



VALORACIÓN DE LAS DIFERENCIAS POR GÉNERO DE LOS CASOS ATENDIDOS EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN INDICADA DEL CONSUMO DE DROGAS

Facultad de Ciencias de la Salud de Valladolid. Grado en Medicina



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

CURSO 2018/19

AUTORA: PALOMA ARRANZ VAQUERO

TUTORA: SUSANA REDONDO MARTÍN

Índice

1.- Resumen	Pág. 2
2.- Introducción	Pág. 3
3.- Objetivos	Pág. 7
4.- Material y métodos	Pág. 8
5.- Resultados	Pág. 10
5.1.- Datos personales-demográficos	Pág. 10
5.2.- Valoración del caso	Pág. 12
5.3.- Datos relativos a la intervención	Pág. 14
6.- Discusión y limitaciones	Pág. 15
7.- Conclusiones	Pág. 17
8.- Agradecimientos	Pág. 18
9.- Referencias bibliográficas	Pág. 19
10.- Anexos	Pág. 25

1.- Resumen

Justificación y objetivo: En Castilla y León los adolescentes y jóvenes con consumos problemáticos de drogas son un colectivo prioritario de intervención a través de los 11 programas psicoeducativos de prevención indicada existentes. Valorar las diferencias por género presentes en los casos atendidos, puede identificar aspectos clave para mejorar la efectividad de los programas.

Metodología: Estudio epidemiológico observacional, descriptivo y transversal del perfil diferencial de los 1.632 casos de los programas de prevención indicada (periodo 2011-2017). La recogida de datos se realizó por un cuestionario de 36 ítems, se codificaron con Excel y analizaron con SPSS Versión 19, utilizando T de student y Chi-cuadrado como estadísticos de contraste (valor de significación $p < 0,05$ e Intervalos de Confianza).

Resultados: El 78,4% fueron hombres. La edad media fue de 16,6 años, inferior para las mujeres (16,3 años). El 87,9% tenían nacionalidad española. Las diferencias significativas por género encontradas fueron: las chicas estudian más (85,5%) y el porcentaje de chicos ni-ni es mayor (10,5%). Las chicas muestran más absentismo (30,0%) y en la familia presentan más conflictos familiares (37,7%) y más agresividad física (31,1%); los chicos presentan adaptación familiar adecuada en mayor medida (17,7%). Las chicas muestran más aislamiento social (20,0%) y agresividad verbal y física (8,6%); los chicos muestran más conductas antisociales y predelictivas (36,1%). Las chicas acuden por consumo de alcohol (22,4%) y los chicos por cannabis (64,4%). La edad media de inicio de consumo experimental (14,02 años) y de consumo problemático (15,25 años) es inferior en las chicas. Las chicas presentan más trastornos ansioso-depresivos (22,2%) y los hombres más TDHA (67,2%). Los problemas jurídico-penales son más frecuentes en los chicos (30,1%). La duración media de la intervención es de 8,19 meses y el tipo de alta más frecuente, la voluntaria (44,5%), siendo igual para chicos y chicas.

Conclusiones: Las diferencias estadísticamente significativas encontradas se centran en la edad, en los factores de riesgo (adaptación escolar, familiar y social, trastornos mentales, problemas jurídico-penales) y en la droga de consumo problemático. Sería conveniente que se incluyeran en los programa intervenciones diferenciales en función de estos resultados.

Palabras clave: Prevención indicada, drogas, alcohol, cannabis, adolescentes, género.

2.- Introducción

El consumo de drogas especialmente el de tabaco y alcohol es uno de los principales factores de riesgo para la salud de la población¹. El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías² indica que la droga más consumida en el último mes en la Unión Europea es el alcohol (77,7% en población de 15-64 años; 77,8% en población juvenil 15-34 años), seguida del tabaco (35,0% y 38,6%), cannabis (7,2% y 4,1%), cocaína (1,1% y 1,9%), MDMA (0,8% y 1,8%) y anfetaminas (0,5% y el 1%). La evolución del consumo de drogas en jóvenes europeos de 15 y 16 años³, muestra que desde 1995 a 2015 el consumo de alcohol en el último mes ha sufrido un descenso (56% en 1995 vs 47% en 2015), siendo mayor en chicos salvo para las borracheras. También se ha reducido el consumo de tabaco en el último mes (32% vs 22%); mientras que el consumo en el último mes de cannabis sufrió un aumento en los primeros años y actualmente se mantiene estable (4% vs 7%) con cifras de consumo inferiores en las mujeres y con una mayor percepción de la disponibilidad en hombres. Para el resto de las drogas ilegales se percibe un aumento del consumo alguna vez en la vida (3% vs 5%) en los primeros sondeos y una posterior estabilización, mostrando la tendencia general de mayor tasa de consumo entre los hombres.

Según los últimos datos disponibles de la Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES 2016)^{4, 5} la situación de consumo en España y Castilla y León es similar a la europea. El consumo de alcohol en estudiantes de Castilla y León en el último mes representa el 71,1%, seguido del de tabaco 31,1%, con cifras significativamente superiores a las nacionales (67,0%; 27,3%), y el de cannabis 18,5%, cifra similar a la nacional (18,3%). El consumo problemático de cannabis, medido a través del cuestionario CAST⁸, se identifica en el 8,4% de los estudiantes consumidores en el último año para Castilla y León y en el 13,3% para el conjunto de España. El resto de las drogas se consumen con proporciones mucho más bajas, datos inferiores al 3%, salvo para el consumo de hipnosedantes sin recetas que presentan un consumo del 2,7% en el último mes (media nacional en 2,6%).

Estos datos concuerdan también con los de la población general, tanto de Castilla y León como a nivel nacional con edades comprendidas entre los 15 y los 64 años, valorados a través de la Encuesta sobre Alcohol y Otras Drogas en España (EDADES 2017)^{6,7}, donde la proporción de consumidores en el último mes de alcohol es del 68,8% siendo superior a la media nacional (62,7%), el consumo de tabaco del 36,4% inferior a la media nacional (38,8%) y el de cannabis 36,4% también por debajo

de la media nacional (38,8%). El resto de las drogas presenta consumos en el último mes por debajo del 1%.

Las edades de inicio^{4, 5}, tanto a nivel nacional como en Castilla y León, de las primeras experiencias de consumo de alcohol y tabaco se sitúan en los 13,8-14 años y para el cannabis y el resto de las drogas en torno a los 15 años. Sin existir diferencias significativas entre sexos, salvo para los primeros consumos de tabaco donde los chicos de Castilla y León empiezan a consumir antes que las chicas (13,8 vs 14,1). Estas cifras permanecen estables desde los últimos 10 años.

Analizando los datos en función del género^{4, 5} en la población de estudiantes de Castilla y León se observan las siguientes diferencias estadísticamente significativas: las mujeres tienen mayores prevalencias de consumo de alcohol, tabaco e hipnosedantes en los últimos 12 meses y de borracheras alguna vez en la vida; mientras que los hombres tienen mayor consumo de cannabis en los últimos 30 días y del resto de las drogas ilegales. Es importante conocer que las estudiantes muestran una mayor percepción del riesgo para todas las drogas que los chicos.

Estos datos muestran la necesidad de realizar intervenciones preventivas en especial en los sectores más vulnerables, los adolescentes y jóvenes, ya que el impacto de los consumos es mayor⁹. La prevención del consumo de drogas puede definirse como “la acción y el efecto de las intervenciones diseñadas para cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales del abuso de drogas legales e ilegales, incluyendo tanto la evitación del inicio al uso de drogas como la progresión a un uso más frecuente o regular en poblaciones en situación de riesgo”¹⁰. Pretende reducir la prevalencia del consumo de drogas, así como aumentar la edad de inicio. Para ello, actúa sobre variables intermedias mediante la reducción de la aceptación social y la disponibilidad percibida, la elevación de la percepción del riesgo, la modificación de las normas sociales y culturales que favorecen el consumo, y promoción de espacios libres de alcohol y otras drogas para niños y adolescentes¹¹.

Actualmente se distinguen tres niveles de prevención ¹¹⁻¹⁵ en función del riesgo que presente el colectivo sobre el que se va a intervenir. En el primer nivel, la prevención universal dirigida a la población general. En el segundo, la prevención selectiva dirigida a subgrupos donde existe un riesgo superior a la media de la población general para el abuso de drogas, ya sea por factores de riesgo biológicos, psicológicos o ambientales. Y en el tercer nivel, la prevención indicada orientada a individuos que presentan un consumo abusivo o problemático de drogas¹⁰, pero que aún no cumplen los criterios de dependencia según CIE 10 o se clasifican en el grupo de Trastornos relacionados con

sustancias del DSM-5¹⁶ en su categoría de nivel de severidad bajo. El abuso de sustancias se define por la presencia de un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por un consumo recurrente que da lugar al incumplimiento de obligaciones, consumo en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales repetidos o problemas sociales e interpersonales; durante un periodo de 12 meses y donde los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias, como serían la presencia de tolerancia o abstinencia¹⁶. Por tanto, en estos individuos el objetivo principal de la intervención será evitar que desarrollen trastornos de dependencia a las drogas⁹, valorando los factores de riesgo y protección (individuales, familiares, escolares/laborales, de grupos de iguales y sociales) e interviniendo mediante programas psicoeducativos sobre las conductas de riesgo y los posibles problemas de conducta¹⁰.

En el año 2004 el Comisionado Regional para la Droga de Castilla y León comienza el impulso de programas de prevención indicada en cada provincia, a través de entidades del tercer sector con experiencia en prevención. Las intervenciones se realizan siguiendo modelos teóricos contrastados y en base a la evidencia científica¹⁷⁻¹⁹. En el año 2011 estaban en funcionamiento los programas de Burgos (Programa Identidad), León capital (Programa INDICALE), León provincia (Programa INDICALE), Palencia (Programa EDUCAN-2), Salamanca (Programa Lazarillo), Segovia (Programa Tira del Hilo), Valladolid (Proyecto Joven) y Zamora (Programa Fénix); en el año 2014 se inicia en Ávila (Programa FRENA) y en 2016 en Valladolid (Programa ZAMBRANA) y Soria (Programa TRISKELION)^{20,21}. Los programas cuentan con personal especializado (al menos un psicólogo) y otro profesional de apoyo (psicólogo, educador/trabajador social o sanitario) todos ellos son terapeutas y cuentan con formación y experiencia en prevención y trabajo con familias.

El acceso a estos programas puede ser de forma libre o derivados (Anexo 1) principalmente desde otros programas de prevención, de Servicios Sociales básicos (CEAs, centros de menores en protección), de centros educativos (equipos de orientación) o por personal sanitario (Atención Primaria y Salud Mental infanto-juvenil). El programa cuenta con criterios de inclusión que se valoran en la primera entrevista (diagnóstico preliminar) y se decide su continuidad en el programa, que se completará a través de entrevistas individuales con él o la menor, con los padres/madres/tutores y con la familia, para cerrar el diagnóstico definitivo y establecer el plan individualizado de intervención, que incluye un compromiso terapéutico (Anexo 2). La duración de la intervención oscila entre 6 meses y un año, las primeras sesiones son cada 15 días y

posteriormente mensuales y se plantea la realización de un seguimiento tras el alta terapéutica a los 6 meses. Las áreas sobre las que se trabajan en las diferentes sesiones intervención son: consumo (abandono o reducción del consumo), familia (reestructuración de apegos, mejora de la comunicación, establecimiento de normas y límites), personal (promoción de hábitos de vida saludables, aumento de la autonomía y autoestima), socio-relacional (mejora de la integración, trabajo de habilidades sociales, resolución de problemas), escolar/formativa/laboral (reintegración, creación de hábitos de estudio/trabajo) y ocio-tiempo libre (disminución de la apatía, fomento de actividades saludables y vínculos a grupos prosociales)^{12, 22, 23}.

Realizando una búsqueda bibliográfica sobre la prevención indicada en las bases de datos Pubmed, UpToDate, Cochrane y Google académico, sólo se han encontrado dos artículos^{24, 25} sobre la prevención indicada del consumo de drogas en España. Los perfiles de población con los que trabajan son jóvenes con problemas de conducta²⁴ y jóvenes con denuncias por consumo y/o tenencia de drogas ilícitas en la vía pública o por derivación por problemas de consumo, en los que el porcentaje de chicos fue de un 85,8% y un 77,7%²⁵. A nivel internacional, la mayor parte de los estudios estén realizados en Estados Unidos^{15,26-29}, siendo también el perfil, principalmente de chicos jóvenes con alto riesgo de abuso de sustancias: minorías sociales, etnias, jóvenes delincuentes, jóvenes con fracaso escolar y jóvenes con problemas psiquiátricos como depresión. Las principales intervenciones recomendadas por los organismos internacionales¹⁷⁻¹⁹ se basan en entrevistas motivacionales, terapia cognitivo-conductual e intervenciones centradas en la familia, tal y como intervienen los programas que se van a analizar. Los efectos en la reducción del consumo de drogas de estas intervenciones son evidentes en algunos estudios^{15, 24-26, 28, 30, 31}, otros estudios no detectan una clara efectividad, especialmente los que plantean intervenciones de menor intensidad o sólo con jóvenes³²⁻³⁵. Son escasos los estudios que analizan las diferencias por género en ese tipo de programas^{30, 31}, sin embargo, la revisión sistemática de Vermeulen²⁶ expresa la necesidad de este tipo de análisis.

Justificación

El consumo de alcohol, tabaco y cannabis entre la población adolescente y joven de Castilla y León es considerable, suponiendo un problema de salud pública por los posibles efectos sobre su desarrollo biológico, psicológico y social. La prevención indicada trabaja con la población con mayor riesgo por lo que analizar los casos atendidos, valorando las posibles diferencias en función del género, puede identificar

aspectos claves para reforzar los programas de prevención universal y selectiva que se están impulsando en nuestra comunidad, así como para plantear cambios terapéuticos en los propios programas indicados.

La hipótesis sobre la que se trabajará es la existencia de diferencias por género en los casos atendidos en los programas de prevención indicada del consumo de drogas (edad de inicio, tipo de consumos, factores de riesgo, efectos diferenciales de la intervención...) que pueden incidir en la efectividad de las intervenciones.

3.- Objetivos

Principal

- Valorar las diferencias por género presentes en los casos atendidos en los programas de prevención indicada del consumo de drogas

Secundarios

- a. Describir el perfil básico demográfico de los casos atendidos por los programas de prevención indicada en función del sexo.
- b. Analizar por género los principales factores de riesgo valorados en los programas (edad de inicio del consumo, edad del consumo problemático, situación familiar, escolar y social, presencia de trastornos mentales, problemas jurídico-penales)
- c. Estudiar los perfiles de consumo y de intervención (tipo de droga, duración media de la intervención, tipo de alta).
- d. Valorar si los datos son coherentes con otros estudios
- e. Plantear propuestas de mejora en las intervenciones específicas según el género dentro de los programas de prevención indicada.

4.- Material y métodos

Estudio epidemiológico observacional, descriptivo y transversal del perfil diferencial de los 1.632 casos atendidos en los programas de prevención indicada que estaban en funcionamiento desde el año 2011 al 2017. Los programas de Burgos, los dos de León, el de Palencia, el de Segovia, el de Salamanca, el de Valladolid y el de Zamora, funcionaron durante todo el periodo de estudio. En 2014 se incorpora el programa de Ávila y en 2016 los del Centro Zambrana y el de Soria.

Población diana

Adolescentes de edades comprendidas entre los 12 y 21 años (excepcionalmente edades superiores) con presencia de abuso de alcohol, cannabis y otras drogas, que conviven con la familia de origen o que disponen de tutela por parte de otros adultos, y donde aparecen otros problemas añadidos (inadaptación, fracaso escolar, problemas de autocontrol o trastornos del comportamiento).

Criterios de exclusión

Aquellos casos que presentan un consumo esporádico de drogas (casos de prevención universal y selectiva), dependencia a alguna droga, trastornos psicopatológicos o del comportamiento no estabilizados que requieran un tratamiento especializado por salud mental, así como aquellos que presenten una conducta violenta y/o antisocial que por su intensidad y gravedad no permitan su integración en el programa.

Sistema de recogida de datos

Se basa en el registro específico de los programas de prevención indicada del Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León que consta de 36 ítems (Anexo 3). La recogida de la información se realiza de forma continua por los profesionales de los diferentes programas, enviándose al Comisionado Regional para la Droga de Castilla y León en los meses de junio y de enero del año siguiente para poder cerrar los casos con la información de la valoración e intervención a fecha 31 de diciembre del año correspondiente. La información se vuelca en una base de datos creada en EPI-Info (versión 3.5.1).

Variables

Se recogen 36 variables, siendo los 2 primeros ítems el nombre del programa y la provincia. El resto se agrupan en las siguientes áreas (Anexo 3):

- Datos personales-demográficos (11 items): sexo, fecha de nacimiento, nacionalidad, convivencia habitual, situación actual (estudia y/o trabaja), nivel de estudios y adaptación escolar (absentismo, fracaso escolar, problemas de conducta...), familiar (conflictos familiares, agresividad, problemas de disciplina...) y social (aislamiento, conductas antisociales-predelictivas, agresividad...).
- Datos de valoración del caso (7 items): fecha de contacto con el recurso y de evaluación inicial, solicitante de la valoración (joven y/o familia), proceso de captación (programas de prevención familiar, servicios sociales, centros educativos...) e inclusión en el programa.
- Datos relativos a la intervención (16 items): tipo de consumo (droga principal, frecuencia, edad de inicio, antecedentes familiares de consumo...), la presencia de trastornos mentales, tratamientos farmacológicos o problemas jurídico-penales, y datos relativos al programa: quién participa (joven, padre, madre, otros), áreas de intervención (individual, grupal, familia, joven o conjunta), alta y seguimiento.

Análisis de los datos

Las variables continuas se describirán mediante la media y la desviación típica y las cualitativas mediante porcentajes que se calcularán sobre los valores disponibles para cada variable, es decir, no incluyendo los casos desconocidos. El análisis de datos se realizará mediante Microsoft Office Excel y SPSS (Versión 19), utilizando como estadísticos de contraste T de student y Chi-cuadrado. En función de si las variables son cuantitativas o cualitativas, se utilizará como valor de significación $p < 0,05$ y los Intervalos de Confianza al 95%.

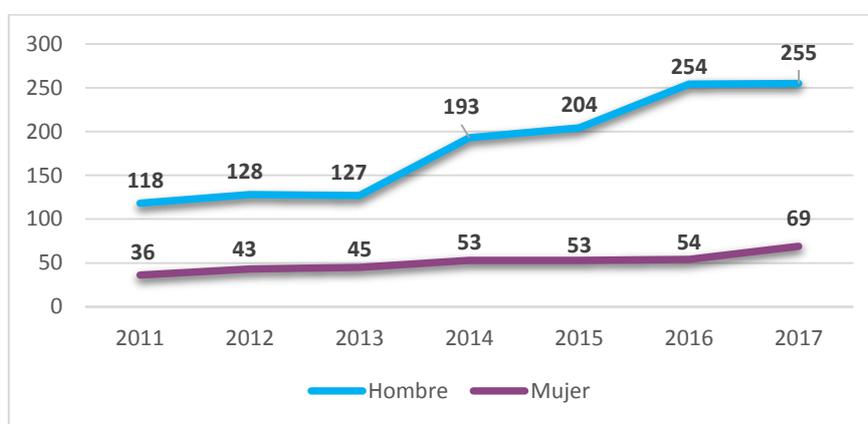
Aspectos éticos

A todas las familias se les solicita el consentimiento informado en cada recurso de prevención indicada del Plan Regional sobre Drogas (Anexo 4). Los datos volcados en la base de datos son anonimizados por lo que en todo momento se han garantizados los derechos de las personas a la protección de sus datos, según la normativa vigente. El presente estudio cuenta con la aprobación por parte del Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud Valladolid Este (Anexo 5).

5.- Resultados

Del total de los 1.632 casos atendidos en los programas de prevención indicada de Castilla y León durante los años 2011 a 2017, 1.279 (78,4%) fueron hombres y 353 (21,6%) fueron mujeres. El porcentaje de chicos es superior en todos los años situándose las mayores diferencias en el 2016 (82,5%) y la menor en 2013 (47,7%). A continuación, se muestra la evolución de los casos incluidos por año según el sexo (Gráfico 1). Los casos aumentan según se van consolidando los programas y, sobre todo, cuando se incorporan los nuevos en 2014 y 2016.

Gráfico 1: Evolución de número de casos incluidos en los programas según sexo

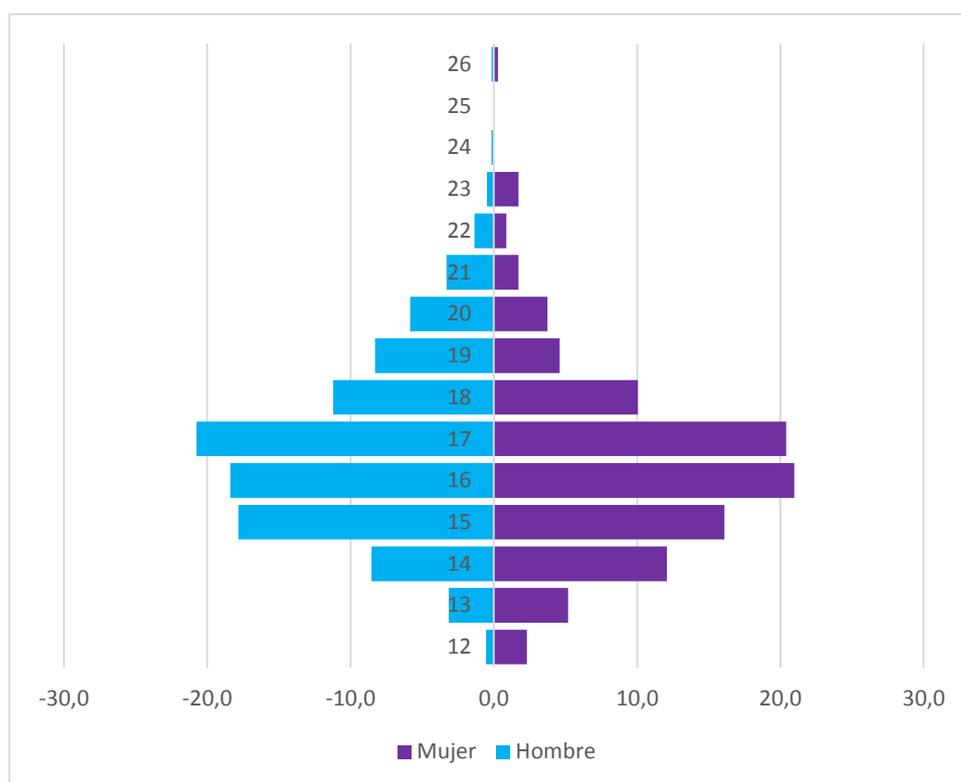


5.1. Datos personales-demográficos

5.1.1. Edad

La edad media de los casos incluidos en el programa con datos de edad (n= 1.615) fue de 16,6 años (IC 95% 16,56-16,77), existiendo una diferencia estadísticamente significativa (p-valor 0,001) de 0,43 años de diferencia entre hombres 16,76 (IC 95: 16,64-16,87) y mujeres 16,33 (IC 95%:16,10-16,56). El rango de edades es de 12-26 años para ambos sexos; siendo pocos los casos superiores a 21 años, 27 hombres y 10 mujeres (Figura 2). Agrupando los casos en tres grupos de edad (Tabla 1): 14 años o menos, entre 15 y 18 años y 19 años o más. Las mujeres con 14 años o menos, representan un 19,6% mientras que los hombres representan un 12,3%. Entre 15 y 18 años, las mujeres representan un 67,7% y los hombres un 68,2%, sin diferencias estadísticas y con 19 años o más, se encuentran un 12,9% de las mujeres frente a un 19,6% de los hombres.

Figura 2: Distribución de edad en porcentajes por sexo



5.1.2. Nacionalidad

En el estudio se ha clasificado la nacionalidad en españoles o extranjeros, del total de 1632 casos analizados, 198 eran extranjeros y 1434 españoles; siendo las proporciones de extranjeros y españoles similares para ambos sexos (Tabla 1).

5.1.3. Situación actual

A la hora de estudiar la situación actual de los casos, se clasificó en: estudia (79,1%), trabaja (2%), estudia y trabaja (2%) y ni estudia ni trabaja (14,9%). Analizando las diferencias por sexos, se encuentran sólo diferencias estadísticamente significativas (Tabla 1) para la categoría de estudia 85,5% en mujeres vs 77,4% en hombres y ni estudia ni trabaja 10,5% vs 16,1%.

5.1.4. Máximo nivel de estudios completado

En el momento de la inclusión, el 40,8% de los casos había completado la educación primaria, el 26,9% había acabado el primer ciclo de educación secundaria y el 18,1% el segundo ciclo de educación secundaria, el 6,9% había cursado garantía social, el 3,1% bachillerato y el 2,5% ciclos formativos de grado medio. No se han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres (Tabla 1).

5.1.5. Adaptación escolar

Los datos referentes a la adaptación escolar muestran que el 24,6% de los casos tiene una adaptación escolar adecuada, el 32,8% presentaba fracaso escolar, el 25,1% absentismo y problemas de conducta o disciplina el 10,1%. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas (Tabla 1) en el absentismo escolar, que está presente en el 30,0% de las chicas frente al 23,8% de los chicos.

5.1.6. Adaptación familiar

Los datos obtenidos en relación con la adaptación familiar muestran que el 15,7% de los casos tiene una adaptación familiar adecuada. Presentan conflictos familiares el 32,5% de los casos y problemas de disciplina el 23,5%. Se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos para la adaptación familiar adecuada 9,9% en mujeres y 17,3% en hombres (Tabla 1), los conflictos familiares 37,7% vs 31,1% y la agresividad física 7,6% vs 4,8%.

5.1.6. Adaptación social

La adaptación social es adecuada en el 41,1% de los casos, teniendo conductas antisociales o predelictivas el 33,6% y dificultad en las relaciones sociales o aislamiento el 16,4%. Se han observado diferencias estadísticamente significativas (Tabla 1) en la presencia en los casos de conductas antisociales o aislamiento social 20% en mujeres vs 15,4% en hombres, agresividad verbal o física 8,6% vs 4,7%, otras conductas desadaptativas 4,6% vs 1,8% y conductas antisociales y predelictivas 24,6% vs 36,1%.

5.2. Valoración del caso

5.2.1. Droga principal

La droga principal que motivó la intervención por consumo problemático en los casos fue en el 61,6% el cannabis, seguida del alcohol (11,5%), cocaína (0,6%), anfetaminas (0,4%), drogas de síntesis (0,2%) y otras (0,5%). Indicar que presentaron policonsumo el 25,2% (siendo las combinaciones más frecuentes el consumo de cannabis, tabaco y alcohol). Se han hallado diferencias estadísticamente significativas por sexo (Tabla 2) para el alcohol (22,4% en mujeres vs 8,5% en hombres) y cannabis (51,4% vs 64,4%).

5.2.2. Edad de inicio del consumo de la droga principal

La edad media del inicio de consumo de la droga principal que motiva la intervención se encuentra en los 14,02 años (IC 95%: 13,94-14,10), existiendo una diferencia estadísticamente significativa (p-valor 0,003) de 0,3 años entre la edad de inicio de hombres 14,08 años (IC 95%: 13,99-14,18) y mujeres 13,78 años (IC 95%: 16,61-13,95). El rango de edades de inicio de consumo se encuentra entre los 5 y los 20 años. La edad mínima de los hombres es de 5 años y para las mujeres de 6 años. Por el contrario, la edad máxima de inicio de consumo en hombres está en 20 años y para mujeres está en 19 años. Antes de los 12 años (Tabla 2) habían iniciado el consumo el 4,5% de los chicos y el 4,3% de las chicas, sin diferencias significativas; mientras que el 6,8% de los chicos y el 3,7% de las chicas iniciaron los consumos más tarde de los 16 años, existiendo en este caso diferencias significativas.

5.2.3. Edad de inicio del consumo problemático

La edad media del inicio del consumo problemático de la droga principal que motiva la intervención se encuentra en los 15,25 años (IC 95%: 15,16-15,35), existiendo una diferencia estadísticamente significativa entre la edad de los hombres 15,33 años (IC 95%: 15,23-15,43) y las mujeres 14,95 años (IC 95%: 14,78-15,13). El rango de edades de inicio de consumo problemático varía entre su valor mínimo de 9 años para los hombres y 10 años para las mujeres, hasta su valor máximo de 22 años para hombres y 21 años para las mujeres. Entre los 9 y 13 años (Tabla 2) el 17,1% de las mujeres y el 12,8% de los hombres han iniciado su consumo problemático, existiendo diferencias significativas. El 65,3% inicia el consumo problemático entre los 14-16 años y significativamente el 22,6% de los chicos frente al 15,1% de las chicas inician el consumo problemático después de los 16 años.

5.2.4. Trastorno mental

Presentaban algún trastorno mental 271 casos (16,8%) en el momento de su inclusión en los programas, sin apreciarse diferencias estadísticamente significativas entre sexos (Tabla 2). De los 255 casos con información disponible según la clasificación CIE-10, el 60% fueron trastornos hipercinéticos (F90) tipo déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (33,3% en mujeres y 67,2% en hombres con diferencias significativas), el 8,2% trastornos ansioso-depresivos (22,2% vs 4,5% también con significación estadística) y el 6,7% trastornos disociativos (3,7% vs 7,5%), entre otros.

5.2.5. Problema jurídico-penal

458 casos presentaron problemas jurídico-penales (28,4%), detectándose diferencias significativas por sexo (22,1% en mujeres vs 30,1% en hombres) (Tabla 2). De estos en los 275 casos se dispuso de información, indicando que el 23,7% se encontraba en libertad vigilada (28,6% en mujeres y 22,9% en hombres con diferencias significativas), el 18,3% había sufrido una sanción administrativa (11,9% vs 19,3%) y el 9,8% habían tenido problemas por robos (9,5% vs 9,8%).

5.3. Datos relativos a la intervención

5.3.1. Duración de la intervención

Los casos que recibieron el alta durante el periodo de estudio fueron 1059 hombres y 308 mujeres (Tabla 3). La duración media de las intervenciones en los 1357 con información disponible fue de 8,19 meses (IC 95%:7,81-8,57) sin diferencias entre los chicos y las chicas. El tiempo que han estado los y las jóvenes en tratamiento psicoterapéutico ha oscilado entre menos de 1 mes (1,8% de los casos) y 43 meses (0,4%). En el caso de las mujeres el mayor periodo de intervención fueron 43 meses y 52 en los hombres.

5.3.2. Tipo de alta

Del total de 1367 casos dados de alta (Tabla 3), el 44,5% fueron altas voluntarias (en las que el equipo terapéutico considera que aún no se han cumplido todos los objetivos necesarios, pero la familia decide terminar la intervención), el 36,1% altas terapéuticas con cumplimiento de objetivos, el 15,6% altas forzosas (por motivos no voluntarios las familias han tenido que abandonar el programa), el 3,6% derivaciones a otros recursos por considerarse más adecuados y el 0,3% expulsiones por infringir alguna de las normas básicas establecidas en el programa. En función del sexo no se observan diferencias estadísticamente significativas.

6.- Discusión y limitaciones

La mayor parte de los casos atendidos desde los programas de prevención familiar indicada en Castilla y León son chicos (78,37%), al igual que sucede en otros estudios²⁵ y en contraposición a aquellos realizados en el ámbito escolar, donde la proporción de chicas y chicos es similar^{28, 30(51%), 31(56%)}. En relación a la edad de los casos atendidos, la media se sitúa en torno a los 16 años, siendo congruente con el del consumo mensual de las drogas principales indicado por ESTUDES 2016/17⁵ y señalando que los casos llegan a los programas en el momento crítico en el que los consumos se empiezan a generalizar. Si bien, en este estudio la edad media es superior en los chicos, frente a la no existencia de diferencias en ESTUDES⁵. Destacar que las chicas tienen mayor peso en las edades más pequeñas, con lo que eso implica en el desarrollo de las niñas cuyo organismo es aún más sensible a las sustancias que en el caso de los chicos³⁶⁻³⁸.

La mayor parte de los casos son de nacionalidad española (98,8%) tanto en los chicos como en las chicas, conservándose la proporción. La población inmigrante en Castilla y León de edades comprendidas entre 14 y 19 años supone el 10%³⁹, por lo que parece estar infrarrepresentada en estos programas, a pesar de que a priori los factores de riesgo serían mayores. Esto se puede deber a un menor conocimiento de este tipo de recursos y, por tanto, un menor acceso a la red de prevención.

En relación a la formación, las chicas atendidas estudian en mayor porcentaje que los chicos y estos se encuentran en la situación de NINI (ni estudia ni trabaja) en mayor medida que ellas, en contra de los datos de otros estudios⁴⁰. Sin embargo, la formación máxima que tienen los casos atendidos es similar entre chicos y chicas y está en un 74,6% por debajo de la titulación en ESO (Educación Secundaria Obligatoria) a pesar de que el 50,2% de los casos tienen 16 o menos años. Estos datos concuerdan con otros estudios^{29, 30} en que la adaptación escolar es un factor de riesgo para el consumo de drogas, encontrándose altos porcentajes de absentismo 25,1% y de fracaso escolar 32,8%. Destacar que el absentismo es significativamente superior en las chicas.

Respecto a la adaptación familiar las chicas tienen un patrón más complejo al presentar más conflictos familiares y más agresividad física. Además en el área social las chicas también presentan más dificultades de relaciones o aislamiento social (20%) y más violencia verbal o física (8,6%), mientras que los chicos presentan más conductas predelictivas (36,1%). Estos datos son relevantes ya que la adaptación social y familiar parece tener un papel más importante en el desarrollo de problemas por abuso de sustancias para las chicas que los chicos⁴¹.

La droga principal que motiva la intervención en más de la mitad de los casos es el cannabis tanto en chicas como en chicos, dato que concuerda con el de otros estudios^{2, 25, 27}. Es importante destacar que el Observatorio Europeo en sus diferentes informes viene detectando un progresivo aumento en la concentración de THC (tetrahidrocannabinol), tanto de la marihuana como del hachís, lo que está generando mayores problemas entre los consumidores². Se observa que el consumo de cannabis es más frecuente entre los chicos (64,4%) y el de alcohol entre las chicas (22,4%). Es importante matizar que especialmente el consumo de alcohol entre los adolescentes y jóvenes tiene unas diferencias importantes según el género que incluye aspectos diferenciales en los patrones de consumo⁴².

Respecto a la edad media de inicio del consumo, que se encuentra entorno a los 14 años, se observa que es inferior en el caso de las chicas. Al igual que ocurre con la edad de inicio del consumo problemático, donde la media se sitúa en torno a los 15 años y las chicas lo inician también de forma más temprana, siendo estos datos congruentes con los indicados por ESTUDES de Castilla y León⁵.

Los trastornos mentales están presentes en el 16,8% de los casos en el momento de la inclusión, siendo la mayoría trastornos hipercinéticos tipo TDAH y en menor medida trastornos ansioso-depresivos y disociativos de la personalidad, no habiendo diferencias entre chicos y chicas. Los trastornos mentales son un factor de riesgo para la aparición de problemas con el consumo de drogas siendo este tipo de trastornos los referidos por otros estudios o guías^{18, 24, 28-30}, demostrando la necesidad y eficacia de las intervenciones sobre este colectivo. En cuanto a los problemas jurídico-penales, un 28% de los casos presenta alguno, principalmente sanciones administrativas, robos y libertad vigilada, siendo significativamente superior su presencia entre los chicos (30,1%) y presentando datos similares en otros programas^{25,30}.

Respecto a la duración de la intervención, la media se encuentra en 8,19 meses, siendo la duración mínima menos de 1 mes y la máxima 52 meses, sin diferencias significativas entre chicos y chicas. Otros estudios²⁵ abalan también las intervenciones breves extendidas (4-6 sesiones) o las intervenciones con la familia y el profesorado (12 sesiones)^{24, 26}. El tipo de alta fue en su mayoría alta voluntaria (44,5%) seguida del alta terapéutica (36,1%). Los resultados de la intervención fueron similares entre los chicos y las chicas, en contraposición de los obtenidos por otros estudios donde las chicas muestran una mayor respuesta en la reducción del consumo de drogas^{30, 29}.

Limitaciones

Los datos descriptivos de los trastornos mentales y de los problemas jurídico-penales en algunos casos ha sido difícil de catalogar y se ha incluido en la categoría otros, por lo que el análisis de esta variable hay que tomarlo con cautela. En alguna categoría de las mujeres el número de casos fue escaso lo que dificulta las comparaciones.

La falta de estudios publicados sobre este tipo de programas en nuestro país, a pesar de su recomendación como una intervención efectiva por los organismos internacionales hace difícil la comparación de los resultados. Aunque esta misma circunstancia da mayor potencia al estudio que puede aportar nuevos datos sobre los perfiles de esta población facilitando a otros investigadores un marco de referencia.

7. Conclusiones y retos

- El perfil básico de las personas atendidas en estos servicios es el de: un chico, español de 16 años de edad, estudiante, con fracaso escolar en la ESO, inadaptación familiar, con una frecuencia importante de conductas antisociales/predelictivas/delictivas y trastornos mentales y consumidor principalmente de cannabis y alcohol.
- Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas por género, en los siguientes aspectos: la edad de los casos, siendo las chicas más pequeñas, con los riesgos que esto conlleva; el porcentaje de chicas que estudia es superior al de los chicos y menor el de las chicas que ni estudian ni trabajan; la adaptación familiar es menor entre las chicas y los conflictos y la agresividad física familiar mayor. Las conductas aislamiento social, la agresividad verbal o física y otras conductas desadaptativas son mayores entre las chicas, mientras que las conductas antisociales y predelictivas son mayores en los chicos. Las chicas acuden por consumos problemáticos de alcohol y los chicos por cannabis. La edad de inicio del consumo experimental y del consumo problemático es anterior al de los chicos. Las chicas presentan más trastornos ansioso-depresivos y los chicos más trastornos por TDHA o antisociales. Los problemas jurídico penales están más presentes en los chicos.
- Aunque la intervención parece ser igual de efectiva en chicos y chicas, podrían plantearse elementos diferenciales en las áreas de intervención, teniendo en cuenta el patrón más complejo en la adaptación familiar, la inhibición y agresividad social de las chicas, reforzando los vínculos y la comunicación con la familia, las

habilidades sociales, la emociones y el autocontrol; así como trabajar especialmente las expectativas sobre el consumo de alcohol teniendo en cuenta la influencia del género. Mientras que en la intervención con los chicos sería necesario reforzar su vinculación con la escuela y las habilidades sociales y de toma de decisiones para evitar las conductas predelictivas y delictivas, el control de impulsos en los casos de hiperactividad y las expectativas y percepción de riesgo en relación al cannabis.

- La mayor parte de los estudios encontrados se basan en intervenciones de prevención universal y selectiva, por lo que serían necesarios más estudios en el ámbito de la prevención indicada con los que poder comparar nuestros resultados y, en especial, centrados en las diferencias por género.

8. Agradecimientos

Mi agradecimiento a la Universidad de Valladolid por brindarme la oportunidad de realizar este Trabajo de Fin de Grado. A Ana Sánchez Sánchez y Alexander Velázquez Miranda, del Comisionado Regional para la Droga, a los técnicos de los 11 Servicios de Prevención Indicada de Castilla y León, cuya aportación ha sido esencial para llevar a cabo este estudio. Y en especial, a mi tutora, la Dra. Susana Redondo, por sus conocimientos, apoyo y comprensión durante este tiempo, sin quien nada de esto habría sido posible. Por último, agradecer a mi familia, a Guillermo y a Miga, por su paciencia y cariño incondicional.

9.- Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002 [citado 9 may 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/whr/2002/es/>
2. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades [Internet]. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2018. [citado 15 dic 2018]. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001E_SN_PDF.pdf
3. European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction. ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016 [citado 16 dic 2018]. Disponible en: http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf
4. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Informe 2016: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2014 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [citado 6 dic 2018]. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016_Informe_ESTUDES.pdf
5. Comisionado Regional para la Droga. Informe 2017: Encuesta Escolar sobre Drogas. Castilla y León 2016/2017 [Internet]. Valladolid: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Junta de Castilla y León; 2017 [citado 6 dic 2019]. Disponible en: <https://familia.jcyl.es/web/jcyl/binarios/285/336/Presentaci%C3%B3n%20ESTUDES%202016.pdf>
6. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Informe 2017: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Encuesta sobre Alcohol y Otras Drogas en España (EDADES), 1995-2017 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017 [citado 6 dic 2018]. Disponible en: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2017OEDA-INFORME.pdf>
7. Comisionado Regional para la Droga. Informe 2015: Encuesta sobre Alcohol y Drogas en la población general de Castilla y León (EDADES) 2017 [Internet]. Valladolid: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Junta de Castilla y León; 2017 [citado 6 dic 2018]. Disponible en:

<https://familia.jcyl.es/web/jcyl/binarios/187/345/Presentaci%C3%B3n%20EDADES%202017%20CyL.pdf>

8. Legleye S, Piontek D, Kraus L, Morand E, Falissard B: A validation of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) using a latent class analysis of the DSM-IV among adolescents. *Int J Methods Psychiatr Res* 2013; 22:16-26.

9. National Institute on Drug Abuse. Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción [Internet]. Unidos. Washington, D.C.: Instituto Nacional de la Salud; Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados; 2018 [actualizado jul 2018; citado 9 may 2019]. Disponible en: https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/soa_sp.pdf

10. Alonso Sanz C, Salvador Llivina T, Suelves Joanxich JM, Jiménez García-Pascual R, Martínez Higuera I. Prevención de la A a la Z. Glosario de Términos en Prevención del Abuso de Drogas [Internet]. Barcelona: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud; 2004 [citado 15 abr 2019]. Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/156344/1655680/diccionario_preencion.pdf

11. Comisionado Regional para la Droga. VII Plan Regional sobre Drogas 2017-2021 [Internet]. Valladolid: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Junta de Castilla y León; 2017 [citado 18 dic 2018]. Disponible en: <https://familia.jcyl.es/web/jcyl/binarios/544/277/Acuuerdo%2022-2017,0.pdf>

12. Sánchez CA. Guía de intervención: menores y consumos de drogas [Internet]. Madrid: Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales (ADES); 2002 [citado 10 ene 2019]. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/prevencion_eficaz.pdf

13. European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction. Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents. A review of the theory and evidence based on indicated prevention [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2009 [citado 23 mar 2019]. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/562/EMCDDA-TB-indicated_prevention_130796.pdf

14. Gordon, RS. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep.* 1983; 98(2): 107-109.

- 15.** Harris W, Ryan J. Indicated Prevention: Bridging the Gap, One Person at a Time. J Psychoactive Drugs. 2010; Suppl. 6:277-285.
- 16.** American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
- 17.** United Nations Office on Drugs and Crime. International Standards on Drug Use Prevention [Internet]. Vienna: United Nations Office; 2015 [citado 15 may 2019]. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC_2013_2015_international_standards_on_drug_use_prevention_E.pdf
- 18.** European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Technical report. Drug prevention: exploring a systems perspective [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019 [citado 9 may 2019]. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/10403/EMCDDA%20Technical%20report_Drug%20prevention%20systems.pdf
- 19.** Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas: una Guía Europea [Internet]. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2017 [citado 9 may 2019]. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/6343/20174796_TD0117699E_SN_PDF.pdf
- 20.** Comisionado Regional para la Droga. Memoria del Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León (2016) [Internet]. Valladolid: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Junta de Castilla y León; 2016 [citado 20 ene 2019]. Disponible en: [https://familia.jcyl.es/web/jcyl/binarios/904/496/Memoria%202016%20versi%C3%B3n%20Castilla%20y%20Le%C3%B3n%20\(revisada\)%20\(2\).pdf](https://familia.jcyl.es/web/jcyl/binarios/904/496/Memoria%202016%20versi%C3%B3n%20Castilla%20y%20Le%C3%B3n%20(revisada)%20(2).pdf)
- 21.** Comisionado Regional para la Droga. Informe 2017: Informe sobre los casos atendidos en los programas de prevención indicada 2017 [Internet]. Valladolid: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Junta de Castilla y León; 2017 [citado 10 mar 2019]. Disponible en: <https://familia.jcyl.es/web/jcyl/binarios/743/205/Informe%20Prevenci%C3%B3n%20Familiar%20Indicada%202017.pdf>
- 22.** Comisionado Regional para la Droga. Ficha Técnica de los Programas de Prevención Familiar Indicada. [Internet]. Valladolid: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Junta de Castilla y León; 2017 [actualizado 1 enero de 2019; citado 4

enero de 2019]. Disponible en:
https://familia.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1284303581782/_/_/_

23. European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction. Multidimensional family therapy for adolescent drug users: a systematic review [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014 [citado 5 may 2019]. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/786/TDAU13008ENN_460882.pdf

24. Romero E, Rodríguez C, Villar P, Gómez-Fraguela XA. Intervención sobre problemas de conducta tempranos como prevención indicada del consumo de drogas: Siete años de seguimiento. *Adicciones*. 2017; 29(3):150-162.

25. Guitart AM, Bartroli M, Villalbí JR, Guilañá E, Castellano Y, Espelt A, et al. Prevención Indicada del Consumo Problemático de Drogas en Adolescentes de Barcelona. *Rev Esp Salud Pública*. 2012; 86:189-198.

26. Vermeulen-Smit E, Verdurmen JEE, Engels RCME. The effectiveness of Family Interventions in Preventing Adolescent Illicit Drug Use: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2015; 18:218-239.

27. Lee CM, Kilmer JR, Neighbors C, Atkins DC, Zheng C, Walker DD, et al. Indicated Prevention for College Student Marijuana Use: A Randomized Controlled Trial. *J Consult Clin Psychol*. 2013; 81(4):702-709.

28. Rohde P, Stice E, Gau JM, Marti CN. Reduced Substance Use as a Secondary Benefit of an Indicated Cognitive-Behavioral Adolescent Depression Prevention Program. *Psychol Addict Behav*. 2012; 26(3):599-608.

29. Watson DW, McCuller WJ, Bisesi L, Tanamly S, Sim T, Kavich JA. Preparing Adolescents for Success in School: A School-Based Indicated Prevention Model for Adolescents in the Alternative High School Settings. *Journal of HIV/AIDS Prevention in Children & Youth*. 2004; 6(2):7-31

30. DeGarmo DS, Eddy JM, Reid JB, Fetrow RA. Evaluating Mediators of the Impact of the Linking the Interests of Families and Teachers (LIFT) Multimodal Preventive Intervention on Substance Use Initiation and Growth across Adolescence. *Prev Sci*. 2009; 10(3):208-220.

- 31.** Grossbard JR, Mastroleo NR, Kilmer JR, Lee CM, Turrisi R, Larimer ME, et al. Substance Use Patterns Among First-Year College Students: Secondary Effects of a Combined Alcohol Intervention. *J Subst Abuse Treat.* 2010; 39(4):384-390.
- 32.** Marsden J, Stillwell G, Barlow H, Boys A, Taylor C, Hunt N, et al. An evaluation of a brief motivational intervention among young ecstasy and cocaine users: no effect on substance and alcohol use outcomes. *Addiction.* 2006; 101(7):1014-1026.
- 33.** Walker DD, Roffman RA, Stephens RS, Wakana K, Berghuis J, Kim W. Motivational enhancement therapy for adolescent marijuana users: a preliminary randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2006; 74(3):628-632.
- 34.** White IIR, Morgan TJ, Pugh LA, Celinska K, Labouvie EW, Pandina RJ. Evaluating two brief substance-use interventions for mandated college students. *J Stud Alcohol.* 2006; 67(2):309-317.
- 35.** McCambridge J, Strang J. The efficacy of single session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction.* 2004; 99(1):39-52
- 36.** Casa. Finds Differences in Why Girls vs. Boys Use Cigarettes, Alcohol and Other Drug [Internet]. Whasintong, D.C.: The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University; 2003 [citado 20 may 2019]. Disponible en: <https://www.centeronaddiction.org/newsroom/press-releases/2003-formative-years>
- 37.** Emanuele MA, Wezeman F, Emanuele NV. Alcohol's Effects on Female Reproductive Function. *Alcohol Res Health.* 2002; 26(4):274- 281.
- 38.** Sánchez Pardo L. Prevención del consumo de drogas con perspectiva de género. Recomendaciones con base en la evidencia [Internet]. Alicante: Diputación de Alicante. Área de Igualdad y Juventud; 2014 [citado 20 may 2019]. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2014_Guia_prevision_genero_Diputacion_Alicante.pdf
- 39.** Junta de Castilla y León [Internet]. Valladolid: Junta de Castilla y León [Citado 15 may 2019] Disponible en: http://www.jcyl.es/web/jcyl/Estadistica/es/Plantilla100/1284159001878/1246989275272/_/_/
- 40.** Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología. Desmontando a ni-ni. Un estereotipo juvenil en tiempos de crisis [Internet].

Madrid: Instituto de la Juventud; 2011 [citado 15 may 2019]. Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/9206-01.pdf>

41. Hops H, Davis B, Lewin LM. The development of alcohol and other substance use: a gender study of family and peer context. *J Stud Alcohol Suppl.* 1999; 13:22-31.

42. Fernández Rodríguez MA, Dema Moreno S, Fontanil Gómez Y. La influencia de los roles de género en el consumo de alcohol: estudio cualitativo en adolescentes y jóvenes en Asturias. *Adicciones* [Internet]. 2018 [citado 20 may 2019]. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1003/958>

10.- Anexos:

ANEXO 1: FICHA DE DERIVACIÓN A PROGRAMAS DE PREVENCIÓN INDICADA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
Nombre y Apellidos:	
Fecha de nacimiento:	Edad:
Sexo:	
Nombre y apellidos del familiar o persona de referencia:	
Domicilio:	Localidad: CP:
Teléfono Fijo:	Teléfono Móvil:

ORIGEN DE LA DEMANDA			
<input type="checkbox"/> Iniciativa propia	<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Amigos	<input type="checkbox"/> Profesionales

ORIGEN DE LA DERIVACIÓN	
Centro:	Localidad:
Profesional que realiza la derivación:	Teléfono:
Fecha de primer contacto:	Fecha de la derivación:
Motivo de la derivación:	

DATOS SOBRE EL CONSUMO	
Druga/s que motiva la demanda:	
Edad de inicio en el consumo:	
Frecuencia de consumo:	Otras drogas consumidas:

EVALUACIÓN SOCIAL - FAMILIAR	
Convivencia actual:	<input type="checkbox"/> Familia de origen <input type="checkbox"/> Familia adquirida <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Medio protegido <input type="checkbox"/> No estable <input type="checkbox"/> Otros
Nivel socioeconómico:	<input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio- alto <input type="checkbox"/> Medio - Bajo <input type="checkbox"/> Bajo
Problemas Médico-psiquiátricos:	
Situación Jurídica:	
Comportamiento con la familia o personas de referencia:	
Otros datos de interés:	

SITUACIÓN ACADÉMICO - LABORAL	
Último curso realizado:	Fecha de incorporación al mercado laboral:
Centro Educativo:	Situación laboral:
Datos referentes sobre el grado de adaptación escolar:	<input type="checkbox"/> Con relación laboral o contrato indefinido
<input type="checkbox"/> Fracaso Escolar	<input type="checkbox"/> Con contrato o relación laboral temporal
<input type="checkbox"/> Absentismo Escolar	<input type="checkbox"/> Trabajando sin sueldo para la familia
<input type="checkbox"/> Problemas de Conducta-disciplina	<input type="checkbox"/> Parado
<input type="checkbox"/> Otros _____	<input type="checkbox"/> Realizando exclusivamente labores del hogar
	<input type="checkbox"/> En otra situación
	<input type="checkbox"/> Desconocida

ANEXO 2: COMPROMISO TERAPÉUTICO DEL PROGRAMA

Los abajo firmantes manifiestan estar de acuerdo con las siguientes condiciones de trabajo terapéutico – educativo propuestas por el programa

1. La incorporación al programa tendrá un carácter voluntario.
2. La duración del programa será de 6 a 8 meses, más la fase de seguimiento de un año aproximadamente, con entrevistas individuales y familiares una vez por semana y espaciándose según se vayan cumpliendo los objetivos.
3. Se llevará a cabo un programa de trabajo grupal de ocho sesiones para jóvenes.
4. Se llevará a cabo un programa de trabajo grupal de ocho sesiones para familiares o tutores.
5. Tanto el joven, la familia como el terapeuta podrán finalizar el programa en el momento que lo vean oportuno.
6. El joven y la familia se comprometen a aceptar las condiciones de trabajo que el profesional les proponga en lo que respecta a la duración de las entrevistas y al cumplimiento de las normas.
7. El terapeuta se compromete a respetar la confidencialidad de lo trabajado en las entrevistas y en los grupos.
8. El joven y su familia se comprometen a responder a un cuestionario de satisfacción personal al finalizar el programa.
9. En el caso de que el joven sea menor de edad, se autoriza por parte de los responsables a proporcionar información sobre sustancias psicoactivas, así como a realizar un programa de reducción de riesgos si se valora la conveniencia del mismo por parte del equipo de intervención.

Este contrato es voluntario y se puede proceder a su anulación cuando el interesado o interesados soliciten el informe de Alta Voluntaria o incumpla algunos de los puntos expuestos anteriormente.

En a de 200

Joven

Familia

Profesional

ANEXO 3: FICHA DE REGISTRO DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN INDICADA



Prevención Familiar Indicada Hoja de recogida de datos de los programas

Nº de hoja

--	--	--	--

1. Nombre del programa:

2. Provincia del programa:

Datos personales

3. Dos primeras letras de los dos apellidos

--	--	--	--

4. Sexo

- 01. Hombre
- 02. Mujer

5. Fecha de nacimiento

Día	Mes	Año

6. Nacionalidad

.....

(Escribir nombre del país)

7. Municipio de residencia

(Especificar)

8. Convivencia habitual

- 01. Padre y madre en convivencia
 - 02. Padre o madre separados/divorciados
 - 03. Familia monoparental
 - 04. Acogimiento familiar
 - 05. Centro residencial
 - 06. Amistades, piso compartido
 - 07. Solo/a
 - 08. Otra.....
- (Especificar)

9. Situación actual

- 01. Estudia
 - 02. Trabaja.....
- (Especificar tipo de contrato)
- 03. Estudia y trabaja
 -
- (Especificar tipo de contrato)
- 04. Ni estudia ni trabaja

10. Máximo nivel de estudios completado

- 01. Formación Ocupacional

(jóvenes con necesidades especiales)

- 02. Garantía Social o PCPI
 - 03. Educación primaria
 - 04. E. Secundaria 1ª ciclo (12-14 años)
 - 05. E. Secundaria 2ª ciclo (14-16 años)
 - 06. Bachillerato
 - 07. Ciclo Formativo de Grado Medio (FPI)
 - 08. Ciclo formativo de Grado Superior (FPPI)
 - 09. Estudios o Grados Universitarios
 - 10. Otros.....
- (Especificar)

11. Adaptación escolar

- 01. Adecuada
 - 02. Absentismo
 - 03. Fracaso escolar
 - 04. Problemas de conducta/ disciplina
 - 05. Otra
- (Especificar)

12. Adaptación familiar

- 01. Adecuada
 - 02. Problemas de disciplina
 - 03. Conflictos familiares
 - 04. Dificultades de comunicación
 - 05. Agresividad verbal
 - 06. Agresividad física
 - 07. Otra.....
- (Especificar)

13. Adaptación social

- 01. Adecuada
 - 02. Dificultad en las relaciones, aislamiento social
 - 03. Conductas antisociales, predelictivas
 - 04. Agresividad verbal o física
 - 05. Pertenencia a grupos políticos extremos, bandas, etc.
 - 06. Otra.....
- (Especificar)

Datos de la valoración

14. Fecha de contacto con el recurso

Día	Mes	Año



Junta de Castilla y León

Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
Gerencia de Servicios Sociales
Comisionado Regional para la Droga



Servicios Sociales
de Castilla y León

15. Quien solicitó la valoración

- 01. Sólo el joven/la joven
- 02. Sólo la familia / tutor/a
- 03. El adolescente y la familia
- 04. Otros/otras

16. Proceso de captación

Libre adhesión

Derivación

- 01. Programas de Prevención Familiar (universal y selectiva)
- 02. Servicios sociales básicos y especializados
- 03. Departamentos de orientación de los centros educativos

Nombre del centro.....
Localidad.....

- 04. Equipos de Salud Mental
- 05. Equipos de Atención Primaria
- 06. Secciones de protección a la infancia
- 07. Centro de atención a drogodependientes
- 08. Unidad de Intervención Educativa
- 09. Juzgado de Menores
- 10. Otro recurso

(Especificar)

17. Fecha de evaluación inicial

Día		Mes		Año	
<input type="text"/>					

18. Inclusión en el programa

- 01. Sí.
- 02. No. Si se deriva, especificar tipo de recurso

19. Fecha del diagnóstico psico-social

Día		Mes		Año	
<input type="text"/>					

20. ¿Se ha utilizado algún instrumento de evaluación?

- 01. Sí (especificar)
- 02. No

.....
.....
.....
.....

Datos de la intervención

21. ¿Existen antecedentes familiares de consumo de drogas?

- 01. Sí (especificar)
- 02. No

.....
.....

22. Droga principal que motiva la intervención

- 01. Alcohol
- 02. Cannabis
- 03. Cocaína
- 04. Drogas de síntesis
- 05. Anfetaminas
- 06. Otra (especificar)
- 07. Policonsumo (enumerar según importancia)

.....
.....

23. Frecuencia de consumo de la droga principal

- 01. Todos los días
- 02. 4-6 días/semana
- 03. 2-3 días/semana
- 04. 1 día/ semana
- 05. Menos de 1 día/semana
- 06. No consumió

24. Edad de inicio del consumo de la droga principal

(años)



Junta de Castilla y León

Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
Gerencia de Servicios Sociales
Comisionado Regional para la Droga



Servicios Sociales de Castilla y León

25. Edad de inicio del consumo problemático (años)

26. ¿Padece algún trastorno mental estabilizado?

01. Sí (especificar según la CIE-10)

02. No

27. ¿Tiene pautado tratamiento farmacológico?

01. Sí
.....
(Especificar)

02. No

28. ¿Tiene algún problema jurídico/penal?

01. Sí
.....
(Especificar si está relacionada con la posesión)

02. No

29. Áreas y tipos de intervención (marcar con una X)

Área	Tipo de intervención				
	Joven individual	Joven grupal	Familia individual	Familia grupal	Conjunta (joven con familia)
Consumo drogas ¹					
Familiar ²					
Personal ³					
Social ⁴					
Escolar/ laboral ⁵					
Ocio/ tiempo Libre ⁶					

30. ¿Quién ha participado en el programa?

(Indicar los códigos de quienes participaron)

01. Joven
02. Padre
03. Madre
05. Otro familiar
06. Otro.....(Especificar)

04. Educador/ tutor
31. Fecha de alta en el programa
Día Mes Año

32. Motivo de alta del programa

a. Alta terapéutica¹
b. Alta voluntaria²
c. Alta forzosa³
d. Expulsión⁴
e. Derivación⁵

Especificar los motivos
.....

33. Grado de cumplimiento de los objetivos

Valorar de 1 (nada) a 4 (totalmente)

	Joven	Familia
Consumo drogas		
Familiar		
Personal		
Social		
Escolar/ laboral		
Ocio/ tiempo libre		

34. Si se deriva ¿a donde se hace?

a. Programa.....
b. Recurso.....

35. ¿Se ha realizado un seguimiento del programa?

01. Sí 02. No

¿Por teléfono o a través de entrevista?

01. Teléfono 02. Entrevista

36. ¿En qué momento se ha realizado el seguimiento?

a. Al mes
b. A los 2 meses
c. A los 3 meses
d. A los 6 meses
e. A los 9 meses
f. A los 12 meses

ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN FAMILIAR INDICADA DE CASTILLA Y LEÓN

El/la joven.....con DNI n.º.....y sus padres o tutores D..... con DNI n.º.....y D.ª.....con DNI n.º..... manifiestan que han sido informados y dan su consentimiento a la incorporación de los datos personales facilitados a un fichero de datos mixto/automatizado (cuyo responsable es la *entidad de referencia*), que cumple la normativa vigente, garantizando la confidencialidad de los mismos. También se da el consentimiento para que dichos datos puedan ser cedidos a la administración competente de la Junta de Castilla y León, para la inclusión en los sistemas de información, la realización de estudios o de evaluaciones del programa y, si fuera necesario, a otras entidades (sistema educativo, sanitario, de servicios sociales...) para mejorar la calidad de la intervención.

Asimismo, declaran estar informados y de acuerdo con las siguientes condiciones sobre las intervenciones psico-educativas incluidas en el programa.

- La incorporación y participación en el programa tiene un carácter voluntario y gratuito. Tanto el/la joven, la familia, el tutor/a como el equipo terapéutico podrán finalizar el programa en el momento que lo consideren oportuno.
- El/la joven y la familia se comprometen a aceptar las condiciones de intervención que el equipo proponga en relación con la duración de las entrevistas y el cumplimiento de las normas, así como a mantener un comportamiento respetuoso con el equipo.
- La evaluación del programa requiere del estudio de diversos aspectos de los participantes (joven y familia) para la elaboración de una propuesta individualizada de intervención, para lo cual los participantes en el programa se comprometen a responder a los cuestionarios o tests que sean precisos.
- Las intervenciones se llevarán a cabo a través de sesiones individuales, sesiones conjuntas (con la unidad familiar) y si fuera posible, a través de sesiones grupales con otros jóvenes y con otras familias.
- El programa realizará una intervención con el menor o joven y la familia, pudiendo proporcionar información sobre sustancias psicoactivas y realizar un programa de reducción de riesgos si fuera preciso.
- La duración del programa es variable, y contempla la posibilidad de realizar un seguimiento del caso una vez dado de alta mediante entrevistas individuales/familiares.

En _____, a ____ de _____ de _____

Firma participante Firma madre/padre-tutor/a Profesional de referencia

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN INDICADA		
REGLAMENTO GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS. REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016		
Epígrafe	Información básica	Información adicional
Responsable del Tratamiento	Entidad	Calle: Teléfono: Correo electrónico:
		Datos de contacto del Delegado de Protección de Datos Correo electrónico: Calle: Teléfono:
Finalidad del tratamiento	Gestionar las intervenciones del Servicio prevención indicada	Recoger y tratar los datos de carácter personal con el fin de gestionar de forma coordinada e integral las intervenciones preventivas con los menores y sus familias, que sean necesarias.
		Los datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos. Será de aplicación lo dispuesto en la normativa de archivos y documentación.
Legitimación del tratamiento	Consentimiento del interesado Cumplimiento de una obligación legal	Artículo 6.1.a) del Reglamento General de Protección de Datos Artículo 6.1.c) Reglamento General de Protección Datos Artículo 13.1 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil
		La aportación de los datos es requisito indispensable para el acceso a las intervenciones preventivas.
Destinatarios de cesiones o transferencias	Órganos administrativos a los que se dirige la solicitud	Los destinatarios son los órganos administrativos a los que los interesados dirijan su solicitud, tanto de la entidad responsable del programa, como de la Administración de Castilla y León y de otras administraciones públicas a nivel nacional en cumplimiento de la normativa en materia de interoperabilidad.
Derechos de las personas interesadas	Derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional.	Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento, a través de los medios de presentación legalmente establecidos, y de acuerdo con los artículos 15 al 23 del RGPD.
		Tiene derecho a retirar el consentimiento prestado.
		Puede ejercer todos estos derechos ante el responsable del tratamiento o ante el Delegado de Protección de Datos.
		Puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos: https://www.aepd.es/
Procedencia de los datos	Aportados por los interesados y sus representantes	Datos básicos de identificación y contacto (nombre, apellidos, nº DNI/NIE, domicilio, dirección, número de teléfono, correo electrónico). Datos sobre factores de riesgo y de protección de la familia así como otros que fueran necesarios para poder realizar una adecuada intervención.

ANEXO 5: INFORME DE LA COMISIÓN ÉTICA



COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS ÁREA DE SALUD VALLADOLID

Valladolid a 22 de noviembre de 2018

En la reunión del CEIm ÁREA DE SALUD VALLADOLID ESTE del 22 de noviembre de 2018, se procedió a la evaluación de los aspectos éticos del siguiente proyecto de investigación.

PI 18-1136 TFG	VALORACIÓN DE LAS DIFERENCIAS POR GÉNERO DE LOS CASOS ATENDIDOS EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN INDICADA DEL CONSUMO DE DROGAS.	I.P.: SUSANA REDONDO MARTIN. EQUIPO: PALOMA ARRANZ VAQUERO UVA. RECIBIDO: 14-11-2018
-------------------	--	--

A continuación les señalo los acuerdos tomados por el CEIm ÁREA DE SALUD VALLADOLID ESTE en relación a dicho Proyecto de Investigación:

Considerando que el Proyecto contempla los Convenios y Normas establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética, se hace constar el **informe favorable** y la **aceptación** del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos Área de Salud Valladolid Este para que sea llevado a efecto dicho Proyecto de Investigación.

Un cordial saludo.

F. Javier Álvarez
Dr. F. Javier Álvarez.
CEIm Área de Salud Valladolid Este
Hospital Clínico Universitario de Valladolid
Farmacología, Facultad de Medicina,
Universidad de Valladolid,
c/ Ramón y Cajal 7,
47005 Valladolid
alvarez@med.uva.es,
jalvarezgo@saludcastillayleon.es
tel.: 983 423077

ANEXO 6: TABLA 1. DATOS PERSONALES-DEMOGRÁFICOS

	Hombres		Mujeres		Total		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Edad de los casos incluidos							
≤ 14 años	155	12,2	68	20	223	13,8	0,000
15-18 años	864	68,2	235	67,5	1.099	68,0	
≥ 19 años	248	20	45	12,9	293	18,2	0,004
Nacionalidad							
Española	1125	88,0	309	87,5	1434	87,9	
Extranjera	154	12,0	44	12,5	198	12,1	0,829
Situación actual							
Estudia	987	77,4	300	85,5	1.287	79,1	0,001
Trabaja	54	4,2	11	3,1	65	4,0	
Estudia y trabaja	29	2,3	3	0,9	32	2,0	
Ni estudia ni trabaja	206,0	16,1	37	10,5	243	14,9	0,009
Desconocido	3	0,2	2	0,6	5	0,3	
Máximo nivel de estudios completado							
Formación Ocupacional	5	0,4	2	0,6	7	0,4	
Garantía Social o PCPI	82	6,5	29	8,3	111	6,9	
Educación primaria	528	41,8	130	37,2	658	40,8	
E. Secundaria 1ª ciclo (12-14 años)	334	26,4	100	28,7	434	26,9	
E. Secundaria 2ª ciclo (14-16 años)	220	17,4	71	20,3	291	18,1	
Bachillerato	43	3,4	7	2,0	50	3,1	
Ciclo Formativo de Grado Medio (FPI)	35	2,8	6	1,7	41	2,5	
Ciclo formativo de Grado Superior (FPPII)	3	0,2	1	0,3	4	0,2	
Estudios o Grados Universitarios	7	0,6	0	0,0	7	0,4	
Otros	6	0,5	3	0,9	9	0,6	
Desconocido	16	1,3	4	1,1	20	1,2	
Adaptación escolar							
Adecuada	310	24,3	91	25,8	401	24,6	
Abstentismo	303,0	23,8	106	30,0	409	25,1	0,017
Fracaso escolar	432	33,9	101	28,6	533	32,8	
Problemas de conducta/disciplina	133	10,4	32	9,1	165	10,1	
Otra	96	7,5	23	6,5	119	7,3	
Desconocido	5	0,4	0	0,0	5	0,3	

	Hombres		Mujeres		Total		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Adaptación familiar							
Adecuada	221	17,3	35	9,9	256	15,7	0,001
Problemas de disciplina	300	23,5	83	23,5	383	23,5	
Conflictos familiares	397	31,0	133	37,7	530	32,5	0,018
Dificultades de comunicación	119	9,3	28	7,9	147	9,0	
Agresividad verbal	70	5,5	22	6,2	92	5,6	
Agresividad física	62	4,8	27	7,6	89	5,5	0,04
Otra	110	8,6	25	7,1	135	8,3	
Adaptación social							
Adecuada	523	40,9	146	41,7	669	41,1	
Dificultad en las relaciones, aislamiento social	197	15,4	70	20,0	267	16,4	0,004
Conductas antisociales, predelictivas	462	36,1	86	24,6	548	33,6	0,000
Agresividad verbal o física	60	4,7	30	8,6	90	5,5	0,005
Pertenencia a grupos políticos extremos, bandas, etc.	14	1,1	2	0,6	16	1,0	
Otra	23	1,8	16	4,6	39	2,4	0,003
Desconocido	0	0,0	3	0,8	3	0,2	
Total	1.279	100,0	353	100,0	1.632	100,0	

ANEXO 7: TABLA 2. DATOS DE VALORACIÓN DEL CASO

	Hombre		Mujer		Total		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Droga principal							
Alcohol	108	8,5	79	22,4	187	11,5	0,000
Cannabis	823	64,4	181	51,4	1.004	61,6	0,000
Cocaína	8	0,6	2	0,6	10	0,6	
Drogas de síntesis	4	0,3	0	0,0	4	0,2	
Anfetaminas	5	0,4	1	0,3	6	0,4	
Otra	6	0,5	2	0,6	8	0,5	
Policonsumo	324	25,4	87	24,7	411	25,2	
Desconocido	1	0,1	1	0,3	2	0,1	
Edad de inicio consumo							
< 12 años	57	4,5	15	4,3	72	4,4	
12-16 años	1129	88,7	323	92,0	1452	89,4	
>16 años	87	6,8	13	3,7	100	6,2	
Desconocido	6	0,5	2	0,6	8	0,5	
Edad de inicio consumo problemático							
<14 años	162	12,8	60	17,1	222	13,7	
14-16 años	819	64,6	237	67,8	1056	65,3	
>16 años	287	22,6	53	15,1	340	21	
Desconocido	11	0,9	3	0,8	14	0,9	
Trastorno mental							
Sí	215	17,0	56	16,0	271	16,8	0,683
No	1.052	83,0	293	84,0	1.345	83,2	
Desconocido	12	0,9	4	1,1	16	1,0	
Clasificación CIE-10							
Trastornos hipercinéticos (F90)	135	67,2	18	33,3	153	60,0	<0,05
Depresión (F32 y F33) y/o Ansiedad (F40, F41)	9	4,5	12	22,2	21	8,2	<0,05
Trastorno disociativos (F91)	15	7,5	2	3,7	17	6,7	
Trastorno de control de impulsos (F42, F60)	4	2,0	2	3,7	6	2,4	
Trastornos por consumo de sustancias (F10, F12, F19...)	2	1,0	4	7,4	6	2,4	
Otros (demencia, retraso mental, TCA, pendiente de valorar...)	36	17,9	16	29,6	52	20,4	
Desconocidos	14	6,5	2	3,6	16	5,9	
Problema jurídico penal							
Sí	381	30,1	77	22,1	458	28,4	0,003
No	884	69,9	272	77,9	1.156	71,6	
Desconocido	14	1,1	4	1,1	18	1,1	

	Hombre		Mujer		Total		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Problema jurídico penal específico							
Agresión	2	0,7	2	4,8	4	1,3	
Maltrato	5	1,8	1	2,4	6	1,9	
Sanción administrativa (multa)	53	19,3	5	11,9	58	18,3	
Violencia	10	3,6	1	2,4	11	3,5	
Robo	27	9,8	4	9,5	31	9,8	
Hurto	7	2,5	2	4,8	9	2,8	
Libertad vigilada	63	22,9	12	28,6	75	23,7	<0,05
Tráfico	7	2,5	0	0,0	7	2,2	
Otros (juicios pendientes, denuncias, estafas...)	101	36,7	15	35,7	116	36,6	
Total Problemas jurídicos	275	100,0	42	100,0	317	100,0	

ANEXO 8: TABLA 3. DATOS DE LA INTERVENCIÓN

	Hombre		Mujer		Total		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Duración de la intervención							0,996
0 meses	17	1,6	8	2,6	25	1,8	
6 meses o menos	564	53,5	155	51,2	719	53	
Entre 6 y 12 meses	287	27,2	84	27,7	371	27,3	
Entre 12 y 18 meses	116	11	38	12,5	154	11,4	
18 meses o más	87	8,3	26	8,6	113	8,3	
Total	1.054	100,0	303	100,0	1.357	100,0	
Tipo de alta							>0,05
Alta terapéutica	376	35,5	117	38,0	493	36,1	
Alta voluntaria	476	44,9	132	42,9	608	44,5	
Alta forzosa	167	15,8	46	14,9	213	15,6	
Expulsión	3	0,3	1	0,3	4	0,3	
Derivación	37	3,5	12	3,9	49	3,6	
Total	1.059	100,0	308	100,0	1.367	100,0	

ANEXO 9: PÓSTER



VALORACIÓN DE LAS DIFERENCIAS POR GÉNERO DE LOS CASOS ATENDIDOS EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN INDICADA DEL CONSUMO DE DROGAS DE CASTILLA Y LEÓN

Universidad de Valladolid

AUTORA: PALOMA ARRANZ VAQUERO
TUTORA: SUSANA REDONDO MARTÍN

INTRODUCCIÓN

En Castilla y León los adolescentes y jóvenes con consumos problemáticos de drogas son un colectivo prioritario de intervención a través de los 11 programas psicoeducativos de prevención indicada existentes. Las drogas más consumidas en el último mes entre los adolescentes y jóvenes de Castilla y León son el alcohol (71,1%), incluyendo binge drinking (36,1%) y borracheras (26,1%); el tabaco (31,1%) y el cannabis (18,5%) con un consumo problemático en el último año del 8,4%. Estas cifras son similares a las nacionales y europeas.

RESULTADOS

- El 78,4% fueron hombres y el 87,9% españoles.
- Las edades medias de inclusión en el programa (16,66 años), inicio del consumo experimental (14,02 años) y problemático (15,25 años), fueron inferiores en las chicas.
- Los chicos acudieron más por consumo de cannabis (62,4%) y las chicas por consumo de alcohol (22,4%).
- La duración media de la intervención fue 8,19 meses y el alta voluntaria (44,4%) fue la más frecuente.

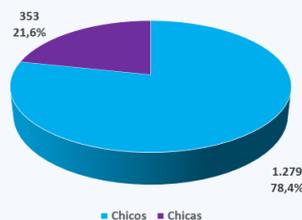
OBJETIVOS

- Valorar las diferencias por género de los casos atendidos en los programas de prevención indicada del consumo de drogas.
- Describir el perfil básico demográfico, de consumo y de intervención, en función del sexo.
- Analizar por género los principales factores de riesgo: edad de inicio del consumo, edad del consumo problemático, situación familiar, escolar y social, presencia de trastornos mentales y problemas jurídico penales.
- Determinar si los datos son coherentes con otros estudios y plantear propuestas de mejora en las intervenciones según el género.

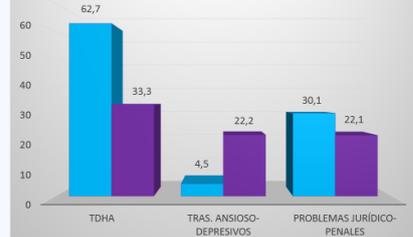
MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio epidemiológico observacional, descriptivo y transversal del perfil diferencial de los 1.632 casos de los programas de prevención indicada (periodo 2011-2017). La recogida de datos se realizó por un cuestionario de 36 ítems, se codificaron con Excel y analizaron con SPSS Versión 19, utilizando T de student y Chi-cuadrado como estadísticos de contraste (valor de significación $p < 0,05$ e Intervalos de Confianza).

Proporción por género



Trastornos mentales y Problemas jurídico-penales (%)



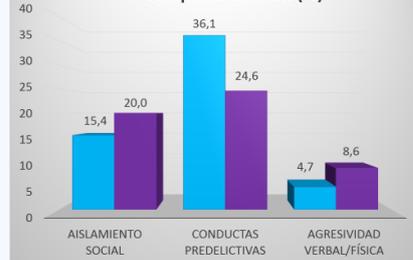
Situación actual y Adaptación escolar (%)



Adaptación familiar (%)



Adaptación social (%)



CONCLUSIONES

- Perfil básico:** chico español de 16 años, estudiante, con fracaso escolar en la ESO, inadaptación familiar, con una frecuencia importante de conductas antisociales/predelictivas/delictivas, trastornos mentales y consumidor principalmente de cannabis y alcohol.
- Las **diferencias estadísticamente significativas** encontradas se centran en la edad, en los factores de riesgo (adaptación escolar, familiar y social, trastornos mentales, problemas jurídico-penales) y en la droga de consumo problemático.
- Aunque la intervención parece ser igual de efectiva en chicos y chicas, podrían plantearse **elementos diferenciales en las áreas de intervención**: en las chicas, reforzando los vínculos y la comunicación con la familia, las habilidades sociales, la emociones y el autocontrol; y en los chicos, reforzando su vinculación con la escuela, las habilidades sociales y de toma de decisiones, el control de impulsos en los casos de hiperactividad y las expectativas y percepción de riesgo en relación al cannabis
- Son necesarios más estudios en el ámbito de la prevención indicada con los que comparar nuestro resultados, en especial, centrados en las diferencias por género.