y, quizás como esencial y más importante de todos ellos, los intereses económicos y la publicidad del alcohol, del tabaco, del cannabis y de las otras drogas, como de las múltiples adicciones que van surgiendo, entre los más importantes. Sería prolijo detenerse detenidamente en cada uno de los elementos anteriores, que pueden verse en Becoña (1999, 2000, 2002), Becoña y Martín (2004), Calafat et al. (2000), entre otros. A continuación vamos a hacer una síntesis de los mismos.

El consumo de alcohol de modo masivo y público (en los bares, en la calle, etc.), el consumo de cannabis y drogas de síntesis, entre otros consumos, es un fenómeno que se produce fundamentalmente en jóvenes. Los jóvenes, tanto estén llegando a la adolescencia o sean adolescentes (12-16 años) o estén en la juventud (17-25 años o más), precisan conocer el mundo, autoafirmarse y conocer su posición ante el mundo y ante los demás. El descubrimiento de las cosas es un elemento definitorio de estas edades. El descubrimiento del alcohol como de otras drogas es una parte de ello. Si la percepción del riesgo es baja, hay una gran tolerancia a las conductas de abuso y aprecia que con su consumo puede adquirir otros estados de conciencia (estar contento o "contentillo", gustarle el sabor, desinhibirse ante el otro sexo, poder colocarse, evadirse o pasar de todo), es claro que el alcohol consumido de esta forma tiene muchas funciones instrumentales. Sabemos (ej., White, Bates y Labouvie, 1998) que conforme van aumentando en edad, los que no han tenido problemas graves de alcohol en esta época de la vida, pueden dejar de beber totalmente o llevar una vida adulta normalizada sin problemas. El asumir roles sociales adultos se hace incompatible con beber o con beber abusivamente. Ciertamente el fenómeno del botellón ayuda mucho a lo anterior y al consumo de drogas. Pero la sociedad no ha sabido organizarse para preservar la salud de los jóvenes, evitar las molestias que causa el ruido o la marcha nocturna y al tiempo darle alternativas adecuadas a los jóvenes.

El ocio y tiempo libre es un nuevo fenómeno de las sociedades desarrolladas.

Sin duda alguna nuestra sociedad ha llegado a un nivel de desarrollo y bienestar muy alto. Hoy no solo tiene la mayoría de la población cubiertas satisfactoriamente sus necesidades básicas y materiales mínimas, sino que dispone de bastante o mucho tiempo libre, especialmente los jóvenes. El horario laboral se ha ido reduciendo en el último siglo de un modo importante y junto al trabajo ha surgido paralelamente el concepto de ocio y tiempo libre. Este concepto, que es una gran conquista social, tiene en los jóvenes un mayor valor porque a ello se une un valor que ha ido aumentando en relevancia en las últimas dos décadas, el del hedonismo, valor que subyace en muchos casos al ocio y tiempo libre, y que sin ser un valor negativo *per se*, porque bien utilizado y administrado puede ser positivo, se puede convertir en negativo si es el valor predominante en una persona por encima de otros como pueden ser el esfuerzo, la consecución de metas, el bienestar personal, etc. Lo cierto es que los jóvenes disponen de una cantidad importante de tiempo libre, no sólo en los largos períodos vacacionales (2-3 meses en el verano, 15 días en Navidad, una semana en Semana Santa, etc.), sino que el fin de semana se ha convertido en una fecha para salir y divertirse por la noche.

La disponibilidad económica de una persona facilita conseguir bienes y servicios. La persona tiene una serie mínima de necesidades básicas a cubrir, como son la alimentación, el vestido y el techo. Una vez cubiertas estas necesidades lo demás es dinero “extra” para mejorar las anteriores (por ejemplo, aunque la necesidad de cobijo queda resuelta en los dos ejemplos que siguen, uno es claramente distinto al otro: 1) vivir en una vivienda de 60 metros cuadrados en un bloque de apartamentos; 2) vivir en una casa unifamiliar de 300 metros cuadrados con finca, jardín y piscina, en un lugar privilegiado frente al mar). Hoy los jóvenes pueden acceder a una cantidad de dinero que les facilita conseguir, a la mayoría de ellos, bienes y servicios “extras”, por el dinero proporcionado por sus padres, gracias a que sus padres disponen, la mayoría de ellos, de acceso a una cantidad de dinero que permite esos “extras”. La mayor parte de ese dinero extra va a ser dedicado por los jóvenes al ocio y tiempo libre. Y, de éste, al consumo de drogas como el alcohol, el tabaco, junto al cannabis y otras drogas ilegales, a los gastos de teléfono móvil, compras, cibers, etc. También a la música, ir a locales como discotecas o bares y a otro tipo de gastos menores. En suma, la disponibilidad de dinero permite comprar servicios, aunque parte de estos servicios son adictivos o negativos para la salud en una parte de los que los utilizan, sea a través del consumo de drogas legales e ilegales (con claros efectos en muchos casos negativos en la salud física y mental) como de caer en distintas adicciones comportamentales. También sabemos hoy que la asociación entre las adicciones, sean químicas o comportamentales, es muy importante. De ahí que algunas personas tienen una probabilidad mucho mayor de tener varias conductas problema a un tiempo. Es lo que con frecuencia se ha llamado a nivel clínico

“politoxicomanía”, y que hoy tenemos que extender a “poliadicto”, abarcando en este último casos a las adicciones químicas y a las comportamentales.

Por lo dicho hasta aquí es claro que el cambio en el sistema de valores de las sociedades desarrolladas, como la nuestra, en las últimas décadas es claro. Sabemos que hay valores predominantes actualmente como son lo inmediato, el hedonismo, la riqueza, el consumismo, la ostentación, el placer, etc. Y, estos valores cada vez se van homogeneizando entre los países de nuestro entorno (Alsaker y Flammer, 1999). Estos valores facilitan, en muchos casos, el que su práctica lleve a ir en contra de un estilo de vida saludable tanto en el sentido físico, como psicológico y social. El hedonismo en sus últimas consecuencias acarrea la búsqueda del placer por el placer y quedar enganchado en el mismo, muchas veces sin salida (ej., el consumidor de cannabis, el alcohólico, el adicto al móvil, el adicto a la cocaína, etc.). Consecuencias físicas como enfermedades (problemas pulmonares con el tabaco o el cannabis, cirrosis hepática en el alcoholismo, paranoia o trastornos de ansiedad con la cocaína), dependencia psicológica (organizar la vida en función del teléfono móvil y no tener sentido la vida sin el mismo) o sociales (accidentes de tráfico, costes sanitarios, etc.) no son siempre suficientes para un cambio de conducta. Otros valores sociales imperantes de gran relevancia en nuestro mundo actual, como por ejemplo el consumismo (Rodríguez Villarino, 2005), hacen más difícil un cambio en la línea correcta de tipo saludable tanto para la persona como para los demás.

Una parte del problemas existente actualmente, referido al consumo de sustancias, tanto legales como ilegales, como de distintas adicciones comportamentales, es el estilo de crianza por parte de los padres y la correlativa falta de control parental en algunos de esos estilos de crianza. No hay ninguna duda de que la familia es el primer elemento de la socialización del niño. En ella no solo va a nacer sino que va a cubrir sus primeras necesidades básicas de alimentación y de afecto. A través de su interacción continua y cercana a lo largo de muchos años, y de un estilo de crianza, se irá formando el modo de ser de esa persona. Una clasificación generalizada de estilos de crianza abarcaría cuatro, como son el democrático, el autoritario, el permisivo y el indiferente (Craig, 1996). El estilo de crianza lleva a que, según el tipo del mismo, el joven tenga una forma de ver el mundo y de cómo afrontarlo y de afrontar sus problemas ante el mismo. Sabemos que unos estilos de crianza llevan a las personas no sólo a triunfar más o menos en la vida, sino a ser más o menos felices y, también, a consumir más o menos sustancias psicoactivas. Lo cierto es que actualmente, con la mejora de las condiciones de vida, los padres también han dejado un poco a un lado su clásico papel educativo, considerando que es la escuela y mismo la sociedad y sus normas las que tienen que facilitar dicha educación. Este es un importante error. La contradicción de algunos valores imperantes como ganar dinero, ocio y tiempo libre

de los padres, etc., choca con una atención, supervisión y seguimiento cercano necesario por parte de los padres de sus hijos, especialmente en la adolescencia y juventud (la mayor relevancia está entre los 12 y los 18 años, siendo determinantes los primeros años de la pubertad).

Todo lo anterior ocurre por la tolerancia social ante el fenómeno que estamos tratando. Una sociedad tolerante permite muchas cosas, pero también una sociedad tolerante tiene que imponer ciertos límites precisamente para poder mantener en su justo término esa tolerancia y el nivel de libertad para todos sus ciudadanos. Un análisis minucioso de los movimientos sociales facilita conocer lo que está ocurriendo y prevenir consecuencias negativas para individuos o grupos. Actualmente estamos viviendo esto. Estamos pasando de una gran tolerancia hacia el consumo de alcohol en lugares públicos a un claro rechazo de los mismos, no por el rechazo en sí, sino por las consecuencias que acarrea como accidentes de tráfico, muertes de jóvenes en esos accidentes, ruidos hasta altas horas de la madrugada impidiendo dormir a los vecinos, problemas de alcoholización en algunas personas, destrucción del mobiliario urbano, etc. No ocurre lo mismo ante otras drogas, por la baja percepción de riesgo y las distorsiones en la información, como ocurre con el cannabis (Grupo de Estudios sobre el Cannabis, 2004), con otras drogas ilegales, como la cocaína o las drogas de síntesis y mismo con las nuevas tecnologías y el abuso de las mismas, como es claro con internet y el teléfono móvil en los menores de edad (Becoña, 2005a). Nos corresponde a todos buscar soluciones racionales para afrontar éste y otros problemas y darle una solución satisfactoria, yendo también a la raíz de los problemas y a conocer cómo funciona nuestro sistema social. Y que al final se puedan dar tales soluciones y que no lo impidan los intereses económicos que subyacen a muchas adicciones. El caso del tabaco y la presión de las industrias tabaqueras para bloquear medidas para preservar la salud de la población son bien conocidas en las últimas décadas, lo que cambiará a partir de la nueva ley de control del tabaquismo que entrará en vigor en España el 1 de enero de 2006.

El grupo de iguales, que podemos definir como aquel conjunto de personas de la misma o aproximada edad que comparten entre sí vivencias comunes, modos de descubrir el mundo, aficiones, comportamientos, etc., adquiere relevancia en este tema. El consumo de alcohol en estas edades, desde el comienzo de la pubertad y adolescencia, se hace en grupo, no en solitario. También suele ser en grupo donde se empiezan a dar las primeras transgresiones normativas, saltándose el control parental o el control social. Hoy en día el grupo de iguales tiene una gran relevancia porque las personas salen tempranamente, tienen tiempo libre para salir, disponen de dinero en sus salidas, etc. Los padres tienen una gran relevancia en el resultado, positivo o negativo, del grupo de iguales de sus hijos, que pueden ser varios y no necesariamente uno solo, si ejercen o no supervisión y control sobre las

personas con las que salen sus hijos (Kandell, 1996) y si esas personas con las que salen sus hijos se adecuan a su nivel de crianza, sus expectativas, horarios, actitudes y comportamientos, etc.

Debe notarse que el grupo de iguales en muchos casos coincide con una parte importante de los compañeros de la escuela; en otros casos no. Si que va a coincidir con que sean habitualmente compañeros del barrio o cercanos al mismo

Finalmente no debemos olvidar los enormes intereses económicos que existen (incluso de tipo recaudatorio por parte de las administraciones públicas para las drogas legales y ciertas adicciones comportamentales como el juego, compras, etc.) y la gran relevancia que tiene la publicidad del alcohol, del tabaco, y de otras adicciones (ej., móviles, horas felices, etc.) para incrementar el número de sus clientes a través de la misma y su consumo (y también su gasto). Estamos hablando de un negocio que mueve en España una cantidad de dinero enorme, siendo los jóvenes uno de los grupos más importantes de ese negocio tanto a corto plazo como a largo plazo. Si con las cifras actuales salen 6 millones de jóvenes españoles el fin de semana podemos imaginarnos las docenas y docenas de millones de euros que consumen en cada una de estas salidas en tabaco, alcohol, cannabis, otras drogas, gasto en teléfono móvil, etc. Ello se ve reforzado, con claro sentido de incrementar los clientes y los consumos, con una publicidad incisiva dirigida a los jóvenes a los que les transmiten en la misma valores de libertad, adultez, sexo, autoestima, juventud, belleza, bienestar, placer, modernidad, etc. No transmiten, en cambio, las consecuencias que a una parte de ellos les va a producir un consumo abusivo de tabaco, alcohol, cannabis, otras drogas, utilización excesiva del móvil, internet, compras, etc.

2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN LA CIUDAD DE VIGO

2.1. Estudios previos

A nivel nacional disponemos de una amplia encuesta sobre el consumo de drogas en general, entre la que se encuentra el consumo de alcohol en jóvenes, realizada por el Plan Nacional sobre Drogas, cada dos años, siendo la última disponible la del año 2004 (Plan Nacional sobre Drogas, 2004), aunque la más completa a nivel de datos es la de 2002 (Observatorio Español sobre Drogas, 2003). En Galicia disponemos del estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas realizado en la población general, realizado en el año 2003 (Plan de Galicia sobre Drogas, 2003) y uno específico de la ciudad de Vigo, realizado por Irefrea, sobre el consumo de alcohol y de otras drogas en los jóvenes que salen de marcha (Calafat, Juan, Becoña et al., 2000).

La encuesta del Plan Nacional sobre Drogas (2004) a nivel escolar, es representativa a nivel nacional, con 25.000 encuestas, habiendo sido realizado el trabajo de campo en el año 2004. Destaca en la misma varios datos sobre los distintos consumos de drogas.

En el alcohol destaca como positivo, como viene ocurriendo en los últimos años siguiendo esta serie de encuestas, es que se incrementa el número de abstemios y disminuye el de bebedores habituales, pero el incremento del consumo ha sido enorme a lo largo de los últimos años, especialmente en mujeres. Este es el dato más negativo. Concretamente, en las mujeres, en las edades comprendidas de 14 a 18 años, un 64,4% de chicas y un 63,5% de chicos tienen un consumo habitual de alcohol. También destaca en esta encuesta que el descenso sistemático del consumo de alcohol que se había producido en jóvenes hasta el año 2002 (ej., 54,3% de chicas y 55,9% de chicos) se incrementa en esta encuesta del año 2004. La feminización de esta conducta típicamente de los varones en las décadas previas ha cambiado radicalmente. Además, este alto consumo de alcohol se asocia al consumo de otras drogas, especialmente tabaco y cannabis. El consumo de alcohol predominante son combinados, patrón claramente diferente al clásico y tradicional en España, vino fundamentalmente, todos los días y en bajas dosis; en estos jóvenes, son los combinados, en fin de semana y en altas dosis, en muchos casos con el objetivo de conseguir la embriaguez. Así, en la encuesta de 2004, el 27,3% de 14 a 18 años reconocen haberse embriagado en el último mes; un 46,1% alguna vez en su vida. Esto acarrea no sólo los problemas directos e indirectos de la borrachera sino otros bien visibles como accidentes de tráfico, conductas de riesgo, riñas y discusiones, peleas, conflictos con padres y hermanos, pérdida de control, etc. Así, en la encuesta de 2002, un 30% de los jóvenes de 18 años reconoce que alguna vez ha conducido bajo los efectos del alcohol o como pasajero de un conductor bajo sus efectos. Otros problemas con los que también se asocia son violencia callejera, fracaso escolar, embarazos no deseados y otras conductas problema.

Esto ocurre por el alto nivel de salida nocturna de estos jóvenes. Así, en la encuesta del año 2002, a los 14 años un 21% sale por la noche todos los fines de semana que se va incrementando hasta un 48% a los 18 años. La hora de regreso a casa es otro problema. Por ejemplo un 31% de los adolescentes de 14 años regresa a casa después de las 2 de la madrugada, que sube hasta un 85% a los 18 años. De los que salen, un 21% dice que está en la calle o en parques. Aquí el botellón es una de sus actividades. Conforme se llega más tarde a casa hay mayor consumo de alcohol y mayor número de embriagueces.

Para el tabaco, los datos de 2004 indican que ha fumado alguna vez el 33,1% y en los últimos 30 días el 28,7%, de los que un 25,1% son varones y un 32,4% son mujeres. Aquí se aprecia también el cambio que se ha producido en los últimos

años con el incremento del consumo de tabaco en la mujer respecto al varón, llevándole ya 7 puntos de diferencia las mujeres respecto a los varones.

Con el cannabis se produce un incremento importante de su consumo en los últimos años, pasando en los jóvenes de 14 a 18 años de un 20,8% en el año 1994 al 42% en el año 2004 en probarlo alguna vez, que para el consumo en los últimos 12 meses del 18.1% en 1994 hasta el 36.1% en 2004. Visto el consumo para los últimos 30 días por edades, vemos que va subiendo de 14 a 18 años del siguiente modo: 10.3%, 21.2%, 27,9%, 34,8% y 36,3%, respectivamente.

Para la cocaína se encuentra que un 8.5% la ha probado alguna vez en la vida (10.3% hombres y 6.7% mujeres, un 6.8% en los últimos 12 meses (8.5% hombres y 5% mujeres) y en los últimos 30 días un 3.6% (4.6% hombres y 2.5% mujeres). Para el éxtasis y otras drogas de síntesis los resultados son semejantes pero algo menores (4.6%, 2.4% y 1.3% para alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días). Para las anfetaminas los resultados son semejantes también a los del éxtasis (4.3%, 3.0% y 1.6% para alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días). Con los alucinógenos ocurre algo semejante (4.5%, 2.9% y 1.4% para alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días). El consumo de heroína no aparece en la encuesta porque no existe o es anecdótico.

Los datos de Galicia (Plan de Galicia sobre Drogas, 2004) del año 2003 se refieren a la población general, a partir de 12 años en adelante. En la desagregación de datos se pueden saber los consumos para las edades de 12 a 18 años y de 19 a 24 años. Aquí se aprecia un incremento en el consumo de alcohol conforme se incrementa la edad, aumentando en la categoría de a diario o casi a diario de un 2.8% para los de 12-18 años a un 4.1% para los de 19 a 24 años, de 1 a 4 veces a la semana de un 24.6% para 12-18 años a un 37% para los de 19-24 años, y de hasta tres veces al mes de un 21.3% para los de 12-18 años hasta un 28.4% para los de 19-24 años. Para que nos deamos una idea del alto incremento del consumo de alcohol en estos jóvenes en Galicia, en la encuesta del año 2000 hecha en Galicia, para 12-18 años y 19-24 años, el consumo de hasta tres veces al mes era del 18.5% y 22.3%. Esto significa un incremento entre 3 y 5 puntos porcentuales en muy pocos años. En estos grupos se encuentra un claro patrón de consumo de fin de semana; esto es, tienen un bajo consumo medio diario excepto en los días del fin de semana donde el consumo se dispara, siendo el grupo de 19 a 24 años el que tiene, de todos, el mayor consumo de alcohol en fin de semana de todas las categorías de edad. Por sexos, en las edades de 12 a 18 años hay un 2.7% de varones y un 2% de mujeres que son bebedores abusivos (76 o más cc. de alcohol o 5 o más unidades de bebida estándar) que de 19 a 24 años es de un 9.6% de varones y un 6.6% de mujeres. Es de notarse que es en esta edad donde se encuentran los mayores porcentaje de bebedores abusivos de todas las consideradas en el estudio, lo que indica que es el grupo de mayor riesgo para el

consumo de alcohol.

Para el tabaco fuma diariamente un 28.9% de 12 a 18 años y un 46.3% de 19 a 24 años, al que hay que añadir de fumadores ocasionales un 10.4% y 7% para 12-18 y 19 a 24 años. Por sexo, de 12 a 18 años hay un 31.5% de varones y un 25.7% de mujeres fumadoras, que sube de 19 a 25 años a un 48% de fumadores diarios varones y 44.2% en mujeres.

Para el cannabis, de 12 a 18 años lo ha consumido en los últimos 6 meses el 16.6% que sube al 17.7% para los de 19 a 24 años. Para la cocaína de 12 a 18 años la ha consumido en los últimos 6 meses el 2.4% que sube al 3.3% para los de 19 a 24 años. Para las drogas de síntesis de 12 a 18 años las han consumido en los últimos 6 meses el 1.9% que sube al 5.8% para los de 19 a 24 años. Para la heroína de 12 a 18 años la ha consumido en los últimos 6 meses el 0.1% que sube al 0.8% para los de 19 a 24 años. Para los alucinógenos de 12 a 18 años los ha consumido en los últimos 6 meses el 0% y un 1.2% para los de 19 a 24 años. Para las anfetaminas de 12 a 18 años las ha consumido en los últimos 6 meses el 0.16% que sube al 0.8% para la edad de 19 a 24 años. Finalmente, para los tranquilizantes de 12 a 18 años los han consumido en los últimos 6 meses el 0.9% y un 0.8% para los de 19 a 24 a

Hay que indicar que a nivel de áreas sanitarias de Galicia, en el último estudio del Plan de Galicia sobre Drogas, el área sanitaria de Vigo aparece como la segunda área con mayor riesgo, después de A Coruña, aunque en ello influye mucho el número de habitantes, ya que realmente el consumo del área sanitaria de Vigo está debajo del consumo de otras áreas sanitarias en el consumo de drogas, considerado el consumo en los últimos 6 meses, en tabaco, alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cannabis, drogas de síntesis, cocaína, heroína, etc. En todas está por debajo de alguna otra, aunque al ser una zona muy poblada coincide que es donde hay un gran número de consumidores, el segundo de todas las áreas sanitarias de Galicia.

Para corroborar más los cambios en la forma de consumo de alcohol en Galicia, en otro estudio representativo de la población escolar de Galicia de 2º ciclo de la ESO, BUP, COU y FP-2 (Becoña y Míguez, 2001), con edades comprendidas entre 14 y 21 años, se aprecia que el mayor porcentaje de consumo de alcohol está en los licores (51.4%), seguido de cervezas (33.1%) y vino (16.5%). En la misma línea, el consumo de licores es igual en varones y mujeres y ligeramente menor en mujeres que en varones en cerveza y vino. Esto muestra el claro cambio en los patrones de consumo de bebidas alcohólicas en estos últimos años y en la igualdad de sexos en el consumo de alcohol, aunque en este caso las consecuencias para la mujer son más graves, por su menor peso corporal que el varón y su mayor cantidad de grasa con lo que la absorción del alcohol es mayor y correlativamente el daño que produce en la mujer es mayor..

Respecto al consumo de alcohol en la vida nocturna, también destacaríamos en Galicia un estudio realizado en la ciudad de Vigo (Calafat, Juan, Becoña et al., 2000) y que incluye también otras cuatro ciudades españolas. Las personas de este estudio que salen de noche de marcha gastan 7.000 pesetas a la semana de las cuales 2.387 son para bebidas alcohólicas, 1.169 para tabaco y 938 para drogas ilegales. Esto significa que los que salen de marcha en esta ciudad se gastan en drogas legales e ilegales el 64% del dinero de que disponen semanalmente. Curiosamente, en comida (cuando salen de marcha o diversión) solo gastan 1.253 pts.

Aunque este estudio se centra sólo en los que salen de marcha, no en el total de los jóvenes, lo curioso es que de los que salen de marcha, en Vigo, referido al control parental, considerando a todos los jóvenes entrevistados, la mayoría consideran que sus padres no ejercen ningún control (44%) o ejercen poco control (36.1%) sobre los mismos. Esto muestra la relevancia del control parental, especialmente a edades tempranas, como es en el grupo de adolescentes.

También un dato importante es que en este estudio, considerando en su conjunto a las cinco ciudades españolas, los motivos fundamentales para salir de marcha en el grupo de adolescentes es encontrarse con los amigos (95.2%), escapar de la rutina (90.5%), escuchar música (82.5%), bailar (61.4%) y, en menor grado, buscar sexo (42.9%), buscar pareja (39.3%) y tomar drogas (21.5%). Por sexos los resultados son semejantes.

Lo que si muestra este estudio, como otros, es que el consumo de alcohol está muy normalizado entre la gente que sale de marcha. Si se consideran las categorías de consumos de cada día (3.5%), varias veces a la semana (37.7%) y una vez a la semana (32.9%), nos encontramos que en la muestra de adolescentes de las distintas ciudades lo consumen una vez a la semana o más el 73.1%. Esto en parte está motivado porque la droga que más le gusta a los adolescentes en este estudio es el alcohol, en el 44.2% de todos los casos, seguido por el cannabis (23.5%) y el tabaco (15%), aunque curiosamente reconocen que la droga que está más de moda es el cannabis. En la misma línea, el grupo de adolescentes de esta muestra indica, con una cifra tan alta como la del 71.5%, que se ha embriagado en el último mes una o más veces. Esto también va a tener un correlato con conducir bajo los efectos del alcohol o ir en un coche donde otras personas han bebido de más o son transportados por personas que han bebido en exceso. De ahí la alta mortalidad de jóvenes en la carretera los fines de semana.

Otros estudios sobre la conducta de juego de azar muestra, por suerte, que en los últimos años se ha producido un descenso en la prevalencia de este trastorno en la población general (Becoña, 2004), lo que es más claro en la ciudad de Vigo, ya que a principios de los años 90 ocupaba el primer lugar, con un 1.7% de prevalencia (Becoña, 1993).

2.2. Presente estudio

El presente estudio se ha realizado en una muestra representativa de jóvenes de 14 a 21 años de la ciudad de Vigo (N = 497) y de sus madres (N = 340) para conocer el consumo de drogas (legales e ilegales) y otras conductas adictivas, como el juego patológico y adicción a las compras, internet, videojuegos y teléfonos móviles. Junto a ello qué factores de riesgo y protección personal, familiar, escolar, de los amigos y comunitarios se relacionan con consumir o no consumir drogas o con tener o no las adicciones que analizamos en el presente estudio. A continuación comparamos los resultados obtenidos con otros existentes en nuestro entorno y qué significado tiene lo obtenido cara a conocer mejor esta problemática y las variables que permiten explicar esas conductas problemáticas.

2.2.1. Prevalencia del consumo de drogas (legales e ilegales)

En la tabla 1 presentamos los consumos de las distintas drogas que analizamos en el presente estudio. Como allí puede verse, dos de cada tres jóvenes de estas edades han probado el alcohol y la mitad el tabaco. En los últimos 6 meses más de la mitad ha bebido alcohol y uno de cada tres consumido tabaco. Centrados en la conducta diaria y de la última semana, un 20% ha consumido alcohol y un 27,5% tabaco.

De modo más concreto vemos que el 55.3% consumió tabaco alguna vez, aunque diariamente fuman actualmente el 21.7%. Consumieron vino alguna vez el 65.8%, cerveza el 63% y licores el 71.8%. Para todo tipo de alcohol ha consumido alcohol alguna vez el 80.9%. A nivel de consumo reciente, éste es bajo para el consumo diario, pero para el consumo semanal es de un 6% de vino a la semana, 17% de cerveza a la semana, y 19% de licores a la semana. Para cualquier tipo de alcohol es de un 27.4% a la semana.

Un 38.6% consumió cannabis alguna vez en la vida, un 19% lo fuman al menos una vez a la semana y un 3.4% diariamente.

El consumo de medicamentos tranquilizantes ha sido de alguna vez en el 5.4%, del 0.4% a la semana y un 1% diariamente.

Para el consumo de inhalantes solo hay un 0.4% alguna vez. Para las anfetaminas de 1.2% alguna vez y 0.2% reciente.

Para el consumo de éxtasis un 2.6% lo ha consumido alguna vez, y con consumo reciente hay un 0.4%.

La cifra anterior sube para el consumo de cocaína. Un 8.2% la han consumido alguna vez en la vida. Sin embargo no encontramos nadie de consumo

diario o semanal, aunque un 1.2% indica que la consumen menos de una vez por semana.

Para la heroína solo un 0.4% la han consumido alguna vez, pero no encontramos consumo reciente.

Si que hay un alto 3.6% de consumo alguna vez de alucinógenos, con un 0.4% para consumo reciente.

Finalmente, para el consumo de anti-inflamatorios, un 21.3% indica que los han consumido alguna vez, un 0.8% lo consume a la semana y otro adicional 0.8% diariamente.

Por **sexo**, nos encontramos en este estudio con las mismas relaciones que en los últimos años suelen ser habituales en el consumo de drogas, como mayor consumo de tabaco en mujeres que en hombres (55.1 hombres vs. 62.8% mujeres de los que consumen para diario, o 18.1% vs. 26.1% para el total de los hombres y mujeres), en alcohol alguna vez pero no en intensidad de su consumo, donde en el consumo diario hay un 7.5% de varones y un 1.9% de mujeres. Con el cannabis ocurre lo mismo que con el alcohol, lo han probado más mujeres (37.3% varones, 40.3% mujeres) pero el consumo diario es mayor en varones (19.6% vs. 11.3% en hombres y mujeres). Para la cocaína, los hombres la han probado más que las mujeres alguna vez en la vida (8.9% vs. 7.5%) , aunque aparece que ellas han probado más los inhalantes y los alucinógenos. En estos últimos casos, dado el tamaño de la muestra hay que tomar con precaución estos datos. Finalmente, hay un mayor consumo de antiinflamatorios en las mujeres, tanto para el consumo alguna vez (20.7 vs. 22.1) y diario (4% para hombres y 11.5% para mujeres).

Por **edades**, como era de esperar, las diferencias son claras entre el grupo de menor edad (14-17 años) que el de mayor edad (18-21 años) en el consumo de las distintas drogas, donde en casi todos los casos las diferencias son altas y significativas, como hemos visto.

En relación a la edad de inicio al consumo de drogas, como indicamos a continuación en la tabla 4.3, la más baja es para el vino seguido del tabaco (en torno a 14 años). Le siguen luego la cerveza, inhalantes y heroína, aunque en estas dos últimas sustancias hay pocos sujetos (15 años de media). Luego le siguen los licores, cannabis y el resto de las drogas (sobre 15,3 años o más). Esto significa que entre 14 y 16 años se produce el inicio en la mayoría de las drogas, con una desviación típica entre 1.5 y 2 años. Para la prevención esto significa que los programas tendrían que comenzar a los 12 años ya de modo intensivo y mantenerlos hasta los 16 años con alta intensidad. También indicamos que la edad media de consumo de antiinflamatorios es la más baja de las consideradas, con 13 años.

Para conocer la relevancia de los datos anteriores en la tabla 2 indicamos la comparación de los mismos con los existentes de la encuesta escolar del Plan Nacional sobre Drogas de 2004, que se ha realizado en personas de 14 a 18 años

de edad, y de los datos del Plan de Galicia sobre Drogas del 2004, en las edades desagregadas de 12 a 18 años y de 19 a 24 años. En dicha tabla podemos apreciar que los datos para el consumo de alcohol (alguna vez en la vida) es semejante a los obtenidos en las encuestas nacionales y de Galicia. En el caso de Vigo un 80.9% ha probado alcohol alguna vez en la vida. En relación al consumo de tabaco es ligeramente superior en Vigo, donde un 55.3% lo ha probado alguna vez en la vida, respecto a las dos encuestas de comparación.

Donde sí hay un porcentaje significativamente mayor de consumo es en la cocaína, ya que en este estudio se encuentra un 8.2% que la han consumido alguna vez en la vida, cuando en el último estudio en Galicia es del 2.4% para 12-18 años y del 3.3% para 19-24 años. Curiosamente, el dato obtenido en este estudio es casi el mismo que el obtenido para el conjunto de España en la encuesta escolar de 14 a 18 años que cubre todo el territorio nacional.

Para el consumo de cannabis vemos que el consumo alguna vez es semejante al encontrado en la encuesta escolar nacional (14-18 años), aunque ligeramente más alto que para Galicia en las edades semejantes (16.6% a 17.7% cuando en este estudio es del 21.9%).

Para el consumo de drogas de síntesis y cocaína encontramos que en esta muestra el consumo de drogas de síntesis es menor que el de la encuesta escolar y del estudio de Galicia para edades semejantes (2.6% alguna vez). Esto probablemente se debe a que, en cambio, el consumo de cocaína es importante. En este estudio un 8.2% la ha probado alguna vez en la vida, que para la encuesta global de Galicia (12 a 24 años) no supera el 3.3%. Pero, en cambio, el resultado es casi el mismo que el de la encuesta escolar a nivel nacional donde la han probado un 8.5%. Un resultado semejante a éste se encuentra en el consumo de tranquilizantes y alucinógenos.

Para el consumo de heroína encontramos que un 0.4% la han probado al menos una vez en la vida, que es el mismo resultado que se obtiene para el área sanitaria de Vigo en el estudio del Plan de Galicia sobre Drogas.

En resumen, los anteriores resultados indican que el consumo en esta muestra de jóvenes de la ciudad de Vigo es muy semejante, o menor, que los resultados obtenidos en la Encuesta Escolar (14-18 años) a nivel nacional, pero mayor que el promedio de la encuesta realizada en Galicia por el Plan de Galicia sobre Drogas para las edades de 12-18 y 19-24 años. También se observa unas características propias de consumo de más drogas recreativas (cocaína y cannabis) que en Galicia, lo que es coincidente con estar hablando de una gran ciudad donde el peso de la diversión es alto. Sin embargo, el consumo de alcohol es igual al obtenido en otros estudios, aunque el de tabaco superior.

Tabla 1. Consumo de drogas en el presente estudio, en porcentaje

| Droga | Consumió alguna vez en la vida | Consumió en los últimos 6 meses | Consumo diario/semanal | |
|---------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------|--------------------------|
| | | | Consume diariamente | Consume semanalmente (1) |
| Alcohol | | | | |
| - Cualquier tipo | 80.9 | 69.8 | 3.4 | 27.4 |
| - Vino | 65.8 | 35.8 | 0.2 | 6.0 |
| - Cerveza | 63.0 | 45.9 | 3.0 | 17.1 |
| - Licores | 71.8 | 61.6 | 0.2 | 19.1 |
| Tabaco | 55.3 | 36.9 | 21.7 | 5.8 |
| Cannabis | 38.6 | 21.9 | 3.4 | 5.4 |
| Drogas de síntesis | 2.6 | 0.4 | | |
| Cocaína | 8.2 | 2.4 | | |
| Medicamentos | | | | |
| tranquilizantes | 5.4 | 2.6 | 1.0 | 0.4 |
| Anfetaminas | 1.2 | 0.2 | | |
| Heroína | 0.4 | 0.0 | | |
| Alucinógenos | 3.6 | 0.6 | | |

(1) El consumo de semanal es evaluado independientemente del consumo diario, contestando los sujetos a una u otra alternativa como alternativas de respuesta independientes. Si solo se considerase el consumo semanal habría, por tanto, que sumarle también el consumo diario.

Tabla 2. Consumo de las distintas drogas alguna vez en la vida (en porcentaje) en estudios nacionales (encuesta escolar, 2004, 14-18 años) y Plan de Galicia sobre Drogas (2003, 12-18 y 19-24 años)

| Droga | Encuesta escolar PNSD (2004) 14-18 años | Encuesta Galicia, PGSD (2003) Por edades 12-18, 19-24 (1) | Area sanitaria de Vigo(2) | Presente estudio Vigo 2005 14-21 años |
|---------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------|
| Alcohol | 80.6 | 83.0-73.3 | - | 80.9 |
| Tabaco | 33.1 | 43.1-59.9 | 30.4 | 55.3 |
| Cannabis | 42.0 | 16.6-17.7 (3) | 5.8 | 38.6 (21.9) (5) |
| Drogas de síntesis | 4.6 | 1.9-5.8 | 0.8 | 2.6 |
| Cocaína | 8.5 | 2.4-3.3 | 1.0(4) | 8.2 |
| Medicamentos tranquilizantes | 6.6 | 0.9-0.8 | 4.0 | 5.4 |
| Inhalantes | | | | 0.4 |
| Speed y anfetaminas | 4.3 | 0.1-0.8 | 0.4 | 1.2 |
| Alucinógenos | 4.5 | 0.0-1.2 | 0.3 | 3.6 |
| Heroína | - | 0.1-0.8 | 0.4 | 0.4 |
| Antiinflamatorios | | | | 21.3 (0.8) (6) |

(1) La primera cifra corresponde a las personas de 12 a 18 años y la segunda a los de 19 a 24 años.

(2) Toda la población, de 12 años en adelante, consumo en los últimos 6 meses.

(3) Este dato se corresponde al consumo en los últimos 6 meses. La encuesta no proporciona datos para alguna vez en la vida.

(4) Habría que añadir un 0.2% de consumidores de crack.

(5) El 21.9% se refiere a los últimos 6 meses para poder hacer la comparación con el total de Galicia.

(6) Entre paréntesis el consumo diario

Nota:

PNSD. Plan Nacional sobre Drogas

PGSD. Plan de Galicia sobre Drogas

Tabla 3. Edad de inicio al consumo de drogas en la presente muestra

| Variable | Media | Desviación típica |
|----------------------------------------------------|--------------|--------------------------|
| Edad de inicio en el tabaco | 14,3 | 2,1 |
| Edad de inicio en el consumo de vino | 14 | 2,5 |
| Edad de inicio en el consumo de cerveza | 14,6 | 1,9 |
| Edad de inicio en el consumo de licores | 15,3 | 1,6 |
| Edad de inicio en el consumo de cannabis | 15,6 | 1,6 |
| Edad de inicio en el consumo de medicamentos | 16,2 | 2,1 |
| Edad de inicio en el consumo de inhalantes | 15 | 1,4 |
| Edad de inicio en el consumo de anfetaminas | 16,5 | 1,6 |
| Edad de inicio en el consumo de éxtasis | 16,2 | 1,4 |
| Edad de inicio en el consumo de cocaína | 17,2 | 1,5 |
| Edad de inicio en el consumo de heroína | 15 | 0 |
| Edad de inicio en el consumo de alucinógenos | 16,4 | 1,2 |
| Edad de inicio en el consumo de anti-inflamatorios | 13,1 | 3,1 |

Si comparamos los resultados en función del sexo y de la edad (ver tabla 4) vemos que por sexo, aunque el consumo es mayor en mujeres, referido a probarlo alguna vez (78.6% vs. 83.6%, en varones y mujeres), la intensidad es mayor en el varón, cuando comparamos el consumo diario (5.2% vs. 1.3%, en varones y mujeres). Sí se confirma, como hoy sabemos, el mayor consumo de tabaco en las mujeres, tanto a nivel de prueba (48.7% vs. 63.3%), como de consumo diario, donde destaca que un 26.1% fuman diariamente mientras que los hombres lo hacen en solo un 18.1%. En casi todas las otras drogas, el consumo es semejante a nivel de prueba en muchas de ellas en los hombres y en las mujeres, pero los consumos de riesgo, en los últimos 6 meses o consumo diario, suele ser mayor en el varón (por ejemplo, el consumo de cannabis diario se produce en un 4.1% de varones respecto a un 2.7% de mujeres). En el consumo de cocaína no hay diferencias por sexo, como tampoco en la de antiinflamatorios (aunque ellas consumen un poco más) aunque sí aparece que las mujeres consumen más drogas de síntesis y del doble al cuadruple de medicamentos tranquilizantes.

En relación a la edad, como ya hemos comentado, encontramos que en los mayores de edad se dispara el consumo de todas las drogas, en relación con los menores de edad, multiplicándose hasta por 6 o 10 veces más el consumo en distintas drogas. Es claro, que estos son los años de incrementar la prueba de drogas, el consumo sistemático y el surgimiento de distintos problemas de abuso y dependencia.

Finalmente, en relación a la edad de inicio, que es un dato central para conocer la evolución del consumo de drogas, junto a lo ya comentado, la comparación con las edades de inicio de otros estudios semejantes nos indica que tenemos dificultades para hacer comparaciones, por no ser muestras equivalentes a la presente, pero los resultados son útiles para la implantación de medidas preventivas para esas edades.

Tabla 4. Consumo de drogas en función del sexo (V = 271, M = 226), en porcentaje

| Droga | Consumió alguna vez en la vida | | Consumió en los últimos 6 meses | | Consume diariamente | |
|---------------------|--------------------------------|-------|---------------------------------|-------|---------------------|-------|
| | Varón | Mujer | Varón | Mujer | Varón | Mujer |
| Alcohol | | | | | | |
| - Cualquier tipo | 78.6 | 83.6 | 61.3 | 61.9 | 5.2 | 1.3 |
| - Vino | 65.3 | 66.4 | 37.3 | 34.1 | 0.4 | 0.0 |
| - Cerveza | 63.8 | 61.9 | 50.9 | 39.8 | 4.8 | 0.9 |
| - Licores | 69.0 | 75.2 | 61.3 | 61.9 | 0.0 | 0.4 |
| Tabaco | 48.7 | 63.3 | 32.8 | 41.6 | 18.1 | 26.1 |
| Cannabis | 37.3 | 40.3 | 37.3 | 40.3 | 4.1 | 2.7 |
| Drogas de síntesis | 1.1 | 4.4 | 0.0 | 0.9 | | |
| Inhalantes | 0.0 | 0.9 | | | | |
| Cocaína | 8.9 | 7.5 | 2.2 | 2.7 | 0.0 | 0.0 |
| Medicamentos | | | | | | |
| tranquilizantes | 3.7 | 7.5 | 1.1 | 4.4 | | |
| Anfetaminas | 1.1 | 1.3 | 0.0 | 0.4 | | |
| Heroína | 0.0 | 0.9 | 0.0 | 0.0 | | |
| Alucinógenos | 3.3 | 4.0 | 0.4 | 0.9 | | |
| Anti-inflamatorios | 20.7 | 22.1 | 9.2 | 11.5 | 0.8 | 0.9 |

Tabla 5. Consumo de drogas en función de la edad (14-17, n = 264; 18-21, n = 233)

| Droga | Consumió alguna vez en la vida | | Consumió en los últimos 6 meses | | Consume diariamente | |
|---------------------|--------------------------------|-------|---------------------------------|-------|---------------------|-------|
| | 14-17 | 18-21 | 14-17 | 18-21 | 14-17 | 18-21 |
| Alcohol | | | | | | |
| - Cualquier | 68.2 | 95.3 | 54.2 | 87.1 | 1.1 | 6.0 |
| - Vino | 53.0 | 80.3 | 23.1 | 50.2 | 0.4 | 0.0 |
| - Cerveza | 49.2 | 78.5 | 28.8 | 65.2 | 0.8 | 5.6 |
| - Licores | 55.7 | 90.1 | 45.8 | 79.4 | 0.0 | 0.4 |
| Tabaco | 42.4 | 70.0 | 22.7 | 52.8 | 9.1 | 36.1 |
| Cannabis | 22.7 | 56.7 | 12.1 | 33.0 | 0.4 | 6.9 |
| Drogas de síntesis | 0.0 | 5.6 | 0.0 | 0.9 | | |
| Cocaína | 0.4 | 17.2 | 0.0 | 5.2 | 0.0 | 0.0 |
| Inhalantes | 0.0 | 0.9 | 0.0 | 0.0 | | |
| Medicamentos | | | | | | |
| tranquilizantes | 2.3 | 9.0 | 1.1 | 4.3 | | |
| Anfetaminas | 0.0 | 2.6 | 0.0 | 0.4 | | |
| Heroína | 0.0 | 0.9 | 0.0 | 0.0 | | |
| Alucinógenos | 0.4 | 7.3 | 0.4 | 0.9 | | |
| Anti-inflamatorios | 14.4 | 29.2 | 7.6 | 13.3 | 1.1 | 2.1 |

Tabla 6. Edad de inicio en el consumo de las distintas drogas, en la encuesta escolar del Plan Nacional sobre Drogas de 2004 (14-18 años) y del Plan de Galicia sobre Drogas de 2004 (12 años en adelante) en relación al presente estudio.

| Droga | Encuesta escolar, PNSD, 2004 | Encuesta, PGSD, 2004(1) | Presente estudio Vigo 2005 |
|--------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| Alcohol | 13,7 | 16,74 | 14,0 |
| Tabaco | 13,3 | 16,75 | 14,3 |
| Cannabis | 14,9 | 17,62 | 15,6 |
| Drogas de síntesis | 15.5 | 20.03 | 16,2 |
| Cocaína | 15.8 | 19.81 | 17,2 |
| Tranquilizantes | 14.7 | 38.92 | |
| Anfetaminas | 15.6 | 18.87 | 16,5 |
| Heroína | - | 18.84 | 15,0 |
| Alucinogenos | 15.6 | 19.61 | 16,4 |

(1) El dato del inicio en el consumo de drogas es para toda la muestra, que incluye de 12 años en adelante.

2.2.2. Prevalencia de las adicciones comportamentales

Otro de los objetivos del presente estudio es conocer la prevalencia de distintas adicciones comportamentales que han cogido un gran auge en los últimos años, como es la adicción al juego de azar, a las compras, a internet, a los videojuegos y al teléfono móvil. Los resultados del presente estudio confirman el surgimiento de las adicciones a las nuevas tecnologías y, al tiempo, el descenso en los problemas de juegos de azar, como así se viene observando en Galicia en los últimos años y en otros países (Becoña, 2004). Así, el número de personas con probable adicción al juego de azar es del 0.6%, evaluados como jugadores problema, que junto al 0.4% de los jugadores en riesgo tendríamos un máximo del 1% de personas con problemas de juego. Hay el doble de mujeres que de varones con riesgo de adicción a los juegos de azar y se da fundamentalmente en el grupo de 18-21 años (un 1.7% de jugadores en riesgo y problema). En el caso de la adicción a las compras aparece una probable adicción en el 8.7% de la muestra, con una clara predominancia en las mujeres (15% respecto al 3.3% de los varones) y en la edad de 18 a 21 añosw (con un 13.7%). La cifra aún es mayor para la

probable adicción a internet, que es del 12.7%, aunque mayor en varones (14.4%) que en mujeres (10.6%) y aproximadamente igual en las edades consideradas (13.3% y 12%). Hay un 6.6% de probables adictos a los videojuegos, que se distribuyen casi en exclusiva en el varón (11.4% respecto al 0.9% en mujeres), aunque por edades el nivel de adicción es semejante. Otra adicción con un alto porcentaje es la adicción al teléfono móvil, donde hay un 12.1% de probables adictos a los mismos, predominando significativamente más en las mujeres (19%) que en los hombres (6.3%), aunque semejante en ambas edades (12.9 y 11.2%).

De modo semejante a lo que ocurría con el consumo de las distintas sustancias psicoactivas los problemas de adicción a distintos hábitos se incrementa con la edad, como ocurre con el juego y las compras. En cambio los resultados son aproximadamente iguales para la probable adicción a internet, videojuegos y utilización teléfono móvil.

Tabla 7. Porcentaje de personas en este estudio con probables adicciones comportamentales

| Probable adicción a | Muestra total | Sexo | | Edad | |
|------------------------------------------|---------------|-------|-------|-------|-------|
| | | Varón | Mujer | 14-17 | 18-21 |
| Juegos de azar (j. riesgo y problema) | 1.0 | 0.7 | 1.3 | 0.4 | 1.7 |
| Compras | 8.7 | 3.3 | 15.0 | 4.2 | 13.7 |
| Internet | 12.7 | 14.4 | 10.6 | 13.3 | 12.0 |
| Videojuegos | 6.6 | 11.4 | 0.9 | 6.8 | 6.4 |
| Teléfono móvil | 12.1 | 6.3 | 19.0 | 12.9 | 11.2 |

Los anteriores resultados nos indican un nivel de probable adicción realmente muy alto para varias de las nuevas adicciones tecnológicas. Así, mientras que una adicción clásica como el juego de azar, conocida como juego patológico o ludopatía, es baja, y menor a la que obteníamos hace años, dado que ya tenemos evidencia en adultos en Galicia de su descenso (Becoña, 2004), en cambio han surgido otras con gran fuerza, como la adicción a internet, al teléfono móvil, a las compras o a los videojuegos. En todas ellas el ocio y tiempo libre juega un papel fundamental, junto a la disponibilidad de dinero y una sociedad que facilita y en muchos casos potencia consumos excesivos que en un porcentaje de las personas se convierten en adictivos.

2.2.3. Los factores de riesgo y protección y el consumo o no de drogas

Como habíamos previsto, en el presente estudio encontramos toda una serie de factores de riesgo y protección relacionados con el consumo de los distintos tipos de sustancias, tal como analizamos a continuación.

Consumo de alcohol

Hay una gran concordancia en la mayoría de los resultados para el consumo de vino, cerveza, licores o alcohol en general, en relación a los factores de riesgo y protección familiar, comunitarios, escolares, de los amigos y personales, tanto para el consumo de alcohol alguna vez en la vida, en los últimos 6 meses o recientemente y para cualquier tipo de alcohol consumido (vino, cerveza, licores). Por ello los resultados los referimos al consumo de alcohol alguna vez, sea cual sea el tipo de alcohol consumido.

Los resultados indicaron, en relación con las variables sociodemográficas., sobre el consumo de alcohol “alguna vez en la vida” que es menor en los que estudian ESO, BUP, COU que los de formación profesional y universitarios, probablemente por un efecto edad, ya que por edades hay diferencias significativas en el consumo, en los que tienen más edad (18-21 vs. 14-17 años). También consumen menos alcohol cuando los estudios de la madre o del padre son primarios que de tener los padres otro tipo de estudios. También los que trabajan beben menos alcohol que los que no trabajan o están en paro. Los que se consideran no creyentes son los que tienen el mayor consumo de alcohol y los más creyentes el menor. Por ingresos propios hay una relación ascendente entre mayor consumo de alcohol a medida que se incrementan los ingresos económicos. En cambio no hay diferencias en función de los ingresos familiares.

En relación a la “frecuencia de consumo reciente de alcohol” es más frecuente el consumo en los que han nacido fuera de Vigo, entre los que han estudiado o estudian FP, entre los que trabajan, entre los que tienen otro tipo de convivencia (distinta a las otras dos categorías que se consideran de: vivir con ambos padres, o separado/divorciados sus padres), los menos creyentes, tener ingresos mensuales propios altos y para ingresos familiares medios (150.000 a 400.000 pts., 900 a 2.500 euros) de la escala utilizada.

En salir de marcha hay una clara diferencia significativa entre salir y consumir alcohol. En la misma línea, para el consumo reciente, en relación a las motivaciones para salir, hay mayor motivación a salir para buscar sensaciones y con la motivación

orientada a la fiesta en los que beben alcohol como para la frecuencia de consumo reciente.

En relación a los motivos para consumir y no consumir drogas, relacionado con el consumo o no de alcohol, aparece que para el consumo alguna vez hay diferencias en aquellos que nunca consumen que los que han consumido, donde los primeros son los que tienen valores contrarios a las drogas junto a que tienen menor puntuación en el valor instrumental que le dan a la diversión y bienestar personal. Para el consumo reciente la variable que aparece significativa es la de diversión y el bienestar personal en el sentido de que los que no han consumido recientemente alcohol consideran significativamente más que el valor como instrumento de diversión y bienestar que el uso de las drogas tiene para quien las usa. Para la frecuencia de consumo reciente la variable que aparece como significativa vuelven a ser los valores y la diversión y el bienestar personal en la misma línea ya comentada para los que no consumen.

Dentro de los factores de riesgo y protección de la comunidad, para consumir o no alcohol alguna vez en la vida, aparecen varios de ellos significativos. Así, los que no consumieron alcohol tiene mayor apego a la comunidad, mayor organización comunitaria percibida, menor tolerancia hacia las drogas legales, menor frecuencia de modelos de conducta desviada, menor riesgo percibido para el cannabis, menor disponibilidad percibida de cannabis, menor disponibilidad percibida de cocaína, mayor reforzamiento familiar y comunitario y mayor valoración de las instituciones comunitarias. Para el consumo reciente los resultados son semejantes como para la frecuencia de consumo, aunque en este caso los de más consumo de alcohol también ven una mayor disponibilidad de cocaína.

En las variables de tipo familiar, el consumo de alcohol (respecto al no consumo) se asocia con el consumo de drogas de la madre, de los hermanos y de un menor control y manejo parental entre los padres para con él. Para el consumo reciente, aparecen significativas con el consumo el conflicto familiar y el menor control y manejo parental. Para la frecuencia de consumo aparecen relacionadas con el mayor consumo las peores relaciones y comunicación con el padre, el consumo de drogas de los hermanos y el menor control y manejo parental.

En las variables de la escuela los que no consumen tienen un mayor apego a la escuela y un mayor supervisión parental. Para el consumo reciente, los resultados son los mismos, como para la frecuencia de consumo, aunque en este caso se añade otra variable más que resulta diferenciar a ambos grupos: el menor rendimiento académico en los que consumen más.

En las variables relacionadas con los amigos, los que han consumido alcohol alguna vez en la vida salen más con sus amigos, más tipos de actividades al salir, hacen menos actividades deportivas o culturales, consumen más drogas legales e ilegales, menos rechazo a tener una relación íntima con un consumidor, más

lectura y aficiones y van más a espectáculos deportivos y otros. Para el consumo reciente las variables que son significativas entre los que han o no consumido son semejantes a las anteriores como para la frecuencia de consumo.

Respecto a las variables relacionadas con la personalidad y la psicopatología, encontramos que los que han bebido alguna vez tienen diferencias significativas respecto a los que no en que puntúan menos en la escala de felicidad y más en la de búsqueda de excitación, desinhibición, rebeldía y conducta desviada. Para el consumo reciente, y de modo semejante, los que consumen tienen más depresión, más impulsividad, más búsqueda de excitación, más desinhibición y más rebeldía. Para la frecuencia de consumo, los resultados son semejantes a los anteriores, apareciendo para los que beben también una menor satisfacción con el trabajo y los estudios.

Finalmente, en relación con las escalas y características de la madre, encontramos que para el consumo o no de alcohol no hay ninguna variable de la madre que resulte significativa, aunque para el consumo reciente surgen como significativos los estilos democrático y permisivo, en el sentido de que los más democráticos y los más permisivos son los que no han consumido alcohol. Para la frecuencia de consumo no se encuentra ninguna relación de las características de la madre con el consumo de alcohol.

Consumo de tabaco

El análisis de si las personas han consumido o no tabaco alguna vez en su vida en relación con los factores de riesgo y protección nos indica, para las variables sociodemográficas que los que proceden de otra zona es más probable que nunca lo hayan consumido; los que han estudiado o estudian FP tienen mayor probabilidad de haberlo consumido, como si trabajan, si viven con amigos en residencia, si tiene menor grado de práctica religiosa, los de clase media o media-baja y los que tienen más ingresos propios. Para la frecuencia de consumo reciente, las variables que resultan ser significativas son semejantes a las anteriores.

En la escala de salud los que no han consumido tabaco puntúan más alto.

La implicación en la marcha es mayor en los que fumaron tabaco alguna vez, recientemente y según la frecuencia.

Dentro de las motivaciones para salir de marcha (salir para buscar sensaciones, salir para ir de fiesta y poder tomar drogas, y salir para evadirse y socializar), los que consumieron alguna vez puntúan más en ellas. Para el consumo reciente son significativas las dos primeras escalas, y en la frecuencia de consumo reciente aparece como significativa salir de fiesta y poder conseguir drogas.

En los motivos para consumir drogas los que nunca consumieron tabaco puntúan más bajo en considerar que los valores contrarios a las drogas son los que llevan a las personas a no consumir drogas y más alguna vez y más alto en la escala de diversión y bienestar personal relacionada con el consumo de drogas. Para el consumo reciente, los que no consumen ven más consecuencias negativas por el consumo de drogas. Y, para la frecuencia de consumo aparece que los que menos consumen puntúan menos en valores hacia el consumo de drogas.

En las variables relacionadas con la comunidad, los consumidores alguna vez de tabaco puntúan con diferencias significativas en casi todas las variables, respecto a los que no han consumido. Así los que no han consumido tienen mayor apego a la comunidad, mayor organización comunitaria, menor movilidad comunitaria, menor tolerancia a las drogas ilegales y legales, menor número de modelos de conducta desviada, mayor riesgo percibido para el consumo de cannabis, menor disponibilidad percibida de cannabis, como de cocaína, mayor reforzamiento familiar y comunitario y mayor valoración de las instituciones. Para el consumo reciente los resultados son semejantes, y para la frecuencia de consumo las variables que aparecen como significativas son menor número de modelos de conducta desviada, menor disponibilidad percibida de cannabis y de cocaína.

En las variables relacionadas con la familia, casi todas resultan ser significativas. Así los que no consumen tienen mejor relación y comunicación con el padre y la madre, respecto a los que consumen, menor consumo de drogas en la madre y hermanos, menor maltrato y/o abuso, menor conflicto familiar y mayor control y manejo parental. Para el consumo reciente y frecuencia de consumo los resultados son semejantes a los anteriores.

En las variables relacionadas con la escuela, los que no han consumido nunca tabaco, respecto a los que sí, tienen mayor apego a la escuela, mayor rendimiento académico y mayor supervisión parental. Para el consumo reciente aparece solo significativa el mayor control parental, como para la frecuencia de consumo junto al menor apego a la escuela para los que consumen.

En las variables relacionadas con los amigos, el consumo de tabaco se relaciona con salir con amigos, menos actividades deportivas o culturales, mayor consumo de drogas legales e ilegales de sus amigos, menos lecturas y aficciones, menos frecuencia de asistencia a espectáculos deportivos y otros y menor rechazo de relación íntima con un consumidor. Para el consumo reciente y frecuencia los resultados son semejantes.

En relación a las variables de personalidad y psicopatología, los que consumieron alguna vez tabaco en la vida, respecto a los que no, tienen mayor puntuación en depresión, menor felicidad, mayor impulsividad, búsqueda de excitación, desinhibición, agresividad, rebeldía, número de trastornos en el ciclo vital y mayor conducta desviada. Para el consumo reciente los resultados son

semejantes. Para la frecuencia de consumo aparecen la mayor búsqueda de excitación y la mayor rebeldía.

Finalmente, en las escalas y características de la madre, no aparece ninguna relacionada con probar o no alguna vez tabaco, aunque para el consumo reciente como para la frecuencia de consumo el consumo se asocia con una mayor puntuación en la escala de estilo de crianza democrático.

Antiinflamatorios

El análisis de si las personas han consumido o no antiinflamatorios alguna vez en su vida en relación con los factores de riesgo y protección nos indica, para las variables sociodemográficas que consumen más los de estudios superiores, si la madre tiene estudios de BUP o COU, si es de clase social media o media alta y si tiene ingresos propios de 1 a 50.000 pts., y familiares de 150 a 200.000.

La implicación en la marcha es mayor en los que tomaron antiinflamatorios alguna vez.

Dentro de las motivaciones para salir de marcha, los que consumieron alguna vez antiinflamatorios puntúan más salir para evadirse y socializarse.

En los motivos para consumir, en el consumo alguna vez o recientemente de antiinflamatorios aparece que los que los consumen puntúan más alto en las posibles consecuencias negativas de consumir drogas.

En las variables relacionadas con la comunidad, los consumidores alguna vez de antiinflamatorios puntúan con diferencias significativas, respecto a los que no han consumido en mayor número de modelos de conducta desviada, disponibilidad percibida de cocaína y menor valoración de las instituciones. Para el consumo reciente los que no consumen tienen un mayor reforzamiento familiar y comunitario.

En las variables relacionadas con la familia, los que no consumen tienen una mejor relación y comunicación con su padre, un menor consumo de drogas de sus hermanos, menor nivel de maltrato o abuso; para el consumo reciente, los que no han consumido tienen una mejor relación con su madre.

En las variables relacionadas con la escuela, no hay diferencias en el consumo o no alguna vez en la vida; para el consumo reciente hay mayor apego a la escuela los que no han consumido.

En las variables relacionadas con los amigos, el consumo algunas vez de antiinflamatorios se relaciona con menor compañía en casa o la calle y mayor consumo de drogas ilegales. El consumo reciente solo se discrimina la compañía en casa o la calle.

En relación a las variables de personalidad y psicopatología, los que consumieron alguna vez en la vida antiinflamatorios, respecto a los que no, tienen

mayor puntuación en impulsividad, desinhibición, agresividad, déficit en habilidades sociales, conducta desviada y menor satisfacción global. Para el consumo reciente aparece mayor agresividad y menor satisfacción global.

Finalmente, en las escalas y características de la madre, no aparece ninguna relacionada con probar o no alguna vez antiinflamatorios excepto en el estilo permisivo (menor para los que los han consumido), aunque para el consumo reciente es más probable el consumo cuando los padres tienen una puntuación mayor en el estilo de crianza democrático.

Cannabis

El análisis de si las personas han consumido o no cannabis alguna vez en su vida en relación con los factores de riesgo y protección nos indica, para las variables sociodemográficas que consumen más cannabis los que proceden de fuera de Vigo, estudiar o estudian FP, si sus padres tienen estudios de BUP o COU, si trabaja, es no creyente, es de clase social media o media baja, y tiene ingresos propios.

Para la frecuencia de consumo reciente de cannabis aparecen como significativas trabajar e ingresos propios altos.

En la escala de salud los que no han consumido cannabis puntúan más alto.

La implicación en la marcha es mayor en los que consumieron cannabis alguna vez, recientemente y según la frecuencia de consumo.

Dentro de las motivaciones para salir de marcha (salir para buscar sensaciones, salir para ir de fiesta y poder tomar drogas, y salir para evadirse y socializar), los que consumieron alguna vez cannabis puntúan más en las dos primeras; para el consumo reciente en la primera.

Para los motivos de consumir drogas, los que nunca consumieron cannabis alguna vez consideran que la falta de disponibilidad y conocimiento sobre sus efectos son los que llevan a las personas a no consumir drogas, tienen más valores contrarios al consumo de drogas y consideran el valor instrumental en la diversión y bienestar que el uso de drogas. Para el consumo reciente vuelve a aparecer los valores junto con el menor valor instrumental dado al sexo y experiencia vital. Para la frecuencia de consumo aparecen las limitaciones a la disponibilidad y los valores, en el sentido ya indicado.

En las variables relacionadas con la comunidad, los consumidores alguna vez de cannabis puntúan con diferencias significativas en casi todas las variables, respecto a los que no han consumido. Así los que no han consumido tienen mayor organización comunitaria, menor movilidad comunitaria, menor tolerancia a las drogas legales, menor número de modelos de conducta desviada, mayor riesgo percibido para el consumo de cannabis, menos disponibilidad percibida de cannabis,

como de cocaína, mayor reforzamiento familiar y comunitario y mayor valoración de las instituciones. Para el consumo reciente y para la frecuencia de consumo los resultados son semejantes a los anteriores.

En las variables relacionadas con la familia, casi todas resultan ser significativas para el consumo o no alguna vez. Así los que no consumen tienen mejor relación y comunicación con el padre y la madre, respecto a los que consumen, menor consumo de drogas en la madre y hermanos, menor maltrato y/o abuso, menor conflicto familiar y mayor control y manejo parental. Para el consumo reciente los resultados son semejantes a los anteriores. Para la frecuencia de consumo aparece relacionado con mismo con el consumo de drogas en los hermanos y menor control y manejo parental.

En las variables relacionadas con la escuela, los que no han consumido nunca cannabis, respecto a los que si, tienen mayor apego a la escuela, mayor rendimiento académico y mayor supervisión parental. Para el consumo reciente aparece significativa el mayor apego a la escuela y oportunidades para implicarse en la misma en los que no consumen. Para el consumo reciente el apego a la escuela y el rendimiento académico mayor para los que no consumen.

En las variables relacionadas con los amigos, el consumo de cannabis se relaciona con salir con amigos, menos actividades deportivas o culturales, mayor compañía en casa o calle, mayor consumo de drogas legales e ilegales de sus amigos, menos lecturas y aficciones, ven más TV y oyen música, menos frecuencia de asistencia a espectáculos deportivos y otros y menor rechazo de relación íntima con un consumidor. Para el consumo reciente los resultados son semejantes. Para la frecuencia de consumo aparece más actividades de salir y mayor consumo de drogas ilegales por los que consumen.

En relación a las variables de personalidad y psicopatología, los que consumieron alguna vez en la vida cannabis, respecto a los que no, tienen mayor puntuación en depresión, menor felicidad, mayor impulsividad, búsqueda de excitación, desinhibición, agresividad, rebeldía, número de trastornos en el ciclo vital y mayor conducta desviada. Para el consumo reciente mayor búsqueda de excitación, desinhibición y rebeldía. Para la frecuencia de consumo mayor búsqueda de excitación, mayor desinhibición y mayor conducta desviada.

Finalmente, en las escalas y características de la madre, para el consumo alguna vez en la vida, aparece relación con mayor estilo de crianza autoritario y consumo. Para el consumo reciente y frecuencia de consumo no aparece ninguna relación significativa

Cocaína

El análisis de si las personas han consumido o no cocaína alguna vez en su vida en relación con los factores de riesgo y protección nos indica, para las variables sociodemográficas que los que consumieron cocaína alguna vez en la vida tienen mayor probabilidad de que han hecho o están haciendo estudios de FP, los estudios de la madre son primarios, trabaja, tiene un tipo de convivencia categorizada en "otras", de clase media o media-baja, con ingresos propios altos.

En la escala de salud los que no han consumido cocaína puntúan más alto.

Dentro de las motivaciones para salir de marcha (salir para buscar sensaciones, salir para ir de fiesta y poder tomar drogas, y salir para evadirse y socializar), los que consumieron alguna vez cocaína puntúan más en las dos primeras.

Para los motivos para consumir drogas, los que consumen cocaína puntúan más en valores favorables hacia el consumo de drogas y menos en el valor instrumental de la diversión y bienestar personal que no consumir drogas.

En las variables relacionadas con la comunidad, los consumidores alguna vez de cocaína puntúan con diferencias significativas en casi todas las variables, respecto a los que no han consumido. Así los que no han consumido tienen menor movilidad comunitaria, menor tolerancia a las drogas ilegales y legales, menor número de modelos de conducta desviada, mayor riesgo percibido para el consumo de cannabis, menos disponibilidad percibida de cannabis, como de cocaína, mayor reforzamiento familiar y comunitario y mayor valoración de las instituciones.

En las variables relacionadas con la familia, casi todas resultan ser significativas. Así los que no consumen tienen mejor relación y comunicación con el padre y la madre, respecto a los que consumen, menor consumo de drogas en la madre, padre y hermanos, menor maltrato y/o abuso, menor conflicto familiar y mayor control y manejo parental.

En las variables relacionadas con la escuela, los que no han consumido nunca cocaína, respecto a los que sí, tienen mayor apego a la escuela, mayor supervisión parental y mayores oportunidades de implicarse en la misma. Para el consumo reciente aparece significativa el apego a la escuela y las oportunidades para implicarse en la misma. Para la frecuencia de consumo el apego a la escuela y mayor rendimiento académico en los que no consumen.

En las variables relacionadas con los amigos, el consumo de cocaína se relaciona con salir con amigos, menos actividades deportivas o culturales, mayor consumo de drogas legales e ilegales de sus amigos, menos lecturas y aficciones, menor rechazo de relación íntima con un consumidor y rechaza menos el intento de cambiar la actitud del otro sobre las drogas. Para el consumo reciente los resultados

son semejantes. Para la frecuencia de consumo aparecen menos actividades de salir y mayor consumo de drogas legales de sus amigos.

En relación a las variables de personalidad y psicopatología, los que consumieron alguna vez en la vida cocaína, respecto a los que no, tienen menor felicidad, mayor impulsividad, búsqueda de excitación, desinhibición, agresividad, rebeldía, número de trastornos en el ciclo vital y mayor conducta desviada.

Finalmente, en las escalas y características de la madre, no aparece ninguna relacionada con probar o no alguna vez cocaína con las variables evaluadas en las madres.

Otras drogas

Dados los escasos consumos para otras drogas no ha sido posible analizar, con suficiente grado de fiabilidad, los factores de riesgo y protección relacionados con su consumo o no consumo.

2.2.4. El botellón en los jóvenes de 14 a 21 años de Vigo

Los resultados del presente estudio indican que 176 sujetos no han participado nunca de un botellón (35,4%) y 321 que sí lo han hecho (64,6%). En total, 194 sujetos no han participado del botellón en el último año (39%), 53 sujetos lo han hecho una o dos veces (10,7%) y los 250 restantes lo han hecho 3 o más veces en el último año (50,3%). Si sale un 81,4% de la muestra, saliendo más las mujeres (81,4%) que los hombres (76%). Esto se debe a que hay un porcentaje importante de ellas que sale 1 ó 2 fines de semana al mes, aunque también es cierto que en 3 ó 4 salidas al mes hay más varones que mujeres que salen al mes. También aparecen diferencias significativas en el número de horas en el botellón donde es superior en los varones (2 h. vs. 1,8 horas).

En relación a la participación al mes en botellones un 17,7% participa en uno, un 18,1% en dos, un 11,5% en tres y un 24,3% en cuatro, es decir, todas las semanas del mes. El número de horas que le dedican es de 2,5 a 3 horas.

Dentro de los motivos para salir aparece a nivel significativo que bailar es más importante para salir para las chicas que para los chicos; en cambio, para éstos es más importante buscar sexo y pareja. Salen mucho más los de 18 años en adelante que los de menos edad (94,8% vs. 64%) y también que los de más edad salen muchas más veces. Igualmente gastan más dinero al salir y participan más en

todo lo relacionado con el botellón los de más edad.

Al diferenciar a los que han participado o no en el botellón y el consumo de las distintas drogas, nos encontramos que en todos los casos el consumo es significativamente mayor en los que han participado. Lo mismo ocurre al considerar a los que participaron o no recientemente en el mismo.

Al analizar el número de botellones en el que han participado en el último año en relación con el consumo de drogas, volvemos a encontrar, como en el caso anterior que la media de consumo de las distintas drogas es mayor en todos los casos y significativa la relación en todos los distintos consumos de alcohol tanto para alguna vez como para el consumo reciente.

La relación entre el número de botellones en el último año y las razones para salir de marcha indica que solo es significativo un motivo, el de buscar sexo, donde hay significativamente una mayor participación en los botellones en los que para ellos este motivo es importante (16.2 botellones al año, respecto a 10.2, cuando este motivo no es importante).

Un aspecto central del estudio es analizar los factores de riesgo y protección en relación al botellón, a su participación o no en el mismo y al número de botellones en los que participa. Encontramos que los que participan en el botellón tienen peor salud que los que no participan; que tienen una implicación en salir de marcha, que se incrementa a medida que se participa en más botellones; que la motivación para salir de marcha en los que participan en el botellón es mayor para salir para buscar sensaciones y salir para estar de fiesta y consumir algo de droga. Lo mismo aparece para el número de botellones al año.

La motivación para salir de marcha en los que salen indica que tienen más valores que se relacionan con consumir, mientras que los que no consumen tienen mayor puntuación en diversión y bienestar personal. Y, en relación al número de botellones al año aparecen las dos variables anteriores junto con el valor instrumental asociado al sexo y experiencia vital, donde la mayor puntuación está en los que participan en 1-2 botellones, aunque menor en los de ninguno o más de 3.

En los factores de riesgo y protección de la comunidad, los que han participado alguna vez en el botellón tienen menor apego a la comunidad, menor organización comunitaria, mayor tolerancia a las drogas legales, mayor número de modelos de conducta desviada, mayor riesgo de consumo de cannabis, ven una mayor disponibilidad de cannabis y de cocaína, tienen menor reforzamiento familiar y comunitario y menor valoración de las instituciones. Para el número de botellones en los que participaron en el año, los resultados son semejantes a los anteriores.

Dentro de los factores de riesgo y protección familiar los que han participado alguna vez en el botellón tienen un mayor consumo de drogas en los hermanos, mayor conflicto familiar y menor control y manejo parental. Para el número de botellones en los que participaron en el año aparece la primera y tercera variables

de las anteriores como significativa.

En los factores de riesgo y protección de la escuela, los que han participado alguna vez en el botellón tienen menor apego a la escuela y menor supervisión parental. Lo mismo ocurre para el número de botellones.

Para los factores de riesgo y protección de los amigos, los que han participado alguna vez en el botellón respecto a los que no, tienen más actividades de salir, menos actividades culturales y deportivas, más compañía en casa o la calle, mayor consumo de drogas legales e ilegales en sus amigos, menos lecturas y aficiones, van a menos a espectáculos deportivos y otros, y tienen poco rechazo de la relación íntima con un consumidor. Estos resultados son semejantes para el número de botellones.

Para los factores de riesgo de personalidad, psicopatología y otra conducta desviada, los que nunca han participado en el botellón tienen mayor puntuación en las escalas de felicidad, y menores en impulsividad, búsqueda de excitación, desinhibición. Los que no participan en el botellón tienen mayor déficit en habilidades sociales pero menor rebeldía y menor conducta desviada. Los resultados para el número de botellones es semejante a los anteriores.

El análisis de las características de la madre (psicopatología y estilos de crianza) indica que solo hay una diferencia en la escala de estilo de crianza autoritario, en donde los que participan tienen madres con un estilo de crianza autoritario superior a los que no participan. Esta relación no aparece para el número de botellones al año.

Todo lo anterior nos indica que hay toda una serie de factores que se relacionan significativamente más con participar en el botellón, y que estos factores de riesgo y protección se relacionan con la marcha y con distintos factores de riesgo y protección comunitario, familiar, de los amigos, escolares y personales.

Dado que también se ha realizado un estudio de campo, donde hemos obtenido datos descriptivos y cualitativos del botellón en los jóvenes de Vigo, y sobre la marcha, los resultados del estudio cualitativo y cuantitativo nos permiten afirmar que el botellón está ampliamente extendido entre los jóvenes de estas edades, tanto en la ciudad de Vigo, como en Galicia y otros lugares de la geografía nacional. En el presente estudio en jóvenes de 14 a 21 años de la ciudad de Vigo el 64.6% ha participado en uno o más botellones alguna vez en la vida. Por edades, al diferenciar a los menores y a los mayores de edad, nos encontramos que en los mayores de edad este porcentaje sube hasta el 94.8% (64% para los menores de edad). Por sexos, la participación en el botellón es aproximadamente igual, lo que constituye un nuevo fenómeno en la historia del consumo de alcohol en nuestra cultura, como ocurre igualmente que las mujeres consumen igual o más que los varones. Esto acarrea más problemas a las mujeres como ya vimos previamente. También debemos indicar que, dado que no es legal comprar alcohol a menores, ni

que pueden beberlo en varias de las edades consideradas en el estudio, es claro que la generalización del consumo de alcohol y del botellón es muy grande y que hay una clara permisividad social ante el mismo.

El presente estudio ha permitido conocer mejor toda una serie de factores de riesgo y protección individual, familiar, de los amigos, escolar y comunitario que se relacionan con participar o no en el botellón. Incidir sobre los de riesgo, para disminuirlo, y potenciar los de protección para incrementarlos está en el núcleo de poder conseguir una buena prevención en este campo. Sin embargo hay que reconocer las importantes fuerzas de la industria del alcohol para bloquear estas acciones, en la dejadez de las administraciones públicas en regular y controlar este tipo de consumo, y especialmente los consumos problema que acarrea, y las quejas de una parte de la población que se ven afectadas directamente por el botellón in situ, como ruidos, no poder dormir, actos de vandalismo, suciedad, etc.

Los resultados del presente estudio permiten, por tanto, conocer mejor la realidad del botellón en los jóvenes de 14 a 21 años de la ciudad de Vigo y tomar medidas para un control más efectivo del mismo, a través de medidas educativas, preventivas, de reducción de daños y de control efectivos de su consumo en lugares públicos.

2.2.5. Los factores de riesgo y protección en relación con las adicciones comportamentales

Compras

Las personas con probable adicción a las compras tienen una menor puntuación en la escala de salud, están más implicados en la marcha y tienen una mayor puntuación en salir para fiesta y consumir algo de droga.

En las variables de la comunidad aparece que los que tienen probable adicción a las compras tienen mayor movilidad comunitaria, mayor tolerancia al consumo de drogas legales, mayor cantidad de modelos de conducta desviada, menor riesgo en el consumo de cannabis, consideran que hay mayor disponibilidad de cannabis y de cocaína y mayor valoración de las instituciones.

En las variables familiares no aparece ninguna diferencia significativa.

En las variables de los amigos, los que tienen probable adicción a las compras salen más con sus amigos, menor compañía en casa o calle, mayor consumo de drogas legales e ilegales de sus amigos, y va a menos espectáculos deportivos y otras que los que no tienen problemas.

En las variables psicopatológicas y de conducta desviada, los que tienen probable adicción a las compras tienen mayor nivel de depresión, menor felicidad, mayor impulsividad, desinhibición, rebeldía y menor satisfacción global.

Finalmente, en las escalas y características de las madres no hay ninguna diferencia significativa.

Internet

Los probables adictos a internet no tienen diferencias en la escala de salud, implicación en salir de marcha o motivación para salir de marcha o para consumir drogas que los no adictos.

En las variables de la comunidad aparece que los que tienen probable adicción a internet tienen solo mayor cantidad de modelos de conducta desviada.

En las variables familiares solo aparece diferencias en conflicto familiar, en donde los que tienen probable adicción a internet tienen mayor conflicto familiar que los que no.

En las variables de los amigos, los que tienen probable adicción a internet no hay ninguna diferencia significativa.

En las variables psicopatológicas y de conducta desviada, los que tienen probable adicción a internet tienen mayor nivel de depresión, menor felicidad, mayor agresividad, y mayor nivel de déficit en habilidades sociales.

Finalmente, en las escalas y características de las madres no hay ninguna en la que haya diferencias significativas.

Videojuegos

Los probables adictos a los videojuegos no tienen diferencias en la escala de salud, implicación en salir de marcha o motivación para salir de marcha o para consumir drogas que los no adictos.

En las variables de la comunidad aparece que los que tienen probable adicción a los videojuegos tienen mayor apego a la comunidad y menor riesgo en el consumo de cannabis.

En las variables familiares los que tienen probable adicción a los videojuegos tienen mayor maltrato y/o abuso.

En las variables de los amigos, los que tienen probable adicción a los videojuegos tienen menor compañía en casa o calle, ven menos televisión o escuchan música, van a más espectáculos deportivos y otras que los que no tienen problemas.

En las variables psicopatológicas y de conducta desviada, los que tienen probable adicción a los videojuegos tienen mayor impulsividad, agresividad, déficit en habilidades sociales y menor satisfacción en el trabajo y estudios.

Finalmente, en las escalas y características de las madres los que tienen probable adicción a los videojuegos sus madres tienen una puntuación significativamente mayor en depresión y en ansiedad rasgo.

Teléfono móvil

Los probables adictos al teléfono móvil no tienen diferencias en la escala de salud ni en la implicación en salir de marcha. Pero en las motivaciones para salir de marcha tienen una mayor puntuación en salir para buscar sensaciones, salir para ir de fiesta y buscar algo de droga y salir para evadirse y socializarse que los no adictos. En los motivos para consumir o no drogas, los probables adictos ven menos las consecuencias negativas de las drogas y le dan un mayor valor instrumental al consumo de drogas asociado al sexo y a la experiencia vital.

En las variables de la comunidad aparece que los que tienen probable adicción al teléfono móvil tienen mayor cantidad de modelos de conducta desviada y mayor percepción subjetiva de disponibilidad de cocaína.

En las variables familiares no aparece ninguna diferencia significativa.

En las variables de los amigos, los que tienen probable adicción al móvil salen más con sus amigos, tienen un mayor consumo de drogas legales sus amigos e intentan cambiar la actitud del otro sobre las drogas.

En las variables psicopatológicas y de conducta desviada, los que tienen probable adicción al teléfono móvil tienen mayor nivel de depresión, impulsividad, déficit en habilidades sociales y número de trastornos en el ciclo vital.

Finalmente, en las escalas y características de las madres aparece solo una diferencia significativa en la escala de estilo de crianza democrático, en donde los que no tienen problemas sus madres puntúan significativamente más.

2.2.6. La predicción del consumo de drogas y de las adicciones comportamentales considerando a un tiempo todos los factores de riesgo y protección analizados en el presente estudio mediante análisis multivariado

La inclusión de todas las variables de los distintos dominios considerados (sociodemográficas, comunidad, familia, escuela, amigos y características personales) para cada una de las sustancias y adicciones, en un análisis multivariado, nos ha permitido conocer el % de sujetos correctamente clasificados y

qué variables entran como significativas en la predicción. Estas fueron las siguientes:

Alcohol

Para el consumo de alcohol alguna vez o no en la vida, las variables incluidas en el análisis permiten clasificar correctamente a un 87.9% de los sujetos. Las variables que salen como significativas para explicar dicho consumo de alcohol son:

- consumo de drogas legales en sus amigos
- salir de marcha con los amigos
- sociodemográficas asociadas al consumo de alcohol (mayor edad, estudios de FP, etc.)
- menor apego a la comunidad
- menor realización de otras actividades recreativas

Para el consumo habitual de alcohol, las variables incluidas en el análisis permiten clasificar correctamente a un 80,1% de los sujetos. Las variables que salen como significativas para explicar dicho consumo de alcohol son:

- mayor implicación en salir de marcha
- salir de marcha con los amigos
- sociodemográficas asociadas al consumo de alcohol (mayor edad, trabaja)
- consumo de drogas ilegales por los amigos
- no rechaza la relación íntima con un consumidor
- menor valoración de las instituciones

Tabaco

Para el consumo de tabaco alguna vez o no en la vida, las variables incluidas en el análisis permiten clasificar correctamente a un 77.7% de los sujetos. Las variables que salen como significativas para explicar dicho consumo de tabaco son:

- consumo de drogas legales en sus amigos
- salir de marcha con los amigos
- modelos de conducta desviada
- sociodemográficas asociadas al consumo de tabaco (ser mujer, mayor edad, etc.)
- búsqueda de excitación
- agresividad.

Para el consumo reciente de tabaco, las variables incluidas en el análisis permiten clasificar correctamente a un 67.3% de los sujetos. Las variables que salen como significativas para explicar dicho consumo de tabaco son:

- consumo de drogas legales en sus amigos
- menor disponibilidad percibida de cocaína
- menor puntuación en la escala de salud
- salir de marcha con los amigos
- menor supervisión familiar en la escuela
- menor número de otras actividades recreativas

Antiinflamatorios

Para el consumo de antiinflamatorios alguna vez o no en la vida, las variables incluidas en el análisis permiten clasificar correctamente a un 78,7% de los sujetos. Las variables que salen como significativas para explicar dicho consumo de tabaco son dos.

- sociodemográficas asociadas a esta sustancia (menor edad, madres estudio FP, etc.)
- compañía en casa o en la calle con amigos.

Cannabis

Para el consumo de cannabis alguna vez o no en la vida, las variables incluidas en el análisis permiten clasificar correctamente a un 83,3% de los sujetos. Las variables que salen como significativas para explicar dicho consumo de cannabis son:

- búsqueda de excitación
- consumo de drogas legales en sus amigos
- consumo de drogas ilegales en sus amigos
- sociodemográficas asociadas al consumo de cannabis (mayor edad, mujer, etc.)
- disponibilidad percibida de cocaína
- salir de marcha con los amigos.

Para el consumo reciente de cannabis, las variables incluidas en el análisis permiten clasificar correctamente a un 84.4% de los sujetos. Las variables que salen como significativas para explicar dicho consumo de cannabis son:

- búsqueda de excitación
- mayor implicación en salir

- sociodemográficas asociadas al consumo de cannabis (mayor edad, no creyente, con ingresos altos, etc.)
- menor apego a la escuela.

Cocaína

Para el consumo de cocaína alguna vez o no en la vida, las variables incluidas en el análisis permiten clasificar correctamente a un 92,8% de los sujetos. Las variables que salen como significativas para explicar dicho consumo de cocaína son:

- sociodemográficas asociadas al consumo de cocaína (mayor edad, mayor cantidad de ingresos)
- búsqueda de excitación
- consumo de drogas ilegales en sus amigos
- maltrato y abuso en la familia
- menor supervisión parental en la escuela

Participar o no en el botellón

En el análisis de las variables que predicen el haber participado o no alguna vez en el botellón, las variables incluidas en el análisis permiten clasificar correctamente a un 87% de los sujetos, lo que significa que clasifica correctamente a 9 de cada 10 sujetos. Las variables que salen como significativas para explicar dicha participación son las siguientes:

- actividades más frecuentes de salir de marcha con sus amigos
- consumo de drogas legales con los amigos
- disponibilidad percibida de cannabis
- Menor control y manejo parental
- Menor reforzamiento familiar y comunitario
- Compañía de los amigos en casa o en la calle

Adicción a las compras

Para la adicción o no a las compras, las variables incluidas de modo significativo en el análisis final (global) , permiten clasificar correctamente a un 91% de los sujetos. Las variables que salen como significativas para explicar dicha adicción son las siguientes:

- sociodemográficas asociadas a problemas por las compras (no nacer en la zona, menores estudios, con ingresos económicos)
- desinhibición
- consumo de drogas legales en los amigos
- menor compañía de amigos en casa o la calle

Adicción a internet

Para la adicción o no a internet, las variables incluidas de modo significativo en el análisis final (global) , permiten clasificar correctamente a un 88% de los sujetos. Las variables que salen como significativas para explicar dicha adicción son las siguientes:

- conflicto familiar
- déficit en habilidades sociales
- buen rendimiento escolar

Adicción a los videojuegos

Para la adicción o no a los videojuegos, las variables incluidas de modo significativo en el análisis final (global) , permiten clasificar correctamente a un 93,4% de los sujetos. Las variables que salen como significativas para explicar dicha adicción son las siguientes:

- impulsividad
- maltrato y abuso
- asistir a espectáculos deportivos y de otro tipo
- menor compañía de amigos en casa o la calle
- apego a la comunidad

Adicción al teléfono móvil

Para la adicción o no al teléfono móvil, las variables incluidas de modo significativo en el análisis final (global) , permiten clasificar correctamente a un 88% de los sujetos. Las variables que salen como significativas para explicar dicha adicción son las siguientes:

- salir de marcha por la música, baile,...
- salir para evadirse y socializar
- déficit en habilidades sociales

- se consumen drogas por experiencia vital, mejorar sexo, etc.
- sociodemográficas asociadas a la adicción al teléfono móvil (el padre no estudio en la universidad)

3. ABORDAJES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CONSUMO ABUSIVO DE DROGAS (ALCOHOL, TABACO, CANNABIS, COCAÍNA, DROGAS DE SÍNTESIS, ETC.) Y PROBLEMAS CON LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES EN JÓVENES

Son varios los tipos de abordajes posibles para la prevención y el control del consumo abusivo de las drogas legales e ilegales en jóvenes, como el legislativo y de cumplimiento de normas existentes, el educativo, el comunitario, el preventivo, con los distintos tipos de prevención a nivel escolar, familiar, social, comunitario y de medios de comunicación de masas, el asistencial, para complementar los anteriores cuando es necesaria una intervención especializada, y el social, en la idea de hacer llegar a todo el sistema social la necesidad de concienciarse y de ser necesario hacer cambios para la solución de un problema como es éste. A continuación analizamos cada uno de ellos.

3.1. Nivel legislativo y de cumplimiento de normas

Las normas sirven para enmarcar acciones concretas y marcos de acción en los que nos tenemos que mover. En el caso del alcohol y del tabaco disponemos de varias normas y leyes referidas a la edad legal de consumo, venta de alcohol y tabaco a menores, responsabilidades por conductas incívicas, etc. Estas normas son tanto de tipo nacional como autonómico o local. Por ello, existe suficiente marco normativo para afrontar el problema del consumo de alcohol y tabaco, tanto en adultos como en jóvenes y menores de edad.

También hay que indicar que el cumplimiento de las normas sobre el alcohol y tabaco, su venta y consumo, son laxas o que los responsables de su cumplimiento no han prestado toda la diligencia que sería necesario para ello. Esto viene dado por ser drogas legales que, aparte, en nuestro medio, tiene en muchas ocasiones un importante componente cultural, social, familiar, de celebración, etc.

En el caso del tabaco, la reciente aprobación de la Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro y la publicidad de los productos del tabaco, que entrará en vigor el 1 de enero de 2006, va a significar un importante avance para el control del tabaquismo tanto en los adultos como en los jóvenes, y donde una parte importante de la misma va dirigida a ellos. Esto va a

exigir cambios normativos en los locales, lo que afectará de un modo u otro al consumo de otras sustancias. Es una buena ocasión para que a dicha ley le siguiese otra para el control del consumo de alcohol y el control del botellón en la calle, como ya así han desarrollado específicamente distintas comunidades autónomas.

Por todo ello, es todavía necesario un mayor esfuerzo en el cumplimiento de las leyes y normas existentes sobre el consumo de las drogas legales (alcohol y tabaco), dadas las graves consecuencias que se están produciendo en los más jóvenes así como por la necesidad de preservar su salud. Pero también somos conscientes, y en ello insistimos, que simplemente con poner en marcha medidas de tipo legislativo, normativo o represivo, no se soluciona el problema. Son medidas importantes pero tienen que ir acompañadas de otras medidas y acciones, como las que se indican a continuación.

En el caso específico de las drogas ilegales, la normativa es clara. El cumplimiento, o hacer cumplir las leyes, ésta es una situación más laxa. No está permitido el consumo en la vía pública o en público de las drogas ilegales (el autoconsumo privado es legal en España desde hace varias décadas). Pero en la práctica el cumplimiento de la norma es laxo, como se aprecia especialmente para el cannabis y en menor grado para la cocaína y las drogas de síntesis. Aquí es claro que hay un bajo cumplimiento de las leyes y normas sobre esta cuestión. Con frecuencia su cumplimiento choca con fuertes intereses económicos de la industria recreativa, recaudación de impuestos, imagen social de la diversión, de la propia ciudad, etc.

Menos normativizado está el tema de las adicciones comportamentales, con la excepción del juego patológico. Al empezar a surgir problemas en esta línea será preciso también a nivel normativo especificar criterios y controles para reducir estos problemas, especialmente en los menores de edad o en los más vulnerables.

3.2. Nivel educativo

El nivel educativo está en la base, de modo importante, de este problema. La educación, entendida en el sentido más amplio, abarca en este caso a los padres, a la escuela y al conjunto de las instituciones sociales. Estamos hablando de los jóvenes, por una parte y, por otra, de sustancias de tipo legal e ilegal que son consumidas, de un modo controlado o abusivo, por una parte importante de la población juvenil. De ahí que la solución a un problema como el actual atañe en la práctica a todos.

La educación tiene que realizarse, por tanto, en los tres niveles anteriores. En el familiar, a través de la transmisión de valores adecuados sobre el desarrollo

personal de sus hijos, del cuidado de su salud, de un comportamiento cívico adecuado, del respeto por sí mismo y por los demás, etc. En este sentido hay que facilitar a los padres el que puedan hacer esta función y si no tienen suficiente información que puedan acceder a la misma o facilitarles solventar los problemas que vean que no saben como afrontar ante la conducta de sus hijos.

A nivel escolar la escuela transmite conocimientos, permite adquirir habilidades y transmite valores y formas de comportarse. Pero también, la escuela es un reflejo de nuestra sociedad y no podemos pedirle más de lo que puede dar, que ya es mucho. Por ello, hay que facilitarles hacer su labor tanto en este tema como en otros mediante una formación adecuada, proporcionarles materiales, reciclaje, etc. Junto a ello los programas preventivos en la escuela, a través de la transversalidad de la educación para la salud, facilitan ello, aunque una buena educación debe ser integral y no quedar meramente en un aspecto puntual, en una asignatura puntual o en el abordaje puntual de un problema en un punto del tiempo.

3.2.1. En la familia

En los últimos años la prevención familiar ha incrementado su relevancia al conocerse cada vez más por los factores de riesgo y protección la importancia de la misma en la etiología del consumo de drogas (Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Moncada, 1997). La familia constituye un elemento esencial en la socialización del niño y del adolescente. Por ello una familia estructurada facilita mejor los tránsitos y la adaptación a nuestra sociedad actual. Uno de estos aspectos adaptativos es el no consumo de drogas o no pasar de un consumo esporádico en ciertas drogas. Lo cierto es que en los últimos años se han producido importantes cambios en la familia, y el consumo de drogas en ocasiones se relacionan con dichos cambios (Ríos, Espina y Baratas, 1997). Varios factores de riesgo de tipo familiar se asocian con el consumo de drogas; por contra, otros de protección o el tipo de crianza facilitan el no consumir drogas.

Otro hecho que ha facilitado el surgimiento de los programas preventivos familiares ha estado en que los programas preventivos escolares suelen tener un componente dedicado a la familia. En otros casos es necesario incidir de modo más intensivo en ella. Y, específicamente se han elaborado programas preventivos con el único objetivo de centrarse en la familia (ej., García-Rodríguez, 2000). Lo que hacen estos programas es fomentar habilidades educativas y de comunicación en el seno familiar, incrementar el sentido de competencia de los padres y su capacidad para la resolución de problemas y concienciarlos de la importancia que tienen como agentes de salud para sus hijos.

El mayor problema que tienen los programas preventivos a nivel familiar es la

escasa participación de los padres. Y, cuando participan, suele ser la madre la que acude a las sesiones más que el padre. De modo parecido, en las escuelas de padres que se han creado para los mismos, orientadas específicamente para la prevención de las drogas, ocurre algo semejante: suelen acudir las madres y de las que acuden no siempre son las que tienen los hijos con mayores problemas de consumo de drogas o de riesgo de consumirlas. En la práctica, las familias con mayor cantidad de problemas tienen menos tiempo para acudir a los mismos. Por ello se sugiere que se facilite a los padres el poder acudir (CSAP, 1997, Robertson et al., 2003), o incluso que se les financie el acudir a dichos programas. En muchas ocasiones las *escuelas de padres* es el nombre que recibe el sitio donde acuden los padres para aplicarles un programa preventivo en drogodependencias más o menos estructurado.

Una intervención importante es aquella orientada específicamente a familias problemáticas donde los padres o los hijos consumen drogas o tienen un riesgo muy alto de consumir (Díaz y Ferri, 2002). Facilitar el acceso de los mismos a dichos programas o combinarlos con otras intervenciones de tipo comunitario facilita la adherencia a los mismos.

3.2.2. En la escuela

En los últimos años ha cobrado gran relevancia, con la generalización de la prevención, la prevención escolar. La prevención escolar permite llegar a los jóvenes escolarizados, en la edad de máximo riesgo para el consumo de las distintas drogas, facilitándose así de modo importante realizar la prevención. Esto ha llevado a que muchas intervenciones preventivas se realizan en exclusiva en la escuela y es donde hay más programas preventivos evaluados (Botvin, 1999). Esto en parte es debido a que al estar la mayoría de los niños y niñas escolarizadas constituyen teóricamente “muestras cautivas”, dado que teóricamente tenemos acceso a todo el grupo diana que nos interesa. En la práctica esto no siempre es así ya que la aplicación de un programa preventivo exige la correspondiente autorización (administrativa, escolar, etc.) y el consentimiento de los participantes y de sus padres. No olvidemos que una parte de los que más precisan intervenciones preventivas para que no consuman drogas no asisten a la escuela o tienen fracaso escolar, lo que les lleva a abandonar la misma antes de tiempo. Estos son elementos negativos para la persona y son factores de riesgo para el consumo de drogas. Uno de los objetivos de la prevención escolar es éste junto a otros. Por ello la prevención se realiza fundamentalmente en la escuela, pero no necesariamente es suficiente para evitar el consumo de drogas. Hay que implicar no solo al resto de los elementos sociales sino a todas las personas en riesgo acudiendo a su contexto

social o ambiental de consumo. Y, específicamente debe implicarse a toda la comunidad escolar, que se constituye de los alumnos, de los profesores y los padres.

Lo que es claro es que son muchas las ventajas que tiene hacer la prevención en la escuela (Alonso, Freijo y Freijo, 1996). En España la prevención escolar se hace a través de la educación para la salud, de modo transversal, en distintas materias escolares. En otros países hay una asignatura específica de educación para la salud, drogodependencias, o similar, que sería aquí también lo más adecuado. La actividad preventiva es realizada por el profesorado, habitualmente entrenado para ello, donde aplicarán elementos preventivos en sus asignaturas o componentes de los programas preventivos de drogas. También en ocasiones aplican programas preventivos, en el sentido en el que los conocemos, en las clases de tutoría. Muchos programas preventivos son eficaces, pero no todos (ver Becoña, 2002).

La prevención escolar debe conseguir que los jóvenes no consuman drogas o retrasen la edad de inicio. Aplicada en la escuela debe conseguir este objetivo en todos los alumnos pero puede haber distintos grados de intensidad. Así, los programas universales son útiles para todos, pero en otros sería conveniente aplicar programas selectivos, o bien remitir a las personas con problemas de drogas, o problemas de otro tipo (psicopatológicos, familiares, sociales, etc.), a los servicios sociales, sanitarios o de salud mental, para paliar los mismos o poder, aún mejor solventarlos. Por ello la escuela es importante pero no lo es todo en la prevención. Esto es importante indicarlo y exige a su vez que los profesores tengan el suficiente apoyo técnico y profesional para los problemas que se vayan encontrando en este caso concreto de la prevención de las drogodependencias. Otros aspectos también los tendrán que tratar como aspectos generales de la educación de la salud (ej., hábitos de higiene, salud sexual, VIH, etc.), dependiendo de cada grupo de edad.

3.2.3. En las instituciones sociales

Una sociedad es lo que quiere ser. Y el individuo es reflejo importante de donde vive y de su ambiente más cercano. La operativización de esto se hace en las instituciones sociales, o en aquellos elementos representativos y ejemplares del sistema social. Ellos tienen que ser la norma y el ejemplo de lo que es ese sistema social. De ahí que las distintas instituciones sociales tienen un papel educativo claro. Entre las instituciones sociales podemos considerar desde el aspecto legislativo (parlamento, senado), el institucional (gobierno central, gobierno autonómico, gobierno provincial, gobierno local, etc.), el judicial (administración de justicia, cárceles, juzgados, etc.), etc. A nivel local las instituciones sociales abarcan tanto

las del gobierno (ayuntamiento, administración del estado, administración autonómica) como aquellas otras sociales de peso (ej., asociaciones, grupos organizados, partidos, sindicatos, etc.). Todas ellas son un ejemplo y un referente social de lo que tiene que ser el buen funcionamiento social. De ellas emanan conductas y acciones que se consideran deseables. Y debe haber una adecuación entre las instituciones sociales y los individuos, ya que los individuos de esa sociedad son los que, al final, forman las mismas. Actualmente, en el tema del consumo de las distintas drogas suele haber bastante falta de información en muchas instituciones sociales de la magnitud del problema, las causas del mismo y como se puede abordar efectivamente. Estudios como el presente pueden ayudar a sensibilizarles y a tomar medidas para el bien común, como es claro cuando hablamos de preservar la salud de los ciudadanos, como sería que no consumiesen drogas o que no las consumiesen abusivamente, que se preservasen los derechos de la infancia, que se hagan cumplir las leyes que suelen orientarse al bien común, etc.

3.3. Nivel social, comunitario y de medios de comunicación de masas

Como hemos insistido, el campo de las drogas y de las adicciones comportamentales es un tema que va más allá del nivel individual o del nivel familiar o escolar. Es una cuestión que abarca todo el sistema social. De ahí que ante los problemas que surgen con el consumo de las drogas legales e ilegales hay que buscar soluciones sociales que partiendo del nivel técnico vayan poco a poco siendo asumidas por el poder legislativo y las ponga en marcha pero preparando a todos para su puesta en práctica con convicción, firmeza y mostrando y convenciendo a algunos de que es necesario hacerlo. Tenemos ejemplos previos que pueden ilustrarnos, como el hecho hoy bien asumido de las miles de vidas que cada año salva el cinturón de seguridad, y la dificultad que tuvo convencer a muchos conductores de la bondad de esta medida cuando se puso en marcha hace años. Hoy todavía algunos lo incumplen.

Es indudable que el consumo de alcohol está muy arraigado en nuestra sociedad; en algunos casos su consumo va unido a creencias, hábitos o costumbres que se han transmitido de generación en generación. Pero también otras se han adaptado del nivel tradicional al mundo actual con un claro sentido mercantil por parte de la industria alcoholera o la hostelería, como nos encontramos en celebraciones masivas (ej., bodas, bautizos, fiestas), donde el consumo de alcohol tiene unos patrones de consumo modernos, que tienen poco que ver con el nivel tradicional. De ahí la necesidad de hacer cambios en la línea de acciones de salud pública, en casos como éstos, que nada tienen que ver con el sentido tradicional del

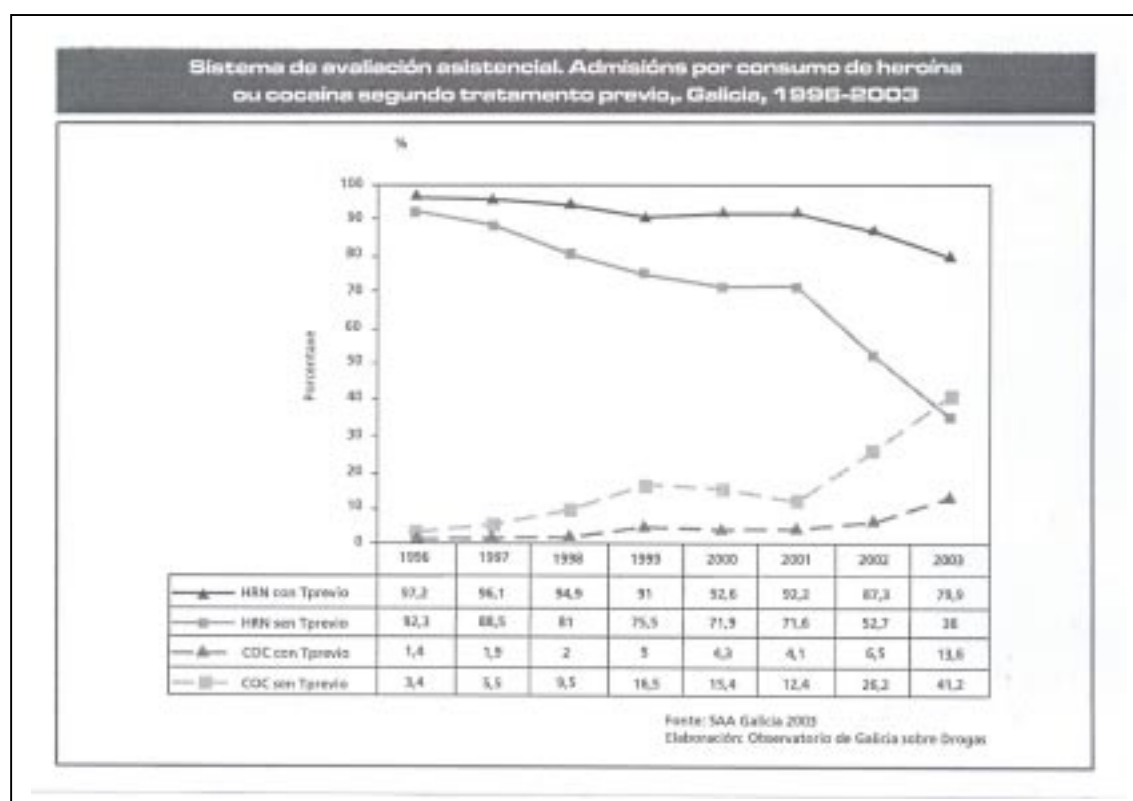
consumo de alcohol.

El consumo de tabaco era hasta hace poco algo habitual y hasta bien visto. Con la disponibilidad de información sobre las graves consecuencias que causa en la salud ello ha ido cambiando poco a poco. En los próximos años el cambio será aún mayor. A pesar de ello las empresas tabaqueras se han orientado a los jóvenes para poder captarlos como nuevos adictos y en gran medida lo han conseguido, especialmente en el caso de las mujeres. Es de esperar que la nueva ley aprobada sobre el tabaco permita controlar este problema no solo en los adultos sino también en los jóvenes.

En el caso del cannabis todo un movimiento organizado con claros intereses económicos e ideológicos, conocidos como cultura pro-cannabis (Calafat et al., 2000), están consiguiendo confundir a la población insistiendo en las hipotéticas bondades del cannabis y callando las graves consecuencias que produce su consumo si éste se generaliza (Grupo de Estudios sobre el Cannabis, 2004). Su unión a la vida recreativa ha facilitado el que la población sea engañada, unas veces, y confundida en otras, con sus teóricas bondades, como ocurrió históricamente de igual modo con el tabaco, para que dentro de unos años nos tengamos que lamentar de sus consecuencias.

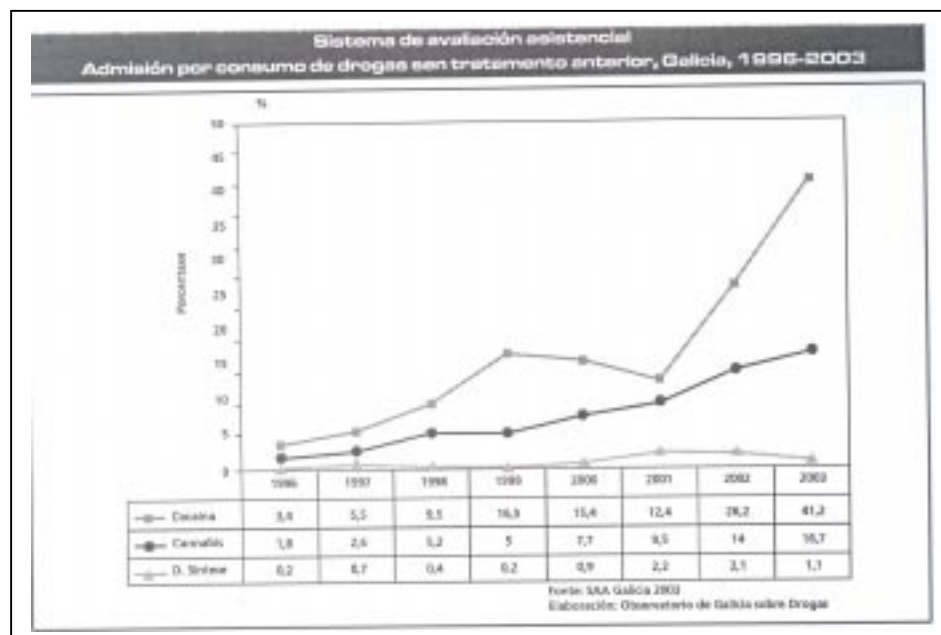
Algo semejante podemos decir de la cocaína y de las drogas de síntesis. Las falsas creencias sobre las mismas han estado en la base de su consumo, junto a los cambios en los horarios de diversión, los cuales exigen aguantar muchas horas sin dormir, o de estar de marcha, y en este caso la cocaína y las drogas de síntesis ayudan a mantenerse despiertos y activos durante mucho tiempo. El problema surge cuando ese consumo lleva a un abuso o a una dependencia. El problema de la cocaína es claro en España, como en Galicia. Esto se ve claramente reflejado en el enorme incremento en las demandas de tratamiento de las personas con problemas con la cocaína en los centros asistenciales en los últimos años (ver figura 1. Así, en Galicia, en las Unidades de Atención al Drogodependiente se ha pasado de un 92.3% de pacientes que demandaban tratamiento por heroína en 1996 a un 36% en dichos centros en 2003. Por el contrario, de una demanda de un 3.4% de cocainómanos en 1996 se ha pasado a un 41.2% en 2003. Dado que la demanda por heroína se ha mantenido constante, o con un ligero descenso, es impresionante el enorme incremento de las demandas por tratamiento de cocaína en tan pocos años y en número de personas que demandan dicho tratamiento. Lo mismo está ocurriendo en toda la geografía nacional.

Figura 1. Demandas de tratamiento en Galicia para heroína y cocaína (en %) en las Unidades de Atención al Drogodependiente



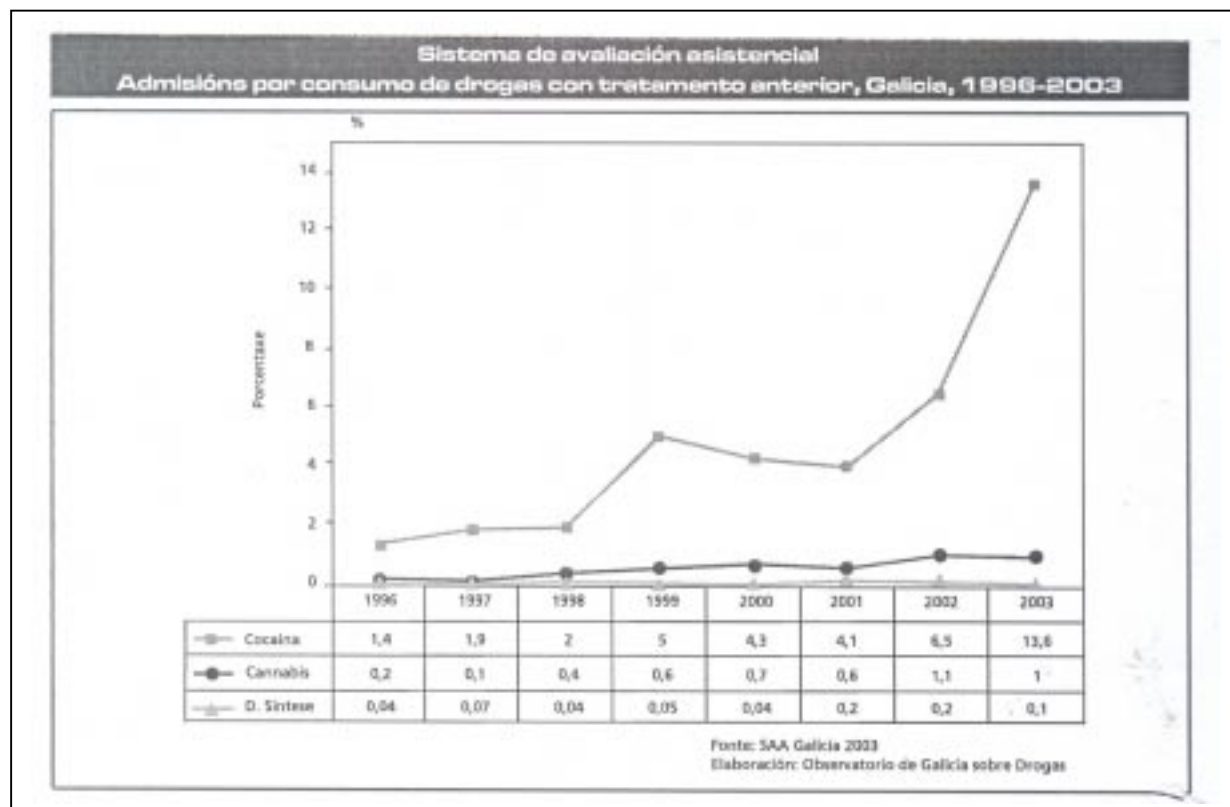
Fuente: Plan de Galicia sobre Drogas (2005).

Figura 2. Admisión por consumo de drogas en Galicia, sin tratamiento previo (1996-2003).



Fuente: Plan de Galicia sobre Drogas (2005).

Figura 3. Admisión por consumo de drogas en Galicia, con tratamiento anterior (1996-2003).



Fuente: Plan de Galicia sobre Drogas.

Por ello es necesario un cambio en algunas costumbres sociales actuales. Hoy ya podemos afirmar que dicho cambio social se ha estado dando y se sigue dando, aunque de modo muy lento. El motivo de este cambio ha sido y son las negativas consecuencias que tiene el consumo abusivo de alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, etc., en jóvenes. En el caso del alcohol debido a su consumo abusivo en forma de botellón, por los problemas de consumo en edades no ya ilegales sino de claro perjuicio para su salud y crecimiento, borracheras, ruidos, suciedad, etc., y por otras consecuencias que acarrear las formas abusivas de consumo de alcohol, como accidentes de tráfico con resultado de invalideces y muertes, accidentes y lesiones por cristales de las bebidas o vasos rotos, problemas de rendimiento en la escuela, etc. En esta labor tiene una gran relevancia los medios de comunicación de masas, los cuales tienen la responsabilidad de informar de modo objetivo, denunciar los abusos de la publicidad del alcohol y del tabaco, indicar los efectos negativos que está teniendo actualmente el consumo abusivo de alcohol en jóvenes e insistir en la búsqueda de soluciones para el problema y en el seguimiento de las que se están poniendo en marcha.

3.4. Nivel preventivo

El nivel preventivo es muy importante en este tema. La prevención de las drogodependencias se centra de modo importante en la prevención de las drogas legales, tabaco y alcohol inicialmente y, conforme se incrementa la edad, en el cannabis. Los programas que hoy se utilizan en la escuela, y si utilizamos los que son los más efectivos (ver Becoña, 2002), se orientan a la mejora de las habilidades ante la vida, entrenando a los jóvenes en que adquieran habilidades que les permitan afrontar más adecuadamente el mundo que le rodea.

La valoración de la escuela sobre la prevención en este estudio ha sido muy positiva por parte de los profesores, como vamos ver a continuación.

3.4.1. En la escuela (el estudio en profesores)

Se evaluaron toda una serie de opiniones, conocimientos y prácticas educativas de los profesores de la ciudad de Vigo en relación a las drogodependencias, otras conductas adictivas y su prevención. Para ello hemos entrevistado a un total de 108 profesores, una vez que previamente seleccionamos al azar a 18 de los Institutos o Centros de los existentes de la ciudad, de tal modo que los profesores estaban integrados en 8 Institutos de Enseñanza Media, 4 Centros de formación profesional y 6 Centros de enseñanza privada o concertada. A su vez, dentro de cada centro se entrevistaron de 4 a 7 de los profesores que en el día del estudio se localizaron, consiguiendo así un buen nivel de representatividad.

Los resultados nos han indicado que las características demográficas de los profesores abarcan un amplio abanico y representan bien al promedio del profesor de estos centros (ej., hay casi tantos hombres como mujeres; la media de edad es de 43.17 años, el 67% están casados, etc.). Aunque solo el 44% nació fuera de la ciudad de Vigo ahora residen en Vigo la mayoría de ellos, el 85%. Su experiencia docente es dilatada, con una media de 17 años.

En relación a las opiniones sobre el consumo de drogas en los jóvenes y adolescentes, la mayoría de ellos, consideran que las mismas son un importante problema y causa importantes efectos a los jóvenes. Así, el 78%, considera que el consumo de alcohol afecta a muchos jóvenes. Igualmente, que el mayor problema que consideran que produce el consumo de alcohol es la destrucción de su vida (40.7%), seguido de las consecuencias en la salud y las consecuencias psicológicas, con un 20% para cada una de ellas. Donde ya hay mayor tolerancia es en la aprobación o desaprobación del consumo. Así, el 63% lo desaprobaría mucho y el 37% lo desaprobaría algo. Respecto al tabaco, un 30.6% lo desaprobaría mucho y un 64.8% lo desaprobaría algo. Curiosamente un 4.8% no lo desaprobaría.

En las otras drogas los resultados son semejantes. Así, para el hachís, desaprobaría mucho su consumo un 82.4% y algo un 16.7%. Un 0.9% no lo desaprobaría.

Donde sí indican que desaprobarían mucho el consumo es cuando pasamos a hablar de drogas como la cocaína, drogas de síntesis o heroína (lo desaprueba mucho el 99% para cada una de estas drogas).

En suma, la desaprobación del consumo de drogas en los profesores de esta muestra es clara, por ver el problema cerca y por tener ellos un papel central para la educación y prevención en el consumo de drogas.

En relación a los problemas que observan en los jóvenes en la ocupación de su ocio, el porcentaje mayor, un 36.1% indica que “no saben aprovechar ese tiempo adecuadamente y se aburren”, luego le sigue estar fuera de casa y traspasar mucho (20%), los padres no saben lo que realmente hacen (24%), les absorbe demasiado tiempo y desatienden sus obligaciones (13.9%). Este es un aspecto importante ya que ellos son de las personas que tienen un contacto más cercano con los jóvenes, están varias horas con ellos todos los días, y tienen una visión a veces mucho más objetiva que la de sus padres. Sobre este tema volveremos más adelante.

En relación a la información que ellos poseen sobre las drogas, y a como la obtienen, un 76.9%, afirma que la obtienen a través de los medios de comunicación. Luego le sigue con un 37% de libros o revistas especializadas, con un 34.3% de sus amigos y un 26.9% de cursillos. Luego baja al 13.9% para estudios realizados y un 12% por contacto directo con drogodependientes. Estos resultados deben tenerse en cuenta ya que es claro que en los últimos años los medios de comunicación han incrementado la relevancia de su peso social, como ocurre en este caso con las drogas. Notemos que 3 de cada 4 obtienen la información de los medios de comunicación y solo 4 de cada 10 de libros. Incrementar la formación sobre el tema de drogas es importante para este colectivo.

Un hecho positivo es que una parte importante de los profesores afirma que tiene suficiente información sobre las drogas (un 72.2% considera que tiene suficiente información sobre drogas, mientras que un 26.9% considera que la tiene escasa y un 0.9% no la tiene). Esto indica su interés por el tema. Cuando les preguntamos sobre qué aspectos les interesa tener información, el principal es el de saber acerca de métodos sobre como prevenirla, lo que afirma el 97.2%; el 90.7% sobre los efectos que tienen las drogas, mientras que apenas despierta interés las cuestiones de las leyes sobre drogas y la composición de las mismas. Esto sugiere que los profesores reciben bien todo aquellos que se relacione sobre cómo prevenir el consumo de drogas. Quizás la limitación real de hacerles llegar esto es el tiempo disponible para que lo puedan hacer.

Los profesores, de modo semejante al resto de la población, tiene una idea bastante real de cómo ha sido la evolución del consumo de drogas en los últimos años. Así, casi la mitad, el 42% consideran que ha disminuido el consumo de tabaco, aumentado el de alcohol (65.%) y cannabis (67%), cocaína (71%), drogas de síntesis (83%), mientras que el 58% afirma que ha descendido el consumo de heroína. Sobre las causas a que ellos achacan la existencia actual del problema del consumo de drogas, indican las siguientes:

- a la permisividad social ante las mismas: 50.9%
- a las leyes tolerantes con su consumo: 9.3%
- a la pérdida del valor tradicional de la familia: 20.4%
- al menor valor educativo de la escuela actual: 10.2%
- a la sociedad consumista e la que vivimos: 63%
- a los jóvenes actuales que sólo buscan el placer y el bienestar: 38%
- al bajo precio de las mismas: 8.3%

Estos resultados indican que para ellos los dos elementos centrales para justificar el consumo sería la sociedad consumista en la que vivimos y la permisividad social ante las drogas. Realmente han dado en la diana de algunas de las principales causas que explican el consumo de drogas. Luego indican en tercer lugar que a los jóvenes actuales lo que buscan es el placer y el bienestar y que, de modo importante, se relacionan con las dos primeras alternativas. Esto nos indica que los profesores no solo por su formación, sino también por su contacto real y cotidiano con sus alumnos, son una de los colectivos sociales que tiene mejor información sobre las drogas, su prevención y las causas de su consumo en la sociedad actual.

En esta misma línea, para ellos, el modo que sugieren que habría que poner en marcha para solucionar el problema de las drogas, serían los siguientes:

- Incrementar la educación sobre las drogas: 73.1%
- Tener normas y leyes más estrictas sobre ellas: 22.2%
- Incrementar la educación de los padres: 31.5%
- Que la sociedad se haga más consciente del problema: 57.4%
- Legalizarlas: 13%
- No se puede hacer nada: 1.9%.

Como se puede apreciar en las contestaciones, las mismas indican por una parte un relativo buen conocimiento sobre el problema del consumo de drogas y como afrontar la prevención de las mismas y, por otro, y como es de esperar, que reivindican el valor educativo de la escuela y del profesorado que está en el mismo, sea en Institutos, Centros Privados, FP, etc. Solo falta darles medios, recursos e información de calidad. Unir educación con prevención puede ser un camino excelente para lograr implantar acciones concretas, eficaces y que se orienten a reducir el consumo de drogas.

Para conocer el peso que le dan a las drogas dentro del curriculum, dado que en este momento la educación sobre drogas es una materia transversal, al preguntarles de una serie de temas la relevancia que dan a los mismos, indicaron (pudiendo elegir un máximo de tres), los siguientes:

- Educación moral y cívica: 51.9%
- Educación para la paz: 31.5%
- Educación para la igualdad de oportunidades: 17.6%
- Educación ambiental: 22.2%
- Educación sexual: 41.7%
- Prevención de drogodependencias: 56.5%
- Educación para la salud: 37%
- Educación del consumidor: 13.9%
- Educación vial: 4.6%
- Interculturalidad: 20.4%

Aquí claramente se aprecia que el primer lugar lo ocupa la prevención de las drogodependencias, seguido de la educación moral y cívica y de la educación sexual. Curiosamente, cada vez más van unidas las drogas a la sexualidad. Desde el VIH, las relaciones sexuales no deseadas, embarazos no deseados, suelen asociarse en toda una serie de casos con el consumo abusivo de alcohol y de otras drogas. La mayor frecuencia de relaciones sexuales, el consumo de drogas y la vida recreativa actual, indica que éstos son temas centrales en este momento. Si a todo ello unimos la otra alternativa que dan, la de educación moral y cívica, es claro que estamos hablando del concepto de “educación” en el más amplio sentido, aunque traspasando la escuela, ya que tiene que incluir a la familia y a todo el contexto social. En función de estos resultados es claro lo que habría que facilitar, de modo real, y potenciar este tipo de educación, aunque sabemos de las dificultades que hay sobre ello y la necesidad cada vez mayor de que se legislen aspectos que en otros momentos históricos, de hace solo pocos años, no tenían sentido (ej., orinar en la calle, hacer ruido en la calle a altas horas de la madrugada, etc.).

Un aspecto de gran relevancia para este estudio es conocer qué opinan sobre la prevención de las drogodependencias y sobre los programas preventivos. En esta muestra, el 44.4% de los profesores conoce algún programa de prevención de las drogodependencias. Esto significa que un poco más de la mitad no conoce ninguno. De los que conocen, hay un amplio abanico de ellos, varios implantados en los centros, otros en el propio municipio o por asociaciones ciudadanas.

Contrariamente a lo anterior, sólo el 28.7% ha recibido ofertas formativas sobre la prevención de las drogodependencias o en educación para la salud. Esta oferta, los que la han recibido, ha procedido de lugares muy variados, desde el Concello, la Xunta, Centros de Drogodependencias, etc. Y la oferta también ha sido variada, como charlas, conferencias, cursos, jornadas, etc. La mayoría de los que

han participado en las mismas las han tenido en el propio Centro o Instituto o en la propia ciudad. El tiempo para dicha formación fue en casi todos los casos de hasta 20 horas de máximo. Lo positivo es de que aquellos que recibieron dicha formación el 61.3% la utilizaron.

Lo que si indican los profesores de esta muestra es que un 40% en su centro no saben si hay profesores que han recibido formación sobre prevención de drogodependencias, otro 40% indica que la ha recibido muy pocos profesores, un 4.6% que ninguno y solo un 13.9% indica que la mayoría de los profesores del centro han recibido formación.

Preguntados acerca de si en los últimos 5 años ha realizado alguna actividad preventiva sobre drogas dentro del aula, el 52.8% dice que si. Centrado en el último año baja al 35.2%. Indican también, aunque ellos no lo hayan hecho, de que un 68.5% han realizado actividades dirigidas a la prevención de drogas por parte de otro profesor. Se le ha preguntado también si otras personas de su centro han hecho actividades preventivas. Un 47.2% afirman positivamente que se han hecho y, al preguntarles quién lo ha hecho, han sido mayoritariamente por parte del Departamento de Orientación, de los tutores y de la dirección.

En relación a qué aspectos consideran que se debería priorizar en los programas de prevención de las drogodependencias (donde podían contestar hasta tres de las alternativas que se le proponían), por orden fueron:

- la educación en valores: 40.7%
- la información a los alumnos sobre las sustancias y los riesgos asociados a ellas: 63%
- el fomento del deporte y de otras alternativas de ocio saludables: 43.5%
- las actitudes positivas frente a la salud: 26.9%
- la adquisición de habilidades sociales: 30.6%
- la capacidad de resistencia frente a las presiones del grupo de iguales y/o la publicidad: 28.7%
- estimular la autoestima, la autonomía y la responsabilidad: 63%.

Como claramente se aprecia, apuestan por la información sobre las drogas y sus riesgos y sobre estimular la autoestima, autonomía y responsabilidad, con un 63% en cada caso de respuestas afirmativas.

Estos resultados indican que hay que incrementar la oferta formativa para los profesores sobre drogodependencias y mantener esta oferta educativa en el tiempo. Desde el Concello y Plan Local de Drogas debería potenciarse hacer llegar información fluida y ofertar curso para este colectivo.

Les hemos pedido también a los profesores que valorasen diversas cuestiones de su centro escolar y de sus alumnos, ya que es en éste donde ellos trabajan y donde tienen que proporcionar la educación a sus alumnos. La mayoría considera que el ambiente en el centro es muy buena o bastante buena, la disciplina

bastante buena para la mitad y para casi el 30% adicional muy buena. El papel de las AMPAS lo consideran bastante bueno (52%) o normal (28.7%) o muy bueno (18.5%), el ambiente entre los alumnos del centro bastante buena, normal o muy buena y la autovaloración que los profesores tienen de cómo está considerado su centro es de bastante buena en el 44.4%, muy buena en el 25.9% y normal en el 25.9%. Solo un 3.9% afirma que bastante mala.

En relación a la frecuencia de ocurrencia de incidentes en el centro que suelen considerarse negativos o inadecuados, el 51.9% dice que hay algo de violencia y un 1.9% bastante. El restante 46.3% que nada. Sobre el consumo de drogas un 44.4% dice que nada, un 52.8% algo y un 2.8% bastante. Sobre la existencia de peleas entre alumnos un 65.7% dice que algo, un 5.6% bastante y un 28.7% nada. Sobre fracaso escolar un 64.8% dice que algo, un 27.8% que bastante, un 4.6% que mucho y un 2.8% que nada. Sobre las quejas de los padres, un 61.1% dice que algo, un 5.6% que bastante y un 1.9% que mucho. El restante 31.5% dice que nada. Y, en relación a la existencia de problemas fuera del recinto escolar, un 76.9% dice que algunos, un 16.7% que bastantes y un 1.9% que muchos. Un 4.6% indica que ninguno.

En relación a los posibles problemas que puedan tener sus alumnos, y que ellos como profesores pueden conocer bien, en relación con problemas personales un 76.9% dice que algunos, un 16.7% que bastantes y un 1.9% que muchos. En los problemas académicos un 63% que algunos, un 30.6% que bastantes y un 5.6% que muchos. En los problemas familiares un 72.2% indica que algunos, un 25% que bastantes y un 1.9% que muchos. En los problemas afectivos, un 73.1% que algunos, un 19.4% que bastantes y un 3.7% que muchos. En los problemas de relación con los compañeros un 88.9% que algunos, un 3.7% que bastantes y un 0.9% que muchos. En los problemas económicos un 66.7% que algunos, un 23.1% que bastantes y un 2.8% que muchos. En los problemas de para en su familia un 76.9% que algunos, un 12% que bastantes y un 3.7% que muchos. En los problemas de uso abusivo de teléfono móvil, un 32.4% que algunos, un 48.1% que bastantes y un 11.1% que muchos. En el uso abusivo de ropa de marca un 54.6% indican que algunos, un 24.1% que bastantes y un 4.6% que muchos. En ver la televisión en exceso un 24.1% que algunos, un 51.9% que bastante y un 21.3% que muchos. En usar el ordenador en exceso un 49.1% algunos, un 36.1% bastante y un 9.3% muchos. En gastar mucho dinero cuando salen un 62% algunos, un 21.3% bastantes y un 6.5% muchos. En consumir drogas un 80.6% algunos y un 5.6% bastantes. En padecer problemas mentales un 38.9% algunos y un 0.9% bastantes. Y, en padecer enfermedades físicas incapacitantes, un 38.9% algunos y un 0.9% bastantes.

En resumen, de lo anterior destaca que en aquellos en lo que indican que hay mucho es en ver la televisión en exceso (21.3%), uso abusivo del teléfono móvil

(11.1%), usar el ordenador en exceso (9.3%), gastar mucho dinero cuando salen (6.5%), problemas académicos (5.6%), consumir drogas (5.6%), uso abusivo de ropa de marca (4.6%), entre los más relevantes. Esto coincide con los resultados obtenidos en el presente estudio en relación con las adicciones comportamentales. Esto indica, una vez más, que los profesores de los centros educativos tienen una visión real y objetiva de lo que está pasando, como lo confirman los resultados de este estudio con ellos. Por ello, potenciar su labor, y conocer sus inquietudes es un aspecto importante para mejorar no solo nuestro sistema educativo sino también nuestro sistema social.

La parte final de la encuesta ha ido dirigida a conocer también su consumo de drogas, tanto legales como ilegales. En relación al consumo de tabaco, fuma el 22.2% habiendo dejado de fumar otro 12% en el último año. Los que fuman, la gran mayoría, el 71.9% fuma menos de 20 cigarrillos diarios. Un 25% fuma 20 cigarrillos diarios. Esto significa que tienen un porcentaje de consumo de tabaco menor al de la población general, lo que muestra que la prevención la aplican también en ellos mismos.

Respecto al alcohol, un 92.6% ha tomado alguna vez en su vida una bebida alcohólica. De los 100 que contestan un 66% no consume nada de vino diariamente, un 24% un vaso diario, un 8% 2 o 3 vasos diarios y un 2% 7 vasos diarios. Un 14% toma una cerveza al día y un 2% dos. Los otros consumos de las restantes bebidas alcohólicas consideradas son bajos o anecdóticos. Como para el caso del tabaco, su consumo de alcohol es moderado o bajo en relación con la población general.

Acerca de si se ha emborrachado alguna vez, un 47.2% afirma que si. También un 24.1% afirma que ha fumado alguna vez hachís o marihuana. Un 6.5% afirma haber fumado al menos una vez hachís o marihuana en el último año. Reducido al comportamiento en el último mes afirma haberlos consumido al menos una vez el 2.8% que por día baja al 0.9%. En relación al consumo de otras drogas, como cocaína, éxtasis, heroína, etc., un 7.4% afirma haberlas consumido al menos una vez en la vida. De este porcentaje un 0.9% es para cocaína y un 1.9% para éxtasis. Estos consumos no aparecen ni para los últimos 12 meses ni para el último mes, con la excepción de un caso de haber tomado cocaína una vez en el último año. En la línea de lo ya comentado para el tabaco y el alcohol, los porcentajes de consumo que indican están por debajo de los resultados de que disponemos para la población general. De todos modos, si que es interesante para ese bajo porcentaje de personas que consumen alguna droga ilegal, proporcionarles información adicional sobre las mismas e indicarles en donde buscar ayuda en caso de precisarlos. Aún así, volvemos a insistir, el porcentaje de consumo que indican está por debajo de la media de la población general.

De todos los resultados presentados hasta aquí, las principales **conclusiones** que podemos obtener a partir de la muestra de profesores que han

participado en el estudio, junto a las **recomendaciones** que se derivan de las mismas son las siguientes:

1. La mayoría de los profesores tienen información sobre las drogas y una parte de ellos lleva a cabo acciones preventivas en el aula. El 73% indica que habría que incrementar la educación sobre drogas en la escuela. El 57% también afirma de que la sociedad debería hacerse más consciente de este problema.
2. También detectan que están surgiendo nuevos problemas entre sus alumnos, que ellos especifican en porcentajes del siguiente modo (para la categoría “mucho” de las utilizadas): ver la televisión en exceso (21.3%), uso abusivo del teléfono móvil (11.1%), usar el ordenador en exceso (9.3%), gastar mucho dinero cuando salen (6.5%), problemas académicos (5.6%), consumir drogas (5.6%), uso abusivo de ropa de marca (4.6%), entre los más relevantes.
3. En los anteriores y otros resultados obtenidos se puede afirmar que los profesores de los centros educativos tienen una visión real y objetiva de lo que está pasando con sus alumnos y en la sociedad. Por ello, potenciar su labor, y conocer sus inquietudes es un aspecto importante para mejorar no solo nuestro sistema educativo sino también nuestro sistema social.
4. Se debe potenciar el que puedan acceder a información actualizada sobre el consumo de drogas, sus efectos y sobre cómo prevenir efectivamente el consumo de drogas. Esta información debe complementarse con otros aspectos relacionados con la educación en general o con las drogas, como indican ellos mismos para la educación moral y cívica, educación sexual, etc.
5. Dado que para la mayoría de los profesores su principal fuente de obtención de información sobre las drogas es a través de los medios de comunicación, éstos deben ser informados para que transmitan a toda la sociedad (los lectores, oyentes o televidentes) información sobre drogas que sea objetiva, realista y no se emitan informaciones en sentido tremendista, distorsionado o sensacionalista.
6. Que se organice al menos una vez al año una Jornada, curso, u otra actividad, que les permita obtener información o actualizar la información de la que ya disponen sobre las drogas y su prevención. Junto a ello se considera esencial que se potencien actividades en las que puedan aprender habilidades específicas para que puedan llevar a cabo acciones o programas preventivos del consumo de drogas entre sus alumnos.
7. Deberían potenciarse los Centros de Orientación de los Centros escolares tanto para la detección de este problema, como de otros, para ayudar a las personas que puedan tener problemas. También detectar otros problemas

que se relacionan con el consumo de drogas (ej., adicciones comportamentales, problemas psicopatológicos, problemas familiares, etc.).

8. Se debe crear en el recinto escolar un ambiente preventivo tanto relacionado con el consumo de drogas como para todas aquellas conductas que favorezcan el desarrollo integral de la persona, su maduración y el que puedan conseguir sus objetivos educativos, personales y sociales.

3.4.2. En la familia (el estudio en madres)

Pero la prevención no debería quedar meramente en la escuela, como por desgracia ocurre en muchos casos. También tiene que llegar a la familia y a todo el conjunto de la sociedad, especialmente a los que son más vulnerables y que, por tanto, lo precisan más. Hoy no siempre tiene la familia solución a todo, especialmente por el surgimiento de nuevos problemas como puede ser éste en sus hijos, para los que no siempre puede tener solución o puede dar con la solución más adecuada. Facilitarle información, apoyo y entrenamiento en habilidades para el manejo de sus hijos ante problemas como éste son abordajes que agradecen.

La preocupación de las madres de los jóvenes de 14 a 21 años de Vigo de este estudio sobre el consumo de drogas es claro. Así, casi todas (el 98.2%) considera que el consumo abusivo de alcohol afecta a muchos jóvenes y que dicho consumo puede producirle graves problemas como la destrucción de su vida (65.9%), de salud (13.5%) y psicológicos, entre otros. También, como suele encontrarse en otro tipo de estudios similares, la mayoría desaprobaba que su hijo consumiese drogas (casi del 100% para la cocaína y heroína; del 93% para el hachís, pero solo del 53% para el tabaco). Esto significa que para ellas las drogas ilegales son muy perniciosas, el consumo abusivo de alcohol también, pero no el de tabaco.

En relación al ocio y tiempo libre de los jóvenes en general, que no específicamente de sus hijos, la mayoría tiene valoraciones negativas sobre como lo utilizan (ej., para el 19.4% les absorbe demasiado tiempo y desatienden sus obligaciones; para el 12.9% están demasiado tiempo fuera de casa y trasnochan mucho; para el 21.5% los padres no sabemos realmente lo que hacen, 21.5%; para el 23.5% no saben aprovechar ese tiempo adecuadamente y se aburren; y para el 20.9% no hay grandes problemas, utilizan el ocio de forma muy parecida a como se ha hecho toda la vida.

En cambio, la mayoría de ellas están satisfechas o muy satisfechas de la utilización del tiempo libre de sus hijos (un 55.3% está bastante satisfecha y un 26.5% muy satisfecha; sólo un 15.9% está poco satisfecha y un 2.4% nada satisfecha). Esto es una contradicción con lo que comentan previamente. Aquí está

la diferencia que ellas hacen entre “los jóvenes” y “sus hijos”, ya que consideran a sus hijos mucho mejores de lo que ellas opinan sobre los jóvenes.

Esto se confirma, en parte, cuando al preguntarles en que ocupa su hijo principalmente su ocio y tiempo libre, indican como las dos ocupaciones principales estar con sus amigos (73.8%), seguido de ver televisión (45.6%), escuchar música (49.4%), videojuegos y ordenador (34.4%) y hacer deporte (33.8%), seguidas de otra con mejor valor.

También se aprecia que los más jóvenes no salen de noche en el fin de semana, y que conforme se incrementa su edad salen más. Así, las madres indican que el 30.3% de sus hijos no sale. De los que salen, la mayoría sale un fin de semana un 42.9% sale algún fin de semana; son menos los que salen todos. La hora de volver a casa que ellas indican van en la línea de la de otros estudios, como las encuestas del Plan Nacional sobre Drogas. En este caso indican, para los que salen, que un 5.5% llega antes de las 12, después de las 12 un 13.5%, después de las 2 un 35.4%, un 39.2 después de las 4 y un 4.6% no vuelve en ocasiones hasta el día siguiente. Otro adicional 1.7% no sabe a que hora vuelve. Mayoritariamente, en un 63.7%, deciden conjuntamente entre madre e hijo la hora de volver a casa. En menor grado la madre (11.4%), el padre (5.1%), pero en un 19.4% quien lo decide es el hijo, por tener más edad, estar independizado económicamente, etc. Curiosamente, en la mayoría de los casos, en el 94.1%, las madres afirman que saben con quien sale su hijo por la noche.

En esta muestra el dinero que indican las madres de que disponen sus hijos para gastar al mes en diversión es bajo (la mitad menos de 35 euros, otro 40% entre 40 y 100 euros, y el restante más de 100 euros).

La valoración que tienen de sus hijos es buena o muy buena en relación a la dedicación al trabajo/estudio, su cariño y amor pro ellas, su selección de amigos y amigas y su comportamiento en casa. En menor grado, pero también alto para el resto de las conductas. Con ello se ve que las madres tienen, en general, una valoración muy positiva de sus hijos.

También hay que indicar que la evaluación del nivel de satisfacción de la madre con distintos aspectos de la vida, es muy positiva en casi todos los aspectos, aunque destaca de modo especial que la mayor valoración que ellas hacen es sobre sus hijos y su marido.

En relación a la información que las madres tienen sobre las drogas, sigue predominando la que obtienen de los medios de comunicación de masas (87.4%) y, en menor grado de amigos (36.2%), libros o revistas especializadas (36.2%), conferencias, charlas o cursillos (15.3%), estudios realizados (7.4%) y contacto directo con drogodependientes (15.9%). Aún así, la mayoría considera que la información que tiene sobre las drogas es suficiente (70.6%); solo un 28.5% la considera escasa y un 0.9% no tiene. A nivel de información lo que más les interesa

son los métodos de prevención (91.8%) y los efectos de las drogas (83.2%). En menor grado las leyes sobre drogas (14.1%) y la composición de las drogas (8.8%).

Evaluado el consumo de drogas de las madres, se aprecia consumos medios o bajos. Así fuma el 29.1%. Aunque el 90.6% probó alcohol alguna vez en la vida, diariamente solo bebe un vaso de vino al día un 21.1% y 2 un 1.9%. A la semana bebe algo de vino un 45.8%. Un 6.5% indica que toma una cerveza o sidra al día y un 0.6% dos. Nadie indica tomar aperitivos diariamente, aunque si un 6.2% toma uno o dos a la semana. De modo semejante un 1.3% toma algún licor de frutas a la semana o champán. Nadie toma licores diariamente aunque si un 0.9% toma uno o dos a la semana. Nadie toma cubatas diariamente pero si un 1.9% toma uno a la semana y de 2 a 4 otro 1.5% a la semana.

A pesar de que un 37.9% indica que se ha emborrachado alguna vez en la vida, esto ha sido habitualmente hace años, cuando eran jóvenes. De modo semejante un 0.9% reconoce haber sido multado alguna vez por conducir bajo los efectos del alcohol, pero ninguna ha sido detenida ni ha tenido accidentes de tráfico por beber alcohol.

Respecto al consumo de drogas ilegales, un 15% afirma haber consumido porros alguna vez en la vida, un 1.1% en el último año y un 0.5% en el último mes. En relación al consumo de drogas ilegales, como cocaína, éxtasis, etc., un 5.3% las ha probado alguna vez en la vida. Concretamente de éstos la principal ha sido la cocaína (2.2%). En los últimos 12 meses una madre indica que ha consumido cocaína, pero nadie en los últimos 30 días. Una madre afirma consumir cannabis diariamente. Un 1.2% consumió alguna vez bajo los efectos de alguna droga, pero lo hizo cuando era joven (de 20 a 25 años), con la excepción de una persona que lo ha hecho en el último mes.

En relación a los juegos de azar, la mayoría no ha jugado a las máquinas tragaperras (92.1%), o a las quinielas (88.2%) , ido al casino (96.2%), bingo (84.7%) , cartas con dinero (92.9%) pero solo el 32.4% nunca jugó a la lotería. Solo un 0.9% reconoce que el juego le ha causado problemas personas, nadie indica tener dependencia del juego, y las preguntas para detectar problemas de juego indican que los síntomas principales para el mismo son poco relevantes, tal como han contestado.

En conclusión, que esta muestra de madres se adecua bastante bien al consumo promedio de la población, tienen una idea positiva de sus hijos, aunque un poco peor sobre los jóvenes y creen que tienen suficiente información sobre sus hijos y sobre lo que hacen. Afirman tener suficiente información sobre drogas, sobre todo al obtenerla de los medios de comunicación de masas. Claramente, vendría bien mejorar algunos aspectos de la información que tienen sobre drogas y conocer mejor el comportamiento de los jóvenes, entre los que se incluyen sus hijos, como tales jóvenes que son.

No querríamos finalizar este apartado sin volver a insistir, como ya lo hemos previamente, de que hay que llevar la prevención a toda la sociedad. Información, educación y prevención son elementos que hay que combinar y utilizar para optimizar el resultado de lo que se quiere hacer. En este caso ello es del todo necesario.

3.5. Nivel asistencial

Dados los claros problemas que el consumo abusivo de las distintas drogas, produce, y por el surgimiento de nuevos problemas como son las adicciones comportamentales, en muchos de estos casos va a ser necesario la coordinación con el nivel asistencial, sea del sistema sanitario (ej., atención primaria, pediatría, salud mental, servicios de urgencias, etc.), de la red de drogodependencias, de las unidades de alcoholismo y de conductas adictivas o de otros dispositivos relacionados indirectamente con el nivel asistencial (ej., servicios sociales). Una buena coordinación de este nivel con los anteriores facilita la más rápida detección de muchas personas con problemas y, más importante, como ayudarle directamente o como derivarlo al lugar adecuado para que le presten ayuda.

En este sentido la existencia de Planes Locales de Drogodependencias, como ocurre en la ciudad de Vigo, permiten coordinar adecuadamente las acciones que hay que poner en marcha.

4. ALGUNAS ACCIONES QUE SE PROPONEN PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CONSUMO ABUSIVO DE DROGAS Y ADICCIONES COMPORTAMENTALES EN LOS JÓVENES EN FUNCIÓN DE LOS RESULTADOS DEL PRESENTE ESTUDIO

4.1. Cómo organizar la prevención y el control del consumo abusivo

La implantación de un programa integral para la prevención y control del consumo abusivo de drogas y adicciones comportamentales en jóvenes tiene que tener unos objetivos delimitados, como pueden ser en este caso los siguientes:

1. Prevención del consumo de alcohol, tabaco y cannabis, especialmente, en los menores de edad, tanto referido a facilitar mantener la abstinencia como a retrasar la edad de inicio en el consumo de esas drogas. Aquí cobra gran relevancia el reforzamiento de la abstinencia en los que nunca han consumido o, en los que ya han consumido, que dejen de consumir o se mantengan en niveles de consumo

moderados o esporádicos.

2. Reducción de daños en aquellos que empiezan a consumir alcohol, tabaco, cannabis, cocaína y otras drogas. Aquí es especialmente importante tener en cuenta los nuevos patrones de consumo, como es bien representativo la forma de consumo del “botellón” o en los que su objetivo al beber alcohol es llegar a la embriaguez en el menor período de tiempo, así como actuar sobre el fenómeno más global de la vida recreativa en sus aspectos negativos.

3. Prevenir que la persona llegue a hacer un uso abusivo de los instrumentos tecnológicos que llevan a la adicción (teléfono, internet, juego, compras, etc.). En aquellos que lo hacen que dejen de hacerlo o reduzcan la gravedad de su adicción.

4. Mejorar la calidad de vida y la satisfacción de los jóvenes cuando salen a divertirse o cuando usan de su tiempo libre. Esto significa partir del punto de vista de la salud, por una parte, y del de los jóvenes, por otra, para con esta combinación puedan conseguir un desarrollo físico, psicológico, afectivo y social y que, al tiempo, tengan un tipo de diversión sana y libre de muchos de los riesgos que acarrea el consumo abusivo de alcohol y drogas, sea puntualmente cuando el objetivo es la borrachera, o alterar el estado de conciencia, o cuando éste se realiza ya de un modo sistemático.

5. Reducción de la morbi-mortalidad en los jóvenes que salen y beben abusivamente alcohol, fuman tabaco, cannabis, consumen cocaína u otras drogas, especialmente referido a accidentes de tráfico, como ocurre en los menores de edad en los que utilizan la motocicleta para desplazarse, coche si son mayores de edad, o hacen de su uso una forma de diversión con conductas de riesgo claras en su conducción. También a evitar comas etílicos o embriagueces que lleven a otras conductas de riesgo como son las relaciones sexuales no deseadas, sin protección, etc., para la prevención del VIH, etc.

6. Detección de los jóvenes con consumos abusivos y repetitivos de alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, drogas de síntesis, etc., y la posibilidad de su derivación a un tratamiento o a realizar con ellos distintos tipos de intervención o ayuda que permitan que no tengan problemas importantes a corto, medio y largo plazo por su consumo problemático o abusivo de drogas. Aquí hay que prestar una especial atención al consumo de alcohol, tabaco y de cannabis, por ser puerta de entrada a otras drogas, por los problemas de psicopatología que se asocian a su consumo persistente y para evitar problemas físicos a corto y medio plazo.

7. Detección de los jóvenes con problemas de uso abusivo o dependencia de las distintas adicciones comportamentales. Aquellos que se detecten debería ofrecérsele la posibilidad de su derivación a un tratamiento o a realizar con ellos distintos tipos de intervención o ayuda que permitan que no tengan problemas importantes a corto, medio y largo plazo por su adicción comportamental.

8. Junto a los puntos anteriores hay que necesariamente incluir otro que se

relaciona con la concienciación de la población respecto a las consecuencias negativas que trae el consumo abusivo de drogas y del abuso de las nuevas tecnologías o del consumismo. A pesar de la clara base socio-cultural del consumo de alcohol, de la relación del cannabis con el ocio y tiempo libre, del tabaco como modulador del estado de ánimo, entre otros ejemplos que podríamos exponer, es imprescindible sensibilizar a toda la población, especialmente a los adultos, en muchos casos padres de niños y adolescentes, de las negativas consecuencias del consumo excesivo de las drogas y del uso descontrolado de la tecnología y de la necesidad de reducir o abandonar el consumo de distintas drogas tanto en su casa (ej., para el alcohol y el tabaco) como en celebraciones festivas, donde el consumo en grandes cantidades de alcohol y de tabaco son una parte de ellas (ej., celebraciones sociales como fiestas, bodas, bautizos, etc.). Al mismo tiempo es importante hacerles ver, y mostrarles, las ventajas que tienen las celebraciones y la diversión sin drogas, tanto sin bebidas alcohólicas, como sin tabaco, sin cannabis, y sin otras drogas, tanto para los jóvenes como para los adultos (estar más descansado, evitar accidentes de tráfico, tener menos problemas de estómago, resacas, etc.). Lo mismo vale para no abusar del consumismo y de la tecnología, como es bien claro en los últimos años con el abuso claramente observable por la calle del teléfono móvil, las compras excesivas, etc.

Suele hablarse en los programas preventivos de la población diana, por la que entiende aquel grupo al que tienen que dirigirse estas acciones. En este caso deben dirigirse a tres grupos. El primero son los jóvenes escolarizados, fundamentalmente desde el primer ciclo de la ESO (12 años en adelante), incluyendo el segundo ciclo de la ESO, Bachillerato y Formación Profesional (hasta los 18 años). Este grupo se corresponde con personas de 12 a 18 años, menores de edad. El segundo grupo, a aquellos que siguen a esas edades y que están en la Universidad o en otro tipo de estudios, a los que no trabajan, a los que están en paro o los que están trabajando, pero salen habitualmente de marcha. Este sería un grupo que comenzaría en algunos casos a los 16 años de edad, aunque la mayoría estarían en los 18 años de edad y se continuaría la intervención en aquellas personas hasta los 30 años de edad, en algunos casos antes, que coincide con las personas que no establecen una relación estable de pareja, no tienen un trabajo estable y no se consideran adultos en el sentido madurativo y social actual de este término. Y, el tercer grupo, a los niños y niñas de Enseñanza Primaria, ya desde la escuela, en los que es ideal que se pueda comenzar a hacer con ellos la prevención para evitar que en el futuro tengan problemas. Cuando antes se comience con ellos mucho mejor será el resultado.

Para el grupo de 12 a 18 años, es claro que las medidas más relevantes tienen que orientarse a la educación y a la prevención porque legalmente no pueden beber alcohol, fumar tabaco ni consumir drogas ilegales como el cannabis u otras.

También a que vayan encontrando los lugares adecuados de diversión con sus compañeros e iguales. Aquí va a ser importante la disponibilidad de alternativas de ocio y tiempo libre donde no esté presente el alcohol, tabaco u otras drogas, o donde se impida el acceso a las mismas. En casos puntuales se pueden poner en marcha otros programas de reducción de daños o de tratamiento.

Para las personas de 18 o más años los programas tienen que orientarse a la educación, prevención y reducción de daños, incidiendo en la mejora de la calidad de vida y a la satisfacción de la diversión y del tiempo libre. Dado que la mayoría de edad a los 18 años implica el libre acceso al alcohol, el tabaco, y una mayor facilidad para conseguir cannabis, cocaína, drogas de síntesis, etc., entrenar a estas personas en no consumir o en hacer consumos moderados va a tener una gran relevancia y debe ser un elemento que debe guiar nuestra intervención.

También la variable de género es muy importante en todo el tema del consumo de drogas. Por suerte las mujeres tienen un menor consumo pero esto está cambiando rápidamente. Como ejemplo, para el consumo de alcohol, en la misma cantidad consumida, tiene un efecto mucho más negativo en la mujer que en el varón (depresión para el tabaco, embriagueces más frecuentes con el alcohol). El motivo de ello está en una cuestión biológica. Así, en el caso del alcohol la mujer pesa menos que el varón al tiempo que tiene una mayor cantidad de grasa, lo que facilita la mayor absorción de alcohol y un mayor efecto que en el varón con la misma cantidad consumida. Por ello, en adultos, se considera que es necesaria una intervención terapéutica, considerando las unidades de bebida estándar, cuando la mujer supera las 21 unidades/semana y el varón las 35 unidades/semana. Dado que en el momento actual el porcentaje de mujeres que beben alcohol en exceso es un porcentaje importante, y ya se equipara al del varón en los jóvenes, es necesario una intervención específica y más intensiva en las mujeres jóvenes para evitar problemas físicos a corto, medio y largo plazo. Lo mismo podemos decir para el tabaco y para el cannabis.

Tampoco hay que olvidar, y ello afecta por igual a ambos sexos, que las personas que tienen 12, 13 o más años, están en un período de crecimiento. Sustancias tóxicas como el alcohol, el tabaco, el cannabis, etc., pueden tener una influencia negativa en dicho crecimiento o en el surgimiento de problemas de tipo físico o psicológico prematuros facilitados por el consumo de las distintas drogas o por un consumo que han hecho puntual pero abusivamente (borrachera).

4.2. Acciones concretas a realizar

Son varias las acciones concretas a realizar para conseguir lo anterior. Algunas de ellas ya están en vigor a través de los recursos preventivos y

asistenciales, otras implican reforzar lo ya existente y algunas habría que ponerlas en práctica. Estas serían las siguientes:

4.2.1. Acciones informativas y educativas para los jóvenes, padres y población en general

En función de los resultados obtenidos en este estudio en la ciudad de Vigo es claro que uno de los primeros pasos es informar a la población de cual es el estado de la situación, a los jóvenes, a los padres, a los profesores y a los profesionales implicados directa o indirectamente con las personas de estas edades.

Esto puede hacerse mediante la comunicación directa a través de prensa, radio y televisión. Igualmente a través de la elaboración de folletos informativos, para jóvenes y padres, anuncios en prensa, envío de notas a los medios de comunicación de masas (prensa, radio y televisión). Igualmente incidir en la Escuela, Institutos y Centros de FP y Universidad, disponiendo de información sobre las consecuencias del consumo de las distintas drogas y de la existencia de un porcentaje significativo de adicciones comportamentales. Se debe proporcionar información objetiva sobre esto y sobre las consecuencias negativas que puede tener dicho consumo o conductas adictivas. Vendría bien hacer cursos de formación para los profesores y otros profesionales cara a la concienciación y formación de los profesores y todos aquellos profesionales que se relacionan directamente con los jóvenes para la detección, abordaje o derivación de las personas que tengan problemas a los recursos asistenciales públicos (centros asistenciales de drogodependencias, unidades de alcoholismo, servicios sociales, salud mental, etc.).

También, por lo que hoy sabemos, es de gran relevancia formar adecuadamente a los mediadores sociales que se vinculan con los jóvenes, como educadores de calle, dueños de locales de copas, personal de la hostelería, etc.

4.2.2. Acciones preventivas para los jóvenes y para los padres

La prevención escolar debe tener como guías para su acción:

- incidir en el no consumo y en los efectos negativos del mismo, con datos objetivos, a pesar de que en muchos casos está ampliamente extendido el consumo entre los adultos y jóvenes (ej., alcohol, tabaco, cannabis);
- que tengan clara la diferenciación entre el consumo social, normativo, donde la persona tiene control del consumo, o autocontrol, del consumo descontrolado, de la dependencia de las distintas drogas y de las graves

consecuencias que acarrea el consumo abusivo a nivel personal, familiar, físico y social; lo mismo es aplicable para las adicciones comportamentales;

- que conozcan que el botellón no es una conducta normativa y que la persistencia en su uso puede acarrear problemas con el alcohol (borracheras, pérdida de control, accidentes de tráfico, comas etílicos, etc.);

- que sepan que el consumo abusivo de alcohol va unido al consumo de tabaco, cannabis y otras drogas en muchos casos;

- que adquieran habilidades para afrontar cualquier situación vital por ellos mismos sin necesidad de tener que acudir a las drogas, al alcohol, a los psicofármacos o a las adicciones comportamentales;

- que vean las ventajas que tiene la mejora de los estilos de vida saludables, como pueden apreciar a través del deporte, vida al aire libre, asociacionismo, etc.;

- que conozcan que la diversión es una parte de su desarrollo vital, que divertirse y estar con los amigos es algo bueno y saludable y que hay modos de hacerlo sin necesidad de consumir drogas o realizar conductas adictivas en exceso;

- que conozcan cómo funciona la publicidad sobre el alcohol y el tabaco y sepan hacerle frente a dichos efectos de modo crítico;

- que conozcan los intereses que subyacen a la venta y distribución de las drogas ilegales (especialmente lo que subyace a la cultura procannabis) y a las distintas adicciones comportamentales (ej., los móviles, las compras, etc.);

- que todo ello se integre dentro de un programa preventivo a nivel escolar, y que se complemente con otras acciones a nivel familiar y comunitario.

Uno de los motivos de esta problemática está en el cambio de valores que se ha producido en la familia y en nuestra sociedad en general en las últimas décadas, junto a la mejora de las condiciones económicas y al actual consumismo y la no menos importante vida recreativa. Hoy nuestro sistema social es muy distinto al de hace varias décadas. Hemos mejorado en muchos aspectos y empeorado en otros. El del consumo de drogas, el del abuso de las tecnologías, y el del surgimiento de problemas inexistentes hace años a nivel físico y mental debido a esos consumos abusivos, es algo nuevo en perspectiva histórica. Por ello, es muy importante incidir en la prevención familiar tanto por su relevancia como por la responsabilidad que los padres tienen, como padres y a nivel legal, dado que estamos hablando de jóvenes que tienen menos de 18 años, de sus hijos menores de edad. Por ello, junto a los programas familiares de tipo preventivo que se pueden implantar desde la escuela, al menos en el período de escolarización obligatoria de sus hijos, también se considera relevante hacer lo siguiente:

- elaborar y enviar sistemáticamente cartas, folletos y/o videos a la casa de los padres por sistemas de distribución que hagan que los mismos les lleguen efectivamente con información y habilidades para afrontar en sus hijos el problema del inicio, consumo y abuso de alcohol, tabaco, cannabis y de otras

drogas así como prevenir su consumo y mejorar la comunicación y relación con sus hijos. Lo mismo es aplicable para el abuso de las compras y de otros instrumentos tecnológicos, como el teléfono móvil Internet. Este tipo de acciones debe mantenerse en el tiempo, por la relevancia actual y futura del mismo, variando los contenidos para que sigan siendo atractivos conforme pasa el tiempo;

- ciclos de conferencias para padres sobre el botellón, el consumo de otras drogas, las adicciones comportamentales y su responsabilidad como padres, realizados por profesionales expertos (que pueden ser de la propia ciudad) y en lugares accesibles para los padres (ej., en una asociación vecinal, en un centro cultural, etc.), con lo que se facilita que éstos acudan y que haya su correspondiente información en los medios de comunicación de masas;
- escuela de padres, especialmente para aquellos que tienen hijos con problemas, sean específicos sobre el consumo abusivo de alcohol, cannabis, adicciones comportamentales u otros problemas que les pueden llevar a consumir éstas u otras sustancias;
- envío de notas a la prensa desde los organismos coordinadores de las acciones preventivas, asistenciales y sociales sensibilizando a los padres, y al resto de la sociedad, de esta problemática, y de su responsabilidad en el control de sus hijos menores de edad y en la necesidad de que sus hijos tengan una educación integral y un adecuado afecto para un desarrollo psico-afectivo normal.

4.2.3. Acciones encaminadas al cumplimiento de las normativas existentes sobre el no consumo de alcohol, tabaco, cannabis, etc., en los menores y/o mayores de edad

Acciones de tipo normativo y legal son importantes para poder consolidar todo lo anterior, o incluso para poder ponerlas en práctica. Dado que en el momento actual disponemos de suficientes normativas a nivel nacional, autonómico y local, lo más relevante de este punto sería:

- en caso de no estar clara la normativa a nivel local elaborar una específica, transmitiendo a la población que la misma se aplica para mejorar la salud pública y el bienestar de todos los ciudadanos, para que nunca la vean como algo represivo, que realmente no lo es;
- hacer cumplir la normativa mediante inspecciones y otras acciones realizadas por los responsables locales; es relevante mantener estas acciones en el tiempo y coordinarlas con el resto de las acciones que estamos indicando;
- hacer cumplir las ordenanzas municipales sobre horarios, edad para el

consumo de alcohol y tabaco, espacios limitados para la venta de alcohol, sanciones para los que venden alcohol a menores, control de la publicidad orientada a menores colocada en vallas, marquesinas, control del acceso a menores a locales para mayores de 18 años donde hay máquinas tragaperras, etc.

4.2.4. Acciones de potenciación del ocio y tiempo libre dirigido a los jóvenes donde el objetivo sea la mejora de la calidad de vida y una diversión sana sin alcohol ni drogas

Sin duda alguna, las acciones anteriores quedarían cojas si no se potenciase un elemento que está, en parte, en la base de este nuevo problema: los lugares donde consumen drogas los jóvenes, los lugares a donde van a divertirse, los lugares donde hacen sus compras, los lugares que consideran como suyos. Así, algunas plazas, parques, calles, se han convertido para una parte de los jóvenes en su lugar de encuentro, donde se divierten en su tiempo libre, donde ocupan en él las largas horas de las noches del fin de semana. Unos lo hacen en el lugar del botellón, otros en bares y discotecas, otros en pisos de amigos, otros fuera de la ciudad pero con patrones semejantes a los citados.

Hoy tenemos que saber que cada vez más la noche se está convirtiendo en el espacio social de los jóvenes, es decir, se está convirtiendo en su espacio social que les permite diferenciarse de los adultos. Por ello, se considera que un modo que facilita el control y la solución de este problema es potenciar actividades alternativas, o proporcionarle lugares de encuentro, siendo por ello necesario facilitarles lugares de encuentro, ocio, tiempo libre y diversión para los jóvenes. Estas acciones deben orientarse a:

- a) Proporcionarle locales o sitios adecuados de encuentro.
- b) Facilitarles el acceso a actividades del siguiente tipo:
 - culturales: bibliotecas, lectura, internet, teatro;
 - deportivas: pabellones, deportes;
 - lúdicas: juegos, baile, música;
 - otras.

Esto exige una política juvenil donde se facilite el acceso a locales por parte de los jóvenes en aquellos lugares en donde no existen, se habiliten otros existentes y se financien y potencien actividades culturales, deportivas y lúdicas orientadas específicamente a los jóvenes. Esto significa en muchos casos la creación de infraestructuras y lugares de encuentro para los jóvenes. O, lo que es lo mismo, que los jóvenes sean los protagonistas o, dicho de otro modo, los adultos precisamos conocer lo que quieren y lo que les gusta. Por lo que sabemos, lo que hoy añoran básicamente es relacionarse entre sí, tener lugares de encuentro. También ir a los

lugares donde hay mayor cantidad de jóvenes, de ahí el que prefieran las concentraciones multitudinarias, como igualmente ocurre cuando beben en grupo, a poder ser en un gran grupo. Pero cuando hay un concierto la situación es la misma aunque centrada básicamente, y para casi todos, en el baile, la diversión y el pasarlo bien, no en el consumo de drogas (aunque una minoría lo hacen porque probablemente ya tienen problemas de dependencia a una o más drogas). Hoy sabemos que el consumo de alcohol, mismo en el botellón, es complementario para los jóvenes, aunque incrementa el riesgo de consumo si el alcohol está presente. Lo que más les importa es estar juntos, relacionarse con otras personas, conocer personas del otro sexo, etc. (Calafat et al., 2005). Lo relevante sería que tuviesen adecuados lugares de encuentro y libres de alcohol y otras drogas, como así ya ocurre en asociaciones juveniles, locales de la juventud, etc. En esta línea es importante potenciar las asociaciones de jóvenes con objetivos saludables (ej., asociación dedicada a la escalada, al senderismo, a actividades culturales, teatro, deporte, etc.). También es por ello importante facilitarles el acceso a lugares donde puedan verse como campos deportivos, polideportivos, bibliotecas, etc. También estudiar la posibilidad de facilitar y potenciar actividades de ocio y tiempo libre en la noche, lo que se ha denominado ocio alternativo, pero sin abusar de su uso, dado que hoy sabemos que a nivel preventivo es poco eficaz o en muchos casos contrapreventivo (Acero, Moreno, Moreno y Sánchez, 2002; Hermida y Secades, 2004); esto es, ineficaz para prevenir el consumo de drogas si se diseña mal, como ha ocurrido con mucha frecuencia hasta ahora.

4.2.5. Cribaje de grupos y personas en alto riesgo para realizar con ellos acciones puntuales y específicas para que su consumo abusivo no se convierta en un consumo de alto riesgo o de dependencia de las distintas drogas o adicciones comportamentales

Entre los jóvenes que salen de marcha y beben abusivamente, fuman, consumen cannabis, cocaína, etc., como entre los que ya han adquirido una dependencia a alguna drogas (especialmente al alcohol, nicotina, cannabis o cocaína), una intervención más especializada sería una buena alternativa para ellos. De ahí que sea de gran relevancia su pronta detección y facilitarles o convencerles de que acudan a un tratamiento. Aunque esto no es fácil, la utilización de mediadores o entrenar a los jóvenes en detectar entre sus amigos este tipo de personas puede ser relevante para evitar problemas de dependencia en su vida adulta.

También a nivel laboral, e incluso escolar, se podrían hacer cribajes para detectar a estas personas, tanto los que beben abusivamente el fin de semana

como los que ya están bebiendo de modo peligroso o arriesgado a diario, los que consumen esporádicamente o con frecuencia cannabis, los que tontean con la cocaína cada vez más frecuentemente, los que están todo el día enganchados al móvil, los que tienen otros problemas que les llevan a consumir drogas, etc.

Su derivación a los distintos recursos sanitarios existentes, sean de atención primaria, centros de drogodependencias, unidades de alcoholismo o servicios sociales, facilitaría una intervención adecuada con los mismos.

4.2.6. Conseguir la colaboración de la industria hostelera y del tiempo libre

Es indudable el peso y poder que actualmente tiene la industria hostelera y la del tiempo libre, en sus asociaciones que incluyen bares, restaurantes, discotecas, pubs, etc., en la vida nocturna y en la diversión. Esta industria tiene que cumplir toda una serie de normas y al mismo tiempo procurar obtener el máximo de beneficio en sus negocios. Por todo ello, es relevante hacer varias acciones con ellos para optimizar al máximo un programa de acciones globales para reducir el consumo de drogas. Estas serían las siguientes:

- Educativas, para que conozcan la realidad del problema y cuáles son los límites sanitarios y sociales que pueden tolerarse con las adicciones por abuso de drogas. La formación a estos profesionales puede serles muy útil tanto para la atención a sus clientes, los límites del consumo y de las normas en vigor, así como para que puedan solicitar ayuda si alguno de ellos o sus empleados lo precisa (Calafat et al., 2005).

- Llegar a acuerdos de colaboración con la industria hostelera, de distribución de bebidas alcohólicas y propietarios de locales de copas *locales, de la ciudad*, donde se vende alcohol para que colaboren en que sus clientes hagan un consumo de alcohol responsable y no vendan o sirvan alcohol a menores de edad. Esto puede hacerse a través de convenios, cursos de formación, folletos, etc., con los mismos.

- Llegar a acuerdos de colaboración para que erradiquen de su locales el trapicheo, que tengan una normativa clara al respecto y un sistema eficaz de control para ello. Un protocolo de actuación acordado con ellos es importante para que se cumpla a nivel de erradicación del consumo ilegal de drogas, cierre de locales, normas higiénicas en el mismo, etc.

- Tener cuidado en no caer en la “pseudoprevención” que ofrecen los grandes lobbies alcohólicos (ej., Fundación Alcohol y Sociedad), los cuales ofrecen teóricos programas preventivos, gratis y financiados por ellos, y que es lo que técnicamente denominamos “programas del lobo cuidando las ovejas” (ej., programas de conductor alternativo o abstemio, pseudoprogramas escolares de tipo preventivo,

etc.) y cuyo objetivo final es incrementar el consumo de alcohol (esto es, llevar a cabo acciones contrapreventivas). Lo mismo pretende la industria del tabaco (ej., el pseudoprograma preventivo que ofrece gratuitamente Philips Morris).

4.3. Agentes intervinientes

Son múltiples los agentes que tienen que intervenir para poner en práctica un programa integral para el control y prevención del consumo abusivo de drogas y adicciones comportamentales, matizado por el tipo de edad y el sexo al que se dirigen. Entre los más importantes estarían los siguientes:

- Coordinación de las acciones:
 - Plan Local de Drogas
- Participantes
 - Todos los miembros que forman parte del Plan Local de Drogas.
- Derivación cuando sea necesario a:
 - Centros de atención primaria
 - Centros de drogodependencias
 - Centros de alcoholismo
 - Servicios sociales municipales
 - Otros servicios municipales, sanitarios, sociales o de otro tipo
- Implantación a través de, o en colaboración con:
 - Asociaciones juveniles
 - Escuelas, institutos, centros de formación profesional
 - Universidad
 - Ayuntamiento, concejalías
 - Ayuntamiento, policía local
 - Las otras fuerzas del orden público (guardia civil de tráfico, policía nacional, policía autonómica)
 - Sistema judicial
 - Asociaciones de vecinos
 - Movimientos vecinales
 - Recursos sanitarios disponibles (en drogodependencias, alcoholismo, conductas adictivas, salud mental, atención primaria, etc.)
 - Autoescuelas
 - Asociaciones locales de hostelería o propietarios de locales de copas, nocturnos o bares

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acero, A., Moreno, G., Moreno, J. y Sánchez, L. (2002). *La prevención de las drogodependencias en el tiempo libre. Manual de formación*. Madrid: Asociación Deporte y Vida.
- Alsaker, F.D. y Flammer, A. (1999). *The adolescent experience. European and American adolescents in the 1990s*. Mahwah, NJ: LEA.
- Becoña, E. (1993). El juego compulsivo en la comunidad autónoma de Galicia. Santiago de Compostela: Servicio de Salud Mental, Consellería de Sanidade.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77, 25-32.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2004). Prevalencia del juego patológico en Galicia mediante el NODS. ¿Descenso de la prevalencia o mejor evaluación del trastorno? *Adicciones*, 16, 173-183.
- Becoña, E. (2005a). *Adicción a las nuevas tecnologías*. Vigo: Nova Galicia Edicions.
- Becoña, E. (2005b). *Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar*. Palma de Mallorca: Socidrogalcohol.
- Becoña, E. (2005c). *Tabaco*. Vigo: Nova Galicia Edicions.
- Becoña, E. (en prensa). *Adicción a las nuevas tecnologías*. Vigo: Nova Galicia Edicions.
- Becoña, E. y Calafat, A. (en prensa). *Alcohol y jóvenes*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. y Martín, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- Becoña, E., Míguez, M.C. y Vázquez, F.L. (2001). *El juego problema en los niños de Galicia*. Madrid: Sociedad Española de Psicopatología Clínica, Legal y Forense.
- Becoña, E. y Martín, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- Becoña, E. y Míguez, M.C. (2001). Juego problema y juego de riesgo en adolescentes: su relación con el consumo de tabaco y alcohol. *Adicciones*, 13, 279-288.
- Botvin, G.J. (1999). Prevention in schools. En R.T. Ammerman, P.J. Ott y R.E. Tarter (Eds.), *Prevention and social impact of drug and alcohol abuse* (pp. 281-305). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Anttila, A., Bellis, M.A., Bohrn, K., Fenk, R., Hughes, K., Kersch, A.V., Kokkevi, A., Kuussaari, K., Leenders, F., Mendes,

- F., Siamou, I., Simon, J., Wijngaart, G. Van de, y Zavatti, P. (2004). *Cultural mediators in a hegemonic nightlife. Opportunities for drug prevention*. Palma de Mallorca: IREFREA.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A., Sureda, P. y Torres, M.A. (2000b). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E. y Llopis, J.J. (2000a). Estrategias y organización de la cultura pro-cannabis. *Adicciones*, 12 (Supl. 2), 231-273.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Castillo, A., Fernández, C., Franco, M., Pereiro, C. y Ros, M. (2005). El consumo de alcohol en la lógica del botellón. *Adicciones*, 17,
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Becoña, E. y Gil, E. (2004). *La diversión sin drogas: Utopía y realidad*. Palma de Mallorca: IREFREA.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. y Becoña, E. (2005). Cómo el propio consumo de drogas de los mediadores recreativos tiene implicaciones preventivas. *Adicciones*, 17, 145-155.
- Craig, G.J. (1996). *Desarrollo psicológico (7ª edición)*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- CSAP. Center for Substance Abuse Prevention (1997). *Selected findings in prevention. A decade of results from the Center of Substance Abuse Prevention (CSAP)*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.
- Díaz, R. y Ferri, M.J. (2002). Intervención en población de riesgo (1): Los hijos de alcohólicos. *Adicciones*, 14 (Supl. 1), 353-374.
- García Rodríguez, J.A. (2000). *Mi hijo, las drogas y yo*. Madrid: EDAF.
- González, A., Fernández, J.R. y Secades, R. (2004). *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*. Asturias (Gijón): Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias.
- Graña, J.L., Muñoz, M., Andreu, J.M. y Peña, M.E. (2004). *Escala de resolución de conflictos y administración del tiempo*. Madrid: Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Grupo de Estudios sobre el Cannabis (2004). *Informe sobre el cannabis 2004: Análisis de situación y propuestas de actuación*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- 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 adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Hermida, J.R. y Secades, R. (2004). *Guía de referencia para la evaluación de*

- programas de ocio alternativo*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos/Plan Nacional sobre Drogas.
- Kandell, D. (1996). The parental and peer contexts of adolescence desviante: An algebra of interpersonal influences. *Journal of Drug Issues*, 26, 289-315.
- Kendler, K.S., Karkowski, L., Neale, M.C. y Prescott, C.A. (2000). Illicit psychoactive substance use, heavy use, abuse, and dependence in a US population-based sample of male twins. *Archives of General Psychiatry*, 57, 261-269.
- Lorenzo, M.C. (2005). *Alcohol*. Vigo: Nova Galicia Edicións.
- Moncada, S. (1997). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 85-101). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Muñoz-Rivas, M.J., Graña, J.L. y Cruzado, J.A. (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Observatorio Español sobre Drogas (2003) *Informe nº 6*, Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Plan de Galicia sobre Drogas (2000). *O consumo de drogas en Galicia V*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade e Servizos Sociais, Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas.
- Plan de Galicia sobre Drogas (2004). *O consumo de drogas en Galicia VII*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade e Servizos Sociais, Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas.
- Plan de Galicia sobre Drogas (2005). *Sistema de evaluación asistencial. Informe 2003*. Santiago de Compostela: Plan de Galicia sobre Drogas, Consellería de Sanidade.
- Plan Nacional sobre Drogas (2002). *Encuesta escolar, 2000*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre drogas (2005). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias 2004*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad.
- Ríos, J.A., Espina, A. Y Baratas, M.A. (1997). *La prevención de las drogodependencias en la familia*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Robertson, E.B., Davis, S.L. y Rao, S.A. (2003). *Prevention drug use among children and adolescents. A research-based guide for parents, educators, and community leaders*. Bethesda, MA: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse.
- Rodríguez, J., Agulló, E. y Agulló, M.S. (2003). Jóvenes, fin de semana y uso recreativo de drogas: evolución y tendencias del ocio juvenil. *Adicciones*, 15 (Supl. 2), 7-33.

- Rodríguez Villarino, F. (2005). *Consumismo*. Vigo: Nova Galicia Edicións.
- Sáiz, P.A., García-Portilla, M.P., Paredes, B. y Bobes, J. (2003). Evolución histórica del uso y abuso del MDMA. *Adicciones*, 15 (Supl. 2), 35-49.
- Sánchez, L. (2002). Tendencias de consumo alcohólico en la población española. Consumo de alcohol en la población juvenil. *Adicciones*, 14 (supl. 1), 99-113.
- White, H.R., Bates, M.E. y Labouvie, E. (1998). Adult outcomes of adolescent drug use: A comparison of process-oriented and incremental analysis. En R. Jessor (Ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 150-181). Cambridge, RU: Cambridge University Press.