

## PERFIL DE LOS CASOS ATENDIDOS EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN INDICADA PROYECTO JOVEN DE VALLADOLID

### PROFILE OF THE CASES TREATED IN THE INDICATED PREVENTION PROGRAM JOVEN PROJECT OF VALLADOLID

José Luis Rodríguez-Sáez<sup>1,2</sup>, Alfonso Salgado-Ruiz<sup>3</sup>, Ana Isabel Macías-Rodríguez<sup>2</sup>, Alicia Pascual-Puerta<sup>2</sup> y José Antonio Aldudo-Avilés<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Valladolid, España

<sup>2</sup>Fundación Aldaba - Proyecto Hombre, España

<sup>3</sup>Universidad Pontificia de Salamanca, España

#### Abstract

The study aims to know the sociodemographic and substance use profile of the cases admitted to the prevention program indicated Proyecto JOVEN (Fundación Aldaba - Proyecto Hombre Valladolid). The sample consists of 125 adolescents and young people who attended the Proyecto JOVEN in 2016 (81.6% males, 77.6% minors, Spanish, 83.2% and 16.4 years old ( $SD = 2.07$ ) of age). The majority coexists with their family, either with both spouses (41.6%) or with the separated / divorced father or mother (32.8%). In 4.8% they lived in residential centers. The main drug that motivated the inclusion in the programs and the intervention with them and their families is cannabis (75.2%). Consumption was lower among those over 18 years of age (64.3%) than among minors (78.4%), and higher among men (78.4%) than among women (60.9%).

*Keywords: indicated prevention, adolescents, drug use.*

#### Resumen

El estudio pretende conocer el perfil sociodemográfico y de consumo de sustancias de los casos admitidos al programa de prevención indicada Proyecto JOVEN de Fundación Aldaba - Proyecto Hombre de Valladolid. La muestra está formada por 125 adolescentes y jóvenes que acudieron al Proyecto JOVEN en 2016 (varones 81.6%, menores 77.6%, españoles, 83.2% y con 16.4 años ( $DT = 2.07$ ) de edad). La mayoría convive con su familia, bien con ambos cónyuges (41.6%) o bien con el padre/madre separados o divorciados (32.8%). En un 4.8% convivían en centros residenciales. La droga principal que motivó la inclusión en los programas y la intervención con ellos y sus familias es el cannabis (75.2%). El consumo fue menor entre los mayores de 18 años (64.3%) que entre los menores (78.4%), y mayor entre hombres (78.4%), que entre mujeres (60.9%).

*Palabras clave: prevención indicada, adolescentes, consumo de drogas.*

La adolescencia es una etapa vulnerable para iniciarse en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y, por tanto, también es relevante para su prevención. Esta vulnerabilidad al consumo de sustancias se debe a una identidad y un ajuste psicosocial en desarrollo (Rodríguez-Fernández et al., 2016), la fluctuación de los estados de ánimo (Pérez-Fuentes et al., 2015), el egocentrismo y la búsqueda de nuevas sensaciones derivada de su orientación a la novedad y a la independencia (Arnett, 1992; Pérez-Fuentes et al., 2016). Todo ello hace a los adolescentes más receptivos al consumo experimental y al mantenimiento apoyado por la función recreativa de las sustancias.

¿Por qué algunos adolescentes están más predispuestos que otros a iniciar el uso y/o abuso de drogas?, ¿cuál es la situación entre los menores respecto a los factores que están vinculados a drogas u otras sustancias? La evidencia señala que entre los factores de riesgo más potentes se encuentran procesos genéticos y biológicos, rasgos de personalidad, trastornos de salud mental, carencias en la crianza o abandono y abuso familiar, falta de apego a la escuela y la comunidad, y crecimiento en comunidades marginadas. Por el contrario, el bienestar emocional psicológico, un fuerte apego y cuidado de los padres, escuelas eficaces y comunidades organizadas y bien dotadas de recursos disminuyen la vulnerabilidad de los adolescentes (Arbex, 2013).

Según la encuesta ESTUDES (2014), el alcohol es la droga con mayor prevalencia de consumo en los últimos 12 meses en población española de 14 a 18 años. Este consumo se incrementa durante los fines de semana, probablemente debido al binge drinking y al fenómeno del botellón. Las bebidas más consumidas son la cerveza y los combinados (OEDT, 2016).

La edad con que se tiene el primer contacto con el tabaco y el alcohol es inferior a los 14 años, iniciándose con consumo habitual entre los 14.5 y 15 años. Además, el consumo de otras sustancias psicoactivas también se encuentra especialmente presente entre los estudiantes que realizaron botellón en el último año. Dentro de este grupo, sustancias como tabaco, cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas o alucinógenos registran prevalencias sustancialmente más elevadas que las obtenidas entre los que no realizaron botellón. Así, entre los estudiantes de 16 años que han hecho botellón en el

último año, más del 47% ha fumado en alguna ocasión y más del 40% ha probado el cannabis. Cuando el grupo elegido son los estudiantes de 14 años que ha hecho botellón en los últimos 12 meses, más del 40% reconoce que también ha fumado y más del 25% ha consumido cannabis (OEDT, 2016).

Estas cifras ponen de manifiesto que las primeras experiencias con el alcohol y el tabaco se producen a edades muy tempranas y que el consumo habitual de estas sustancias es importante, lo que incrementa la probabilidad de tener problemas futuros con estas drogas y pasar a consumir cannabis y otras drogas ilegales (Kandel, 1980).

Teniendo en cuenta todo lo anterior, la invocación a la prevención es habitual. Sin embargo, ante conductas complejas como el consumo de sustancias con potencial adictivo no todo sirve. En el campo de la prevención, es habitual recurrir al esquema conceptual de tres niveles de prevención: universal, selectiva e indicada (Gordon, 1987; Becoña, 2002). Además, se otorga cada vez más importancia a la prevención ambiental, que modifica el entorno haciendo menos probable el consumo (Burkhart, 2011). Más allá de los programas de prevención universal, la prevención indicada se dirige a menores que, aunque no presentan suficientes criterios de dependencia, sí muestran indicadores que correlacionan de forma elevada con un riesgo personal de abusar de sustancias en momentos posteriores de su vida, como pueden ser la presencia de trastornos psicológicos infantiles o conductas antisociales (Arbex, 2013).

En este contexto se hace necesaria una breve explicación del programa de prevención indicada Proyecto JOVEN que sirva de marco de referencia a esta investigación. Se trata de un programa de prevención para personas entre 13 y 21 años que presentan dificultades para desarrollar actitudes y hábitos de vida saludables. Su objetivo es acompañar al individuo en su desarrollo evolutivo y potenciar todos los factores de protección -personales y sociofamiliares- que permitan incorporar un estilo de vida saludable. Para ello se lleva a cabo una intervención educativo-terapéutica con los adolescentes/jóvenes cuyo desarrollo madurativo se encuentre amenazado por la existencia de factores de riesgo tales como: situación de conflicto o inadaptación familiar, escolar o social; incumplimiento de normas básicas y límites en el hogar; consumos problemáticos de

alcohol u otras drogas; aparición de conductas pre-delictivas o delictivas; absentismo o fracaso escolar; conductas violentas o desadaptadas; y/o trastornos psicológicos concomitantes. Además, el programa cuenta con un componente de entrenamiento familiar en habilidades de comunicación y resolución de problemas muy importante.

El modelo que adopta el Proyecto JOVEN es un modelo integrador o multicausal, que considera la drogodependencia como un fenómeno de origen multifactorial, una conducta regulada por factores biológicos, psicológicos y sociales y un impacto multidimensional (Arbex, 2013).

El presente estudio tiene como objetivo conocer la situación de los casos que son admitidos al programa de prevención indicada de Proyecto JOVEN. El conocimiento del perfil de estos adolescentes y jóvenes pretende ser el punto de partida de una posterior investigación cuyo objetivo sea la evaluación del programa en su integridad. Las variables estudiadas podrán orientar el inicio y desarrollo de dicha evaluación, lo que, a su vez, determinará la eficacia de las acciones empleadas en el programa y la adaptación de mejoras en el mismo.

## MÉTODO

### Participantes

La muestra está formada por 125 adolescentes y jóvenes que acudieron al Proyecto JOVEN entre enero y diciembre de 2016. Los criterios de admisión para el presente estudio fueron:

- a) Tener entre 13 y 26 años de edad.
- b) Ingresar en el programa de prevención.

La edad media de los participantes fue de 16.4 años ( $DT = 2.07$ ). La mayoría fueron varones (81.6%). Una descripción más detallada de las características sociodemográficas de la muestra se presenta en la Tabla 1.

### Instrumentos

Las variables estudiadas se extrajeron de la documentación que desde el Proyecto JOVEN se remite al

Comisionado Regional para la Droga de Castilla y León para la elaboración del informe anual sobre los casos atendidos en la región en los programas de prevención indicada. Se incluyeron variables sociodemográficas (sexo, edad, nacionalidad, tamaño del municipio de residencia; convivencia/ estructura familiar, máximo nivel de estudios completado), variables de ajuste psicosocial (adaptación escolar, familiar y social, trastornos del comportamiento y problemas jurídico-penales), y variables de consumo (edad de inicio, edad de inicio de consumo problemático, frecuencia de consumo, droga principal que motiva la intervención). Los cuestionarios utilizados son:

*RIA. Registro Inicial Adolescente* (Asociación Proyecto Hombre, 2006) Entrevista estructurada y heteroaplicada, administrada de manera individual y adaptada a los menores que cumplen medida de internamiento, en un tiempo aproximado de 45 minutos. Con este instrumento se pretende recoger una información inicial básica del estado del joven y del nivel general de gravedad de la problemática que presenta. Recoge información pormenorizada sobre diferentes áreas del adolescente: área académico-laboral, área social, área familiar, área de consumo de sustancias y problemática percibida.

*RIF. Registro Inicial Familiar* (Asociación Proyecto Hombre, 2005). Entrevista estructurada que consta de 66 ítems organizados en seis áreas fundamentales: (1) Datos sociodemográficos de los demandantes, (2) Problemática percibida, (3) Área familiar, (4) Área académico-laboral, (5) Área social y (6) Valoración subjetiva familiar. Además de estas escalas de valoración objetiva, el RIF incluye también una escala de valoración subjetiva del entrevistador que se refiere a dos aspectos: la visión de los padres acerca del problema y el nivel de gravedad de la situación de las diferentes áreas que valora el RIF: escolar-laboral, consumo de drogas, social y familiar.

### Procedimiento

La evaluación de todos los sujetos de la muestra se llevó a cabo por los terapeutas del programa, todos ellos con amplia experiencia en la evaluación y prevención de conductas de riesgo asociadas al consumo en adolescentes y jóvenes, en el marco de la evaluación inicial. De esta forma, a medida que los participantes y sus familias acudían al programa, se desarrollaron las entrevistas y se cumplimentaron los cuestionarios.

Para el análisis de los datos se obtuvieron frecuencias y porcentajes de las variables en estudio, y media y desviación estándar a través del paquete estadístico SPSS (v.19).

## RESULTADOS

### Datos de la derivación y valoración

Durante el año 2016 en el Proyecto JOVEN se han valorado 80 casos, de los que cumplían criterios de inclusión y se realizaron intervenciones en 78 casos. Esto supone una adecuación de la demanda del 97.5%, que supera a la ideal (95%), como señala el Informe sobre los casos atendidos de prevención indicada (Comisionado Regional para la droga, 2016). Estos nuevos casos incorporados suponen el 62.4% del total de casos atendidos por este recurso en 2016, ya que 47 casos continuaban su tratamiento iniciado en el año anterior.

La valoración fue solicitada en su mayoría por la familia o el tutor (34.4%) u otros agentes (34.4%), y por el adolescente y la familia en el 27.2% de los casos. El 4% de los jóvenes solicitaron su valoración de forma individual.

Respecto al proceso de captación, el 41.6% de los casos fue de libre adhesión y el 58.4% fue derivado de otros recursos y programas, principalmente de centros para menores infractores (31.5%), servicios sociales básicos y especializados (21.9%) y unidades de intervención educativa (19.2%). Las derivaciones desde los servicios sanitarios públicos de SACyL son escasas (2.7% desde los equipos de salud mental y 2.7% desde Atención Primaria). Las derivaciones desde los departamentos de orientación de los centros educativos también son escasas (4.1%). Estos datos sugieren la necesidad de ampliar o mejorar el proceso de captación desde los diferentes recursos, complementando los que se están utilizando en la actualidad.

De las 123 familias que participaron en los programas, el 96% corresponde a jóvenes con familia/tutor y el 2.4% a familiares/tutores solos. El número de jóvenes que participaron fue de 122, de los cuales el 1.6% eran jóvenes que acudieron solos. El número de padres y madres que participaron en los

programas fue de 165, de los que el 58.2% fueron madres y el 41.8% padres.

Tabla 1. Datos de la valoración (casos incluidos)

	PROYECTO JOVEN (Valladolid)	
	n	%
Nº de casos incluidos en el programa	125	100.0
Nº de casos nuevos incluidos (% sobre grupo)	78	62.4
Quien solicitó la valoración		
Sólo el joven/la joven	5	4.0
Solo la familia /tutor/a	43	34.4
El adolescente y la familia	34	27.2
Otros/otras	43	34.4
Proceso de captación		
Libre adhesión	52	41.6
Derivación	73	58.4
Programas de Prevención Familiar	4	5.5
Servicios sociales básicos y especializados	16	21.9
Departamentos de orientación de los centros educativos	3	4.1
Equipos de Salud Mental	2	2.7
Equipos de Atención Primaria	2	2.7
Secciones de protección a la infancia	4	5.5
Centros y asociaciones de atención a drogodependientes	1	1.4
Unidad de intervención educativa	14	19.2
Juzgado de menores	1	1.4
ONG Sociales (ARVA, etc.)	1	1.4
Planes Locales sobre Drogas	1	1.4
Centros de menores infractores (Los Manzanos, Zambrana)	23	31.5
Otro recurso	1	1.4
Quien ha participado en el programa		
Joven solo	2	1.6
Joven con familia/tutor	120	96.0
Familiares/tutores solos	3	2.4
Jóvenes totales	122	97.6
Total de familias	123	98.4
Padres-madres	165	-
Familia nuclear completa	56	44.8
Se ha utilizado algún instrumento de evaluación		
Sí	119	95.2
No	6	4.8

Fuente: Elaboración propia.

En este sentido, conviene destacar que sólo en el 44.8% del total de las familias participantes había una implicación de todos los miembros (hijo/a, madre y

padre). Estos datos sugieren la necesidad de trabajar desde los recursos la motivación para aumentar la participación familiar.

En el 95.2% de los casos incluidos se utilizó algún instrumento de evaluación para el diagnóstico definitivo del caso: el Registro Inicial para Adolescentes (RIA) en el 93.6% de los casos) y el Registro Inicial Familiar (RIF) en el 76.8%.

### Perfil de los casos atendidos: datos personales

El 81.6% de los participantes en el Proyecto JOVEN fueron varones y menores de 18 años (77.6%). La mayoría son españoles (83.2%), seguida de latinoamericanos (9.6%). La edad media de los participantes del programa fue de 16.4 años (DT: 2.076), similar en hombres y en mujeres (Tabla 2).

La mayoría de los participantes convive con la familia, bien con ambos cónyuges (41.6%) o bien con el padre o madre separados o divorciados (32.8%). En un 4.8% de los casos, convivían en centros residenciales, con porcentajes similares en función del sexo (4.9% y 4.3% respectivamente).

El lugar de residencia estaba en un 68.8% de los casos en capitales de provincia, en un 1.67% en localidades menores de 20,000 habitantes y en un 13.6% en ayuntamientos mayores de 20,000 habitantes que no son capitales de provincia.

De los participantes en el Proyecto JOVEN, el 93,6% estudiaba en ese momento, con prevalencia similar entre hombres y mujeres (93.1% frente a 95.7%) y predominio de menores de 18 años (96.9%) frente a mayores de edad (82.1%). El 4.0% ni estudiaba ni trabajaba, siendo más frecuente esta situación entre los hombres (4.9%) y en el grupo de 18 o más años (10.7%). El máximo nivel de estudios completados fue la Educación Primaria (58.4%), seguida del primer ciclo de ESO (19.2%), segundo ciclo de ESO (12.0%) y el Bachillerato (1.6%). La educación primaria se completó más entre mujeres (69.6%) que entre hombres (55.9%), y entre el grupo de menores de 18 años (64.9%) en comparación a los mayores de edad (35.7%). El primer ciclo de la ESO fue completado por más mujeres (21.7%) que varones (18.6%); mientras que el segundo ciclo fue completado con mayor frecuencia por hombres (13.7%) que por mujeres (4.3%). Por edad, el

primer ciclo fue completado con mayor frecuencia entre los menores que entre los mayores de 18 años (19.6% y 17.9%, respectivamente), mientras que el 2º ciclo fue completado más entre los mayores de 18 años que entre los menores (35.7% y 5.2%).

El fracaso escolar es muy frecuente (44.8%), seguida de absentismo (28.8%), y de una adaptación adecuada (20.0%). La adaptación escolar adecuada es algo más frecuente entre hombres (20.6%), que entre mujeres (17.4%), y entre el grupo de 18 o más años (32.1%) frente al 16.5% entre los menores. El fracaso escolar es superior en hombres (48.0%) que en mujeres (30.4%), y similar en ambos grupos de edad (44.3 vs 46.6). En el caso del absentismo, es más frecuente en las mujeres (47.8%) que en los hombres (24.5%).

En relación a la adaptación familiar, aparecen conflictos familiares en el 35.2% de los casos y problemas de disciplina en el 28.0%. El 11.2% de los casos manifiestan adaptación familiar adecuada, siendo ésta más frecuente entre los varones (12.7% frente a 4.3%). Los conflictos familiares se manifestaron en mayor medida entre los hombres (37.3% frente a 26.1%). En relación a la edad, los mayores presentaron mejor adaptación familiar (14.3% frente 10.3%); mayores dificultades de comunicación (10.7% frente a 8.2%) y agresividad verbal (7.1% frente a 6.2%). En cambio, los menores presentaron conflictos familiares con más frecuencia (37.1% frente 28.6%), problemas de disciplina (29.9% frente 21.4%), y agresividad física (7.2% frente 3.6%).

La adaptación social fue adecuada en el 37.6% de los casos, presentando conductas antisociales el 41.6%, y dificultades en las relaciones o aislamiento social el 16.8%. Una adecuada adaptación social se observó con más frecuencia entre hombres (39.2%) que entre mujeres (30.4%) y entre menores (41.2%) que entre mayores de edad (25.0%). Las conductas antisociales fueron similares entre hombres (41.2%) y mujeres (43.5%) y resultaron también similares por grupos de edad. Las dificultades en las relaciones se observaron con frecuencias similares entre las mujeres (17.4%) que entre los hombres (16.7%) y fueron más frecuentes en mayores (28.6%) que en menores (13.4%).

Tabla 2. Datos personales (casos incluidos)

	Sexo				Edad				Total	
	Hombre		Mujer		<18 años		>18 años		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Nº de casos incluidos en el programa	102	81.6	23	18.4	97	77.6	28	22.4	125	100
Nº de casos nuevos incluidos (% sobre grupo)	64	80.0	16	20.0	62	63.9	16	57.1	78	62.4
<b>Nacionalidad</b>										
España	83	81.4	21	91.3	83	85.6	21	75.0	104	83.2
América Latina	11	10.9	1	4.3	9	9.2	3	10.7	12	9.6
Europa del Este	4	4.0	1	4.3	3	3.0	2	7.2	5	3.2
Magreb	4	3.9	-	-	2	2.1	2	7.2	4	3.2
<b>Tamaño de municipio de residencia</b>										
Capital	71	69.6	15	65.2	63	64.9	23	82.1	86	68.8
Mayor de 20.000 no capital	13	12.7	4	17.4	17	17.5	-	-	17	13.6
Menor de 20.000	18	17.6	4	17.4	17	17.5	5	17.9	22	17.6
<b>Convivencia habitual</b>										
Padre y madre en convivencia	43	42.2	9	39.1	37	38.1	15	53.6	52	41.6
Padre o madre separados/divorciados	36	35.3	5	21.7	34	35.1	7	25.0	41	32.8
Familia monoparental	5	4.9	2	8.7	7	7.2	-	-	7	5.6
Acogimiento familiar	2	2.0	1	4.3	-	-	3	10.7	3	2.4
Centro residencial	5	4.9	1	4.3	6	6.2	-	-	6	4.8
Solo/a	1	1.0	-	-	-	-	1	3.6	1	0.8
Otra	10	9.8	4	17.4	12	12.4	2	7.1	14	11.2
Desconocido	-	-	1	4.3	1	1.0	-	-	1	0.8
<b>Situación actual</b>										
Estudia	95	93.1	22	95.7	94	96.9	23	82.1	117	93.6
Trabaja	1	1.0	1	4.3	1	1.0	1	3.6	2	1.6
Estudia y trabaja	1	1.0	-	-	-	-	1	3.6	1	0.8
Ni estudia ni trabaja	5	4.9	-	-	2	2.1	3	10.7	5	4.0
<b>Máximo nivel de estudios completados</b>										
Garantía Social o PCPI o Formación Profesional Básica	9	8.8	1	4.3	10	10.3	-	-	10	8.0
Educación Primaria	57	55.9	16	69.6	63	64.9	10	35.7	73	58.4
E. Secundaria 1º ciclo (12-14 años)	19	18.6	5	21.7	19	19.6	5	17.9	24	19.2
E. Secundaria 2º ciclo (14-16 años)	14	13.7	1	4.3	5	5.2	10	35.7	15	12.0
Bachillerato	2	2.0	-	-	-	-	2	7.1	2	1.6
Estudios o Grados Universitarios	1	1.0	-	-	-	-	1	3.6	1	0.8
<b>Adaptación escolar</b>										
Adecuada	21	20.6	4	17.4	16	16.5	9	32.1	25	20.0
Absentismo	25	24.5	11	47.8	32	33.0	4	14.3	36	28.8
Fracaso escolar	49	48.0	7	30.4	43	44.3	13	46.4	56	44.8
Problemas de conducta/disciplina	5	4.9	1	4.3	5	5.2	1	3.6	6	4.8
Otra	2	2.0	-	-	1	1.0	1	3.6	2	1.6

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Datos personales (continuación)

	Sexo				Edad				Total	
	Hombre		Mujer		<18 años		>18 años		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Adaptación familiar</b>										
Adecuada	13	12.7	1	4.3	10	10.3	4	14.3	14	11.2
Problemas de disciplina	27	26.5	8	34.8	29	29.9	6	21.4	35	28.0
Conflictos familiares	38	37.3	6	26.1	36	37.1	8	28.6	44	35.2
Dificultades de comunicación	11	10.8	-	-	8	8.2	3	10.7	11	8.8
Agresividad verbal	6	5.9	2	8.7	6	6.2	2	7.1	8	6.4
Agresividad física	6	5.9	2	8.7	7	7.2	1	3.6	8	6.4
Otra	1	1.0	4	17.4	1	1.0	4	14.3	5	4.0
<b>Adaptación social</b>										
Adecuada	40	39.2	7	30.4	40	41.2	7	25.0	47	37.6
Dificultad en las relaciones, aislamiento social	17	16.7	4	17.4	13	13.4	8	28.6	21	16.8
Conductas antisociales, predelictivas	42	41.2	10	43.5	40	41.2	12	42.9	52	41.6
Agresividad verbal o física	3	2.9	1	4.3	3	3.1	1	3.6	4	3.2
Otra	-	-	1	4.3	1	1.0	-	-	1	0.8
<b>Existencia de antecedentes familiares en el consumo de drogas</b>										
Sí	39	38.2	13	56.5	44	45.4	8	28.6	52	41.6
No	62	60.8	10	43.5	52	53.6	20	71.4	72	57.6
Desconocido	1	1.0	-	-	1	1.0	-	-	1	0.8
<b>Droga principal que motiva la intervención</b>										
Alcohol	5	4.9	5	21.7	6	6.2	4	14.3	10	8.0
Cannabis	80	78.4	14	60.9	76	78.4	18	64.3	94	75.2
Policonsumo	17	16.7	4	17.4	15	15.5	6	21.4	21	16.8
<b>Padece algún trastorno mental estabilizado</b>										
Sí	17	16.7	2	8.7	12	12.4	7	25.0	19	15.2
No	85	83.3	21	91.3	85	87.6	21	75.0	106	84.8
<b>Tiene pautado tratamiento farmacológico</b>										
Sí	9	8.8	3	13.0	8	8.2	4	14.3	12	9.6
No	92	90.2	20	87.0	88	90.7	24	85.7	112	89.6
Desconocido	1	1.0	-	-	1	1.0	-	-	1	0.8
<b>Tiene algún problema jurídico/penal</b>										
Sí	26	25.5	3	13.0	21	21.6	8	28.6	29	23.2
No	76	74.5	20	87.0	76	78.4	20	71.4	96	76.8

Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, el 23.2% de los casos, presentaron algún problema jurídico o penal, más entre hombres (25.5%) que entre mujeres (13.0%) y más frecuente entre los mayores que entre los menores (28.6% y 21.6%).

Se observaron antecedentes familiares en relación al consumo de drogas en el 41.6% de los casos, con cifras más altas en las mujeres que en los hombres (56.5% frente a 38.2%, respectivamente), y sobre todo, en menores (45.4% frente a 28.6%).

Los trastornos mentales estabilizados aparecieron en el 15.2% de los casos. Un 9.6% del total de los casos tenían pautado tratamiento farmacológico.

## Perfil según la droga principal de consumo

Como se puede observar en la Tabla 3, la droga principal que motivó en la mayoría de los casos la inclusión en los programas y la intervención con las familias fue el cannabis (75.2%). El consumo fue menor entre mayores (64.3%) que entre menores (78.4%), y mayor entre hombres (78.4%) que entre mujeres (60.9%). El segundo lugar lo ocupa el policonsumo, que representa el 16.8% de los casos, con prevalencias similares entre mujeres (17.4%) y hombres (16.7%); mientras que presenta un predominio entre los mayores (21.4%) frente a los menores (15.5%). El alcohol ocupó el tercer puesto con una presencia del 8.0%, superior entre las mujeres (21.7%) que entre los hombres (4.9%), y en el grupo de mayores (14.3%) respecto a los menores (6.2%).

La edad media de los casos debidos al consumo de alcohol fue de 17.6 para los hombres y 14.6 para las mujeres; mientras que para el cannabis, la edad media fue de 16.4 años para los hombres y 15.7 para las mujeres; y superior en hombres que en mujeres entre policonsumidores (17.3 años en hombres y 16.7 en mujeres).

La edad media del inicio del consumo fue de 13.4 años, similar para el alcohol, el cannabis y el policonsumo. La edad de inicio del consumo de alcohol es levemente inferior en las mujeres (13.4 años) que en los varones (14.4 años).

Respecto al consumo de cannabis y el policonsumo, fue similar en ambos sexos. El consumo problemático de los casos atendidos en 2016 comenzó alrededor de los 14.4 años, de manera similar en consumidores de alcohol, cannabis y policonsumidores (15.2, 14.3 y 14.1 años respectivamente), sin grandes diferencias entre sexos salvo en el alcohol (16.6 en hombres y 13.8 en mujeres).

En relación a la frecuencia de consumo, el 53.6% de los consumidores lo hacía todos los días, seguidos por los que consumían 2 a 3 días a la semana (24.0%), 4 a 6 días a la semana (9.6%), 1 día a la semana (7.2%), y menos de 1 día a la semana (5.6%). El consumo diario fue más frecuente entre los policonsumidores (66.7%) y los consumidores de cannabis (56.4%), en cambio, los consumidores de alcohol bebían con más frecuencia menos de un día a la semana (40.0%), estando este patrón relacionado con el consumo el fin de semana.

En el apartado de situación laboral actual se observa que el 90% de los que consumen alcohol, el 93.6% de los que consumen cannabis y el 95.2% de los policonsumidores eran estudiantes.

Respecto al máximo nivel de estudios completado, la mayor parte de los consumidores había completado la educación primaria (58.4%), sin diferencias notables entre los consumidores de cannabis y policonsumo, mientras que para los consumidores de alcohol la frecuencia alcanzaba el (80.0%) de los casos.

La adaptación escolar de los consumidores de alcohol fue adecuada en un 30% y presentaron absentismo escolar en un 30.0% y fracaso escolar en un 30%; mientras que entre los consumidores de cannabis el porcentaje de absentismo era algo menor (25.5%) pero presentaban un fracaso escolar muy superior (47.9%), seguido por una adaptación adecuada (20.2%). Entre los policonsumidores predominó el absentismo (42.9%), seguido por fracaso escolar (38.1%) y una adaptación adecuada (14%).

Respecto a la adaptación familiar, los problemas de disciplina fueron los más frecuentes entre los consumidores de alcohol (70%); entre los consumidores de cannabis los conflictos familiares son los más frecuentes (40.4%) seguido de los problemas de disciplina (24.5%); mientras que entre los policonsumidores, los problemas de disciplina y la agresividad verbal son los más habituales (23.8%) en ambos casos.

En cuanto a la adaptación social, los que consumen alcohol presentaron más dificultades en las relaciones y aislamiento social (70%) y en segundo lugar destaca la adaptación adecuada (30%); mientras que los consumidores de cannabis, presentaron más conductas adecuadas (42.6%), seguidas por conductas antisociales (39.4%). Los policonsumidores presentaron con más frecuencia conductas antisociales (71.4%) y en segundo lugar presentaron conductas adecuadas (19.0%).

Tabla 3. Droga principal (casos incluidos)

	Droga principal						Total		
	Alcohol		Cannabis		Policonsumo		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Nº de casos incluidos en el programa	10	8.0	94	75.2	21	16.8	125	100.0	
Sexo									
Hombre	5	50.0	80	85.1	17	81.0	102	81.6	
Mujer	5	50.0	14	14.9	4	19.0	23	18.4	
Edad media (años)									
Hombre		17.6		16.4		17.3		16.6	
Mujer		14.6		15.7		16.7		15.6	
Total		16.1		16.3		17.2		16.4	
Edad media al inicio									
Hombre		14.4		13.4		13.6		13.4	
Mujer		13.4		13.1		13.7		13.2	
Total		13.9		13.3		13.6		13.4	
Edad media al inicio del consumo problemático (años)									
Hombre		16.6		14.4		14.0		14.4	
Mujer		13.8		14.1		14.5		14.1	
Total		15.2		14.3		14.1		14.4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Frecuencia de consumo de la droga principal									
Todos los días	-	-	53	56.4	14	66.7	67	53.6	
4-6 días/semana	1	10.0	8	8.5	3	14.3	12	9.6	
2-3 días/semana	2	20.0	24	25.5	4	19.0	30	24.0	
1 día/semana	3	30.0	6	6.4	-	-	9	7.2	
Menos de 1 día/semana	4	40.0	3	3.2	-	-	7	5.6	
Situación actual									
Estudia	9	90.0	88	93.6	20	95.2	117	93.6	
Trabaja	-	-	2	2.1	-	-	2	1.6	
Estudia y trabaja	-	-	1	1.1	-	-	1	0.8	
Ni estudia ni trabaja	1	10.0	3	3.2	1	4.8	5	4.0	
Máximo nivel de estudios completados									
Garantía Social o PCPI o Formación Profesional Básica	-	-	9	9.6	1	4.8	10	8.0	
Educación Primaria	8	80.0	54	57.4	11	52.4	73	58.4	
E. Secundaria 1º ciclo (12-14 años)	1	10.0	17	18.1	6	28.6	24	19.2	
E. Secundaria 2º ciclo (14-16 años)	1	10.0	12	12.8	2	9.5	15	12.0	
Bachillerato	-	-	1	1.1	1	4.8	2	1.6	
Estudios o Grados Universitarios	-	-	1	1.1	-	-	1	0.8	
Adaptación escolar									
Adecuada	3	30.0	19	20.2	3	14.0	25	20.0	
Absentismo	3	30.0	24	25.5	9	42.9	36	28.8	
Fracaso escolar	3	30.0	45	47.9	8	38.1	56	44.8	
Problemas de conducta/disciplina	1	10.0	4	4.3	1	4.8	6	4.8	
Otra	-	-	2	2.1	-	-	2	1.6	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Droga principal (continuación)

	Droga principal						Total	
	Alcohol		Cannabis		Policonsumo		n	%
	n	%	n	%	n	%		
<b>Adaptación familiar</b>								
Adecuada	-	-	12	12.8	2	9.5	14	11.2
Problemas de disciplina	7	70.0	23	24.5	5	23.8	35	28.0
Conflictos familiares	2	20.0	32	40.4	4	19.0	44	35.2
Dificultades de comunicación	-	-	9	9.6	2	9.5	11	8.8
Agresividad verbal	-	-	3	3.2	5	23.8	8	6.4
Agresividad física	-	-	5	5.3	3	14.3	8	6.4
Otra	1	10.0	4	4.3	-	-	5	4.0
<b>Adaptación social</b>								
Adecuada	3	30.0	40	42.6	4	19.0	47	37.6
Dificultad en las relaciones, aislamiento social	7	70.0	13	13.8	1	4.8	21	16.8
Conductas antisociales, predelictivas	-	-	37	39.4	15	71.4	52	41.6
Agresividad verbal o física	-	-	3	3.2	1	4.8	4	3.2
Otra	-	-	1	1.1	-	-	1	0.8

Fuente: Elaboración propia.

## DISCUSIÓN

Con respecto a las características sociodemográficas de la muestra, los adolescentes atendidos en el Proyecto JOVEN en 2016 se caracterizan por ser en su mayoría hombres (81.6%) y menores de 18 años (77.6%), de nacionalidad española (83.2%), estudiantes (93.6%) y con una edad media de 16.4 años. Estos resultados apuntan en la línea de otros como el de Guitart et al. (2012) que, en una muestra de 1,010 usuarios de programas de prevención indicada, encontraron que el 85% fueron varones, el 92.6% tenían nacionalidad española, el 78.5% estaban cursando estudios, y presentaban edades comprendidas entre los 14 y los 21 años. Y en una muestra de 53 adolescentes que acudían al programa Suspertu en Navarra, Mendigutxia (2012) encontró que el 73.6% eran varones, la gran mayoría de los cuales (90.6%) se encontraba estudiando, y con una edad media de 16.06 años. También Alcol (2016) encontró que la mayoría de adolescentes que acuden a tratamiento son hombres (85.4%), con una media de edad de 17.06 años ( $DT=2.11$ ). En su estudio el 83.3% son de procedencia europea y el 62.5% estaba escolarizado.

La mayoría de los participantes del Proyecto JOVEN viven con la familia, bien con ambos cónyuges (41.6%) o bien con uno de los dos (32.8%). El 4.8% de los

adolescentes convivían en centros residenciales, con porcentajes similares según sexo entre los procedentes de dichos centros (4.9% vs 4.3%). Otros estudios como el de Mendigutxia (2012) hallaron que la mayor parte de los adolescentes convivía junto a su familia de origen (71.7%) frente a un 22.6% cuyo núcleo de convivencia era reconstituido. Y también Alcol (2016) ha encontrado respecto a las características de la convivencia de los participantes en un programa de prevención indicada, que el 50% de los adolescentes vivía con ambos progenitores, el 29.2% vivía solo con uno de ellos, el 12.5% estaban en un medio protegido y el 8.4% vivía con otros familiares o con su pareja.

La droga principal que motivó en la mayoría de los casos la inclusión en los programas y la intervención con las familias y los adolescentes/jóvenes fue el cannabis (75.2%). El consumo fue menor entre los mayores de 18 años (64.3%) que entre los menores de edad (78.4%), y mayor entre los hombres (78.4%) que entre las mujeres (60.9%). Tales resultados van en la línea de otros como el de Llama & Moral (2011), que hallaron una prevalencia de consumo de cannabis del 77% en una muestra de 301 adolescentes que acuden a los programas de prevención indicada de Proyecto Hombre Madrid. Trecet, González & Molina (2012), encontraron en una muestra de 573 adolescentes atendidos en programas de prevención indicada con edades comprendidas entre 14 y 21 años encontraron un perfil de varones (86.1%), consumidores

de alcohol y cannabis (83%). Por otro lado, Guitart et al. (2012) hallaron en una muestra de 1,010 adolescentes barceloneses que el cannabis motivó el 89.9% de las atenciones de los programas de prevención indicada; y Mendigutxia (2012) refiere que el 50% presentaban un consumo diario de cannabis. Llama (2014) obtuvo, en una muestra de adolescentes atendidos en un programa de prevención indicada, una prevalencia de consumo de cannabis del 94%. También Alcol (2016) encontró que la sustancia principal por la que acuden al programa es el cannabis (83.3%).

Durante las últimas décadas se ha avanzado considerablemente en la investigación sobre la etiología del abuso de sustancias en la adolescencia, proponiéndose múltiples explicaciones teóricas (Becoña, 1999). Por ejemplo, el modelo de desarrollo social de Hawkins & Weis (1985), analiza el conflicto generacional e insiste en la importancia del distanciamiento adolescente de la familia y del entorno escolar. A este respecto, en los casos atendidos en el Proyecto JOVEN, en relación a la adaptación familiar, se observó que aparecían conflictos familiares en el 35.2% de los casos y problemas de disciplina en el 28.0%. Los conflictos familiares se manifestaron en mayor medida entre los hombres que entre las mujeres (37.3% frente a 26.1%). La adaptación social fue adecuada en el 37.6% de los casos, presentando conductas antisociales el 41.6%, y dificultades en las relaciones o aislamiento social el 16.8%. Y respecto al tema de la adaptación escolar se observó que el fracaso escolar fue la situación más frecuente (44.8%), seguida de absentismo (28.8%), y de una adaptación adecuada (20.0%).

Aunque los adolescentes consumidores sufran las consecuencias no deseadas del consumo de drogas en diferentes áreas de su vida, es difícil motivarles para acudir a un programa de tratamiento y admitir que tienen problemas derivados del uso de sustancias (Kazdin, 1995). Diferentes estudios señalan que la motivación de los consumidores de cannabis para buscar ayuda surge solo cuando se dan múltiples consecuencia derivadas del consumo (Batjes et al., 2003), pero incluso en esa situación, no acuden a servicios profesionales (Caldeira et al., 2009; Wu et al., 2007), por lo que puede deberse a que muchos estén motivados a dejar de consumir pero no a través de un programa de tratamiento. Esto puede ser una de las razones de por qué a lo largo de 2016 solo han recurrido 96 adolescentes con edades comprendidas

entre 15 y 19 años a tratamiento de toda la provincia de Valladolid, (0.0044% de la población vallisoletana de entre 15 y 19 años de edad), teniendo en cuenta la prevalencia de consumo existente, pues un 1.1% de la población de estudiantes de ESO en Castilla y León refiere consumir cannabis a diario, y un 16.9% ha consumido cannabis en los últimos 30 días (ESTUDES 2014/2015, 2016). Por lo tanto, la mayor parte de consumidores diarios de cannabis, en Valladolid, no acuden al Proyecto JOVEN, por lo que resulta importante resaltar la escasa demanda de tratamiento, en comparación con los altos índices de consumo existentes y su relación con problemas psicosociales y de salud mental.

Como se decía al principio, los resultados de este estudio podrán orientar una posterior investigación cuyo objetivo sea la evaluación del programa en su integridad. A la luz de los resultados obtenidos, se debería analizar por qué no se está logrando un proceso de captación exitoso que permita acceder al recurso a la mayoría de las personas que lo necesitan. Habrá que revisar los mecanismos de coordinación con los espacios en los que los menores/adolescentes desarrollan su vida cotidiana: centros educativos (la mayoría de los casos), a través de las familias, los servicios sociales municipales, centros de acogida de menores no tutelados, policía, centros de salud, tejido asociativo comunitario o centros específicos de atención a drogodependientes, para mejorar el proceso de detección, captación y derivación al Proyecto JOVEN. En definitiva, realizar una evaluación de impacto que mida qué efecto está teniendo el programa en el número de casos notificados por abuso de drogas entre los adolescentes y jóvenes de Valladolid.

### Agradecimientos

Los autores quieren agradecer al Comisionado regional para la droga de Castilla y León el apoyo brindado para la realización de este trabajo.

### REFERENCIAS

- Alcol, I. (2016). *Perfil y características de los adolescentes que acuden al programa Recicla de Proyecto Hombre. (Trabajo Fin de Máster)*. Universidad de Oviedo, Oviedo. Recuperado de: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/34549/6/TFM%20In%C3%A9s%20Alcol%20Gonz%C3%A1lez.pdf>

- Arbex, C. (2013). *Guía metodológica para la implementación de una intervención Preventiva selectiva e indicada*. Madrid: ADI Servicios Editoriales.
- Arnett, J. (1992). Reckless behavior in adolescence: a developmental perspective. *Developmental Review*, 12, 339-373. doi: [10.1016/0273-2297\(92\)90013-r](https://doi.org/10.1016/0273-2297(92)90013-r)
- Asociación Proyecto Hombre (2005). *Registro Inicial Familiar (RIF)*. Madrid: Comisión de Adolescentes.
- Asociación Proyecto Hombre (2006). *Registro Inicial Adolescente (RIA)*. Madrid: Comisión de Adolescentes.
- Batjes, R. J., Gordon, M.S., O'Gray, K. E., Kinlock, T. W., & Carswell, M. A. (2003). Factors that predict adolescent motivation for substance abuse treatment. *Journal of substance Abuse Treatment*, 24(3), 221-232. doi: [10.1016/S0740-5472\(03\)00022-9](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00022-9)
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002) *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid. Ed. Ministerio del interior. Plan nacional sobre drogas.
- Burkhardt, G. (2011). Environmental drug prevention in the EU. Why is it so unpopular? *Adicciones*, 23, 87-100. doi: [10.20882/adicciones.151](https://doi.org/10.20882/adicciones.151)
- Caldeira, K. M., Kaspersi, S. J., Sharma, E., Vincent, K. B., O'Grady, K. B., Wish, E. D. et al. (2009). College students rarely seek help despite serious substance use problems. *Journal of substance abuse treatment*, 37(4), 368-378. doi: [10.1016/j.jsat.2009.04.005](https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.04.005)
- Comisionado Regional para la Droga (2016). *Encuesta Escolar sobre Drogas. Castilla y León 2014-2015*. Valladolid: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León.
- Comisionado Regional para la Droga (2016). *Informe sobre los casos atendidos de prevención indicada*. Valladolid: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León.
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. En J.A. Steinberg & M.M. Silverman (Eds.) *Preventing mental disorders* de. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.
- Guitart, A. M., Bartroli, M., Villalbí, J. R., Guilañá, E., Castellano, Y., Espelt, A., & Brugal, M. T. (2012). Prevención indicada del consumo problemático de drogas en adolescentes de Barcelona. *Revista Española de Salud Pública*, 86 (2), 189-198. doi: [10.1590/s1135-57272012000200007](https://doi.org/10.1590/s1135-57272012000200007)
- Hawkins, J. D., & Weis, J. G. (1985). The social development model: an integrated approach to delinquency prevention. *Journal of Primary Prevention*, 6, 73-97. doi: [10.1007/bf01325432](https://doi.org/10.1007/bf01325432)
- Kandel, D. B. (1980). Developmental stages in adolescent drug involvement. En D. Lettieri, M. Sayers & H. W. Pearson (Eds.). *Theories on drug abuse*. Rockville, Maryland. NIDA.
- Kazdin, A. E. (1995). *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Thousand Oaks: Saqe Publications.
- Llama, P. (2014). Programa Soporte. Intervención con adolescentes y familias desde la prevención indicada. *Revista Proyecto*, 84, 42-43.
- Llama, P. & Moral, J. (2011). Intervención con adolescentes consumidores de drogas y sus familias. *Revista Proyecto*, 76, 22-27.
- Mendigutxia, G. (2012). *Perfil de los adolescentes atendidos en el programa de prevención indicada de la Fundación Proyecto Hombre de Navarra: SUSPERTU. (Trabajo Fin de Master)*. Universidad Pública de Navarra, Pamplona. Recuperado de: <http://academica.e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/6109/TFM%20GARIKOITZ%20MENDIGUTXIA.pdf?sequence=1>
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. (2016). *Informe 2016 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Encuesta Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2014*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Pérez-Fuentes, M. C., Gázquez, J. J., Molero, M. M., Cardila, F., Martos, A., Barragán, A.B., et al. (2015). Impulsividad y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(3), 371-382. doi: [10.30552/ejihpe.v5i3.139](https://doi.org/10.30552/ejihpe.v5i3.139)
- Pérez-Fuentes, M. C., Molero, M. M., Carrión, J. J., Mercader, I. & Gázquez, J. J. (2016). Sensation-Seeking and Impulsivity as Predictors of Reactive and Proactive Aggression in Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 7, 1447. doi: [10.3389/fpsyg.2016.01447](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01447)
- Rodríguez-Fernández, A., Ramos-Díaz, E., Madariaga, J. M., Arrivillaga, A., & Galende, N. (2016). Steps in the construction and verification of an explanatory model of psychosocial adjustment. *European Journal of Education and Psychology*, 9(1), 20-28. doi: [10.1016/j.ejeps.2015.11.002](https://doi.org/10.1016/j.ejeps.2015.11.002)
- Trecet, U., González, D., & Molina A. J. (2012). Perfil sociodemográfico de los jóvenes tratados en Proyecto Hombre. La experiencia PH Nemos. *Revista Proyecto*, 78, 65-66.
- Wu, L. T., Pilowsky, D. J., Schlenger, W. E., & Hasin, D. (2007). Alcohol use disorders and the use of treatment services among college-age young adults. *Psychiatric Services*, 58(2), 192-200. doi: [10.1176/appi.ps.58.2.192](https://doi.org/10.1176/appi.ps.58.2.192)