Health and Addictions
salud y drogas

© Health and Addictions 2013
ISSN 1578-5319 ISSNe 1988-205x
Vol. 13, No.1, 67-78
Recibido: 11, 12 – Aceptado: 02, 13

EL PAPEL DE LAS ACTITUDES, LAS PERCEPCIONES Y EL DINERO DISPONIBLE EN EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES

ATTITUDES, PERCEPTIONS AND AVAILABLE MONEY EXPLAINING DRUG CONSUMPTION IN ADOLESCENTS

Jesús Varela Mallou, Sara Marsillas Rascado, Manuel Isorna Folgar y Antonio Rial Boubeta

Universidad de Santiago de Compostela

Abstract

The development of patterns of drug consumption among adolescents, strongly rooted in leisure habits, justifies current level of public alarm. In recent years, different risk and protection factors have been studied, and several theoretical models of drug consumption have been proposed. The aim of this paper is to explore some of them from adolescent's perception as well as the influence of available money by the adolescents. Conducting interviews with 477 adolescents in Galicia among 14 and 18 years old and using structural equation analysis allows to present a simple explanation model of drug consumption among adolescents. The results serve to demonstrate the relevance of variables such as *health orientation*, *attitudes towards drugs* and to expose the role of *available money*, besides allowing a better understanding of the relationship between these variables.

Keywords: drug consumption, health orientation, attitudes towards drugs, available money, adolescents.

Resumen

La evolución experimentada en los patrones de consumo de drogas entre los adolescentes, fuertemente vinculados a los hábitos de ocio, justifica el nivel de alarma social actual. En los últimos años, se han estudiado en profundidad diferentes factores de riesgo y protección y se han propuesto diversos modelos teóricos explicativos del consumo de drogas. El presente trabajo pretende explorar algunos de ellos desde la percepción de los propios adolescentes, así como estudiar la influencia del dinero disponible por los mismos. La realización de entrevistas a 477 adolescentes gallegos de entre 14 y 18 años y el uso del análisis de Ecuaciones Estructurales permiten presentar un modelo explicativo sencillo del consumo de drogas entre los jóvenes. Los resultados obtenidos sirven para poner de manifiesto la relevancia de variables como la *orientación hacia la salud* o las *actitudes hacia las drogas* sobre el consumo de drogas y exponer el papel que juega el *dinero disponible*, además de permitir una mejor comprensión de la relación entre estas variables.

Palabras clave: consumo de drogas, orientación hacia la salud, actitudes hacia las drogas, dinero disponible, adolescentes.

Correspondencia: Prof. Dr. Antonio Rial Boubeta
Facultad de Psicología
Universidad de Santiago de Compostela
Campus Vida s/n. 15786.
Santiago de Compostela, A Coruña (España)
E-mail: antonio.rial.boubeta@usc.es

El consumo de drogas entre adolescentes constituye una realidad compleja sobre la que inciden numerosos condicionantes (Rial, Torrado y Varela, 2008). A pesar de los esfuerzos realizados en materia de prevención y los progresos constatados en los últimos años, son varios los elementos que justifican todavía cierta alarma social. En primer lugar, la aparición de nuevas sustancias de las que apenas se conocen sus efectos o consecuencias está generando un incremento importante de la morbilidad y mortalidad entre los jóvenes (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2011). En segundo lugar, la edad de inicio al consumo de drogas ha ido disminuyendo en los últimos años hasta situarse entre los 13 y los 15 años para la mayoría de las sustancias, siendo el tabaco y el alcohol aquellas cuyo inicio se produce en edades más precoces (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías [OED], 2011). Otro elemento a destacar es la extensión de un patrón de consumo que ha terminado por alcanzar a todos los estratos de la sociedad, a modo de *epidemia social*, sin que sea posible establecer un perfil de consumidor *tipo*. Alcohol, tabaco o cannabis son consumidos independientemente del género, la edad o el estatus socioeconómico, dificultando con ello la identificación de individuos en riesgo (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2001, 2002; Moral, 2002).

Se ha constatado además un marcado policonsumo (Calafat, Fernández, Juan, Bellis, Bohrn, Hakkarainern, Kilfoyle-Carrington, Kokkevi, Maalsté, Mendes, Siamou, Simon, Stocco y Zavatti, 2001) siendo habitual entre los estudiantes de secundaria un patrón que se inicia en el alcohol y se va complementando con sustancias como el tabaco (46,1%), cannabis (38,5%), cocaína (1,8-3,7%) o éxtasis (2,4%) (OED, 2011). Los datos recogidos en el *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (2007) advierten también de un incremento del consumo realizado de modo intensivo y que generalmente deriva en intoxicación. En concreto, se constata un aumento de la ingesta de alcohol de alto riesgo (*binge-drinking*), caracterizado por un consumo excesivo en períodos muy cortos de tiempo que culmina en embriaguez (Herring, Berridge y Thom, 2008; Parada, Corral, Caamaño, Mota, Crego, Rodríguez y Cadaveira, 2011).

En este contexto, uno de los principales objetivos de las investigaciones realizadas hasta el momento ha sido la elaboración de modelos explicativos que recojan las principales variables predictoras y/o moduladoras del consumo en la población adolescente (López y Rodríguez, 2010; Muñoz y Graña, 2001; Salamó, Gras y Font, 2010), junto a la identificación de diferentes factores de riesgo y de protección (Becoña, 1999; Clayton, 1992; Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Muñoz, 1998). En la literatura científica es posible encontrar numerosos trabajos que estudian la relación entre el consumo de drogas y diferentes variables, algunas de ellas con importante aval teórico y empírico, como las actitudes hacia las drogas (Ballester, Gil y Guirado, 2000; Barkin, Smith y DuRant, 2002; Moral, Rodríguez y Ovejero, 2010), el nivel de información disponible (Collins, Sussman, Rauch, Dent, Johnson, Hansen y Flay, 1987; Macià, 1986; Moral y Ovejero, 2005), la percepción de riesgo (Becoña, López-Durán, Fernández, Martínez, Fraga, Osorio, Arrojo, López-Crecente y Domínguez, 2012; Calafat, Fernández, Juan y Becoña, 2005; Pascual, 2002), el autoconcepto académico (Fuentes, García, Gracia y Lila, 2011; Martínez-Lorca y Alonso-Sanz, 2003; Shulenberg, Bachman, O'Malley y Johnston, 1994), la orientación hacia la salud (Rial et al., 2008), la relación con los padres (López y Rodríguez, 2010; Martínez, Fuertes, Ramos y Hernández, 2003; Muñoz y Graña, 2001; Otero, Mirón y Luengo, 1989), la relación con los pares (Moral et al., 2010) o el dinero disponible durante el fin de semana (Calafat et al., 2005; Gil y Gil, 2009).

En algunos casos, el análisis de la relación entre dichas variables y el consumo se ha llevado a cabo mediante el contraste empírico de diferentes modelos teóricos. Buena parte de dichos modelos tienen sus raíces en conocidas teorías, como la *Teoría de la Conducta Problema de Jessor y Jessor* (1977) -que posteriormente derivó en la *Teoría para la Conducta de Riesgo de los Adolescentes* de Jessor (1991)-, la *Teoría de la Acción Razonada de Ajzen y Fishbein* (1980), el *Modelo del Desarrollo Social de Catalano y Hawkins* (1996) y la *Teoría de la Influencia Triádica de Flay y Petraitis* (1994). No obstante, a pesar de la abundante literatura existente, a día de hoy sigue sin existir un único modelo capaz de explicar con éxito el consumo de drogas entre los adolescentes y que, al mismo tiempo, goce del consenso de investigadores y profesionales.

El objetivo del presente trabajo consiste precisamente en explorar el soporte empírico de un modelo teórico ecléctico, práctico y parsimonioso. El modelo planteado concede especial importancia a las actitudes y percepciones de los propios adolescentes y su influencia en las prácticas de consumo. En concreto, incluye factores como las actitudes hacia las drogas, el nivel de información percibido, la percepción de riesgo asociado al consumo de diferentes drogas, la orientación hacia la salud y la valoración de la relación con los padres, los pares y el entorno escolar, con el fin de analizar la influencia de estas variables sobre el consumo de drogas. Dado que no todas las sustancias incluidas en el concepto de *drogas* son iguales, estas se pueden clasificar siguiendo diferentes criterios, como el tipo de dependencia que provocan o su peligrosidad. Es precisamente este criterio en el que está basada la distinción clásica entre las *drogas blandas y duras* (Freixa, 1982; Laraña, 1986; Marti y Murcia, 1988), aunque en la actualidad esta resulta un tanto obsoleta, optando por otro tipo de categorizaciones, como *drogas legales vs. no legales* o *institucionalizadas vs. no institucionalizadas.* No obstante, para abordar los objetivos planteados en el presente trabajo hemos considerado de interés seguir una distinción similar a la clásica *drogas blandas vs. drogas duras*, atendiendo en este caso a las percepciones sobre las consecuencias de éstas, tomando como referencia trabajos como el de Cunill, Planes y Gras (1998). En un primer grupo (denominado *Drogas A*) se ha incluido el alcohol y el tabaco, junto al cannabis/marihuana, dada su

estrecha relación en términos de consumo (OED, 2011; Organización Mundial de la Salud, 2005; Villatoro, Medina-Mora, Hernández, Fleiz, Amador y Bermúdez, 2005), así como por su posición intermedia en la progresión del mismo (Kandel y Faust, 1975; Stenbacka Allebeck y Romelsjö, 1993; Werch y Anzalone, 1995). En un segundo grupo (denominado *Drogas B*) se ha incluido la cocaína, las anfetaminas y los alucinógenos.

El modelo propone que el consumo de *Drogas A* incide directamente en el consumo de *Drogas B*, hipótesis que concuerda con los planteamientos de Becoña et al. (2012), Bobes, Bascarán, González y Sáiz (2000), Calafat, Juan, Becoña, Fernández, Gil, Palmer y Torres (2000), Kandel (1975) o Ramos y Moreno (2010), quienes advierten que el consumo de alcohol, tabaco, marihuana y cannabis durante la adolescencia constituye en muchos casos la *puerta de entrada* al consumo de otro tipo de drogas. Por último, se pretende comprobar también si la capacidad explicativa del modelo mejora con la incorporación de una variable de naturaleza diferente (aunque con suficiente aval en la literatura), como es el *dinero disponible* (Caballero-Hidalgo, González, Pinilla y Barber, 2005; Calafat et al., 2005; Gil y Gil, 2009). En concreto, se pretende analizar tanto su papel como variable explicativa, como la relación con otras variables del modelo, lo que permitiría una mejor comprensión de las prácticas de consumo en la población objeto de estudio.

MÉTODO

Participantes

Para dar cuenta del objetivo planteado se recurrió a una metodología selectiva, consistente en la realización de una encuesta entre los adolescentes gallegos con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años. Para ello, se utilizó un muestreo polietápico: por *conglomerados* para la selección de las unidades de primer nivel (municipios) y por *cuotas,* según Provincia, Género y Grupo de Edad (14-16 y 17-18 años) para la selección final de individuos. La muestra final, tras excluir 15 cuestionarios por incongruencias y omisiones en sus respuestas, estuvo compuesta por un total de 477 adolescentes ($\overline{X}$ =16,11; S_X=1,314), de los cuales el 51,4% eran hombres y el 48,6%, mujeres. De ellos, el 94,9% estudiaban, el 4,5% trabajaban y el 0,6% ni estudiaban ni trabajaban. Para comprobar la independencia de las variables Género y Edad (homogeneidad de la distribución de frecuencias) se aplicó un contraste chi-cuadrado ($\chi 2$=2,86; p=0,58). A continuación se presenta una tabla en la que se incluye la distribución de la muestra según ambas variables.

Tabla 1: Distribución de la muestra según Género y Edad

		Edad					
		14	**15**	**16**	**17**	**18**	**Total**
Género	**Hombre**	41	41	62	54	47	245
	Mujer	30	48	58	57	39	232
	Total	71	89	120	111	86	477

Instrumentos

Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario de nueve bloques, encaminados a operativizar las variables objeto de estudio. En el caso de la *orientación a la salud* se utilizó una escala bidimensional de siete ítems, elaborada a partir de los trabajos de Snell, Johnson, Lloyd y Hoover (1990) y Rial et al. (2008). Para evaluar la percepción respecto a la *relación con los padres* se recurrió a una escala unidimensional de cuatro ítems, construida tomando información de los trabajos de Lamborn, Mounts, Steinberg y Dornbusch (1991) y Martínez-Lorca y Alonso-Sanz (2003). Con el fin de evaluar las *actitudes hacia las drogas* se utilizaron seis ítems, adaptados de trabajos como el de Macià (1986) y Moral, Rodríguez y Sirvent (2006). En cuanto al riesgo *percibido del consumo de drogas*, se construyó otra miniescala basada en los trabajos de Espada, Méndez e Hidalgo (2003), formada por seis ítems agrupados en dos dimensiones: el riesgo percibido del consumo de Drogas A y el riesgo percibido del consumo de Drogas B, con tres ítems cada una. Finalmente, el *consumo de drogas* se evaluó mediante seis ítems con los que se informaba sobre la frecuencia de consumo de diferentes sustancias, distinguiendo entre *Drogas A* (tabaco, alcohol y cannabis/marihuana) y *Drogas B* (cocaína, anfetaminas y alucinógenos). Se añadieron algunos ítems adicionales que evaluaban la percepción del adolescente respecto a su integración en el grupo de pares, la percepción de su rendimiento académico, el nivel de información percibido sobre las drogas así como la disponibilidad de dinero. En la tabla 2 se describen las variables incluidas en el modelo y su operativización, la redacción de cada ítem y el formato de respuesta utilizado en cada caso.

Procedimiento

Los datos fueron recogidos mediante una entrevista individual de una duración aproximada de 20 minutos. Estas fueron realizadas en la calle, en zonas próximas a centros de enseñanza, así como áreas comerciales y recreativas, garantizándose en todo caso el anonimato y

la confidencialidad de los participantes. Se llevó a cabo también una sesión formativa previa para el manejo y pilotaje del cuestionario, con el fin de unificar criterios y procedimientos a la hora de recoger la información.

Tabla 2. Operativización de las variables del modelo

Variables	Dimensiones	Redacción ítems	Nº ítems	Formato
Orientación a la salud	Orientación actitudinal	(1) La salud para mi es... (2) Suelo ser consciente de los cambios que experimenta mi propia salud (3) Me inquieta pensar en mi propia salud (4) Mi salud depende de lo que me cuide	4	Likert de 1 "Nada" a 5 "Mucho"
	Orientación comportamental	(1) Me cuido (2) Me esfuerzo por mantenerme en forma (3) Me preocupo por tener un aspecto saludable, una buena apariencia física	3	
Relación con los padres		(1) Siento que mis padres me apoyan de forma incondicional (2) Tengo suficiente confianza con mis padres para hablar de cualquier tema (3) Siento que mis padres se preocupan por mí (4) La relación con mis padres es	4	Likert de 1 "Nada" a 5 "Mucho"
Actitud hacia las Drogas		(1) Consumir alguna droga puede ser agradable (2) Probar las drogas puede resultar muy peligroso (3) Consumir alguna droga, siempre que sea muy de vez en cuando, puede ser divertido (4) Tomar unas copas o fumar un porro te ayuda a desinhibirte (5) Cuando los amigos nos emborrachamos juntos lo pasamos muy bien (6) Tomar unas copas o fumar un porro es algo normal	6	Likert de 1 "Nada" a 5 "Mucho"
Percepción de Riesgo	Riesgo A	(1) Riesgo alcohol (2) Riesgo tabaco (3) Riesgo marihuana/cannabis	3	Likert de 1 "Nada" a 5 "Mucho"
	Riesgo B	(1) Riesgo cocaína (2) Riesgo anfetaminas (3) Riesgo alucinógenos	3	
Consumo de drogas	Drogas A	(1) Frecuencia consumo Alcohol (2) Frecuencia consumo Tabaco (3) Frecuencia consumo Marihuana/Cannabis	3	Escala: "0" no consumo, "1" consumo experimental "2" consumo ocasional "3" consumo habitual
	Drogas B	(1) Frecuencia consumo Cocaína (2) Frecuencia consumo Anfetaminas (3) Frecuencia consumo Alucinógenos	3	
Dinero semanal		(1) Dinero del que disponen semanalmente	1	1" menos de 10 euros" 2 "entre 10 y 19 euros" 3 "entre 20 y 29 euros" 4 "entre 30 y 39 euros" 5 "entre 40 y 49 euros" 6 "más de 50 euros"
Información drogas		(1)¿Te sientes informado sobre el consumo, efectos y consecuencias de las drogas?	1	Likert de 1 "Nada" a 5 "Mucho"
Integración		(1)¿Te sientes integrado?	1	Likert de 1 "Nada" a 5 "Mucho"
Colegio		(1)¿Cómo te van las cosas en los estudios?	1	Likert de 1 "Muy mal" a 5 "Muy bien"

Tabla 3. Descriptivos de los 33 ítems que componen el modelo

	ELEMENTOS DEL MODELO	Media	D.T.	Asimetría	Curtosis
ORIENTACIÓN ACTITUDINAL					
OR1	La salud para mi es importante	4,34	,73	-8,05	3,56
OR2	Suelo ser consciente de los cambios que experimenta mi salud	3,47	,95	-3,22	,15
OR3	Me inquieta pensar en mi propia salud	3,06	1,23	-,74	-4,00
OR4	Mi salud depende de lo que me cuide	4,07	,85	-5,58	-,02
ORIENTACIÓN COMPORTAMENTAL					
OR5	Me cuido	3,43	,89	-2,67	,16
OR6	Me esfuerzo por mantenerme en forma	3,19	1,14	-1,34	-3,24
OR7	Me preocupo por tener un aspecto saludable, una buena apariencia física	3,61	,99	-4,51	-,19
RELACIÓN PADRES					
P1	Siento que mis padres me apoyan de forma incondicional	4,06	,99	-8,62	2,21
P2	Tengo suficiente confianza con mis padres para hablar de cualquier tema	3,42	1,24	-2,57	-3,72
P3	Siento que mis padres se preocupan por mí	4,53	,74	-15,32	16,19
P4	La relación con mis padres es	4,09	,67	-1,43	-2,31
ACTITUDES HACIA LAS DROGAS					
AC1	Consumir alguna droga puede ser agradable	2,34	1,26	3,33	-4,78
AC2	Probar las drogas puede resultar muy peligroso	1,72	,99	11,53	5,41
AC3	Consumir alguna droga, siempre que sea muy de vez en cuando, puede ser divertido	2,40	1,33	3,60	-4,77
AC4	Tomar unas copas o fumar un porro te ayuda a desinhibirte	2,75	1,43	1,17	-5,56
AC5	Cuando los amigos nos emborrachamos juntos lo pasamos muy bien	3,27	1,44	-2,83	-5,26
AC6	Tomar unas copas o fumar un porro es algo normal	2,63	1,31	2,04	-4,78
RIESGO HACIA LAS DROGAS					
R1	Riesgo alcohol	3,08	,95	-1,20	-1,56
R2	Riesgo tabaco	3,32	1,09	-2,35	-2,58
R3	Riesgo tabaco	3,74	1,07	-4,87	-1,34
R4	Riesgo cocaína	4,59	,67	-17,76	27,01
R5	Riesgo anfetas	4,64	,65	-24,09	47,48
R6	Riesgo alucinógenos	4,56	,73	-19,23	27,07
CONSUMO DE DROGAS					
DRO1	Frecuencia consumo Alcohol	2,20	,94	-8,85	,67
DRO2	Frecuencia consumo Tabaco	1,52	1,21	,80	-6,48
DRO3	Frecuencia consumo Marihuana/Cannabis	,81	1,03	8,38	-1,71
DRO4	Frecuencia consumo Cocaína	,20	,58	26,89	40,81
DRO5	Frecuencia consumo Anfetaminas	,05	,28	52,07	168,64
DRO6	Frecuencia consumo Alucinógenos	,11	,39	32,97	61,98
DINERO	Dinero semanal	2,6	1,37	9,63	4,39
INFOR	¿Te sientes informado sobre el consumo, efectos y consecuencias de las drogas?	4,00	,85	-6,27	2,10
INTEGR	¿Te sientes integrado?	4,48	,63	-6,50	-1,69
COLEGIO	¿Cómo te van las cosas en los estudios?	3,57	,86	-5,37	2,31
Mardia					58,59

RESULTADOS

En primer lugar, se calcularon los descriptivos para cada uno de los 33 elementos del modelo, estudiando su asimetría y curtosis (tabla 3). En segundo término, fue necesario probar el modelo de medida para las diferentes variables latentes recogidas en el mismo. Para ello se ejecutaron diferentes Análisis Factoriales Confirmatorios, obteniendo niveles de ajuste adecuados en todos los casos (tabla 4). De igual modo, se calculó la consistencia interna de cada subescala, obteniendo valores α de Cronbach aceptables (tabla 5), si bien en el caso del componente actitudinal de la *Orientación hacia la Salud* el valor obtenido fue relativamente bajo (0,58). La mayoría de los ítems presentaron valores estandarizados de asimetría superiores a 3 en términos absolutos, al igual que la curtosis. Por su parte, el coeficiente de Mardia fue de 58,59, lo que indica que la hipótesis de normalidad multivariante debía ser rechazada.

Tabla 4. Ajuste estructural (AFC) de las diferentes escalas utilizadas

Escalas	χ^2	*gl*	p	χ^2/gl	GFI	AGFI	NFI	CFI
Orientación hacia la salud	31,90	13	<,01	2,45	,98	,96	,94	,96
Relación padres	22,65	2	<,001	11,33	,97	,86	,96	,96
Actitud drogas	26,34	7	<,001	3,76	,98	,94	,98	,98
Percepción de Riesgo	27,12	7	<,001	3,87	,98	,94	,97	,98
Consumo drogas	35,95	8	<,001	4,49	,97	,93	,95	,97

Tabla 5. Consistencia interna de las diferentes escalas/subescalas del modelo

Orientación Actitudinal	Orientación Comportamental	Riesgo A	Riesgo B	Actitud Drogas	Relación Padres	Consumo Blandas	Consumo Duras
,58	,73	,74	,83	,86	,77	,75	,71

A continuación, una vez validado el modelo de medida, se procedió a realizar un Análisis Causal de Estructuras de Covarianza a partir del modelo teórico inicial (figura 1). Se disponía de un modelo causal recursivo, con seis variables latentes exógenas (Orientación Actitudinal, Orientación Comportamental, Riesgo A, Riesgo B, Actitud Drogas y Relación Padres) y dos variables latentes endógenas (Drogas A y Drogas B), cada una con tres indicadores. El modelo incluía también tres variables observadas exógenas (Información, Colegio e Integración). En él se plantea que la Orientación Actitudinal, la Orientación Comportamental, el Riesgo de las Drogas A, el Riesgo de las Drogas B, la Relación con los Padres, la Actitud hacia las Drogas, la Información, el Colegio y la Integración tienen un efecto directo tanto sobre el consumo de Drogas A como de Drogas B, y que el consumo de Drogas A tiene a su vez, un efecto directo sobre el consumo de Drogas B.

A pesar de la ausencia de normalidad, para la estimación de parámetros se utilizó el método de Máxima Verosimilitud (ML), habida cuenta de que trabajos como el de Curran, West y Finch (1996), Rial, Varela, Abalo y Lévy (2006) o Tomás y Oliver (1998) señalan que dicho método es razonablemente robusto ante el incumplimiento de normalidad cuando se trabaja con muestras relativamente grandes como es nuestro caso (n=477) y, de cualquier modo, el posible sesgo en la estimación suele informar de un ajuste peor del real. No obstante, se utilizaron de manera complementaria otros procedimientos (GLS, ULS y ADF), obteniendo resultados muy similares e incluso con mejores niveles de ajuste. Para intentar garantizar, en la medida de lo posible, la estabilidad de los resultados se realizó una *validación cruzada*, comparando el ajuste del modelo para dos submuestras obtenidas a partir de la división aleatoria de la base de datos original en dos mitades. Los análisis fueron realizados con el programa Amos 18.

Para la evaluación del ajuste, tal y como recomiendan diferentes autores (Brown, 2006; Byrne, 2009; Hu y Bentler, 1999; Kline, 2005), se consideraron de manera simultánea varios índices: χ^2, χ^2/gl, GFI (*Goodness of Fit Index*), AGFI (*Adjusted Goodness of Fit Index*), CFI (*Comparative Fit Index*), NFI (*Normed Fit Index*) y TLI (*Tucker Lewis Index*) y RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*). Siguiendo las recomendaciones de Steiger (1998) en el caso del RMSEA se incluyeron también los intervalos de confianza para el 90%.

Tal y como se recoge en la tabla 6, los diferentes índices muestran un ajuste a nivel global realmente pobre y muchos de los parámetros estimados estandarizados no fueron estadísticamente significativos (figura 1). Todo ello, junto con una revisión detallada de los índices de modificación ofrecidos por el programa, llevó a una reespecificación progresiva del modelo hasta alcanzar niveles de ajuste aceptables y valores estadísticamente significativos para todos los parámetros. El modelo reespecificado se muestra en la figura 2.

Los resultados obtenidos indican que únicamente permanecen en el modelo dos de las nueve variables explicativas iniciales, siendo la *actitud hacia las drogas* (γ=,75) la que muestra un mayor efecto sobre el consumo de *drogas A*. Dicho efecto es positivo, de manera que cuanto más favorable es la actitud de los jóvenes hacia las drogas, mayor es también su frecuencia de consumo.

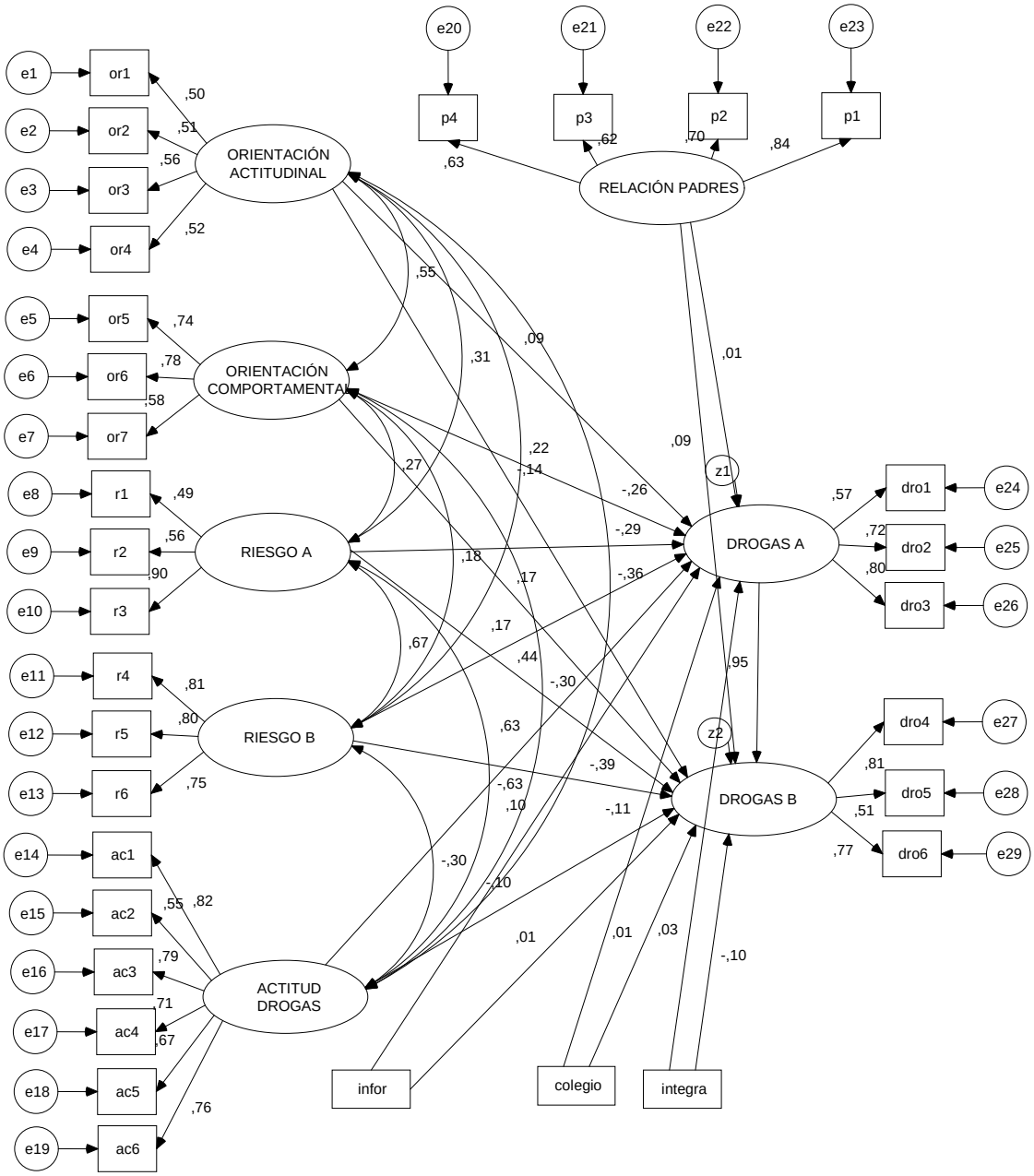

Figura 1. Parámetros estimados estandarizados del modelo inicial

Tabla 6. Indicadores de bondad de ajuste del modelo

	χ^2	*gl*	p	χ^2/gl	GFI	AGFI	CFI	NFI	TLI	RMSEA [IC]*
					Modelo inicial					
Muestra global	1313,78	469	<,001	2,08	,84	,81	,83	,76	,81	,065 [,061-,069]
					Modelo Reespecificado					
Muestra global	173,87	82	<,001	2,12	,95	,92	,96	,93	,95	,051[,04-,062]
					Modelo final					
Muestra global	207,66	94	<,001	2,21	,95	,92	,96	,93	,95	,052 [,042-,061]
Mitad 1	147,58	94	<,001	1,57	,93	,90	,96	,90	,95	,050 [,034-,065]
Mitad 2	161,76	94	<,001	1,72	,92	,88	,95	,90	,94	,056 [,041-,071]

* Intervalo de Confianza para el estadístico RMSEA para el 90%

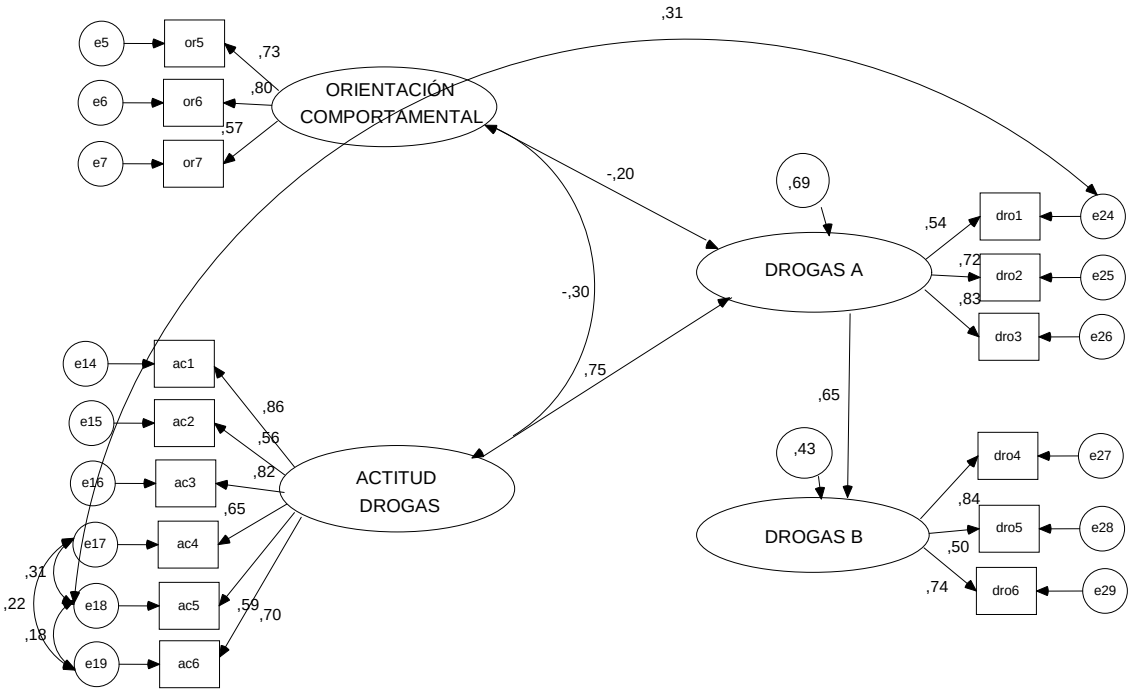

Figura 2. Parámetros estimados estandarizados del modelo reespecificado

Conviene advertir, no obstante, que el efecto encontrado solamente se refiere al consumo de las denominadas *Drogas A*, sin que se pueda constatar empíricamente el mismo efecto sobre el consumo de *Drogas B*. Algo similar puede decirse respecto a la *orientación comportamental* hacia la salud, cuyo peso es algo menor y de signo negativo (γ=-,22), por lo que cuanto más se cuidan los sujetos menor tendería a ser el consumo. Ambas variables consiguen explicar de manera conjunta el 69% de la varianza del Consumo de Drogas A (R^2=,69), y este a su vez el 43% de la varianza de Consumo de Drogas B (R^2=,43). En cuanto al ajuste del modelo, este puede considerarse más que aceptable, con valores de los índices GFI, CFI y TLI superiores a 0,95 y de AGFI y NFI superiores a 0,90. Algo similar puede decirse del valor de RMSEA (0,52), inferior al valor 0,06 recomendado por Hu y Bentler (1999).

A continuación se volvió a ejecutar el análisis causal inicial incluyendo una nueva variable observada exógena: el Dinero disponible, tratando así de probar su efecto directo tanto sobre el consumo de Drogas A como de Drogas B, tal y como se ve reflejado en la figura 3. Los valores de los diferentes índices de ajuste son prácticamente idénticos a los obtenidos para el modelo anterior y, por otra parte, el ajuste encontrado en las dos submuestras aleatorias fue muy similar (ver tabla 6).

Como se puede comprobar la variable *Dinero disponible* permanece en el modelo como una variable explicativa a tener en cuenta, con un efecto directo significativo y positivo hacia el consumo de Drogas A (γ=,20). La *actitud hacia las drogas* sigue manteniendo un peso comparativamente mayor que las otras variables (γ=,70), aunque algo menor respecto al modelo anterior, lo mismo que sucede con la *orientación comportamental* hacia la salud (γ=-,19). Estas tres variables en su conjunto logran explicar el 74% de la varianza del Consumo de Drogas A (R^2=,74), y este, a su vez, el 43% de la varianza del Consumo de Drogas B (R^2=,43).

Cabe resaltar también que el *Dinero disponible* mantiene una relación negativa con la *orientación comportamental* hacia la salud (φ=-,11) y positiva con la *actitud hacia las drogas* (φ=,29). Por su parte, es interesante señalar la relación encontrada entre los errores asociados a los ítems 18 y 24 ($\delta_{18,24}$=,31), que se refieren respectivamente a "*Cuando los amigos nos emborrachamos juntos lo pasamos muy bien*" y *"Frecuencia de consumo de alcohol"*. La liberación de dicho parámetro resulta de interés para comprender el tipo de asociaciones que parecen establecerse en la mente de los adolescentes y que, en buena medida, subyacen a su comportamiento de consumo.

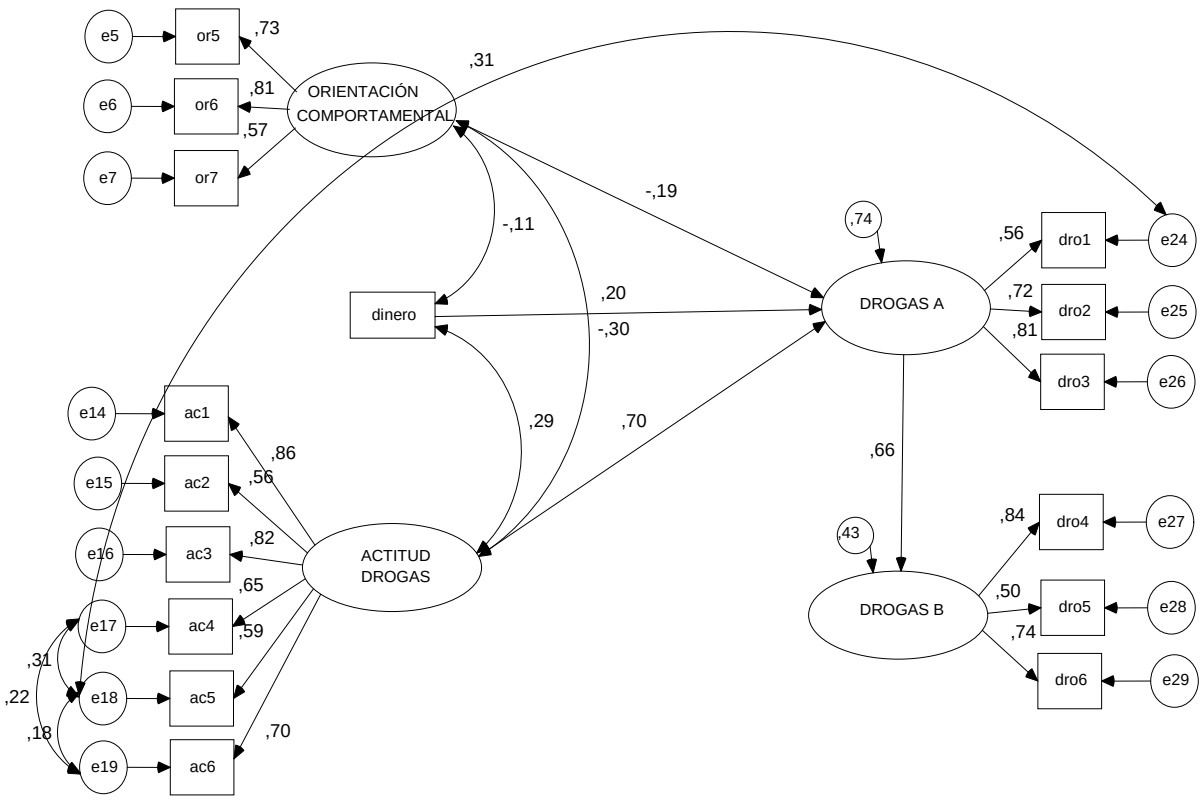

Figura 3. Parámetros estimados estandarizados del modelo final

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El consumo de drogas entre los adolescentes es un fenómeno sin duda complejo y a la vez dinámico, con elementos en constante evolución, que se ha vinculado a los espacios, tiempos y prácticas de ocio. La aparición de nuevas sustancias con efectos y consecuencias poco conocidos, la disminución progresiva en la edad de inicio al consumo, la heterogeneidad de consumidores (extendiéndose a todos los estratos sociales), el policonsumo y los altos niveles de consumo de alcohol detectados son elementos que han terminado por crear una suerte de alarma social, impulsando así el desarrollo y puesta en marcha de todo tipo de programas y medidas de prevención.

Aunque el modelo explicativo puesto a prueba en este trabajo no resulta novedoso y, en términos generales, los resultados son esperables y congruentes con los hallazgos de otros autores (Ballester et al., 2000; Barkin et al., 2002; Calafat et al., 2005; Gil y Gil, 2009; Rial et al., 2008), sí que aporta algunos elementos de interés a nivel aplicado.

En primer lugar, es necesario destacar la pertinencia de distinguir entre una *orientación hacia la salud* de carácter *actitudinal* y otra de carácter *comportamental*, confirmando así los hallazgos de otros trabajos, como el de Rial et al. (2008), al constatarse una vez más la disonancia entre actitudes favorables hacia la salud y el comportamiento, en términos de frecuencia de consumo. El análisis realizado revela que únicamente uno de los dos componentes de la orientación hacia la salud (el *comportamental*) incide significativamente en el consumo. Por ello, de cara a las acciones de tipo preventivo, se recomienda apostar por esta diferenciación y mejorar tanto la evaluación como el trabajo práctico con los jóvenes respecto a este segundo componente. Se hace evidente también la importancia de romper el vínculo de congruencia entre llevar una vida normal y saludable y consumir drogas como el tabaco, alcohol y/o cannabis, que parecen compartir algunos adolescentes. Ítems como "*Cuando los amigos nos emborrachamos juntos lo pasamos muy bien*", "*Tomar unas copas o fumar un porro te ayuda a desinhibirte*" o "*Tomar unas copas o fumar un porro es algo normal*" presentan promedios elevados y correlacionan significativamente con el consumo de *drogas A*, reflejando así su interpretación más en términos de ocio que de salud, lo que revela el componente lúdico y social que subyace al consumo.

En segundo lugar, la realización de un trabajo empírico con casi quinientos adolescentes ha servido para constatar y precisar el papel que juega el *Dinero* en el consumo de drogas. Autores como Calafat et al. (2005) o Gil y Gil (2009) defendían ya la existencia de una relación directa y positiva entre el dinero disponible por los adolescentes y el consumo. Los resultados obtenidos corroboran estos planteamientos y permiten además

observar que el *dinero disponible* mantiene una relación negativa con la *orientación comportamental* hacia la salud y una relación positiva con las *actitudes hacia las drogas*. Así, los jóvenes que cuentan con más dinero mostrarían una actitud más favorable al consumo y menos comportamientos saludables. Este resultado debe servir como "llamada de atención" para que padres, educadores y profesionales del ámbito de la prevención ejerzan un mayor control a este nivel.

En tercer lugar, es necesario destacar que estas tres variables ejercen un efecto directo y significativo únicamente sobre el consumo de las denominadas *drogas A*, mientras que para el consumo de *drogas B* sería necesario recurrir a otro tipo de explicaciones. Tal y como recogen trabajos empíricos precedentes (Bobes et al., 2000; Calafat et al., 2000; Kandel, 1975), dicho resultado refuerza la idea de que las *drogas A* funcionan como "puerta de entrada" al consumo de otras sustancias psicoactivas. Se defiende, por tanto, una progresión en el consumo que suele iniciarse con el alcohol y el tabaco, y que continuaría con la experimentación con otras drogas, como el cannabis o los alucinógenos (Becoña et al., 2012; Kandel, 1975; Ramos y Moreno, 2010). Llegado este punto, se podría decir que el criterio de agrupación de las sustancias utilizado en este trabajo (*Drogas A y Drogas B*) permite un mejor conocimiento de la relación entre las variables estudiadas y el consumo de cada grupo de sustancias. Es posible que esta distinción sea compartida por los adolescentes, lo que explicaría el actual consumo de tabaco, alcohol y cannabis. En términos de prevención, cabría resaltar la necesidad de promover una mayor orientación comportamental hacia la salud, tratando de que los adolescentes diferencien e interpreten de forma adecuada el consumo de las sustancias mencionadas. A tenor de los resultados obtenidos se insta también a ejercer un mayor control sobre el dinero del que disponen los adolescentes, así como intentar "desmontar" las actitudes favorables hacia las drogas, dada la importancia que ambas variables han demostrado.

En cuanto a las limitaciones del presente trabajo, conviene señalar que, a pesar de que la muestra utilizada es relativamente grande y se han intentado respetar las cuotas poblaciones existentes en la comunidad gallega, sería de sumo interés disponer de una muestra de adolescentes de toda España, controlando así el posible sesgo cultural de determinadas prácticas de consumo y proporcionando al modelo mayor robustez y validez externa. Por otra parte, la operativización o medida de algunas de las variables incluidas en el modelo debería ser mejorada, estableciendo más y mejores indicadores. Con ello estaríamos en disposición de garantizar que el hecho de que una variable o constructo no forme parte del modelo final como un papel significativo, no se deba a sesgos o déficits en la medida.

REFERENCIAS

Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior.* New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

Ballester, R., Gil, M.D. y Guirado, M.C. (2000). Comportamientos y actitudes relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes de 15 a 17 años. Análisis y Modificación de Conducta, 110, 855-895.

Barkin, S.L., Smith, K.S. y DuRant, R.H. (2002). Social skills and attitudes associated with substances use behaviors among young adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 30, 448-454.

Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas.* Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Becoña, E., López-Durán, A., Fernández del Río, E., Martínez, Ú., Fraga J., Osorio, J., Arrojo, M., López-Crecente, F. y Domínguez, M.N. (2012) ¿Podemos predecir el uso de psicoestimulantes en jóvenes? Un estudio a partir de un modelo de ecuaciones estructurales. *Adicciones, 24*(4), 339-346.

Bobes, J., Bascarán, M.T., González, M.P. y Sáiz, P.A. (2000). Epidemiología del uso/abuso de cannabis. *Adicciones*, *12,* 31-40.

Brown, T.A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford Press.

Byrne, B.M. (2009). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming.* (2º ed.). London: Psychology Press.

Caballero-Hidalgo, A., González, B., Pinilla, J. y Barber, P. (2005). Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes. *Gacela Sanitaria* [online], 19 (6), 440-447.

Calafat, A., Juan. M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A. y Torres, M.A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Bellis, M.A., Bohrn, K., Hakkarainern, P., Kilfoyle-Carrington, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Siamou, I., Simon, J.,Stocco, P. y Zavatti, P. (2001). *Risk and control in the recreational drug culture.* Sonar Project. Palma de Mallorca: IREFREA.

Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. y Becoña, E. (2005). Gestión de la vida recreativa: ¿Un factor de riesgo determinante en el uso reciente de drogas? *Adicciones, 17*(4), 337-347.

Catalano, R.F. y Hawkins, D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior. En J.D. Hawkins (Ed), *Delinquency and crime. Current theories* (pp 198-235). New York: Cambridge University Press.

Clayton, R.R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.). *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.

Collins, L.M., Sussman, S., Rauch, J.M., Dent, C.W., Johnson, C.A., Hansen, W.B. y Flay, B.R. (1987). Psychosocial predictors of young adolescent cigarette smoking: a sixteen-month, three-wave longitudinal study. *Journal of Applied Social Psychology*, *17*(6), 554-573.

Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2011). *Drogas Emergentes. Informe de la Comisión Clínica.* Madrid del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Recogido el 20 de septiembre de 2012 en http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeDrogasEmergentes.pdf

Cunill, M., Planes, M. y Gras, M.E. (1998). Creencias sesgadas respecto al grado de "dureza" de algunas drogas en estudiantes universitarios. *Adicciones, 10*(3), 233-238.

Curran, P.J., West, S.G. y Finch, J.F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods*, *1*, 16-29.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2001). *Informe 4. Observatorio Español sobre Drogas. Marzo 2001*. Madrid: Ministerio del Interior.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2002). *Informe 5. Observatorio Español sobre Drogas. Julio 2002*. Madrid: Ministerio del Interior.

Espada, J.P., Méndez, F.X. e Hidalgo, M.D. (2003). Cuestionario de consumo. En J.P. Espada y F.X. Méndez: *Programa Saluda.* Madrid: Pirámide.

European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)(2007). *The 2007 ESPAD Report.* Substance use among students in 35 European countries. Recogido el 1 de marzo de 2012) en http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL_091006.pdf

Flay, B.R. y Petraitis, J. (1994). The theory of triadic influence: A new theory of health behavior with implications for preventive interventions. *Advances in Medical Sociology*, 4, 19-44.

Freixa. F. (1982). *El fenómeno de la droga*. Barcelona: Aula Abierta Salvat.

Fuentes, M.C., García, F., Gracia E. y Lila, M. (2011). Autoconcepto y consumo de sustancias en la adolescencia. *Adicciones, 23*(3), 237-248.

Gil, M. y Gil, A.I. (2009). Consumo de drogas de diseño entre los adolescentes españoles: Determinantes demográficos y psicosociales. *Persona*, *12*, 137-152.

Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Miller, J.L. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psycological Bulletin, 112*, 64-105.

Herring, R., Berridge, V. y Thom, B. (2008). Binge drinking: an exploration of a confused concept. *Journal of Epidemiology & Community Health, 62*, 476-479.

Hu, L. y Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6,* 1-55.

Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, *12,* 597-605.

Jessor, R. y Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development*. New York: Academic Press.

Kandel, D. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, *190*(4217), 912-914.

Kandel, D. y Faust, R. (1975). Sequence and stages in patterns of adolescent drug use. A*rchives of General Psychiatry, 32,* 923-932.

Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (2º ed.). New York: The Guilford Press.

Lamborn, S., Mounts, N., Steinberg, L. y Dornbusch, S. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development, 62*, 1049-1065.

López, S. y Rodríguez, J. L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema, 22,* 568-573.

Macià, D. (1986). Cuestionario de actitudes acerca del alcohol y Cuestionario de información. *Método Conductual de Prevención de Drogodependencias*. Valencia: Promolibro.

Marti. J.L. y Murcia. M. (1988). *Aspectos fundamentales en Drogodependencias.* Barcelona: Herder.

Martínez-Lorca, M. y Alonso-Sanz, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación? *Adicciones, 15*(2), 145-158.

Martínez, J.L., Fuertes, A., Ramos, M. y Hernández, A. (2003). Consumo de drogas en la adolescencia: importancia del afecto y la supervisión parental. *Psicothema, 15*(2), 161-166.

Moral, M.V. (2002). Jóvenes, consumo de sustancia psicoactivas e identidad. Una propuesta de prevención e intervención psicosocial y comunitaria. Tesis Doctoral no publicada. Oviedo: Universidad de Oviedo.

Moral, M.V. y Ovejero, A. (2005). Análisis Diferencial por Niveles de Edad de las Actitudes hacia el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes Españoles. *Revista Interamericana de Psicología, 39*(3), 325-338.

Moral, M.V., Rodríguez, F.J. y Ovejero, A. (2010). Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Salud Pública de México, 52*(5), 406-415.

Moral, M.V., Rodríguez F.J. y Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema, 18*(1), 52-58.

Muñoz, M. (1998). *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología.

Muñoz, M.J. y Graña, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema, 13*, 87-94.

Observatorio Español de la Droga y la Toxicomanía (2011). *Informe 2011. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España.* Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Recogido el 27 de septiembre de 2012 en http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf

Organización Mundial de la Salud (2005). *Informe Mundial sobre las Drogas*. Oficina contra la droga y el delito.

Otero, J.M., Mirón, L. y Luengo, A. (1989). Influence of family and peer group on the use of drugs by adolescents. *The International Journal of the Addictions, 24*, 1065-1082.

Parada, M., Corral, M., Caamaño, F., Mota, N., Crego, A. Rodríguez, S., y Cadaveira, F. (2011). Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking). *Adicciones*, *23*, 53-63.

Pascual, F. (2002). Percepción del alcohol entre los jóvenes. *Adicciones*, 14(Supl. 1), 123-132.

Ramos, P. y Moreno, C. (2010). Situación actual del consumo de sustancias en los adolescentes españoles: tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilegales. *Health and Addictions/Salud y Drogas, 10*(2), 13-36.

Rial, A., Torrado, N. y Varela, J. (2008). Orientación hacia la salud y consumo de drogas en la población juvenil. ¿Es realmente eficaz la prevención actual? *Health and Addictions/Salud y drogas, 8*(2), 173-188.

Rial, A., Varela, J., Abalo, J., y Lévy, J. (2006). El análisis factorial confirmatorio. En J.P. Lévy y J.Varela (coord.): *Modelización con estructuras de covarianzas en Ciencias Sociales. Temas esenciales, avanzados y aportaciones especiales.* A Coruña: Netbiblo.

Salamó, A., Gras, M.E. y Font, S. (2010). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema, 22*, 189-195.

Shulenberg, J., Bachman, J. G., O'Malley, P. M. y Johnston, L. D. (1994). High School Educational Success and Subsequent Substance Use: A Panel Analysis Following Adolescents into Young Adulthood. *Journal of Health and Social Behavior, 35*(1), 45-62.

Snell, W.E, Johnson, G., Lloyd, P.J. y Hoover, M.W. (1990). Measuring Social-Psychological Tendencies Associated with Health: The Health Orientation Scale. *Contemporary Social Psychology*, *14*, 69-82.

Steiger J. H. (1998). A note on multiple sample extensions of the RMSEA fit index. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *5*(4), 411-419.

Stenbacka, M., Allebeck, P.y Romelsjö, A. (1993). Initiation intro drug abuse: The pathway from being offered drugs to trying cannabis and progression to intravenous drug abuse. *Scandinavian Journal of Social Medicine, 21*, 31-39.

Tomás, J. M. y Oliver, A. (1998) Efectos de formato de respuesta y método de estimación en el análisis factorial confirmatorio. *Psicothema, 10*(1), 197-208.

Villatoro, J.A., Medina-Mora, M. E., Hernández, M., Fleiz, C., Amador, N.G. y Bermúdez, P. (2005). La encuesta de estudiantes de Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad de México: Noviembre de 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, *28*(1), 38-51

Werch, C.E. y Anzalone, D. (1995). Stage theory and research on tobacco, alcohol, and other drug use. *Journal of Drug Education, 25*, 81-98.