

## **MODELO DE GENESIS DEL CONSUMO DE DROGAS: FORMULACION Y VERIFICACION EMPIRICA (1)**

**José Santacreu Mas (2)**  
**M<sup>a</sup> Xesús Froján Parga**  
**José Antonio Hernández Mondragón**

Dpto de Psicología Biológica y de la Salud. Universidad Autónoma de Madrid

### **RESUMEN**

*El presente trabajo se plantea como objetivo la verificación de un modelo de génesis del consumo de drogas que permita el desarrollo posterior de programas de prevención, partiendo de los factores que son responsables del desarrollo de la conducta de consumo, y entendiendo ésta como una conducta divergente que, entre otras de similar probabilidad, el adolescente ejecuta como forma de adaptación al medio en que vive. El análisis de los resultados de la evaluación de una muestra de 628 estudiantes, con edades comprendidas entre los 11 y los 22 años, muestra que las variables determinantes de la ejecución de conductas marginales en general y del consumo de drogas en particular son, entre otras, la existencia de grupos que refuerzan este tipo de conductas, las actitudes hacia las drogas y el nivel de autocontrol. Como consecuencia de estos resultados, se modifica el modelo de génesis del que habíamos partido y se establece el nuevo modelo que, desde nuestra perspectiva, debería servir de punto de partida para futuros programas de prevención del consumo de drogas.*

**Palabras clave:** *génesis del consumo de drogas, prevención, conductas divergentes, autocontrol.*

---

(1) Este trabajo ha sido subvencionado por el Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de Madrid, en el marco del convenio de investigación firmado entre Universidad Autónoma y dicha Comunidad.

(2) Para correspondencia: José Santacreu Mas. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. Canto Blanco. 28049 Madrid.

## SUMMARY

*The aim of this work is to verify a genesis model of drug consumption, which allows the development of drugs prevention programs. These programs will be direct to factors which are determining the development of consumption behavior, understanding these one like a divergent behavior, with similar probability than others, that adolescents execute to adapt to the ecosystem. Results of assessment a sample of 628 students (aged between 11 and 22), show that some of the variables which determine general marginal behaviors, and drug consumption in particular, are the presence of groups which reinforcement behaviors like these ones, attitudes towards drugs and self-control level. These results modify our initial genesis model and it establish the new model, to do the groundwork for future prevention programs of drug consumption.*

**Key Words:** *Genesis of Drug Consumption, Prevention, Divergent Behavior, Self-Control.*

## 1. INTRODUCCION

En las páginas siguientes vamos a presentar un modelo de génesis del consumo de drogas que, a lo largo de dos años de investigación, hemos desarrollado y validado empíricamente. En los distintos informes presentados al Plan Regional sobre Drogas de la CAM y en diversas publicaciones de nuestro equipo (Santacreu, Zaccagnini y Márquez, 1992; Froján, Hernández y Santacreu, en prensa), hemos establecido cuales son los puntos de partida para la intervención en prevención, y el primero de ellos, una vez que hemos clarificado y definido *qué es y en qué consiste el "problema de la droga"* es la formulación y verificación de un modelo de génesis del consumo de sustancias psicoactivas. Desde nuestro punto de vista, y así lo hemos señalado en otros lugares (Santacreu, Zaccagnini y Márquez, 1992), este es un paso fundamental, aunque desgraciadamente poco frecuente, para el desarrollo, planificación e implantación de un programa de prevención, ya sea del consumo de drogas o de cualquier otro problema, catástrofe o enfermedad que se quiera prevenir. Si nos detenemos a plantearnos como se progresa en los campos de conocimiento de cualquier ciencia, social o natural, podemos constatar que la investigación es fundamental, y que cualquier hipótesis que se plantee relativa a un problema dado es sometida a un riguroso proceso de verificación antes de darla por válida y poner en marcha actuaciones relativas a la misma. Tomemos como ejemplo el problema del cáncer. Es un terrible problema social que afecta a miles de personas; desde hace más de treinta años se está investigando sobre él, se buscan tratamientos eficaces y, sobre todo, vacunas efectivas. Aún no se ha determinado

exactamente cual es la génesis del problema y, por ello, aún no se sabe cual es la manera más adecuada para intervenir sobre él (preventiva o terapéuticamente). Por esta misma razón, no se somete a la población general a un programa de vacunación contra el cáncer; a lo sumo se toman o se indican que medidas preventivas se deben tomar adecuadas para una *población de riesgo*, de la cual se sabe que, por la razón que sea (tipo de trabajo, edad, por que existan antecedentes, etc.) tiene más probabilidad de desarrollar un cáncer que el resto de la población.

Sin embargo, y sorprendentemente, esto no ocurre así con el tema de las drogodependencias. Continuamente se estrenan nuevos programas de prevención que no son más que palos de ciego sobre un problema del que no se sabe su génesis ni cuales son las factores que determinan el desarrollo e implantación posterior. Ni siquiera sabemos cuales son las características de la población de riesgo de consumo; en realidad tampoco sabemos si los programas de prevención son efectivos o no, puesto que apenas existen datos referentes a los efectos de los mismos, ni siquiera a efectos inmediatos.

Nuestro grupo, por el contrario, ha considerado que es necesario invertir todos los recursos disponibles en construir un modelo de génesis del consumo de drogas (que no de las drogodependencias) para que, una vez verificado, podamos desarrollar programas de prevención verdaderamente eficaces y dirigidos a los factores que son responsables de la génesis del consumo en una población particular.

Para desarrollar nuestro modelo, hemos revisado previamente los diversos planteamientos existentes sobre el tema. En este sentido, muchos autores coinciden en afirmar que los factores de la infancia que predicen el consumo de drogas durante la adolescencia se pueden agrupar en las siguientes categorías (Hawkins, Lishner y Catalano, 1984):

- factores familiares: modelado, relaciones, actitudes.
- factores escolares: adaptación, éxito académico.
- factores sociales: grupo de iguales.
- factores personales: conducta antisocial temprana, rebeldía.

Por lo que respecta a los factores de la adolescencia que determinan el uso de drogas en esta etapa, generalmente se clasifican en cuatro grupos que guardan un paralelismo con los considerados en la infancia (Murray y Perry, 1984; Brook y Brook, 1990; Stern, Newcomb y Bentler, 1987; Ford, 1983; Ried, Mertinson y Weaver, 1987; Newcomb y Bentler, 1988). Estos son:

- factores demográficos (los menos importantes): edad, sexo.
- factores socio-ambientales: modelos consumidores, malas relaciones familiares, disponibilidad de drogas.
- factores intrapersonales: rebeldía, anticonvencionalismo, bajo rendimiento académico y poca valoración del mismo, inestabilidad emocional.
- factores conductuales: ejecución de otras conductas delictivas, actividad sexual temprana.

En esto últimos años, las investigaciones se han centrado en el estudio de las variables que determinan la génesis del consumo (incluso se han citado factores relativos al embarazo, nacimiento y primera infancia como factores predisponentes al uso de drogas en la adolescencia (Brook, Nomura y Cohen, 1989)); sin embargo, apenas se ha prestado atención a aquellas otras que son responsables de la adquisición y mantenimiento del mismo. Es necesario investigar con mayor profundidad los factores de riesgo asociados al uso de drogas que pueden dar lugar a un uso disfuncional, compulsivo o al abuso. Kandel (1982) habla de cuatro estadios de desarrollo de las drogodependencias, desde el uso de drogas legales al de ilegales: 1º, cerveza y/o vino; 2º, cigarrillos y/o licores; 3º, marihuana, y 4º, otras drogas ilegales. El uso de cada una de ellas está determinado por factores familiares, sociales (sobre todo del grupo de iguales) y de personalidad. En cada estadio habría que diferenciar el no uso, el uso experimental y el uso regular. La variable que más influye en la frecuencia de consumo está relacionada con las características del grupo de iguales, mientras que en el paso de un estadio a otro los tres tipos de factores tienen una influencia similar.

La prevención, para ser eficaz, debe dirigir sus esfuerzos a los factores determinantes de la génesis de la conducta, teniendo en cuenta que estos factores varían de una población a otra y de una época a otra. En este sentido, las directrices que deben seguir los programas de prevención son las siguientes (Battjes y Jones, 1984; Brower y Anglin, 1987):

1. Definir la población diana y estudiar las características y funciones que en la misma tiene el uso de drogas.
2. Considerar que el uso de drogas está íntimamente relacionado con influencias sociales y ambientales, sin patología subyacente, por lo que es necesario identificar las influencias sociales concretas y desarrollar habilidades que permitan resistir esas influencias.
3. Considerar el uso de drogas como una respuesta de adaptación en el desarrollo normal del adolescente, e identificar respuestas sustitutorias alternativas socialmente aceptadas. El consumo de drogas es una forma de enfrentamiento al mundo al que el adolescente empieza a acceder (King, 1983); el sujeto ejecuta esta conducta ante la carencia de habilidades para afrontar los problemas que se le plantean: competitividad entre iguales, mala adaptación familiar, inestabilidad emocional (Uchtenhagen y Zimmer-Höfler, 1987).

A lo largo de los últimos quince años se ha avanzado mucho en la conceptualización del tema, como se desprende de esas tres recomendaciones para la prevención que citamos anteriormente, y que son reflejo de una manera de enfocar el inicio del uso de sustancias psicoactivas (como una conducta más de adaptación del adolescente) que permite diseñar y desarrollar programas verdaderamente preventivos (antes de que se produzcan las conductas) y potencialmente eficaces.

El *objetivo principal* de nuestro trabajo fue comprobar empíricamente el

modelo de génesis de consumo de sustancias psicoactivas, con el fin de determinar qué variables son, en mayor o menor medida, las responsables del inicio de este tipo de conducta y a partir de ahí, concretar las características de una *población de riesgo*. Nuestro planteamiento es que cuando podamos determinar cuáles son estas variables, estaremos en condiciones de elaborar programas de prevención del consumo de drogas que incluyan estrategias y técnicas dirigidas específicamente a los factores en cuestión.

## 2. METODO

En el presente estudio se evaluó una muestra total de 628 sujetos, de los cuales 325 eran varones y 303 mujeres, con edades comprendidas entre 11 y 22 años, con una media de edad de 14.58 y una desviación típica de 2.54. Dichos individuos pertenecían a los cursos de séptimo de E.G.B.; C. O. U.; primero de F.P.1 y segundo de F.P.2 de centros de enseñanza públicos del Ayuntamiento de Madrid elegidos aleatoriamente.

En la tabla 1 se ofrecen los datos resumen de la muestra evaluada, distribuida por cursos.

**TABLA 1**

		EDAD		SEXO		N
		X	Sdx	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
C U R S O	7 EGB	12.675	.761	196	160	356
	COU	17.426	1.406	107	141	248
	FP	16.667	1.390	24	0	24
MUESTRA TOTAL		14.581	2.542	325	303	628

## Variables

En el presente estudio se han evaluado las variables que teóricamente hemos considerado determinantes en la génesis del consumo de drogas (Froján, Hernández y Santacreu, en prensa). Dichas variables son las siguientes:

### 1. Variables dependientes:

- Ejecución de respuestas divergentes (ANTIDEL).
- Consumo de sustancias psicoactivas (prueba (PDROG) y frecuencia (FDROG), considerando tres grupos de sustancias distintos:
  - \* alcohol y tabaco (grupo 1)
  - \* pegamento, somníferos y hachís (grupo 2)
  - \* heroína, cocaína y anfetaminas (grupo 3)

Hemos dividido las drogas en tres grupos en función de la marginalidad/ilegalidad de su uso y la facilidad de su obtención. De esta manera es posible discriminar si los sujetos de menor edad prueban drogas (por ejemplo, tabaco y alcohol), y con ello ejecutan una conducta marginal, frente a la prueba de este tipo de drogas en los sujetos de más edad, que no representaría ningún tipo de marginalidad. Si sólo trabajásemos con la variable "prueba de drogas" en general, con mucha probabilidad los resultados nos mostrarían que los sujetos mayores consumen drogas (puesto que la gran mayoría fumaría tabaco o bebería algún tipo de alcohol), cuando a estas edades, la conducta de beber y/o fumar está aceptada y reforzada socialmente (no es una conducta desviada).

### 2. Variables dependientes:

- Autocontrol (CAMA0).
- Grupos que refuerzan conductas divergentes (DIVERGE).
- Nivel de competencia que muestra el sujeto (NICOMPE).
- Tendencia a la elección de respuestas de riesgo (RIESGO).
- Disponibilidad de refuerzos (IREFUER).
- Nivel de ansiedad/estrés (NIESTRES)
- Variables familiares y socioeconómicas:
  - \* Índice de adaptación familiar (IFAMIL)
  - \* Índice socioeconómico (ISOCIO).
- Modelos de consumo con consecuencias positivas (KBUENAS).
- Modelos de consumo con consecuencias negativas (KMALAS).
- Disponibilidad del producto, con cuatro subvariables:
  - \* Conocimiento sobre donde encontrar drogas del grupo 2, pegamento, hachís y somníferos (ENCON2).

- \* Pueden encontrar en su barrio drogas de este grupo (BARRI2).
- \* Conocimiento sobre donde encontrar drogas del grupo 3, heroína, cocaína y somníferos (ENCON3).
- \* Pueden encontrar en su barrio drogas de este grupo (BARRI3).
- Actitudes hacia las drogas (ACTI).

## Instrumentos

Para conseguir nuestro objetivo hemos diseñado diversos instrumentos y utilizado otros que ya existían previamente, que nos permitieran obtener los datos para la evaluación y análisis del valor de cada variable en la determinación del consumo inicial de drogas. Estos fueron los siguientes:

1. *CAMA: Cuestionario de Autocontrol Multimodal para Adolescentes* (Santacreu, Hernández y Froján, 1990)
2. *AISA: Autoinforme Sociológico para Adolescentes* (Santacreu y cols., 1990).
3. *IAC: Inventario de Adaptación de Conducta* (Cordero y de la Cruz, 1980).
4. *ERAR: Elección de Respuestas de Alto Riesgo* (Santacreu y cols., 1990).
5. *AD: Cuestionario de conducta Antisocial y Delictiva* (Seisdedos, 1988).
6. *AICA: AutoInforme de Consumo de sustancias psicoactivas para Adolescentes* (Santacreu y cols., 1990).

## Procedimiento

Se evaluaron dos grupos de alumnos en cada jornada. Para ello fueron necesarios dos equipos de cuatro personas cada uno: un evaluador principal y tres evaluadores ayudantes; cada equipo se ocupó de un aula, donde se realizaban las pruebas en grupo (excepto el ERAR que es una prueba individual).

## 3. RESULTADOS

En nuestro estudio hemos realizado una serie de análisis de regresión, utilizando el programa SPSS PC+, con el objetivo de comprobar la validez predictiva de las variables estudiadas respecto a la ejecución de conductas marginales y al consumo de drogas. La muestra ha sido dividida en dos grandes grupos, pequeños (EGB) y mayores (COU y FP), debido a la necesidad de diferenciar entre las conductas que son divergentes a cada edad. No ha sido posible realizar análisis de regresión con algunas de las variables (entre otras, las relativas al consumo de drogas ilegales en

la muestra de pequeños) debido al reducido número de sujetos que habían ejecutado alguna de estas conductas.

### 3.1. Muestra de pequeños (7ª EGB)

#### 1. Variable dependiente: ejecución de respuestas marginales.

**TABLA 2**

Variable	Peso	F	SigF	R	R <sup>2</sup>
DIVERGE	.3560	32.650	.000	.3560	.1267
CAMA0	.2379	24.642	.000	.4247	.1803
TOTAL DE VARIANZA EXPLICADA: 18.03 %					

Como muestra la tabla, la ejecución de *respuestas marginales* está explicada en un 18.03 % por las variables *existencia de grupos que refuerzan conductas divergentes* (DIVERGE) y nivel de *autocontrol* (CAMA0).

#### 2. Variable dependiente: prueba de drogas.

a) Alcohol y tabaco: PDROG1 (n = 265, 74.43%)

**TABLA 3**

Variable	Peso	F	SigF	R	R <sup>2</sup>
ACTI	-.3465	29.736	.000	.3465	.1200
DIVERGE	.1939	19.970	.000	.3943	.1554
NICOMPE	.1465	15.406	.000	.4198	.1763
ISOCIO	-.1475	13.263	.000	.4449	.1979
ANTISO	.1384	11.636	.000	.4623	.2138
TOTAL DE VARIANZA EXPLICADA: 21.38 %					

La prueba de alcohol y tabaco está explicada en un 21.38 % por las variables siguientes: *actitudes hacia las drogas* (ACTI), *existencia de grupos que refuerzan*



conductas divergentes (DIVERGE), el nivel de competencia que muestra el sujeto (NICOMPE), el nivel socioeconómico de la familia (ISOCIO) y el nivel de ejecución de conductas antisociales (ANTISO).

### 3. Variable dependiente: frecuencia de consumo de drogas

a) Alcohol y tabaco: FDROG1 (n=85, 23.87%)

**TABLA 4**

Variable	Peso	F	SigF	R	R <sup>2</sup>
ACTI	.5400	89.333	.000	.5400	.2916
PDROG3	.3014	63.533	.000	.6086	.3704
BARRI3	.2115	49.639	.000	.6937	.4092
PDROG1	.1764	41.301	.000	.6600	.4375
ENCON3	.1874	35.465	.000	.6740	.4543
TOTAL DE VARIANZA EXPLICADA: 45.43 %					

La frecuencia de consumo de alcohol y tabaco está explicada en un 45.43 % por las variables siguientes: las actitudes hacia las drogas (ACTI), la prueba de drogas del grupo 3 (PDROG3), la disponibilidad en el barrio de drogas del grupo 3 (BARRI3), la prueba de alcohol y tabaco (PDROG1), y el conocimiento de donde encontrar drogas del grupo 3 (ENCON3).

### 3.2. Muestra de mayores (COU y FP)

#### 1. Variable dependiente: ejecución de respuestas marginales

**TABLA 5**

Variable	Peso	F	SigF	R	R <sup>2</sup>
DIVERGE	.4164	47.815	.000	.4164	.1734
NIESTRES	.1592	28.044	.000	.4451	.1981
CAMA0	.1622	21.750	.000	.4733	.2240
RIESGO	.1202	17.582	.000	.4880	.2381
TOTAL DE VARIANZA EXPLICADA: 22.81 %					

La ejecución de conductas delictivas está explicada en un 28.41 % por las variables: la existencia de grupos que refuerzan conductas divergentes (DIVERGE), la frecuencia de consumo de alcohol y tabaco (FDROGG1), el nivel de estrés (NIES-TRES), el nivel de autocontrol (CAMA0), y la tendencia a elegir respuestas de riesgo (RIESGO).

## 2. Variable dependiente: prueba de drogas

a) Alcohol y tabaco: PDROG1 (n = 261, 92.95%)

Ninguna variable de las consideradas en nuestro modelo correlaciona de forma significativa con la prueba de drogas del grupo 1 (alcohol y tabaco).

b) Pegamento, somníferos y hachís: PDROG2 (n = 88, 32.35%)

**TABLA 6**

Variable	Peso	F	SigF	R	R2
ANTIDEL	.3152	20.964	.000	.3152	.0994
NICOMPE	.2023	15.416	.000	.3745	.1403
ISOCIO	.1831	13.181	.000	.4169	.1738
CAMA0	.1426	11.052	.000	.4373	.1912
TOTAL DE VARIANZA EXPLICADA: 19.12 %					

La prueba de pegamento, somníferos y hachís está explicada en un 19.12 % por las variables siguientes: la ejecución de conductas antisociales y delictivas (ANTI-DEL), el nivel de competencia del sujeto (NICOMPE), el nivel socioeconómico de la familia (ISOCIO) y el nivel de autocontrol (CAMA0).

## 3. Variable dependiente: frecuencia de consumo de drogas

a) Alcohol y tabaco: FDROG1 (n = 197, 72.42%)

La frecuencia de consumo de alcohol y tabaco está explicada en un 43.05 % por las variables siguientes: las actitudes hacia las drogas (ACTI), la prueba de alcohol y tabaco (PDROG1) y la prueba de drogas del grupo 2 (PDROG2).

**TABLA 7**

Variable	Peso	F	SigF	R	R <sup>2</sup>
ACT1	-.5587	85.296	.000	.5587	.3121
PDROG1	.3042	58.012	.000	.6188	.3829
PDROG2	.2485	46.866	.000	.6561	.4305
TOTAL DE VARIANZA EXPLICADA: 43.05 %					

b) Pegamento, somníferos y hachís: FDROG2 (n = 23, 8.45%)

**TABLA 8**

Variable	Peso	F	SigF	R	R <sup>2</sup>
PDROG2	.2797	15.957	.000	.2797	.0782
TOTAL DE VARIANZA EXPLICADA: 7.82 %					

La frecuencia de consumo de somníferos, pegamento y hachís está explicada en un 7.82 % por la prueba previa de este tipo de drogas (PDROG2).

#### 4. DISCUSION

Una vez realizados los análisis dirigidos a verificar nuestro modelo, podemos concluir los siguientes resultados:

1. Todas las variables consideradas en el modelo tienen cierto valor predictivo de la ejecución de conductas divergentes en la muestra de adolescentes estudiada
2. La prueba de drogas, considerada como una conducta divergente entre otras, está explicada por estas variables (y por alguna más, concretamente las actitudes hacia las drogas, como discutiremos a continuación).

Primeramente discutiremos los datos relativos a la muestra de pequeños y a continuación los de la muestra de mayores.

##### 4.1. Muestra de pequeños

A la vista de estos resultados, la variable que más valor predictivo tiene respecto

a la ejecución de respuestas marginales es la existencia de grupos que refuerzan este tipo de respuestas. De acuerdo con lo que planteábamos en otros lugares (Santacreu, Froján y Hernández, 1991; Santacreu, Zaccagnini y Márquez, 1992), cuando el niño se empieza a independizar del entorno familiar busca la integración en su grupo de iguales, y para ello debe ejecutar las conductas que estén aprobadas y valoradas por el grupo. Si el medio en el que se mueve el adolescente refuerza la ejecución de conductas desviadas de la norma, es muy probable que el sujeto ejecute este tipo de conductas si quiere ser aceptado por el grupo. La conducta de fumar es un ejemplo clásico de conducta desviada en estas edades que está determinada básicamente por la presión y el refuerzo del grupo de iguales. Los estudios de Chassin y colaboradores (Chassin, Presson, Sherman, Corty y Ols-havsky, 1984; Chassin, Presson, Sherman, Montello y McGrew, 1986) son clarificadores al respecto: la presión social, especialmente la que proviene de los iguales, es uno de los factores más influyentes en el inicio del hábito de fumar. Por el contrario, si el entorno social del niño no valora y refuerza la ejecución de conductas marginales, es improbable que tales conductas aparezcan.

Si atendemos a estos resultados, ¿qué ocurrirá entonces cuando a un adolescente *desviado* se le castiga por ello, y el castigo consiste en apartarlo de los compañeros que no ejecutan conductas incorrectas (*se portan bien*)?. Este caso, muy común, lo que consigue es favorecer que las conductas desviadas se sigan ejecutando. Los reformatorios como escuela de delincuentes o, sin llegar a esos extremos, los colegios, las aulas o los pupitres para niños *difíciles* no son sino una forma de fomentar que se sigan ejecutando las conductas que se quieren evitar, puesto que se introduce al niño en un ambiente donde éstas predominan, se valoran y refuerzan, al tiempo que se suprimen los modelos adecuados.

Una segunda variable que ha mostrado cierto valor predictivo de la ejecución de conductas marginales es el *nivel de autocontrol*. De acuerdo con nuestro modelo y con otros autores (Perlwitz, 1984), el autocontrol es una de las principales variables moduladoras de la ejecución de conductas marginales: la habilidad del niño para posponer el refuerzo derivado de la ejecución de determinadas conductas, bien por que su ejecución proporcione un inmediato reconocimiento social en su entorno, o bien por que la propia conducta sea reforzante en si misma, vendrá determinada por el nivel de autocontrol; por tanto, fomentar el aprendizaje y desarrollo de esta habilidad es una medida recomendable, no solo en programas específicos de prevención del consumo de drogas (entendiendo que el consumo de drogas a estas edades es una conducta marginal entre otras muchas), sino en cualquier tipo de programa dirigido a facilitar el proceso de socialización y adaptación del niño a su entorno.

Solo una parte de la varianza está explicada por estos dos factores; otras muchas variables, que por ahora desconocemos, son las responsables de que los adolescentes más jóvenes se comporten de forma divergente de la norma. Si bien estos

resultados no nos ofrecen una explicación total de porqué se genera marginalidad (objetivo demasiado ambicioso para una muestra tan reducida), si que aclaran algunos puntos en torno a este tipo de conducta, y sugieren la necesidad de, por una parte, proporcionar a los adolescentes modelos que ejecuten y refuercen conductas adaptadas a la norma social, y por otra, fomentar el aprendizaje de habilidades de autocontrol como forma de contrarrestar la presión inadecuada del entorno. Por otra parte, no podemos olvidar que en nuestro modelo consideramos que el nivel de autocontrol no es fundamental a la hora de *predecir la prueba de drogas*. Los adolescentes probarán drogas o no en función de la interacción de diversas variables que estamos intentando discriminar en este estudio. El autocontrol puede ser una de ellas, pero donde creemos que tendrá verdadera importancia es en el consumo posterior; es decir, una vez que el sujeto ha probado algún tipo de droga, seguirá consumiendo o no de acuerdo con el nivel de autocontrol que manifieste. Los adolescentes, en su proceso de desarrollo normal, van adquiriendo estrategias de autocontrol que aplicarán a distintos ámbitos de su vida, pero que no se reflejará necesariamente en todas las conductas que ejecuten (por ejemplo, un chico puede ser capaz de planificar perfectamente sus estudios e incapaz de controlar su consumo de tabaco). Por ello planteamos que sería conveniente incluir entrenamiento en autocontrol como forma de prevención de la prueba de drogas y, a través de ésta, del consumo posterior. Los sujetos pueden probar drogas y no seguir consumiendo gracias al proceso de desarrollo normal del autocontrol. Pero una vez que han probado, es mucho más fácil que continúen haciéndolo, al margen de la evolución que experimente su nivel de autocontrol: éste puede aumentar en otras áreas y no respecto al consumo, o se puede detener. Sea cual sea el caso que ocurra, una forma de prevenir el consumo puede ser a través del entrenamiento temprano en estrategias de autocontrol que prevengan la prueba de drogas. Cuanto más temprano se empiece dicho entrenamiento, más generales han de ser las estrategias que se enseñen.

Consideramos la *prueba de drogas* como una conducta marginal más que puede ejecutar el adolescente en su búsqueda de refuerzos. En el apartado de variables, señalamos las razones que nos han llevado a considerar tres subvariables dentro de la prueba de drogas: creemos que fumar un cigarrillo a los doce años no refleja el mismo grado de marginalidad o divergencia que probar cocaína a esta edad. Por ello hemos realizado tres análisis de regresión diferentes, considerando como variable dependiente en cada uno de ellos la prueba de drogas de uno de los tres tipos.

La *prueba de alcohol* y tabaco está explicada en un 21.38 % por las variables (tabla 3): *actitudes hacia las drogas, existencia de grupos que refuerzan conductas divergentes, nivel de competencia que muestra el sujeto, nivel socioeconómico de la familia y nivel de ejecución de conductas antisociales*.

La prueba de drogas legales a estas edades, ha generado una gran cantidad de investigación, cuyos resultados no difieren apenas de los obtenidos por nosotros.

El valor de las actitudes hacia una determinada conducta en la explicación de la misma ha sido ampliamente estudiado, especialmente desde el campo de la Psicología Social, e incluso algunos autores afirman que las actitudes son el mejor predictor del consumo (Ried, Martinson y Weaver, 1987). En lo que al tabaco se refiere, ya hemos comentado en el punto anterior la importancia del refuerzo de la conducta de fumar por parte del grupo de iguales para la ejecución de la misma. Sin embargo, en este análisis, esta variable aparece en segundo lugar, siendo superada por las actitudes. La polémica sobre si las actitudes son previas a la conducta o viceversa es antigua y en absoluto concluyente. Algunos autores sugieren que el sujeto debe tener una cierta predisposición a realizar una determinada conducta, una actitud positiva hacia la misma, como paso previo a su ejecución (en el caso concreto del tabaco son de esta opinión autores como Evans, Rozelle, Maxwell y cols. (1981) o Pederson (1986). Sin embargo, otros muchos opinan que las actitudes se forman después de la ejecución y refuerzo de la conducta en cuestión (Chassin y cols., 1984). En nuestro caso concreto, aparece una diferencia entre lo que es la *ejecución de conductas divergentes* en general y la *prueba de alcohol y tabaco* en particular. Mientras que en el primer caso hemos visto que es fundamental la existencia de modelos que refuercen este tipo de conductas, en la prueba de alcohol y tabaco parece que las actitudes tienen un peso mayor. La explicación de este resultado puede encontrarse en que el propio entorno (sobre todo el entorno escolar) proporciona constantemente información en contra del consumo de alcohol y tabaco, por la que es fácil que a estas edades, el niño tenga una imagen clara de lo que se deriva de este tipo de consumo y una tendencia en contra del mismo; los programas de educación en las escuelas, los medios informativos o cualquier otro canal de información están continuamente proporcionando datos sobre lo pernicioso de fumar y beber. Hoy en día, es frecuente que los niños en edad escolar recriminen a sus adultos por el consumo de alguna de estas sustancias; sin embargo, no tienen más información sobre lo que se considera divergente a esta edad que la derivada de estar prohibido por los mayores, y ésta prohibición es un atractivo en sí misma. La conducta divergente en sí misma (por ejemplo, faltar a clase, silbar en un cine) y sus consecuencias son neutras. Esta es una posible explicación de por que las *actitudes* tienen el peso explicativo mayor de la *prueba de alcohol y tabaco*: el adolescente que experimenta con alguna de estas sustancias ha de tener una actitud positiva hacia ellas para contrarrestar la fuerte influencia en contra de las mismas. Las actitudes positivas aumentan la probabilidad de consumo y las negativas la disminuyen. Pero esta no es la única variable responsable; si así fuera, los programas *preventivos* que se desarrollan en la actualidad serían eficaces en sus objetivos de prevenir el consumo, y sin embargo sabemos que no lo son, tal como han sugerido diversos autores (Bruvold, 1990). Ocurre que la información sobre el tabaco y el alcohol es importante para generar una resistencia inicial al consumo, pero en absoluto

suficiente; la presencia de modelos que consumen y/o refuerzan la conducta de consumo pueden contrarrestar eficazmente y anular esta resistencia, sobre todo si interactúan con los otros factores que han demostrado tener poder explicativo: *el nivel de competencia que muestra el sujeto, el nivel socioeconómico de la familia y el nivel de ejecución de conductas antisociales.*

En resumen, los resultados obtenidos en nuestro estudio nos sugieren la necesidad de tener en cuenta una serie de factores a la hora de diseñar y desarrollar programas de prevención del consumo de tabaco y alcohol; algunos de estos factores, comentados anteriormente, son comunes a los programas de socialización generales, en el sentido de que el objetivo de estos sea la prevención de la marginalidad. Pero algunos otros son específicos para este tipo de sustancias, como el fomento de actitudes contrarias al consumo. Existen, como hemos visto, determinadas variables que solo se pueden afrontar con medidas indirectas; es decir, sería utópico pretender modificar el nivel socioeconómico de las familias como forma de evitar el consumo de drogas, o pretender que todos los niños obtengan éxito en la escuela. Pero si se pueden tomar medidas que contrarresten las consecuencias derivadas de estas condiciones y que el fracaso escolar no signifique tal fracaso y sea causa de frustración. El trabajo en la escuela está relacionado con la inteligencia verbal y con el manejo de símbolos; otras destrezas y habilidades que pueden manifestar los niños no son consideradas, y por tanto, no son reforzadas.

Por lo que respecta a la *frecuencia de consumo de alcohol y tabaco* está explicada en un 45.43 % por las variables siguientes (tabla 4): *las actitudes hacia las drogas, la prueba de drogas del grupo 3, la disponibilidad en el barrio de drogas del grupo 3, la prueba de alcohol y tabaco y el conocimiento sobre donde encontrar drogas del grupo 3.*

En las edades que recoge la muestra, el consumo de alcohol y tabaco es una conducta divergente, y como tal, en estrecha relación con un ambiente marginal. Los resultados sugieren que el consumo de este tipo de sustancias entre los alumnos de 7º de EGB de la población estudiada, está restringido, más allá de lo que es una primera prueba, a sujetos que reciben influencias de modelos de conductas divergentes, cuyo poder supera al de las posibles influencias en contra que posiblemente reciba en la escuela. Cuando los niños son mayores, la explicación del consumo, como veremos en su momento, es muy distinta a la que se nos presenta en estos momentos. El consumo frecuente de cigarrillos y alcohol a los 12 años se relaciona en primer lugar, según los resultados obtenidos, con unas *actitudes positivas hacia las drogas*. Esta variable también era la principal predictora de la *prueba*. La presencia de *actitudes positivas, la prueba de drogas ilegales y legales*, junto con la existencia de un ambiente marginal (*disponibilidad de drogas ilegales*, en el barrio y fuera de éste), propician el consumo de alcohol y tabaco en los muchachos más jóvenes.

Esto no quiere decir que el resto de los adolescentes, la gran mayoría, que ni han probado heroína ni saben donde encontrarla, no vayan a ser consumidores de tabaco y alcohol. La propia realidad contradice esta conclusión. Lo que podemos concluir de los resultados obtenidos es que la *frecuencia de consumo de alcohol y tabaco* en los adolescentes jóvenes está estrechamente relacionada con un ambiente favorecedor del consumo de drogas y con la ejecución de otras conductas divergentes. De todas formas, el escaso número de sujetos que ha contestado que fuma o consume alcohol en nuestro análisis nos obliga a plantearnos la representatividad de la muestra, que reduce el número de consumidores a un tipo de adolescentes que vive en un ambiente muy marginal.

#### 4.2. Muestra de mayores

Nos detendremos ahora en la discusión de los resultados de la evaluación de la muestra de alumnos de COU y FP. En esta población, la *ejecución de conductas marginales* está explicada en un 23.81 % por las siguientes variables (tabla 5): la *existencia de grupos que refuerzan conductas divergentes*, el *nivel de estrés*, el *nivel de autocontrol*, y la *tendencia a elegir respuestas de riesgo*.

La explicación de la *ejecución de conductas marginales* en estas edades (alrededor de los 17 años), viene dada por factores en parte iguales y en parte distintos a los que actúan a edades más tempranas. La primera variable responsable es, como era de esperar de acuerdo con nuestro planteamiento inicial, la *existencia de grupos que refuerzan conductas divergentes*. Igual que ocurría con los pequeños, el adolescente busca integrarse en su grupo de iguales, y para ello ejecuta las conductas que éste refuerza y valora. Si el grupo valora las conductas divergentes, éstas tendrán un probabilidad de ocurrencia mucho mayor, especialmente si el adolescente no ha desarrollado habilidades y estrategias adecuadas para enfrentarse a la presión del grupo, o si éste supone su principal o exclusiva fuente de refuerzos.

La segunda variable que explica la aparición de conductas delictivas es el *nivel de estrés* percibido por el sujeto. De acuerdo con nuestro modelo de génesis del consumo de drogas, determinados elementos o sucesos del ambiente pueden provocar en el adolescente cierto nivel de ansiedad que dificulte la ejecución de respuestas adecuadas de adaptación. En este caso, es probable, y así lo ha demostrado el análisis de los datos, que el sujeto ejecute conductas divergentes de la norma como forma de adaptación alternativa. Si por el *nivel de estrés* a que está sometido es incapaz de ejecutar las conductas que se le exigen para obtener refuerzos, buscará formas alternativas de obtenerlos distintas a las valoradas por la sociedad, y una de estas formas es a través de la ejecución de conductas delictivas.

En tercer lugar aparece el *autocontrol*. De la misma manera que en la muestra



de pequeños el nivel de autocontrol modulaba la ejecución de respuestas marginales, en los mayores tales conductas ocurrirán en función de la habilidad de los sujetos para valorar el refuerzo a largo plazo. Decíamos, refiriéndonos al nivel de estrés, que la falta de reforzadores socialmente aceptados induce al sujeto a buscar refuerzos alternativos contrarios a la norma, mediante la ejecución de conductas que proporcionan un refuerzo inmediato. Esta búsqueda de reforzadores inmediatos será más probable cuanto menor sea la habilidad de autocontrol del sujeto. Por regla general, las conductas valoradas socialmente son aquellas que exigen al sujeto un esfuerzo considerable para la obtención del premio, que además no sigue inmediatamente a la conducta, si no que llega tras una demora más o menos grande. Si además el sujeto, por las condiciones que lo rodean (cierto nivel de ansiedad que le impide rendir al máximo, existencia de grupos que refuercen otro tipo de conductas o cierta tendencia al riesgo), sabe que la obtención del refuerzo, además de lejana es improbable (aprobar el curso, ser campeón en una competición deportiva), con mucha más facilidad ejecutará aquellas otras conductas que le permitan obtener un refuerzo seguro e inmediato. Y estas conductas son, en su mayoría, contrarias a la norma.

Una última variable es responsable de la ejecución de conductas delictivas, y esta es la tendencia a elegir respuestas de riesgo. Según nuestro modelo de génesis, esta tendencia puede venir determinada por una mayor predisposición genética o por un mayor aprendizaje (directo o por modelos). Sea como sea, su presencia contribuye, de acuerdo con otros autores (Battjes y Jones, 1984), y en interacción con los otros factores considerados, a que el sujeto opte por ejecutar conductas marginales como forma de adaptación al medio.

Si nos centramos en las conductas de consumo, podemos comprobar que ninguna de las variables consideradas en el modelo tiene capacidad predictiva del consumo de tabaco y alcohol a estas edades, lo cual está en concordanza con nuestro planteamiento inicial: el modelo de génesis del consumo de drogas se basa en un enfoque de esta conducta como una alternativa de adaptación contraria a la norma, y por ello las variables que consideramos que tienen poder explicativo lo hacen en función de esa marginalidad. En los chicos de 17-18 años, la prueba de alcohol y/o tabaco no puede ser considerada en ningún caso una conducta marginal. Por esta razón, ningún factor puede dar cuenta de ella.

Por su parte, la prueba de pegamento, somníferos y hachís está explicada en un 19.12 % por las variables siguientes (tabla 6): la ejecución de conductas marginales, el nivel de competencia del sujeto, el nivel socioeconómico de la familia y el nivel de autocontrol.

De nuevo estos resultados guardan un paralelismo con los que obtuvimos tras el análisis de la muestra de 7ª de EGB. Como destacábamos en líneas anteriores, la prueba de drogas es un conducta alternativa más que puede ejecutar el adolescente en sus intentos de adaptarse al medio. Por ello, la variable que tiene el

máximo poder explicativo de la *prueba de pegamento*, *somníferos* y *hachís* es la propia *ejecución de conductas marginales*.

En segundo lugar aparece el *nivel de competencia* exigido por el entorno. Igual que ocurría a edades más jóvenes, cuando el medio del sujeto le niega los refuerzos al no alcanzar el nivel de competencia exigido, el adolescente intentará encontrar gratificaciones por vías alternativas a las aceptadas socialmente. Y el consumo de drogas es una de las alternativas que más posibilidades de refuerzo presenta, tanto por los propios efectos de la sustancia como por el refuerzo social derivado de su consumo. No es un dato nuevo que el fracaso escolar esté asociado al consumo de drogas (Dignan, Block, Steckler y Cosby, 1985; Murphy, 1985; Mcalister, Perry, Killen, Slinkard y Maccoby, 1980); nuestro análisis aporta un dato más en favor de la relación entre el inicio del consumo y la inadaptación escolar, y nos permitirá delimitar con mayor exactitud las características de la población de riesgo de cara a la elaboración de los programas de prevención de la prueba de drogas, como veremos en el apartado de conclusiones.

Una tercera variable con poder explicativo es el *nivel socioeconómico de la familia*: a menor nivel socioeconómico, menor cantidad y variedad de refuerzos posibles en un medio donde se valora sobre todo lo que se tiene. Esta circunstancia puede incitar al sujeto a buscar formas alternativas de obtención de los mismos, y de nuevo el consumo de drogas se presenta como una opción de gran probabilidad. No podemos pensar que un bajo nivel socioeconómico conduzca inexorablemente al consumo de drogas, pero lo que sí parece es que es un factor facilitador. Por otra parte, las condiciones socioeconómicas de la familia se asocian a un entorno deprivado, con una mayor probabilidad de presencia de modelos consumidores y de disponibilidad de drogas. Si estas condiciones interactúan con las variables de riesgo que hemos comentado hasta el momento, y con el bajo *nivel de autocontrol*, que tiene también cierto poder explicativo, se incrementa la probabilidad de que el sujeto pruebe este tipo de drogas en sus intentos de adaptación. De nuevo el *autocontrol*, entendido como habilidad para valorar el refuerzo a largo plazo, aparece como variable moduladora de la *prueba de drogas*, confirmando nuestra hipótesis inicial acerca de la conveniencia de fomentar el aprendizaje de estrategias de autocontrol como forma de prevención del consumo de drogas.

La *frecuencia de consumo de alcohol y tabaco* está explicada en un 43.05 % por las variables siguientes (tabla 7): las *actitudes hacia las drogas*, la *prueba de alcohol y tabaco* y la *prueba de drogas del grupo 2*.

Las tres variables que explican los primeros consumos de tabaco y alcohol están relacionadas con las drogas: en primer lugar aparecen las *actitudes*, como un factor facilitador del consumo de estas sustancias. A continuación, la *prueba previa de las mismas*, y por último, la *prueba de drogas del grupo 2*. Estos resultados están en relación con la supuesta marginalidad del consumo: las únicas variables de nuestro modelo (un modelo para conductas marginales) que tienen poder explicativo del

consumo de sustancias legales necesariamente tienen que ser aquellas con las que guardan una relación directa. Nuestro modelo no incluye otras variables que contemplan la adquisición del hábito de fumar como una forma *social, adaptada* de comportamiento. Por ello, el valor explicativo de otros factores que incluye es mínimo: a los 18 años difícilmente se puede considerar fumar o ir de cañas una conducta marginal. En cualquier caso, constatamos una relación entre consumir alcohol y tabaco con la prueba de hachís y demás drogas del grupo 2. La explicación de esta relación se puede hallar en dos hechos. Por una parte, las actitudes propicias al consumo se refieren a las drogas en general, y ello facilita que el sujeto pruebe diversos tipos de drogas, independientemente de que continúe o no consumiéndolas. Por otra parte, a estas edades, fumar y beber, especialmente en determinados momentos y condiciones (fines de semana, después de un examen) no es una conducta marginal, y por ello no debería estar relacionado con la ejecución de conductas divergentes, entre éstas, la *prueba de drogas del grupo 2*. Pero no podemos olvidarnos que la muestra que estamos analizando es una muestra de estudiantes, y por ello, sometida a la disciplina escolar, que por regla general prohíbe el uso de alcohol y tabaco en el recinto de la escuela. Por otra parte, el consumo de tales sustancias suele estar prohibido en el ambiente familiar, sin entrar en los impedimentos legales para el consumo de menores de 18 años. Por ello es fácil deducir que los adolescentes que más consumen alcohol y tabaco son aquellos que más se rebelan contra las normas escolares y familiares, e incluso viven más al margen de estos ambientes, bien no acudiendo a clase, bien pasando la mayor parte del tiempo libre fuera de casa, en lugares que propicien el consumo. Si en vez de ir a clase se quedan en la calle fumando un cigarrillo o bebiendo una cerveza, no solamente están haciendo una actividad contraria a la norma (estar en el aula) si no que además aumenta la posibilidad de ejecutar otro tipo de conductas antisociales, entre ellas la *prueba de drogas del grupo 2*.

A pesar de la posible explicación de estos resultados, pensamos que el *consumo de drogas legales* a estas edades será más adecuado explicarlo dentro de un modelo de adaptación no contrario a la norma, si no corremos el peligro de ofrecer conclusiones sesgadas.

En cuanto a la *frecuencia de consumo de somníferos, pegamento y hachís* está explicada en un 7.82 % por la *prueba previa de este tipo de drogas* (tabla 8).

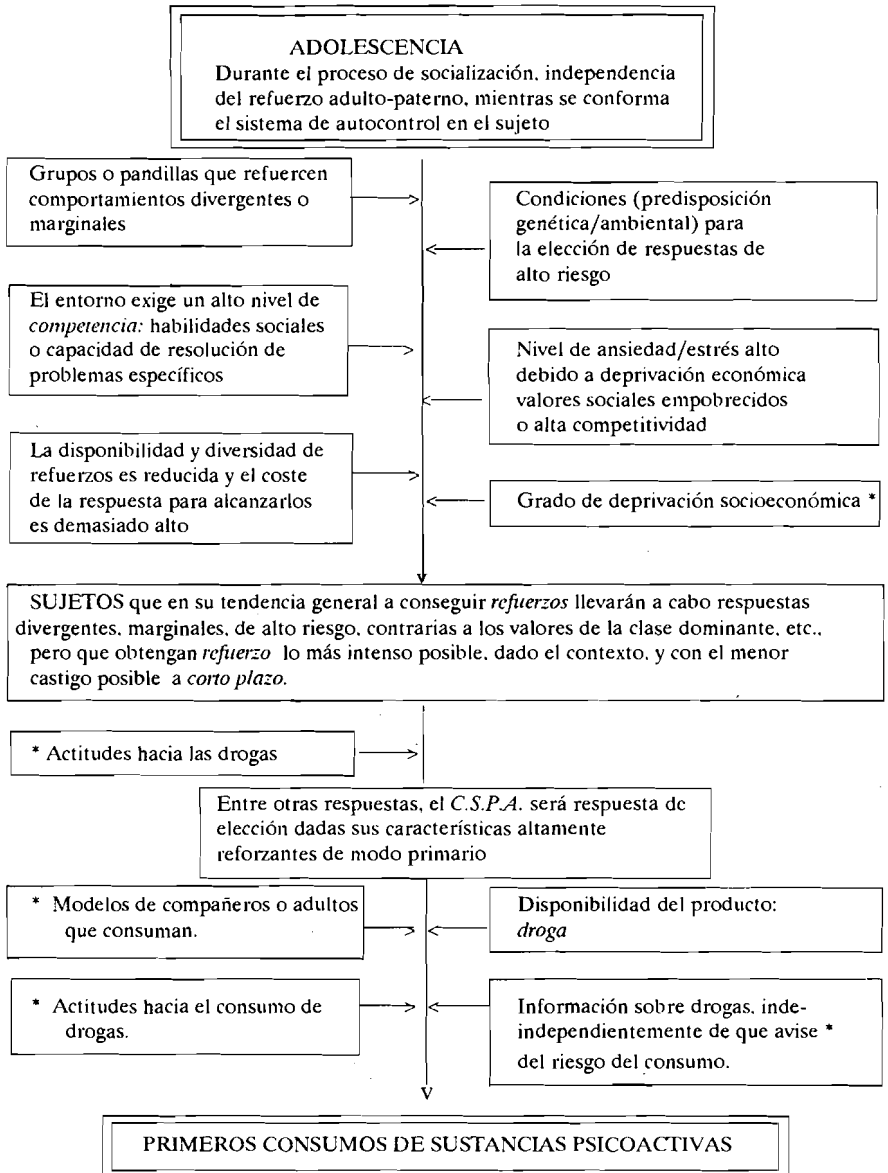
De acuerdo con los resultados obtenidos por otros autores, la prueba previa de drogas es el mejor predictor del consumo posterior (Murray y Perry, 1984). Sin embargo, no hay que olvidarse que no estamos hablando aquí de consumidores habituales, sino de primeros consumos de drogas. Parece ser que los otros factores que consideramos en nuestro modelo no tienen poder explicativo del *consumo de hachís, pegamento y somníferos*, al menos en una muestra tan reducida como la que estamos manejando. Una mínima parte de la población estudiada consumía ocasionalmente sustancias de este tipo. Para comprobar si nuestras variables tienen o

no poder explicativo hubiese sido necesario analizar una muestra de consumidores mucho mayor de la que teníamos. En este sentido, el único dato que sobresale es que los sujetos no prueban una única vez, si no que consumen varias veces, antes de convertirse o no en consumidores habituales. Los factores que determinan el consumo posterior están por determinar.

## 5. REFORMULACION DEL MODELO DE GENESIS DEL CONSUMO DE DROGAS

Los resultados obtenidos a lo largo del estudio nos han conducido a efectuar un reformulación del modelo de génesis del consumo de sustancias psicoactivas que habíamos estado manejando durante estos años (Santacreu, Márquez y Zaccagnini, 1989; Santacreu, Zaccagnini y Márquez, 1992; Froján, Hernández y Santacreu, en prensa). Como veremos a continuación (figura 1), los cambios más importantes se refieren, en primer lugar, al lugar que ocupan las actitudes como factor fundamental desencadenante del consumo de drogas; en segundo lugar, a la eliminación de las variables que inicialmente pensábamos que funcionarían como un factor en contra del consumo: *existencia de modelos consumidores con consecuencias negativas e información sobre los perjuicios derivados del consumo*; y por último, a la consideración de las variables socioeconómicas. Respecto a las actitudes, hemos comprobado que uno de los factores que facilita que el individuo opte por la prueba de drogas, de entre toda la gama de conductas divergentes posibles, es la presencia de actitudes positivas hacia el consumo. En la primera versión de nuestro modelo habíamos considerado que las actitudes serían importantes a la hora de determinar el consumo posterior, pero no la prueba inicial. Sin embargo, en vista de los resultados obtenidos, *hemos considerado necesaria incluir las actitudes como una variable mediadora entre la ejecución de conductas marginales y la prueba de drogas*. Por otra parte, inicialmente habíamos pensado que las consecuencias del consumo observadas en los modelos facilitarían o impedirían el consumo según éstas fueran positivas o negativas respectivamente. Sin embargo nos hemos visto obligados a modificar esta cuestión, pues *hemos comprobado que es más importante que existan modelos consumidores que las consecuencias que éstos obtengan de su consumo*. La razón de este hecho ha sido ampliamente explicada en el apartado de discusión: a estas edades en las que el consumo, si ocurre, aún es ocasional, las consecuencias derivadas de un consumo habitual se perciben como algo lejano y ajeno, asociado con un patrón que el niño está muy lejos de asumir (está seguro de que controla su conducta y de que *nunca será un adicto*). En este sentido, aunque perciba que las consecuencias del consumo pueden ser negativas, por regla general él se considera capaz de evitarlas y controlarlas.

**FIGURA 1.- Reformulación del modelo de génesis del consumo de drogas (Santacreu, Marquez y Zaccagnini, 1989). Las casillas marcadas con un asterisco (\*) señalan las variables que se han modificado respecto del modelo anterior.**



Por otra parte, en un primer momento no habíamos incluido las variables socioeconómicas, presentes tradicionales en la mayoría de los estudios, basándonos en que eran difícilmente modificables y, por lo tanto, era prácticamente imposible diseñar estrategias dirigidas a ellas en los programas de prevención del consumo de drogas. Sin embargo, *los resultados que hemos encontrado han confirmado su importancia en la predicción de la génesis del consumo de drogas*. Hemos relacionado la importancia de esta variable con su carácter de facilitadora de un ambiente deprivado de refuerzos de índole económica (los más valorados en la sociedad actual), y por ello más propicio a la obtención de refuerzos por vías alternativas a las valoradas socialmente. Por otra parte, en los ambientes más deprivados económicamente es más fácil que el niño encuentre modelos que ejecuten conductas divergentes de la norma social.

La consecuencia final de la interacción de los factores descritos puede dar lugar a conductas de consumo de drogas en el adolescente, como un intento de adaptarse a un medio en el que no obtiene fácil gratificación más que a través de la ejecución de conductas divergentes que le proporcionan refuerzo inmediato y con bajo coste de respuesta: el consumo de drogas se convierte en una conducta de gran probabilidad que, en esta primera etapa que estudiamos, aún tiene un alto valor funcional para el sujeto, entendiéndose como alta funcionalidad el hecho de que resulte adaptativa en un ecosistema dado.

## 6. BIBLIOGRAFIA

- BATTJES, R.J. y JONES, C.L. (1984): Implications of Etiological Research for Preventive Interventions and Future Research. En: **Etiology of Drug Abuse. Implications for Prevention** (pp. 269-276). NIDA Research Monograph 56. Rockville, USA.
- BROOK, J.S.; NOMURA, C. y COHEN, P. (1989): Prenatal, Perinatal and Early Childhood Risk Factors and Drug Involvement in Adolescence. **Genetic, Social and General Psychology Monographs**, 115, 2, 221-241.

- BROOK, D.W. y BROOK, J.S. (1990): The Etiology and Consequences of Adolescent Drug Use. En WATSON, R.R. (Ed): **Drug and Alcohol Abuse Prevention**. New York: The Humana Press Inc.
- BROWER, K.J. y ANGLIN, M.D. (1987): Adolescent cocaine use: Epidemiology, risk factors and prevention. **Journal of Drug Education**, 17, 2, 163-180.
- BRUVOLD, W.H. (1990): A meta-analysis of the California school- based risk reduction program. **Journal of Drug Education**, 20, 2, 139-152.
- CORDERO, A. Y DE LA CRUZ (1980): **IAC: Inventario de adaptación de conducta**. Madrid: TEA Ediciones.
- CHASSIN, L.; PRESSON, C.C.; SHERMAN, S.J.; CORTY, E. y OLSHAVSKY, R.W. (1984): Predicting the onset of cigarette smoking in adolescents: a longitudinal study. **Journal of Applied Social Psychology**, 14, 3, 224-243.
- CHASSIN, L.; PRESSON, C.C.; SHERMAN, S.J.; MONTELLO, D. y MCGREW, J. (1986): Changes in Peer and Parent Influence During Adolescent: Longitudinal Versus Cross-Sectional Perspectives on Smoking Initiation. **Developmental Psychology**, 22, 3, 327-334.
- DIGNAN, M.B.; BLOCK, G.D.; STECKLER, A. y COSBY, M. (1985): Evaluation of the North Carolina Risk Reduction Program for Smoking and Alcohol. **Journal of School Health**, 55, 3, 103- 106.
- EVANS, R.I.; ROZELLE, R.M.; MAXWELL, S.E.; RAINES, B.E.; DILL, C.A.; GUTHRIE, T.J.; HENDERSON, A.H. y HILL, P.C. (1981): Social modeling films to deter smoking in adolescents: Results of a three-year field investigation. **Journal of Applied Psychology**, 66, 399-414.
- FORD, D.S. (1983): Factors related to the anticipated use of drugs by urban junior high school students. **Journal of Drug Education**, 13, 2, 187-196.
- FROJAN, M.X.; HERNANDEZ, J.A. y SANTACREU, J. (en prensa): Modelo de génesis del consumo de drogas. **Salud y Sociedad**.
- HAWKINS, J.D.; LISHNER, D.M. y CATALANO, R.I. (1984): Childhood Predictors and the Prevention of Adolescent Substance Abuse. En: **Etiology of Drug Abuse. Implications for Prevention** (pp. 75-126). NIDA Research Monograph 56. Rockville, USA.
- KANDEL, D. (1982): Epidemiological and psychosocial perspectives on adolescent drug use. **Journal of American Academy of Child Psychiatry**, 21, 328-347.
- KING, J. (1983): **Alcohol, Drugs and Kids. A Handbook for Parents**. N.C.A.D.A., USA.
- McALISTER, A.; PERRY, C.; KILLEN, J.; SLINKARD, L.A. y MACCOBY, N. (1980): Pilot study of smoking, alcohol and drug abuse prevention. **American Journal of Public Health**, 70, 719-721.
- MURPHY, P. (1985): Survey of New York State Teenagers Prompts Drive on Smoking, Alcohol, Drugs. **Public Health Reports**, 100, 3, 283-284.
- MURRAY, D.M. y PERRY, C.L. (1984): The Prevention of Adolescent Drug

- Abuse: Implications of Etiological, Developmental, Behavioral and Environmental Models. En: **Etiology of Drug Abuse. Implications for Prevention** (pp. 236-256). NIDA Research Monograph 56. Rockville, USA.
- NEWCOMB, M.D. y BENTLER, P.M. (1988): **Consequences of Drug Use: Impact on the Lives of Young Adults**. Newbury Park, CA: Sage.
- PEDERSON, L.L. (1986): Change in Variables Related to Smoking from Childhood to Late Adolescence: An Study of a Cohort of Elementary School Students. **Canadian Journal of Public Health**, 77, 33-39.
- PERLWITZ, E. (1984): Measurement of resistance to addiction. **Studia Psychologica**, 26, 4, 307-315.
- RIED, L.D.; MARTINSON, O.B. y WEAVER, L.C. (1987): Factors associated with the drug use of fifth through eighth grade students. **Journal of Drug Education**, 17, 2, 149-161.
- SANTACREU, J.; MARQUEZ, M.O. y ZACCAGNINI, J.L. (1989): **Estudio sobre definición conceptual y marco teórico para el desarrollo de intervención preventiva en drogadicción**. Comunidad Autónoma de Madrid: Plan Regional Sobre Drogas.
- SANTACREU, J.; ZACCAGNINI, J.L. y MARQUEZ, M.O. (1992): **El Problema de la Droga: Un Análisis desde la Psicología de la Salud**. Valencia, Promolibro.
- SANTACREU, J.; FROJAN, M.X. y HERNANDEZ, J.A. (1991): El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (I). **Revista Española de Drogodependencias**, 16, 3, 201-215.
- SANTACREU, J.; HERNANDEZ, J.A. y FROJAN, M.X., (1990): **CAMA: Cuestionario de Autocontrol Multimodal para Adolescentes**. Edición experimental sin publicar.
- SANTACREU, J.; FROJAN, M.X. y HERNANDEZ, J.A. (1990): **ERAR: Elección de respuestas de alto riesgo**. Edición experimental sin publicar.
- SANTACREU, J.; FROJAN, M.X. y HERNANDEZ, J.A., (1990): **AISA: Autoinforme Sociológico para Adolescentes**. Edición experimental sin publicar.
- SANTACREU, J.; HERNANDEZ, J.A. y FROJAN, M.X., (1990): **AICA: Autoinforme de consumo de sustancias psicoactivas para Adolescentes**. Edición experimental sin publicar.
- SEISDEDOS, N. (1988): **Cuestionario de conducta antisocial y delictiva**. Madrid, TEA Ediciones.
- STERN, J.A.; NEWCOMB, M.D. y BENTLER, P.M. (1987): Personality and drug Use: Reciprocal Effects across Four Years. **Personality and Individual Differences**, 8, 3, 419-430.
- UCHTENHAGEN, A. y ZIMMER-HÖFLER, D. (1987): Psychosocial Development Following Therapeutic and Legal Interventions in Opiate Dependence. A Swiss National Study. **European Journal of Psychology of Education**, 2, 4, 443-458.