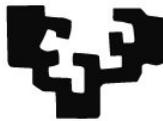


# **RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO Y EL CONSUMO DE DROGAS EN LOS JÓVENES DEL PAÍS VASCO**

---

TRABAJO DE FIN DE GRADO

eman ta zabal zazu



Universidad  
del País Vasco

Euskal Herriko  
Unibertsitatea

Trabajo realizado por: Lidia Pérez Garrido

Dirigido por: Natalia Alonso Alberca

Grado en Criminología

Facultad de Derecho

Universidad del País Vasco/ Euskal Herriko Unibertsitatea

Curso 2021/2022



## **Resumen**

El consumo de drogas ha estado presente siempre en nuestra sociedad, donde, a lo largo del tiempo, se le ha dado uso de diferentes formas. Sin embargo, a día de hoy se ha convertido en un problema, debido a las consecuencias negativas que produce el consumo de estas sustancias psicoactivas. Se trata de un fenómeno, que afecta en gran medida a los y las jóvenes, ya que es en la adolescencia cuando un gran número de ellos se inicia en el consumo de drogas, y si se adquiere un hábito, este uso puede derivar en un abuso y más tarde en una adicción. Por ello, este trabajo aborda, cuestiones generales en torno a las drogas, los factores de riesgo que promueven el uso de las mismas, los diferentes modelos que explican el inicio y el desarrollo del consumo de las sustancias psicoactivas, así como las diferentes consecuencias del uso de las mismas, como lo es la comisión de delitos. Todo ello, dirigido al desarrollo de una investigación, con la cual se pretende profundizar en la percepción de riesgo sobre el consumo de drogas de los jóvenes comprendidos entre los 18 y 27 años del País Vasco, y analizar la relación que ésta tiene en el inicio y frecuencia de consumo de diferentes drogas. Entendiendo la percepción de riesgo como un concepto en el que interaccionan variables como la percepción social, las consecuencias negativas esperadas del consumo, la información que se tenga sobre estas sustancias, la actitud hacia el consumo y los motivos para consumir.

**Palabras clave:** drogas, jóvenes, percepción de riesgo, actitud hacia el consumo de drogas, delitos.

## **Abstract**

Drug use has always been present in our society, where, over time, it has been used in different ways. However, today it has become a problem, due to the negative consequences caused by the consumption of these psychoactive substances. It has become a phenomenon that greatly affects young people, because it is in adolescence when a large number of people start using drugs, and if a habit is acquired, this use can lead to an abuse and later an addiction. For this reason, this work presents general issues about drugs, the risk factors that promote their use, the different models that explain the beginning and the progress of the consumption of psychoactive substances, as well as the different consequences of drug use, as is the commission of crimes. All this, aimed at the development of an investigation, with which it is intended to study in more detail

the perception of risk on the consumption of drugs of young people between 18 and 27 years old in the Basque Country, and analyze the relationship that this has in the beginning and frequency of consumption of different drugs. Understanding the perception of risk as a concept formed of variables such as social perception, the expected negative consequences of consumption, the information available about these substances, the attitude towards consumption and the reasons for consuming.

**Keywords:** drugs, young people, risk perception, attitude towards drug use, crimes.

### **Laburpena**

Drogen kontsumoa beti egon da presente gure gizartean, eta denboran zehar hainbat modutan erabili izan da. Hala ere, gaur egun arazo bihurtu da substantzia psikoaktibo horien kontsumoak eragiten dituen ondorio negatiboengatik eta neurri handi batean gazteei eragiten die; izan ere, nerabezaroan hasten dira pertsona asko drogak kontsumitzen, eta ohitura hartuz gero, erabilera horrek abusua eragin dezake, eta, geroago, mendekotasuna. Horregatik, lan honek drogen inguruko gai orokorrak aztertzen ditu: drogen inguruko gai orokorrak, drogen erabilera sustatzen duten arrisku-faktoreak, substantzia psikoaktiboen kontsumoaren hasiera eta garapena azaltzen duten ereduak eta substantzia psikoaktiboen erabileraren ondorioak delituak egitea. Lan honetan aurrekezten dena Euskal Autonomia Erkidegoko 18 eta 27 urte bitarteko gazteek drogen kontsumoari buruz duten arrisku-pertzepzioan sakontzeko eta drogak kontsumitzen hastean eta drogen maiztasunean duten harremana aztertzeko ikerketa bat garatzera bideratuta dago. Arriskuaren pertzepzioa kontzeptu bat da, eta hainbat aldagaik elkar-eragiten dute, hala nola gizarte-pertzepzioak, kontsumoaren ondorio negatiboak, substantzia horiei buruz izaten den informazioak, kontsumoarekiko jarrerak eta kontsumitzeko arrazoiak.

**Gako hitzak:** drogak, gazteak, arrisku-pertzepzioa, drogen kontsumoarekiko jarrera, delituak.



# ÍNDICE

<b>Introducción</b>	<b>7</b>
<b>Conceptos en torno a las drogas</b>	<b>8</b>
¿Qué es una droga?	8
Clasificación de las drogas	9
Las drogas depresoras	10
El alcohol	10
Los opioides	11
Las drogas estimulantes	12
La cocaína	12
La nicotina	13
Las drogas psicodélicas	13
El cannabis	13
El MDMA	14
El LSD	14
Estatus legal de las distintas drogas	15
Evolución histórica del consumo de drogas	18
Uso, abuso y dependencia	21
Del uso hacia la dependencia	23
<b>¿Por qué se inicia el consumo?</b>	<b>24</b>
Los factores de riesgo y protección	24
Factores familiares	25
Factores comunitarios	27
Factores entre iguales	29
Factores individuales	31
<b>¿Por qué se continúa con el consumo de drogas?</b>	<b>34</b>
Modelos explicativos del consumo de drogas	34
Modelo biomédico	35
Modelo biopsicosocial	36
Modelo sociocultural	38
<b>Consecuencias negativas derivadas del consumo de drogas</b>	<b>38</b>
La adicción	39
Consecuencias a nivel individual y social	40
Delitos y consumo de drogas	43
<b>Estudio empírico</b>	<b>46</b>
Fundamentación	47
Los jóvenes y el consumo de drogas	47

Prevalencia del consumo de drogas	48
Objetivos	50
Metodología	51
Descripción de la muestra	51
Variables del estudio	52
Diseño	55
Instrumentos	55
Procedimiento	58
Análisis de datos	58
Resultados	60
Análisis descriptivos	60
Hábitos de consumo de las diferentes drogas	60
Percepción social sobre el consumo de drogas	64
Percepción de daños y riesgos vinculados al uso de las sustancias psicoactivas	65
Conocimientos sobre las drogas y motivaciones para consumir	65
Delitos y drogas	68
Análisis de las diferencias entre grupos en las variables de interés	70
Identificación de los predictores del consumo de drogas	76
Discusión	80
<b>Conclusión</b>	<b>84</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>88</b>
<b>Informe ejecutivo</b>	<b>98</b>
<b>Anexos</b>	<b>107</b>
Anexo I: Memoria para el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH)	108
Anexo II: Informe favorable obtenido del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH)	131
Anexo III: Cuestionario sobre el consumo de drogas	133

## **1. Introducción**

El consumo de drogas ha estado presente en las sociedades, a lo largo de la historia, donde las personas han hecho uso de ellas de diferentes formas, pero es en los últimos años cuando este fenómeno se ha convertido en un problema social, debido al uso que se le da a las mismas y los efectos perjudiciales que entrañan. El consumo de drogas se ha convertido en un fenómeno que afecta a la población juvenil, siendo en la adolescencia cuando mayoritariamente se empieza con el consumo, pudiendo éste evolucionar hacia un abuso de estas sustancias y, más tarde, hacia una adicción. Es esta problemática la que ha desencadenado que los diferentes gobiernos adopten medidas para su control, mediante la legalización o ilegalización de estas sustancias, con el objetivo de prevenir y luchar contra el uso de las mismas, así como hacer frente al tráfico ilícito que surge en torno a ellas. Sin embargo, esto no ha impedido que las drogas sigan formando parte de la vida en las sociedades modernas.

Dada su relevancia, este fenómeno ha motivado la realización de múltiples estudios y la elaboración de teorías para dar una explicación del mismo. Es por ello que, en este trabajo, se ha hecho un recorrido por algunas de dichas investigaciones para plasmar en él la información relevante sobre el consumo de drogas. Así, se comienza con una aclaración del concepto de droga, aportando una definición de la misma, el estatus legal que ocupan, así como se abordan diferentes sustancias existentes a día de hoy, entre otros. Además, se ahonda en los factores de riesgo que pueden propiciar conductas de consumo, a lo que siguen los modelos teóricos que ayudan a comprender cómo se inicia y desarrolla el consumo de drogas, para concluir con las consecuencias que estas sustancias psicoactivas tienen tanto a nivel individual como social. Todo ello, conforma la base teórica de un estudio empírico del cual, los y las jóvenes del País Vasco son la población de referencia, y que pretende conocer cómo influye la percepción de riesgo en la frecuencia de consumo de las principales drogas. En él, se profundiza además en otros elementos vinculados como la percepción social respecto al consumo o el inicio del mismo. Por último, se trata de identificar si existe una relación entre el consumo de drogas y la comisión de delitos.

## **2. Conceptos en torno a las drogas**

### **2.1. ¿Qué es una droga?**

No existe una definición unívoca para referirse al término “droga”. Esto se debe a que, la palabra droga se utiliza tanto para referirse a fármacos de prescripción, como a las sustancias psicoactivas sin un fin terapéutico (Caudevilla, 2007). En este sentido Alonso y colaboradores, en 2004 distinguen dos concepciones:

- a) Para la medicina la droga se “refiere a cualquier sustancia con capacidad para prevenir o curar enfermedades o mejorar el bienestar físico o mental” (Sanz et al., 2004, p. 64).
- b) Para la farmacología se trataría de “cualquier agente químico que altera los procesos fisiológicos bioquímicos de tejidos u organismos” (Sanz et al., 2004, p. 64).

En cualquiera de los casos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se proclama al respecto y en 1969 define el término droga como “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones” (Caudevilla, 2007). Esta definición es muy amplia ya que engloba en ella a los fármacos, las sustancias psicoactivas, las sustancias químicas o tóxicas para el organismo y muchas clases de plantas (Caudevilla, 2007).

Ya en 1982, la OMS intenta concretar en la definición de droga, teniendo lugar la explicación del término droga de abuso, es decir “aquella de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser autoadministrada” (Lorenzo, 2009). Definición que se acerca más a lo que de manera coloquial conocemos como droga. Asimismo, para que una sustancia sea considerada como droga deben de cumplirse las siguientes condiciones (Lorenzo, 2009):

- Carácter psicoactivo, es decir, ser sustancias que al ser introducidas en un organismo estas produzcan cambios o alteraciones en las funciones psíquicas del mismo.
- Tener una acción reforzadora positiva, lo que se entiende como la necesidad que tiene una persona por repetir su consumición, debido al placer que generan estas sustancias.
- Dependencia física y/o somática, es decir el dejar de consumir la sustancia genera un malestar psíquico y/o somático.

- Son sustancias que no tienen ninguna función médica y si la tienen, ésta no se utiliza con dichos fines.

Teniendo en cuenta todas estas características, el término droga se refiere a “aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia psicológica y, también, física, y que ocasionan, en muchos casos, un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social” (Lorenzo, 2009, p.3). Es por ello que se debe considerar, según esta definición, como drogas, tanto a las de uso legal, el alcohol y el tabaco, como las de uso ilegal, como la heroína, la cocaína, el hachís, las drogas de síntesis, etc. (Becoña, 2002).

## **2.2. Clasificación de las drogas**

Son varias las formas en las que se puede clasificar las drogas, debido a que éstas se estudian desde diferentes perspectivas (Gobierno de La Rioja, s.f). Entre ellas se encuentran la clasificación según su estatus legal, distinguiendo de esta manera entre drogas legales e ilegales. Así por ejemplo el alcohol y el tabaco son sustancias que se encuentran permitidas. Mientras que el resto son sometidas a diferentes regulaciones. Otra manera de clasificarlas es atendiendo a su origen, distinguiéndose entre drogas naturales, es decir aquellas que aparecen en la naturaleza de forma natural, como los hongos, o las drogas sintéticas, es decir las sustancias que necesitan de procesos químicos para su elaboración. Asimismo, también se pueden distinguir las drogas por su peligrosidad para la salud, encontrándonos con las drogas duras, que son aquellas que producen graves daños para la salud, y las drogas blandas, las cuales se entienden como menos peligrosas para la misma (Caudevilla, 2007). Sin embargo, una de las clasificaciones más utilizadas, es la que divide a las drogas en tres grandes grupos en función de sus efectos sobre el sistema nervioso central (SNC), distinguiéndose de esta manera las drogas depresoras, las estimulantes y las psicodélicas (Gobierno de La Rioja, s.f). A continuación, se profundizará en este modo de clasificación, introduciendo en cada grupo algunas de las drogas más sonadas que pertenezcan al mismo, explicando brevemente sus características fundamentales.

## **2.2.1. Las drogas depresoras**

Las drogas depresoras son aquellas que enlentecen el funcionamiento del sistema nervioso central. Alteran la concentración y el juicio, disminuyen la atención en los estímulos externos, asimismo producen una sensación de bienestar, sedación, relajación y disminuye la tensión. Entre las drogas depresoras más comunes nos encontramos con el alcohol y los opiáceos, como la morfina y heroína (Gobierno de La Rioja, s.f).

### **2.2.1.1. El alcohol**

El consumo de alcohol se encuentra muy arraigado en la cultura española, convirtiéndose en una de las sustancias psicoactivas más utilizadas por los individuos (Becoña, 2002). Se trata de una sustancia de fácil absorción por parte de nuestro cuerpo y es rápidamente llevado a través del sistema circulatorio, a los tejidos y al cerebro (Hunt, 1993, citado por Becoña, 2002). El alcohol a pequeñas dosis posee efectos estimulantes, produce una reducción de la tensión y es utilizada como forma de enfrentarse a ciertas situaciones sociales (Calimari y Cox, 1996, citado por Becoña, 2002). Sin embargo, en dosis más elevadas produce distintos estados de embriaguez, característicos de las drogas depresoras. En este sentido, resaltan las alteraciones en el rendimiento neuropsicomotor, entorpeciendo el funcionamiento del SNC, una mala coordinación motora y un mal funcionamiento cognitivo. Es por ello que el consumo excesivo de esta sustancia es una de las primeras causas de accidentes de tráfico y laborales, produciendo, también, desajustes en las relaciones familiares, sociales y laborales (Baulenas et al., 2000).

En relación con lo anterior, una ingesta excesiva de esta droga tiene efectos dañinos en la salud de la persona, produciendo lesiones hepáticas, enfermedades en el aparato digestivo, cáncer, enfermedades en el páncreas, entre otras. Asimismo, también se produce un desgaste en las relaciones familiares, ya que es la propia familia la que sufre las consecuencias del alcoholismo, como son las conductas agresivas hacia los diferentes miembros de la misma. Esto se traduce en el desajuste familiar, la separación conyugal o la disgregación familiar (Becoña, 2002).

En añadido, el consumo continuado de grandes cantidades de alcohol produce la tolerancia y un estado de dependencia, una persona acostumbrada a grandes ingestas de alcohol reacciona mejor a tareas complejas que una persona no “entrenada” en este

comportamiento. Asimismo, se llega a producir una abstinencia menor, la cual aparece pasado 6-8 horas después de tomar por última vez la droga y desaparece pasadas las 48 horas. Sin embargo, en personas acostumbradas a elevadas cantidades de alcohol, aparece una abstinencia mayor que se origina a las 24 horas de la supresión de la sustancia y desaparece pasadas las 48-72 horas (Baulenas et al., 2000).

#### **2.2.1.2. Los opioides**

Los opioides son los fármacos analgésicos más utilizados, estos actúan en el sistema nervioso central afectando a los sistemas que regulan los mecanismos del dolor y del placer (Baulenas et al., 2000). La morfina fue el primer opiáceo que se sintetizó. Debido a su mala absorción por vía oral esta se administra por vía subcutánea, intravenosa o intramuscular, convirtiéndose en el principal analgésico para aliviar el dolor (Baulenas et al., 2000; Becoña, 2002). Más tarde, se crea la heroína, como herramienta utilizada en los tratamientos para las personas adictas a la morfina. Sin embargo, esta droga tiene un efecto más potente, es decir, con una cantidad menor de la sustancia se producen efectos equiparables a los de la morfina (Baulenas et al., 2000). Asimismo, otro opioide que se elabora es la metadona, si la heroína aparece como método de combatir la adicción de la morfina, la metadona lo hace como sustitutivo de la heroína en los tratamientos para la reducción de su consumo (Becoña, 2002).

Cuando en un contexto médico se hace uso de la morfina, ésta tiene efectos analgésicos, siendo extraño que los pacientes tengan efectos eufóricos. Sin embargo, el uso de la heroína en un contexto diferente al clínico produce diferentes efectos (Baulenas et al., 2000). En este sentido, la primera ingesta de heroína produce náuseas, disforia y vómitos. No obstante, si el consumo se repite aparecen la euforia, la reducción de la ansiedad y el placer. La sensación de euforia más intensa aparece en los primeros 15 minutos, los cuales darán paso a un estado de bienestar que dura de 3 a 6 horas. Para después sentir un deseo muy intenso de volver a consumir la droga (Becoña, 2002). Si la ingesta de heroína es continuada, pronto se crea una alta tolerancia y, por lo tanto, también de adicción, que provoca el suministro de mayores cantidades de droga para obtener los efectos deseados (Baulenas et al., 2000).

En relación al síndrome de abstinencia, este aparece, aproximadamente, 8 horas después del último consumo, alcanzando su punto crítico a las 48-72 horas, desapareciendo a las varias semanas después (de 7-10 días) (Becoña, 2002).

## **2.2.2. Las drogas estimulantes**

Las drogas estimulantes son aquellas que producen una aceleración de las funciones del sistema nervioso central. De este modo sus efectos son el producir una sensación de euforia, desinhibición, agresividad, irritabilidad, menor cansancio, menor control de las emociones, excitación y disminución del sueño. Entre las drogas estimulantes nos podemos encontrar con la cocaína, las anfetaminas y la nicotina, entre otras (Gobierno de La Rioja, s.f).

### **2.2.2.1. La cocaína**

Uno de los principales efectos de la cocaína se produce a nivel neurológico, y es que esta aumenta la actividad del sistema neurotransmisor dopaminérgico (Martínez et al., 2009), lo que quiere decir es que, el consumir cocaína ayuda a la liberación de dopamina en el espacio que se encuentra entre las neuronas. En el funcionamiento normal del cerebro, la dopamina sería devuelta a la neurona mediante un transportador de la dopamina, pero a la hora de consumir cocaína es esta droga la que ocupa el lugar en el transportador, haciendo que la dopamina se acumule en el espacio entre las neuronas. Esto provoca en la persona consumidora euforia, aumento de energía, agudeza mental, aumenta la concentración y la atención, disminuye el sueño y el apetito, hiper sexualidad y tendencia a la violencia (Becoña, 2002; Martínez et al., 2009). Asimismo, el consumo continuado disminuye la sensibilidad ante las emociones y las gratificaciones, y puede provocar ideas paranoides de persecución y grandeza, cambios bruscos del ánimo, psicosis cocaínica e irritabilidad (Martínez et al., 2009).

Por otro lado, la cocaína es una sustancia que produce fácilmente la tolerancia y un alto grado de dependencia psicológica. En el momento en que se deja de consumir se produce un fuerte síndrome de abstinencia, en el que la persona sufre de disforia, enfermedades gastrointestinales y un deseo intenso de volver a consumir (craving) (Becoña, 2002).

### **2.2.2.2. La nicotina**

La nicotina es una sustancia que se encuentra en la planta del tabaco y se consume, normalmente, fumando en forma de cigarrillos. Esta sustancia produce una gran tolerancia y genera una alta dependencia lo que convierte el dejar de fumar en una odisea. Lo que diferencia a la nicotina del resto de sustancias es que esta no influye en

el área laboral, social o familiar, o los problemas que puedan surgir no son lo suficientemente graves como para que no puedan ser manejados por la persona. Sin embargo, fumar tabaco tiene graves repercusiones en la salud, ya que en los fumadores más graves puede ocasionar cánceres de pulmón, problemas circulatorios, bronquitis crónica, etc. y en muchas ocasiones se puede dar la muerte de la persona (Becoña, 2002). Asimismo, estos problemas en la salud no son producidos de manera única por la nicotina, sino que también influye el monóxido de carbono y los compuestos del alquitrán que se encuentran presentes en el humo inhalado (Baulenas et al., 2000).

Por otro lado, en relación al síndrome de abstinencia, este se caracteriza por su dureza. Normalmente, este síndrome dura entre uno y dos días después del cese de fumar y va descendiendo pasadas las siguientes dos semanas. En este periodo están presentes la irritabilidad, alteraciones del sueño, pereza, trastornos gastrointestinales, etc. Además, el deseo de fumar puede continuar años después de dejar de fumar, sobre todo cuando el individuo se encuentra en situaciones estresantes (Baulenas et al., 2000).

### **2.2.3. Las drogas psicodélicas**

Las drogas psicodélicas son aquellas que producen un estado de conciencia alterado, distorsionan las sensaciones y la percepción, alterando el estado de ánimo y los procesos de pensamiento (Lorenzo, 2009; Gobierno de La Rioja, s.f). Asimismo, producen imágenes sensoriales sin existir, en la realidad, una entrada sensorial, es decir causan alucinaciones. Las drogas psicodélicas por excelencia son el cannabis, el LSD y el MDMA, entre otras sustancias (Lorenzo, 2009).

#### **2.2.3.1. El cannabis**

El cannabis es una planta, cuyas hojas se fuman. Su principal componente activo es el *tetrahidrocannabinol* (THC). Actualmente, se trata de la droga ilegal más consumida, asociada a la vida recreativa y al tiempo de ocio. Una consumición continuada de esta droga produce la tolerancia y la dependencia (Becoña, 2002). Sin embargo, “un consumidor habitual de cannabis puede prescindir de la droga con facilidad” (Baulenas et al., 2000, p. 158), produciendo una compatibilidad con la vida social, al igual que lo es un consumidor moderado de alcohol (Baulenas et al., 2000).

En relación a los efectos producidos, estos se hacen evidentes de manera casi inmediata tras su ingesta, durando de dos a tres horas. Produce relajación, desinhibición,

alegría desmedida, aumento del ritmo cardiaco, sequedad de boca, percepción distorsionada, disminución del tiempo de reacción, dificultad para pensar y de coordinación. Además, estos efectos se encontrarán aún en el individuo días después de darse el consumo (Martínez et al., 2009). Asimismo, el THC puede ocasionar episodios psicóticos, además induce a la aparición de la esquizofrenia en aquellas personas que se encuentran predispuestas genéticamente para ello (Becoña, 2002). En añadido, un consumo continuado en el tiempo acaba produciendo ansiedad y depresión, agresividad, irritabilidad, provoca una disminución del apetito y del sueño, que ceden una vez se deja de consumir (Martínez et al., 2009).

#### **2.2.3.2. EI MDMA**

El MDMA también conocido como éxtasis, se suele consumir en forma de pastilla. Sus efectos comienzan transcurridos 20-60 minutos, y estos continuarán hasta las 4 o 6 horas (Martínez et al., 2009). Esta droga altera el estado de ánimo y la percepción. Ocasiona, en el consumir, una sensación de aumento de energía, de calidez emocional y de placer. Asimismo, distorsiona la percepción, tanto temporal como sensorial. El consumo de MDMA aumenta la presencia de tres sustancias en el cerebro; la dopamina, la norepinefrina y la serotonina. La presencia de la primera aumenta la euforia y la energía. En añadido la norepinefrina acelera el ritmo cardíaco y eleva la presión sanguínea. Para acabar, la elevada cantidad de serotonina influye en un estado de ánimo elevado, en una mayor cercanía y empatía hacia los demás (National Institute on Drug Abuse, 2018).

#### **2.2.3.3. EI LSD**

El LSD es una sustancia psicodélica que produce efectos muy intensos. La primera experiencia con esta sustancia suele ser negativa, lo que ocasiona que muchos dejen de consumirla (Becoña, 2002). Sin embargo, para aquellos que deciden continuar con su uso, las primeras reacciones ante esta sustancia aparecen después de 30 a 90 minutos de su ingesta, estos alcanzan su pico transcurridas las 5 horas, momento en el cual los efectos van en descenso, pudiendo durar hasta las 12 horas. Entre sus principales efectos destacan los cambios en la percepción (visual y temporal), pudiendo alcanzar un estado de hipersensibilidad en el que se producen ilusiones. Asimismo, “destacan los cambios en el umbral emocional frente a los estímulos externos”

(Baulenas et al., 2000, p. 166), es decir, los asuntos más mundanos pueden adquirir un significado extraordinario para el consumidor (Baulenas et al., 2000). En añadido, la persona bajo los efectos de esta droga presenta una dificultad para expresar verbalmente sus propios pensamientos (Becoña, 2002).

Un efecto secundario que puede tener la ingesta de esta sustancia, son las reacciones de pánico, los *flashbacks* o el volver a experimentar lo que ocurrió durante la intoxicación, pero sin haber consumido en ese momento (Becoña, 2002).

Aquellos que consumen LSD pronto empiezan a desarrollar un alto grado de tolerancia, por lo que requerirá de cantidades mayores de la sustancia para que se produzcan los mismos efectos. Sin embargo, esta tolerancia es de corta duración, ya que ésta desaparecerá en varios días si el consumidor deja de tomar LSD, además de que los síntomas que se producen normalmente por la abstinencia no se padecen por aquellas personas que suspenden el uso continuado de LSD (*Efectos del LSD, volverte loco en un mundo irreal*, 2021).

### **2.3. Estatus legal de las distintas drogas**

Motivadas por los diferentes problemas sociales y sanitarios como consecuencia del uso de ciertas sustancias psicoactivas, y con el objetivo de prevenir y luchar contra un mal uso de las sustancias ya mencionadas, así como hacer frente al tráfico ilícito que surge en torno a las mismas, es necesaria la adopción de medidas para evitar el uso indebido de las drogas, sin restringir la disponibilidad hacia la comunidad de médicos o científicos para la investigación de las sustancias psicotrópicas. Para que tales medidas sean eficaces, se requiere una acción consensuada y universal (Convenio sobre sustancias psicotrópicas, 1971).

En relación a ello, en 1961, las Naciones Unidas realizan conferencias periódicas sobre la fiscalización de las drogas, las cuales tienen como consecuencia la elaboración de tres importantes tratados internacionales en torno a este tema (United Nations, s.f.).

1. “La Convención Única de Estupefacientes” es el primero de los tratados, el cual fue adoptado en una conferencia de la ONU realizada en 1961 en Nueva York. Esta convención se elabora con el objetivo de “combatir el consumo de drogas mediante una intervención internacional coordinada y limitar la posesión,

consumo, comercio, distribución, importación, exportación, fabricación y producción de drogas únicamente con fines médicos y científicos. También estaba destinado a luchar contra el tráfico de drogas mediante la cooperación internacional para disuadir a los traficantes de drogas” (United Nations, s.f.). Más tarde, en 1972, tras una conferencia de la ONU en Ginebra, esta primera convención se ve modificada por el “Protocolo que modifica la Convención Única sobre Estupefacientes”.

2. En el año 1971 se adopta “El Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971” en Viena. En él se establece un sistema de fiscalización internacional en materia de drogas. Este convenio teniendo en cuenta la expansión de las diferentes drogas y el uso ilícito que se le da a las mismas, establece una serie de controles sobre las drogas sintéticas en función de su uso ilícito y de su valor terapéutico (United Nations, s.f.).
3. El último de los convenios del año 1988, es la “Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas”. En él se establecen medidas contra el tráfico de drogas y contra el lavado de dinero (United Nations, s.f.). Además, se propone fortalecer los “medios jurídicos eficaces de cooperación internacional en asuntos penales” (Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, 1988, p.1). En definitiva, el objetivo es elaborar una herramienta completa, eficaz y operativa, dirigida al tráfico ilegal de drogas, en la que se tenga en consideración los diferentes aspectos del problema (Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, 1988).

Este trío de convenios forma los principales tratados en materia de fiscalización internacional de drogas, vigentes en la actualidad (United Nations, s.f.).

Es necesario destacar que, debido a la preocupación por la salud física y social de la humanidad producido por el uso indebido de las sustancias psicoactivas, las Naciones Unidas, en el convenio de 1971, realiza una clasificación entre las drogas legales e ilegales, atendiendo a los daños producidos por dichas sustancias. Es de esta forma que las drogas se dividen en función de su peligrosidad en cuatro listas, siendo la

primera de ellas las drogas más dañinas y la última lista contiene las drogas menos peligrosas (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, 2020):

- La lista I incluye drogas como la heroína, el LSD, el MDMA (éxtasis), el THC (cannabis) entre otras.
- En la lista II figuran la morfina, las anfetaminas, la metanfetamina, etc.
- En la lista III se encuentran algunos barbitúricos, hipnóticos y narcóticos analgésicos, como el ciclobarbital, la glutetimida y la pentazocina.
- La lista IV, al igual que la anterior, contiene barbitúricos, hipnóticos, analgésicos y ansiolíticos, tales como el butobarbital, el etclorvinol, la lefetamina y el lorazepam.

Dicho esto, según el “Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971” en sus artículos 7 y 9, expone los momentos y por quienes pueden ser utilizadas las sustancias de las diferentes listas. En lo que respecta a la Lista I, el artículo 7 dice que el uso de estas drogas estará prohibido, salvo la utilización que de estas sustancias hagan un grupo limitado de profesionales debidamente autorizados con fines científicos o médicos, en unas instalaciones aprobadas para ello. Asimismo, será necesario para la fabricación, el comercio, distribución y posesión emitir unas licencias o autorizaciones previas.

Por otro lado, el artículo 9 del mismo convenio expresa que las sustancias de las Listas II, III y IV deben de ser suministradas bajo el amparo de una receta médica cuando estas vayan a ser utilizadas por particulares, salvo que estos puedan de manera legal usar u obtener dichas sustancias en el desempeño de sus labores terapéuticas o de investigación.

De esta forma queda patente que existe una profunda diferencia entre la primera de las listas y el resto de ellas, ya que las drogas que se encuentran en ésta, por su peligrosidad, se ha llevado a su prohibición. Además, cabe destacar que el alcohol y el tabaco, las sustancias más arraigadas en nuestra sociedad, no se encuentran clasificadas en ninguna de las listas pese a sus evidentes consecuencias negativas.

Respecto al riesgo del consumo de las distintas drogas, Nutt (2010) realizó un análisis de las 20 drogas legales e ilegales más utilizadas en Gran Bretaña, estableciendo dieciséis criterios ponderados con un sistema de 100 puntos (*Las 20 drogas más peligrosas*, s.f.). Estos criterios se dividen en dos grandes grupos:

1. El daño generado al propio usuario, divididos a su vez en daños físicos (mortalidad directa e indirecta y daños directos e indirectos), daños psicológicos (la dependencia y el impedimento de una correcta función mental por el efecto de la sustancia) y en daños sociales (pérdidas económicas y pérdidas de relaciones humanas).
2. El daño a terceros, se divide a su vez en daños físicos (lesiones accidentales y lesiones asociadas con el consumo de una sustancia), daños sociales (la criminalidad), daños económicos, daños en las relaciones familiares, daños internacionales, daños a la comunidad y daños ambientales (Tagliazucchi et al., 2017).

De esta propuesta (Nutt, 2010) se concluyó que el alcohol es la sustancia que tiene mayor impacto social con una puntuación de 46 puntos sobre 54 (daño social). Por debajo del alcohol se encuentra la heroína, con 21 puntos, y el tercer puesto es ocupado por el crack, con 17 puntos, todos ellos sobre una puntuación de 54 puntos, la cual representa el daño social. La cuarta sustancia que más daños sociales origina es el tabaco, colocándose en sexto lugar en la clasificación general con 26 puntos sobre 100. Por lo tanto, en esta clasificación, las dos sustancias legales se encuentran entre las 10 drogas más peligrosas, estando por delante del éxtasis, el cannabis o el LSD. Asimismo, se debe tener en cuenta que una baja puntuación no implica que la sustancia no sea peligrosa, sino que su riesgo es menor. Además, se debe señalar que Nutt reconoce que el orden de esta clasificación se encuentra influenciado por la frecuencia de consumo de las sustancias (de Benito, 2010).

#### **2.4. Evolución histórica del consumo de drogas**

Desde el inicio de la andadura de la humanidad las drogas y los fenómenos que las han acompañado han sufrido una evolución con el paso del tiempo, las creencias, las religiones, las culturas, etc. que acompañaban a la sociedad. Además, también se ha producido un cambio en relación a los usuarios de estas sustancias, el tipo de sustancias utilizadas, la frecuencia de consumo, las maneras de administrar la droga y la percepción que la sociedad ha tenido en torno al fenómeno de las drogas (Osuna, 2005).

De modo general, desde la antigüedad el consumo de drogas ha acompañado a las diferentes culturas, las cuales se han servido de los efectos que éstas producen a nivel de conciencia, de emociones o de percepciones, para alcanzar diferentes fines, entre ellos, los religiosos, artísticos, curativos, etc. Sin embargo, es en la actualidad, en una sociedad industrial y en la que el consumo es más presente, cuando el fenómeno de las drogas adquiere una gran importancia debido al alcance y a las consecuencias sociales y sanitarias que entraña (Osuna, 2005).

Es así como el consumo de drogas comienza a considerarse uno de los problemas internacionales más graves, ya que la drogadicción tiene un gran impacto socio-sanitario, como consecuencia de los costes a la sociedad en términos de “vidas humanas, padecimientos psíquicos, conflictividad familiar, absentismo laboral, actos delictivos, enfermedades derivadas directa o indirectamente de su uso y abuso” (Osuna, 2005, p.1270).

Como se ha señalado, el consumo de drogas es tan antiguo como el ser humano, y cada cultura ha compartido historia con alguna de las sustancias psicoactivas. Aprovechando sus efectos en el ámbito religioso, terapéutico, productivo o lúdico (Molina, 2008), las personas han hecho uso de las plantas y más tarde de elementos químicos que a día de hoy se encuentran dentro del concepto de drogas (Corrêa, 2007). Debido a los desarrollos en la química son muchas las drogas que a día de hoy existen. Sin embargo, las más empleadas y difundidas son la cafeína, el tabaco, el alcohol, la cocaína, los opiáceos y el cannabis (Corrêa, 2007).

Posiblemente, es el alcohol la sustancia más longeva, ya que se puede considerar la fermentación de algún fruto o de la miel como el origen primitivo de la primera sustancia psicoactiva. Estas bebidas fermentadas eran muy frecuentes en todas las comunidades y se convirtieron en importantes productos comerciales. Es durante el siglo XX, con la globalización de los patrones de consumo, cuando la ingesta de alcohol deja de ser una actividad monopolizada por su uso en las comidas y surge la costumbre de consumirlo en grandes cantidades en un contexto de ocio (Corrêa, 2007).

En relación al opio, éste era muy utilizado en Oriente Medio por la medicina, se expandió hasta la India y en el siglo IX este llegó hasta China. Donde comenzó siendo consumido de forma oral y a modo de medicamento. Ya en el siglo XVII, se volvió muy popular consumir opio fumado, lo que llevó a que el uso de esta sustancia psicoactiva incrementara de manera notable (Corrêa, 2007). En el siglo XIX los avances en la química permitieron el aislamiento de los principios activos de las drogas, dando lugar a

obtener sustancias más poderosas que las plantas de las que procedían. En este sentido, en 1817 el alemán Friedrich Sertürner consiguió aislar el principio activo de la adormidera, es decir la morfina.

Con posterioridad, en 1874, se creó el primer opiáceo semisintético, la diacetilmorfina, comúnmente conocida como heroína. Esta sustancia psicoactiva comenzó a utilizarse de manera usual como una droga recreativa en los Estados Unidos y en Inglaterra, para después extenderse en todo el mundo. Su uso abusivo por parte la población ocasionó numerosas muertes de los miembros de una generación con un gran número de adictos a la heroína (Corrêa, 2007).

Siguiendo con la cocaína, al tratarse de una droga estimulante, era utilizada en América para aumentar la eficacia de los trabajadores, debido a que mascar la hoja de coca disminuye los efectos de la altitud, así como el hambre y la fatiga. Asimismo, también era empleada como medicamento para tratar los catarros, las contusiones y enfermedades gastrointestinales. Una vez aislado el principio activo de esta planta la cocaína adquirió un gran protagonismo entre los consumidores europeos (Corrêa, 2007).

En lo referente al tabaco, éste es traído de América tras la llegada al nuevo mundo en 1492. Rápidamente se produce su expansión por toda Europa y tras la invención de la máquina de liar cigarrillos, el consumo de esta sustancia creció notablemente, convirtiéndose en un importante producto comercial. En la actualidad, las múltiples evidencias de las consecuencias negativas generadas por el consumo de esta droga, han llevado a la Organización Mundial de la Salud a determinar el tabaquismo como una de las principales causas de muerte precoz. Pese a ello, las personas se mantienen fieles a esta costumbre de consumo (Corrêa, 2007).

Así como el alcohol, el consumo de los derivados del cannabis también antiguo, siendo sus propiedades alucinógenas descubiertas en Oriente (Corrêa, 2007). A partir de los años cincuenta del siglo XX se generaliza el uso de la marihuana como forma de la juventud de romper con la sociedad, identificándose con movimientos como el “hippy” (Molina, 2008).

A partir de este periodo del siglo pasado, y derivado de una alta escolarización, y de la mayor duración de la formación de los jóvenes en los países desarrollados, con la consecuente incorporación tardía al mercado laboral, existe una desvinculación de este colectivo respecto a los valores reinantes en la sociedad, que les lleva a buscar otras alternativas de vida. Así, surgen identidades y pautas de grupo, en lo referente a las

formas de comportarse, la estética, la música y, tal como se ha expuesto, el consumo de drogas, que crean la subcultura de las tribus urbanas. Si bien es cierto que a día de hoy se mantiene el consumo de las drogas que se han utilizado desde hace décadas, sí existen diferencias en las formas de consumo. Por ejemplo, la heroína pasa de ser inyectada a ser inhalada, el éxtasis líquido supera en popularidad a las pastillas, hay modalidades de cocaína que se fuman, o se inicia el consumo de mezclas de heroína con alguna sustancia estimulante, con el objetivo de conseguir las propiedades tranquilizantes y una gran excitación del sistema nervioso central (Molina, 2008).

Tras esta primera toma de contacto con la historia de las drogas, se pasará a exponer con mayor profundidad algunos de los elementos más relevantes para entender su uso y consecuencias.

## **2.5. Uso, abuso y dependencia**

En torno a las relaciones que establece un consumidor con las drogas se debe siempre distinguir entre tres tipos básicos: el uso recreativo de la sustancia, el abuso de la misma y la propia adicción o dependencia. Muchas veces no es fácil diferenciar el uso del abuso, ya que ésta diferenciación está sujeta a una perspectiva cultural, es decir, dependiendo de la sociedad tendrá un criterio diferente para delimitar cuándo considerar que es abuso y cuándo es uso (Lorenzo, 2009).

Dicho esto, a día de hoy se considera que una persona está haciendo **uso de una sustancia** cuando, bien por la frecuencia de consumo, por la cantidad o por las características físicas, psíquicas y sociales de la persona, en el individuo o en su entorno no se producen las consecuencias negativas derivadas del consumo. Sin embargo, resulta difícil determinar el consumo como “uso”, ya que para el consumidor podría parecer que está llevando a cabo un uso moderado, pero a vistas de un tercero ese consumo ha podido convertirse en una situación de abuso (González, s.f.). En definitiva, se trata de un consumo aislado, episódico, que no produce tolerancia o dependencia (Lorenzo, 2009). En añadido, este uso suele consistir en establecer un primer contacto con la sustancia, para después abandonar el consumo con el paso del tiempo o bien llevar a una continuidad en su uso. Asimismo, suele ser un consumo que tiene relación con las actividades de ocio y suelen producirse por simple curiosidad o como

consecuencia de la presión social, por ejemplo, el grupo de pares (*Uso, abuso y dependencia de drogas*, 2017).

Por otro lado, se considera **abuso** cuando ya sea por la cantidad, por la frecuencia de consumo y/o por las circunstancias de la persona, se producen consecuencias negativas para el propio consumidor y/o para su entorno (González, s.f.). Se caracteriza por un aumento progresivo de la frecuencia e intensidad del consumo de la droga, lo que puede llevar a la tolerancia (*Uso, abuso y dependencia de drogas*, 2017), es decir, a necesitar una cantidad cada vez mayor de droga para que ésta produzca los efectos deseados; esto es debido a la neuroadaptación que se produce como consecuencia de los intentos neurológicos de reducir los efectos de las sustancias (Caudevilla, 2007). Asimismo, el consumidor comienza a establecer patrones de consumo, es decir unos horarios o lugares concretos en los que consume la droga. Además, comienzan a aparecer problemas en ciertos ámbitos de la vida del individuo (familia, trabajo, amigos, etc.) y a darse el consumo de la droga en situaciones en las que puede ser peligroso (*Uso, abuso y dependencia de drogas*, 2017).

Finalmente, la **dependencia** hace referencia al momento en el que el consumidor de una droga pone por delante la acción de consumir frente a otras conductas más importantes. Lo que empezó como una experiencia ocasional, se convierte en una conducta sobre la que se construye el resto de la vida del individuo. Convirtiéndose el consumo en una conducta regular, aumentando de esta manera la tolerancia hacia las sustancias psicoactivas. Asimismo, aparece lo que se denomina como *craving*, es decir surge un “deseo extremadamente intenso e irrefrenable de autoadministrarse una sustancia” (Caudevilla, 2007, p. 5). La persona dedicará buena parte de su tiempo a actividades relacionadas con la obtención y la consumición de la droga, en buscarla, en obtener dinero para su compra y en recuperarse de los efectos de la misma, descuidando de esta manera el resto de actividades que se encuentran en la vida de cualquier persona, como las sociales, familiares y laborales (González, s.f.; *Uso, abuso y dependencia de drogas*, 2017).

## 2.6. Del uso hacia la dependencia

Conocida la diferencia entre el uso, abuso y dependencia es pertinente mencionar las fases por las que un individuo pasa para llegar a padecer una dependencia, pues no todas

las personas que se inician en el consumo acaban padeciendo una adicción porque, o bien deja de consumir la droga, o no hacen un uso abusivo de la misma.

En este sentido, según Becoña (2002), el camino hacia la dependencia es un proceso lento y complejo, con varias fases:

1. *Predisposición*. Hace referencia a los factores que existen con anterioridad al consumo de alguna droga, los cuales pueden ser de carácter biológico, sociocultural y psicológico. Su presencia o ausencia pueden incrementar o disminuir la probabilidad de consumo de sustancias psicoactivas.
2. *Conocimiento*. Se inicia cuando el individuo es conocedor de la existencia de una determinada sustancia de la que le informan que posee ciertos efectos. Su conocimiento y posterior puesta en contacto de la misma va a depender de la disponibilidad de la droga. Muchas veces este conocimiento se produce en la propia casa de la persona, en los espacios donde se relaciona con sus amigos, normalmente esto sucede en la adolescencia o al inicio de la adultez.
3. *Experimentación e inicio del consumo*. Se produce el paso del simple conocimiento, a bien el inicio y experimentación del consumo de drogas o bien a seguir sin consumir. Como ya se ha dicho, es en la adolescencia donde este inicio en el consumo es más probable, conllevando una serie de patrones de consumo entre los jóvenes como, por ejemplo, el beber en espacios públicos y no en el bar, o el uso de las drogas como una forma recreativa. Asimismo, la facilidad con la que se consumen ciertas sustancias, sobre todo las legales, sumado a la motivación por conseguir los efectos psicoactivos y a la propia experiencia, hace que la persona quiera conocer más sobre otras drogas de las que haya escuchado hablar. Es esta curiosidad la que en muchos casos motiva la prueba de las sustancias psicoactivas. Si bien es cierto que un gran número de jóvenes prueban las drogas, esto no implica que más tarde continúen con este comportamiento, siendo más habitual el no consumo.
4. *Consolidación*. Se produce el transcurso entre el uso, abuso y dependencia. Normalmente lo que va a promover el consumo son las consecuencias del consumo, ya sean las que se producen en la propia persona o aquellas que afectan a su entorno. En función de si estas han sido positivas o negativas, el individuo realizará una valoración y en base a eso decidirá si continuar o no con este comportamiento. En añadido, el estado emocional es un factor importante que puede llevar al aumento del consumo, o a iniciarse en la ingesta de otras

drogas más peligrosas. A esto Fergusson et al., (2006) lo denominaron la droga puerta de entrada, los cuales la definen como “la secuencia en la cual el uso de una sustancia precede y aumenta de alguna manera la probabilidad del uso de otra sustancia ilícita” (Maturana, 2011, p. 102). Más tarde, cuando la persona ya se encuentre en un estado de dependencia prolongado en el tiempo, se podrá admitir que tiene una adicción consolidada.

5. *Abandono o mantenimiento*. En función de si las consecuencias son positivas o negativas, la persona puede seguir realizando esa conducta o desistir de la misma.
6. *Recaída*. El proceso de abandono de la sustancia es lento y se encuentra plagado de recaídas. Esto quiere decir que cuando una persona abandona una droga, al cabo del tiempo vuelve a consumirla. Éste proceso se puede mantener en el tiempo o puede ocurrir que llegado un punto el individuo consiga la abstinencia.

De esta manera queda claro el proceso por el que pasa la persona que consume, además de diferenciar entre el uso, el abuso y la dependencia a la sustancia. Entendiendo que no todas aquellas personas que se inician en el consumo acaban realizando su andadura por estas fases, ya que se debe tener en cuenta la relación de los diferentes factores de riesgo que vuelven a la persona más vulnerable de verse involucrada en conductas de consumo que puedan derivar en una dependencia.

### **3. ¿Por qué se inicia el consumo?**

#### **3.1. Los factores de riesgo y protección**

Con el objetivo de prevenir el consumo de drogas y, así, evitar las consecuencias personales y sociales derivadas del mismo, se han estudiado los factores de riesgo y protección. Este conocimiento es útil para detectar los grupos de alto riesgo y en qué materias hay que incidir a la hora de adoptar medidas de intervención psicosocial que ayuden a reducir los factores de riesgo y la promoción de los factores de protección (Peñafiel, 2009; Vázquez et al., 2018).

La explicación por excelencia que se utiliza a la hora de definir los conceptos de factor de riesgo y factor de protección es la dada por Clayton (1992). Éste entendía por **factor de riesgo** “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio)

o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)” (Clayton, 1992, p. 15, citado por Becoña, 2002, p. 190). Por otro lado, cuando se hace referencia a **factor de protección** se está hablando de “un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” (Clayton, 1992, p. 16, citado por Becoña, 2002, p. 190).

Es por ello que estos factores son una característica del sujeto previa a que suceda el resultado, y su presencia aumenta la probabilidad de que el individuo adopte una conducta de consumo. Sin embargo, la ausencia de estos factores en una persona no implica que la misma no consuma drogas, sino que la probabilidad de que ocurra es menor que en un individuo en el que confluyen diferentes factores de riesgo.

Complementariamente, cabe distinguir entre diferentes tipos de factores de riesgo. El primero de ellos sería el factor de riesgo fijo, es decir aquel factor que es invariable; ejemplos de ellos sería el sexo, la fecha de nacimiento, la etnia, etc. No obstante, cuando un factor de riesgo puede cambiar de forma espontánea o como resultado de una intervención, éste se considerará un factor de riesgo variable. Asimismo, se le denominará factor de riesgo causal a aquellos aspectos que pueden ser manipulados, y que darían lugar a un cambio en la probabilidad del resultado (Offord y Chmura, 2000).

A continuación se expondrán los distintos tipos de factores de riesgo y protección. Para ello se ha escogido la clasificación realizada por Becoña (2002): factores familiares, factores comunitarios, factores entre iguales y factores individuales.

### **3.1.1. Factores familiares**

El entorno familiar es el primer ámbito social en que una persona comienza su proceso de socialización. De la familia, como grupo de socialización, la persona adquiere valores, habilidades y actitudes, que se convertirán en herramientas para el afrontamiento de la entrada al mundo adulto (Laespada et al., 2004). Pero en el entorno familiar también existen aspectos que pueden considerarse factores de riesgo para el consumo de drogas, entre ellos:

- El uso que los padres hacen de las diferentes drogas y su conducta hacia las mismas (Becoña, 2002). A través de la observación directa y el modelado

ejercido por la conducta de la familia, el joven adquirirá cierto comportamiento y no otro (Laespada et al., 2004), es decir, el uso de las sustancias psicoactivas (alcohol, otras drogas) en casa incide en que la persona haga una valoración positiva o negativa del consumo, y aumente las expectativas de consumir (Peñafiel, 2009). Asimismo, por medio del consumo en el hogar se transmiten una serie de valores y actitudes permisivos con respecto al uso de las sustancias psicoactivas (Laespada et al., 2004). A su vez el consumo de drogas por parte de los padres puede conllevar un estilo de crianza pobre, donde podría darse conflicto familiar, lo que ocasiona un bajo apego a la familia (Becoña, 2002).

- Las pautas inadecuadas de crianza se erigen como otro factor de riesgo, puesto que aumentaría el riesgo de consumo cuando en la organización familiar existen pautas de conducta poco claras o realistas, cuando hay escaso control, cuando no se dan los refuerzos para premiar una conducta positiva o cuando ante una conducta indeseada se aplican castigos desproporcionados (Becoña, 2002). Por ello, parece que tanto la inexistencia de disciplina, así como un estilo de crianza extremadamente autoritario incrementa la posibilidad del consumo de drogas (Laespada et al., 2004).
- El conflicto familiar constituye el siguiente de los factores de riesgo. Es decir, cuando se produce una ruptura familiar se está incrementan el riesgo tanto de llevar a cabo conductas delictivas, como el hacer uso de las drogas (Becoña, 2002). Esta percepción negativa, que el joven pueda tener de la familia, provoca que el uso de las drogas se realice con un fin de escapar del clima hostil que reina en el hogar o como modo de mitigar esa percepción (Laespada et al., 2004).
- Para acabar, el cuarto factor, se refiere al bajo apego a la familia. Cuando existe una carencia de cercanía entre los miembros de una familia, y no hay implicación en actividades entre ellos, se incrementa el riesgo de inicio del consumo. Cabe señalar la importancia de este aspecto, dado que las buenas relaciones familiares pueden contrarrestar otros factores de riesgo, además de ayudar a la interiorización por parte del joven de valores y conductas de rechazo a la sustancia (Becoña, 2002).

Por otro lado, en el contexto familiar también existen otros aspectos que pueden contribuir a evitar que el joven inicie conductas de consumo. De esta manera, se diferencian varios factores de protección:

- Entre ellos, se encuentra el que en la familia no exista la costumbre de consumir drogas, de esta manera el individuo no adquirirá el aprendizaje de comportamientos que lo guíen hacia conductas de consumo.
- Asimismo, vivir en una familia sin conflictos, donde el apego entre los miembros sea adecuado y con valores y actitudes en contra del uso de las drogas, unido a un clima de confianza con los padres, promoverá conductas saludables (Becoña, 2002; Peñafiel, 2009).
- Otro factor importante es el modo de crianza. Un estilo democrático, compuesto por un control firme pero no rígido, el establecimiento de unas normas claras y apoyo por parte de las figuras parentales, conlleva una independencia responsable por parte de los hijos y que estos se vean envueltos en menos conductas de riesgo (Laespada et al., 2004; Peñafiel, 2009).

Si, como se ha señalado, la familia es un contexto clave de socialización con influencia sobre el consumo de drogas, existen otros contextos que pueden generar un mayor riesgo o ser protectores frente a dicho consumo.

### **3.1.2. Factores comunitarios**

Entre los factores comunitarios, entendido como aspectos de la comunidad que influyen en el consumo de drogas, se encuentran diferentes factores de riesgo, entre ellos:

- La deprivación económica y social. Este término hace referencia a la falta de posibilidad de ciertas personas de acceder a los recursos y bienes que otros tienen, debido a que la pobreza o el hacinamiento provocan que éstas tengan que aislarse de la normalidad social. Esta falta de acceso a los bienes se produce en los barrios marginales de las ciudades, favoreciendo que estas personas inicien conductas antisociales para acceder a los mismos, y desembocando en hechos delictivos (pequeños hurtos, robos) y consumo de drogas. Hay que tener en cuenta que esta pobreza no es suficiente para explicar el consumo de drogas,

pero unida a otros factores de riesgo podría facilitar que esta conducta sí se produjera (Becoña, 2002).

- La desorganización comunitaria constituye el segundo de los factores comunitarios. Este término hace referencia a los espacios en los que se desenvuelve una persona y los cuales tienen un claro deterioro físico y desorganización, por ejemplo, un mal cuidado de las aceras y las calles, falta de lugares de ocio y diversión, falta de apego social al barrio y la inexistencia de un adecuado control en el mismo. En un lugar con estas características, los individuos son más propensos a involucrarse en conductas problema, que más tarde podrían evolucionar a conductas antisociales, actos delictivos y el consumo de sustancias. Asimismo, en las personas que habitúan estos espacios desorganizados confluyen otros factores de riesgo, como la falta de control sobre los hijos, mayor fracaso escolar, deprivación económica, etc. lo que hace que sea más difícil proteger al individuo respecto al inicio del consumo (Becoña, 2002).
- Otro factor de riesgo son los cambios y movilidad de lugar. Normalmente cuando un individuo inicia su socialización lo hace en un lugar y con unas personas que no varían, es decir existe una estabilidad en la vida de la persona (mismos amigos, misma familia, mismo lugar de residencia). Sin embargo, los procesos de emigración, sobre todo en aquellos en los que se introduce a la persona en una nueva cultura, pueden suponer que ésta, o bien se integre a través de la asimilación o sufra una marginalización. Es por ello que, debido a los conflictos, el estrés y la percepción de discriminación que produce la aculturación se acude al consumo de drogas para afrontar los déficits interpersonales y para el tratamiento del estrés (Becoña, 2002).
- La disponibilidad y accesibilidad a las drogas se erige como el siguiente de los factores de riesgo. Para que el uso de las sustancias sea posible, ésta tiene que ser accesible para el comprador. Variables importantes que afectarán al consumo son, una presentación del producto que lo haga atractivo para el consumidor, el modo de obtención y el precio de la misma. Asimismo, la publicidad que se realice de las mismas también cobra un papel relevante, ya que, en el caso de las drogas legales, los medios de comunicación tienden a minimizar los efectos negativos para ligar el producto con circunstancias y efectos satisfactorios. No obstante, la mera disponibilidad de la sustancia no tiene un peso suficiente como para empezar a consumirla, este factor tiene efecto cuando viene acompañado de

la presión del grupo de pares, cuando se da un uso de las drogas en casa, de la aculturación, etc. (Becoña, 2002; Laespada et al., 2004).

- El último de los factores comunitarios es el riesgo percibido por la sociedad. La percepción de riesgo es un factor importante, ya que la percepción que tenga la sociedad sobre determinada sustancia va a influir en el posterior consumo. Se entiende que cuanto mayor riesgo percibido menor será el consumo y viceversa. Además, esta percepción variará de una droga a otra. Asimismo, un aspecto que impide la correcta formación de la percepción de riesgo, sobre todo en lo relativo a las drogas legales, es la publicidad que se hace de las mismas, ya que esta se dirige a convertir a nuevas personas en consumidores o a incrementar el uso de las sustancias. De esta manera, cuando la población más joven ve como a su alrededor se consumen esta clase de sustancias y que son anunciadas en los medios, éste percibe que su uso no acarrea riesgos (Becoña, 2002).

Por otro lado, también existen factores protectores en la comunidad que ayudan a prevenir la pobreza, la baja educación o los conflictos en la familia, los cuales se encuentran relacionados con el consumo de drogas (Becoña, 2002). Estos son; el contar con apoyo externo positivo, un entorno seguro, presencia de líderes positivos, una actitud crítica hacia el consumo por parte de la comunidad, la existencia de redes sociales y sistemas de apoyo en la comunidad, además de que las personas tengan la oportunidad de participar de forma activa en la comunidad, para así establecer un vínculo con la misma (*Coruña sen drogas: Factores comunitarios*, s. f.).

### **3.1.3. Factores entre iguales**

Como consecuencia a que el grupo de amigos sustituya a la familia y este se transforme en una referencia para los más jóvenes, el grupo de pares se convierte en un elemento esencial para la comprensión de los comportamientos y actitudes que adoptan los individuos (Peñafiel, 2009). Es en la adolescencia cuando los compañeros se vuelven una fuente de la cual adquirir claves y modos de organizar la vida, adoptando de este modo nuevas actitudes, hábitos, gustos, etc. (Laespada et al., 2004).

En este apartado los elementos del grupo de pares que se identifican como factores de riesgo son; las actitudes favorables que presentan el grupo de amigos hacia

el consumo de sustancias, la relación con compañeros consumidores, el rechazo por parte de los iguales y las actividades de ocio.

- Aunque sobre una persona no recaigan factores de riesgo, el pasar tiempo con personas que tengan una actitud favorable hacia el consumo de drogas o que ya hayan consumido, aumenta las posibilidades de que el individuo se vea envuelto en comportamientos de consumo. Todo esto debido a considerar a los amigos como unos modelos a los cuales imitar o debido a la conformidad del propio individuo hacia las actividades de los otros (Becoña, 2002).
- El segundo factor, los compañeros consumidores; se considera que relacionarse y realizar actividades con personas que consumen sustancias psicoactivas es un predictor del uso de estas mismas sustancias por parte del joven. Asimismo, si dicha relación es con una persona que se ha iniciado en el consumo a una temprana edad, esto se convertirá en un factor de riesgo para que el joven se inicie en un consumo más temprano de drogas (Becoña, 2002).
- El siguiente factor de riesgo hace referencia al rechazo de la persona por parte de su grupo de pares. Es necesario mencionar que al formar parte de un grupo se experimenta una sensación de comprensión, pertenencia, reconocimiento, etc. Por lo tanto, al ser una parte importante en la vida de cualquier joven el grupo se convertirá en una fuente de influencias. Son los propios miembros del grupo los que dan información sobre las conductas que son aceptadas y reconocidas, las cuales pueden diferir de aquellas que el individuo había adquirido en el hogar. En definitiva, el grupo elabora sus propias normas las cuales se deben seguir para ser valorado como un miembro más del mismo. Es por ello que, si en el grupo existe una opinión favorable hacia el consumo de drogas, el joven adoptará esta actitud para evitar ser rechazado por sus compañeros (Laespada et al., 2004).
- El último de los factores que pueden facilitar el consumo es el tipo de actividades de ocio. Debido a la prolongación del proceso educativo y formativo, así como la dificultad de acceder al mercado laboral (independencia tardía), se ha observado que la cantidad de tiempo libre que tienen los jóvenes, es cada vez mayor (Gómez, 2015). En consecuencia, los jóvenes tienen la posibilidad de desarrollar e invertir más tiempo en un ocio que gira en torno a las salidas nocturnas, las discotecas y los bares, lugares en los cuales es

frecuente el uso de sustancias psicoactivas, sobre todo del alcohol (Peñañiel, 2009).

Por el contrario, se pueden dar circunstancias y factores que protejan al joven respecto a las prácticas de consumo. Entre los más importantes se encuentra la relación que se establece con compañeros que no consumen drogas. En este sentido, compartir tiempo con amigos que poseen actitudes y objetivos similares a los de los jóvenes ofrece mayor estabilidad y apoyo emocional. Con este grupo de pares se puede salir organizadamente y llevar una vida saludable, sin desarrollar comportamientos antisociales, entre ellos el consumo de drogas. Asimismo, es necesario entender este factor de protección en relación con otros que se pueden dar en el ámbito de la familia, la comunidad o la escuela (Becoña, 2002).

### **3.1.4. Factores individuales**

Cuando se habla de factores individuales se refiere a las características internas de cada persona, de su modo de comportarse, de pensar, de sentirse, es decir de su forma de ser (Peñañiel, 2009). Aunque los factores del ambiente en el que se encuentre el individuo pueden ejercer más o menos presión hacia el uso de drogas, ésta tendrá la posibilidad de rechazar la presión y/o cambiar el ambiente en el que se encuentra. Es por ello, que los factores individuales cobran gran importancia en el inicio y el mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas (Madrid Salud, s.f.).

Entre los principales factores de riesgo en el contexto individual se encuentran:

- La edad sería el primer factor de riesgo que se señala. Se identifica que el inicio en el uso de drogas se sitúa entre los 13-15 años. Es por ello que la adolescencia se considera una etapa vulnerable para el inicio en esta conducta. En este periodo de tiempo el individuo sufre cambios fisiológicos, psicológicos y socioculturales, y estos cambios tienen influencia en los factores de riesgo o de protección de la persona. Este uso de las drogas se extiende hasta los 18-24 años, momento en el cual el número de personas involucradas con las mismas suele descender (Peñañiel, 2009).
- Asimismo, el sexo también se ha identificado como un factor de riesgo para los chicos y como uno protector para las chicas, todo esto teniendo en cuenta la prevalencia de uso de ciertas drogas. Si bien es cierto, que son más hombres los

que consumen sustancias ilegales, son más chicas las que consumen drogas legales, aunque se tiende a la homogeneización (Peñañiel, 2009). El Plan Nacional de Drogas de 2021 expone que “en el caso de las chicas, las prevalencias obtenidas son más altas que en los chicos en el caso del alcohol y el tabaco” (p. 19). En relación al cannabis “la prevalencia de consumo en los hombres es ligeramente mayor que en las mujeres (29,3% frente a 28,0%)” (p. 19). “En lo que respecta al consumo de cocaína, [...] está bastante más extendido entre los chicos, y casi duplica el de las chicas” (p. 19).

- El siguiente factor de riesgo son las actitudes, las creencias y los valores. Éste tiene que ver con lo que la persona piensa sobre las drogas y su uso, y los efectos que cree que conlleva su consumición. Este conglomerado de opiniones dará lugar a que se haga una valoración de los aspectos positivos y negativos, lo que acabará con el inicio en el consumo o evitando el mismo (Peñañiel, 2009).
- Otro de los factores, el cual se encuentra relacionado con el anterior, es el de la percepción de riesgo. Este factor dependerá de las creencias y de la información que se disponga sobre la sustancia y sus efectos. De tal manera que, si el joven percibe que un comportamiento acarreará mayores consecuencias negativas que positivas, esta percepción actuará como un factor protector frente al consumo. Sin embargo, si la situación es al revés, es decir percibe mayores beneficios, este tendrá más posibilidades de iniciarse en el consumo de drogas (Peñañiel, 2009). Según el Plan Nacional de Drogas de 2021 “las percepciones de riesgo más altas están asociadas con el consumo habitual de sustancias ilegales como la heroína (97,0%), la cocaína en polvo (96,8%) o el éxtasis (96,7%)” (p.113). Sin embargo, esta percepción de riesgo disminuye cuando se habla del consumo diario de alcohol, siendo entendido como una conducta peligrosa, únicamente, por el 56,5% de la muestra.
- Otra de las variables que puede influir en el individuo para el inicio en el uso de las drogas son las habilidades sociales de las que la persona dispone. Las habilidades sociales consisten en actitudes adquiridas a través de la experiencia y el aprendizaje, que permiten a la persona desenvolverse de forma adecuada con su contexto social (Madrid Salud, s.f). Estas habilidades permiten expresar las opiniones y sentimientos, provocando que la persona sea menos vulnerable de ser influenciada por el grupo. En relación al consumo de drogas, el joven con falta de habilidades sociales le será más difícil mantener una actitud asertiva, por

lo que se dejará guiar más fácilmente por la opinión y actitudes del grupo. Asimismo, el consumo de drogas también puede ser una herramienta para suplir esta falta de habilidades, convirtiéndose en un modo de afrontamiento de las relaciones sociales y una manera de hacer frente a las dificultades (Laespada et al., 2004).

- En añadido, es necesario mencionar ciertos aspectos individuales que pueden hacer proclive a que una persona se inicie en el consumo de drogas. Entre ellos se encuentran el autoconcepto y la autoestima, dos términos muy ligados. El primero de ellos se refiere a la imagen que cada uno tiene de sí mismo, derivada de la suma entre lo que piensa el sujeto y las demás personas sobre uno. Mientras que la autoestima hace referencia a la relación entre lo que piensa uno sobre sí mismo y la imagen ideal que le gustaría alcanzar (Peñañiel, 2009). Dicho esto, los individuos que carecen de un autoconcepto positivo son más vulnerables ante la influencia de los demás y ante situaciones de riesgo. Además, una baja autoestima dificulta al individuo la resolución de problemas, lo que ocasiona que surja la frustración. Es por ello que nuevamente la droga puede convertirse en una herramienta para aliviar y evitar el enfrentamiento a una percepción negativa sobre uno mismo (Laespada et al., 2004).
- Para finalizar, existen ciertos aspectos de la personalidad que componen factores de riesgo en el inicio del consumo. El primero de ellos es el grado de autocontrol, es decir “de la capacidad [...] para dirigir y controlar la propia conducta y los sentimientos” (Peñañiel, 2009, p. 151). En este sentido si disminuye el autocontrol de la persona, aumenta la cantidad de consumo de drogas. Es por ello que poseer una puntuación baja en este apartado te hace más vulnerable y aumenta las posibilidades de iniciarte en el uso de las drogas (Peñañiel, 2009). También existe una relación entre el consumo de drogas y la impulsividad, así como la necesidad de experimentar sensaciones nuevas. El primero de ellos hace referencia a un estilo de pensamiento rápido, en el que no se meditan las decisiones y sus consecuencias, y no se planifica el comportamiento (McCown y DeSimone, 1993, citado por Laespada et al., 2004). Esa ejecución del acto impulsivo estaría estrechamente relacionada con la obtención inmediata de un refuerzo positivo (de Sola et al., 2013). Esa necesidad de obtener la gratificación provoca que el individuo se vea involucrado en conductas de las que adquiera de manera inmediata una recompensa, entre ellas

se puede encontrar el consumo de drogas (Laespada et al., 2004). Por otro lado, se encuentra la búsqueda de sensaciones, rasgo de la personalidad que hace referencia a la necesidad que tienen ciertas personas de experimentar sensaciones emocionantes y nuevas, sin pararse a pensar en los riesgos físicos y sociales que ello implica (Zuckerman et al., 1978). Es por ello que la combinación de la impulsividad y la búsqueda de sensaciones puede provocar en el joven un deseo de probar las drogas, como forma de desinhibirse y de buscar nuevas aventuras (Laespada et al., 2004).

Por último, y tal como se han señalado los factores de riesgo, conviene exponer los factores individuales que funcionan como protectores individuales frente al consumo de sustancias. Entre ellos se pueden encontrar que los sujetos cuenten con adecuadas habilidades sociales, como por ejemplo habilidades en la toma de decisiones y la resolución de problemas, habilidades para establecer relaciones, para la adaptación al cambio, y habilidades para manejar las emociones y lidiar con el estrés y la frustración. También trabajan como factor protector la creencia en el orden social, una baja conducta de búsqueda de sensaciones, así como el evitar relaciones sociales negativas. Y, finalmente, la resiliencia es un factor importante para el enfrentamiento a situaciones adversas y saber cómo proponer soluciones a las mismas, así como para saber adaptarse a ellas y creer más en la propia eficacia (*Coruña sen drogas: Factores individuais*, s. f.).

#### **4. ¿Por qué se continúa con el consumo de drogas?**

##### **4.1. Modelos explicativos del consumo de drogas**

Son muchos los modelos teóricos que surgen para comprender cómo se inicia y se desarrolla el consumo de drogas. Esto sucede así por tratarse de un problema social complejo, el cual se debe abordar desde diferentes perspectivas, donde cada una dará una postura desde el énfasis en determinados aspectos y no en otros. La complejidad del problema hace que sea necesario que se deban de tener en cuenta ciertos aspectos para entenderlo y abordarlo. Ello se refiere a que el consumo de drogas implica; una persona que toma una decisión sobre su conducta, una reacción del cuerpo debido a la ingesta de la droga y ciertos contextos sociales con factores condicionantes (Pons, 2008). Es por ello que surgen diferentes modelos para ofrecer una explicación sobre este fenómeno, como por ejemplo el modelo cognitivo conductual, los modelos de condicionamiento

dentro de las teorías del aprendizaje o la teoría del aprendizaje social, entre otros. Sin embargo, todos ellos tienden en mayor o menor medida a dos modelos generales que rivalizan entre sí: el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial (Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre, 2015), a los cuales se le podría añadir el modelo sociocultural.

#### **4.1.1. Modelo biomédico**

El modelo biomédico defiende que la dependencia a las drogas es una enfermedad del cerebro, ya que la adicción se produce como consecuencia de cambios en las funciones y estructuras del mismo. Por lo tanto, el objetivo de este modelo es centrarse en el tratamiento y la compensación de dichos cambios cerebrales, dejando de lado a la persona consumidora (*Modelos explicativos de las adicciones a sustancias ilegales*, 2019). Las consecuencias de esta manera de entender el consumo y posteriormente la dependencia, son expuestas por Fernández et al., (2007):

1. Sin un tratamiento no es posible que se dé la recuperación de la persona, ya que la manera crónica que tiene el modelo de entender la adicción provoca que la persona sea incapaz de abandonar el abuso de la droga por sí solo. Acabando todos sus intentos de renunciar a la droga en recaída.
2. No existe una curación, ya que el individuo siempre va a ser vulnerable a nuevas recaídas.
3. El objetivo de este modelo es la abstinencia, ya que el sujeto será incapaz de mantener un contacto controlado con la droga.

Asimismo, el modelo biomédico intenta explicar por qué el cerebro mantiene comportamientos que dañan su capacidad adaptativa. Para ello se acude a los términos de adaptación, neuroplasticidad y mecanismos de recompensa. En este sentido la neuroplasticidad supone la adaptación del sistema nervioso a nuevas circunstancias ambientales, y esta adaptación puede convertirse en un inconveniente bajo los efectos de las drogas, ya que lo que intenta es reducir los efectos de las mismas. También se debe tener en cuenta los mecanismos de recompensa, los cuales se encargan de premiar los comportamientos adaptativos, como el ingerir alimentos, a través de la liberación de dopamina, produciendo un efecto de placer. Teniendo esto en cuenta, la ingesta de droga supone que ésta actúa sobre la neuroplasticidad de los circuitos de

recompensa dopaminérgicos, provocando una liberación de dopamina, y una consecuente sensación de bienestar. De este modo, cuando exista la posibilidad de repetir esa experiencia, el sistema de recompensa incitará a la persona a repetir el comportamiento (Apud y Romaní, 2016).

Cabe señalar que el modelo biomédico ha ido, con el paso del tiempo, evolucionando yendo más allá del sistema de recompensa e incluyendo procesos como la memoria, la motivación y el aprendizaje para explicar el desarrollo del consumo de drogas. En este sentido, se entiende que para que el abuso de las drogas acabe en adicción es necesario la unión de diferentes aspectos del aprendizaje, como el condicionamiento operante, a través de refuerzos positivos o negativos frente a una determinada actividad, el condicionamiento clásico, es decir estímulos que se asocian al deseo de consumir, y la memoria. Esto provoca que sus conductas que se encuentran presentes en el abuso de drogas se internalicen y acaben por realizarse sin que medie ningún esfuerzo cognitivo, resultando esta automatización más difícil de reprimir (Apud y Romaní, 2016).

Esta nueva integración del aprendizaje, la memoria y los estímulos externos, provoca que el modelo biomédico quede relegado por una perspectiva que integra las tres dimensiones presentes en la persona: la biológica, la social y la psicológica, surgiendo el modelo biopsicosocial (*Modelos explicativos de las adicciones a sustancias ilegales*, 2019).

#### **4.1.2. Modelo biopsicosocial**

Como ya se ha comentado, definir la etiología del consumo de drogas, únicamente con el modelo biomédico es complejo. Es por ello que, para una mejor comprensión del fenómeno, se ha necesitado incluir nuevas perspectivas, como las psicológicas (Apud y Romaní, 2016).

Este modelo se basó en la Teoría General de Sistemas acuñada por von Bertalanffy. Esta teoría defiende que no se puede entender ningún constructo de la naturaleza en términos de sus elementos individuales, sino que se debe hacer a partir de sistemas más complejos. Asimismo, aparte de entender el funcionamiento individual de los diferentes elementos, hay que comprender las relaciones que estos mantienen con otros elementos (Flórez y Bohórquez, 1993). Trasladando este concepto al modelo biopsicosocial, hay que entender las interacciones de los factores biológicos, sociales y

los factores psicológicos en un momento dado, para comprender la etiología del consumo de drogas (Fernández et al., 2007). En añadido, algunos de estos factores podrían actuar como protectores, mientras que otros implicarían un riesgo para el uso de las sustancias psicoactivas (*Modelos explicativos de las adicciones a sustancias ilegales*, 2019).

En definitiva, el componente biológico de este modelo intenta comprender cómo la dependencia es consecuencia del funcionamiento del organismo. El elemento psicológico se centra en aspectos psicológicos como, por ejemplo, los pensamientos negativos, la falta de autocontrol, etc. como causa del consumo de sustancias. El componente social estudia cómo las variables sociales, como el nivel socioeconómico, la cultura, la pobreza, etc. pueden afectar en las conductas adictivas (Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre, 2015).

La importancia de otros constructos, como los son el psicológico y el social, aleja la comprensión del consumo de drogas de una explicación enteramente biológica. Es por ello que, a partir de 1970, aspectos como la personalidad y el contexto social son estudiados con gran interés como elementos determinantes de una conducta adictiva (Apud y Romani, 2016).

De esta manera, por ejemplo, Zinberg (1984) estudió el uso de la heroína durante y después de la Guerra de Vietnam, sacando como conclusión que el uso y el abuso de esta sustancia se encontraba condicionada por el contexto social, siendo que, muchos de los soldados que habían comenzado a consumirla durante la guerra abandonaron su uso tras volver a sus países y salir de la zona de conflicto. Es así como este investigador concluyó que el uso de una droga no depende exclusivamente de sus efectos sobre el organismo, sino también de la interacción que se produce entre el sujeto y el contexto (Apud y Romani, 2016).

En este mismo sentido, otro de los experimentos que afianza la perspectiva del modelo biopsicosocial es el de “el Parque de los Ratones” de Bruce Alexander. Este experimento realizado con roedores, consistió en elaborar una zona poco confortable o displacentera (“la jaula de Skinner”) y otra zona donde los animales podían realizar cualquier actividad placentera (“el Parque de Ratas”). Esta investigación dejó ver que los roedores que habitaban en el parque demostraron un consumo menor a las encerradas en la jaula. Estos resultados, ponen en evidencia la gran importancia que tiene un contexto complicado y la necesidad de evasión de la ansiedad producida por el mismo en el abuso de las drogas (Apud y Romani, 2016).

### **4.1.3. Modelo sociocultural**

El modelo sociocultural ofrece una explicación, desde la combinación de la sociología y la antropología, de las conductas de consumo (Apud y Romaní, 2016). Este modelo mantiene que, en cierta medida, existe una explicación biológica para este comportamiento. Sin embargo, las bases biológicas se encuentran influenciadas por constructos ambientales. Estos factores del contexto quieren remarcar la importancia del entorno sobre la conducta de las personas. Es decir, las normas y reglas que existen en una sociedad, a veces, determinan el uso de ciertas sustancias. Asimismo, la tradición y la cultura se convierten en herramientas que controlan el uso de ciertas drogas, pero pudiendo favorecer el consumo de otras (Pastor y López, 1993).

Las diferentes perspectivas (sociológica y antropológica) que conforman la base de este modelo sociocultural, ofrecen una explicación de cómo ciertas prácticas sociales y culturales están relacionadas con las drogas, como por ejemplo los usos religiosos o médicos que se le daban en las sociedades tradicionales o tribales, así como la extensión que se ha dado de su uso en la sociedad actual (Apud y Romaní, 2016). De esta manera, algunas investigaciones sugieren que el entorno urbano es un generador de estrés que incita al abuso de drogas, asimismo, otras dicen que el uso de estas sustancias deriva de una sociedad que margina los comportamientos “desviados” hacia determinados espacios de la ciudad. Además, los consumidores influenciados por sus grupos de iguales comienzan a interpretar la práctica del consumo como placentera, debido a la interacción social que se origina (Apud y Romaní, 2016).

Es por todo ello que el modelo sociocultural rompe con una definición enteramente biológica del abuso de las drogas, ya que esta perspectiva entiende la conducta de consumo como consecuencia de una determinada organización de la vida diaria, además de una forma de construcción de la identidad e identificación (Romaní, 2000, citado por Apud y Romaní, 2016).

## **5. Consecuencias negativas derivadas del consumo de drogas**

Son varias las consecuencias que se pueden derivar del consumo de las drogas, estas no únicamente producen sus efectos en el organismo y la salud del individuo, sino que también tienen consecuencias en las relaciones sociales y el entorno de la persona consumidora. Asimismo, algunos efectos se dan de manera más inmediata en el tiempo,

mientras que en ciertas circunstancias se debe dar un uso prolongado y abusivo de la sustancia para que las consecuencias del consumo de drogas se manifiesten.

## **5.1. La adicción**

La primera consecuencia que puede surgir de la utilización de la droga de manera problemática, es la propia adicción a la misma. Gossop (1989) explicó qué elementos deberían coexistir en el sujeto para que se pueda considerar que éste posee una adicción. De esta manera, el deseo intenso de llevar a cabo una determinada conducta, la falta de control de la propia conducta, el sentimiento de malestar que se origina como consecuencia de la no realización de un comportamiento y la persistencia en llevar a cabo esa conducta pese a sus evidentes perjuicios sobre el individuo, son síntomas de una posible adicción (Becoña et al., 2011). En definitiva, pese a las consecuencias negativas que se pueden originar, el sujeto siente una necesidad de llevar a cabo una determinada conducta que le produce placer o alivio (Becoña et al., 2011). El término adicción es equiparable con el de dependencia, y dentro de la dependencia se debe distinguir entre la física y psicológica.

Se entiende como dependencia física la necesidad que tiene el individuo de mantener ciertos niveles de droga en el organismo para el buen funcionamiento del mismo. De esta manera se quiere evitar el síndrome de abstinencia, es decir una serie de signos y síntomas físicos y psíquicos de malestar que cesan tras la administración, nuevamente, de la droga (Osuna, 2005). Normalmente, este tipo de dependencia es común que se produzca por el consumo de sustancias depresoras, como el alcohol o los opiáceos, es menos patente en las drogas estimulantes, como la cocaína y la nicotina, y apenas perceptible en las drogas alucinógenas (Lorenzo, 2009).

Por otro lado, la dependencia psicológica es el deseo intenso de repetir el consumo de la droga para lograr los efectos agradables, placenteros o evasivos de la realidad que produce o para evitar el malestar psíquico que siente la persona con la falta de la droga (Osuna, 2005). Este tipo de dependencia es común que se dé con las drogas estimulantes (cocaína, nicotina, etc.) y las drogas alucinógenas (Díaz et al., 2008).

Por su parte, el DSM-V, es decir la guía de los criterios diagnósticos de diferentes trastornos mentales (DSM-V, 2013), engloba la dependencia y el abuso de las drogas en un mismo trastorno, eliminando la diferencia entre ambos términos. De esta manera aparece el trastorno por consumo de sustancias, que surge en una minoría de

personas como consecuencia del uso repetido de una droga. Este trastorno provoca que poco a poco la persona comience un uso compulsivo y sin control de la sustancia (Sanz, 2019). El DSM-V propone 11 criterios para poder diagnosticar un trastorno de este tipo, entre los que se encuentran: el consumo de grandes cantidades, el deseo persistente de consumir, inversión de una gran cantidad de tiempo en actividades relacionadas con la droga, abandono de actividades sociales, aparición de la tolerancia y la abstinencia, entre otros. Asimismo, es posible el diagnóstico de este trastorno, únicamente, con la presencia de dos de los criterios, siendo un desorden leve, y aumentando de gravedad según aumentan los criterios presentes en el sujeto (DSM-V, 2013). Se ha llegado a entender que, en el caso de una gravedad baja se estaría ante un problema de abuso pero que si esta gravedad aumenta a un nivel moderado o alto, el sujeto ya se encontraría con un problema de dependencia (Becoña, 2014).

Pese a ello, hay que entender que no todas las personas que abusan de las drogas llegan a desarrollar los criterios necesarios para considerar que padecen una adicción. Sin embargo, ésta es una posible consecuencia a la que los consumidores de drogas se ven expuestos (Becoña, 2014). Por ejemplo, en un estudio se halló que solo el 10% de las personas que abusaban del alcohol acababan convirtiéndose en adictos (Schuckit et al., 2001, citado por Becoña, 2014).

## **5.2. Consecuencias a nivel individual y social**

Por otro lado, las drogas impactan en diferentes esferas de la vida del individuo. La primera de ellas es la biológica, en la que un uso problemático de las sustancias psicoactivas tiene efectos en diferentes órganos del cuerpo afectando a la salud física y mental del individuo (Moscoso y Titto, 2015). Por ejemplo, pueden surgir enfermedades cardíacas y pulmonares, embolias, cánceres, infecciones derivadas de tener conductas sexuales no seguras o del uso compartido de material de inyección, como el sida o la hepatitis C, entre otras (National Institute on Drug Abuse, 2022). Sin embargo, se produce una disminución de las enfermedades infecciosas, debido a que la vía inyectada como vía de administración de una droga pierde su popularidad desde el 2009 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018). En ocasiones estos daños producidos pueden ser irreparables y en los casos más extremos se puede llegar a dar la muerte de la persona consumidora (Moscoso y Titto, 2015). En el ámbito psicológico, las consecuencias se perciben en las actitudes hacia uno mismo y su comportamiento.

Estas consecuencias afectan a la autoestima, la autoconfianza y la insatisfacción hacia uno mismo. En ocasiones la persona consumidora puede llegar a descuidar su imagen y su higiene. Así como que su conducta tiende a cambiar controlada por la sustancia, pudiendo provocar la adicción, la cual puede derivar en suicidio (Moscoso y Titto, 2015).

Sin embargo, como ya se ha dicho, las drogas no afectan de manera única al individuo, sino que estas también producen consecuencias sociales. Primero se debe hacer referencia a los efectos que estas producen en las relaciones del consumidor con su entorno, así como los amigos, la familia, el trabajo o la escuela. En ocasiones, cuando una persona comienza el consumo de drogas, éste cambia el grupo de gente con el que suele estar para pasar a permanecer con personas también consumidoras. Además, cuando el uso se transforma en dependencia, el sujeto descuida sus relaciones sociales y comienza a aislarse (Moscoso y Titto, 2015). En relación a lo anterior, el Plan Nacional sobre Drogas de 2021 expone que el 40,6% de los encuestados afirmaron haber tenido conflictos o discusiones con sus familiares, porcentaje que aumenta entre los consumidores de drogas, alcanzando su pico (65,4%) entre los consumidores problemáticos de cannabis.

Asimismo, entre los consumidores más jóvenes las drogas provocan una disminución en el rendimiento escolar, reduciendo la motivación, y afectando a la atención y memoria. Esto puede derivar en absentismo escolar o la repetición del curso (Moscoso y Titto, 2015). Los resultados del Plan Nacional sobre Drogas de 2021 “los resultados ponen de manifiesto que, en comparación a la media total de alumnos, los estudiantes que consumen sustancias psicoactivas (legales y/o ilegales) tienen un peor rendimiento académico, tanto a nivel de notas como de repetición de curso” (p. 142). En añadido, el plan también afirma que el consumo de sustancias psicoactivas influye en la frecuencia con la que el joven realiza “pellas”, en la capacidad de concentración en el aula o el número de veces que éste es expulsado de la escuela. De la misma manera, las drogas pueden producir efectos en el ámbito laboral, ya que el desempeño en el trabajo, por parte del consumidor, disminuye, aumentan el ausentismo y los accidentes en su labor, esto deriva en el abandono o despido del puesto de trabajo (Moscoso y Titto, 2015).

Otra de las consecuencias negativas y reseñables del consumo de sustancias psicoactivas es el uso de vehículos a motor bajo los efectos de las mismas, ya sea que la persona consumidora vaya como conductor o como pasajero (Plan Nacional sobre

Drogas, 2021). Conducir bajo los efectos de cualquier droga, ya sean lícitas como el alcohol o ilícitas como la heroína, se convierte en una actividad peligrosa, debido a que se pone en peligro tanto la propia vida, como la de los posibles pasajeros y demás terceros que se encuentren en la vía pública. Las sustancias que más se han relacionado con problemas a la hora de la conducción son el alcohol y la marihuana, debido a que producen en el consumidor “mayor zigzagado entre carriles, poca velocidad de reacción y falta de atención al camino”, entre otros (National Institute on Drug Abuse, 2022). Según el análisis realizado por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF, 2021), se detectó que, de un total de 597 conductores fallecidos en un accidente de tráfico, el 48,7% presentaba resultados toxicológicos positivos en alguna sustancia psicoactiva, siendo el 94,8% de ellos varones. El alcohol aparece en el 63,9 % de ellos, y se ha detectado que el 41,2% dieron positivo en otras drogas, dándose en alguna persona una combinación de ambas. Entre los peatones, un 41,2% de los peatones fallecidos presentaron resultados positivos en alcohol y/o otras drogas, siendo el 76,8% hombres. En añadido, el estudio de la evolución señala que “en los últimos diez años el número de conductores con resultados toxicológicos positivos muestra una tendencia al alza en el consumo de alcohol, drogas y psicofármacos” (INTCF, 2021, p. 61).

Por otro lado, se ha explicado las consecuencias que el consumo de drogas tiene en el contexto social más inmediato del individuo. No obstante, estas también producen sus efectos a nivel macro, es decir en un entorno amplio relacionado con contextos políticos, culturales y socioeconómicos. De esta manera, las drogas generan diferentes actividades de la criminalidad organizada alrededor de ellas, como por ejemplo el tráfico de drogas y delitos relacionados con el mismo, como robos, secuestros, homicidios, etc. lo que origina, a su vez, mayor inseguridad ciudadana, blanqueo de dinero, corrupción, entre otros delitos (Moscoso y Titto, 2015). Asimismo, a estas consecuencias se le añaden el coste del sistema público de atención, para invertir en atención médica, prevención, tratamiento y reinserción social de las personas en situación de dependencia (Moscoso y Titto, 2015; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

### **5.3. Delitos y consumo de drogas**

Si bien es cierto que no se puede declarar que exista una relación entre el consumo experimental de drogas y la comisión de actos delictivos, sí se puede demostrar que la relación entre un consumo abusivo de las drogas con la delincuencia y con los delitos más violentos (Carpentier, 2007; Esbec y Echeburúa, 2016). Esto se ve reflejado en el meta-análisis de Bennett et al., (2008), en él se llega a la conclusión de que los consumidores de drogas (heroína y cocaína, principalmente) tienen de tres a cuatro veces más posibilidades de verse envueltos en conductas delictivas que aquellas personas no consumidoras. No obstante, se debe clarificar que es mayor el número de aquellas personas consumidoras y adictas a sustancias que no han delinquido, que aquellas que sí lo han hecho (Esbec y Echeburúa, 2016). Por lo tanto, ninguna droga es, por sí sola, causante de la criminalidad, ya que ésta se ve influenciada por factores personales, familiares, sociales y escolares, sin que tenga de existir una relación causa-efecto entre la drogodependencia y la comisión de delitos (Bringas et al., 2012).

En relación a lo anterior, debido a que el consumo de drogas y la realización de actividades delictivas tienen en común diferentes factores de riesgo (vulnerabilidad familiar o exclusión social, entre otros) que precipitan dichas conductas, puede darse una situación de refuerzo entre ambos comportamientos. De esta manera, las personas que se desenvuelven en un contexto donde priman las conductas delictivas tienen mayor probabilidad de verse envueltas en el consumo de drogas. Al igual que aquellas personas que presentan problemas con las sustancias psicoactivas tienen un mayor riesgo de acabar realizando actividades delictivas de cualquier índole (Carpentier, 2007).

A la hora de establecer una relación entre la droga y el delito, se debe diferenciar entre las personas que hacen uso de las drogas (consumidores) y las que abusan de las mismas (dependientes). De esta forma, en el primero de los casos la persona puede delinquir sin consumir, mientras que en el segundo el delito se produce como consecuencia de la dependencia que padece el sujeto hacia las drogas (Leganés, 2010). Por ello, pueden ser diferentes las circunstancias que rodean a las drogas y al delito. Por un lado, se encuentran aquellos adictos a las sustancias que no delinquen y si lo hacen se trata de delitos de poca gravedad. Por otro lado, están esas personas que delinquen para obtener un beneficio económico que les permitan seguir consumiendo. Además de

un grupo que ya delinquieron antes de consumir drogas y que continúan haciéndolo después de que surja en ellos una adicción a las drogas (Leganés, 2010).

En relación a lo anterior, Goldstein (1985) realizó una diferenciación entre los delitos más cometidos por aquellas personas que sufren una drogadicción:

1. **Los delitos originados por los efectos farmacológicos de la sustancia**, como depresión, excitación, obnubilación, euforia, etc. (Goldstein, 1985). Por ejemplo, la cocaína es un activador relacionado con la agresividad o la impulsividad, mientras que el alcohol es un inhibidor de las áreas de autocontrol (Esbec y Echeburúa, 2016). Se trata de una criminalidad unida a un estado especial de la persona, que normalmente se produce de manera esporádica si no se trata de un consumidor habitual (Leganés, 2010).

Aquí se producen algunos delitos violentos dependiendo de la personalidad del sujeto y de si los efectos son excitantes o euforizantes (Leganés, 2010). Asimismo, también se producen delitos de índole imprudente y/o delitos por omisión, sobre todo en los consumidores de cannabis u opiáceos (Bravo de Medina et al., 2010; citado por Esbec y Echeburúa, 2016). En este sentido se encuentran ilícitos como (Leganés, 2010):

- a. Contra las personas. Contra la vida, lesiones, etc.
- b. Contra la libertad sexual. violación, abusos, etc.
- c. Contra el orden público. Resistencia, desobediencia, contra los agentes de la policía, etc.
- d. Contra la seguridad de tráfico. conducir con exceso de velocidad, conducir bajo los efectos del alcohol, etc.
- e. Contra la propiedad. Si bien se tratan de delitos motivados por un impulso producido por el consumo, por lo que no existe una motivación económica, sí que se pueden producir daños o destrucción de los bienes debido a las peleas y demás reacciones violentas.

2. **La delincuencia funcional o instrumental**, realizada con el objetivo de obtener un beneficio económico para financiar el consumo de drogas. En este caso, los delincuentes no se ven influenciados por un impulso violento, sino que su principal motivación, como ya se ha comentado, es el de la obtención de dinero.

De esta manera la violencia que se pueda producir en esta clase de delitos es como consecuencia de factores contextuales como, por ejemplo, el nerviosismo del autor, el uso o la falta de arma para cometer el delito, la reacción de la víctima o la presencia de espectadores en la escena (Goldstein, 1985). En añadido, la frecuencia con la que este tipo de delincuencia se lleve a cabo se verá determinada por la dependencia física y/o psicológica de la persona, además de la posibilidad de adquirir la sustancia sin tener que acudir a la delincuencia (Leganés, 2010).

Asimismo, de manera diferente a lo que ocurre con la delincuencia inducida, la funcional se mantendrá estable durante el periodo en el que el individuo padezca una drogadicción. Entre los delitos más cometidos se encuentran (Leganés, 2010):

- a. Contra el patrimonio. Se producen robos en sus diferentes modalidades, en especial los robos con violencia o intimidación.
- b. Delitos de malversación. Cometidos por funcionarios públicos adictos, en el oficio de su cargo.
- c. Delitos de falsificación. Por ejemplo, la falsificación de recetas para la compra de sustancias en las farmacias.
- d. Tráfico de drogas por parte de la persona adicta, se encarga de vender a otros individuos, cobrando su correspondiente dosis por la labor realizada.
- e. Posesión de armas ilícitas. En estos casos la persona se sirve de las mismas para cometer los robos.
- f. Contra el orden público. La persona puede llegar a agredir a un policía en el contexto de una detención.

3. **La delincuencia relacional**, es decir aquella que se produce en el contexto del consumo de drogas y facilita el mismo. Los objetivos de esta criminalidad es el poder autoabastecerse de la droga y hacer frente a las deudas por falta de recursos económicos. Entre los delitos más cometidos se encuentran (Leganés, 2010; Esbec y Echeburúa, 2016):

- a. Delitos de tráfico de drogas a pequeña escala.
- b. Delitos de receptación, en los que la persona adicta vende los bienes robados a un comprador (receptor).

4. **Delitos de narcotráfico** cometidos por personas no consumidoras. Se trata del tráfico de drogas convertido en un negocio, es decir un tráfico a gran escala realizado por las mafias. En este contexto el uso de la violencia se encuentra muy presente, ya que únicamente no se sirven de ella para cometer los ilícitos penales, sino que también es utilizada por los miembros de las organizaciones como método de sanción hacia otros compañeros. En este sentido, la violencia es utilizada para la resolución de conflictos jerárquicos, para solucionar las discusiones entre las bandas por un territorio o como medio de deshacerse de los traidores a la organización o los “topos”. Asimismo, se incluyen los delitos de blanqueo de capitales, estafas, delitos fiscales, coacciones, homicidios o posesión ilegal de armas (Goldstein, 1985).

En este sentido, según la reciente investigación realizada por Calero et al., (2020), la cual se encontraba compuesta por 192 adolescentes entre los 14 y 21 años de edad, sometidos a medidas de internamiento judicial, casi la mitad de aquellos que consumían cocaína cometieron robos valiéndose de la violencia e intimidación. Asimismo, aquellos en los que concurría un policonsumo de sustancias presentaron más posibilidades de ser partícipes de robos con violencia e intimidación, de violencia de género y de cometer atentados contra la autoridad pública. De esta manera, se confirma que el consumo de drogas es un factor de riesgo importante para llevar a cabo actos delictivos o para cometer delitos de mayor gravedad. No obstante, no se puede llegar a considerar con rotundidad a las drogas como causantes o consecuentes de los delitos.

## **6. Estudio empírico**

Una vez conocido el fenómeno de las drogas, habiendo profundizado en los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de una persona de iniciarse en el consumo de sustancias psicoactivas y conociendo las consecuencias que éstas pueden acarrear tanto para el individuo como para la sociedad, se aborda a continuación el estudio empírico que toma como base la relación entre el consumo de drogas y la comisión de delitos. Se ha realizado una investigación en la que se ha elegido como factor de gran importancia en el consumo de drogas la percepción de riesgo sobre las mismas. Esta investigación se ha realizado a nivel de País Vasco, y con ella se pretende analizar cómo dicha percepción influye en la frecuencia de consumo, de las principales

drogas de nuestra sociedad (alcohol, tabaco, cocaína y cannabis), en la población juvenil.

A continuación, se procederá a argumentar por qué se ha escogido a las personas jóvenes para su estudio y por qué son cuatro las drogas seleccionadas para establecer una relación con la ya mencionada percepción de riesgo. Asimismo, se hará una explicación de los objetivos de esta investigación, así como de las variables que han sido estudiadas, la muestra seleccionada, el diseño de la investigación, las herramientas utilizadas, el procedimiento seguido, los análisis de datos llevados a cabo y, por último, los resultados del estudio y las conclusiones extraídas.

## **6.1. Fundamentación**

### **6.1.1. Los jóvenes y el consumo de drogas**

Los primeros momentos en los que las personas tienen contacto con el consumo de drogas es durante la adolescencia. Es un momento en que tiene lugar la formación del sujeto a través de desarrollos físicos, emocionales, académicos, sociales, etc. (Becoña, 2000). La persona tiene la necesidad de afirmar su propia identidad y buscar la independencia y autonomía del mundo de los padres. Esto lo hace a través de la experimentación de actividades, entre las que nos podemos encontrar conductas antinormativas, como el consumo de sustancias psicoactivas o la realización de actividades antisociales (Luengo et al., 2002).

De esta manera la decisión de iniciarse en estos comportamientos antinormativos dependerá del medio socio-cultural, familiar, del grupo de pares, etc. (Becoña, 2000). Por ello, para que esta conducta se lleve a cabo es de gran importancia la socialización del individuo, entendiendo este proceso como aquel en el que una persona adopta ciertos elementos socioculturales, como: actitudes, valores, símbolos, prejuicios, motivaciones, etc. (Simkin y Becerra, 2013) a partir de su relación con el resto de individuos o agentes de socialización, es decir, aquellas personas encargadas de transmitir dichos elementos.

Se debe atender a la socialización primaria, es decir la familia, como agente más importante en la vida de una persona, debido a ser el primero, así como por ser el nexo entre la sociedad y el individuo (Rodríguez, 2007). De este modo, la familia socializa al niño según su modo de vida y de entender el mundo, el cual se ve influenciado por la realidad histórica, social y económica en la que se desenvuelve (Rodríguez, 2007). Se

podría decir que no existe una socialización homogénea y global, sino que ésta difiere según el entorno que rodea a la persona.

Por otro lado, según el individuo va creciendo estos tienden a permanecer con los grupos de pares, es decir, son propensos a juntarse con aquellas personas con las que se identifican, con las que están pasando por situaciones similares, encontrando en ellos un punto de seguridad y apoyo (Younis, 1999; Luengo et al., 2002). De esta manera, los amigos, se convertirán en una “fuente de determinación de hábitos, actitudes, valores y modos de vida” (Luengo et al., 2002, p.16), convirtiéndose en uno de los principales agentes de socialización. Esta influencia de los amigos puede desencadenar que el sujeto se vea envuelto en conductas antisociales, con el objetivo de ser aceptado como miembro del grupo y de expresar su independencia frente al entorno familiar (Luengo et al., 2002).

Asimismo, la adolescencia es un momento de cambios cognitivos, en el que el individuo deja de ceñirse a los argumentos de los padres sobre determinados temas, así como cuestionar lo aprendido con los adultos sobre lo que está bien y lo que está mal. Es ahora cuando el adolescente comienza a hacer uso del pensamiento crítico para cuestionar la visión de los padres y, de esta manera, elaborar sus propias opiniones que tendrán como consecuencia diferentes formas de comportamiento (Luengo et al., 2002).

### **6.1.2. Prevalencia del consumo de drogas**

En la actualidad son varias las drogas que son consumidas por los jóvenes y la encuesta de ESTUDES 2021 refleja la realidad de las sustancias psicoactivas más consumidas por la población más joven en nuestro país. Según los últimos datos ofrecidos por el Plan Nacional sobre Drogas de 2021, realizado a nivel nacional sobre una población de escolarizados en edades comprendidas entre los 14 y 18 años:

El alcohol se convierte en la sustancia más consumida. De esta manera, el 73,9% reconoce haber bebido alcohol alguna vez en su vida, mientras que el 70,5% ha consumido bebidas alcohólicas en el último año y el 53,6% lo ha hecho en el último mes.

En relación al tabaco, esta se coloca como la segunda droga más consumida entre los jóvenes. El 38,2% de ellos afirmaron haber consumido alguna vez a lo largo de su vida esta sustancia. El 30,7% lo realizó en el último año y el 23,9% consumió tabaco en los últimos 30 días.

Aun siendo una sustancia ilegal, el cannabis se coloca como la tercera droga con mayor prevalencia de consumo. El 28,6% de los jóvenes declararon haber probado esta sustancia en alguna ocasión. Asimismo, en el último año fue el 22,2% los que consumieron esta droga, mientras que el 14,9 % lo hizo en el último mes.

Por otro lado, nuevamente volviendo a las drogas legales, los hipnosedantes, es decir los tranquilizantes o somníferos, se convierten en la cuarta sustancia más consumida. De esta forma, el 19,6% de los jóvenes afirmaron haber probado esta droga.

En añadido, la siguiente sustancia ilegal más consumida la constituye el éxtasis. Así, el 3,1% afirman haber consumido la droga alguna vez en su vida, el 1,8% lo realizó en el último año y el 0,6% en el último mes.

Para acabar, el sexto lugar es ocupado por la cocaína, ocupando el podio entre las drogas ilegales más consumidas. El 2,7% de los jóvenes declararon haber consumido esta sustancia alguna vez en sus vidas, mientras que el 2,1% lo hizo en el último año y el 0,6% lo hizo en el último mes.

Asimismo, el resto de sustancias que fueron analizadas con la encuesta ESTUDES, como los inhalables volátiles, las anfetaminas o la heroína, entre otras, presentaron una prevalencia de consumo inferior al 2%.

Por otro lado, otro dato importante que se debe conocer es la edad media en la que el inicio en las diferentes sustancias psicoactivas se produce. De esta forma, en lo que a las drogas con mayor índice de consumo se refiere (alcohol y tabaco), las edades medias son los 14 y 14,1 años respectivamente, es decir el inicio del consumo se coloca al principio de los 14 años. En lo referente a los hipnosedantes, la edad media se sitúa en la mitad de los 14 años (14,4). Y para las drogas ilegales (cannabis y cocaína) el inicio del consumo se coloca antes de cumplir los 15 años (14,7 y 14,9 respectivamente). Sin embargo, para el éxtasis esta edad media aumenta hasta alcanzar los 15,4 años.

En definitiva, el periodo comprendido entre los 14 y 18 años de edad cobra gran importancia, por tratarse de una etapa en la que la persona desarrolla su identidad y adquiere diferentes hábitos que pueden perdurar hasta la edad adulta. Por lo tanto, un inicio temprano en el consumo de drogas puede derivar en un uso problemático de estas sustancias y el comienzo del consumo de nuevas drogas cuando se es adulto. Asimismo, se ha podido ver que las drogas más conocidas y consumidas por la población juvenil y

con un inicio más temprano del consumo son; el alcohol, el tabaco, el cannabis y la cocaína.

Por todo ello, se ha decidido escoger a la población juvenil como protagonista de esta investigación, así como a las dos drogas legales más consumidas (alcohol y tabaco) y las dos ilegales (cannabis y cocaína). Con ello se pretende estudiar la relación entre la percepción de riesgo y la frecuencia del consumo de alcohol, tabaco, cannabis y cocaína. Así como, la influencia del consumo de estas drogas en la comisión de delitos.

## **6.2. Objetivos**

El principal objetivo de este trabajo fue estudiar el riesgo percibido por los y las jóvenes ante el consumo de drogas (en particular, alcohol, tabaco, cocaína y cannabis) y su relación con el consumo de estas sustancias psicoactivas. De este objetivo deriva la hipótesis de que, ante mayor riesgo percibido, menor será la consumición de drogas, siendo quienes más consumen aquellas personas que perciben un riesgo menor.

Asimismo, se desea estudiar si el consumo de estas sustancias psicoactivas precipita la comisión de actividades delictivas. De este objetivo se establece la hipótesis de que el consumo de drogas puede favorecer la comisión de ciertos delitos.

A partir de estos objetivos generales se determinaron una serie de objetivos específicos:

*Objetivo 1:* Determinar si existen diferencias en la percepción de riesgo relacionado con el consumo de drogas en función del sexo. De este objetivo se extrae la siguiente hipótesis:

H1. Las chicas presentan una mayor percepción de riesgo asociado al consumo.

*Objetivo 2:* Analizar si el inicio del consumo a una edad más temprana influye en la frecuencia con la que se consumen sustancias psicoactivas. Se plantean la hipótesis siguiente:

H2. El uso temprano de drogas se vincula con una mayor frecuencia de consumo.

*Objetivo 3:* Analizar cómo influye el conocimiento sobre las drogas en la frecuencia en que se consumen estas sustancias psicoactivas. Se plantean dos hipótesis:

H4. Las personas con mayor conocimiento sobre las drogas evitan el uso de las

drogas.

H5. Las personas que perciban una mayor utilidad en la información ofrecida sobre las drogas evitan el consumo de las mismas.

*Objetivo 4:* Determinar si los sujetos que perciben un mayor riesgo derivado del consumo de drogas no se han iniciado en su consumo. Se extrae una hipótesis:

H6. El individuo que percibe una mayor cantidad de consecuencias negativas no se verá envuelto en conductas de consumo.

*Objetivo 5:* Estudiar si la actitud hacia el consumo de drogas influye en la frecuencia con que una droga es consumida. Se plantea una hipótesis:

H7. Una actitud favorable hacia el consumo desencadena un mayor uso de la droga por parte de la persona.

*Objetivo 6:* Determinar si existen diferencias en las percepciones sociales, tanto familiares como de grupo de pares, según el tipo de consumo realizado por la persona.

De este objetivo se extraen dos hipótesis:

H8. Una actitud favorable por parte del grupo de pares hacia las drogas provoca un mayor uso de la sustancia.

H9. Una actitud negativa por parte de la familia al uso de las drogas provoca un menor uso de las mismas.

*Objetivo 7:* Determinar cuál es la principal motivación de los jóvenes para iniciarse en el consumo de sustancias psicoactivas.

H10. La principal motivación de los jóvenes para probar una sustancia es la curiosidad.

*Objetivo 8:* Estudiar si el consumo de estas sustancias psicoactivas está vinculado a la comisión de actividades delictivas.

H11. El consumo de drogas se relaciona con la comisión de delitos.

## **6.3. Metodología**

### **6.3.1. Descripción de la muestra**

Se propone una muestra de 93 jóvenes de la Comunidad Autónoma del País Vasco. De los cuales 30 (32,3%) fueron hombres y 62 (66,7%) fueron mujeres. El rango de edad fue de 18 a los 27 años, con promedio de 21 años. Esto constituye un requisito inicial para la participación en el estudio.

Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico, el cual no involucra una selección aleatoria de la muestra. En concreto se utilizará el denominado “bola de nieve”, en el que los participantes se ponen en contacto con otros participantes del estudio para aumentar el tamaño de la muestra (Martín y Salamanca, 2007). En el caso de esta investigación la población que interesa estudiar es la juvenil mayor de edad, ya que los primeros contactos con el consumo de drogas tienen lugar durante la adolescencia.

### **6.3.2. Variables del estudio**

Como ya se ha llegado a explicar en apartados anteriores de este trabajo, la percepción de riesgo se define como la identificación por parte de la persona de si existe peligro o no al llevar a cabo una actividad (Calafat y Monserrat, 2003). Por lo tanto, si la persona percibe las consecuencias dañinas de un acto, es más probable que no lo lleve a cabo, pero si el sujeto desconoce esas consecuencias negativas, la probabilidad de realizar dicha actividad peligrosa será mayor. Por ello, la percepción de riesgo constituye una de las variables más importantes en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas (Becoña, 2000).

Asimismo, se ha detectado que los primeros momentos en los que las personas tienen contacto con el consumo de drogas es durante la adolescencia. Aparentemente, la experimentación con las drogas se ha convertido en un hecho normalizado por parte de los jóvenes de la sociedad, dándose que la mayoría de ellos comienzan con el consumo de alcohol y el tabaco, lo que facilita la posterior experimentación con otras sustancias (Becoña, 2000). Sin embargo, pese a disponer hoy en día de evidencias que demuestran las consecuencias psicológicas, físicas y sociales del consumo de sustancias psicoactivas, la población más joven presenta una baja percepción de riesgo asociado a éstas, lo que conlleva un aumento en el consumo y un inicio temprano de esta actividad (Iglesias, 2021). Además, este consumo, en algunas ocasiones, tiene como consecuencia la realización de delitos, bien por los efectos “farmacológicos directos o indirectos de la sustancia”, bien con el objetivo de obtener más dinero para costearse el consumo, o bien delitos de narcotráfico a pequeña o gran escala (Goldstein, 1985).

Cabe señalar que la percepción de riesgo es un puzle de varias piezas complejas que incluye la percepción social (normalización del consumo por parte de los agentes de

socialización), las consecuencias negativas esperadas del consumo, la información que se tenga sobre estas sustancias, la actitud hacia el consumo y los motivos para consumir.

En definitiva, las variables que se tendrán en cuenta en este estudio son:

- *La edad.* Edad que tenía el participante en el momento del cuestionario.
- *El sexo.* Si la persona participante se identifica como una mujer, un hombre u otro.
- *Consumo de sustancias.* Se quiere medir tanto la cantidad, como la frecuencia y la edad en la que probó por primera vez la sustancia: consumo de alcohol, consumo de tabaco, consumo de cannabis y consumo de cocaína
- *La percepción social.* Se entiende esta variable como una normalización del uso de las drogas por parte de la sociedad. Esta normalización influye en los hábitos de consumo de los individuos, ya que reduce la percepción de riesgo y los niveles de rechazo hacia el uso de las drogas (Sánchez y Balda, 2009). Esta normalización se sujeta a la premisa de “si lo hace la gente es que no es peligroso” (p. 62). De esta manera el uso de las drogas se registra como un comportamiento de moda y normalidad (Gervasio, 2014). En esta normalización son importantes la influencia de la familia y las relaciones personales, en especial con los grupos de amigos. La existencia de un vínculo con el grupo familiar actúa como inhibidor de comportamientos desviados. Además de actuar como modelos, de los cuales el individuo adquiere las conductas que observa. Es por ello que, aquellas personas criadas en familias donde sus miembros beben, fuman o usan las drogas, tienen más probabilidades de verse envueltos en estas conductas. Asimismo, adquieren gran importancia los aprendizajes sociales que se llevan a cabo en el grupo de amigos y los procesos de reforzamiento que en él se producen (Luengo et al., 2002; Sánchez y Balda, 2009). Así, cuando la persona desea integrarse en la sociedad, es habitual que se produzca una reducción en la percepción de riesgo y un aumento en la percepción de los beneficios que se obtiene del consumo de drogas (Sánchez y Balda, 2009).
- *Consecuencias negativas de las drogas.* Como ya se ha explicado en apartados anteriores de este trabajo son varias las consecuencias negativas que de las drogas se desprenden. De esta manera, únicamente no existen daños a la salud del individuo, sino que estas consecuencias alcanzan un contexto más amplio, un contexto social. Incluyendo esta variable se quiere detectar si la muestra percibe

riesgos o consecuencias negativas del consumo de determinadas cantidades de drogas y si esta percepción difiere entre las diferentes sustancias psicoactivas.

- *Información sobre las drogas.* Variable importante en el consumo de drogas es el nivel de conocimientos que una persona tenga de los efectos placenteros de las mismas o de las consecuencias negativas que provocan y su peligrosidad (Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2006). Por ello, se entiende que aquellas personas que son conocedoras de los efectos dañinos de las drogas, toleran en menor medida el uso de las mismas y es menos probable que estos se inicien en la práctica de su consumo (González et al., 1996). Se debe de tener en cuenta, no solo la cantidad de información que los jóvenes reciben, sino también la calidad de la misma. En añadido, son diferentes las fuentes de las cuales dicha información es obtenida. En este sentido, se diferencian las fuentes espontáneas, como amigos, compañeros de trabajo, fiestas, etc. y las fuentes que ofrecen información de manera orientada, como las diferentes instituciones socializadoras (entidades públicas, la escuela, la familia, etc.) (Sánchez y Balda, 2009). Dichas fuentes espontáneas suelen considerarse como facilitadoras del consumo, mientras que las orientadas suelen ser preventivas del mismo (Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2006).
- *Actitud hacia el consumo de drogas.* Con esta variable se quiere observar las actitudes que los encuestados presentan hacia el consumo de drogas. Esto es debido a que el comportamiento de las personas viene regulado por su sistema de valores y creencias, y actuarán conforme al mismo (González et al., 1996). Es por ello que la actitud puede favorecer conductas de consumo. Por ejemplo, en la investigación realizada por del Barco et al., (2007), se observa que aquellos adolescentes que puntuaron alto en el cuestionario de actitudes hacia el tabaco, no solo son consumidores de esta sustancia, sino que también de porros y alcohol. Por lo tanto, mantener una actitud favorable hacia un tipo de sustancias puede provocar una extrapolación de ese pensamiento hacia otras drogas.
- *Motivos para consumir drogas.* Con esta variable se busca conocer las principales motivaciones de los encuestados para iniciarse en un consumo de la sustancia. Según la bibliografía la base motivacional se encontraría sustentada en la búsqueda del hedonismo, es decir, la diversión, la aventura, el disfrute y el experimentar nuevas experiencias. Junto a ello, adquiere gran importancia la necesidad de integración de la persona, así como los efectos mismos de las

drogas (euforia, disminución del cansancio, socialización, etc.) (Sánchez y Balda, 2009; Redondo, 2016).

- *Comisión de delitos*. Esta variable quiere conocer si los encuestados han realizado alguna clase de delitos. Se entiende que entre los delitos más comunes cometidos por la población más joven destacan el hurto y los delitos contra la propiedad. Así mismo, también se encuentran presentes el robo con violencia, la intimidación, el allanamiento de morada, las coacciones y el vandalismo (quema de contenedores de basura, grafitis, etc.). En añadido, a estas modalidades también se les une aquella criminalidad relacionada con las drogas (Defez, 2017). Es por ello que se debe tener en cuenta aquellos delitos cometidos como consecuencia de los efectos de las drogas, como por ejemplo los delitos violentos y los delitos por omisión. También se encuentra presente aquella delincuencia relacionada con la obtención de dinero para el consumo, como delitos contra la propiedad. Por último, los delitos de narcotráfico a pequeña y gran escala, los cuales pueden englobar el tráfico, el blanqueo de capitales, estafas, coacciones, etc. Sin embargo, hay que tener en cuenta que parte de estos delitos se producen como consecuencia de padecer una drogodependencia, es decir un caso severo de dependencia o de adicción a las drogas (Esbec y Echeburúa, 2016).

### **6.3.3. Diseño**

El presente trabajo es un estudio piloto con un diseño de encuesta transversal, de carácter descriptivo, ya que el objetivo es el acercamiento a la percepción de riesgo en relación al consumo de drogas y su relación con la comisión de delitos en los y las jóvenes del País Vasco. La recogida de datos se realizó de forma anónima y on-line, a través de un cuestionario creado por una aplicación específica a tal efecto.

### **6.3.4. Instrumentos**

Para la recolección de datos se utilizó una encuesta realizada online, a través de la página web “encuestafacil”. Dicho cuestionario fue elaborado *ad hoc* para esta investigación, sirviéndose de diferentes herramientas utilizadas por diversos autores o entidades. Asimismo, se trata de un cuestionario dividido en cuatro bloques según la información que se desea recopilar.

*Bloque I.* El primero de los bloques recoge datos sociodemográficos. Las preguntas de este apartado fueron extraídas y debidamente adaptadas a esta investigación del cuestionario realizado por Rodríguez et al., (2005).

*Bloque II.* El segundo bloque mide la prevalencia del consumo entre los jóvenes. Para ello se extrajeron las preguntas más adecuadas y luego se adaptaron a la investigación del cuestionario ESTUDES 2020/2021. Se trata de un conjunto de encuestas que se realizan en España por el Plan Nacional sobre Drogas, para conocer la situación y las tendencias en el consumo de drogas entre los estudiantes (14-18 años) españoles. En esta investigación se han escogido las preguntas de las drogas que se quieren estudiar (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína). En total este bloque del cuestionario se encuentra formado por 16 ítems, con los que se quiere conocer el inicio y la frecuencia del consumo de drogas.

*Bloque III.* El apartado que sigue quiere medir la percepción de riesgo ante las drogas. Como ya se ha dicho con anterioridad esta percepción de riesgo viene condicionada por otras variables (percepción social, consecuencias negativas, información sobre las drogas, actitud hacia el consumo y motivos que llevan al mismo). Es por ello que se han utilizado herramientas diferentes para medir cada una de ellas:

Para la percepción social se han utilizados dos herramientas diferentes:

- *“Parental Risk Factors”, Evaluation Instrument Bank (EIB) (CICAD, 2007).* Integrando las drogas que se estudian en esta investigación, pero manteniendo el estilo de pregunta. Esta escala puede ser usada como indicador de normas familiares o factores de riesgo familiar. Se trata de preguntas con un set de 4 respuestas (desapruebo extremadamente, desapruebo mucho, desapruebo levemente, no desapruebo). Midiendo las percepciones y actitudes de los padres hacia el comportamiento antisocial y el uso de drogas.
- *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) - Family Cohesion (II) (CICAD, 2007).* Adaptada a la investigación. Se trata de una pregunta con tres opciones de respuesta (sí, no y no sé), que recoge si algunos de los familiares de la persona desarrolla ciertas conductas relacionadas con las drogas, es decir, el uso de sustancias psicoactivas en la familia.

Para el siguiente indicador, consecuencias negativas para el consumo de drogas, se utilizó:

- *Escala percepción de riesgos asociados al consumo de drogas.* (“Perceptions of Risks Associated with Drug Use”, Evaluation Instrument Bank (EIB)) (CICAD, 2007). Adaptada a la investigación. Se trata de una escala de Likert de 4 (desde “No hay riesgo” hasta “Gran Riesgo” con opción de “No sé”, esta última será puntuada con 0 en caso de ser seleccionada). Mide el nivel de conciencia sobre las consecuencias asociadas al uso de alcohol, tabaco y otras drogas. En definitiva, cuantifica la percepción de daños y riesgos asociados al uso de alcohol, tabaco y otras drogas.

En añadido, para el indicador, información (conocimientos sobre las drogas):

- Apartado de “Información sobre las drogas” del cuestionario del Instituto de Adicciones de Madrid Salud y el Equipo de Investigación Sociológica (EDIS S.A., 2006). Se trata de 4 preguntas con opciones múltiples de respuesta sobre el nivel de información sobre las drogas y las fuentes de las que fueron extraídas.

Para el indicador de actitudes hacia el consumo de drogas, se ha utilizado la:

- *Escala de actitudes ante el consumo de drogas* (Evaluation Instrument Bank (EIB) – Attitudes to Drug Use) (CICAD, 2007). Se trata de una escala que contiene una mezcla de respuestas positivas y negativas claramente indicadas; 11 items usando una escala Likert de 5 respuestas (“Totalmente de acuerdo” a “Totalmente en desacuerdo”).

Para finalizar con el tercer bloque, el último indicador, motivos para consumir, se ha utilizado una pregunta de múltiple respuesta que presenta diferentes motivaciones para consumir drogas. Pregunta extraída del “Estudio de las actitudes y percepciones de los jóvenes riojanos ante las drogas psicoestimulantes” (Sánchez y Balda, 2009).

*Bloque IV.* Por último, este bloque quiere medir si alguna vez la persona encuestada ha llevado a cabo algún acto delictivo, ya sea estando o sin estar bajo la influencia de las drogas. Para ello, se elaboró *ad hoc* un bloque de preguntas de múltiple respuesta. Entre ellas se encuentran algunas como; ¿Has cometido alguna vez un delito?; ¿Qué tipo de

delito cometiste?; ¿A la hora de cometer esos delitos te encontrabas bajo los efectos de alguna droga (alcohol, tabaco, cocaína, cannabis)? entre otras.

### **6.3.5. Procedimiento**

Para dar inicio con el estudio se contó con la autorización del Comité de Ética e Investigación con Seres Humanos (CEISH) de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU). Posteriormente, se procedió con la recolección de los datos. Para ello, se contactó vía email y whatsapp con posibles miembros que se encuentren en el intervalo de edad que se desea estudiar, para que conformen la muestra. La encuesta se aplicó de manera on-line, a través de la web “encuestafacil.com”, para conservar el anonimato de los participantes. Antes de dar inicio con el cuestionario, se informó a los integrantes de la muestra sobre los objetivos del trabajo y sobre el uso que se harán de sus datos. Asimismo, al tratarse de un cuestionario on-line, éste se pudo realizar en cualquier lugar y en cualquier momento, permitiendo una total flexibilidad para la persona encuestada. En añadido, no se solicitó el consentimiento del participante, ya que se presupone que al ser un cuestionario on-line existe un consentimiento tácito de la persona preguntada a la hora de realizar dicho cuestionario ya que, si éste no presta su autorización, tiene la posibilidad de abandonar la encuesta en cualquier momento y no responder a las preguntas formuladas. De todas las encuestas recibidas se descartaron veintisiete de ellas, algunas por no pertenecer los participantes al rango de edad en el se tiene interés y otras, por encontrarse incompletas.

### **6.3.6. Análisis de datos**

Posteriormente, para alcanzar los objetivos planteados en este estudio, se procedió con el análisis de los datos empleando el software gratuito JAMOVI. Con él se llevaron a cabo los análisis de frecuencias, los análisis descriptivos, las comparaciones de medias y las regresiones.

En particular, con el uso de la prueba t de Student se quiso hacer una comparación de puntuaciones entre dos grupos. Con este análisis lo que se pretende es constatar si existen diferencias significativas en la media de una variable dependiente en función de los grupos. Cuando la comparación se realiza entre más de dos grupos, el método utilizado será ANOVA (Elosua y Egaña, 2020). En particular, en el presente trabajo se ha utilizado la prueba t de Student para:

- Determinar si existen diferencias en la actitud hacia las drogas, la percepción social y de riesgo en función de la variable sexo.
- Determinar si existen diferencias entre la tolerancia que percibe la persona hacia el uso de drogas por parte de su familia y del grupo de pares.

Por su parte, se procedió al uso del método ANOVA para:

- Determinar si existen diferencias en la frecuencia de consumo de cada droga en función de si la persona se inició pronto, dentro de la media o tarde en el consumo de la primera droga (alcohol).
- Analizar las diferencias en la percepción de riesgo asociado al consumo de drogas en función de la frecuencia de consumo en cada una de las sustancias psicoactivas (habitual, esporádico o sin consumo).
- Estudiar si existen diferencias en la percepción sobre el uso de las drogas de la familia y del grupo de pares en función del tipo de consumo realizado por la persona.

Complementariamente, se realizaron análisis de regresión lineal. Este análisis permite estudiar el valor predictivo de una variable sobre otra, pudiendo explicar las relaciones entre una variable predictora y una dependiente. En análisis de regresión múltiple, permite introducir varias variables como predictoras, controlando el efecto de las mismas al estimar la influencia de cada una de ellas individualmente (Elosua y Egaña, 2020). En este trabajo se planteó este análisis para:

- Estudiar si el conocimiento sobre las drogas, y la utilidad percibida de la información recibida respecto a ellas, son predictoras de la frecuencia de consumo de cada una de las sustancias (alcohol, tabaco, cannabis y cocaína), controlando la influencia del sexo y de la edad.
- Identificar si la actitud del o de la joven hacia las drogas es predictora de la frecuencia con que la persona las consume, habiendo controlado la posible influencia del sexo y de la edad.

## **6.4. Resultados**

### **6.4.1. Análisis descriptivos**

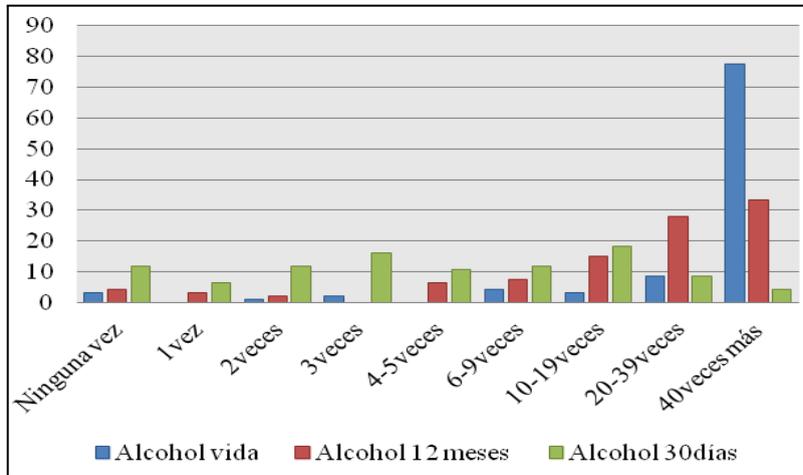
La muestra que participó en este estudio ( $N = 93$ ), estaba constituida mayoritariamente por mujeres (66,7%). En cuanto a la edad media de los participantes ésta fue de 21,9 años ( $DT = 2,27$ ), siendo el 54,8% ( $N = 51$ ) los que se encontraron entre la franja de edad de los 18 a los 21 años. Respecto al lugar de residencia, el 39,8% pertenecía a la provincia de Álava, y el 23,7% a Vizcaya, y el 36,6% a la de Gipuzkoa. En cuanto al nivel educativo, la mayoría de la muestra (58,1%) posee estudios universitarios o se encuentran cursando un grado universitario, y el mismo porcentaje declaró estar estudiando, mientras que el 30,1% estudia y trabaja a la vez.

#### **6.4.1.1. Hábitos de consumo de las diferentes drogas**

En relación a los hábitos de consumo de la muestra el 96,8% declaró haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, mientras que únicamente 3 personas negaron haber probado esta sustancia. El análisis de los datos reportó que la edad media de inicio de consumo de esta sustancia es a los 15,5 años ( $DT = 1,73$ ), oscilando entre un mínimo de 12 años a un máximo de 21 años. Asimismo, el 51,6% ( $N = 48$ ) declararon consumir alcohol todas las semanas, iniciando este consumo semanal en una media de 17,7 años ( $DT = 1,89$ ). En lo relacionado a la frecuencia con la que consumieron bebidas alcohólicas; se mostró que el 77,4% ha consumido 40 veces o más a lo largo de su vida, en los últimos 12 meses este porcentaje desciende hasta el 33,3 %, mientras que el 43,1% consumió entre 10 y 39 veces, asimismo, en los últimos 30 días aquellas personas que consumieron 40 veces o más desciende hasta el 4,3%, habiendo consumido el 34,4% entre 1 y 3 veces, y el 40,9% lo ha hecho entre 4 y 19 veces, mientras que el 11,8% no ha bebido alcohol en el último mes (ver Figura 1).

**Figura 1**

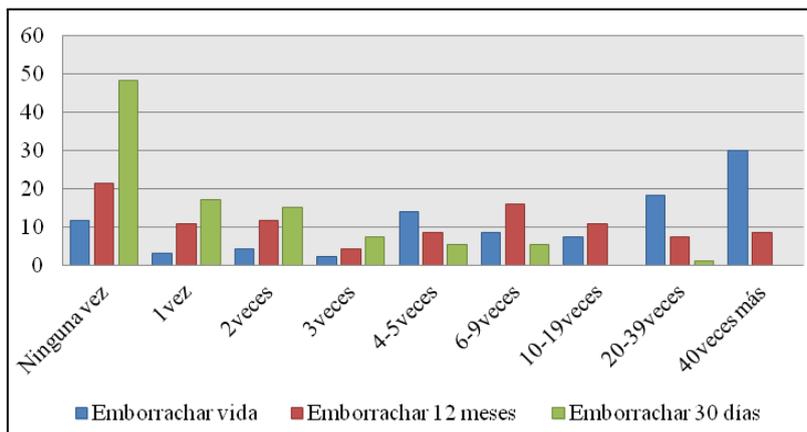
*Porcentajes en función de la frecuencia de consumo de alcohol, a lo largo de la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días*



En añadido, los datos reportan que el 88.2% ( $N = 82$ ) de la muestra se ha emborrachado alguna vez en la vida, siendo la primera borrachera, de media, a los 16,6 años ( $DT = 1,85$ ), y oscilando entre los 13 años a 24 años de edad. No obstante, el 8,6% no se ha emborrachado nunca. En lo que concierne a la frecuencia con que estas borracheras se han producido; el 30,1% declara haberse emborrachado 40 veces o más a lo largo de su vida, mientras que el 23,7% lo ha hecho entre 1 y 5 veces. En los últimos 12 meses el porcentaje de la muestra que no se ha emborrachado es el 21,5%, valor que aumenta hasta el 48.4% en los últimos 30 días (ver Figura 2).

**Figura 2**

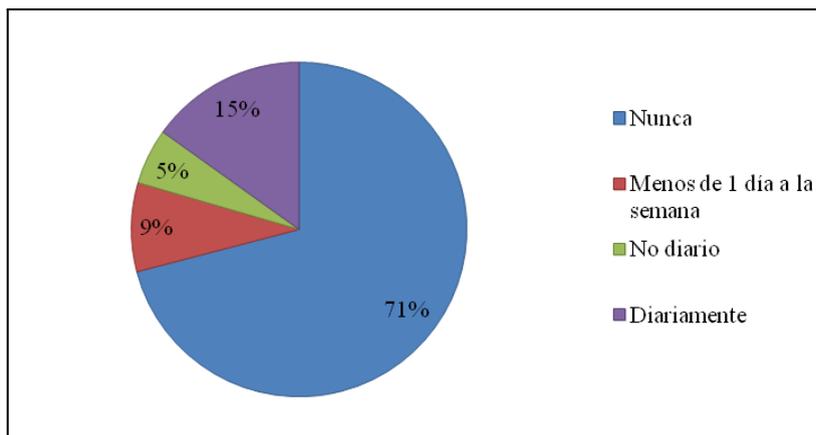
*Porcentajes en función de la frecuencia de borracheras, a lo largo de la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días*



En lo que concierne al consumo de tabaco, el 55,9% ( $N = 52$ ) de la muestra declaró haber fumado tabaco alguna vez en su vida. La media de edad en el inicio de este consumo es de 16,7 años ( $DT = 2,22$ ), oscilando entre los 12 a 23 años de edad. En relación a la frecuencia de consumo de esta sustancia, el porcentaje de personas que fumaron tabaco en los últimos 12 meses desciende al 35,5%. En añadido, en los últimos 30 días la mayoría de la muestra (71%) no había consumido, mientras que el 15,1% lo realiza de manera diaria y el 14% ha fumado alguna vez a la semana, pero no diariamente. De aquellas personas que fuman tabaco de manera diaria, este estilo de consumo empieza a la media de 17,6 años de edad ( $DT = 2,23$ ), fumando una media de 9,6 cigarrillos al día ( $DT = 5,41$ ), oscilando entre los 3 a 20 cigarrillos por día (ver Figura 3).

### Figura 3

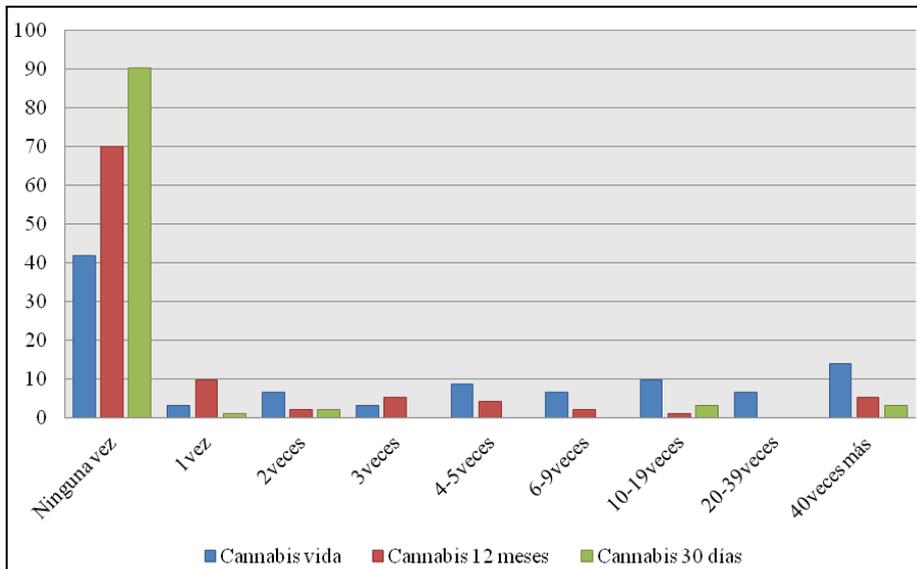
*Porcentajes en función de la frecuencia de consumo de tabaco, en los últimos 30 días*



Siguiendo con el cannabis, la mayoría de la muestra (58,1%) ha consumido cannabis alguna vez en su vida, siendo la edad media de inicio a los 17,5 ( $DT = 2,03$ ), oscilando entre los 13 a 25 años. En lo que concierne a la frecuencia de consumo de esta sustancia a lo largo de la vida, el 14% declaró haber consumido 40 veces o más, mientras que el 21,5% lo hizo entre 1 y 5 veces. Asimismo, en los últimos 12 meses el 69,9% no consumió en ningún momento, habiendo consumido el 23,8% entre 1 y 9 veces. Además, en el último mes, el 90,3% nunca consumió, y el 6,4% lo hizo entre 10 o más veces (ver Figura 4).

#### Figura 4

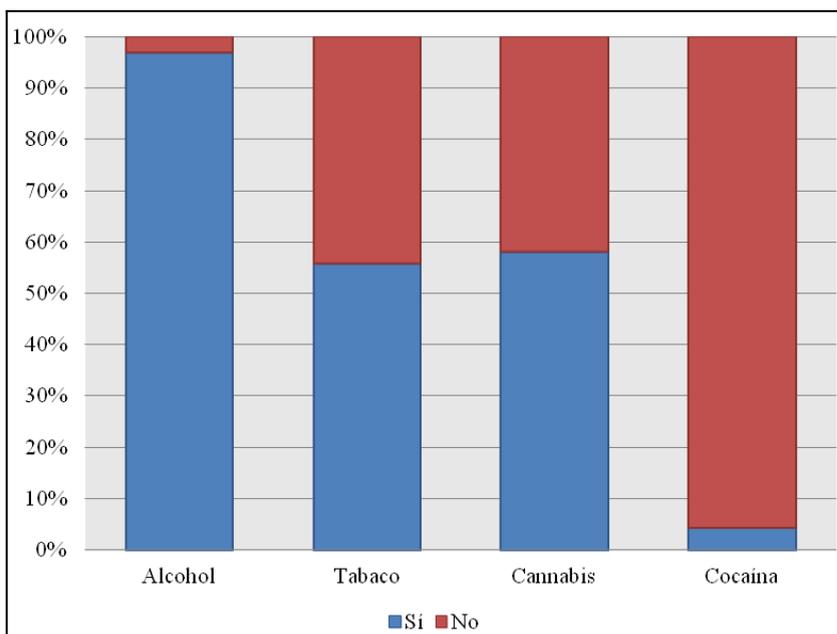
Porcentajes en función de la frecuencia de consumo de cannabis, a lo largo de la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días



Para acabar con los hábitos de consumo, muy alejado de la frecuencia con la que se consumen las anteriores drogas (ver figura 5), mencionar que el 4,4% de la muestra declaró haber consumido alguna vez cocaína, siendo la media de inicio de este consumo a los 18,3 años de edad ( $DT = 1,26$ ). De este 4,4%, el 2,2% había consumido en los últimos 30 días, mientras que el resto lo había hecho en los últimos 12 meses (2,2%).

#### Figura 5

Frecuencia de consumo en la vida de las diferentes drogas



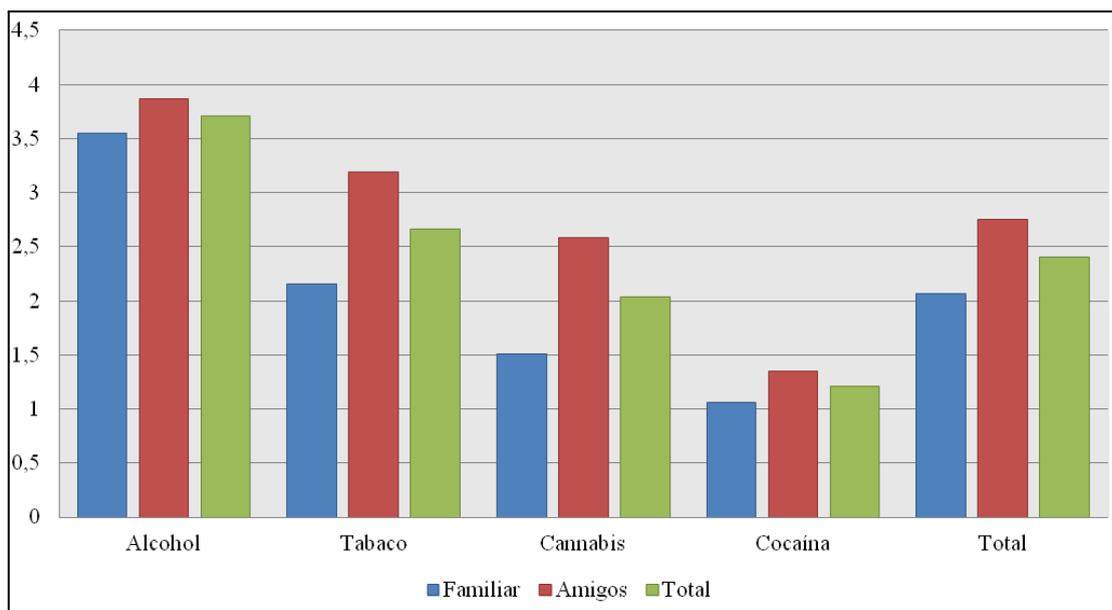
#### 6.4.1.2. Percepción social sobre el consumo de drogas

Para la medición de la percepción social, entendida como la tolerancia hacia las drogas que la muestra percibe por su entorno, tanto familiares como grupo de pares, se ha utilizado la escala “Parental Risk Factors”, del Evaluation Instrument Bank (EIB) (CICAD, 2007). Esta escala reporta un valor que oscila entre el 1 (“Lo desaprobaba extremadamente”) y el 4 (“No lo desaprobaban”), entendiendo que cuanto más elevado sea el resultado promedio, más aceptación familiar o por parte de los amigos percibirá el encuestado respecto al consumo de sustancias psicoactivas.

De esta manera, en lo que concierne al alcohol, el análisis descriptivo mostró que la media de apoyo por parte de los familiares es de 3,55 puntos y de los amigos es de 3,87 puntos. Al pasar a analizar esta variable en relación al tabaco estas medias cambian, y el apoyo percibido de los familiares es de 2,16 puntos, mientras que el del grupo de pares es de 3,19 puntos. Pasando a la tolerancia hacia el consumo de drogas ilegales, en lo que al cannabis se refiere el puntaje disminuye hasta 1,51 en el caso de los familiares y a 2,58 para los grupos de pares. En añadido, para el caso de la cocaína el apoyo que se percibe por parte de la familia es de 1,06 puntos y por parte de los amigos es de 1,35. De esta forma, la media total de apoyo percibido para las cuatro drogas estudiadas es de 2,4 puntos (ver Figura 6).

**Figura 6**

*Aceptación percibida del consumo de drogas por parte de la familia y del grupo de pares*



#### **6.4.1.3. Percepción de daños y riesgos vinculados al uso de las sustancias psicoactivas**

La siguiente escala utilizada en la investigación ha sido la “Perceptions of Risks Associated with Drug Use”, también procedente del Evaluation Instrument Bank (EIB) (CICAD, 2007). Con ella se evalúa la percepción del propio sujeto respecto a los daños y riesgos vinculados al uso de las sustancias psicoactivas. Esta escala ofrece valores que oscilan desde el 1 (“Ningún riesgo”) al 4 (“Gran riesgo”), y para obtener un valor total de la muestra, se ha realizado el cálculo de la media de todas las respuestas de la encuesta. De esta manera se ha obtenido una media de 3,11 puntos ( $DT = 0,45$ ), oscilando entre un mínimo de 1,89 puntos y un máximo de 3,89.

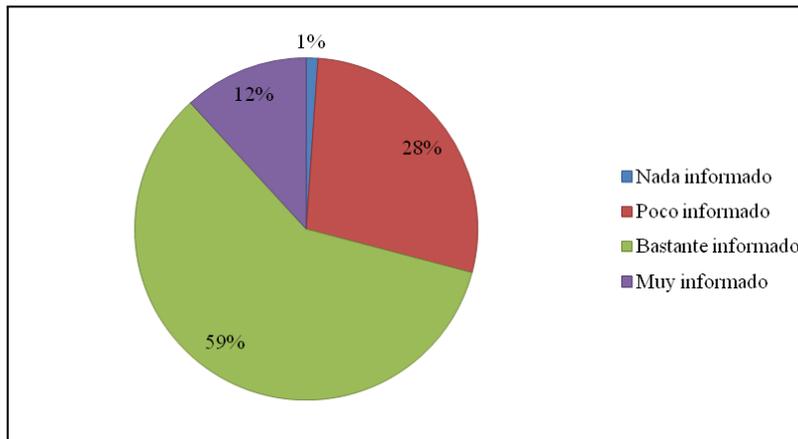
En añadido, la última de las escalas que se han utilizado, con el objetivo de obtener una medida que refleje la actitud total hacia el consumo de drogas por parte de las personas participantes, es la Evaluation Instrument Bank (EIB) – Attitudes to Drug Use (CICAD, 2007). Ésta ofrece un conjunto de valores entre el 1 y el 5, una puntuación elevada indica una actitud favorable hacia las drogas, mientras que una puntuación más cercana al valor 1 indica una actitud negativa hacia las mismas. En este sentido se ha procedido con el cálculo de la media, reportando un valor de 2,78 puntos ( $DT = 0,64$ ), encontrándose un mínimo de 1,27 puntos y un máximo de 4,36.

#### **6.4.1.4. Conocimientos sobre las drogas y motivaciones para consumir**

Se analizó también el conocimiento sobre las drogas y la vía de información principal por la que este conocimiento llega a la población. De esta manera, la mayoría de la muestra (59,1%) informó sentirse bastante informada sobre los efectos y peligros derivados del consumo de drogas, mientras que el 28% se siente poco informado al respecto (ver Figura 7).

**Figura 7**

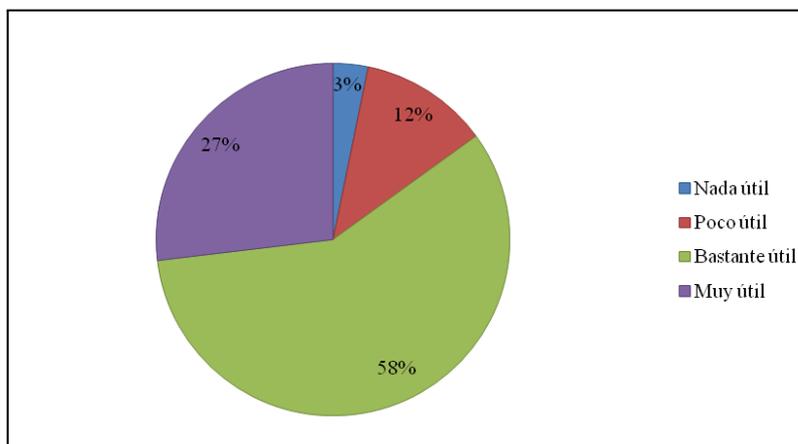
*Percepción del nivel de información sobre las drogas de las personas participantes*



Asimismo, es importante conocer si esta información que la población recibe se percibe como útil para la misma. En este sentido, los datos mostraron que el 85% de las personas participantes perciben la información como bastante o muy útil, mientras que el 15% la percibe como poco o nada útil (ver Figura 8).

**Figura 8**

*Utilidad percibida de la información por parte de las personas participantes*

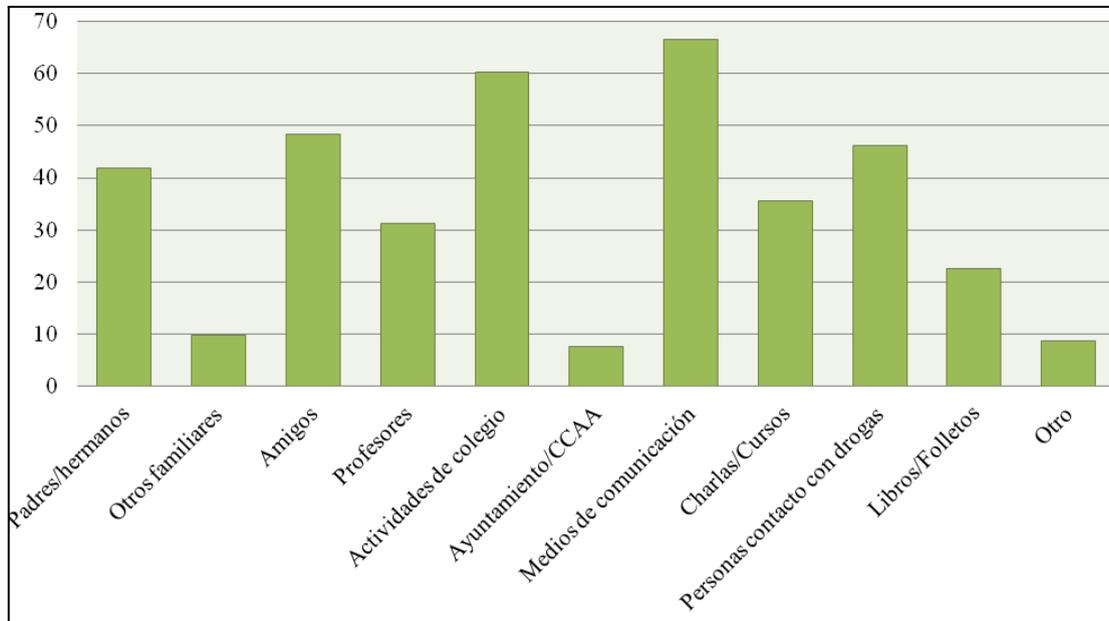


En añadido, en la encuesta se planteó una pregunta con formato de listado respecto a las principales vías por las que los sujetos habían recibido esta información, pudiendo elegir varias de las alternativas aportadas. El análisis de los datos reportó que las fuentes de información más repetidas en las respuestas de la muestra fueron los medios de comunicación (66,66%), las actividades del colegio (60,21%), los amigos

(48,38%), las personas que han tenido contacto con las drogas (46,23%) y los padres o hermanos (41,93%) (ver Figura 9).

**Figura 9**

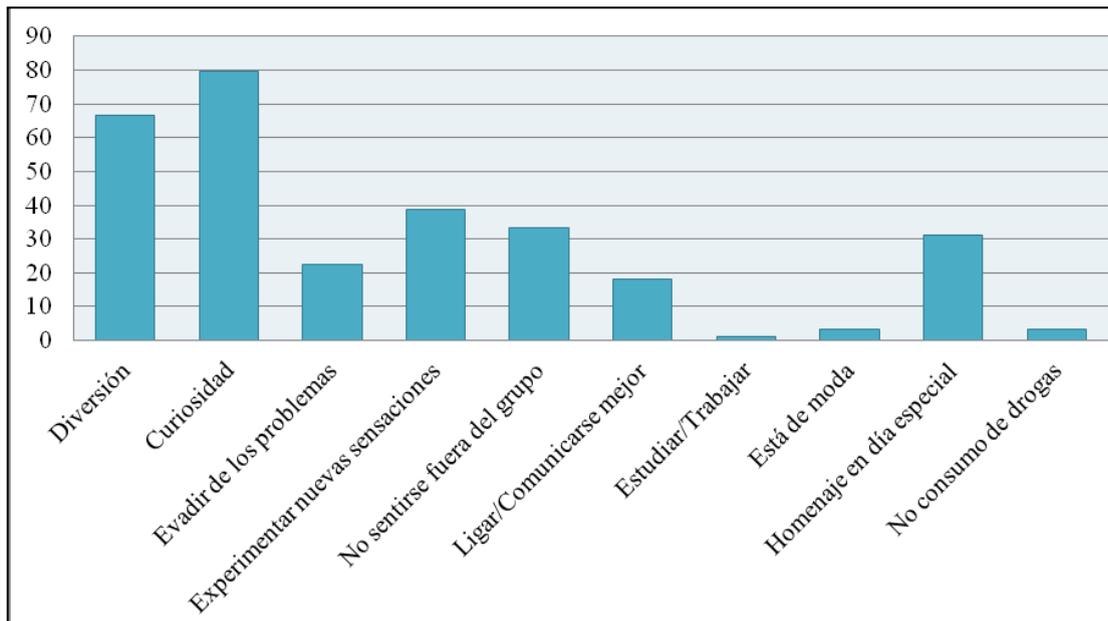
*Vías de información*



Por otro lado, también se formuló una pregunta, con formato de listado, sobre los principales motivos que llevan al inicio del consumo de drogas. En este sentido, los datos mostraron que las respuestas más seleccionadas por parte de los encuestados fueron: por curiosidad (79,56%) y por diversión (66,66%). Mientras que más por debajo se encontraron el experimentar nuevas sensaciones (38,70%) y el evitar ser excluido del grupo de amigos (33,33%) (ver Figura 10).

**Figura 10**

*Motivos para el consumo de drogas*

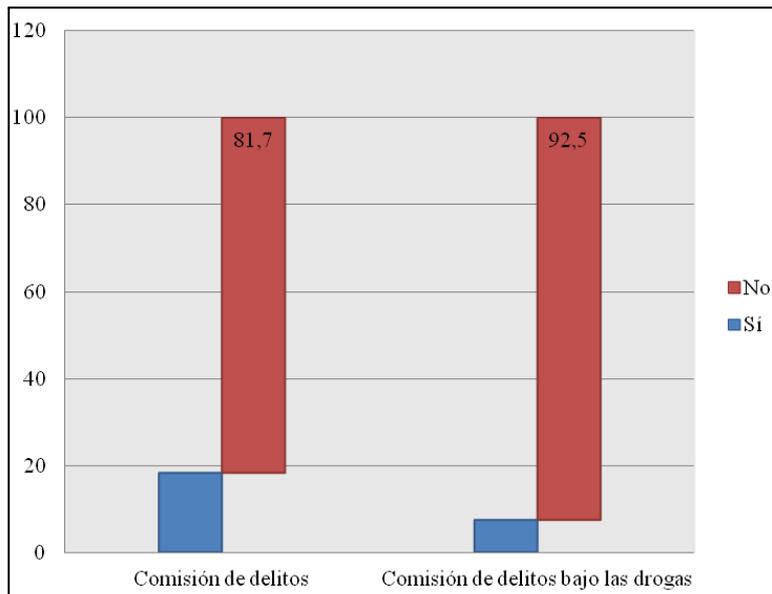


#### **6.4.1.5. Delitos y drogas**

Para finalizar con los análisis descriptivos y en relación a los actos delictivos, la mayoría de la muestra (81,7%) no ha cometido ningún delito, mientras que el 18,3% ( $N = 17$ ) reportó que sí lo ha hecho. Sin embargo, estos porcentajes varían cuando se habla de la comisión de delitos bajo los efectos de alguna droga (alcohol, tabaco, cannabis o cocaína). En este sentido, el porcentaje de personas que no han cometido un delito bajo estas condiciones sube hasta el 92,5%, siendo el 7,7% ( $N = 7$ ) las personas que sí llevaron a cabo actos delictivos estando bajo los efectos de drogas (ver Figura 11).

**Figura 11**

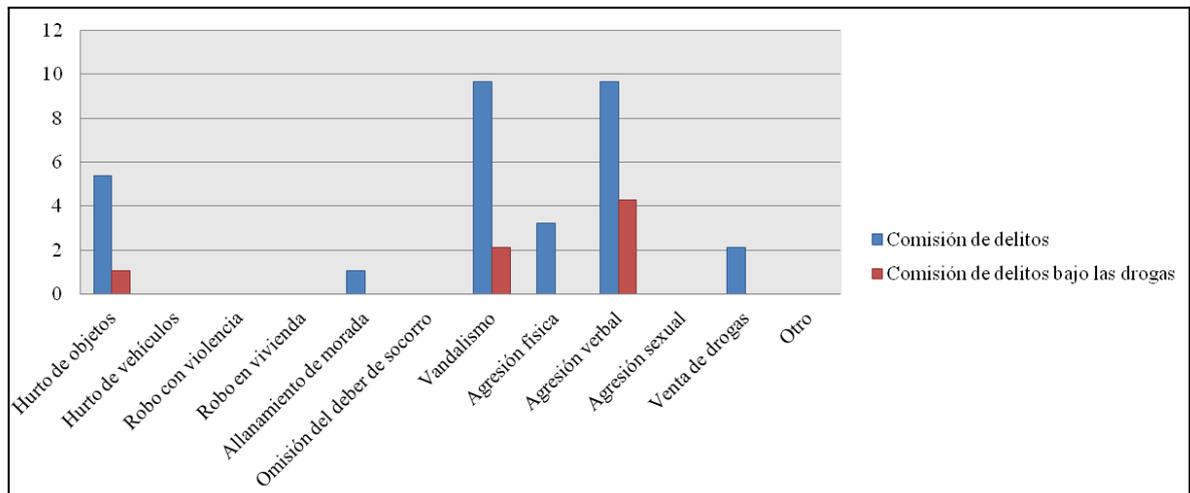
*Comisión de delitos*



Asimismo, para conocer el tipo de delito cometido se planteó una pregunta con formato de listado, tanto para el caso de que se cometiera el delito estando bajo los efectos de las drogas, como para cuando esta circunstancia no se diera en el momento de la comisión del delito. De esta manera, del análisis de datos se extrajo que, de todos los ilícitos planteados, los más repetidos en las respuestas de los participantes fueron el vandalismo (9,67%), la agresión verbal (9,67%) y el hurto de objetos con un 5,37%. En añadido, para el caso de cometer el delito bajo la influencia de sustancias psicoactivas, los ilícitos más planteados por los participantes fueron la agresión verbal (4,3%), el vandalismo (2,15%) y el hurto de objetos (1,07%) (ver Figura 12).

**Figura 12**

*Comisión de delitos y comisión de delitos bajo la influencia de las drogas en porcentajes*



#### **6.4.2. Análisis de las diferencias entre grupos en las variables de interés**

Para analizar las posibles diferencias entre grupos en variables clave del presente estudio se llevaron a cabo comparaciones mediante T-test de grupos independientes y ANOVAs, calculando también el tamaño de las diferencias mediante la *d* de *Cohen*. En relación a las diferencias entre sexos, se obtuvo un resultado estadísticamente significativo en cuanto a la actitud hacia las drogas ( $t(91) = 2,18; p = 0,03; d = 0,48$ ). Estos datos muestran que la diferencia entre “hombre” y “mujer” es estadísticamente significativa, con un tamaño de efecto mediano. En definitiva, la actitud hacia el consumo de drogas difiere de manera significativa entre los hombres y las mujeres. La media de los hombres es mayor que la media de las mujeres ( $2,98 > 2,68$ ), lo que parece indicar que los hombres muestran una actitud más favorable hacia las drogas. Asimismo, pese a no obtener un resultado estadísticamente significativo, es relevante mencionar el tamaño de efecto mediano que produce la percepción social ( $t(91) = 1,32; p = 0,18; d = 0,29$ ). En este sentido los datos mostraron que los hombres tuvieron una media mayor que las mujeres ( $2,48 > 2,37$ ), lo que parece indicar que los hombres perciben mayor tolerancia hacia el uso de las drogas por parte de su entorno (ver Tabla 1).

**Tabla 1**

*Prueba T para muestras independientes de la percepción social, la actitud hacia las drogas y el riesgo percibido*

	<b>t de Student</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	<b>Diferencia de medias</b>	<b>EE de la diferencia</b>	<b>Tamaño del Efecto (d de Cohen)</b>
Percepción social	1.32	91	0.189	0.118	0.0889	0.294
Actitud hacia consumo de drogas	2.18	91	0.032	0.302	0.1389	0.483
Riesgo percibido	-1.27	91	0.209	-0.127	0.1001	-0.281

A continuación, con el propósito de ver la diferencia entre la percepción sobre las drogas de la familia y los amigos, se llevó a cabo la prueba t de Student para muestras apareadas, encontrando que la diferencia de la percepción sobre las drogas de los amigos y de la familia es estadísticamente muy significativa, con un tamaño de efecto alto ( $t(92) = 14,8$ ;  $p = < 0.001$ ;  $d = 1,53$ ). Estos datos mostraron que el grupo de iguales demuestra una actitud más tolerante hacia el consumo de drogas que la familia ( $2,75 > 2,07$ ).

En relación al análisis de covarianza ANOVA, se comenzó analizando si existían diferencias en la frecuencia de consumo de las diferentes drogas en función de la edad en que la persona se había iniciado en el consumo de alcohol, entendida como la primera droga que empieza a consumir una persona. Para realizar este análisis se utilizó la variable de edad de la primera vez de consumo de alcohol, y se transformó en una variable categórica de tres grupos (pronto, dentro de la media y tarde), teniendo en cuenta para la realización de los grupos la media en la que la muestra se había iniciado en el consumo de alcohol.

En este sentido, para el consumo de alcohol en la vida se llevó a cabo el análisis ANOVA de un factor con la corrección de Welch (varianzas no iguales), ya que tras la comprobación de los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianzas se observó

la violación de los mismos. Los resultados mostraron que no existen diferencias estadísticamente significativas en el consumo de alcohol en la vida en función del inicio del consumo de drogas ( $F(2, 7,45) = 4,14; p = 0,062$ ).

Asimismo, para el caso del tabaco se llevó a cabo el mismo tipo de análisis. El resultado mostró que existían diferencias estadísticamente significativas en el consumo de esta droga en función de la edad en la que se había consumido el alcohol por primera vez ( $F(2, 87) = 9,31; p < 0,001$ ). Las comprobaciones múltiples entre las medias, mediante la prueba Games-Howell (para varianzas diferentes), mostraron que las personas cuyo inicio a las drogas fue dentro de la media ( $t(34) = 4,76; p < 0,001$ ) y aquellas que lo hicieron pronto ( $t(50) = 12,09; p < 0,001$ ) se diferencian estadísticamente de las que lo hicieron tarde. De esta manera, los resultados obtenidos mostraron que se produce un consumo de tabaco en aquellas personas que se inician pronto ( $M = 0,75; DT = 0,44$ ) y aquellas que lo hacen dentro de la media ( $M = 0,4; DT = 0,5$ ), mientras que no lo hace en aquellas cuyo consumo empieza tarde ( $M = 0; DT = 0$ ).

En relación al consumo de cannabis en la vida, nuevamente no se cumplieron supuestos del modelo ANOVA, por lo que se realizó la corrección de Welch (varianzas no iguales). Los resultados mostraron que existen diferencias estadísticamente significativas en el consumo de cannabis en función de la edad a la que se consumió alguna droga por primera vez ( $F(2, 87) = 3,99; p = 0,022$ ). Las comprobaciones entre las medias, mediante la prueba Games-Howell (para varianzas diferentes), mostraron diferencias significativas entre aquellas personas que empiezan a consumir dentro de la media de edad y las que lo hacen más tarde ( $t(34) = 5,34; p < 0,001$ ), así como entre aquellas que empiezan pronto y las que lo hacen tarde ( $t(50) = 8,49; p < 0,001$ ). Así, los resultados obtenidos mostraron que existe un mayor consumo de cannabis en aquellas personas que se inician pronto ( $M = 3,82; DT = 3,22$ ) y aquellas que lo hacen dentro de la media ( $M = 2,6; DT = 2,88$ ). Finalmente, el análisis reportó que, para el caso de la cocaína, no existen diferencias estadísticamente significativas en el consumo entre los tres grupos configurados en función del inicio del consumo en el alcohol ( $F(2, 87) = 1,4; p = 0,253$ ).

En definitiva, estos resultados mostraron que, para el caso del tabaco y el cannabis, las personas que se inician antes en el consumo de la primera droga (el alcohol), hacen uso de estas sustancias psicoactivas con mayor frecuencia que aquellas que se inician de forma más tardía.

Siguiendo con los análisis de ANOVA, se procedió a analizar si existían diferencias en el riesgo percibido en función del tipo de consumo de cada droga (consumo habitual, esporádico y sin consumo). Para el caso del tabaco, tras realizar ANOVA de un factor con la corrección de Welch, debido a que no existe homogeneidad en las varianzas, se evidenció que existen diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos ( $F(2, 55,7) = 4,04; p = 0,023$ ). Tras realizar la prueba post-hoc correspondiente, se mostró que el consumo esporádico se diferencia estadísticamente del consumo habitual ( $t(42,3) = 2,46; p = 0,046$ ). Así, los resultados obtenidos muestran que existe una mayor percepción de riesgo en aquellas personas que consumen tabaco de forma esporádica ( $M = 3,28; DT = 0,30$ ) frente a los que lo hacen de forma habitual ( $M = 3; DT = 0,51$ ). No obstante, no se obtuvo un valor significativo entre aquellas personas que no consumen y las que lo hacen de forma esporádica ( $p = 0,083$ ) o habitual ( $p = 0,8$ ). Sin embargo, no ocurre lo mismo para el alcohol, ya que el análisis mostró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes tipos de consumo ( $F(2, 90) = 1,16; p = 0,317$ ). Igual ocurre con el cannabis ( $F(2, 12,2) = 0,48; p = 0,63$ ) y la cocaína ( $F(1, 91) = 0,12; p = 0,72$ ), ya que los análisis reportaron que no existen diferencias significativas en lo que a percepción de riesgo derivado del consumo entre quienes tienen un consumo habitual, quienes consumen esporádicamente y quienes no consumen.

En conclusión, en este conjunto de ANOVAs, únicamente en el tabaco se produce una diferencia en la percepción de riesgo en función de la frecuencia del consumo de la droga, siendo mayor en las personas que consumen esporádicamente que en quienes consumen habitualmente. En el alcohol, el cannabis y la cocaína existe una percepción de riesgo asociado al consumo similar entre quienes no consumen, consumen esporádicamente y consumen frecuentemente.

Tras los resultados obtenidos se procedió a realizar el mismo tipo de análisis sustituyendo la percepción de riesgo por la actitud hacia el consumo de drogas, con el objetivo de analizar si en esta variable existen diferencias entre los grupos. De esta manera, para todas las drogas estudiadas se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos configurados en función de la frecuencia de consumo. Así, para el alcohol ( $F(2, 90) = 6,23; p = 0,003$ ) las comparaciones entre pares de medias, mediante la prueba Tukey (varianzas iguales), mostraron que la actitud hacia el consumo difería de manera estadísticamente significativa entre quienes tienen

un consumo esporádico y quienes tienen un consumo habitual ( $t(90) = -3,48; p = 0,002$ ), teniendo una actitud más favorable hacia el consumo de drogas aquellas personas que consumen de manera habitual alcohol ( $M = 2,9; DT = 0,61$ ), que aquellas que lo hacen esporádicamente ( $M = 2,34; DT = 0,53$ ).

En el caso del tabaco ( $F(2, 90) = 6,33; p = 0,003$ ), los no consumidores ( $M = 3,12; DT = 0,63$ ) muestran una diferencia estadísticamente significativa ( $t(90) = -3,52; p = 0,002$ ) con aquellos que consumen de forma habitual ( $M = 2,6; DT = 0,61$ ), siendo estos últimos quienes tienen una actitud más favorable hacia el consumo de drogas. Sin embargo, aquellos que no consumen no se diferencian estadísticamente de los que lo hacen de forma esporádica ( $t(90) = -0,9; p = 0,64$ ), así como aquellas que consumen de forma esporádica no se diferencian de los que consumen habitualmente ( $t(90) = -2,33; p = 0,057$ ).

En relación al cannabis ( $F(2, 90) = 4,85; p = 0,010$ ), tras la realización de la prueba post-hoc correspondiente, los datos mostraron que existen diferencias estadísticamente significativas entre los que consumen de forma esporádica y aquellos que no consumen ( $t(90) = 2,51; p = 0,037$ ). En este sentido, aquellas personas que consumen de forma esporádica ( $M = 3,03; DT = 0,66$ ) tienen una actitud más favorable hacia el uso de las drogas que aquellos que no consumen ( $M = 2,65; DT = 0,6$ ). Asimismo, aunque los datos no hayan reportado un resultado significativo ( $p = 0,078$ ) sí que han mostrado un tamaño de efecto alto ( $d = 0,9$ ), es decir, las medias en la actitud hacia el consumo de drogas también difieren entre aquellas personas que consumen de forma habitual ( $M = 3,23; DT = 0,6$ ) y aquellas que no lo hacen ( $M = 2,65; DT = 0,6$ ), siendo las primeras las que mostraron una actitud más favorable hacia el uso de las drogas. No obstante, no se reportaron diferencias estadísticamente significativas entre aquellas personas que consumen cannabis de forma esporádica y las que lo hacen habitualmente ( $t(90) = -0,68; p = 0,77$ ).

Para finalizar, en lo referente a la cocaína ( $F(1, 91) = 5,2; p = 0,025$ ), la prueba post-hoc de contraste de medias, Tukey, mostró que aquellas personas que consumen esta droga de forma esporádica difieren de forma estadísticamente significativa de aquellas que no consumen ( $t(91) = 2,28; p = 0,025$ ). Así, los resultados obtenidos mostraron que existe una actitud más favorable hacia el consumo de drogas por parte de aquellas personas cuyo consumo es esporádico ( $M = 3,48; DT = 0,6$ ) que de aquellas que no hacen uso ( $M = 2,75; DT = 0,62$ ) de esta sustancia psicoactiva. Asimismo, es

necesario mencionar que para el caso de esta droga no se observó que existiera un consumo habitual por parte de los participantes.

En definitiva, en este conjunto de ANOVAs, en cada una de las drogas estudiadas se mostró diferencias significativas en la actitud hacia el consumo de drogas en función del tipo de consumo realizado por la persona, mostrando que, en general, cuanto más habitual es el consumo, más favorable es la actitud hacia el uso de las sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, cannabis y cocaína), y cuando el consumo no se produce la actitud hacia el consumo de drogas es más negativa.

Finalmente, mediante el análisis de la varianza, ANOVA de un factor, se quiso estudiar si existían diferencias en la percepción sobre el uso de las drogas de la familia y del grupo de pares en función de la frecuencia de consumo realizado por la persona (habitual, esporádico y sin consumo). De esta manera en relación al alcohol, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ni en la percepción de los amigos ( $F(2, 90) = 0,4; p = 0,67$ ) ni de la familia ( $F(2, 7,14) = 3,47; p = 0,09$ ), mostrando que independientemente de la frecuencia de consumo, las personas perciben una tolerancia similar por parte de su entorno.

Sin embargo, para el caso del tabaco, sí se encontraron diferencias significativas tanto para la percepción de los amigos ( $F(2, 90) = 5,7; p = 0,005$ ) como para de la familia ( $F(2, 90) = 4,68; p = 0,01$ ) en función de la frecuencia de consumo. Así, la prueba de Tukey mostró que, para el caso de los amigos, existen diferencias significativas entre aquellas personas que no consumen tabaco y aquellas que lo hacen de manera habitual ( $t(90) = -3,37; p = 0,003$ ), siendo las que consumen de manera habitual las que perciben mayor tolerancia hacia las drogas por parte de sus amigos ( $3,58 > 2,94$ ). Lo mismo ocurre para el caso de la familia, ya que existen diferencias entre aquellas personas que no consumen y las que lo hacen de manera habitual ( $t(90) = -2,99; p = 0,01$ ), siendo este último grupo el que percibe mayor tolerancia por parte de su familia ( $2,5 > 1,98$ ). Sin embargo, no se observaron diferencias significativas entre el resto de frecuencias de consumo, ni para el caso de los amigos, ni de la familia.

Asimismo, para el cannabis existen diferencias estadísticamente significativas tanto en la percepción hacia las drogas de los amigos ( $F(2, 19,8) = 18,31; p < 0,001$ ) como de la familia ( $F(2, 90) = 2,28; p = 0,05$ ). De esta forma, tras la realización de los post-hoc correspondientes, se observó que, para el caso de la percepción de los amigos, la mayor diferencia se encuentra entre aquellas personas que consumen de forma

habitual y aquellas que no consumen ( $t(12,4) = 6,11; p < 0,001$ ), siendo las primeras las que perciben mayor tolerancia por parte de su grupo de pares en comparación con los no consumidores ( $3,67 > 2,34$ ). Aunque entre estos dos grupos es donde se encuentra la mayor diferencia, también se puede ver como varía la media entre aquellas personas que consumen de forma esporádica y las que lo hacen de manera habitual ( $p = 0,04$ ) con un tamaño de efecto mediano ( $d = -0,7$ ), o las que lo hacen de forma esporádica y las no consumidoras ( $p = 0,019$ ) con un tamaño de efecto mediano ( $d = 0,65$ ). Para el caso de la percepción familiar, la prueba de Tukey mostró que existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas que consumen de manera habitual cannabis y aquellas que no lo hacen ( $t(90) = 2,42; p = 0,045$ ), siendo los no consumidores los que perciben una actitud más negativa por parte de sus familias hacia el cannabis ( $1,44 < 2,11$ ).

Para acabar, en lo referente a la cocaína, se producen diferencias estadísticamente significativas en la percepción hacia las drogas de la familia ( $F(1, 91) = 11,39; p = 0,001$ ), siendo que quienes consumen esporádicamente perciben mayor tolerancia por parte de sus familias hacia el uso de la cocaína ( $1,35 > 1,05$ ) que aquellos que no consumen ( $t(91) = 3,37; p = 0,001$ ). Sin embargo, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el caso de los amigos ( $F(1, 3,04) = 1,37; p = 0,326$ ).

Como conclusión, cabe señalar que dependiendo de la frecuencia de consumo de la persona, la tolerancia percibida tanto por parte de sus amigos como de sus familiares variará. Siendo los consumidores habituales los que más permisividad perciben por parte de los dos agentes de socialización (familia y grupo de pares), disminuyendo ésta cuando el consumo es esporádico, y alcanzando las puntuaciones más bajas cuando la persona no consume.

### **6.4.3. Identificación de los predictores del consumo de drogas**

Tras abordar las diferencias entre grupos, se llevaron a cabo análisis de regresión lineal con el objetivo de identificar predictores de consumo de alcohol en los últimos 30 días. Para ello, se utilizaron como variables predictoras la percepción de la información de que se dispone sobre las drogas, y la utilidad de la misma, así como la edad y el sexo como variables de control. De esta manera, las cuatro variables independientes incluidas en el análisis explican un 13% de la varianza de la variable dependiente, ( $R^2_{adj} = 0,134; p$

= 0,012). Asimismo, es necesario fijarse en el valor de p, puesto que si una variable predictora tiene un valor de p bajo ( $<0,05$ ) ésta será predictora del modelo, ya que los cambios en el predictor se relacionan con los cambios en la variable dependiente. No obstante, un valor de p mayor que 0,05 informa de que los cambios en la variable predictora no se pueden asociar, de manera estadísticamente significativa, a los cambios en la variable dependiente objeto de interés. En este sentido, los análisis reportaron que la variable predictora sexo fue estadísticamente significativa, mientras que las variables de información, utilidad de la información y edad no fueron estadísticamente significativas. Asimismo, para este caso, un aumento en los valores de la variable independiente, indican un descenso en los valores de la variable dependiente, por lo tanto, las mujeres presentan un menor consumo de alcohol en los últimos 30 días que los hombres (ver Tabla 2).

**Tabla 2**

*Regresión múltiple sobre el consumo de alcohol en los últimos 30 días*

Predictor	Estimador	EE	t	p
Constante	0.701	3.025	0.232	0.817
Información	0.685	0.369	1.859	0.066
Utilidad percibida	-0.200	0.327	-0.611	0.543
Edad	0.186	0.104	1.794	0.076
Sexo	-1.332	0.478	-2.787	0.007

Para el caso del consumo de tabaco en los últimos 30 días, se utilizaron las mismas variables predictoras que en el análisis anterior. Sin embargo, en este análisis los predictores sólo pueden explicar el 4% de la varianza de la variable dependiente ( $R^2_{adj} = 0,043$ ;  $p = 0,417$ ). En añadido, los datos mostraron que para ninguna de las variables predictoras el valor de p es estadísticamente significativo, por lo que no se puede considerar que ninguno de ellos sean predictores del consumo de tabaco.

En añadido, los análisis del consumo de cannabis en los últimos 30 días, mostraron que las variables predictoras explican el 7% de la varianza de la variable dependiente ( $R^2_{adj} = 0,071$ ;  $p = 0,162$ ). Asimismo, para ninguno de los predictores el valor de  $p$  es estadísticamente significativo, por lo que cabe considerar que la información sobre las drogas, la percepción de su utilidad, además del sexo y la edad, no son variables predictoras del consumo de cannabis.

Para acabar con este conjunto de regresiones dirigidas a la predicción del consumo de drogas, en particular en relación al consumo de cocaína, los análisis reportaron que las variables predictoras utilizadas explican el 3% de la varianza de la variable dependiente ( $R^2_{adj} = 0,026$ ;  $p = 0,673$ ). Al igual que sucede en el anterior caso, el valor de  $p$  de los predictores no es estadísticamente significativo, por lo que no se puede considerar que ninguno de ellos sea un predictor del consumo de cocaína.

A continuación, y como ya se ha expuesto previamente, se pretendía analizar si la variable actitud hacia el consumo de drogas era predictora de la frecuencia de consumo de las mismas. Así, se incluyeron como predictoras, la actitud hacia el consumo de drogas, la edad y el sexo. Los resultados mostraron que para la variable dependiente consumo de alcohol en los últimos 30 días, el conjunto de predictores explicaron el 29% de la varianza de la variable dependiente ( $R^2_{adj} = 0,287$ ;  $p < 0,001$ ). Asimismo, los datos mostraron que para la variable edad el valor de  $p$  fue significativo ( $p = 0,049$ ), mientras que este valor fue muy significativo para el caso de la variable actitud hacia el consumo de drogas ( $<0,001$ ). Por lo que, éstos se aceptan como predictores del consumo del alcohol en los últimos 30 días. Específicamente, a cuanto más edad mayor es la frecuencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días, y a cuanto más tolerante es la actitud hacia el consumo de drogas de la persona, mayor es su frecuencia de consumo de alcohol (ver Tabla 3).

**Tabla 3***Regresión múltiple sobre el consumo de alcohol en los últimos 30 días*

<b>Predictor</b>	<b>Estimador</b>	<b>EE</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Constante	-3.492	2.5060	-1.39	0.167
Sexo	-0.733	0.4415	-1.66	0.100
Edad	0.184	0.0922	2.00	0.049
Actitud hacia consumo de drogas	1.634	0.3369	4.85	<.001

En añadido, para el caso de consumo de tabaco en los últimos 30 días, el conglomerado de predictores consiguió explicar el 8,5% de la varianza de la variable dependiente ( $R^2_{adj} = 0,085$ ;  $p = 0,047$ ). Además, el valor de  $p$  para la variable actitud hacia el consumo de drogas fue estadísticamente significativo (0,02), convirtiéndose en un predictor del consumo de tabaco. En este sentido, cuando la persona presenta una actitud más tolerante hacia el consumo de drogas, mayor será su consumo de tabaco en el último mes.

Por otro lado, cuando colocamos como variable dependiente a la frecuencia del consumo de cannabis en la vida, los predictores son capaces de explicar el 22% de la varianza de la variable dependiente ( $R^2_{adj} = 0,222$ ;  $p < 0,001$ ). Siendo el valor de  $p$  del predictor actitud hacia el consumo de drogas estadísticamente significativo ( $<0,001$ ), siendo la actitud, al igual que en el resto de drogas, un producto del consumo de cannabis. Asimismo, como ya se ha venido explicando, ante una actitud más positiva hacia el consumo de drogas, mayor será la frecuencia con la que se consume cannabis (ver Tabla 4).

**Tabla 4***Regresión múltiple sobre el consumo de cannabis*

Predictor	Estimador	EE	t	p
Constante	-3.7379	3.511	-1.065	0.290
Sexo	-0.5817	0.619	-0.94	0.350
Edad	0.0833	0.129	0.645	0.520
Actitud hacia consumo de drogas	2.1474	0.472	4.549	< .001

Para finalizar con el análisis de las regresiones, los datos relativos al consumo de cocaína mostraron que los tres predictores utilizados explicaban el 6% de la varianza de la variable dependiente ( $R^2_{adj} = 0,06$ ;  $p = 0,14$ ). Pese a la falta de significancia del modelo, nuevamente, la actitud hacia el consumo de drogas fue el único predictor estadísticamente significativo (0,045). Específicamente, una actitud más positiva hacia el consumo de drogas, provoca un mayor consumo de cocaína (Ver Tabla 5).

**Tabla 5***Regresión múltiple sobre el consumo de cocaína*

Predictor	Estimador	EE	t	p
Constante	-0.69563	0.6043	-1.1511	0.253
Sexo	0.17888	0.1065	1.6803	0.096
Edad	0.00147	0.0222	0.0661	0.947
Actitud hacia consumo de drogas	0.16483	0.0812	2.0288	0.045

## 6.5. Discusión

Con la realización de este estudio se quiso conocer cómo influye la percepción de riesgo en la frecuencia de consumo de las principales drogas, profundizando en otros elementos vinculados como la percepción social respecto al consumo de drogas o la

actitud de la persona hacia el mismo. Además de, identificar si existe una relación entre el consumo de drogas y la comisión de delitos. Esto permitió identificar las drogas más consumidas, la frecuencia con la que se hacía uso de ellas, así como la relación de diferentes predictores, como la actitud hacia el consumo, la percepción social y de daños en una muestra de 93 personas comprendidas entre los 18 y 27 años de edad y residentes en el País Vasco.

En primer lugar, se identificó que los participantes se inician en el consumo de drogas antes de alcanzar la mayoría de edad. En particular, el consumo de alcohol a una edad media de 15,5 años, en el tabaco lo hacen sobre los 16,7 años, con el cannabis se mostró que se inicia sobre los 17,5 años de edad; en el caso de la cocaína su consumo se empieza sobre algo más de los 18 años. Estos hallazgos en cierta medida coinciden con los datos aportados por Eustat (Instituto Vasco de Estadística) en la Encuesta de Adicciones en Euskadi (2018), ya que, si bien es cierto que sitúan el inicio del consumo del tabaco en los 16,9 años de edad, para el caso del alcohol, cannabis y cocaína se está produciendo un adelanto en el inicio de consumo, ya que esta encuesta menciona que la edad media de inicio es a los 16,8 para el alcohol, 18,6 para el cannabis y 19,7 para la cocaína. Esto apunta a que, actualmente, los jóvenes del País Vasco suelen iniciarse más temprano que antes en el consumo de drogas. Además, se suele comenzar consumiendo drogas con las que uno se encuentra más familiarizado o aquellas que se encuentran socialmente normalizadas, como el alcohol, derivando el consumo del mismo hacia el tabaco. Más tarde, este consumo evoluciona hasta alcanzar al cannabis y en ocasiones también se comienza con la cocaína. Pese a encontrarse una cadena entre estas cuatro drogas, en lo que a su consumo se refiere, no quiere decir que todas aquellas personas que se inician en el consumo de alcohol, vayan, más tarde, a verse envueltos en conductas de consumo con el tabaco, cannabis o cocaína. Ya que, si bien es cierto que casi el 97% de la muestra declara haber consumido bebidas alcohólicas, este porcentaje se reduce hasta alcanzar casi el 56% de la muestra en el caso del tabaco y el 58% en el cannabis, hasta reducirse de manera drástica (4,3%) con la cocaína. Asimismo, es de destacar que muchas veces el consumo de estas sustancias psicoactivas no se realiza de manera abusiva, sino que son una simple prueba de la droga o un consumo netamente esporádico. De esta manera, por ejemplo, se encontró que, para el caso del alcohol, en el último mes, casi el 12% no lo consumió y la mayoría de la muestra lo hizo entre 4 y 19 veces, para el tabaco el 71% de la muestra no lo ha consumido en los últimos 30 días, aumentando este porcentaje hasta el 90% para el cannabis y 98% para la cocaína.

En cuanto a las diferencias en la actitud hacia el consumo de drogas, la percepción social y de riesgo en función del sexo, se observó que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en la actitud hacia el consumo de drogas, siendo los hombres los que muestran una actitud más favorable hacia el consumo de las mismas. Sin embargo, ambos grupos (hombre y mujeres) se desenvuelven en un entorno con tolerancias similares hacia las drogas y la percepción de la peligrosidad de estas sustancias psicoactivas es parecida, presentando similar percepción de riesgo derivado del consumo.

Con respecto a si el inicio temprano en el consumo de drogas influye en la frecuencia con que estas son consumidas actualmente, los resultados mostraron que para el tabaco y el cannabis sí se da dicha relación, y que existe un mayor consumo de ellas por parte de aquellas personas que se iniciaron pronto, en comparación con aquellas que lo hicieron dentro de la media o de forma más tardía.

Por otro lado, con el propósito de conocer la influencia del conocimiento de las drogas, así como la utilidad percibida de este conocimiento, en la frecuencia con la que se consumen, para ninguna de las cuatro drogas estudiadas se encontraron vínculos. Por lo tanto, en contradicción con González et al., (1996), los cuales indican que las personas informadas sobre los peligros de las drogas tienden a tolerar en menor medida el consumo de las mismas y evitan su uso, en esta investigación no se puede afirmar que tanto el nivel de conocimiento de las drogas, así como la utilidad del mismo afecten a la frecuencia con que estas sustancias son consumidas: independientemente del conocimiento del que la persona dispone y de su utilidad, las personas continúan consumiendo estas sustancias psicoactivas.

Con respecto a las diferencias en el riesgo percibido según la frecuencia de consumo (habitual, esporádico, sin consumo), se mostró que no existen diferencias entre las frecuencias de consumo para ninguna de las drogas, salvo para el caso del tabaco: las personas que consumen de forma esporádica perciben mayor riesgo que aquellas personas que lo hacen de forma habitual. Sin embargo, para el resto de sustancias psicoactivas (alcohol, cannabis y cocaína), todas perciben un riesgo similar, independientemente del hábito de consumo.

Complementariamente, se llevó a cabo los análisis de regresión lineal, colocando la actitud hacia el consumo de drogas como la variable predictora, acompañada de variables de control. Estos análisis mostraron la influencia estadísticamente significativa que tiene la actitud en la frecuencia con que cada droga estudiada es consumida. Los

resultados mostraron que la actitud que la persona mantiene hacia el consumo de drogas es un predictor del consumo de estas sustancias psicoactivas. Específicamente, una actitud más favorable hacia el uso de las drogas, provoca un mayor consumo de las mismas. Asimismo, para conocer con mayor especificidad la relación entre actitud y consumo, se estudió la diferencia entre quienes consumen de forma habitual, quienes lo hacen esporádicamente y los que no consumen. Se observó que, para el caso del alcohol, las personas que consumían de forma esporádica presentaban una actitud más negativa hacia el consumo de drogas que aquellas lo hacían de forma habitual. Asimismo, para el tabaco aquellas personas que no consumían esta sustancia presentaban una actitud negativa hacia el consumo de drogas, a diferencia de aquellas que lo consumían habitualmente. Finalmente, tanto para el cannabis como para la cocaína, los consumidores esporádicos presentaban una actitud más positiva hacia el uso de las sustancias psicoactivas que aquellos no consumidores. Por lo tanto, la actitud hacia el uso de drogas puede favorecer la aparición de conductas de consumo. Asimismo, según del Barco et al., (2007), la actitud favorable ante ciertas sustancias puede favorecer el inicio en el consumo, y también puede provocar que este pensamiento se traspase a otras drogas.

En lo que se refiere a qué agente socializador, bien la familia, bien el grupo de pares, muestra mayor tolerancia hacia el uso de las drogas, se observó que la diferencia entre ambos grupos es muy significativa, siendo el grupo de amigos el que tiene una actitud más tolerante hacia el uso de las sustancias psicoactivas. Esto puede influenciar en el consumo que la persona haga de estas sustancias, ya que tanto los amigos como la familia, se pueden convertir en modelos de conducta de los cuales la persona adquiere un aprendizaje y acaba por imitarlos (Luengo et al., 2002; Sánchez y Balda, 2009). De esta manera, se detectó que aquellas personas que consumen de manera habitual perciben mayor permisividad por parte de sus amigos y familiares hacia las drogas, la tolerancia es menor cuando el consumo que se da es esporádico, y son las personas no consumidoras las que manifiestan que existe una actitud más negativa hacia las drogas por parte de estos dos agentes de socialización.

En cuanto a las principales motivaciones que llevan a los y las jóvenes a iniciarse en un consumo de drogas, que más tarde puede desembocar en uso continuado de las mismas, se identificó que la diversión y la curiosidad son las principales razones que llevan a la prueba de sustancias psicoactivas, siendo la última de ellas la que prima en las respuestas de todos los jóvenes. A estas motivaciones se les une la de

experimentar nuevas sensaciones, seguido de cerca por el evitar ser excluido del grupo de amigos. Esto concuerda con Sánchez y Balda (2009) y con Redondo (2016), los cuales indican que la base motivacional del inicio en el consumo es el hedonismo, es decir, la diversión, la aventura y la búsqueda de nuevas experiencias, unido a la necesidad de integración de la persona.

Finalmente, en lo referido a si las drogas precipitan la comisión de hechos delictivos, cabe señalar que fue una parte mínima de la muestra la que afirmaba haber cometido alguna vez un delito, siendo los principales los delitos de vandalismo y agresión verbal. Esta cantidad de personas es aún menor cuando se refiere a ilícitos cometidos bajo la influencia de alguna droga; en este sentido, los delitos más cometidos bajo estas circunstancias vuelven a ser los mismos, es decir, vandalismo y agresión verbal. Por lo tanto, se puede decir que el llevar a cabo un acto delictivo no es algo que prime o se pueda considerar como normal en la población juvenil, ya que es la minoría de personas las que alguna vez realiza esta conducta, y las que al final la llevan a cabo se trata de ilícitos que no son de especial gravedad. Por ello, en la relación entre droga y delito es importante tener en cuenta el consumo experimental de las drogas y el consumo abusivo, no pudiendo establecer una relación entre delito y consumo en la primera circunstancia, mientras que en la segunda sí que se puede establecer una relación (Carpentier, 2007; Esbec y Echeburúa, 2016). Por ello, en el caso de este estudio no se puede afirmar con rotundidad que las drogas sean causantes o activadoras de la comisión de delitos, sino que este consumo se debe contemplar como un factor de riesgo que, unido a otros como puede ser la exclusión social o la situación familiar, precipite dichas conductas delictivas.

## **7. Conclusión**

El consumo de drogas es un fenómeno que afecta a toda la población, pero es en el periodo comprendido entre los 14 y 18 años de edad, es decir, la adolescencia, cuando esta conducta tiene gran influencia. Esto se debe a que se trata de una etapa en la que la persona desarrolla su identidad y adquiere diferentes hábitos, actitudes, valores y estilos de vida a través de la influencia de la familia, el grupo de pares y el entorno en el que se desenvuelve. Es por ello que existen diferentes factores de riesgo que determinan que la persona sea más vulnerable a involucrarse en diferentes conductas antinormativas, entre ellas el consumo de sustancias psicoactivas que, más tarde, puede derivar en un abuso

de dichas sustancias e incluso en adicción. Sin embargo, esto no sucede en la mayoría de casos, pero es una consecuencia posible que los consumidores de drogas deben tener en cuenta.

Actualmente, entre la población juvenil se está produciendo una progresiva normalización del consumo de las drogas. El alcohol, el tabaco, el cannabis y en menor medida, la cocaína, forman parte de la vida de muchos jóvenes. En comparación con la información aportada por el Plan Nacional de Drogas de 2021, la cantidad de jóvenes que ha consumido alguna vez en su vida alguna de estas sustancias ha aumentado. Asimismo, y según información del Instituto Vasco de Estadística, salvo para el caso del tabaco, se ha producido un adelanto de 1 año en el inicio del consumo de alcohol, cannabis y cocaína, en comparación con periodos anteriores. Sin embargo, se debe tener en cuenta que muchas veces este inicio en el consumo hace referencia a una prueba de la droga o un consumo esporádico, no evolucionando hacia un consumo continuado de la misma.

Por otro lado, factor importante en el consumo de drogas es la percepción de riesgo, es decir, si una persona percibe las consecuencias peligrosas de una conducta, esta no se llevará a cabo, pero si desconoce dichas consecuencias, es más probable que realice la conducta peligrosa (Calafat y Monserrat, 2003). Sin embargo, la percepción de riesgo es un aspecto complejo en el que interaccionan variables como la percepción social, las consecuencias negativas esperadas del consumo, la información que se tenga sobre estas sustancias, la actitud hacia el consumo y los motivos para consumir.

En este sentido, en la muestra participante en este estudio, las consecuencias negativas esperadas del consumo no parecen tener una gran influencia en la frecuencia con que las drogas son consumidas, ya que, si bien es cierto que las personas sí perciben los daños, estos no desisten en el consumo. Asimismo, tanto la información que se tenga de las drogas como la utilidad de la misma, no parece influir en el consumo de estas sustancias, pues, pese a que la mayoría de personas se sienten muy informadas y consideran dicha información como muy útil, éstas continúan con el consumo.

Sin embargo, aspectos como la percepción social y la actitud hacia el uso de las drogas sí influyen en la frecuencia con que las drogas son consumidas. De esta manera, las personas perciben una mayor tolerancia hacia el uso de las drogas por parte del grupo de pares, en comparación con la tolerancia percibida por parte de sus familias. Esto puede influir en el consumo que el individuo haga de las drogas, ya que los amigos actúan como modelos de conducta, de los cuales la persona adquiere una serie de

hábitos y actitudes (Luengo et al., 2002; Sánchez y Balda, 2009). Asimismo, aquellas personas que consumen drogas con mayor frecuencia presentan una actitud más tolerante hacia el uso de estas sustancias que aquellas que no consumen o lo hacen con menor frecuencia.

Por otro lado, en lo referente a la relación entre droga y delito, la comisión de delitos no es una conducta que se haya mostrado como normal en la muestra del estudio. Sin embargo, cuando estos son cometidos no son de especial gravedad, como los delitos de agresión verbal, vandalismo y hurto. Asimismo, son estos mismos delitos los cometidos por aquellos jóvenes que se encuentran bajo la influencia de las drogas. Con los datos obtenidos, no se puede afirmar que la comisión de actos delictivos esté relacionada o sea consecuencia del consumo de drogas, pero se puede considerar el consumo como un factor de riesgo que unido a otras circunstancias aumentan la probabilidad de que puedan suceder conductas delictivas (Carpentier, 2007; Bringas et al., 2012).

Se puede concluir que los resultados del presente estudio ayudan a una mejor comprensión del consumo de drogas de los y las jóvenes, lo que puede ser especialmente útil para el diseño de intervenciones dirigidas a la disminución o prevención del consumo de alcohol, tabaco, cannabis y cocaína. Se debe resaltar la importancia de la prevención, mediante el desarrollo de programas de intervención psicosocial que ayuden a reducir los factores de riesgo y la promoción de los factores de protección (Vázquez et al., 2018). Muchas veces resulta imposible impedir que el joven pruebe una sustancia y/o se inicie en el consumo de la misma, por ello hay que evitar la demonización de la sustancia y enseñar a convivir con la misma, a partir de informar sobre las maneras de llevar a cabo un consumo adecuado, que no evolucione a una adicción, así como informar a las personas de las consecuencias reales del consumo de drogas a largo y corto plazo. En este sentido, en ocasiones pueden existir errores en la información que se le aporta al individuo; por lo tanto, es esencial que sean los expertos en la materia los que proporcionen información veraz, impidiendo que las principales fuentes sean aquellas personas que han tenido contacto con las drogas y/o los medios de comunicación, donde la información puede encontrarse sesgada por otros intereses como, por ejemplo, sucede con la imagen del alcohol en los anuncios publicitarios.

En definitiva, la prevención del consumo se debe enfocar desde el diseño e implementación de intervenciones dirigidas a modificar la actitud positiva hacia el consumo de drogas, para producir un cambio en la frecuencia de consumo. Asimismo,

dada la gran influencia del grupo de pares en el consumo de drogas, favorecer con dichas intervenciones la asertividad de los jóvenes para sobreponer sus propios intereses a los del grupo. Todo ello acompañado de información veraz proveniente de fuentes creíbles y que los jóvenes perciban como útil.

Para terminar, como posibles líneas de trabajo en el futuro, sería conveniente aumentar el tamaño muestral de la investigación, para asegurar la validez de los resultados y la posibilidad de generalizar los mismos a la población de la que la muestra es sólo una representación. Asimismo, se propone extender esta investigación al conjunto de España, para observar si el fenómeno que se produce en el País Vasco es característico de este lugar o se replica en todo el país: Esto indicaría la pertinencia de diseñar y aplicar programas de intervención de manera coordinada en distintas comunidades. Asimismo, una mejora posible sería complementar esta investigación cuantitativa con un enfoque cualitativo, que permita abordar el fenómeno con mayor profundidad y ser más precisos a la hora de la elaboración de programas de prevención. Por último, dada la ausencia de resultados que avalen la relación entre consumo de drogas y comisión de delitos, se plantea replicar esta investigación con una muestra de jóvenes que ya hayan cometido algún ilícito para, en este colectivo, analizar si éstos consumen drogas, la frecuencia de consumo de las mismas, quién de ellos cometió el delito como consecuencia de las drogas y qué otros factores de riesgo pueden estar implicados en esta relación.

Solo trabajando de forma conjunta y aportando información rigurosa, que provenga de estudios empíricos, se explicará la compleja conducta que es el consumo de drogas, sus determinantes y consecuencias. Solo desde el conocimiento profundo de esta realidad se desarrollarán programas de prevención, que doten de los recursos suficientes para afrontar con éxito las dificultades relacionadas con este fenómeno. Fomentar la cooperación entre los diversos agentes sociales se erige como un factor principal para que entre todos y todas podamos conseguir cambios que contribuyan a la mejora permanente de nuestra sociedad y de sus miembros.

## 8. Bibliografía

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Apud, I., y Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y Drogas*, 16(2), 115-125. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83946520005.pdf>
- Baulenas, G., Díaz, M. A., Romaní, O., y Grup IGIA. (2000). Las sustancias: farmacología. En J. Camí (Ed.), *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias* (145-171). Institut Municipal de Salut Pública. <http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/contextosujetosdrogas.pdf>
- Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77, 25-32. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77807705.pdf>
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Ministerio del interior: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Secretaría General Técnica. [http://ibdigital.uib.es/greenstone/sites/localsite/collect/portal\\_social/index/assoc/minterior/r0003.dir/minterior0003.pdf](http://ibdigital.uib.es/greenstone/sites/localsite/collect/portal_social/index/assoc/minterior/r0003.dir/minterior0003.pdf)
- Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, I., Lorente, J. M., López, A., Madoz, A., Martínez, J. M., Ochoa, E., Palau, C., Palomares, A., y Villanueva, V. J. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol. <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>
- Becoña, E. (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 110, 58-61. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4803011>
- Bringas, C., Rodríguez, L., López, J., Rodríguez, F J., y Estrada, C. (2012). Consumo de drogas y conducta delictiva: análisis diferencial de la Heroína y la cocaína en la trayectoria infractora. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 3(1), 39-54. <https://www.redalyc.org/pdf/2451/245122736003.pdf>

- Calafat, A., y Montserrat, J. (2003). De la etiología a la prevención del uso y abuso de drogas recreativas. *Adicciones*, 15, 261-287.  
<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/465/461>
- Calero, J., Tomás, J. M., Navarro, J. J., y Viera, M. (2020). Delincuencia violenta, abuso y no consumo de drogas en adolescentes con riesgo de reincidencia. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*, 27.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-14352020000100122](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352020000100122)
- Carpentier, C. (2007). *Drogas y delincuencia: una relación compleja*.  
[https://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_44774\\_ES\\_Dif16ES.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44774_ES_Dif16ES.pdf)
- Caudevilla, F. (2007). Drogas: conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo. *Barc Sn*.  
<https://www.quiero-puedo.com/wp-content/uploads/2020/04/Drogas-conceptos-generales-epidemiologia-y-valoracion-del-consumo.pdf>
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). (2007). *Juego de Herramientas de la CICAD para la Evaluación de Programas Universales de Prevención del Uso de Drogas en los Jóvenes*.  
[https://www.unodc.org/documents/prevention/cicad\\_2007\\_evaluation\\_toolkit.pdf](https://www.unodc.org/documents/prevention/cicad_2007_evaluation_toolkit.pdf)
- Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre. (2015). *Proyecto hombre: el modelo bio-psico-social en el abordaje de las adicciones como marco teórico (MBPS)*.  
<https://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2019/11/MBPS-EN-EL-ABORDAJE-DE-LAS-ADICCIONES-APH.pdf>
- Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, 1988.  
[https://www.unodc.org/pdf/convention\\_1988\\_es.pdf](https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf)
- Convenio sobre sustancias psicotrópicas. Artículo 7º. 21 de febrero de 1971.
- Convenio sobre sustancias psicotrópicas. Artículo 9º. 21 de febrero de 1971.
- Convenio sobre sustancias psicotrópicas Viena. 21 de febrero de 1971.  
<https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/legislacion/pdfestatal/i13.pdf>

- Corrêa, J. T. (1 de diciembre de 2007). *Historia de las drogas y de la guerra de su difusión*. Noticias Jurídicas. <https://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/4340-historia-de-las-drogas-y-de-la-guerra-de-su-difusion/>
- Coruña sen drogas: Factores comunitarios*. (s. f.). Concello da Coruña. Recuperado 11 de abril de 2022, de <https://www.coruna.gal/corunasindrogas/es/factores-de-riesgo/factores-comunitarios>
- Coruña sen drogas: Factores individuais*. (s. f.). Concello da Coruña. Recuperado 11 de abril de 2022, de <https://www.coruna.gal/corunasindrogas/gl/factores-de-risco/factores-individuais>
- de Benito, E. (2 de noviembre de 2010). El alcohol causa más estragos en la sociedad que las drogas ilegales. *El País*. [https://elpais.com/diario/2010/11/02/sociedad/1288652403\\_850215.html#:~:text=Pero%20al%20introducir%20los%20otros,la%20del%20crack%20\(17\)](https://elpais.com/diario/2010/11/02/sociedad/1288652403_850215.html#:~:text=Pero%20al%20introducir%20los%20otros,la%20del%20crack%20(17))
- de Sola, J., Rubio, G., y Rodríguez, F. (2013). La impulsividad: ¿Antesala de las adicciones comportamentales? *Salud y Drogas*, 13(2), 145-155. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83929573007.pdf>
- Defez, C. (2017). *Delincuencia juvenil*. [https://iugm.es/wp-content/uploads/2016/07/TRABAJO\\_CURSO\\_IUGM.pdf](https://iugm.es/wp-content/uploads/2016/07/TRABAJO_CURSO_IUGM.pdf)
- del Barco, B. L., Castaño, E. F., Delgado, M. G., y Gómez, T. (2007). Información y actitudes hacia las drogas en adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 32(1), 48-62. [https://www.aesed.com/descargas/revistas/v32n1\\_4.pdf](https://www.aesed.com/descargas/revistas/v32n1_4.pdf)
- Díaz, L., Botta, A. V., Arza, M., Moráquez, G., y Ferrer, S. (2008). Drogodependencia: un problema de salud contemporáneo. *MEDISAN*, 12(2). <https://www.redalyc.org/pdf/3684/368445247019.pdf>
- Efectos del LSD, volverte loco en un mundo irreal*. (26 de abril de 2021). Instituto Castelao. Recuperado 11 de abril de 2022, de <https://www.institutocastelao.com/efectos-del-bsd-volverte-loco-en-un-mundo-irreal/>
- Elosua, P., y Egaña, M. (2020). *Psicometría aplicada: Guía para el análisis de datos y escalas con jamovi*. <https://addi.ehu.es/handle/10810/43054>

- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2016). Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral. *Adicciones*, 28(1), 48-56.  
<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/790>
- Fernández, J. P., Carballo, J. L., Secades, R., y García, O. (2007). Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. Análisis de la relación y consecuencias. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 2-10.  
<https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1423.pdf>
- Flórez, A., y Bohórquez, J. (1993). La teoría general de sistemas. *Cuadernos de Geografía: Revist Colombiana de Geografía*, 4(1-2), 111-137.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6581658>
- Gervasio, E. (2014). *Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en jóvenes en la Ciudad Autónoma y Gran Buenos Aires*. [Tesis de Maestría]. Universidad Isalud.  
<http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/1/297/T362.29%20G33.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gobierno de La Rioja. (s.f). *Qué son las drogas - Clasificación*. Infodrogas. Recuperado 11 de abril de 2022, de <https://www.infodrogas.org/drogas?start=1>
- Gobierno Vasco. (2018). *Encuesta sobre adicciones en Euskadi 2017: Avances de datos*.  
[https://www.eustat.eus/elementos/ele0016800/euskadi-y-drogas/inf0016847\\_c.pdf](https://www.eustat.eus/elementos/ele0016800/euskadi-y-drogas/inf0016847_c.pdf)
- Goldstein, P. J. (1985). The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework. *Journal of Drug Issues*, 39, 143-174.  
[https://www.webdepot.umontreal.ca/Usagers/p0706916/MonDepotPublic/CRI%203341S/Goldstein\\_tripartite.pdf](https://www.webdepot.umontreal.ca/Usagers/p0706916/MonDepotPublic/CRI%203341S/Goldstein_tripartite.pdf)
- Gómez, C. (2015). El “botellón” como proceso y espacio de socialización juvenil. Análisis del fenómeno en la ciudad de Zaragoza (España). *Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología*, 24(1), 5-27.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5035189>
- González, D. (s. f.). *Diferencia uso, abuso y dependencia*. Fundación Acorde. Recuperado 11 de abril de 2022, de <http://www.fundacionacorde.com/uso,-abuso,-dependencia.html>

- González, F., García, M. M., y González, S.G. (1996). Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 8(2), 257-267.  
<https://www.psicothema.com/pdf/24.pdf>
- Iglesias, P. (4 noviembre de 2021). *Incremento del consumo de drogas y alcohol en los jóvenes*. Consulta Iglesias. Recuperado 10 de enero de 2022, de <https://consultaiglesias.com/articulos/incremento-consumo-drogas-alcohol-jovenes/>
- Instituto de Adicciones de Madrid Salud. (2006). *Consumo de drogas, percepción y actuaciones de prevención entre la población adolescente y joven de la Ciudad de Madrid (21 distritos)*. Instituto de Adicciones de Madrid Salud: Madrid.  
<https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones/Folletos/Folletos%20IA/Documentos%20tecnicos/CONSUMODEDROGAS.pdf>
- INTCF. (2021). *Hallazgos toxicológicos en víctimas mortales de accidentes de tráfico. Memoria 2020*. Ministerio de Justicia. Secretaría General Técnica.  
<https://www.mjusticia.gob.es/es/ElMinisterio/OrganismosMinisterio/Documents/Hallazgos%20Toxicol%C3%B3gicos%20en%20Victimas%20Mortales%20de%20Accidente%20de%20Trafico.%20Memoria%20%202020.pdf>
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. (2020). Lista de sustancias sicotrópicas sometidas a fiscalización internacional de conformidad con el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971.  
[https://www.incb.org/documents/Psychotropics/forms/greenlist/Green\\_list\\_SPA\\_V20\\_03597.pdf](https://www.incb.org/documents/Psychotropics/forms/greenlist/Green_list_SPA_V20_03597.pdf)
- Laespada, T., Iraurgi, I., y Aróstegi, E. (2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV*. Gobierno Vasco, Servicio Central de Publicaciones. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=247259>
- Las 20 drogas más peligrosas*. (s.f.). Revista Dräger especial. Alcohol y drogas, 8, 61.  
<https://www.draeger.com/Library/Content/revista-draeger-especial-8-es.pdf>
- Leganés, S. (2010). Drogas, delincuencia y enfermedad mental. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(4), 513-536.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3350355>

- Lorenzo, P. (2009). Conceptos fundamentales en drogodependencia. En M.M. del Moral y P. Lorenzo (Eds.), *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. Panamericana.  
[https://web.vocespara.info/comparte/2017\\_vcs/Drogodependencias\\_y\\_adicciones/OK\\_Terminos\\_en\\_adiccion.pdf](https://web.vocespara.info/comparte/2017_vcs/Drogodependencias_y_adicciones/OK_Terminos_en_adiccion.pdf)
- Luengo, M. A., Gómez, J. A., Garra, A., y Romero, E. (2002). *Construyendo Salud: promoción del desarrollo personal y social*. Secretaría General Técnica.  
<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/LUENGO1.PDF>
- Madrid Salud. (s.f.). *Guía para familias: Factores de riesgo en el consumo de drogas*.  
<https://www.madridsalud.es/serviciopad/descargas/factoresRiesgo.pdf>
- Martín, M. C., y Salamanca, A. B. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 27.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7779030>
- Martínez, P., Bustos, M. J., y Lorente, M. (2009). Drogas de uso y abuso. Mitos, realidades y aspectos prácticos en la consulta de Atención Primaria. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 35(2), 91-100.  
<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-13134018>
- Maturana, A. (2011). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 98-109.  
[https://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/11\\_DR\\_Maturana-13.pdf](https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/11_DR_Maturana-13.pdf)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). *Estrategia de Nacional sobre adicciones 2017-2024*. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.  
[https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA\\_N.ADICIONES\\_2017-2024\\_\\_aprobada\\_CM.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA_N.ADICIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf)
- Modelos explicativos de las adicciones a sustancias ilegales* (17 de mayo de 2019). Psikipedia.  
<https://psikipedia.com/libro/terapia-cc/3664-modelos-explicativos-de-las-adicciones-a-sustancias-ilegales>

- Molina, M. C. (2008). Evolución histórica del consumo de drogas: Concepto, clasificación e implicaciones del consumo prolongado. *International e-Journal of Criminal Science*, 2. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4876021>
- Moscoso, A. J., y Titto, O.M. (2015). *Problemática de las Drogas. Orientaciones Generales. Prevención del Uso Indevido de Drogas*. Quatro Hnos. [https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev\\_Problematika\\_de\\_las\\_drogas.pdf](https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev_Problematika_de_las_drogas.pdf)
- National Institute on Drug Abuse. (junio de 2018). *MDMA (éxtasis/Molly) – DrugFacts*. Recuperado 11 de abril de 2022, de <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/mdma-extasis#:~:text=La%20MDMA%20act%C3%BAa%20aumentando%20la,a%20niveles%20peligrosos%20y%20depresi%C3%B3n>
- National Institute on Drug Abuse. (22 de marzo de 2022). *La adicción y la salud*. Recuperado 11 de abril de 2022, de <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/la-adiccion-y-la-salud>
- Offord, D. R., y Chmura, H. (2000). Risk factors and prevention. *EBMH*, 3. <https://ebmh.bmj.com/content/ebmental/3/3/70.full.pdf>
- Osuna, J. M. (2005). Drogas: ¿Un fenómeno en evolución? *Carel: Carmona: Revista de estudios locales*, 3, 1269-1291. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2328625>
- Pastor, J. C., y López, M. J. (1993). Modelos teóricos de prevención en toxicomanías: Una Propuesta de Clasificación. *Anales de Psicología*, 9(1), 19-30. [https://www.um.es/analesps/v09/v09\\_1/03-09\\_1.pdf](https://www.um.es/analesps/v09/v09_1/03-09_1.pdf)
- Peñafiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso: revista de educación*, 32, 147-173. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3130577>
- Plan Nacional sobre Drogas. (2021). *ESTUDES 2020/21*. [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES\\_2021\\_Cuestionario\\_ALUMNOS\\_castellano.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2021_Cuestionario_ALUMNOS_castellano.pdf)

- Plan Nacional sobre Drogas. (2021). *Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Informe ESTUDES 2021*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.  
[https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES\\_2021\\_Informe\\_de\\_Resultados.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2021_Informe_de_Resultados.pdf)
- Pons, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis*, 4(2), 157-186.  
<http://www.scielo.org.mx/pdf/polis/v4n2/v4n2a6.pdf>
- Redondo, M. (2016). *Motivaciones de los adolescentes para el inicio y mantenimiento del consumo de alcohol y tabaco*. [Tesis de doctorado]. Universidad de Jaén.  
<https://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/760/1/9788416819553.pdf>
- Rodríguez, A. (2007). Principales modelos de socialización familiar. *Foro de Educación*, 5(9), 91-97.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2485686>
- Rodríguez, E., Megías, I., y Navarro, J. (2005). *JÓVENES, TIEMPO LIBRE Y CONSUMOS DE DROGAS. Modelos, vivencias y expectativas entre los jóvenes de Castilla-La Mancha*. Castilla-La Mancha. Junta de Comunidades. Servicio de Publicaciones.  
[https://sanidad.castillalamancha.es/files/jovenes\\_tiempo\\_libre\\_y\\_consumos\\_de\\_drogas\\_2005.pdf](https://sanidad.castillalamancha.es/files/jovenes_tiempo_libre_y_consumos_de_drogas_2005.pdf)
- Sánchez, L., y Balda, M. L. (2009). *Las percepciones sociales como determinantes del consumo de psicoestimulantes entre los jóvenes riojanos*. La Rioja (Comunidad Autónoma).  
<https://www.infodrogas.org/files/4-las-percepciones-sociales-como-determinantes-del-consumo-de-psicoestimulantes-entre-los-jovenes-riojanos.pdf>
- Sanz, C. A., Llivina, T. S., Suelves, J. M., Jiménez, R., y Martínez, I. (2004). *Prevención de la A a la Z: Glosario sobre prevención del abuso de drogas*. CEPS.  
[https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/diccionario\\_prevenccion.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/diccionario_prevenccion.pdf)

- Sanz, P. S. J. (2019). Trastorno por consumo de sustancias. *Medicine*, 12(85), 4984-4992.  
<http://cipesalud.com.ar/wp-content/uploads/2020/04/trastornos-por-consumo-de-sustancias.pdf>
- Simkin, H., y Becerra, G. (2013). El proceso de socialización. Apuntes para su exploración en el campo psicosocial. *Ciencia, Docencia y Tecnología*. 24(47), 110-142. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4696738>
- Tagliazucchi, E., Sigman, M., Cancela, L., Rieznik, A., Godoy, J. C., Mansilla, J. C., Damín, C., Arrieta, E., y Wortman, M. (2017). *Un libro sobre drogas*. El Gato y La Caja.  
<https://elgatoylacaja.com/sobredrogas/como-medimos-los-danos-causados-por-las-drogas>
- United Nations. (s. f.). *Conferencias | Drogas | Naciones Unidas*. Recuperado 11 de abril de 2022, de <https://www.un.org/es/conferences/drug>
- Uso, abuso y dependencia de drogas*. (5 de diciembre de 2017). Centro Bonanova.  
 Recuperado 11 de abril de 2022, de <https://www.centrobonanova.com/uso-abuso-dependencia-drogas/>
- Vázquez, N., Muñoz, L., Juárez, O., y Ariza, C. (2018). ¿Qué funciona en la prevención selectiva del consumo de alcohol y cannabis en jóvenes vulnerables? *Rev. Esp. Salud Pública*, 92.  
<https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v92/1135-5727-resp-92-e201810070.pdf>
- Younis, J. A. (1999). *Identidad, valores y estilos de vida de la población juvenil en la actualidad*.  
<https://barcocoordis.files.wordpress.com/2008/04/younis-identidad-valores-y-estilos-de-vida.pdf>
- Zuckerman, M., Eysenck, S., y Eysenck, H. J. (1978). Sensation Seeking in England and America: Cross-cultural, Age, and Sex Comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(1), 139-149.  
[https://hanseysenck.com/wp-content/uploads/2019/12/1978\\_zuckerman\\_eysenck\\_et\\_al\\_-\\_sensation\\_seeking\\_in\\_england\\_and\\_america\\_cross-cultural\\_age.pdf](https://hanseysenck.com/wp-content/uploads/2019/12/1978_zuckerman_eysenck_et_al_-_sensation_seeking_in_england_and_america_cross-cultural_age.pdf)





# **INFORME EJECUTIVO**

---

## **RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO Y EL CONSUMO DE DROGAS EN LOS JÓVENES DEL PAÍS VASCO**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

GRADO EN CRIMINOLOGÍA

UPV/EHU

2021/2022

Trabajo realizado por: Lidia Pérez Garrido

Dirigido por: Natalia Alonso Alberca

## ÍNDICE

Justificación y planteamiento del estudio empírico

Objetivos y análisis realizados

Conclusión del estudio empírico

Relevancia de cara a implicaciones prácticas

Limitaciones del estudio y líneas de trabajo en el futuro

Personas interesadas en este trabajo

## **1. Justificación y planteamiento del estudio empírico**

El consumo de drogas ha estado presente en las sociedades, a lo largo de la historia, donde se ha hecho uso de las drogas de múltiples formas. Sin embargo, a día de hoy, se ha convertido en un problema social, debido al abuso que muchas veces despierta la utilización de las sustancias psicoactivas y los daños que provoca, tanto a nivel de consumidor como social. El consumo de drogas se ha convertido en un fenómeno que afecta a la población juvenil, siendo en la adolescencia cuando se producen los primeros momentos en los que las personas tienen contacto con el consumo de drogas.

Aparentemente, la experimentación con las drogas se ha convertido en un hecho normalizado por parte de los jóvenes de la sociedad, ya que la mayoría de ellos comienzan con el consumo de alcohol, para después continuar con el tabaco, lo que facilita que más tarde se extienda este consumo a drogas ilegales, como el cannabis y la cocaína. Sin embargo, se debe tener en cuenta que no todas aquellas personas que se inician en el consumo de alcohol acaban consumiendo otras sustancias, además muchas veces, aunque sí se haya extendido el consumo, se trata de un consumo esporádico o una simple prueba de la droga. En añadido, un factor importante en este consumo es la percepción de riesgo, entendida como la identificación por parte de los individuos de los peligros que existen al realizar una actividad. Por lo tanto, se entiende que ante mayor riesgo percibido, más probable será que esa persona no lleve a cabo la conducta que percibe como peligrosa. Asimismo, la percepción de riesgo es un concepto complejo, en el que influyen variables como, la percepción social, las consecuencias negativas esperadas del consumo, la información que se tenga sobre estas sustancias, la actitud hacia el consumo y los motivos para consumir, todas ellas conformarán las variables a estudiar en la investigación.

Por otro lado, en ocasiones, un consumo abusivo de una sustancia tiene como consecuencia la realización de delitos, bien por los efectos que la droga produce en el cuerpo, bien con el propósito de obtener un beneficio económico para costearse el consumo, o bien los delitos que surgen alrededor del tráfico de drogas, como delitos de narcotráfico a pequeña o gran escala.

Es por ello que, este trabajo se encuentra conformado por un marco teórico, en el que se comienza con una aclaración del concepto droga, donde se da una definición de la misma, el estatus legal que ocupan, así como se abordan diferentes sustancias

existentes a día de hoy, entre otros. Además, se explican los factores de riesgo que pueden promover conductas de consumo, seguido de los modelos teóricos que ayudan a comprender cómo se inicia y desarrolla el consumo de drogas, para acabar con las consecuencias que estas sustancias psicoactivas tienen tanto a nivel individual como social. Todo ello, da paso a un estudio empírico el cual, tiene como objeto de estudio los jóvenes del País Vasco, y como objetivo el estudiar cómo influye la percepción de riesgo en la frecuencia de consumo de las principales drogas de nuestra sociedad (alcohol, tabaco, cannabis y cocaína). Por último, trata de identificar si existe una relación entre el consumo de drogas y la comisión de delitos.

## **2. Objetivos y análisis realizados**

Para afrontar dicho estudio empírico se han planteado una serie de objetivos:

### ***General***

- Estudiar el riesgo percibido por los y las jóvenes ante el consumo de drogas (en particular, alcohol, tabaco, cocaína y cannabis) y su relación con el consumo de estas sustancias psicoactivas.
- Estudiar si el consumo de estas sustancias psicoactivas precipita la comisión de actividades delictivas.

### ***Específicos***

- Determinar si existen diferencias en la percepción de riesgo relacionado con el consumo de drogas en función del sexo.
- Analizar si el inicio del consumo a una edad más temprana influye en la frecuencia con la que se consumen sustancias psicoactivas.
- Analizar cómo influye el conocimiento sobre las drogas en la frecuencia en que se consumen estas sustancias psicoactivas.
- Determinar si los sujetos que perciben un mayor riesgo derivado del consumo de drogas no se han iniciado en su consumo.
- Estudiar si la actitud hacia el consumo de drogas influye en la frecuencia con que una droga es consumida.
- Determinar si existen diferencias en las percepciones sociales, tanto familiares como de grupo de pares, según el tipo de consumo realizado por la persona.

- Determinar cuál es la principal motivación de los jóvenes para iniciarse en el consumo de sustancias psicoactivas.
- Estudiar si el consumo de estas sustancias psicoactivas precipita la comisión de actividades delictivas.

Para la consecución de estos objetivos se realizó el análisis de los datos empleando el software gratuito JAMOVI. Con éste se llevaron a cabo los análisis de frecuencias y los análisis descriptivos. Asimismo, se realizó la prueba t de Student y ANOVA para la comparación de puntuaciones entre grupos. Con estos análisis se quiso observar si existen diferencias significativas en la media de la variable dependiente en función de los grupos. De manera complementaria, se llevaron a cabo análisis de regresión lineal, los cuales permitieron estudiar el valor predictivo que tiene una variable sobre otra, explicando así las relaciones entre una variable predictora y otra dependiente.

### **3. Conclusión del estudio empírico**

A partir de este estudio se identificó las drogas más consumidas, la frecuencia con que los jóvenes hacen uso de las mismas, así como la relación entre diferentes variables y las diferencias entre varios grupos. En este sentido, entre la población juvenil se está produciendo una normalización del uso de las drogas, siendo el alcohol la droga más utilizada, seguida de cerca por el tabaco y el cannabis, estando más alejada la cocaína. En comparación con la información aportada en el Plan Nacional de Drogas de 2021 se ha producido un aumento en la cantidad de personas que han consumido alguna vez en su vida alguna de estas sustancias. Lo que es más, comparando los datos reportados por el Instituto Vasco de Estadística con los resultados de este estudio, salvo en el caso del tabaco, se está produciendo un adelanto de 1 año en el consumo de alcohol, cannabis y cocaína. Por lo tanto, cada vez son más los jóvenes que se inician más temprano en el consumo de drogas. Sin embargo, como ya se ha mencionado con anterioridad, en ocasiones este consumo no es habitual, siendo un uso esporádico de la droga o una simple prueba de la misma.

Por otro lado, esta investigación ha mostrado que, pese a ser la percepción de consecuencias negativas un factor importante en el consumo de drogas, no parece tener una gran influencia en la frecuencia con que estas drogas son consumidas, ya que si bien

es cierto que las personas perciben los daños, éstos continúan consumiendo. Otro de los factores que también es considerado como primordial en el consumo de sustancias psicoactivas y que este estudio ha reportado como poco predictor del uso de drogas, es el conocimiento sobre estas sustancias y la utilidad de la información recibida. Ésto implica que, las personas pese a sentirse muy informadas no desisten del consumo de dichas sustancias psicoactivas.

No obstante, pese a esta falta de relación, se han encontrado otras variables que sí explican el consumo de drogas. De esta manera, la percepción social y la actitud hacia el uso de drogas influyen en la frecuencia con que las drogas son consumidas. Las personas perciben una mayor tolerancia hacia el uso de estas sustancias por parte de los amigos, en comparación con la permisividad percibida por parte de los familiares. Por lo tanto, los amigos se pueden convertir en modelos de conducta, de los cuales adquirir una serie de hábitos y valores. Asimismo y en relación hacia la actitud, la investigación mostró que aquellas personas que consumen con mayor frecuencia presentan una actitud más tolerante hacia el uso de estas sustancias que aquellas que no consumen o lo hacen con menor frecuencia. Es por ello que, una actitud más favorable hacia el uso de las drogas, provoca un mayor consumo de las mismas.

Por último, en lo que se refiere a la relación entre droga y la comisión de delitos, con el estudio se ha observado que la realización de delitos no es una conducta normalizada en la población juvenil y que, cuando éstos son cometidos, la mayoría de veces se tratan de ilícitos que no son de especial gravedad. En añadido, el número de personas que alguna vez ha cometido un delito es aún más pequeño cuando se trata de ilícitos cometidos bajo la influencia de alguna droga, los delitos más cometidos bajo estas circunstancias son los de vandalismo y agresión verbal. Con los datos obtenidos, no se puede afirmar que la comisión de actos delictivos sea causa o consecuencia del consumo de drogas, pero se puede considerar a este consumo como un factor de riesgo que unido a otras circunstancias aumentan la probabilidad de que puedan suceder conductas delictivas.

#### **4. Relevancia de cara a implicaciones prácticas**

Esta investigación ayuda a una mejor comprensión del consumo de drogas y los factores que influyen en el mismo. Lo que es más, los resultados de dicha investigación pueden ser tomados en cuenta a la hora de la elaboración de

intervenciones dirigidas a la disminución o prevención del consumo de alcohol, tabaco, cannabis y cocaína. Se debe valorar la importancia de la prevención, mediante el desarrollo de programas de intervención que ayuden a reducir los factores de riesgo y a promover los factores de protección. Es importante que estas intervenciones tengan en cuenta que muchas veces resulta imposible impedir que el joven pruebe una sustancia y/o se inicie en el consumo de la misma, por ello hay que evitar la demonización de la sustancia y enseñar a convivir con la misma, a partir de informar sobre las maneras de llevar a cabo un consumo adecuado, que no evolucione a una adicción e informar a las personas de las consecuencias reales del consumo de drogas a largo y corto plazo. En este sentido, en ocasiones pueden existir errores en la información que se le aporta al individuo, por lo tanto es de vital importancia que sean los expertos en la materia los que proporcionen información veraz, impidiendo que las principales fuentes sean aquellas personas que han tenido contacto con las drogas y/o los medios de comunicación, donde la información puede encontrarse sesgada por otros intereses, como, por ejemplo, sucede con la imagen del alcohol en los anuncios publicitarios.

En definitiva, se trata de intervenciones dirigidas a modificar la actitud positiva hacia el consumo de drogas, para producir un cambio en la frecuencia de consumo. Asimismo, dado la gran influencia del grupo de pares en el consumo de drogas, favorecer con dichas intervenciones la asertividad de los jóvenes para sobreponer sus propios intereses a los del grupo. Todo ello acompañado de información veraz proveniente de fuentes creíbles y que los jóvenes perciban como útil.

## **5. Limitaciones del estudio y líneas de trabajo en el futuro**

Como posibles líneas de trabajo en el futuro, sería conveniente aumentar el tamaño muestral de la investigación, para asegurar la validez de los resultados y la posibilidad de generalizar los mismos a la población de la que la muestra es sólo una representación. Asimismo, se propone extender esta investigación al conjunto de España, para observar si el fenómeno que se produce en el País Vasco es característico de este lugar o se replica en todo el país: Esto indicaría la pertinencia de diseñar y aplicar programas de intervención de manera coordinada en distintas comunidades. Asimismo, una mejora posible sería complementar esta investigación cuantitativa con un enfoque cualitativo, que permita abordar el fenómeno con mayor profundidad y ser más precisos a la hora de la elaboración de programas de prevención. Por último, dada

la ausencia de resultados que avalen la relación entre consumo de drogas y comisión de delitos, se plantea replicar esta investigación con una muestra de jóvenes que ya hayan cometido algún ilícito para, en este colectivo, analizar si éstos consumen drogas, la frecuencia de consumo de las mismas, quién de ellos cometió el delito como consecuencia de las drogas y qué otros factores de riesgo pueden estar implicados en esta relación.

## **6. Personas interesadas en este trabajo**

A la hora de la redacción de este trabajo junto a la realización de la investigación, no se ha tenido en cuenta a ningún profesional concreto al cual dirigirse. La fácil lectura del mismo, debido a una estructura que guía al lector desde cuestiones básicas del concepto de droga hasta las consecuencias que éstas tienen, para terminar con un estudio empírico que actualiza los datos que hay hasta la actualidad, este trabajo puede interesar a cualquier persona, sin necesidad de tener conocimientos previos para poder comprender el trabajo en su totalidad.

Asimismo, la principal relevancia que tiene este trabajo es a nivel preventivo, es decir, la investigación se convierte en una guía a la hora de la elaboración de programas de prevención e intervención del consumo de drogas. Por lo tanto, este trabajo interesa a aquellos colectivos de profesionales encargados de dar forma a los programas, para que éstos sean conocedores de los ámbitos en los que se debe incidir en mayor profundidad con dichas intervenciones.

Finalmente, este trabajo interesa a los jóvenes, ya que éstos han conformado la muestra de la investigación, por lo tanto también deben de ser las principales personas a las que este trabajo se dirija. De esta manera, serán ellos mismos los que se hagan conscientes de la situación actual en torno al consumo de sustancias psicoactivas, siendo este trabajo una herramienta preventiva en sí mismo.



## **Anexos**

Anexo I: Memoria para el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH)

Anexo II: Informe favorable obtenido del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH)

Anexo III: Cuestionario sobre el consumo de drogas

# **Anexo I**

Memoria para el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH)



# M10 - Memoria para el CEISH: proyecto de investigación con seres humanos

**NoRefCEID: M10/2022/006**

## Datos del solicitante

**Nombre:** LIDIA PEREZ GARRIDO

**Campus:** Gipuzkoa

**DNI/NIF:** [REDACTED]

**Centro:** F. Derecho

**Teléfono:** [REDACTED]

**Departamento:** Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento

**E-mail:** lperez129@ikasle.ehu.eus

**Área:** Criminología

## TÍTULO DEL PROYECTO

Introducir el título identificativo del proyecto.

Este título debe ser el mismo que aparezca en las memorias así como en todos los documentos que las acompañan (hojas de información y consentimiento, autorizaciones, solicitudes a diputaciones etc).

*Relación entre la percepción de riesgo y el consumo de drogas en los jóvenes del País Vasco.*

## TIPO DE ACTIVIDAD

*Investigación tutelada (sólo si no está incluida en un proyecto de investigación)*

*Trabajo Fin de Grado*

## FINANCIACIÓN

¿Se dispone de financiación para la realización del proyecto?

No

Indicar la fuente de financiación:

Estado de la financiación:

*No procede*

## FECHAS CLAVE DEL PROYECTO

*Fecha prevista inicio del proyecto*

*Fecha prevista fin del proyecto*

28/02/2022

13/05/2022

## RESUMEN DEL PROYECTO

Sintetizar (no más de 250 palabras) los aspectos más importantes del trabajo: objetivos, hipótesis y variables del estudio. Teniendo siempre en cuenta el comité o los comités a los que va dirigido y la información que les pueda ser útil y necesaria para realizar la evaluación.

*De esta manera la percepción de riesgo es una de las variables más importantes para explicar el consumo de las drogas (Becoña, 2000). En este sentido, los individuos realizan la toma de decisiones basándose en las consecuencias negativas y positivas de llevar a cabo cierta conducta (Calafat y Monserrat, 2003) y, por tanto, si perciben que algo no implicará consecuencias negativas es más probable que lleve a cabo dicha actividad. Por ello, las ideas que la persona tenga sobre las drogas y el riesgo que perciba influirá en el consumo posterior de las mismas (Becoña, 2000). Asimismo, la percepción de riesgo es un aspecto complejo en el que influyen variables como la percepción social, la información disponible, las actitudes y la motivación (Calafat y Monserrat, 2003; García del Castillo, 2012). La investigación que se propone pretende, como primer objetivo, profundizar en la percepción de riesgo sobre el consumo de drogas de los jóvenes comprendidos entre los 18 y 27 años del País Vasco, y analizar la relación que esta tiene en el inicio y frecuencia de consumo de estas sustancias psicoactivas. Se entiende la percepción de riesgo como la identificación por parte de la persona de si existe peligro o no al llevar a cabo una actividad (Calafat y Monserrat, 2003). Así, se recogerá información en relación a las mencionadas variables, de modo que se puedan extraer conclusiones sobre la percepción de riesgo que el sujeto tiene respecto al consumo de drogas, y también respecto a algunos aspectos que influyen en ella. El segundo objetivo de esta investigación es determinar si el consumo de drogas influye en la realización de actividades delictivas en la franja de edad propuesta (Loeber, Farrington, y Redondo, 2011). Se considera que esta propuesta de investigación puede ser útil para conocer cómo se configura en la población juvenil la percepción de riesgo sobre las drogas y cómo influye ésta en el consumo de las mismas, y cómo el consumo puede incidir en la comisión de delitos. Este conocimiento, a su vez, estará al servicio del diseño de programas de intervención específicos dirigidos a la prevención del consumo de drogas y de la delincuencia, centrados en las variables que contribuyen en el inicio de consumo de sustancias psicoactivas.*

## Memorias del proyecto

Comité	NoRefCEID	Nombre	Estado
CEISH	M10/2022/006		En secretaría

## Parte I: Valor social y justificación

### 1.1 VALOR SOCIAL DEL PROYECTO

A continuación se muestra la finalidad principal del proyecto o campo en el que se espera un aumento del conocimiento o un beneficio social último que justifique su realización.

2. Investigación aplicada a la prevención, diagnóstico o tratamiento de alteraciones o de enfermedades físicas, psíquicas u otras anomalías o de sus efectos en los seres humanos, los animales o las plantas.

### 1.2 JUSTIFICACIÓN DEL USO DE SERES HUMANOS

Exponer brevemente la necesidad de utilizar seres humanos, sus muestras o sus datos, relacionándola con los beneficios que se esperan respecto al aumento del conocimiento o mejora de las condiciones de vida.

Si además se espera que beneficie a la población estudiada explicar cómo lo hará.

*La percepción de riesgo se define como la identificación por parte de la persona de si existe peligro o no al llevar a cabo una actividad (Calafat y Monserrat, 2003). Por lo tanto, si la persona percibe las consecuencias dañinas de un acto, es más probable que no lo lleve a cabo, pero si el sujeto desconoce esas consecuencias negativas, la probabilidad de realizar dicha actividad peligrosa será mayor. Por ello, la percepción de riesgo constituye una de las variables más importantes en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas (Becoña, 2000).*

*Asimismo, se ha detectado que los primeros momentos en los que las personas tienen contacto con el consumo de drogas es durante la adolescencia. Aparentemente, la experimentación con las drogas se ha convertido en un hecho normalizado por parte de los jóvenes de la sociedad, dándose que la mayoría de ellos comienzan con el consumo de alcohol (el 73.9% reconoce haber consumido alcohol) y el tabaco (el 38,2% reconoce haber fumado tabaco), lo que facilita la posterior experimentación con otras sustancias (Becoña, 2000; Plan Nacional sobre Drogas, 2021). Sin embargo, pese a disponer hoy en día de evidencias que demuestran las consecuencias psicológicas, físicas y sociales del consumo de sustancias psicoactivas, la población más joven presenta una baja percepción de riesgo asociado a éstas, lo que conlleva un aumento en el consumo y un inicio temprano de esta actividad (Iglesias, 2021). Además, este consumo, en algunas ocasiones, tiene como consecuencia la realización de delitos, bien por los efectos “farmacológicos directos o indirectos de la sustancia”, bien con el objetivo de obtener más dinero para costearse el consumo, o bien delitos de narcotráfico a pequeña o gran escala (Goldstein, 1985; citado por Esbec y Echeburúa, 2016).*

*Cabe señalar que la percepción de riesgo es un constructo complejo que depende de otras variables como la percepción social (normalización del consumo por parte de los agentes de socialización), las consecuencias negativas esperadas del consumo, la información que se tenga sobre estas sustancias, la actitud hacia el consumo y los motivos para consumir. Por ello, el presente trabajo analizará dichas variables para ver cómo interactúan con el consumo de las dos drogas legales e ilegales más populares en España (alcohol, tabaco, cannabis y cocaína), así como estudiará si el consumo de sustancias psicoactivas ha desencadenado alguna actividad ilícita.*

*Para terminar, se destaca la importancia de las intervenciones en la prevención, la concienciación y el tratamiento ante el aumento de determinados patrones de consumo de sustancias entre los jóvenes (Iglesias, 2021). La inferencia que se realiza es que si los jóvenes se encuentran correctamente informados serán capaces de discernir los peligros y tomar las decisiones conforme a ello (Iglesias, 2021). Por ello, con el objetivo de recoger la información relevante sobre el tema, en la presente investigación se*

*realizará una revisión de las intervenciones realizadas a nivel estatal para explicar sus procedimientos y su eficacia a la hora de influir en las variables antes mencionadas y prevenir el consumo.*

## Parte II: Cualificación equipo investigador

### 2.1 PERSONAL QUE LLEVARÁ A CABO LAS TAREAS CON SERES HUMANOS, SUS MUESTRAS Y/O SUS DATOS

A continuación se muestran todas las personas integrantes del equipo investigador incluido el/la solicitante. Añadir en este apartado cualquier otra persona que colabore en el proyecto como reclutadores, encuestadores etc. En el caso de proyecto tutelado añadir al tutor o director del mismo.

- Datos identificativos (nombre, NIF, vinculación y nivel académico).
- Tareas concretas que realizará de acuerdo a lo descrito en el apartado '3.2 Diseño metodológico'(añadir cuantas tareas sean necesarias).
- Formación y experiencia previa en cada tarea en particular (realización de encuestas, reclutamiento, toma de muestras, tratamiento de datos, trabajo en laboratorio, dirección de tesis etc).

#### 1. LIDIA PEREZ GARRIDO

NIF: [REDACTED]

Vinculación: Estudiante

Nivel académico: Otro

**Tarea:** Búsqueda de información para la realización del TFG. Puesta en contacto con la muestra. Enviar la encuesta on-line a posibles participantes. Estudio y análisis de los datos e información obtenidas a través de la encuesta. Plasmear los resultados obtenidos de la investigación.

**Experiencia:** Estudiante de criminología, sin experiencia previa en la realización de trabajos de investigación. Salvo los trabajos realizados durante la enseñanza universitaria, en los cuales se han llevado a cabo entrevistas, encuestas on-line y observaciones de la población de estudio. Para después realizar el análisis de los datos y obtener unos resultados.

#### 2. NATALIA ALONSO ALBERCA

NIF: [REDACTED]

Vinculación: Externo/a

Nivel académico: Doctor

**Tarea:** Tutorización del trabajo de investigación (establecimiento y cumplimiento de principios éticos, guía para búsqueda de información, selección y diseño de herramientas de evaluación, contacto con muestra potencial, análisis de datos, extracción de conclusiones en base a los resultados, adecuación a estándares como APA 7, elaboración del informe final).

**Experiencia:** Doctora en Psicología, con Premio Extraordinario de Doctorado. Profesora en la UPV/EHU desde 2014. Desde entonces ha dirigido 10 trabajos de fin de grado, 5 trabajos de fin de máster, y una tesis doctoral, que será defendida en febrero de 2022. Ha sido investigadora miembro en el grupo de Criminología Aplicada CRIM-Ap y, en la actualidad pertenece al grupo QUALIKER.

## Parte III: Validez científica y metodológica

### 3.1 OBJETIVOS CIENTÍFICOS DEL PROYECTO

Describir brevemente los principales objetivos que se pretenden alcanzar con este proyecto.

#### *General*

*Estudiar el riesgo percibido por los jóvenes ante el consumo de drogas (alcohol, tabaco, cocaína y cannabis) y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas.*

*Estudiar si el consumo de estas sustancias psicoactivas precipita la comisión de actividades delictivas.*

#### *Específicos*

*Determinar si existen diferencias en la percepción de riesgo relacionado con el consumo de drogas en función del sexo.*

*Analizar si el inicio del consumo a una edad más temprana influye en la frecuencia con la que se consumen sustancias psicoactivas.*

*Analizar cómo influye el conocimiento sobre las drogas en la frecuencia en que consumen estas sustancias psicoactivas.*

*Determinar si existe relación entre la percepción de riesgo relacionado con el consumo de drogas y el consumo de estas sustancias psicoactivas.*

*Estudiar si la actitud hacia el consumo de drogas influye en la frecuencia con que una droga es consumida.*

*Analizar si el grupo de pares influye en el inicio de la actividad de consumo.*

*Determinar cuál es la principal motivación de los jóvenes para iniciarse en el consumo de sustancias psicoactivas.*

*Realizar una revisión de los programas de intervención existentes en relación a la prevención del consumo de drogas y que se dirigen a las variables que provocan el consumo de estas sustancias, por ejemplo, conocimiento sobre las drogas.*

### 3.2 DISEÑO METODOLÓGICO DEL PROYECTO

Si en el proyecto se van a utilizar SERES HUMANOS, describir:

- El **tipo de estudio** (cualitativo, cuantitativo, prospectivo, observacional, caso-control, doble ciego etc.).
- La **muestra**: tamaño, justificación, características, criterios de inclusión/exclusión.
- Las **variables** de estudio.

- El **modelo de análisis de resultados** previstos.

Si en el proyecto se van a utilizar ANIMALES DE EXPERIMENTACIÓN, describir:

- La **metodología general** del proyecto de investigación, teniendo en cuenta que más adelante hay un apartado específico para describir los grupos y las intervenciones (**Apartado 3.6.1**).

Si en el proyecto se van a utilizar MATERIAL/AGENTES BIOLÓGICOS, describir:

- La **metodología general** del proyecto de investigación, teniendo en cuenta el tipo de material/agente biológico que se va a utilizar, considerando que más adelante hay un apartado específico para describir dicho material/agente biológico (**Apartado 3.5**).

Si el proyecto implica solicitar dos o más memorias a diferentes comités, describir este apartado con la combinación de dichas descripciones.

*Tipo de estudio:*

*El presente trabajo es un estudio piloto con un diseño transversal, de carácter descriptivo, ya que el objetivo es el acercamiento a la percepción de riesgo en relación al consumo de drogas y su relación con la comisión de delitos en los y las jóvenes del País Vasco. La recogida de datos se realizará de forma anónima y on line, a través de un cuestionario creado por una aplicación específica a tal efecto.*

*Muestra:*

*Se propone una muestra de 120 jóvenes de la Comunidad Autónoma del País Vasco. El rango de edad será de 18 a los 27 años, esto constituye un criterio de inclusión para poder participar en el estudio.*

*Para la selección de la muestra se utilizará un muestreo no probabilístico, el cual no involucra una selección aleatoria de la muestra. En concreto se utilizará el denominado "bola de nieve", en el que se difundirá la posibilidad de tomar parte en el estudio, y las propias personas participantes se pueden poner en contacto con otros participantes potenciales del estudio para solicitar su participación y aumentar el tamaño de la muestra.*

*Variables de estudio:*

*-Edad.*

*-Sexo.*

*-Consumo de alcohol (cantidad, frecuencia).*

*-Consumo de tabaco (cantidad, frecuencia).*

*-Consumo de cannabis (cantidad, frecuencia).*

*-Consumo de cocaína (cantidad, frecuencia).*

*-Percepción social (normalización del consumo por el entorno social)*

*-Consecuencias negativas del consumo de drogas.*

-Información (conocimientos sobre las drogas).

-Actitud hacia el consumo de drogas.

-Motivos para consumir drogas.

-Realización previa de actividades ilícitas.

Análisis de resultados previstos:

Para alcanzar los objetivos planteados en este estudio se propone realizar los siguientes análisis de datos.

- Análisis de frecuencias.

- Análisis descriptivos: media, mediana, moda, varianza, desviación típica...

- Análisis de Correlaciones.

- Análisis de Regresión Múltiple.

- Análisis moderación-mediación.

- ANOVA y ANCOVA (diferencias entre grupos en función de variables como la edad).

Estos análisis se realizarán usando el software JAMOVI.

### 3.3 REFERENCIAS DE PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

Citar de forma completa (autor, título, publicación, fecha etc.) las referencias más relevantes utilizadas para el método (máximo 10 referencias)

Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77, 25-32. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77807705.pdf>

Calafat, A. y Montserrat, J. (2003). De la etiología a la prevención del uso y abuso de drogas recreativas. *Adicciones*, 15, 261-287. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/465/461>

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). (2007). *Juego de Herramientas de la CICAD para la Evaluación de Programas Universales de Prevención del Uso de Drogas en los Jóvenes*. [https://www.unodc.org/documents/prevention/cicad\\_2007\\_evaluation\\_toolkit.pdf](https://www.unodc.org/documents/prevention/cicad_2007_evaluation_toolkit.pdf)

Esbec, E. y Echeburúa, E. (2016). *Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral*. *Adicciones*, 28(1), 48-56. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/790>

García del Castillo, J.A. (2012). *Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones*. *Salud y drogas*, 12(2), 133-151. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83924965001.pdf>

Iglesias, P. (4 noviembre de 2021). *Incremento del consumo de drogas y alcohol en los jóvenes*. *Consulta Iglesias*. Recuperado 10 de enero de 2022, de <https://consultaiglesias.com/articulos/incremento-consumo-drogas-alcohol-jovenes/>

Instituto de Adicciones de Madrid Salud. (2006). *Consumo de drogas, percepción y actuaciones de prevención entre la población adolescente y joven de la Ciudad de Madrid (21 distritos)*. Instituto de Adicciones de Madrid Salud: Madrid. <https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones/Folletos/Folletos%20IA/Documento%20tecnicos/CONSUMODEDROGAS.pdf>

Loeber, R., Farrington, D. y Redondo, S. (2011). *La transición desde la delincuencia juvenil a la delincuencia adulta*. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 9. <https://reic.criminologia.net/index.php/journal/article/view/123/120>

Plan Nacional sobre Drogas. (2021). *Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Informe ESTUDES 2021*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES\\_2021\\_Informe\\_de\\_Resultados.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2021_Informe_de_Resultados.pdf)

Plan Nacional sobre Drogas. (2021). *ESTUDES 2020/21*. [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES\\_2021\\_Cuestionario\\_ALUMNOS\\_castellano.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2021_Cuestionario_ALUMNOS_castellano.pdf)

Rodríguez, E., Megías, I. y Navarro, J. (2005). *JÓVENES, TIEMPO LIBRE Y CONSUMOS DE DROGAS. Modelos, vivencias y expectativas entre los jóvenes de Castilla-La Mancha*.

Castilla-La Mancha. Junta de Comunidades. Servicio de Publicaciones. [https://sanidad.castillalamancha.es/files/jovenes\\_tiempo\\_libre\\_y\\_consumos\\_de\\_drogas\\_2005.pdf](https://sanidad.castillalamancha.es/files/jovenes_tiempo_libre_y_consumos_de_drogas_2005.pdf)

Sánchez, L. y Balda, M.L. (2009). *Las percepciones sociales como determinantes del consumo de psicoestimulantes entre los jóvenes riojanos*. La Rioja (Comunidad Autónoma). <https://www.infodrogas.org/files/4-las-percepciones-sociales-como-determinantes-del-consumo-de-psicoestimulantes-entre-los-jovenes-riojanos.pdf>

### 3.4 INTERVENCIONES O PRUEBAS EN SERES HUMANOS

¿En esta actividad se realizan intervenciones o pruebas en seres humanos?

Sí

*Entrevistas, encuestas, cuestionarios, etc.*

*Otras. Especificar*

#### 3.4.1 PROCESO DE RECLUTAMIENTO

Describir el proceso de reclutamiento: presentación del proyecto y obtención de consentimiento del sujeto fuente y/o su representante legal de acuerdo al siguiente esquema:

- quién (persona/s encargada/s)
- cómo (conversación, video, folleto informativo, etc),
- dónde (lugar de información y de firma de documentos)
- cuándo se realizan (momento en que se llevan a cabo)

*Lidia Pérez Garrido se pondrá en contacto vía email o whatsapp con posibles miembros que configuren la muestra, como por ejemplo compañeros de clase o conocidos que se encuentren en el intervalo de edad que se desea estudiar (muestreo "bola de nieve"). El cuestionario anónimo se realizará de manera on-line. Antes de iniciar el cuestionario se le informará que debe marcar la respuesta según su opinión en relación a la pregunta, y que tras la finalización del cuestionario deberá remitirlo a los contactos que encajen con la muestra de interés.*

*Además, también se le informará a la persona sobre los objetivos del trabajo y sobre el uso que se harán de sus datos. Al tratarse de un cuestionario on-line este podrá ser realizado en cualquier lugar y en cualquier momento. Asimismo, al ser un cuestionario on-line se presupone que existe un consentimiento tácito de la persona preguntada a la hora de realizar dicho cuestionario, ya que si no presta su consentimiento, lo único que debe hacer es no responder al cuestionario.*

*Fecha prevista de inicio del reclutamiento:*

*15/03/2022*

#### 3.4.2 RECLUTAMIENTO REALIZADO POR PERSONAL AJENO AL EQUIPO INVESTIGADOR

¿El reclutamiento va a ser realizado por alguien ajeno al equipo investigador?

No

¿Recibe algún tipo de compensación?

No

### 3.4.3 DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES O PRUEBAS

Describir todas las intervenciones o pruebas a las que se va a someter al sujeto de estudio para obtener sus muestras o sus datos especificando el lugar, persona encargada de realizarlas, duración y frecuencia.

*Cuestionario realizado de manera on-line, el cual se encuentra configurado por los siguientes bloques:*

*- Bloque 1: Datos sociodemográficos. (Rodríguez, Megías y Navarro, 2005).*

*- Bloque 2: Consumo de drogas. (Cuestionario ESTUDES, 2020/2021).*

*- Descripción: Se trata de un conjunto de encuestas que se realizan en España por el Plan Nacional sobre Drogas, para conocer la*

*situación y las tendencias en el consumo de drogas entre los estudiantes (14-18 años) españoles. En esta investigación se han*

*escogido las preguntas de las drogas que se quieren estudiar (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína). En total este bloque del*

*cuestionario se encuentra formado por 16 ítems, con los que se quiere conocer el inicio y la frecuencia del consumo de drogas.*

*- Bloque 3: Percepción de riesgo.*

*- Percepción social:*

*- "Parental Risk Factors", Evaluation Instrument Bank (EIB) (CICAD, 2007). Integrando las drogas que se estudian en esta*

*investigación, pero con el mismo estilo de pregunta.*

*- Descripción: esta escala puede ser usada como indicador de normas familiares o factores de riesgo familiar. Preguntas con*

*un set de 4 respuestas (Desapruebo extremadamente, Desapruebo mucho, desapruebo levemente, no desapruebo). Mide las*

*percepciones y actitudes de los padres hacia el comportamiento antisocial y el uso de drogas.*

*- European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) (CICAD, 2007). Adaptada a la investigación.*

*- Descripción: es una escala con tres opciones de respuesta (sí, no y no sé), lo que mide es si algunos de los familiares de la*

*persona desarrolla ciertas conductas relacionadas con las drogas.*

- *Consecuencias negativas del consumo de drogas:*

- *Escala percepción de riesgos asociados al consumo de drogas. ("Perceptions of Risks Associated with Drug Use", Evaluation*

*Instrument Bank (EIB)) (CICAD, 2007). Adaptada a la investigación.*

- *Descripción: se trata de una escala de Likert de 4 (desde "No hay riesgo" hasta "Gran Riesgo" con opción de "No sé", esta*

*última será puntuada con 0 en caso de ser seleccionada). Mide el nivel de conciencia sobre las consecuencias asociadas al*

*uso de alcohol, tabaco y otras drogas. Percepción de daños y riesgos asociados al uso de alcohol, tabaco y otras drogas.*

- *Información (conocimientos sobre las drogas):*

- *Apartado de "Información sobre las drogas" del cuestionario del Instituto de Adicciones de Madrid Salud y el Equipo de*

*Investigación Sociológica EDIS S.A., 2006.*

- *Descripción: 4 preguntas con opciones múltiples de respuesta sobre el nivel de información sobre las drogas y las fuentes*

*de las que fueron extraídas.*

- *Actitud hacia el consumo de drogas:*

- *Escala de actitudes ante el consumo de drogas (Evaluation Instrument Bank (EIB) - Attitudes to Drug Use) (CICAD, 2007).*

- *Descripción: se trata de una escala que contiene una mezcla de respuestas positivas y negativas claramente indicadas; 11*

*ítems usando una escala Likert de 5 respuestas ("Totalmente de acuerdo" a "Totalmente en desacuerdo").*

- *Motivos para consumir drogas:*

- *Estudio de las actitudes y percepciones de los jóvenes riojanos ante las drogas psicoestimulantes (Sánchez y Balda, 2009).*

- *Descripción: una pregunta de múltiple respuesta que presenta diferentes motivaciones para consumir drogas.*

- *Bloque 4: realización de actividades ilícitas.*

*Cuestionario ad hoc de múltiple respuesta para el análisis de los delitos cometidos.*

*-¿Has cometido alguna vez un delito?*

*-¿Qué tipo de delito cometiste?*

*-¿A la hora de cometer esos delitos te encontrabas bajo los efectos de alguna droga (alcohol, tabaco, cocaína, cannabis)?*

*-¿En qué delito te encontrabas bajo los efectos de alguna droga (alcohol, tabaco, cocaína, cannabis)?*

*-¿Fuiste detenido por la realización de ese delito?*

*-¿Tuviste algunas consecuencias penales?*

#### **3.4.4 INCENTIVOS PARA LA PARTICIPACIÓN**

¿Se va dar algún tipo de incentivo o compensación al sujeto de estudio por su participación?

No

Especificar tipo de incentivo, cuantía y justificación

#### **3.5 MUESTRAS BIOLÓGICAS DE ORIGEN HUMANO**

¿En esta actividad se utilizan muestras biológicas de origen humano?

No

##### **3.5.1 ORIGEN DE LAS MUESTRAS**

¿Cómo se han obtenido las muestras?

##### **3.5.2 DESTINO DE LAS MUESTRAS DE ORIGEN HUMANO**

¿Qué va a hacer con las muestras de origen humano una vez que ya no sean necesarias para este proyecto?

### **3.6 DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

¿En esta actividad se utilizan datos de carácter personal?

*No*

*Nº de registro de tratamiento de datos*



## Parte IV: Aspectos éticos específicos

### 4.1 PONDERACIÓN DE LOS RIESGOS O MOLESTIAS

Completar los siguientes apartados sólo si se ha seleccionado "Sí" en el apartado "3.4 Intervenciones o pruebas en seres humanos"

#### 4.1.1 TIPO DE RIESGOS O MOLESTIAS

Señale a continuación el tipo de riesgos y/o molestias que se ocasionarán al sujeto de investigación debido a las intervenciones o pruebas que se le realizarán para el proyecto.

*Intromisión en la intimidad*

*Uso de su tiempo*

*Sin riesgo por tratarse de datos/muestras anónimas*

#### 4.1.2 VALORACIÓN DE LOS RIESGOS O MOLESTIAS

Teniendo en cuenta las intervenciones y pruebas que se van a realizar a los sujetos de investigación descritas en el apartado 3.4.3 ¿cómo valoraría los riesgos o molestias posibles según la siguiente definición?

*Riesgo mínimo: aquel que no supera en probabilidad o magnitud al que cabría esperar en la actividad cotidiana, incluyendo exámenes físicos o psicológicos rutinarios*

En caso de riesgo superior al mínimo justificar la pertinencia del estudio así como la no existencia o la no utilización de alternativas de eficacia comparable

#### 4.1.3 MINIMIZACIÓN DEL RIESGO O MOLESTIAS SUPERIORES AL MÍNIMO

¿Qué mecanismos se han previsto para reducir el riesgo o las molestias que se han calificado como superiores al mínimo?

#### 4.1.4 ASEGURAMIENTO DEL DAÑO

Participar en una actividad de investigación puede suponer riesgos, y por ello, la UPV/EHU dispone de un Seguro de Responsabilidad Civil que cubre los daños derivados de esas actividades profesionales. El certificado debe adjuntarse en la aplicación, previa comprobación de que la actividad de investigación y el personal participante están amparados por dicho seguro.

No

### 4.2 SELECCIÓN EQUITATIVA DE LA MUESTRA

Justificar la elección de la muestra de estudio y describir las medidas que garantizan la equidad en el proceso de reclutamiento.

*Se establecerá contacto con jóvenes, ya que conforman la muestra de interés y los resultados de la investigación aportará beneficios sobre este colectivo. Al tratarse de un muestreo de "bola de nieve" son los propios participantes del estudio los que harán aumentar la muestra, lo que eliminaría cualquier sesgo relacionado con el investigador (fácil disponibilidad, amistad, proximidad, etc.).*

#### **4.3 PROTECCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES**

¿Se trata de personas vulnerables? (menores, personas legalmente incapacitadas etc.)

No

Especificar colectivo de personas vulnerables

Justificar por qué no se plantea la utilización de personas menos vulnerables

Especificar en qué pueden beneficiar los resultados de esta investigación a estas personas o colectivos vulnerables

#### **4.4 INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

¿Se solicita el consentimiento de la persona participante/fuente y/o su representante legal?

No

En caso negativo indicar el motivo por el que no se solicita:

*Muestras/datos anonimizados*

Especificar o Justificar

##### **4.4.1 TIPO DE CONSENTIMIENTO**

Tarea para la que se solicita el consentimiento

En los siguientes apartados se hace un repaso a la información que va a facilitarse al sujeto participante y puede servir de lista de chequeo para el investigador responsable.

##### **4.4.2 INFORMACIÓN OBLIGATORIA MÍNIMA**

A continuación, se le facilita la información que debe incluir en el documento de consentimiento para su proyecto de investigación

#### **4.5 ESTUDIOS GENÉTICOS**

¿Se va a realizar algún tipo de prueba predictiva genética?

No

Tipo de prueba predictiva:

Especificar

Fines

Especificar

#### **4.5.1 RESULTADO DEL ESTUDIO GENÉTICO**

¿Se puede obtener alguna información relevante para la vida o la salud del sujeto participante?

No

En caso afirmativo especificar

#### **4.5.2 CONSEJO GENÉTICO**

¿Se va a proporcionar consejo genético?

No

¿En caso afirmativo se cuenta en el equipo con una persona experta en este campo para informar al donante sobre los resultados?

No

¿En caso afirmativo se ha incluido esta información en el documento de consentimiento? Ver apartado 4.4.2:

No

#### **4.5.3 NO DISCRIMINACIÓN POR MOTIVOS GENÉTICOS**

Especificar las medidas previstas para evitar la discriminación o el daño que pudieran derivarse de los resultados de los estudios genéticos

#### **4.6 ESTUDIANTES COMO SUJETOS DE INVESTIGACIÓN**

¿Participan estudiantes de la UPV/EHU como sujetos de investigación?

No

Especificar qué estudiantes participan (facultad, curso, etc)

Justificar

#### 4.6.1 JUSTIFICACIÓN DEL USO DE ESTUDIANTES

¿Son los estudiantes de la UPV/EHU un grupo específico de población necesario para el proyecto?

No

Motivos por los que no se plantea su sustitución

#### 4.6.2 BENEFICIO FORMATIVO PARA EL ESTUDIANTE

¿La participación como sujeto de investigación reporta a algún beneficio formativo al estudiante?

No

Especificar

#### 4.6.3 VINCULACIÓN ACADÉMICA CON EL EQUIPO INVESTIGADOR

Los estudiantes que participen ¿van a tener vinculación académica con el equipo investigador?

No

Especificar cuál es esta vinculación y justificar la necesidad de esa elección

¿Algún miembro del equipo investigador va a calificar a los estudiantes?

No

¿Qué medidas especiales van a adoptarse para proteger la voluntariedad de los alumnos vinculados académicamente con el equipo investigador?

*Especificar*

#### 4.6.4 INCENTIVOS ACADÉMICOS

¿Se otorgan incentivos académicos?

No

Describir

#### 4.6.5 USO DE TIEMPO LECTIVO

¿Las pruebas en las que participarán los estudiantes como sujetos de investigación se realizarán durante el tiempo lectivo?

No

Horario y duración

#### **4.6.6 ACTIVIDADES ALTERNATIVAS**

¿Qué actividades alternativas se ofrecen para los alumnos que no deseen participar en la investigación?

#### **4.6.7 PROTECCIÓN DE LA PRIVACIDAD**

¿Qué medidas se van a adoptar para asegurar la privacidad de cada alumno/a frente al grupo durante la recogida de datos, la realización de pruebas y/o la revocación del consentimiento?

## Parte V: Cumplimiento de documentación

### 5.1 DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO

¿Su proyecto requiere documento de consentimiento del sujeto fuente y/o su representante?

No

### 5.2 DOCUMENTO DE CESIÓN DE DATOS

En ocasiones hay un documento de cesión de datos, por ejemplo, el profesor cede al estudiante datos anonimizados para la realización de una investigación tutelada, el clínico que cede datos a investigadores a través del Biobanco Vasco, etc. En caso afirmativo, marcar "sí" y adjuntar el documento.

No

### 5.3 DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN

Si parte de su proyecto se realiza fuera de las instalaciones de la UPV/EHU ¿dispone Documento de Autorización del Responsable del Centro o lugar?

No

### 5.4 DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN DE COLABORACIÓN

Si el reclutamiento de las personas participantes va a ser realizado por alguien ajeno al equipo investigador ¿dispone del documento de aceptación de colaboración?

No

### 5.5 INFORME DE LA COMISIÓN DE GARANTÍAS

¿Su proyecto requiere informe previo favorable de la Comisión de Garantías?

No

### 5.6 ACUERDO DE TRASFERENCIA DE MUESTRAS

Si su proyecto ha requerido Cesión de Muestras o Tejidos ¿dispone de un Acuerdo de Transferencia de Muestras o Tejidos Humanos (MTA)?

No

### 5.7 DOCUMENTACIÓN ADICIONAL

¿Dispone de alguna otra documentación adicional para su proyecto?

Sí

Documentos asociados a la pregunta:

[Consentutor.pdf](#)

[Hojainfo.pdf](#)

[Cuestionario.pdf](#)

### 5.8 ACLARACIONES AL COMITÉ

Incluir a continuación cualquier otra aclaración que se considere necesaria para el comité

## **CAMBIOS REALIZADOS TRAS LA EVALUACIÓN DEL COMITÉ Y LUGAR DONDE SE HAN MODIFICADO:**

### *Parte III. Validez científica y metodológica*

#### *3.2 Diseño metodológico del proyecto*

**MUESTRA:** *Se añade la aclaración de que el rango de edad es un requisito para participar en la investigación.*

*"El rango de edad será de 18 a los 27 años, esto constituye un criterio de inclusión para poder participar en el estudio."*

#### *3.4.1 Proceso de reclutamiento*

*Se ha añadido posibles contactos a los que se les remitirá el cuestionario al inicio de la investigación: "compañeros de clase o conocidos que se encuentren en el intervalo de edad que se desea estudiar."*

*Asimismo se ha añadido información de cómo iniciar el proceso y que deben hacer una vez cumplimentado el cuestionario: "Antes de iniciar el cuestionario se le informará que debe marcar la respuesta según su opinión en relación a la pregunta, y que tras la finalización del cuestionario deberá remitirlo a los contactos que encajen con la muestra de interés. "*

### *Parte V. Cumplimiento de documentación*

#### *5.7 Documentación adicional*

**HOJA DE INFORMACIÓN:** *se ha modificado el título combándolo por le título de la investigación ("Relación entre la percepción de*

*riesgo y el consumo de drogas en los jóvenes del País Vasco. "). También se ha añadido el correo de la investigadora. Asimismo se le*

*informa a los participantes que tardarán alrededor de 5 minutos en cumplimentar el cuestionario.*

**CUESTIONARIO:** *se ha añadido la hoja de información sobre la actividad y la investigadora antes del inicio de las preguntas. Se han*

*revisado y modificado las preguntas 4 y 5 del cuestionario.*

*Anteriormente la pregunta 4 constaba de 7 opciones de respuesta, ahora esta formada por 6 opciones. Antes había dos opciones*

*que decían:*

*- Estudio y trabajo ocasionalmente*

*- Estudio y trabajo habitualmente*

*Ahora esas 2 opciones se han unido en una: Estudio y trabajo*

*En la pregunta 5 se ha modificado la pregunta, diciendo únicamente: ¿Cuál es tu nivel de estudios? , sin la aclaración de: "los en curso*

*para los que estudian y los terminados para los que no estudian", la cual podría resultar liosa para el participante.*

## **Anexo II**

Informe favorable obtenido del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH)

## GIZAKIEKIN ETA HAUEN LAGIN ETA DATUEKIN EGINDAKO IKERKETEI BURUZKO ETIKA BATZORDEAREN (GIEB-UPV/EHU) TXOSTENA

**Astrid Beascoa Tomás** andreak, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitateko (UPV/EHU) GIEBeko idazkari gisa,

### ZIURTATZEN DU

Ezen gizakiek egindako ikerkuntzaren etika batzorde honek, GIEB-UPV/EHU, (2014/2/17ko 32. EHAA)

**Balioetsi duela** ondoko ikertzailearen proposamen hau:

**Lidia Pérez Garrido andreak**, M10\_2022\_006, honako ikerketa proiektu hau egiteko:  
"Relación entre la percepción de riesgo y el consumo de drogas en los jóvenes del País Vasco."

### Eta aintzat hartuta ezen

1. Ikerketa justifikatuta dago, bere helburuei esker jakintza areagotu eta gizarteari onura ekarriko baitio, ikerlanak lekartzakeen eragozpen eta arriskuak arazoizko izanik.
2. Ikertzaile taldearen gaitasuna eta erabilgarri dituzten baliabideak aproposak dira proiektua gauzatzeko.
3. Ikerketaren planteamendua bat dator era honetako ikerkuntza egin ahal izateko baldintza metodologiko eta etikoekin, ikerkuntza zientifikoaren praktika egokien irizpideei jarraiki.
4. Indarreko arauak betetzen ditu, ikerketa egin ahal izateko baimenak, akordioak edo hitzarmenak barne.

**Aldeko Txostena eman du** 2022ko urtarrilaren 27an egin duen bileran (002/2022akta) aipatutako ikerketa proiektua ondoko ikertzaileek osatutako taldeak egin dezan:

## INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA PARA LAS INVESTIGACIONES CON SERES HUMANOS, SUS MUESTRAS Y SUS DATOS (CEISH-UPV/EHU)

**Astrid Beascoa Tomás** como Secretaria del CEISH de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)

### CERTIFICA

Que este Comité de Ética para la Investigación con Seres Humanos, CEISH-UPV/EHU, BOPV 32, 17/2/2014,

**Ha evaluado** la propuesta de la investigadora:

**Dña. Lidia Pérez Garrido**, M10\_2022\_006, para la realización del proyecto de investigación: *"Relación entre la percepción de riesgo y el consumo de drogas en los jóvenes del País Vasco."*

### Y considerando que,

1. La investigación está justificada porque sus objetivos permitirán generar un aumento del conocimiento y un beneficio para la sociedad que hace asumibles las molestias y riesgos previsibles.
2. La capacidad del equipo investigador y los recursos disponibles son los adecuados para realizarla.
3. Se plantea según los requisitos metodológicos y éticos necesarios para su ejecución, según los criterios de buenas prácticas de la investigación científica.
4. Se cumple la normativa vigente, incluidas las autorizaciones, acuerdos o convenios necesarios para llevarla a cabo.

**Ha emitido** en la reunión celebrada el 27 de enero de 2022 (acta 002/2022), **INFORME FAVORABLE** a que dicho proyecto de investigación sea realizado, por el equipo investigador:

Lidia Pérez Garrido  
Natalia Alonso Alberca

Eta halaxe sinatu du Leioan, 2022ko otsailaren 9an

**ASTRID MARIA BEASCOA  
TOMAS - 14956218P**

GIEB-UPV/EHUko idazkari teknikoa  
Secretaria Técnica del CEISH-UPV/EHU

Lo que firmo en Leioa, a 9 de febrero de 2022

Firmado digitalmente por ASTRID MARIA  
BEASCOA TOMAS - 14956218P  
Fecha: 2022.02.09 15:10:52 +01'00'

## **Anexo III**

Cuestionario sobre el consumo de drogas

## **Bloque 1: Datos sociodemográficos.**

### **1. Sexo**

1. Hombre
2. Mujer
3. Otro

### **2. ¿Cuántos años tienes en estos momentos?**

### **3. Provincia**

1. Álava
2. Gipuzkoa
3. Vizcaya

### **4. ¿Cuál es tu actividad principal u ocupación en la actualidad?**

1. Estudio
2. Estudio y trabajo
3. Trabajo
4. En paro, buscando trabajo
5. Nada
6. Otros: \_\_\_\_\_ ¿cuál?

### **5. ¿Cuál es tu nivel de estudios?**

1. Sin estudios
2. Educación primaria
3. Enseñanza Secundaria
4. Estudios de bachillerato o Formación Superior
5. Estudios universitarios
6. Otros: \_\_\_\_\_ ¿cuál?

### **6. ¿Cuál es tu estado civil?**

1. Soltero/a
2. En pareja
3. Casado/a
4. Separado/a
5. Otros: \_\_\_\_\_ ¿cuál?

## **Bloque 2: Consumo de drogas.**

### **ALCOHOL**

### **7. ¿Has tomado alguna vez en tu vida bebidas alcohólicas? Contesta “No” si lo único que hiciste fue dar un sorbo o probar la bebida de otra persona.**

1. Sí
2. No

**8. ¿Qué edad tenías la primera vez que tomaste una bebida alcohólica? No incluyas sorbos o probar la bebida de otras personas. Si no estás seguro, anota la edad aproximada.**

1. Edad: \_\_\_\_\_ años
2. Nunca he tomado una bebida alcohólica

**9. ¿Qué edad tenías la primera vez que empezaste a tomar bebidas alcohólicas prácticamente todas las semanas? Si no estás seguro, anota la edad aproximada.**

1. Edad: \_\_\_\_\_ años
2. Nunca he tomado una bebida alcohólica
3. Nunca he tomado bebidas alcohólicas todas las semanas

**10. ¿Cuántas veces has tomado bebidas alcohólicas? Responde una vez por columna.**

	¿En tu vida?	¿En los últimos 12 meses?	¿En los últimos 30 días?	¿En los últimos 7 días?
1 vez				
2 veces				
3 veces				
4-5 veces				
6-9 veces				
10-19 veces				
20-39 veces				
40 veces o más				
Ninguna vez				

**11. ¿Cuántas veces te has emborrachado por tomar bebidas alcohólicas? Responde una vez por columna.**

	¿En tu vida?	¿En los últimos 12 meses?	¿En los últimos 30 días?
1 vez			
2 veces			
3 veces			
4-5 veces			
6-9 veces			
10-19 veces			
20-39 veces			
40 veces o más			
Ninguna vez			

**12. ¿Qué edad tenías la primera vez que te emborrachaste? Si no estás seguro, anota la edad aproximada. Escribe con números sobre la línea o marca otra respuesta.**

1. Edad: \_\_\_\_\_ años
2. Nunca he tomado una bebida alcohólica
3. Nunca me he emborrachado

### **TABACO**

**13. ¿Has fumado cigarrillos alguna vez en la vida? No consideres que fumaste si lo único que hiciste fue dar unas caladas al cigarrillo de otra persona.**

1. Sí
2. No

**14. ¿Qué edad tenías cuando fumaste un cigarrillo por primera vez? No incluyas dar unas caladas al cigarrillo de otras personas. Si no estás seguro, anota la edad aproximada.**

1. Edad: \_\_\_\_\_ años
2. Nunca he fumado un cigarrillo.

**15. En los últimos 12 meses, ¿has fumado cigarrillos?**

1. Sí
2. No

**16. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia has fumado cigarrillos?**

1. Nunca
2. Menos de un día a la semana
3. Algún día a la semana, pero no diariamente
4. Diariamente

**17. ¿Qué edad tenías cuando empezaste a fumar cigarrillos diariamente? Si no estás seguro, anota la edad aproximada.**

1. Edad: \_\_\_\_\_ años
2. Nunca he fumado un cigarrillo
3. Nunca he fumado cigarrillos diariamente

**18. ¿Cuántos cigarrillos fumas, de media, al día?**

1. Anota la cantidad de cigarrillos: \_\_\_\_\_ cigarrillos
2. No fumo cigarrillos diariamente
3. No he fumado cigarrillos nunca

**HACHÍS O MARIHUANA (cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís)**

**19. ¿Cuántas veces has consumido hachís o marihuana (cannabis, hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís)? Responde una vez por columna.**

	¿En tu vida?	¿En los últimos 12 meses?	¿En los últimos 30 días?
1 vez			
2 veces			
3 veces			
4-5 veces			
6-9 veces			
10-19 veces			
20-39 veces			
40 veces o más			
Ninguna vez			

**20. ¿Cuántos porros has consumido, de media, al día en los últimos 30 días? No consideres que fumaste porros si lo único que hiciste fue dar unas caladas al porro de otra persona.**

1. Cantidad de porros: \_\_\_\_\_ porros
2. No he consumido porros en los últimos 30 días
3. Nunca he consumido porros

**21. ¿Qué edad tenías la primera vez que consumiste hachís o marihuana? Si no estás seguro, anota la edad aproximada.**

1. Edad: \_\_\_\_\_ años
2. Nunca he consumido hachís o marihuana

### **COCAÍNA EN POLVO**

**22. Indica si has consumido cocaína en polvo (cocaína, perico, farla, farlopa, clorhidrato de cocaína) alguna vez en la vida, y/o en los últimos 12 meses y/o en los últimos 30 días. Si has consumido anota en el recuadro correspondiente la edad en que la consumiste por primera vez.**

	¿Has consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Has consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 días?		EDAD en que la consumiste por primera vez en tu vida
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
COCAÍNA EN POLVO (cocaína, perico, farla, farlopa, clorhidrato de cocaína)							

### Bloque 3: Percepción de riesgo.

#### PERCEPCIÓN SOCIAL (NORMALIZACIÓN POR EL ENTORNO).

##### 23. Si bebieras alcohol, ¿cómo reaccionarían...

	No tengo esa persona	Desaprobarían extremadamente	Desaprobarían mucho	Desaprobarían ligeramente	No desaprobarían
Tu padre					
Tu madre					
Tu hermano/a					
Tu pareja					
Tu mejor amigo					
Tus otros buenos amigos					
Tu contexto más cercano					

##### 24. Si fumaras tabaco, ¿cómo reaccionarían...

	No tengo esa persona	Desaprobarían extremadamente	Desaprobarían mucho	Desaprobarían ligeramente	No desaprobarían
Tu padre					
Tu madre					
Tu hermano/a					
Tu pareja					
Tu mejor amigo					
Tus otros buenos amigos					
Tu contexto más cercano					

**25. Si consumieras cannabis (hachís o marihuana), ¿cómo reaccionarían...**

	No tengo esa persona	Desaprobarían extremadamente	Desaprobarían mucho	Desaprobarían ligeramente	No desaprobarían
Tu padre					
Tu madre					
Tu hermano/a					
Tu pareja					
Tu mejor amigo					
Tus otros buenos amigos					
Tu contexto más cercano					

**26. Si consumieras cocaína, ¿cómo reaccionarían...**

	No tengo esa persona	Desaprobarían extremadamente	Desaprobarían mucho	Desaprobarían ligeramente	No desaprobarían
Tu padre		1	2	3	4
Tu madre					
Tu hermano/a					
Tu pareja					
Tu mejor amigo					
Tus otros buenos amigos					
Tu contexto más cercano					

**27. Algunos de tus familiares...**

	Sí	No	No sé
Toman bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, otras bebidas)			
Se emborrachan			
Fuman cigarrillos			
Fuman marihuana (cannabis)			
Consumen cocaína			

**CONSECUENCIAS NEGATIVAS DEL CONSUMO DE DROGAS**

**28. En tu opinión, ¿cuánto riesgo existe de que alguien se perjudique a sí mismo por .....**

	Ningún riesgo	Pequeño riesgo	Riesgo moderado	Gran riesgo	Difícil de decir/no lo sé
28.1. Probar cannabis (hachís/marihuana) ocasionalmente					
28.2. Consumir cannabis (hachís/marihuana) con regularidad					
28.3. Fumar cigarrillos ocasionalmente					
28.4. Fumar uno o más paquetes de cigarrillos al día					
28.5. Tomar una o dos copas todos los días					
28.6. Tomar cuatro o cinco copas casi todos los días					
28.7. Tomar cinco o más copas una vez o dos cada fin de semana					

28.8. Probar cocaína ocasionalmente					
28.9. Consumir cocaína con regularidad					

## CONOCIMIENTOS SOBRE LAS DROGAS

**29. ¿Te sientes informado sobre los peligros y los efectos de las drogas?**

1. Nada
2. Poco
3. Bastante
4. Mucho

**30. ¿Cuál es la vía a través de la cual has recibido más información sobre drogas? puedes elegir varias opciones.**

1. Padres, hermanos
2. Otros familiares
3. Amigos/as
4. Profesores
5. En actividades del colegio o instituto
6. Ayuntamiento o Comunidad Autónoma
7. Medios de comunicación (tv, radio, prensa, internet...)
8. Charlas o cursos sobre el tema
9. Personas que han tenido contacto con las drogas
10. Libros y/o folletos
11. Otro
12. Por ninguna vía

**31. ¿En qué medida te ha resultado creíble esta información?**

1. Nada
2. Poco
3. Bastante
4. Mucho
5. No he recibido información

**32. ¿Te ha resultado útil?**

1. Nada útil
2. Poco útil
3. Bastante útil
4. Muy útil
5. No he recibido información

## ACTITUD HACIA EL CONSUMO DE DROGAS

**33. A continuación figuran afirmaciones de diversas personas sobre el consumo de drogas. Marque la respuesta que más se aproxime a su opinión.**

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro/a	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
33.1. Consumir drogas ilegales puede ser agradable					
33.2. Un joven nunca debería probar drogas					
33.3. Experimentar con drogas es de las actividades más peligrosas					
33.4. Consumir drogas es divertido					
33.5. Hay actividades más peligrosas que probar drogas					
33.6. Todo el que prueba drogas acaba lamentándolo					
33.7. Las leyes en materia de drogas ilegales deberían ser más estrictas					
33.8. El uso de drogas es uno de los grandes males del país					
33.9. Las drogas ayudan a la gente a tener una experiencia plena de la vida					
33.10. En los colegios se deberían enseñar los peligros reales del consumo de drogas					
33.11. La policía no debería meterse con los jóvenes que prueban drogas					

## MOTIVOS PARA CONSUMIR DROGAS

**34. ¿Qué motivos te llevaron a iniciarte en el consumo de estas sustancias (alcohol, tabaco, cannabis y cocaína)? *puedes elegir varias opciones.***

1. Para divertirme
2. La curiosidad
3. Para evadirme de mis problemas
4. Para experimentar nuevas sensaciones
5. Para no sentirme fuera del grupo (para hacer lo mismo que mis amigos/as)
6. Para ligar o comunicarme mejor
7. Para estudiar o trabajar
8. Porque están de moda
9. Por darme un homenaje en un día especial (cumpleaños, Nochevieja)
10. Otros: \_\_\_\_\_ ¿cuál?
11. No he consumido drogas

## Bloque 4: REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES ILÍCITAS

**35. ¿Has cometido alguna vez un delito?**

1. Sí.
2. No.

**36. ¿Qué tipo de delito cometiste? *puedes elegir varias opciones.***

1. Hurto de objetos (robar carteras sin que la persona se diera cuenta).
2. Hurto de vehículos.
3. Robo con violencia.
4. Robo en vivienda.
5. Allanamiento de morada.
6. Omisión del deber de socorro.
7. Vandalismo (pintar graffitis, romper mobiliario de las calles, quema de contenedores, etc.).
8. Agresiones físicas (peleas).
9. Agresiones verbales (insultos).
10. Violación.
11. Venta de drogas.
12. Otros: \_\_\_\_\_ ¿cuál?
13. No he cometido delitos.

**37. ¿A la hora de cometer esos delitos te encontrabas bajo los efectos de alguna droga (alcohol, tabaco, cocaína, cannabis)?**

1. Sí.
2. No.

**38. ¿En qué delito te encontrabas bajo los efectos de alguna droga (alcohol, tabaco, cocaína, cannabis)? puedes elegir varias opciones.**

1. Hurto de objetos (robar carteras sin que la persona se diera cuenta).
2. Hurto de vehículos.
3. Robo con violencia.
4. Robo en vivienda.
5. Allanamiento de morada.
6. Omisión del deber de socorro.
7. Vandalismo (pintar graffitis, romper mobiliario de las calles, quema de contenedores, etc.).
8. Agresiones físicas (peleas).
9. Agresiones verbales (insultos).
10. Violación.
11. Venta de drogas.
12. Otros: \_\_\_\_\_ ¿cuál?
13. No he cometido delitos.

**39. ¿Fuiste detenido por la realización de ese delito?**

1. Sí.
2. No.

**40. ¿Tuviste algunas consecuencias penales?**

1. Sí.
2. No.

