
ANÁLISIS RELACIONAL ENTRE LOS FACTORES DE PROTECCIÓN, RESILIENCIA, AUTORREGULACIÓN Y CONSUMO DE DROGAS

José A. García del Castillo¹ y Paulo Días²

1. *Universidad Miguel Hernández de Elche (España).*

2. *Instituto Superior de Ciências Educativas de Felgueiras (Portugal).*

Recibido: 10-11-07. Aceptado: 01-12-07

RESUMEN

Este trabajo se centra en la relación existente entre los factores de protección y resiliencia, la autorregulación y el consumo de sustancias legales e ilegales en un grupo de 215 adolescentes de Enseñanza Secundaria de Felgueiras (Portugal). Los resultados obtenidos permiten verificar la relación existente entre el consumo de drogas y algunos factores de protección y resiliencia, pero no se encuentra una relación significativa con la autorregulación en la mayoría de los casos de consumo, a excepción del "control de impulsos", que es mayor y estadísticamente significativo en los alumnos que no consumen cocaína, crack u otros tipos de drogas. A pesar de la falta de relación significativa entre la autorregulación y el consumo de drogas, algunos indicadores permiten inferir la importancia de este concepto, que fue reforzada por la correlación encontrada entre la autorregulación y los factores de resiliencia. Podemos afirmar, por lo tanto,

Correspondencia

Paulo César Azevedo Dias.

Instituto Superior de Ciências Educativas de Felgueiras.

Rua Dr. Luís Gonzaga F. Moreira, 4610-177 Felgueiras (Portugal)

E-mail: paulo_d@sapo.pt

que la relación entre la autorregulación y el consumo están mediadas por otras variables, dada su importancia en la explicación de la resiliencia.

Palabras clave: Consumo de sustancias; factores de protección y resiliencia; autorregulación; adolescentes.

ABSTRACT

This work focuses on the relationship between protective factors and resiliency, self-regulation and the legal and illegal substance use in a group of 215 adolescents from High School (Felgueiras, Portugal) level. The results allow us to verify a relationship between substance use and some resiliency and protective factors but weren't found a meaningful relation with self-regulation in the majority of the substance use type. Excepts the "Impulse control", that favors those individuals who do not experiment cocaine, crack or other drugs. Despite the lack of relationship between self-regulation and most of substance use, some interesting tips allow us to infer the importance of this concept, which was strengthened by the moderate correlation between self-regulation and resilience factors. However, the relationship between self-regulation and consumer can be mediated by other variables, given its importance in the explanation of resilience.

Keywords: Substance use, protective factors and resiliency, self-regulation, adolescents.

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo del tiempo, las diferentes culturas han utilizado las sustancias para diversos fines: curativos, para mejorar las relaciones sociales, como medio de comunicación con los dioses, los muertos y/o los espíritus, en la promoción de la creatividad, etc. (Castro, 2004). El alcohol ha sido, en la cultura occidental, la sustancia más comúnmente utilizada a lo largo de la historia, con fines médicos, en las comidas y especialmente en las celebraciones festivas y religiosas. No seríamos capaces de entender la historia de los pueblos occidentales sin entender el uso, muchas veces indiscriminado, de las bebidas alcohólicas (Pascual, 2004). Como señala Straus (1988) las propiedades del alcohol aparecen mencio-

nadas en el Antiguo y Nuevo Testamento más de 190 veces y aún hoy se siguen estudiando sus posibles beneficios.

En referencia al consumo de tabaco, a lo largo de gran parte del siglo XX fue socialmente aceptado como una opción personal (Jarvis, 2005), lo que ha creado la expectativa de que los fumadores utilizan el tabaco por placer, para evitar experiencias negativas o para fines sociales (OMS, 2004). Los problemas aparecen cuando la comunidad científica descubre que fumar genera dependencia, aparece asociado a diversas patologías, a problemas en el desarrollo, etc. Y de hecho, a lo largo de las últimas décadas, especialmente en las últimas tres, diversos estudios han enfatizado los efectos directos e indirectos del consumo de sustancias en problemas de salud, problemas escolares, sexo no planificado, problemas legales, alteraciones afectivas, inicio de consumos de otras drogas (Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003 *cit. in* Inglés, Delgado, Bautista, Torregrosa, Espada, García-Fernández, Hidalgo y García-López, 2007), accidentes de tráfico, suicidios y homicidios (Delgado, Bautista, Inglés, Espada, Torregrosa y García-Fernández, 2005).

Estos efectos son todavía más inquietantes en la adolescencia y la juventud, donde se atraviesa una fase de búsqueda y desarrollo de la identidad, la independencia, la adquisición de valores personales, el alejamiento de la familia, y se desarrolla como objetivo muy potente, la aproximación a las características de su grupo de iguales (García del Castillo, 2007; Sussman, Unger y Dent, 2004). Diversos estudios han señalado que la adolescencia es el período donde se adquiere el hábito de fumar – el 80% de los fumadores adultos en los EEUU afirman que sus primeros contactos con el tabaco son antes de los 28 años (Jarvis, 2005); en España el 60,1% se iniciaron en el consumo de tabaco antes de los 18 años (PNSD, 2006) y en Portugal, el 60% de los individuos que fuman, se iniciaron antes de los 18 años (Balsa 2003). Los datos epidemiológicos nos permiten obtener indicadores que justifican la necesidad de aumentar la atención sobre el consumo de los adolescentes (Filho, 2005; Matos y Aventura Social e Saúde, 2003). La verificación de esta tesis la encontramos en el aumento de los indicadores del consumo entre 1999 y 2003, en el consumo de tabaco (pasa del 59% al 62.5%), cannabis (del 9.4% al 15.1%), otras drogas (del 5.7% al 7.4%) e inhalantes (del 3% al 8%), en cuanto al consumo abusivo de bebidas alcohólicas, el número de borracheras pasa del 14.2% al 14.5% y el consumo de cinco o más bebidas alcohólicas seguidas, pasa del 23.2% al 25.5% (Balsa, 2003; European School Survey Project on Alcohol

and Other Drugs, 2004). En cuanto al análisis diferencial en función del género, las diferencias desaparecen (Delgado, Bautista, Inglês, Espada, Torregrosa y García-Fernández, 2005; Ferreira-Borges, Filho y Ramos, 2006), especialmente en el consumo de tabaco (28% entre hombres y 27.7% en las mujeres).

El consumo en función de la edad parece mantener un patrón de aumento consistente en las sustancias lícitas e ilícitas, lo que es especialmente preocupante si pensamos que los diversos estudios apuntan hacia un consumo precoz, especialmente de tabaco, como determinante para lo aumento de la probabilidad del uso y abuso (Kandel, 1992, 2002; López, García-Rodríguez, Jover y Sánchez, 2001; Medina-Mora, Peña-Corona, Cravioto, Villatoro y Kuri, 2002). Podemos estimar que los jóvenes fumadores tienen tres veces más probabilidades de consumir alcohol regularmente y ocho veces más probabilidades de consumir cannabis que los no fumadores (Currie, Roberts, Morgan, Smith, Settertobulte, Samdal y Rasmussen, 2004).

En ese sentido este trabajo pretende centrarse en el consumo de sustancias en la adolescencia, un período de experimentación, búsqueda de experiencias y fundamental para el desarrollo físico, psicológico y social. En una primera parte presentamos modelos teóricos relevantes para comprender el consumo de sustancias, como el modelo de los factores de riesgo y protección. Además se analizan los estudios desarrollados con la resiliencia, destacando el papel de la autorregulación. En la segunda parte se presenta una investigación que tiene como objetivo verificar la relación entre los factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de sustancias legales e ilegales en un grupo de adolescentes.

2. DE LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN A LA AUTORREGULACIÓN

Actualmente se acepta que las primeras experiencias de consumo aparecen normalmente en los primeros años de la adolescencia, como resultado de múltiples experiencias y factores evolutivos (Calleja, Señorán y González, 1996). Para intentar explicar el origen y mantenimiento del consumo, se han estudiado diversos modelos (revisión en Espada, Griffin, Botvin y Méndez, 2003). Uno de los que orientó gran parte de las propuestas de prevención fue el modelo de los factores de riesgo y protección de Hawkins, Catalano y Miller (1992). Estos autores intentan

identificar factores que ponen a los sujetos en alto riesgo de consumo de drogas y de acuerdo con el número de factores sería posible identificar a los sujetos con mayor riesgo de desarrollar tales comportamientos.

A pesar de la extensa difusión de este modelo y de los resultados obtenidos en numerosos estudios correlacionales, la investigación ha demostrado que la exposición a factores de riesgo, no se traduce necesariamente en comportamientos de riesgo reales. A pesar de que este enfoque ha demostrado su eficacia en áreas como la prevención de enfermedades coronarias o respiratorias, y es muy importante para la explicación y prevención de las mismas, no deja de presentar serias limitaciones (Dillon, Chivite-Matthews, Grewal, Brown, Webster, Weddell, Brown, y Smith, 2007).

Algunas de estas limitaciones se encuentran en la dificultad de distinguir cuándo los factores son realmente las causas, marcadores o solamente elementos correlacionados con las causas (Farrington, 2000); la identificación de esos factores llevó, en muchos casos, a la estigmatización de grupos de jóvenes, familias y comunidades (Constantine, Bernard y Díaz, 1999). Así mismo, no permite saber cuáles son las estrategias a implementar para reducir el riesgo (Benard, 1991) ni conocer los procesos o patrones que intervienen entre los factores de riesgo y los comportamientos de consumo, conllevando una leve probabilidad de que determinados factores de riesgo desemboquen en determinados comportamientos.

En la actualidad se fortalecen las teorías que se orientan hacia la promoción de los factores de protección y resiliencia, desviando el foco de atención de los riesgos y patologías hacia las acciones y estrategias positivas para la promoción del ajuste psicológico (Benard, 1991; Fergus y Zimmerman, 2005). En esta línea se define como objetivo prioritario la promoción de la resiliencia, que estaría determinada por la concurrencia de tres aspectos esenciales: la existencia de oportunidad para acceder a las drogas y otros factores que puedan colocar al joven en riesgo de consumo; decidir no consumir por una o más razones; y tener las competencias sociales suficientes para poner en práctica estrategias de rechazo (Dillon et al., 2007).

En una revisión reciente, Dillon y colaboradores (2007) destacan un conjunto de factores personales y del contexto, fuertemente correlacionados con el desarrollo de la resiliencia. Así, individuos resilientes parecen operacionalizar un esquema en que perciben, por ejemplo, el consumo de drogas como un riesgo para sí mismos y de esta manera evitan ese comportamiento. Al mismo tiempo establecen otros objetivos integrados

en la resiliencia e intentan fortalecer su sentido de eficacia para mantener estas decisiones en la práctica (Dillon et al., 2007). De esta manera, aparece reforzado el papel de la autorregulación, un proceso en que el individuo asume un papel activo en la construcción de su destino (Reider y de Wit, 2006) a través de la activación, monitorización, inhibición, preservación y adaptación del comportamiento, emociones y estrategias cognitivas para alcanzar los objetivos deseados (Barkley, 1997; Barkley, 2004; Díaz y Fruhauf, 1991; Novak y Clayton, 2001).

De entre las teorías sobre comportamientos de salud, una de las que tienen un merecido reconocimiento es la que estudia la autorregulación. De hecho, en una revisión de la literatura, Leventhal, Drisette e Leventhal (2003, cit in Reider y de Wit, 2006) encontraron más de 2700 publicaciones con la palabra clave "autorregulación".

Como ocurre con otros constructos, también en la autorregulación existen diferentes definiciones. En general se puede entender como un proceso que implica un esfuerzo del individuo para alterar sus estados interiores o sus comportamientos con el fin de conseguir un determinado objetivo deseado (Baumeister y Vohs, 2004). El mantenimiento de esos esfuerzos puede incluir el afrontar un conjunto de desafíos difíciles (Michel, Cantor y Feldman, 1996 cit in Reider y de Wit, 2006). Por ello podría pensarse que la autorregulación actuaría como un índice de la resiliencia de los adolescentes, dado su potencial en el desarrollo de competencia en contextos de mayor riesgo psicosocial (Dishion, y Connell, 2006). De esa forma, pondrían ser identificadas y distinguidas tres fases: selección de objetivos; comportamientos dirigidos para ese objetivo; conseguir el objetivo y mantenerlo, y cuando sea necesario, desistir del objetivo (Reider y de Wit, 2006).

A pesar de ser un concepto aplicado con relevancia en otros contextos, como el escolar o el organizacional, su aplicación en el ámbito de la salud es más complejo, dada la discrepancia entre los objetivos de salud y los comportamientos que los individuos hacen (o no) para alcanzarlos. En ese sentido, la autorregulación entiende el comportamiento de salud como el compromiso con objetivos a largo plazo que implican el control de necesidades más inmediatas y la movilización de pensamientos, sentimientos y comportamientos (Cantor, 1990; Gollwitzer, 1996; Kuhl, 2000 cit in Reider y de Wit, 2006).

Se trata de un proceso en que el individuo es percibido como un agente activo con capacidad de construcción de su destino, a través de la toma de decisiones (Reider y de Wit, 2006). Para explicar estos procesos tene-

mos numerosas teorías, con diferentes interpretaciones sobre los mismos. Para que se puedan definir como teorías de autorregulación, Cameron y Leventhal (2003) definen dos principios básicos: 1) La autorregulación debe ser entendida como un sistema motivacional dinámico de establecimiento de objetivos, desarrollo de estrategias para alcanzarlos y revisión de esos objetivos y estrategias de acuerdo con los resultados obtenidos y 2) La autorregulación respecto del control de respuestas emocionales, señala que son percibidas como elementos cruciales del sistema motivacional, intrínsecamente relacionada con los procesos cognitivos.

Una de las primeras y más reconocidas teorías en este campo de estudio es la teoría cibernética del control (Carver y Sheier, 1998). Esta teoría defiende que los individuos viven identificando objetivos, de tal forma que para comprender a la persona hay que comprender sus objetivos (Carver y Sheier 1999). De esta manera, los individuos tenderían a actuar de una forma que los llevara a reducir la discrepancia entre su estado actual y lo que previamente habían establecido en sus objetivos, monitoreando sus progresos para alcanzarlos, de acuerdo con la situación y su personalidad (Carver, 2004).

A lo largo de la evolución teórica de este campo de estudio, ha sido estudiada su relación con distintos comportamientos de salud y riesgo. En el caso específico de la autorregulación y el consumo de drogas, algunos estudios han verificado que individuos con menor autorregulación tienden a ser consumidores habituales de alcohol (Brown, Miller, y Lewandowski, 1999), a consumir más, con mayor frecuencia y con consecuencias más negativas (Aubrey, Brown, y Miller, 1994). Parece ocurrir algo similar con el consumo de marihuana y tabaco (Brown, Baumann, Smith, y Etheridge, 1997).

Otros trabajos, por el contrario, no encuentran relación entre estas variables (Carey, Neal y Collins, 2004; Neal y Carey, 2005). De hecho, en el estudio de la relación entre los niveles de autorregulación y el consumo de sustancias, se contrastan dos hipótesis para justificar los eventuales consumos: los individuos con menores competencias de autorregulación son menos capaces de controlar sus consumos; los individuos con menores competencias de autorregulación intentan regular sus experiencias personales y sociales consumiendo alcohol (Hull y Slone, 2004). Numerosos estudios han confirmado la relación entre consumo y déficit de autocontrol, bajo control comportamental y susceptibilidad a la tentación, mientras ambientes que promueven el autocontrol (caracterizados por monitorización parental, reglas definidas claramente, recompensas

parentales adecuadas a comportamientos positivos, etc.) aparecen asociadas a un menor riesgo de uso y dependencia del alcohol. En sentido contrario, el consumo de alcohol ha sido recurrentemente asociado a motivos sociales, como estrategia de afrontamiento para soportar las emociones negativas (Hull y Slone, 2004), así como a puntuaciones bajas en resiliencia (Becoña et al., 2006).

Se clarifican, por lo tanto, algunas dudas en la definición conceptual de estas cuestiones, en especial de la población más joven. A pesar de los conocimientos adquiridos en el ámbito de los comportamientos de salud y autorregulación, la mayoría de las teorías habían sido creadas para describir y predecir procesos regulatorios y comportamientos de salud relevantes para los adultos (Gibbons, Gerrard, Reimer y Pomery, 2006). Son muy pocos los estudios que se refieren a cómo ocurren estos procesos en los adolescentes, dejando de lado cuestiones sobre cómo estos comportamientos pueden cambiar a lo largo del tiempo. Esto se puede comprobar, por ejemplo, por la falta de cualquier referencia a niños y adolescentes en el libro de Cameron y Leventhal (2003). Se vuelve así esencial aplicar los conocimientos existentes a esta población, atendiendo a sus características específicas.

En el presente estudio se pretende explorar la relación entre el consumo de drogas, los factores de protección, resiliencia y autorregulación. La mayoría de las investigaciones se orientan al ámbito de los factores de riesgo, y en menor proporción los que se dirigen hacia los factores de protección y resiliencia, y (según la revisión bibliográfica efectuada) muy pocos los que apuntan hacia la autorregulación en comportamientos de salud en Portugal. Finalmente, intentamos comprobar, de forma empírica, la relación entre la resiliencia y la autorregulación.

3. MÉTODO

3.1. MUESTRA

Para el presente estudio se seleccionó una muestra de 215 alumnos de Educación Secundaria durante el año escolar 2006/2007. La gran mayoría de los alumnos cursaba 10º año (81.9%; n=176), el 13% se encontraba en 11º año (n=28) y un 5.1% lo hacía en 12º año (n=11), con edades comprendidas entre los 14 y 20 años ($X=16.13$, $dt=1.039$) siendo un 60.8% chicas (n=129) y un 39.2% chicos (n=83).

3.2. INSTRUMENTOS

Para la evaluación de los factores de protección y resiliencia se optó por el cuestionario *Healthy Kids Resilience Assessment* (Constantine, Bernard y Díaz, 1999), que evalúa 11 factores de protección y 8 trazos de resiliencia. En la medida de los factores de protección son evaluadas las *relaciones de proximidad* con adultos en casa, en la escuela, la comunidad y con los compañeros; las *expectativas elevadas* informando consistentemente, de forma directa o indirecta, de que el sujeto se encuentra bien atendido en casa, en la escuela, en la comunidad y en el grupo de compañeros; y las *participaciones activas* y participación en actividades en las que puede contribuir de una forma activa y positiva en casa, la escuela y/o la comunidad. De entre los trazos de resiliencia, son evaluadas las competencias sociales que permiten comunicar de forma efectiva y apropiada, demostrando comprensión, flexibilidad y receptividad en situaciones sociales (*cooperación y competencias de comunicación, empatía y competencias de resolución de problemas*); autonomía y sentido de sí mismo, identidad y capacidad (*convicción personal, auto-eficacia, auto-conciencia*); sentido del significado y de los objetivos, creencia y comprensión de que su vida tiene cierta coherencia (*optimismo, objetivos y aspiraciones*). Tiene además cinco ítems experimentales sobre el sentimiento de estar solo en la escuela, la casa, o el mundo y tener amigos que provocan sentimiento de confusión de la identidad.

Para la evaluación de la autorregulación se utilizó la *Escala Reducida de Autorregulación* (Carey, Neal y Collins, 2004), un instrumento de 31 ítems concebido para la obtención de un índice total de autorregulación. Estudios posteriores sugirieron una estructura de dos factores: *Control de impulsos y Establecimiento de objetivos* (Neal y Carey, 2005). En este estudio, se optó por la estructura más específica de la definición de autorregulación.

Los instrumentos fueron acompañados por algunas cuestiones relativas a variables demográficas (género, edad, año de escolaridad y curso) y consumo de drogas legales y ilegales (tabaco, bebidas alcohólicas, drogas sintéticas, marihuana, cocaína, crack y otras drogas).

3.3. PROCEDIMIENTO

El estudio se llevó a cabo con una muestra de alumnos de Enseñanza Secundaria en dos escuelas de la provincia de Felgueiras (Portugal). Des-

pués de obtener la autorización de las escuelas, se aplicaron los instrumentos a los alumnos en la clase durante el horario lectivo, en tiempos cedidos por los profesores. La aplicación fue anónima y voluntaria por parte de los sujetos. Los datos fueron codificados y analizados con el programa de tratamiento estadístico SPSS, versión 15.

4. RESULTADOS

Para facilitar la presentación de los resultados, los dividimos en tres apartados diferentes: resultados de la relación entre factores de protección y resiliencia en función del sexo y la edad; entre factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas (tabaco, alcohol y otras drogas); y relación entre factores de protección y resiliencia con la autorregulación.

4.1 FACTORES DE PROTECCIÓN, RESILIENCIA Y AUTORREGULACIÓN EN FUNCIÓN DEL SEXO Y LA EDAD.

De los resultados obtenidos en la muestra, se verificó que las mujeres tienden a presentar niveles más elevados en la gran mayoría de los factores de protección y resiliencia. Encontramos diferencias significativas en los factores de protección: "Participación en casa" (M=2.00 en las mujeres y M=1.81 en los varones; $t=2.182$, $p=.030$); "Relaciones de cuidado en la comunidad" (M=2.09 en las mujeres y M=1.77 en los varones; $t=2.410$, $p=.017$); "Expectativas elevadas de la comunidad" (M=2.07 en las mujeres y M=1.82 en los varones; $t=2.002$, $p=.047$); "Relaciones de cuidado con los compañeros" (M=2.48 en las mujeres y M=2.18 en los varones; $t=3.399$, $p=.001$), "Ambiente entre compañeros" (M=2.02 en las mujeres y M=1.85 en los varones; $t=2.895$, $p=.004$); y en los factores de resiliencia: "Empatía" (M=2.27 en las mujeres y M=2.10 en los varones; $t=2.360$, $p=.019$) y "Resolución de problemas" (M=2.32 en las mujeres y $v=2.02$ en los varones; $t=3.312$, $p=.001$).

En referencia a la relación entre edad y factores de protección y resiliencia, comprobamos que aparecen diferencias significativas en el factor interno "Objetivos" (M=2.08 alumnos con 15 años; M=2.02 en los alumnos con 16 años; M=1.71 en los alumnos con 17 años; M=1.57 en los alumnos con 18 años; $F=3.036$, $p=.030$) y en las respuestas Setbreak (soledad, desesperanza, confusión de la identidad, frustración alta y otras emocio-

nes negativas) ($M=0.97$ alumnos con 15 años; $M=0.97$ en los alumnos con 16 años; $M=1.36$ en los alumnos con 17 años; $M=1.02$ en los alumnos con 18 años; $F=4.289$, $p=.006$). De esa forma, comprobamos que los sujetos con más edad presentan una capacidad de “Establecimiento de objetivos y aspiraciones” más baja que los más jóvenes. En sentido opuesto, los más jóvenes presentan valores más bajos significativamente en la escala con ítems Setbreak.

En cuanto a la relación entre autorregulación y género no encontramos diferencias significativas, a pesar de que los varones presentan resultados ligeramente más elevados en la puntuación total ($M=114.85$ en las mujeres y $M=114.94$ en los varones), y en las subescalas “Establecimiento de Objetivos” ($M=64.22$ en las mujeres y $M=65.35$ en los varones) y “Control de impulsos” ($M=50.63$ en las mujeres y $M=49.59$ en los varones).

Para la análisis de la autorregulación en función de la edad, fueron retirados además de los cuestionarios nulos, los grupos con pocos sujetos, como el grupo de alumnos con 14 años (0.5%; $n=1$), 19 años (2.4%; $n=5$) y 20 años (0.5%; $n=1$). De esa forma podemos hacer la comparación entre grupos con un número de sujetos paritario que posibilite el análisis estadístico. Al igual que con el género, tampoco encontramos diferencias significativas en los niveles de autorregulación en función de la edad, a pesar de que se verifica una disminución en las puntuaciones en razón inversa al aumento de la edad, en la puntuación total ($M=117.20$ alumnos con 15 años; $M=111.12$ alumnos con 18 años) y en las subescalas “Establecimiento de objetivos” ($M=65.35$ en los alumnos con 15 años; $M=63.18$ en los alumnos con 18 años) y “Control de Impulsos” ($M=51.85$ en los alumnos con 15, $M=47.94$ en los alumnos con 18 años).

4.2 CONSUMO DE TABACO

En el análisis de los resultados verificamos que un 70.6% de los sujetos estudiados han probado el tabaco (67.2% de las mujeres y 75.9% de los varones). De acuerdo con sus respuestas, la primera experiencia ocurrió cerca de los 13 años ($M=12.98$; $dt= 2.18$) (a pesar de que solamente un 60.5% de los alumnos respondieron a esta cuestión), teniendo la mayoría de los alumnos entre 12 y 15 años la primera vez que probaron el tabaco (16.2%; 24.6%; 16.9% y 17.7% respectivamente). En los últimos 30 días, un 75.1% no fumo ningún día, un 10.5% fumo entre 1 y 2 días y un 6.7% fumo todos los días. Los alumnos que dicen haber fumado en el último mes, lo hacen en diferentes frecuencias de consumo: menos de un ciga-

rrillo por día (6.3%), de 2 a 5 por día (5.3%), uno por día (3.9%), de 6 a 10 por día (3.4%) y 1.5% dicen consumir de 11 a 20 cigarrillos por día.

Analizando los resultados de la autorregulación en función de la experiencia anterior de consumo de tabaco, los alumnos que aseguran haber consumido más, presentan resultados ligeramente más bajos en la puntuación total ($M=114.64$ frente a $M=115.11$), y en las subescalas "Establecimiento de Objetivos" ($X=64.45$ frente a $M=64.91$) y "Control de impulsos" ($M=50.19$ frente a $M=50.21$ en los varones). Con respecto al análisis de factores de protección y de resiliencia, comprobamos que aparecen diferencias significativas en los factores "Participación activa en la escuela" ($M=1.57$ para los que probaron frente a $M=1.32$ para los que no probaron; $t=2.303$, $p=.022$) y "Objetivos" ($M=1.87$ para los que probaron frente a $M=2.16$ para los que no probaron; $t=2.533$, $p=.012$). De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, se verifica que los alumnos que dicen consumir tabaco presentan una percepción de mayor participación en la escuela y menor orientación por los objetivos.

Más que estudiar si existe una relación entre el número de días que se consume y el número de cigarrillos por día, se intentó estudiar si existe una correlación entre los factores de protección y resiliencia y los niveles de autorregulación de los alumnos que nunca han fumado, los que han probado el tabaco pero no fumaron en los últimos 30 días y los que han probado el tabaco y fumaron en los últimos 30 días.

En los factores de protección y de resiliencia fue posible encontrar relaciones significativas en los factores: "Participación activa en la escuela" ($M=1.32$ para los individuos que nunca han fumado, $M=1.65$ entre los que han probado pero no fumaron en el último mes y $M=1.40$ entre los que han probado y siguen fumando; $F=4.479$, $p=.012$); "Ambiente en la escuela" ($M=1.52$ para los individuos que nunca han fumado, $M=1.73$ entre los que han probado pero no fumaron en el último mes y $M=1.53$ entre los que han probado y siguen fumando; $F=3.030$, $p=.050$); "Expectativas elevadas de los compañeros" ($M=1.49$ entre los individuos que nunca han fumado, $M=1.64$ entre los que han probado pero no fumaron en el último mes y $M=1.38$ entre los que han probado y siguen fumando; $F=4.250$, $p=.016$) y "Ambiente entre los compañeros" ($M=1.87$ entre los individuos que nunca han fumado, $M=2.05$ entre los que han probado pero no fumaron en el último mes y $M=1.84$ entre los que han probado y siguen fumando; $F=5.382$, $p=.005$). En cuanto a la resiliencia, encontramos diferencias significativas en los factores "Cooperación y comunicación" ($M=2.08$ entre los individuos que nunca han fumado, $M=2.13$ entre

los que han probado pero no fumaron en el último mes y $M=1.89$ entre los que han probado y siguen fumando; $F=3.075$, $p=.048$) y Setbreak ($M=0.93$ para los individuos que nunca han fumado, $M=1.14$ entre los que han probado pero no fumaron en el último mes y $M=0.94$ entre los que han probado y siguen fumando; $F=3.200$, $p=.043$). Comprobamos que los resultados favorecen a los alumnos que probaron pero no fumaron en el último mes. Además, se verifica una diferencia significativa en el factor "Objetivos" ($M=2.16$ para los individuos que nunca han fumado, $M=1.92$ entre los que han probado pero no fumaron en el último mes y $M=1.71$ entre los que han probado y siguen fumando; $F=4.134$, $p=.017$), apreciándose resultados más favorables los alumnos que nunca han fumado en relación a los restantes.

4.3. CONSUMO DE ALCOHOL

En referencia al consumo de alcohol, los resultados indican que un 86.5% ($n = 186$) han consumido alcohol alguna vez (86% de las mujeres y 88% de los varones). Probaron el alcohol antes de los 13 años ($M= 12.83$, $dt= 2.198$) (teniendo en cuenta que únicamente el 53.5% de los alumnos contestan a este ítem). La mayoría de los alumnos de la muestra probaron por primera vez entre los 11 y 15 años (12.2%; 11.3%; 20.9%, 17.4% y 19.1%, respectivamente).

En el análisis bivariado, considerando la relación entre experiencia de consumo y autorregulación no aparecen diferencias significativas, a pesar de que los alumnos que han probado el alcohol puntúan más bajo en los niveles de autorregulación, y no así en el total de la escala ($M=114.61$ frente a $M=116.41$). Lo mismo ocurre en las subescalas "Establecimiento de objetivos" ($M=64.45$ frente a $M=65.17$) y "Control de impulsos" ($M=50.07$ frente a $M=51.24$). En la análisis de los factores de protección y resiliencia, verificamos diferencias estadísticamente significativas en el factor "Relaciones de cuidado en la comunidad" ($M=2.00$ en los individuos que prueban y $M=1.62$ entre los que nunca prueban; $t=-2.046$, $p=.042$) y "Ambiente en la comunidad" ($M=1.89$ en los individuos que prueban y $X=1.59$ en los que nunca prueban; $t=-2.040$, $p=.043$); y en el factor de resiliencia "Empatía" ($M=2.23$ en los individuos que prueban frente a $M=1.98$ en los que nunca prueban; $t=-2.730$, $p=.009$) siendo más consistente las puntuaciones en los alumnos que prueban el alcohol.

En el consumo en los últimos 30 días, un 52.3% ($n = 112$) de los alumnos de la muestra dice haber consumido y un 8.9% ($n = 19$) dice haber

consumido durante este tiempo cinco o más bebidas alcohólicas en pocas horas, lo que puede ser indicativo de consumo abusivo. No apreciamos diferencias significativas en la escala de autorregulación, a pesar de que aparecen puntuaciones más elevadas entre alumnos que aseguran no haber consumido nada en los últimos 30 días, tanto en la puntuación total ($M=115.79$ de los que no consumieron frente a $M=113.94$ de los que consumieron en los últimos 30 días) como en las subescalas “Establecimiento de objetivos” ($M=65.04$ de los que no consumieron frente a $M=64.23$ de los que consumieron en los últimos 30 días) y “Control de impulsos” ($M=50.76$ de los que no consumieron frente a $M=49.71$ de los que consumieron en los últimos 30 días). Encontramos diferencias significativas en el factor “Ambiente en la comunidad” ($M=1.94$ en los que han probado y $M=1.75$ entre los que nunca han consumido; $t=-1.983$, $p=.049$) favoreciendo a los individuos que afirman haber consumido en los últimos 30 días.

En referencia al consumo de 5 o más bebidas alcohólicas en pocas horas, señalado por un 8.9% ($n=19$), encontramos diferencias estadísticamente significativas únicamente en los factores de protección “Participación activa en casa” ($M=1.60$ de los individuos que consumen frente a $M=1.95$ entre los que dicen no haber consumido; $t=2.340$, $p=.020$) y en las “Expectativas elevadas de los compañeros” ($M=1.32$ de los que consumen frente a $M=1.55$ entre los que no consumen; $t=1.992$, $p=.048$), favoreciendo a los alumnos que no consumen. No encontramos relación significativa con los niveles de autorregulación, a pesar de que los alumnos que dicen haber consumido 5 o más bebidas registran puntuaciones totales más bajas ($M=109.84$ para los individuos que consumen frente a $M=115.44$ entre los que no consumen). Algo similar ocurre en las subescalas “Establecimiento de objetivos” ($M=61.79$ frente a $M=65.01$) y “Control de impulsos” ($M=48.05$ frente a $M=50.43$).

En un tercer análisis, que nos parece todavía más pertinente, se intenta analizar la relación entre consumo de bebidas alcohólicas, factores de protección y resiliencia y autorregulación. Como en análisis anteriores no encontramos diferencias significativas en la relación con los niveles de autorregulación. Sin embargo, parece verificarse que los alumnos que nunca han bebido presentan puntuaciones más altas (116.61), seguidos de los que han probado el alcohol pero no han bebido en el último mes (115.45) y las puntuaciones más bajas son obtenidas por los sujetos que han probado y beben en el último mes más cinco o más bebidas (108.83).

Por lo que respecta a los factores de protección y resiliencia, comprobamos que aparecen diferencias significativas únicamente en el factor "Participación activa en casa" ($M=1.84$ para los individuos que nunca beben, $M=2.03$ para los que han bebido alguna vez, pero no en el último mes, $M=1.93$ para los que han bebido en el último mes y $M=1.57$ para los que han bebido en el último mes 5 o más bebidas en pocas horas; $F=2.651$, $p=.050$).

4.4. CONSUMO DE MEDICAMENTOS.

Según los datos recogidos fue posible verificar que un 15.3% ($n = 33$) de los alumnos ha consumido comprimidos u otros medicamentos sin prescripción médica (un 17.8% de las mujeres y un 12% de los varones). Aunque no encontramos diferencias significativas en las puntuaciones de autorregulación, nos parece interesante resaltar que los niveles de autorregulación son más elevados en los sujetos que no consumen comprimidos ($M=115.10$ frente a $M=113.48$).

En la relación entre consumo de comprimidos y factores de protección, encontramos diferencias significativas en los factores: "Expectativas elevadas en la escuela" ($M=1.69$ para los individuos que no consumen frente a $M=1.95$ entre los que han consumido comprimidos sin prescripción médica; $t=-2.343$, $p=.023$); "Participación activa en casa" ($M=1.88$ para los individuos que no consumen frente a $M=2.14$ entre los que han consumido comprimidos sin prescripción médica; $t=-2.152$, $p=.033$); "Relaciones de cuidado en la comunidad" ($M=1.88$ para los individuos que no consumen frente a $M=2.36$ entre los que han consumido comprimidos sin prescripción médica; $t=-3.661$, $p=.001$); "Expectativas elevadas en la comunidad" ($M=1.90$ para los individuos que no consumen frente a $M=2.34$ para los que han consumido comprimidos sin prescripción médica; $t=-3.652$, $p=.001$); "Ambiente en la comunidad" ($M=1.80$ para los individuos que no consumen frente a $M=2.10$ para los que han consumido comprimidos sin prescripción médica; $t=-3.228$, $p=.002$); "Expectativas elevadas de los compañeros" ($M=1.51$ para los individuos que no consumen frente a $M=1.70$ para los que han consumido comprimidos sin prescripción médica; $t=-1.975$, $p=.050$); "Ambiente entre Compañeros" ($M=1.80$ para los individuos que no consumen frente a $M=2.10$ para los que han consumido comprimidos sin prescripción médica; $t=-2.384$, $p=.002$) y el total de factores de protección ($M=1.86$ para los individuos que no consumen frente a $M=2.05$ para los que han consumido compri-

midos sin prescripción médica; $t=-2.386$, $p=.018$) y el trazo de resiliencia "Resolución de problemas" ($M=2.13$ para los individuos que no consumen frente a $M=2.56$ para los que han consumido comprimidos sin prescripción médica; $t=-3.431$, $p=.001$) favoreciendo a los sujetos que consumen comprimidos sin prescripción médica. En cuanto a los factores de protección y resiliencia se verifica, en general, puntuaciones más elevadas en los individuos que consumen comprimidos, es decir, los sujetos que consumen parecen presentar menores niveles de autorregulación pero mayor percepción de los factores de protección y resiliencia, especialmente en los que encontramos diferencias significativas.

4.5. CONSUMO DE MARIHUANA

De acuerdo con los datos obtenidos fue posible verificar que un 6% ($n = 13$) de los alumnos consumió marihuana (el 2% de las mujeres y el 12% de los varones). En este caso también encontramos diferencias estadísticamente significativas, pero únicamente en el factor "Expectativas elevadas de los compañeros", con una tendencia positiva hacia los alumnos que no consumen ($M=1.56$ de los individuos que no consumen frente a $M=1.26$ para los que consumen marihuana, para $t=2.086$, $p=.038$). En la escala de autorregulación encontramos puntuaciones más elevadas en los individuos que dicen no consumir marihuana pero sin que las diferencias fuesen significativas en la puntuación total ($M=115.06$ frente a $M=111.62$), sucediendo lo mismo en las subescalas "Establecimiento de objetivos" ($M=64.66$ frente a $M=64.15$) y "Control de impulsos" ($M=50.40$ frente a $M=47.46$).

4.6 CONSUMO DE COCAÍNA, CRACK Y OTRAS DROGAS

En el estudio pudimos verificar que el 7.4% ($n = 16$) de los alumnos asegura haber consumido cocaína, crack u otras drogas (el 3.1% de las mujeres y el 14.5% de los varones). Encontramos diferencias estadísticamente significativas únicamente en la subescala "Control de impulsos", con una tendencia positiva hacia los alumnos que no consumen ($M=50.55$ frente a $M=46.13$ de los que dicen consumir; $t=2.026$, $p=.044$), es decir, los alumnos que aseguran no consumir cocaína, crack u otros tipos de drogas manifiestan mayor control de impulsos. También en las puntuaciones totales de la escala de autorregulación son más elevadas en el grupo de alumnos que dice no consumir, pero sin que aparezcan diferencias esta-

dísticamente significativas ni en la puntuación total (M=115.10 frente a M=111.81), ni en la subescala “Establecimiento de objetivos” (M=64.54 frente a M=65.69).

4.7. RELACIÓN ENTRE FACTORES DE PROTECCIÓN Y RESILIENCIA, Y AUTORREGULACIÓN

Recurriendo al Test de Correlación de Spearman, intentamos comprobar la relación entre los factores de protección y resiliencia y los de autorregulación. De los resultados (Cuadro 1, 2 y 3), fue posible verificar una correlación estadísticamente significativa entre la puntuación total de la escala de autorregulación y sus subescalas, y los factores de protección en casa (“Relaciones de cuidado”, “Altas expectativas” y “Participación significativa”), y “Altas expectativas de la comunidad”, pero con correlaciones bajas. En referencia a la relación con los factores internos de resiliencia, la correlación es también significativa y más elevada. Es especialmente potente la relación entre autorregulación y los factores de resiliencia “Auto-estima”, “Resolución de problemas”, “Auto-conciencia” y “Recursos internos”. En sentido negativo encontramos una correlación significativa entre los ítems Setbreak y los niveles de autorregulación. Es decir, cuanto mayor es la autorregulación, menor es el sentimiento de soledad y desesperanza.

Cuadro 1. Correlación entre autorregulación y factores de protección en la escuela y la comunidad (**correlación significativa a 0.01; *correlación significativa a 0.05). (Continúa)

| | RSE | AEE | PSE | AE | RSC | AEC | PSC | AC | |
|-------------------|----------|-------|-------|------|-------|--------|--------|--------|--------|
| SSRQ Total | <i>r</i> | ,102 | ,097 | ,038 | ,093 | ,309** | ,212** | ,238** | ,312** |
| Total | <i>p</i> | ,137 | ,155 | ,583 | ,175 | ,000 | ,002 | ,000 | ,000 |
| Objetivos | <i>r</i> | ,156* | ,152* | ,085 | ,151* | ,283** | ,235** | ,223** | ,297** |
| | <i>p</i> | ,022 | ,026 | ,212 | ,027 | ,000 | ,001 | ,001 | ,000 |
| Control | <i>r</i> | ,034 | ,045 | ,004 | ,035 | ,266** | ,143* | ,232** | ,271** |
| | <i>p</i> | ,625 | ,511 | ,952 | ,608 | ,000 | ,036 | ,001 | ,000 |

Cuadro 2. Correlación entre autorregulación y factores de protección en la comunidad, con los compañeros y total (**correlación significativa a 0.01; *correlación significativa a 0.05). (Continúa)

| | | RCom | ACom | PCom | ACom | RSP | AEP | AP | FP |
|-------------------|----------|--------|--------|------|--------|--------|-------|------|--------|
| SSRQ Total | <i>r</i> | ,129 | ,217** | ,048 | ,171* | ,139* | -,095 | ,044 | ,195** |
| | <i>p</i> | ,059 | ,001 | ,480 | ,012 | ,041 | ,166 | ,523 | ,004 |
| Objetivos | <i>r</i> | ,180** | ,274** | ,073 | ,222** | ,197** | -,024 | ,112 | ,241** |
| | <i>p</i> | ,008 | ,000 | ,285 | ,001 | ,004 | ,728 | ,101 | ,000 |
| Control | <i>r</i> | ,069 | ,136* | ,038 | ,110 | ,085 | -,107 | ,007 | ,138* |
| | <i>p</i> | ,313 | ,047 | ,583 | ,108 | ,212 | ,118 | ,913 | ,044 |

Cuadro 3. Correlación entre autorregulación y factores de internos de resiliencia y items *Setbreak* (**correlación significativa a 0.01; *correlación significativa a 0.05).

| | | CC | AE | E | RP | AC | O | RI | IF |
|-------------------|----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| SSRQ Total | <i>r</i> | ,277** | ,391** | ,209** | ,306** | ,406** | ,287** | ,446** | -,310** |
| | <i>p</i> | ,000 | ,000 | ,002 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| Objetivos | <i>r</i> | ,325** | ,450** | ,305** | ,346** | ,436** | ,287** | ,499** | -,195** |
| | <i>p</i> | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,004 |
| Control | <i>r</i> | ,198** | ,288** | ,096 | ,221** | ,299** | ,222** | ,324** | -,334** |
| | <i>p</i> | ,004 | ,000 | ,161 | ,001 | ,000 | ,001 | ,000 | ,000 |

5. DISCUSIÓN

Con este trabajo pretendemos comprender la relación entre los factores de protección, resiliencia y autorregulación. De hecho, a lo largo de las últimas décadas diversos estudios han apuntado la importancia del estudio de los factores de protección y más recientemente sobre la resiliencia, en la que la autorregulación parece tener un papel central.

Aunque la selección de la muestra no fue aleatoria ni cubre objetivos de representatividad de la población portuguesa, concuerda con las tasas de consumo de otros estudios epidemiológicos más representativos (e.g. en lo European School Survey Project on Alcohol and other Drugs). En la muestra estudiada se verifica la existencia de un consumo más elevado

de sustancias legales (el 70.6% de nuestra muestra frente al 62.5% de la población portuguesa, ha consumido tabaco; el 86.5% en nuestra muestra frente al 78% en la población portuguesa, ha consumido alcohol; el consumo de medicamentos sin prescripción médica vemos que está en torno al 15.3%, siendo en la población portuguesa una tasa de consumo de ansiolíticos o tranquilizantes sin prescripción médica mucho más baja, en concreto del 5%) y menor consumo de sustancias ilegales (el 6% de los alumnos dicen consumir marihuana, frente al 15.1% en la población portuguesa; el 7.4% ha consumido cocaína, crack u otras drogas frente al 7.4% de otras drogas y 8% de inhalantes, en población portuguesa). Estos datos pueden reflejar características de la muestra, cuyos orígenes culturales e históricos favorecen un contacto más próximo con el consumo de alcohol y tabaco. Por otro parte, una menor exposición y acceso a drogas ilícitas pueden justificar el menor consumo de sustancias ilegales. Estos resultados parecen confirmarse por la relación encontrada entre los factores de protección con el no consumo de sustancias, tanto legales como ilegales.

Por lo que respecta a los resultados relativos a la autorregulación permitieron, de una forma general, encontrar relaciones significativas entre algunos factores de protección y resiliencia y el consumo de sustancias. A pesar de que se verifican tendencias positivas, que apuntan hacia la importancia de la autorregulación en la explicación del consumo, no fue posible encontrar en nuestra muestra relaciones significativas, lo que no permite considerar este concepto como determinante en la explicación del consumo. Comparando con los trabajos de Fergus y Zimmerman (2005), podemos confirmar la existencia de una potente relación significativa entre la autorregulación y los factores de protección y resiliencia, lo que presupone la dependencia entre estas variables. Como sugiere la literatura, la relación es especialmente potente con los recursos internos de resiliencia, principalmente con el "Establecimiento de objetivos". Encontramos una correlación significativa, en sentido negativo, entre los ítems Setbreak y las puntuaciones en autorregulación, lo que se puede interpretar, que cuanto mayor es la autorregulación menor es el sentimiento de soledad y desesperanza. Sin embargo, la falta de correlación con los consumos de sustancias nos permite plantear la hipótesis de la existencia de factores mediadores que puedan facilitar una mejor comprensión de esta relación. De hecho, estas indicaciones nos alinean con los resultados obtenidos por Carey, Neal, Collins (2004) y Neal y Carey (2005) que se orientan más hacia la capacidad que tendría la autorregu-

lación como moderadora de las situaciones en que los sujetos pueden consumir más y no tanto la cantidad de consumos. Pero, no dejan de ser contrarios a un conjunto importante de estudios que apunta hacia una relación entre estos constructos.

Tendríamos que subrayar algunas limitaciones ante estos datos. El hecho de haber realizado el trabajo al final del año lectivo, puede tener impacto en la ejecución de los sujetos en la respuesta a los cuestionarios, agravado por el reducido número de sujetos de la muestra, que disminuye el poder de generalización de los resultados. La relación entre resiliencia y autorregulación frente a la falta de relación entre autorregulación y consumo, nos hace pensar en la hipótesis de la existencia de variables mediadoras o, como apuntan Gibbons y colaboradores (2006), la necesidad de adaptar la evaluación de la autorregulación a las características específicas de estas edades.

Para subsanar estas dificultades, sería necesario que otros estudios utilizaran instrumentos de evaluación más ajustados a las características específicas de estas edades, junto con una muestra mayor y más representativa. De esa forma sería posible obtener resultados más pertinentes para la comprensión y/o explicación de los diferentes padrones de consumo de sustancias y, de esta forma, poder delimitar estrategias para su prevención.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aubrey, L. L., Brown, J. M., y Miller, W. R. (1994). Psychometric properties of a self-regulation questionnaire. *Alcoholism: Clinical y Experimental Research*, 18, 429.
- Balsa, C. (2003). *Inquérito nacional de saúde ao consumo de substancias psicoactivas na população portuguesa 2001*. Lisboa: Ministério da Saúde. Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder and self-regulation. In R. F. Baumeister y K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 301-323). New York: Guilford.
- Baumeister, R. F. y Vohs, K. D. (2004). *Handbook of Self-Regulation: Research, Theory, and Applications*. New York: Guilford.
- Becoña, E., Minguez, M.C., López, A., Vázquez, M.J. y Lorenzo, M.C. (2006). Resiliencia y consumo de alcohol en jóvenes. *Revista Salud y Drogas*, Vol. 6, 1, 89-111.
- Benard, B. (1991). *Fostering Resiliency in Kids: Protective Factors in the Family, School, and Community*. San Francisco: Far West Laboratory for Educational Research and Development
- Brown, J. M., Baumann, B. D., Smith, C. D., y Etheridge, S. L. (1997). *Self-regulation, extroversion, and substance abuse among college students*. Paper presented at the Research Society on Alcoholism, San Francisco.
- Brown, J. M., Miller, W. R., y Lawendowski, L. A. (1999). The Self-Regulation Questionnaire. In L. VandeCreek y T. L. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: A sourcebook* (Vol. 17, pp. 281-292). Sarasota: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Calleja, F. G., Señorán, M.M., y González, S.G., (1996). Consumo de drogas en la adolescência. *Psicothema*, 8 (2), 257-267.
- Cameron, L. D. y Leventhal, H. (2003). *The self-regulation of health and illness behaviour*. New York: Routledge.
- Carey, K.B., Neal, D.J., Collins, S.E., (2004). A psychometric analysis of the self-regulation questionnaire. *Addictive Behaviors*, 29, 253-260.
- Carver, C. S., y Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.

- Carver, C. S., y Scheier, M. F. (1999). Themes and issues in the self-regulation of behavior. In R. S. Wyer, Jr. (Ed.), *Advances in social cognition* (Vol. 12, pp. 1-105). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Castro, M.I. (2004). Do prazer à dependência. *Revista Toxicodependências*, 10 (3), 49-56.
- Constantine, N.A., Benard, B., y Díaz, M. (1999). Measuring Protective Factors and Resilience Traits in Youth: The Healthy Kids Resilience Assessment. *Paper presented at the Seventh Annual Meeting of the Society for Prevention Research, New Orleans*. Disponível online in <http://crahd.phu.org/papers/HKRA-99.pdf> (Consultado em Maio de 2007).
- Costa, N.F., y Marques, R. (2002). Representações mentais de substâncias psicoativas. *Revista Toxicodependências*, 8 (1), 3-12.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., y Rasmussen, V.B. (2004). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Geneva: World Health Organization.
- Delgado, B., Bautista, R., Inglês, C.J., Espada, J.P., Torregrosa, M.S., y García-Fernández, J.M. (2005). Diferencias de género en el consumo de alcohol y tabaco de estudiantes de educación secundaria obligatoria. *Salud y Drogas*, 5 (2), 55-66.
- Díaz, R., y Fruhauf, G. (1991). The origins and development of self-regulation: A developmental model on the risk for addictive behaviours. In N. Heather, W. Miller, y J. Greely (Eds.), *Self-control and the addictive behaviours*. Sydney: Maxwell Macmillan.
- Dillon, D., Chivite-Matthews, N., Grewal, I., Brown, R., Webster, S., Weddell, E., Brown, G., y Smith, N. (2007). *Risk, protective factors and resilience to drug use: identifying resilient young people and learning from their experiences*. London: Home Office. Disponible online em <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs07/rdsolr0407.pdf> (Consultado em Maio de 2007).
- Dishion, T. J., y Connell, A. (2006). Adolescents' resilience as a self-regulatory process: Promising themes for linking intervention with developmental science. In B. M. Lester, A. Masten y B. McEwen (Eds.), *Resilience in children* (pp. 125-138). Boston: New York Academy of Sciences.
- Espada, J.P., Griffin, K.W., Botvin G.J., y Méndez, X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 84, 9-17.
- Farrington, D.P. (2000). Explaining and preventing crime: The globalization of knowledge. *Criminology*, 38 (1), 1-24.

- Fergus, S. y -Zimmerman-, M.A. (2005). Adolescent resilience: A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419.
- Ferreira-Borges, C., Filho, H.C., y Ramos, P.P. (2006). Prevalência e determinantes psicossociais do consumo de tabaco em jovens do 2.o e 3.o ciclo do ensino básico do concelho de Cascais: o papel da família e do contexto. *Revista toxicodependências*, 24 (2), 41-54.
- Filho, H.C., (2005). Necessidades de intervenção no consumo de álcool, tabaco e outras drogas em Portugal *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23 (2), 77-88.
- García del Castillo, J.A. (2007). *Mi hijo, las drogas y yo*. Madrid: EDAF (4ª Edición).
- Gibbons, F.X., Gerrard, M., Reimer, R.A., y Pomery, E.A. (2006). Unintentional behavior: A subrational approach to health risk. In D. Ridder y J. de Wit (Eds.), *Self-regulation in Health Behavior* (pp. 45-70). Chichester: John Wiley y Sons.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., y Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 64-105.
- Hull, J.G., y Slone, L.B. (2004). Self-regulatory failure and alcohol use. In R.F. Baumeister y K.D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 466-491.). New York: Guilford Press.
- Inglés, C.J., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M.S., Espada, J.P., García-Fernández, J.M., Hidalgo, M.D., y García-Lopez, L.J., (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 403-420.
- Jarvis, M. J. (2004). Why people smoke. *British Journal of Medicine*, 328, 277-279.
- Kandel, D. (2003). *Stages and pathways of drug involvement: examining the gateway hypothesis*. New York: Cambridge.
- Kandel, D.B., Yamaguchi, K., y Chen, K. (1992). Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence to the gateway theory. *Journal of Studies on Alcohol*, 53(5) 447-457.
- López, C; García-Rodríguez, J.A., Jover, M.C., y Sánchez, C. (2001). *Fundamentos básicos sobre alcohol, tabaco y otras drogas*. Alicante: INID.
- Matos, M., y Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro Anos Depois)*. Edições FMH: Lisboa.
- Medina-Mora, M.E., Peña-Corona, M.P., Cravioto, P., Villatoro, J., y Kuri, P. (2002). Del tabaco al uso de otras drogas: El uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas? *Salud Pública de México*, 44 (5), 109-115.

- Neal, D.J., y Carey, K.B. (2005). A Follow-Up Psychometric Analysis of the Self-Regulation Questionnaire. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19 (4), 414–422.
- Novak, S. P., y Clayton, R. R. (2001). The influence of school environment and self-regulation on transitions between stages of cigarette smoking. *Health Psychology*, 20, 196-207.
- Organização Mundial de Saúde (2004). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva: World Health Organization.
- Pascual, F. (2004). *Historia del alcohol y el alcoholismo*. Valencia: Dirección General de Drogodependencias. Generalitat Valenciana.
- Plan Nacional sobre Drogas (2006). *Informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2006-2007*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ridder, D., y de Wit, J. (Eds.) (2006). *Self-Regulation in Health Behavior*. Chichester: Wiley.
- Straus R. (1988). Interdisciplinary biobehavioral research on alcohol problems: a concept whose time has come. *Drugs and Society*, 2(4), 33-48.
- Sussman, S., Unger, J.B., y Dent, C.W. (2004). Peer group self-identification among alternative high school youth: A predictor of their psychosocial functioning five years later. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 9-25.