

ORIGINAL

Perfil de consumo de drogas en adolescentes. Factores protectores



M.J. Simón Saiz^{a,*}, R.M. Fuentes Chacón^a, M. Garrido Abejar^a, M.D. Serrano Parra^a,
M.J. Díaz Valentín^a y S. Yubero^b

^a Departamento de Enfermería, Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca, España

^b Departamento de Psicología, Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca, España

Recibido el 3 de febrero de 2019; aceptado el 13 de junio de 2019

Disponible en Internet el 21 de julio de 2019

PALABRAS CLAVE

Drogas;
Adolescentes;
Resiliencia;
KIDSCREEN-52;
Estado de ánimo;
Familia

Resumen

Objetivo: Determinar el patrón de consumo de tóxicos y analizar el papel de factores protectores personales y sociales sobre el consumo de alcohol.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal en 5 institutos de educación secundaria de Cuenca capital (2015-2016). Se seleccionaron aleatoriamente los grupos (3.º y 4.º de ESO y 1.º y 2.º de bachillerato) y dieron su consentimiento 844 estudiantes. Se empleó un cuestionario autoadministrado con variables sociodemográficas, datos de consumo de sustancias y las escalas CD-RISC 10 para evaluar resiliencia y KIDSCREEN-52 para medir aspectos individuales y sociales asociados con la calidad de vida de los adolescentes. Se realizaron análisis descriptivos bivariados y multivariantes.

Resultados: Un 55,7% fueron chicas, la edad media fue de $16,36 \pm 1,05$ años. El inicio se situó entre los 13-14 años, los porcentajes de consumo habitual fueron 70,9% para alcohol, 26,4% para tabaco y 14,2% para cannabis (cifras inferiores al consumo experimental). Se detectó policonsumo (35%). La regresión mostró que los no consumidores de alcohol presentaban mejores cifras de estado de ánimo, autopercepción, relación con los padres y entorno escolar.

Conclusiones: El inicio en el consumo de drogas es cada vez más temprano, especialmente en el cannabis. La disponibilidad y la baja percepción del riesgo hacen del alcohol la droga más extendida. Las acciones encaminadas a favorecer el bienestar emocional y el apoyo familiar proporcionan seguridad a los adolescentes y recursos para resistir las presiones del grupo.

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: MJose.Simon@uclm.es (M.J. Simón Saiz).

KEYWORDS

Drugs;
Adolescents;
Resilience;
KIDSCREEN-52;
Mood-states;
Family

Profile of drug use in adolescents. Protective factors**Abstract**

Objective: To determine the patterns of drug use in an adolescent population and to analyse the role of personal and social protective factors in alcohol consumption.

Material and methods: A descriptive cross-sectional study was carried out in five secondary schools in the city of Cuenca (Spain) in the period 2015-2016. The groups were randomly selected (3rd - 4th GCSE and 1st - 2nd GCE), with a total of 844 students giving their consent. A self-administered questionnaire was used, which included sociodemographic variables, consumption data, CD-RISC 10 scale to evaluate resilience, and KIDSCREEN-52 questionnaire to measure individual and social aspects associated with health-related quality of life in adolescents. Descriptive bivariate and multivariate analyses were performed.

Results: Just over half (55.7%) of the pupils selected were girls, and the mean age was 16.3 ± 1.01 years. The pupils began consumption when they became 13-14 years old. The percentages of habitual consumption were 70.9% for alcohol, 26.4% for tobacco, and 14.2% for cannabis. Multiple drug use was also found in 35%. The regression model for alcohol showed that non-consumers showed better values in emotional moods, self-perception, relationships with their parents, and their school environment.

Conclusions: Adolescents start using drugs, especially cannabis, at an earlier age. Availability and the perception of low-risk make alcohol the most widespread drug. Actions aimed at fostering emotional well-being and family support provides security for adolescents, as well as the resources that help them overcome the pressures of the group.

© 2019 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

Introducción

La gran mayoría de los adolescentes tiene buena salud, aunque presentan conductas de riesgo, entre ellas destaca el elevado consumo de drogas, un motivo de preocupación a nivel mundial. Los adolescentes al estar inmersos en un proceso de maduración y desarrollo son especialmente vulnerables a los efectos de estas sustancias tóxicas¹.

En los últimos años se está prestando atención a las tendencias sobre el consumo de drogas en adolescentes, y son numerosas las investigaciones que se realizan periódicamente como las del *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) auspiciado por la OMS², el proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas (ESPAD)³ y específicamente en España, la encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias que promueve la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas⁴. En todas ellas se constata que el alcohol es la droga más consumida, con porcentajes que varían entre el 63-86% según la edad, seguida por el tabaco y el cannabis²⁻⁴. Destacan que la edad de inicio es temprana, alrededor de los 13-14 años²⁻⁴, cifras que resultan alarmantes por las consecuencias para la salud física y mental, tanto a corto como a más largo plazo^{5,6}. Además, se evidencia que a menor edad en el inicio del consumo de drogas aumenta el riesgo de adicción^{6,7}.

Ante este panorama los estudios además de observar las tendencias se centran en el análisis de los factores que favorecen el consumo. Revisando la literatura se confirma que las causas son multifactoriales, se trata de un problema

complejo porque sobre él influyen factores personales y sociales muy diversos^{8,9}. El alcohol y el tabaco son drogas ampliamente consumidas y aceptadas en el entorno social en el que está inmerso el adolescente, por lo que la percepción de riesgo puede estar disminuida^{8,10}. Otras investigaciones señalan que los entornos familiares desestructurados, con progenitores que consumen tóxicos, o son más permisivos, propician que los hijos adolescentes sean más proclives al consumo de drogas^{6,8,11}. También destacan el papel de las relaciones con los compañeros y amigos; los adolescentes se ven influidos por las conductas del grupo con el que se relacionan, ya que tienen tendencia a mimetizarse con ellos para ser aceptados^{12,13}. El consumo de alcohol en fines de semana, como forma de ocio, pudiera ser ejemplo de esta influencia^{5,10,14}.

En el marco de la promoción de la salud los estudios analizan los factores que hacen a los adolescentes más resistentes o los protegen frente al consumo, bien sean estos de índole personal, como la capacidad de resiliencia^{15,16}, o social, como la percepción de sentirse apoyados por el entorno^{17,18}. Por estas razones estructuramos nuestro trabajo en 2 partes diferenciadas. Por un lado, nos propusimos identificar el perfil del consumo de tóxicos en una población adolescente, diferenciando por sexo y edad y, por otro lado, analizar cómo influían las características personales y las condiciones sociales en las que se desenvuelve el adolescente sobre el consumo de alcohol, la droga más habitual en esta población.

En consecuencia, los objetivos que nos planteamos para nuestro estudio fueron:

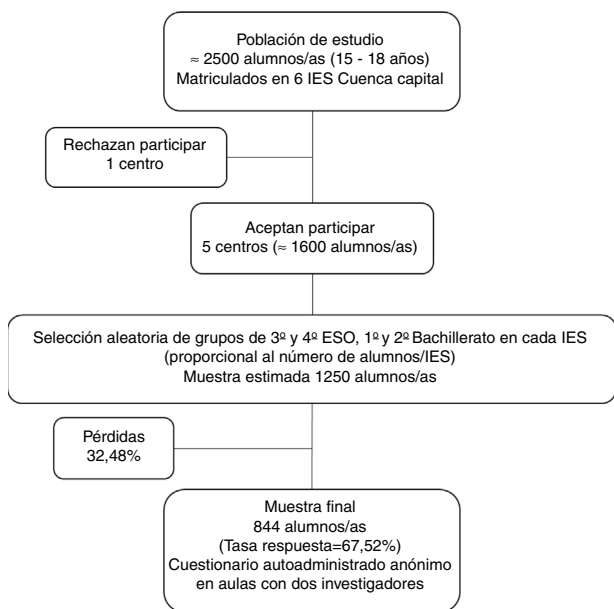


Figura 1 Proceso de selección de la muestra.

- Determinar el patrón de consumo de tóxicos en una población adolescente.
- Analizar el papel de factores protectores personales y sociales sobre el consumo de alcohol en adolescentes.

Material y métodos

Diseño, población y muestra

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, multicéntrico y polietápico en institutos de educación secundaria de Cuenca (España) durante el curso académico 2015-2016. El protocolo de estudio fue aprobado por la Consejería de Educación, Cultura y Deporte de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. La población objeto de estudio fue de aproximadamente 2.500 alumnos, a partir de esta cifra se calculó el tamaño muestral (con un 95% de confianza y un error del 5% resultó una $n = 526$).

Aceptaron participar 5 institutos de educación secundaria. Se seleccionaron aleatoriamente los grupos de los cursos de 3.º y 4.º de ESO y 1.º y 2.º de bachillerato en cada instituto, de forma proporcional al número de alumnos por nivel. Decidimos ampliar en más del 100% el tamaño muestral, ya que preveíamos pérdidas importantes por no recibir respuesta en tiempo y forma del consentimiento informado, porque los adolescentes a estas edades podrían no tomarse en serio la investigación y no desear participar, o por una cumplimentación incompleta del cuestionario. Los criterios de inclusión fueron pertenecer al grupo seleccionado y disponer del consentimiento informado firmado por los padres en menores de edad y por ellos mismos en los de 18 años. El tamaño final de la muestra quedó establecido en 844 participantes. El cuestionario fue anónimo. El proceso de selección de la muestra se detalla en la [figura 1](#).

Variables

Los datos se obtuvieron a través de un cuestionario autoadministrado que contenía:

- Variables demográficas: edad y sexo.
- Datos referentes al consumo de las diferentes sustancias, incluyendo el experimental, edad de inicio y el consumo en los últimos 3 meses. Las preguntas fueron similares a las realizadas en estudios previos².
- Escala de resiliencia CD-RISC-10 de Connor y Davidson¹⁹, versión española validada en población juvenil²⁰. Incluye 10 ítems, un ejemplo de ellos es *creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los retos y dificultades de la vida*. Se valoran mediante una escala tipo Likert que mide frecuencia, desde 0 (absoluto), hasta 4 (casi siempre). El rango de la escala es de 0-40; se interpretó que a mayor puntuación mayor resiliencia.
- Escala de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), KIDSCREEN-52²¹ en versión española validada para la población infantil y adolescente²². Consta de 52 ítems medidos mediante una escala tipo Likert con 5 opciones que evalúan en unas ocasiones la frecuencia (desde 1 = nunca, a 5 = siempre) y en otras la intensidad del atributo (desde 1 = nada a 5 = muchísimo). Esta escala valora la CVRS a través de 10 dimensiones; mediante un análisis Rasch las puntuaciones medias se estandarizan a una media de 50 y una desviación estándar de 10, según se indica en la elaboración del cuestionario²³. Algunas de las preguntas que se incluyen son similares a las que figuran en el HBSC².
- El bienestar físico examina la actividad, la forma física y la energía de los estudiantes (por ejemplo: «¿Te has sentido bien y en forma?»).
- El bienestar psicológico explora las emociones positivas (alegría, buen humor y diversión) y el grado de disfrute y satisfacción con la vida (por ejemplo: «¿Te has sentido alegre?»).
- El estado de ánimo analiza sensaciones y sentimientos negativos como malestar, tristeza, soledad y presión (por ejemplo: «¿Has tenido la sensación de que todo en tu vida sale mal?»).
- La autopercepción mide cómo perciben su apariencia física e imagen corporal, y la satisfacción relacionada con ellas (por ejemplo: «¿Te ha preocupado tu aspecto?», «¿Te gustaría cambiar alguna parte de tu cuerpo?»).
- La autonomía evalúa las oportunidades percibidas para realizar actividades en el tiempo libre (por ejemplo: «¿Has podido elegir qué hacer en tu tiempo libre?»).
- La relación con los padres y vida familiar analiza la atmósfera familiar, en concreto, la comunicación con los padres, su dedicación y apoyo emocional (por ejemplo: «¿Has podido hablar con tus padres cuando has querido?»).
- Los recursos económicos recogen la percepción sobre la capacidad financiera a la hora de hacer cosas de forma individual o en grupo, y en comparación con los amigos (por ejemplo: «¿Has tenido suficiente dinero para hacer lo mismo que tus amigos/as?»).
- El apoyo social y la relación con los amigos examina el tipo de relación con los compañeros, la cantidad de tiempo compartido, la comunicación con ellos y el apoyo

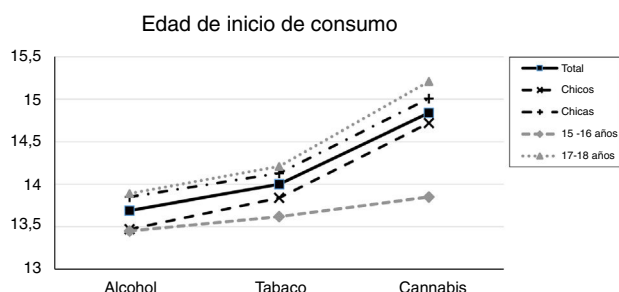


Figura 2 Edad de inicio en el consumo de los principales tóxicos.

emocional (por ejemplo: «¿Tú y tus amigos os habéis ayudado unos/as a otros/as?»).

- El entorno escolar explora las percepciones acerca de la propia capacidad cognitiva y de concentración, además de las sensaciones acerca del centro escolar y la relación con los profesores (por ejemplo: «¿Te ha ido bien en el instituto?»).
- La aceptación social (*bullying*) analiza sensaciones de rechazo (miedo, burlas, intimidación o amenaza) por parte de los compañeros de clase (por ejemplo: «¿Se han reído de ti otros chicos/as?»).

Análisis estadístico

Los datos fueron introducidos y analizados con el paquete estadístico SPSS versión 24. En primer lugar se calcularon los estadísticos descriptivos más relevantes de los tipos de consumo para las distintas sustancias, edad de inicio y características de policonsumo. Después se realizó un ANOVA para testar posibles asociaciones entre consumidores de alcohol (la droga más habitual), capacidad de resiliencia y las dimensiones del KIDSCREEN. Finalmente se efectuó una regresión lineal por pasos, introduciendo en el modelo el consumo de alcohol como variable dependiente, el sexo y la edad como variables control y como variables independientes la resiliencia y las dimensiones del KIDSCREEN, que resultaron significativas en el test de ANOVA.

Resultados

La muestra comprendió 844 estudiantes, con edades entre los 15-18 años, la edad media fue $16,36 \pm 1,05$ años ($16,39 \pm 1,05$ en los chicos y $16,34 \pm 1,06$ en las chicas). Respecto a las características sociodemográficas se observó que un 55,7% eran chicas y que el grupo más numeroso fue el de adolescentes de 15-16 años (56,2%).

La edad de inicio del consumo de las principales drogas aparece reflejada en la figura 2. Nuestros resultados indicaron que los adolescentes tenían contacto con las drogas a corta edad (13-14 años), comienzan consumiendo alcohol, los chicos fueron más precoces que las chicas y el grupo de menor edad se inició de forma más temprana.

El porcentaje de consumo de tóxicos experimental (alguna vez en la vida) fue mayor que el de consumo en los últimos 3 meses en todos los grupos de edad y sexo y para todas las sustancias estudiadas (tabla 1). El porcentaje más elevado se correspondió con el consumo de alcohol

(73,9% experimental y 70,9% en los últimos 3 meses), en segundo lugar, se encontró el de tabaco (33,2% y 26,4% respectivamente) y después el de cannabis (19,9% y 14,2% respectivamente). El consumo de anfetaminas y de otras drogas resultó ser minoritario (alrededor del 1% en todos los casos). Solo se encontraron diferencias significativas en el consumo experimental de cannabis y anfetaminas, que en los chicos resultó más frecuente; así mismo el grupo de 17-18 años presentó un consumo más alto en todos los tóxicos estudiados, tanto en el consumo experimental como en el de los últimos 3 meses. Los resultados de los 2 grupos de edad fueron similares a los encontrados por nivel educativo (ESO y bachillerato), aunque las cifras de consumo son ligeramente superiores (2-3 puntos más) en el grupo de ESO por incluir en este grupo alumnos repetidores y, por tanto, de mayor edad.

Solo el 28,44% declaró no haber consumido ninguna droga en los 3 últimos meses, del 71,56% restante un 43,25% consumió una única sustancia y un 35% declaró policonsumo. Se observó que predominó claramente la ingesta de alcohol, de forma aislada o en combinación con otras drogas como tabaco y en menor medida cannabis, siendo estas 3 drogas las más consumidas de forma simultánea. No encontramos consumo de anfetaminas y otras drogas de forma aislada y su combinación con el resto de sustancias fue claramente minoritario (fig. 3).

Con respecto al alcohol los resultados de la ANOVA mostraron que, en las chicas y el grupo de menor edad, ser menos resiliente se asoció con mayor consumo, igualmente, en ambos grupos, los consumidores presentaron significativamente peores datos en la mayoría de las dimensiones del KIDSCREEN, siendo el apoyo familiar y la autopercepción las dimensiones más afectadas. Sin embargo, el grupo de mayor edad siguió un patrón diferente, encontramos que los consumidores de alcohol tenían mayores niveles de autonomía y una mejor relación con los amigos (tabla 2).

En cuanto a los resultados de la regresión logística para el consumo de alcohol, controlando por edad y sexo encontramos como variable de riesgo tener mayor edad ($\beta = 1,890$; $p = 0,000$), y como variables protectoras sentirse más positivo respecto a: estado de ánimo ($\beta = 0,980$; $p = 0,021$), autopercepción ($\beta = 0,947$; $p = 0,000$), relación con los padres ($\beta = 0,969$; $p = 0,000$) y con el entorno escolar ($\beta = 0,951$; $p = 0,000$). La resiliencia y el bienestar psicológico no mostraron significación ($\beta = 0,979$; $p = 0,074$ y $\beta = 0,990$; $p = 0,238$ respectivamente) (tabla 3). Los valores de R^2 ajustada oscilaron entre 11-16%, siendo las variables entorno escolar y autopercepción las que mejor explicaron la varianza (15-16% respectivamente).

Discusión

Nuestro trabajo muestra el perfil y los factores protectores frente al consumo de drogas de una población adolescente entre 15-18 años. Los resultados indican un consumo cada vez más temprano y apuntan al alcohol como droga de inicio y sustancia más consumida. Se identifican como elementos preventivos claves en el consumo de alcohol un mejor estado de ánimo y autopercepción positiva junto con la sensación de apoyo familiar y del entorno escolar.

Tabla 1 Consumo de tóxicos experimental y en los últimos 3 meses

| | Total | | Chicos | | Chicas | | p | 15-16 años | | 17-18 años | | p |
|---------------------------|-------|------|--------|------|--------|------|-------|------------|------|------------|------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | | N | % | N | % | |
| Alcohol | | | | | | | | | | | | |
| C. experimental | 624 | 73,9 | 268 | 71,7 | 356 | 75,7 | 0,180 | 293 | 61,8 | 331 | 89,5 | 0,000 |
| C. en los 3 últimos meses | 598 | 70,9 | 256 | 68,4 | 342 | 72,8 | 0,171 | 286 | 60,3 | 312 | 84,3 | 0,000 |
| Tabaco | | | | | | | | | | | | |
| C. experimental | 280 | 33,2 | 124 | 33,2 | 156 | 33,2 | 0,991 | 100 | 21,1 | 180 | 48,6 | 0,000 |
| C. en los 3 últimos meses | 223 | 26,4 | 98 | 26,2 | 125 | 26,6 | 0,898 | 84 | 17,7 | 139 | 37,6 | 0,000 |
| Cannabis | | | | | | | | | | | | |
| C. experimental | 168 | 19,9 | 99 | 26,5 | 69 | 14,7 | 0,000 | 46 | 9,7 | 122 | 33,0 | 0,000 |
| C. en los 3 últimos meses | 120 | 14,2 | 65 | 17,4 | 55 | 11,7 | 0,019 | 32 | 6,8 | 88 | 23,8 | 0,000 |
| Anfetaminas | | | | | | | | | | | | |
| C. experimental | 12 | 1,4 | 10 | 2,7 | 2 | 0,4 | 0,006 | 2 | 0,4 | 10 | 2,7 | 0,005 |
| C. en los 3 últimos meses | 8 | 0,9 | 7 | 1,9 | 1 | 0,20 | 0,014 | 2 | 0,4 | 6 | 1,6 | 0,074 |
| Otras drogas | | | | | | | | | | | | |
| C. experimental | 11 | 1,3 | 8 | 2,1 | 3 | 0,6 | 0,056 | 2 | 0,4 | 9 | 2,4 | 0,011 |
| C. en los 3 últimos meses | 7 | 0,8 | 5 | 1,3 | 2 | 0,4 | 0,147 | 1 | 0,2 | 6 | 1,6 | 0,025 |

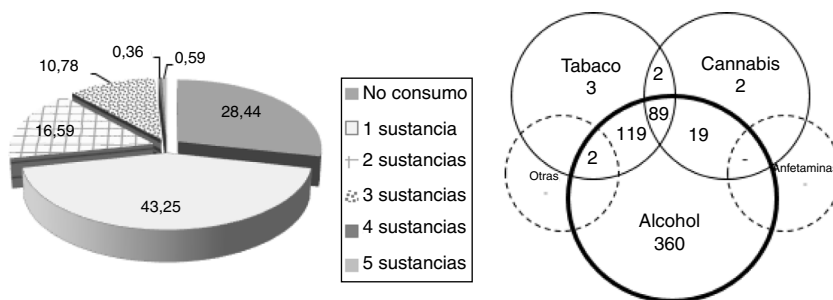


Figura 3 Perfil de policonsumo.

En líneas generales, el inicio en el consumo de drogas se produce entre los 13-14 años, siendo el alcohol la droga estrella, seguida por el tabaco y el cannabis; resultados que coinciden con los últimos datos nacionales publicados²⁻⁴. Resulta preocupante constatar que cada vez el inicio es más precoz, circunstancia alarmante si consideramos las asociaciones descritas en estudios previos con déficits neurocognitivos²⁴, problemas de salud mental y desarrollo de dependencia^{6,10}, así como peor pronóstico y peor respuesta a tratamientos de deshabituación^{6,7}. Es importante señalar el auge e inicio cada vez más temprano de drogas como el cannabis; nosotros observamos que el inicio se produce 1,4 años antes en menores de 16 años respecto a los de 17-18 años. Esta sustancia, con un 19,9% de consumo experimental, se está consolidando como la droga ilegal más habitual, especialmente entre los chicos^{4,25}. Además, ellos suelen iniciarse antes en todas las drogas⁴, aunque nosotros solo encontramos significación para el alcohol. Otros estudios indican que las chicas maduran antes y son más precoces en experimentar con drogas¹.

En lo que se refiere al consumo experimental nuestros datos indican que un 73,9% ha consumido alcohol y este porcentaje aumenta con la edad (62% a los 15-16 años y 90% a los 17-18 años). Estos valores están en clara consonancia

con los publicados en el informe HBSC², aunque son inferiores a los encontrados en otras encuestas a nivel europeo y nacional^{3,4}. La lectura de nuestros resultados permite apuntar que el alcohol es la droga iniciática a la que posteriormente se unen otras sustancias. Probablemente la tolerancia y el consumo ampliamente extendido en la sociedad favorecen que los adolescentes tengan una baja percepción de riesgo^{10,11} y piensen que el consumo es fácil de controlar¹⁰.

Con respecto al consumo de alcohol habitual encontramos que un 70,9% lo ingirió en los últimos 3 meses. La OMS, a partir del estudio HBSC, confirma que el alcohol por su disponibilidad es la droga más común entre los adolescentes, y señala que en Europa se encuentran las cifras más elevadas de consumo a nivel mundial²⁶. Aunque nuestros datos no permiten conocer si este consumo se realiza de forma puntual o a diario, la literatura señala que ingieren durante los fines de semana grandes cantidades de alcohol, a veces acompañado de otras drogas^{2,4,10}, e incluso se encuentran asociaciones con otras conductas de riesgo^{5,6}. El alcohol se revela como puerta de entrada a otras drogas, y observamos que un número importante de adolescentes lo consume junto con tabaco y cannabis^{7,25,27-29}. El policonsumo es una práctica especialmente peligrosa porque se suman los efectos secundarios negativos para la salud y está

Tabla 2 Resultados del test ANOVA para el consumo de alcohol diferenciado por edad y sexo

| Total | | | Chicos | | | Chicas | | | 15-16 Años | | | 17-18 Años | | |
|------------------|-------------|-------|------------------|------------|-------|------------------|-------------|-------|------------------|------------|-------|------------------|-------------|-------|
| Consumo habitual | | | Consumo habitual | | | Consumo habitual | | | Consumo habitual | | | Consumo habitual | | |
| No | Sí | p | No | Sí | p | No | Sí | p | No | Sí | p | No | Sí | p |
| 29,0 ± 7,2 | 27,9 ± 6,5 | 0,031 | 29,5 ± 7,9 | 29,3 ± 5,8 | 0,823 | 28,5 ± 6,5 | 26,8 ± 6,8 | 0,014 | 29,3 ± 7,4 | 27,7 ± 6,4 | 0,013 | 28,0 ± 6,4 | 28,1 ± 6,6 | 0,969 |
| 48,0 ± 11,6 | 46,6 ± 9,89 | 0,087 | 52,1 ± 11,2 | 50,8 ± 9,7 | 0,263 | 44,2 ± 10,6 | 43,5 ± 8,8 | 0,472 | 49,1 ± 11,6 | 47,0 ± 9,0 | 0,029 | 44,5 ± 11,0 | 46,3 ± 10,7 | 0,234 |
| 49,7 ± 10,6 | 48,0 ± 8,97 | 0,019 | 51,0 ± 9,6 | 49,7 ± 8,5 | 0,181 | 48,5 ± 11,3 | 46,8 ± 9,1 | 0,089 | 51,0 ± 10,5 | 48,4 ± 9,1 | 0,004 | 45,6 ± 9,9 | 47,7 ± 8,9 | 0,101 |
| 45,2 ± 10,2 | 42,5 ± 9,0 | 0,000 | 46,5 ± 9,6 | 44,7 ± 9,5 | 0,090 | 43,9 ± 10,6 | 40,9 ± 8,2 | 0,001 | 46,4 ± 10,0 | 43,0 ± 9,1 | 0,000 | 41,1 ± 9,9 | 42,0 ± 8,9 | 0,489 |
| 48,4 ± 7,9 | 45,0 ± 7,7 | 0,000 | 49,7 ± 7,0 | 48,1 ± 8,0 | 0,073 | 47,3 ± 8,5 | 42,7 ± 6,4 | 0,000 | 48,8 ± 7,9 | 44,8 ± 7,0 | 0,000 | 47,4 ± 7,8 | 45,3 ± 8,2 | 0,070 |
| 47,1 ± 9,9 | 47,4 ± 8,7 | 0,667 | 49,1 ± 8,5 | 49,5 ± 8,3 | 0,702 | 45,2 ± 10,7 | 45,8 ± 8,7 | 0,529 | 48,0 ± 10,2 | 47,6 ± 8,3 | 0,596 | 43,9 ± 8,1 | 47,2 ± 9,1 | 0,011 |
| 51,7 ± 10,0 | 48,7 ± 9,3 | 0,000 | 52,9 ± 8,8 | 49,2 ± 8,5 | 0,000 | 50,6 ± 10,9 | 48,3 ± 9,8 | 0,025 | 52,3 ± 10,3 | 48,4 ± 8,9 | 0,000 | 49,8 ± 8,8 | 49,0 ± 9,6 | 0,534 |
| 52,9 ± 8,1 | 52,2 ± 8,2 | 0,254 | 52,8 ± 7,8 | 53,2 ± 7,8 | 0,671 | 53,0 ± 8,4 | 51,5 ± 8,4 | 0,080 | 53,6 ± 7,6 | 52,6 ± 8,3 | 0,192 | 50,8 ± 9,5 | 51,9 ± 8,2 | 0,377 |
| 52,6 ± 9,9 | 53,9 ± 9,3 | 0,070 | 53,0 ± 9,9 | 54,2 ± 9,5 | 0,257 | 52,2 ± 9,9 | 53,7 ± 9,1 | 0,139 | 53,3 ± 9,9 | 54,1 ± 8,5 | 0,318 | 50,5 ± 9,6 | 53,7 ± 9,9 | 0,022 |
| 49,2 ± 8,1 | 46,4 ± 7,0 | 0,000 | 49,8 ± 8,2 | 46,2 ± 7,5 | 0,000 | 48,6 ± 7,9 | 46,6 ± 6,5 | 0,005 | 49,5 ± 8,3 | 45,9 ± 6,4 | 0,000 | 48,2 ± 7,4 | 46,8 ± 7,4 | 0,209 |
| 46,7 ± 10,1 | 47,1 ± 9,9 | 0,568 | 46,2 ± 9,7 | 47,2 ± 9,4 | 0,325 | 47,1 ± 10,4 | 47,0 ± 10,2 | 0,915 | 46,8 ± 9,5 | 46,7 ± 9,9 | 0,870 | 46,1 ± 11,7 | 47,5 ± 9,8 | 0,352 |

AN: autonomía; AP: autopercepción; AS: aceptación social (*bullying*); EA: estado de ánimo; EE: entorno escolar; BF: bienestar físico; BP: bienestar psicológico; RA: apoyo social y relación con los amigos; RE: recursos económicos; RES: resiliencia; RP: relación con los padres y vida familiar.

Tabla 3 Resultados del modelo de regresión logística para el consumo de alcohol controlando por sexo y edad

| | R ² | ΔR ² | B | Error estándar | Expo (B) | p |
|-------------------------|----------------|-----------------|--------|----------------|----------|-------|
| Sexo | 0,114 | | 0,262 | 0,159 | 1,3 | 0,099 |
| Edad | | | 0,638 | 0,082 | 1,890 | 0,000 |
| Bienestar psicológico | 0,117 | 0,003 | -0,010 | 0,008 | 0,990 | 0,238 |
| Resiliencia | 0,119 | 0,005 | -0,021 | 0,012 | 0,979 | 0,074 |
| Estado de ánimo | 0,123 | 0,009 | -0,020 | 0,009 | 0,980 | 0,021 |
| Relación con los padres | 0,135 | 0,021 | -0,031 | 0,009 | 0,969 | 0,000 |
| Entorno escolar | 0,149 | 0,035 | -0,050 | 0,011 | 0,951 | 0,000 |
| Autopercepción | 0,157 | 0,043 | -0,055 | 0,011 | 0,947 | 0,000 |

relacionado con antecedentes familiares, conductas violentas y accidentes de tráfico³⁰. El consumo habitual es menor que el experimental, y esto supone un dato esperanzador que indica que hay adolescentes que tras probar las drogas deciden no seguir consumiendo. En nuestra opinión esta línea de trabajo es interesante, investigar los factores que favorecen que los adolescentes sean capaces de decir no a pesar de las posibles presiones del grupo, así se sugieren factores personales y sociales que protegen frente al consumo.

Los estudios destacan el papel protector de la resiliencia y el bienestar psicológico frente al consumo de alcohol y drogas ilegales^{15,16}, aunque nosotros solo encontramos esa asociación en los análisis bivariados. Lo que sí confirmó el modelo de regresión fue que un mejor estado de ánimo tiene una función preventiva frente al consumo, lo que coincide con investigaciones previas que asocian el consumo de alcohol con estados de ánimo negativos como tristeza¹⁴, estados deprimidos y menor grado de satisfacción con la vida³¹. A nivel individual constatamos que los no consumidores tenían mejor autopercepción. En el cuestionario empleado la autopercepción valora principalmente la apariencia física, lo que nos permite deducir que el sentirse más atractivo da seguridad al adolescente y menor necesidad de consumo de alcohol para reafirmarse. En definitiva, los factores personales aportan a los adolescentes más confianza en sí mismos, favoreciendo conductas más asertivas²⁸, y estos factores son muy importantes considerando que los adolescentes interaccionan con grupos con tendencia al consumo.

En cuanto a los factores sociales existen estudios que destacan la influencia negativa que tiene sobre el consumo las familias disruptivas o los conflictos parentales^{6,8}. En nuestro trabajo analizamos los aspectos emocionales vinculados al apoyo familiar, en tanto que este se considera proveedor de afecto y puede contribuir a mitigar el mal-estar emocional propio de la adolescencia³². Encontramos que unas relaciones familiares satisfactorias favorecen la expresión de sentimientos y tienen un papel protector relevante. Por otra parte, los estudios destacan la función de la familia como proveedora de recursos económicos, y aunque nosotros no observamos asociación entre recursos económicos y consumo de alcohol, en la literatura se señala una relación contradictoria entre ambas variables. Hay estudios que apuntan que el hecho de tener más dinero facilita el acceso a las drogas³³, mientras que otros indican que un entorno económicamente desfavorable induce al consumo como vía de escape⁸. Según nuestros datos sentirse bien con los compañeros y tener buena relación con los profesores

son factores protectores, mientras que los consumidores tienen menor rendimiento académico están menos integrados y presentan conductas antisociales⁵.

La principal limitación de nuestro estudio radica en la naturaleza del mismo, al ser un estudio transversal no podemos establecer una relación causal. Por otro lado, el cuestionario empleado analiza multitud de factores, pero de forma global no permite profundizar en aspectos como la estructura familiar, estilos parentales ni detallar el papel específico de los distintos agentes que intervienen en el entorno escolar. No obstante, el KIDSCREEN ha sido utilizado en gran cantidad de estudios y proporciona una visión panorámica general útil para conocer la influencia de diversos factores sobre el consumo de alcohol. Además, dado el carácter anónimo del cuestionario, *a priori* no podemos saber si los que no participaron eran más o menos consumidores, y al no poderse realizar una administración simultánea en todos los grupos podría existir un sesgo por posible contaminación.

En conclusión, el consumo de alcohol está ampliamente extendido entre los adolescentes, resulta preocupante el inicio cada vez más temprano, lo que puede acarrear consecuencias graves para la salud. Aunque las políticas de prevención informan sobre los efectos perjudiciales, la percepción de riesgo es baja. Convendría involucrar a los adolescentes y las familias, las acciones encaminadas a fomentar el apoyo emocional en el seno familiar favorecen el bienestar emocional y la seguridad de los adolescentes dándoles más recursos para resistir las presiones del grupo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen la colaboración de toda la comunidad educativa de Cuenca.

Bibliografía

1. Sánchez I, Moreno C, Rivera F, Ramos P. Tendencia en el consumo de alcohol en los adolescentes escolarizados españoles a lo largo de la primera década del siglo XXI. *Gac Sanit.* 2015;29:184-9.

2. Moreno C, Ramos P, Rivera F, Ramos P. Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2014 en España. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2016. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/HBSC2014_InformeTecnico.htm.
3. ESPAD Group (2016). ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on alcohol and other drugs. Luxemburgo: Publications Office of the European Union [consultado 25 Ene 2019]. Disponible en: <http://espad.org/sites/espad.org/files/TD0116475ENN.pdf>.
4. ESTUDES. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España 1994-2016. Informe 2016. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [consultado 25 Ene 2019]. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2016.Informe.pdf.
5. Martos A, Molero MM, Barragán AB, Pérez MC, Gázquez JJ, Simón MM. Frecuencia en el consumo de sustancia y relaciones con los iguales en población adolescente. *Eur J Child Develop Educ Psychopathol*. 2016;4:75-87.
6. Bousoño M, Al-Halabi S, Burón P, Garrido M, Díaz E, Galván G, et al. Factores predictores del consumo de alcohol en adolescentes: datos de un estudio prospectivo de un año de seguimiento. *Adicciones*. 2018;0:998-1009.
7. Molina R. Consumo de tabaco, alcohol y drogas en la adolescencia. *Pediatría Integral*. 2013;XVII:205-16.
8. Peñafiel E. Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso*. 2009;32:147-73.
9. Cleveland MJ, Feinberg ME, Bontempo DE, Greenberg MT. The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. *J Adolesc Health*. 2008;43:157-64.
10. Pérez A, de Dios M, Martínez ML, Jiménez I, Mesa I, Leal FJ. Cambios en el consumo alcohólico de riesgo en población adolescente en la última década (2004-2013): una aproximación cuanti-cualitativa. *Aten Primaria*. 2017;49:525-33.
11. García M, Giménez C, Castro J, Nebot JE, Ballester RL. ¿Existe relación entre el consumo de alcohol de los padres y el de los adolescentes? *Int J Dev Educ Psychol*. 2018;1:229-38.
12. Salamó A, Gras ME, Font S. Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*. 2010;22:189-95.
13. Branstetter SA, Low S, Furman W. The influence of parents and friends on adolescent substance use: a multidimensional approach. *J Subst Use*. 2011;16:150-60.
14. Martínez A, Marí M, Juliá A, Escapa S, Marí P. Consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes: su asociación con los estados de ánimo negativos y los factores familiares. *Rev Esp Salud Pública*. 2012;86:101-14.
15. Becoña E. Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Adicciones*. 2007;19:89-101.
16. Becoña E, López A, Fernández E. Resiliencia y consumo de cannabis, drogas de síntesis y cocaína en jóvenes. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*. 2013;13:59-72.
17. Wills TA, Resko JA, Ainette MG, Mendoza D. Role of parent support and peer support in adolescent substance use: A test of mediated effects. *Psychol Addict Behav*. 2004;18:122-34.
18. Moore G, Cox R, Evans RE, Hallingberg B, Hawkins J, Littlecott HJ, et al. School, peer and family relationships and adolescent substance use, subjective wellbeing and mental health symptoms in Wales: A cross sectional study. *Child Indic Res*. 2018;11:1951-65.
19. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18:76-82.
20. Notario B, Solera M, Serrano MD, Bartolomé R, García J, Martínez V. Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2011;9:63-73.
21. Aymerich M, Berra S, Guillaumon I, Herdman M, Alonso J, Ravens-Sieberer U, et al. Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. *Gac Sanit*. 2005;19:93-102.
22. Tebe C, Berra S, Herdman M, Aymerich M, Alonso J, Rajmil L. Fiabilidad y validez de la versión española del KIDSCREEN-52 para población infantil y adolescente. *Med Clin (Barc)*. 2008;130:650-4.
23. Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, Erhart M, Bruil J, Power M, et al. The KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents: Psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Value Health*. 2008;11:645-58.
24. Molero MM, Pérez MC, Gázquez JJ, Barragán AB. Análisis y perfiles del consumo de drogas en adolescentes: percepción del apoyo familiar y valoración de consecuencias. *Atención Familiar*. 2017;24:56-61.
25. Cabrera JL, Toledo I, García R, Mendoza MC, Báez A. Prevalencia, rasgos de personalidad y microambiente en adolescentes consumidores de cannabis. *Semergen*. 2008;34:392-9.
26. WHO. Marco de referencia para la política sobre alcohol en la región europea de la OMS. WHO 2006. Oficina regional para Europa de la OMS. Ministerio de sanidad y consumo. Disponible en: <http://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/FrameworkSP.pdf>.
27. Lee JY, Brook JS, de la Rosa M, Kim Y, Brook DW. The association between alcohol use trajectories from adolescence and cannabis use disorder in adulthood: A 22 year longitudinal study. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2017;43:727-33.
28. De Lira RE, Álvarez A, Casique L, Muñoz LR, Mendoza MA. Resiliencia, asertividad y consumo de alcohol en adolescentes. *RIDE*. 2016;6. Disponible en: <https://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/220>.
29. Martínez A, Llorca J, Blasco M, Escrivá G, Martínez C, Marzá A. Estudio descriptivo del consumo de alcohol en los adolescentes de Gandía. *Semergen*. 2014;40:12-7.
30. Hernández O, Font S, Gras ME. Policonsumo de drogas y su relación con el contexto familiar y social en jóvenes universitarios. *Adicciones*. 2015;27:205-13.
31. Ahonen EQ, Nebot M, Giménez E. Negative mood states and related factors in a sample of adolescent secondary-school students in Barcelona (Spain). *Gac Sanit*. 2007;21:43-52.
32. Fuentes RM, Simón MJ, Garrido M, Serrano MD, Larrañaga ME, Yubero S. Síntomas psicósomáticos como expresión del deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes. *Aten Primaria*. 2018;50:493-9.
33. Díaz A, Bustó A, Caamaño F. Consumo de alcohol, tabaco y cannabis en adolescentes de una población multicultural (Burela, Lugo). *Adicciones*. 2018;30:264-70.