



UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales

Trabajo Fin De Grado

33522

**Metaestudio cualitativo sobre la familia como
factor de protección y riesgo en el consumo de
drogas psicoactivas.**

Alumna/o Sheila Martínez Saiz

Tutor/a académico/a Josefa Fombuena Valero

Facultad de Ciencias Sociales

Grado de Trabajo Social

4º Curso

"No son las drogas, sino las prohibiciones que pesan sobre ellas las causas de su uso desinformado, irresponsable, autoindulgente y personal, y socialmente autodestructivo."

Thomas Szasz - Profesor emérito de psiquiatría

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen	5
1. Introducción	6
2. Objeto de investigación	7
3. Marco teórico	9
4. Marco Normativo	20
5. Diseño Metodológico	22
6. Análisis de los resultados	25
7. Discusión	42
8. Conclusiones	45
Bibliografía	46
Relación de anexos	50
ANEXO I: Proceso del tratamiento en drogodependencias.....	50
ANEXO II: Factores Psicosociales	51
ANEXO III: Tabla de síntesis de la búsqueda bibliográfica	52
ANEXO IV Categorías	60

Resumen

El consumo de drogas es un problema social que tiene repercusiones en la salud y en el entorno de las personas consumidoras. El objetivo es describir los factores de riesgo y protección familiares en relación al consumo de drogas psicoactivas de los jóvenes adolescentes así como estudiar a la familia como eje central de la prevención del consumo de drogas psicoactivas. Se desarrolla un metaestudio cualitativo mediante una estrategia de búsqueda bibliográfica que se constituye a partir de una revisión sistemática, categorización, análisis de los resultados y discusión. Se obtiene una muestra bibliográfica de 24 estudios de naturaleza cuantitativa y cualitativa. Los resultados se organizan en 4 categorías a partir de una tabla de síntesis. La familia se constituye como factor predictor del consumo de drogas psicoactivas y protector de la misma forma.

Palabras Clave

Adolescente, familia, drogas psicoactivas, prevención, drogodependencias, factores de riesgo familiares, factores de protección familiares, consumo de sustancias.

Abstract

Drug use is a social problem that has repercussions on the health and environment of drug users. The objective is to describe the family risk and protection factors in relation to the consumption of psychoactive drugs by young adolescents, as well as to study the family as the central axis of the prevention of psychoactive drug consumption. A qualitative meta-study is developed using a reference search strategy that is constituted from a systematic literature review, categorization, analysis of results and discussion. A bibliographic sample of 24 studies of a quantitative and qualitative nature is obtained. The results are organized into 4 categories based on a synthesis table. The family constitutes itself as an indicator of psychoactive drug consumption and a protector in the same way.

Keywords

Adolescent, family, psychoactive drugs, prevention, drug addiction, family risk factors, family protection factors, substance use.

Sumario: 1. Introducción. 2. Objeto de estudio. 3. Marco teórico. 4. Marco normativo. 5. Diseño metodológico. 6. Análisis de Resultados. 7. Discusión. 8 Conclusión. 9. Bibliografía. 10. Anexos.

1. Introducción

El fenómeno de las drogodependencias ha existido a lo largo de la historia, no obstante, no es hasta hace décadas que comienza a cobrarse importancia en nuestra sociedad. El consumo de sustancias psicoactivas toma relevancia dada la prevalencia encontrada entre los adolescentes, así como por los inicios tempranos de los consumos.

La OMS (2016) define la adolescencia como el periodo del desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19, años y que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios.

De esta manera, los adolescentes se encuentran sometidos a presiones relacionadas con el desarrollo de la personalidad, el grupo de iguales y los modelos sociales predominantes. Por lo que en la etapa de la adolescencia se constituye el mayor riesgo de consumo de drogas psicoactivas y drogodependencias.

La familia, es el primer agente de socialización de los adolescentes. Así, que la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) aclara que es el medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, por lo que supone un eje fundamental en las actitudes frente a las drogas de los/as hijos/as.

La prevención frente al consumo de sustancias psicoactivas tiene como objetivo reducir los factores de riesgo y promover los factores protectores del consumo de sustancias psicoactivas, mediante intervenciones que se enmarcan principalmente en el ámbito educativo. No obstante, la prevención actualmente refleja una disminución en sus programas en los últimos años y una escasa implicación de las familias (ENDA 2017-2024).

De esta manera, el objeto del estudio responde a investigar el papel de la familia como factor protector o predictor del consumo de drogas psicoactivas en adolescentes. Al mismo tiempo, se investiga la relevancia del involucramiento de la familia en la prevención y los patrones y motivaciones de los consumos de drogas psicoactivas.

La metodología que sigue el estudio es un metaestudio cualitativo, en el que se realiza una revisión bibliográfica sistemática de estudios que se identifican con la temática.

2. Objeto de investigación

El consumo de *drogas*¹ psicoactivas lícitas (tabaco y alcohol) e ilícitas (cannabis, éxtasis, opiáceos...) constituye un problema de salud pública a escala internacional y nacional, suponiendo un fenómeno social que ha estado presente a través de la historia.

Respecto al concepto de consumo, existen diferentes configuraciones y patrones del mismo. El consumo abusivo es definido en el Glosario de Términos de Alcohol y Drogas de la OMS (1994) como patrón de consumo que excede un estándar de consumo moderado o consumo social. Se define normalmente como el consumo que supera un volumen diario determinado o una cantidad concreta por ocasión (OMS, 1994: 25).

De esta manera, la prevalencia del consumo de drogas psicoactivas ilícitas en España se ha mantenido generalmente estable en los últimos años. No obstante, siguiendo la encuesta EDADES (2019) respecto al consumo de drogas ilegales, el cannabis es la que está más extendida en España y, en términos evolutivos, continúa la tendencia creciente de consumo, seguida de la cocaína en polvo, dado que hasta el 10,0% de la población de 15 a 64 años reconoce haber consumido en algún momento de su vida (OEDA, 2019: 13).

La estimación en Europa siguiendo el Informe Europeo sobre drogas (2018), es que hasta 87,6 millones de personas han consumido cannabis a lo largo de su vida y hasta 17,0 millones de personas cocaína, siendo que preocupa la introducción de nuevas drogas psicoactivas como el cannabis sintético o el consumo de drogas inyectadas (OEDDYT, 2018: 15).

En España, siguiendo la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, la prevención ha sido una prioridad en comparación a otras fases del tratamiento, por lo que se han constituido diferentes políticas sociales, configuradas en planes de diferentes escalas poblacionales. La prevención se lleva a cabo principalmente en el sector educativo, con el fin de potenciar las habilidades personales y familiares (ENSA, 2017-2024: 17).

¹ La OMS define droga como “toda sustancia psicoactiva que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas” (OMS, 1992: 33).

No obstante, es relevante destacar las actuaciones preventivas que desde sistema familiar es posible llevar a cabo, y conllevan una influencia fundamental en el desarrollo vital de los jóvenes y en la probabilidad de inicios de consumo como de una posterior drogodependencia. La familia, como primer contexto de socialización, supone un factor de protección del consumo de drogas psicoactivas tanto lícitas como ilícitas.

Así es, que se recoge. La OMS, en 57ª Asamblea Mundial de la Salud (2004) destaca la importancia de una serie de factores que contribuyen a proteger a los adolescentes de algunos comportamientos de riesgo. Entre ellos, los adolescentes que tienen una relación positiva y de comprensión con sus padres, así como apoyo desde el entorno escolar, tendrán menos posibilidades de que los jóvenes caigan en un comportamiento de riesgo, como el consumo de sustancias tóxicas (OMS, AMS: 3).

Las motivaciones por las que las personas jóvenes inician el consumo de sustancias psicoactivas son diversas. Sin embargo, es sustancial la adecuada funcionalidad de la familia para la prevención del mismo. Es necesario destacar que la edad media de inicio en el consumo de sustancias lícitas, como el tabaco y alcohol, es de 16,6, presumiendo que cada vez se realiza de manera más precoz. Mientras que en el cannabis se encuentra en 18,4 la de edad media de inicio. Además, se configura un policonsumo extendido consumo de riesgo de alcohol y cannabis. El consumo de cannabis y alcohol se mantienen e incrementan inclusive (OEDA, 2019: 15).

El impacto humano de los consumos, se refleja principalmente en los jóvenes menores, el alcohol representa una de las primeras causas de pérdida de salud. Además, es preciso destacar que el consumo en edades tempranas comprende múltiples consecuencias multidimensionales en el individuo y su entorno (OEDA, 2019: 124).

Por ello, el objetivo fundamental de este trabajo de investigación es realizar una revisión de estudios científicos sobre la familia como factor de protección o riesgo frente al consumo de drogas entre jóvenes y su actuación como eje preventivo. Otros aspectos que se reflejan en el mismo estudio, son las motivaciones y los patrones de consumos. La relevancia de esta investigación en aunar los datos obtenidos investigaciones realizadas a partir de la búsqueda sistemática de bibliografía.

3. Marco teórico

El abordaje del consumo de sustancias psicoactivas precisa de un marco conceptual y descriptivo. De esta manera, el uso de una sustancia psicoactiva, indica el consumo sin efectos médicos, sociales o familiares. Se trata de consumos aislados o episódicos. El hábito de consumo refiere a la costumbre de ingerir la sustancia psicoactiva. Una vez el sujeto se ha adaptado a sus efectos, existe un deseo de consumo no intenso, al mismo tiempo que no existen tendencias de aumentar la dosis sustancial. Un paso más profundo es el abuso, (consumo abusivo) que refiere a un uso inadecuado por la cantidad y frecuencia de consumo de la sustancia (Martín y De Lorenzo, 2003: 4).

Conforme se van estabilizando los consumos, surge la dependencia que, siguiendo el DSM – IV (1995), consiste en un conjunto de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia a pesar de presenciar problemas significativos. La dependencia se define como un grupo de tres o más síntomas indicados en los criterios diagnósticos del DSM-IV que aparecen en un periodo de 12 meses (DMS-IV, 1995: 182).

En relación a lo anterior, de la suma de dependencia y las drogas psicoactivas surge la drogodependencia, que es definida, por primera vez por la OMS en 1964, como la intoxicación periódica crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética, y que se caracteriza por el deseo dominante de ingesta continuada de la sustancia, con tendencias crecientes de la sustancia y dependencia física y psicológica (Martin y De Lorenzo, 2003: 5).

No obstante, en el momento que el individuo no responde a las necesidades de consumo, surge la abstinencia que, según el DSM-IV (1995), tiene lugar cuando la concentración en la sangre disminuye en los individuos que han mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de la sustancia. De esta manera, con la abstinencia se encuentra la necesidad de consumo o *craving*, el cual se observa en la mayoría de pacientes con dependencia de sustancias (DSM-IV, 1995: 190).

Siguiendo a (Martín y De Lorenzo (2003), el consumo de sustancias se realiza mediante la ingesta oral, ingesta pulmonar, a través de la inhalación e ingesta nasal. En términos temporales y cuantitativos es posible clasificarlos en consumo experimental, es transitorio y en un periodo de tiempo muy escaso o en cantidades muy reducidas.

Seguidamente, el consumo ocasional refiere a un consumo intermitente de determinada cantidad de sustancias cuyo objetivo es la integración al grupo de iguales y está asociado al ocio. Más adelante, el consumo habitual, consumo diario que, persigue aliviar el malestar psicorgánico y mantener el rendimiento o estado que proporciona la sustancia, y por último, consumo compulsivo, consumo intensivo y reiterado que sucede varias veces de manera aislada y que da lugar a trastornos del comportamiento (Martín y De Lorenzo, 2003: 16, 17).

Existe también otro patrón de consumo definido por la OMS denominado, policonsumo. Se produce cuando se consumen varias sustancias al mismo tiempo con el objeto de mantener alteradas las funciones mentales (GTAD, 1994: 48).

Las sustancias psicoactivas pueden ser clasificadas en drogas depresoras, las cuales contienen la actividad nerviosa y disminuyen las funciones corporales y las sensaciones dolorosas físicas, sentimentales o psicológicas, y refieren al alcohol y heroína. Luego, drogas estimulantes, las cuales potencian la actividad nerviosa e incrementan el ritmo de las funciones corporales, suben la autoestima, eliminan las sensaciones de cansancio, fatiga sueño o hambre. Sus referentes principales son el tabaco, la cocaína y anfetaminas (Martín y De Lorenzo, 2003: 18).

El proceso de drogodependencias abarca una serie de etapas (Anexo I). La prevención, la desintoxicación, orientada a que el paciente abandone el consumo de las sustancias adictivas sin padecer síndrome de abstinencia agudo, suponiendo el primer paso en el tratamiento. La deshabitación está orientada a que la persona drogodependiente se enfrente al problema de consumo de sustancias a través de estrategias que neutralicen los motivos por los que se ha consumido la misma. Y por último, la reinserción, social, familiar y laboral orientada a mantener un nuevo estilo de vida sin drogas (Martín y De Lorenzo, 2003: 51).

Los criterios diagnósticos, siguiendo el DSM- IV (1995) de la dependencia, conllevan un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia provocando un malestar expresado en una serie de ítems. Los ítems refieren a la tolerancia como la necesidad de cantidades crecientes de la sustancia, síndrome de abstinencia, o la reducción de actividades sociolaborales (DSM-IV, 1995: 186).

Los consumos abusivos de sustancias comportan consecuencias que producen alteraciones no deseables y psicopatológicas. En primer lugar, reacciones antisociales o

conducta antisocial. El consumidor configura su vida en torno a las drogas y hará lo posible para obtenerlas sobreponiéndose a los valores morales. En segundo lugar, déficit de actividad, refiere a la astenia², insuficiencia de la actividad motora, pérdida de capacidad cognitiva, pasividad, o aislamiento social. El consumo abusivo supone un riesgo de escalada, es decir, que derive con más frecuencia a un consumo de otra sustancia más potente e intensa (Martín y De Lorenzo, 2003: 19).

Los aspectos que condicionan favorablemente la drogodependencia son el propio potencial adictivo de la sustancia. Respecto al individuo, la vulnerabilidad de las personas para padecer la dependencia a la sustancia se relaciona con factores biológicos y psicológicos, como el factor genético, la personalidad, estabilidad emocional y la presencia de psicopatologías previas (Martín y De Lorenzo, 2003: 27).

La etapa de la adolescencia³ supone un factor de riesgo para desarrollar una drogodependencia debido al proceso madurativo que subyace esta etapa en la que se culmina el desarrollo en su dimensión psicosexual, afectiva e intelectual. Por otro lado, el medio social refiere máxime al entorno familiar disfuncional, caracterizado por la ausencia de comunicación, estilos educativos autoritativos o permisivos, los cuales incrementan el inicio de consumo de sustancias (Martín y De Lorenzo, 2003: 30, 31).

Es relevante destacar que en los consumos abusivos es frecuente la presencia de trastornos psíquicos, puesto que los síntomas de esta provocan que se acuda a la sustancia para aliviarla. La ansiedad, la tristeza o el insomnio son algunos de ellos (Martín y De Lorenzo, 2003: 30).

Desde el siglo XX, existen motivos macrosociales que favorecen el uso de drogas como las provocadas por la explotación del trabajo, la mala alimentación y los nuevos estilos de vida poco saludables y estresantes. Desde una perspectiva social, las drogas están presentes en distintos tipos de relaciones sociales como elemento de identificación simbólica en los grupos de iguales (García y Sánchez, 2005: 18, 19).

² Falta o decaimiento de fuerzas caracterizado por apatía, fatiga física o ausencia de iniciativa (RAE)

³ La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos.

El proceso de modernización ha influenciado en las transformaciones sociales y culturales, siendo que la socialización se realiza en una sociedad de bienestar donde el ocio y tiempo libre se perciben como una necesidad fundamental en el desarrollo del individuo, siendo asociado directamente con el consumo de drogas como medio de potenciación de la diversión. Por lo que en los últimos años existe un incremento del consumo abusivo de alcohol, así como del patrón de inicio de consumo. Siguiendo a Calvo (1999) citado por (García y Sánchez, 2005: 145), se relaciona el consumo de alcohol con la búsqueda de euforia y desinhibición, y el sentimiento de pertenencia y presión social (García y Sánchez, 2005: 19).

Así es que según la encuesta nacional ESTUDES (2018), respecto a las drogas lícitas (alcohol y tabaco), el alcohol es la sustancia con mayor prevalencia de consumo entre menores de 14 y 18 años, siendo que el 77,9% de adolescentes ha consumido bebidas alcohólicas en alguna ocasión de su vida. Respecto el último año, hasta tres de cuatro menores, el 75,9%, ha consumido en alguna ocasión alcohol, y hasta un 58,5% ha consumido alcohol en el último mes (ESTUDES, 2018: 18).

El tabaco es la segunda droga lícita con mayor prevalencia, el 38,5% de menores de entre 14 y 18 años ha consumido tabaco en algún momento de su vida, el 35% en el último año y hasta el 27,3% ha consumido en los treinta días anteriores. Un tercio de los jóvenes, que han consumido tabaco en el último mes, también lo ha hecho de manera diaria, siendo que la prevalencia de consumo diario entre los jóvenes de 14 y 18 años es de 9,8% incrementándose desde el año 2016 (ESTUDES, 2018: 11).

Respecto a las drogas ilícitas, el cannabis es la droga más consumida entre los menores de 14 y 18 años, siendo la tercera drogas más consumida por los menores. Casi tres de cada diez, 31,1% han consumido cannabis en alguna ocasión a lo largo de su vida, y hasta el 27,5% han consumido alguna vez durante el último año. El 18,3% han consumido en los últimos treinta días. Se presencia un incremento en el consumo de cannabis desde 2018 (ESTUDES, 2018: 12).

La edad de inicio de consumo de sustancias con mayor prevalencia (alcohol y tabaco) se establece a partir de los 14. En el caso del tabaco, desde las estadísticas de 2006, se ha retrasado progresivamente el año de inicio, desde 13,1 hasta 14,1 años en 2018. Siendo que año después del primer consumo se inicia un consumo diario, se establece la media de inicio en 14,6 años. Respecto al alcohol, se sitúa el primer consumo

en los 14,0 años, el consumo semanal en 15,2. Respecto al cannabis, se sitúa entre los años 14,6 y 14,9 desde el año 2000, y se mantiene en 2018 (ESTUDES, 2018: 14).

Siguiendo las estadísticas de EDADES, el alcohol es la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo. Por ello, se refleja que hasta el 91,2% de población entre 15 a 64 años ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida. Este porcentaje se mantiene estable, manteniéndose por encima del 90%. El tabaco es la segunda sustancia psicoactiva con mayor prevalencia en España. El 69,7 ha consumido tabaco en algún momento de su vida, y se registra un descenso de hasta casi 3 puntos porcentuales desde 2015, y tiene una clara tendencia descendiente progresiva desde 2007 (EDADES, 2019: 12).

García y Sánchez (2005) declaran que las drogas representan un factor erróneo de la identidad personal en formación, y es el resultado de un contexto que acontece a los adolescentes, una sociedad competitiva, un marco social sostenido por el consumo de drogas y la insolidaridad (García y Sánchez, 2005: 43).

Las drogas legales (alcohol y tabaco) conllevan una percepción de riesgo baja por parte de los individuos. Por ello, se mantiene su prevalencia y se inicia en edades tempranas. Siguiendo a García y Sánchez, (2005) existen una serie de factores que refuerzan el consumo de alcohol y tabaco, a nivel personal: facilita las relaciones, reafirma el propio rol, por deseo de independencia, referencias paternas que consumen tabaco y alcohol, permisividad social o bajo precio del producto. Respecto a las drogas ilegales, su denominación responde al estatuto jurídico, siendo sustancias prohibidas, lo que no impide su consumo mediante el tráfico ilegal de drogas (García y Sánchez, 2005: 67).

Para el entendimiento de las conductas adictivas existen modelos explicativos que tienen tres vertientes, biológicas, psicológicas y sociológicas. Siguiendo a (Apud, I. y Romaní, O. 2016) el modelo Biomédico se inicia con la descripción de Benjamín Rush en el siglo XVIII definiendo el alcoholismo, es una “enfermedad de la voluntad” cuya único tratamiento es la abstinencia total (Levine 1978, citado por Apud y Romaní, 2016: 116).

En el siglo XIX surgen términos médicos para la enfermedad del alcohol y la adicción, como Thomas Trotter y su modelo médico del alcoholismo como enfermedad, Esquirol y su inclusión dentro de las monomanías o Edward Levistein y la adicción a la

morfina, Emil Kraepelin y la progresiva inclusión en sus manuales de nuevas entidades nosológicas como alcoholismo o cocainismo (Berridge, 1990; Pascual, 2007, Room, Hellman, & Stenius, 2015, Szasz, 1974 citado por Apud y Romaní, 2016: 117).

En el siglo XX, se gestan modelos neurobiológicos que explican la adicción como enfermedad; pero su consolidación se establece en las décadas de los 70 y 80, con el descubrimiento de receptores de opioides, y la aparición de la concepción biologicista en psiquiatría (Kobb y Simón, 2009, citado por Apud y Romaní, 2016: 117).

El paradigma biomédico explica por qué el cerebro humano queda estancado a comportamientos que perjudican su capacidad adaptativa y cómo la neuroplasticidad⁴ es una desventaja bajo el efecto de las drogas. En esta situación se encuentran los mecanismos de recompensa que tiene el organismo para valorar conductas adaptativas a través de mecanismos vinculados al placer que se dan a través de la dopamina⁵, y la corteza prefrontal, explicando la pérdida de control, la impulsividad y la dependencia física (De Sola, Rubio, & Rodríguez, 2013; Rodríguez, del Arco, & Ferrer, 2003 citado por Apud y Romaní, 2016: 117).

En 1960 surgen distintos tipos de dependencia física y psicológica a través de la OMS (1964) en relación a los problemas que se suscitaban en torno al concepto de la adicción. Friedman y Rusche (1999), definen la adicción como la suma de la dependencia psicológica y física. La dependencia psicológica se asocia a mecanismos de aprendizaje, condicionamiento operante, condicionamiento clásico y de aprendizaje explícito (Apud y Romaní, 2016: 119).

De esta manera, el modelo biomédico adquiere mayor complejidad, así es que se recoge en el NIDA (2012) la definición de adicción como enfermedad crónica del cerebro que involucra los sistemas de recompensa, motivación, aprendizaje y decisión (Apud y Romaní, 2016: 119).

Otros modelos biológicos son, por un lado, modelo de enfermedad de la adicción, el que aclara que existe una predisposición genética y dificultades en el proceso madurativo personal que provocan la susceptibilidad a la dependencia, asociado a la

⁴ La idea de neuroplasticidad es la capacidad del sistema nervioso de adaptarse a nuevas condiciones ambientales permitiendo cambios en el comportamiento y las estrategias de supervivencia involucrando distintos mecanismos como los neurotransmisores disponibles (Moizeszowicz, 2000, citado por Apud, Romaní, 2016: 117).

⁵RAE: Neurotransmisor derivado de la dopa que actúa en los ganglios basales del cerebro.

contaminación del medio por presencia de drogas. Por otro lado, el modelo de automedicación de Khantzian refiere a que la psicopatología previa, presente en el individuo, provoca la necesidad el consumo de drogas que se ingiere para aliviar los síntomas de la misma (Martín y De Lorenzo, 2003: 31).

Seguidamente, los modelos cognitivistas fundamentan, por un lado, el modelo de aprendizaje social. Se centra en los patrones de comportamiento de las figuras de imitación, particularmente las figuras paternas. Y por otro lado, el modelo de adaptación, que refiere a que los consumidores tienen dificultades en la utilización de manera inadecuada los recursos personales o del contexto para dar solución a sus problemas, al mismo tiempo de que existen dificultades familiares y sociales (Martin y De Lorenzo, 2003: 32).

El modelo biopsicosocial refiere a que en el consumo de sustancias existen una complejidad de factores de riesgo, vulnerabilidad y protección, vinculados al ámbito neurobiológico, psicológico y social (Apud y Romaní, 2016:119). Los factores psicológicos y sociales en las drogodependencias se estudiarán en los años setenta mostrando que la personalidad y el contexto son parte central del proceso de adicción (Apud y Romaní, 2016: 120).

El modelo sociocultural se ha construido basándose en estudios antropológicos y sociológicos. Desde la sociología, se estudió la relación entre adicciones y proceso de desviación, estudios sobre la subcultura de las drogas y sus nichos de desorganización social y el etiquetado social y estigmatización del adicto (Comas 1993, citado por Apud y Romaní 2016: 120). La antropología aborda la droga como un campo de relación entre sustancia, sujeto y contexto. Las distintas perspectivas que engloba este modelo ayudan a comprender las prácticas socioculturales relacionadas con las drogas desde sociedades tradicionales hasta contemporáneas (Apud y Romaní 2016: 120).

Siguiendo a Xavier Pons (2008:172), desde el modelo de educación para la salud, abarca de manera holística las consecuencias de los problemas de drogas y sus consecuencias en la salud física, psíquica y relacional (Green, 1984 citado por Pons 2008: 172). Se explica que la educación para la salud es una disciplina que se encarga de transmitir el conocimiento acerca de los comportamientos específicos que suponen un riesgo para la salud. Este modelo enfatiza los aspectos educativos y comunicativos planteando una intervención activa orientada a la salud integral (Pons, 2008: 172).

Siguiendo a García y Sánchez (2005), la educación para la salud sigue siendo la mejor prevención, puesto que provoca la toma de conciencia por los jóvenes de la salud colectiva e individual que permita abordar la problemática de consumo íntegramente con su complejidad, construir una opinión crítica y desterrar los chivos expiatorios ⁶ en materia de drogas (García y Sánchez, 2005: 261).

En cuanto a los modelos sociológicos, es relevante destacar el modelo de control parental que sostiene que la falta de afecto y de la ausencia de respeto a las normas, desemboca en una conducta antisocial, por lo que supone un riesgo para el consumo de sustancias (Martín y De Lorenzo, 2003: 32).

Los factores de riesgo y de protección ante el consumo de drogas suponen un aspecto fundamental en el inicio de consumo de sustancia y en la prevención. Estos factores se configuran en el individuo y en el entorno, y son psicosociales (Anexo II) y familiares dotando al consumo de un carácter multidimensional (Martín y De Lorenzo, 2003: 39).

Respecto a los factores de protección y riesgo del entorno, alude a las variables de contextos familiares, sociales y del contexto educativo, los cuales se encuentran relacionados y son fundamentales para la elaboración de estrategias preventivas (Martín y De Lorenzo, 2003: 41).

La familia supone el núcleo de socialización primaria y tiene un papel fundamental en la prevención del consumo de drogas en adolescentes. El sistema familiar supone una fuente de factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas suponiendo una influencia sobre las actitudes y creencias sobre las drogas (López, 2003: 204).

En el contexto familiar, respecto a los factores que suponen un riesgo, se encuentran: La desestructuración familiar, la presencia de baja cohesión familiar y comunicación. La carencia de organización y disciplina, los estilos paternos autoritarios o permisivos resultan negativos, se disipan los roles familiares comprendiendo una falta de jerarquía familiar y de normas familiares. La comunicación deficiente, el desconocimiento de la problemática que envuelve a los jóvenes expone a recurrir frecuentemente al grupo de iguales y da lugar a la falta de apego. Por último, las actitudes

⁶ RAE. Persona sobre la que se hacen recaer culpas ajenas para eximir a los verdaderos culpables.

de sobreprotección generan inseguridad e inferioridad en las personas jóvenes bifurcando el proceso madurativo y la toma de decisiones (Martin y De Lorenzo, 2003: 42).

Seguidamente, el comportamiento agresivo paternal tiene resultados contraproducentes llevando a los jóvenes al mismo nivel de agresividad. Por último, la influencia del consumo de sustancias legales o ilegales se aprende como método de solución en el ambiente familiar (Martin y De Lorenzo, 2003: 42).

De esta manera, la teoría del aprendizaje social, explica que la observación de modelos significativos para el individuo en los que fija su atención, es una influencia fundamental que termina imitando. El consumo de drogas es más probable que suceda cuando se ha visto reforzado en personas influyentes en el individuo. En este sentido, las conductas de consumo de drogas por parte de las figuras paternas influyen en la toma de decisiones de los descendientes de acuerdo a consumirlas (Martin y De Lorenzo, 2003: 32).

Los factores de protección dentro de la familia, siguiendo la Teoría del Desarrollo Social, los lazos familiares suponen un apego y compromiso con las normas y valores del grupo, resultando vínculos familiares adecuados. Los jóvenes que están desligados de la familia se sentirán más próximos a su grupo de iguales, comportando conductas como el inicio de consumo de sustancias. La aparición de estas conductas requiere que se produzcan interacción con grupos desviados con conductas desadaptadas suponiendo una retroalimentación (Martin y De Lorenzo, 2003: 42).

La familia debe proteger a los menores mediante normas claras y comunicativas presuponiendo las consecuencias del incumplimiento de éstas. El sistema familiar debe basarse en apoyo emocional y afectuoso. En definitiva, los factores familiares de protección son fundamentales en la adolescencia, así es que la Teoría de la Interacción Familiar, presupone que la falta de supervisión y apoyo, por parte de las figuras paternas, contribuye a debilitar el apego familiar y facilita el consumo de drogas (Martin y De Lorenzo, 2003: 42).

Los factores de protección familiares frente al consumo de drogas principalmente son, la percepción afectiva filial adecuada, referente a los sentimientos afectivos y de apoyo familiar por el cual se canalizan adecuadamente las emociones, existiendo vínculos de confianza. Seguidamente, la concordancia entre el ideal filial paterno y la conducta ideal, la adecuada fijación de límites y control, ya que debe existir un orden de jerarquía

y responsabilidades. La discusión de los problemas de la comunidad, refiere a una buena comunicación entre los sistemas o canales y los miembros de la familia. Y por último, una actitud democrática en la toma de decisiones familiares, la cual exige la participación de todos los miembros de la familia (Martin y De Lorenzo, 2003: 42).

Respecto al grupo de iguales, refiere al deseo de integrarse en un grupo afín con objeto de observar un intercambio social de manera que, si en el grupo de iguales existe consumo de drogas, existe el riesgo de que el nuevo integrante pueda adoptar la misma conducta. En cuanto a los factores ambientales, refiere a los factores socioculturales que influyen el consumo de drogas y la accesibilidad a la droga (Martin y De Lorenzo, 2003: 42).

Los factores familiares que influyen en los procesos de rehabilitación y recaída desde la Teoría de Sistemas, se explican como la expresión de conductas inadaptadas que producen disfunción en el sistema familiar. Por ello, al estudiar a la familia como un sistema, se han de abordar los cambios que se producen en la estructura interna y sus subsistemas. Desde este modelo, el consumo de sustancias psicoactivas deriva por dificultades de la búsqueda de autonomía o independencia (López et al, 2003: 203).

Desde el modelo de Terapia Familiar, la conducta adictiva se considera la conducta funcional dentro de un contexto en el que interaccionan fundamentalmente, la historia pasada, las expectativas futuras del consumidor y de cada miembro de la familia. Dentro del sistema familiar se producen cambios constantes en la historia de cada miembro, a medida que el drogodependiente va pasando por distintos episodios de la adicción (López et al, 2003: 204).

Por lo que respecta a las acciones preventivas educativas y familiares, suponen el eje más efectivo para disminuir el inicio del consumo y su posterior drogodependencia. La prevención es el conjunto de medidas dirigidas a reducir y eliminar el consumo de drogas y los problemas asociados. Es la acción preventiva que se desarrolla en el marco de una política social e integral de educación para la salud y el bienestar (Martin y De Lorenzo, 2003: 45).

Respecto a la prevención, siguiendo a (García, 2007), el campo del consumo de sustancias ha tenido una expansión generalizada, especialmente desde la década de los años 70 del siglo XX en respuesta a la expansión del consumo de drogas que supone un problema clínico, económico y social. Actualmente, la prevención es una línea prioritaria

en el abordaje de las drogodependencias dada su eficacia a partir de planes de actuación y suponiendo el primer nivel en las drogodependencias (García, 2007: 53).

Las acciones preventivas deben configurarse en torno a los factores que subyacen el riesgo al consumo y los desencadenantes de un trastorno de consumo por los cuales sea preciso actuar. En el caso de las drogodependencias, se requiere actuar sobre la disponibilidad de la sustancia, y el contexto social donde tiene lugar el consumo al mismo tiempo que los modos de vida y la reducción de la oferta (Martin y De Lorenzo, 2003: 45).

Existen diferentes niveles de prevención dentro de las drogodependencias. En primer lugar, la prevención primaria, dirigida a evitar la aparición del consumo. En segundo lugar, la prevención secundaria, que tiene el fin de reducir el número de personas que consumen drogas de manera ocasional o sistémica para detener el avance del deterioro de la salud. En tercer lugar, la prevención terciaria, dirigida a reducir las consecuencias del trastorno por drogodependencias, poniendo el énfasis en la prevención de las recaídas (Martin y De Lorenzo, 2003: 47).

Existen diferentes modalidades de prevención, específica e inespecífica. Por un lado, la prevención específica, refiere a la actuación que de forma clara y explícita influye en el uso de drogas, se centra en el problema del consumo de drogas de manera directa. Por otro lado, inespecífica, es la que tiene como objeto alterar los consumos indirectamente a través de actuaciones no conectadas con el uso de drogas, enfocándose en actividades deportivas o culturales puntuales (García, 2007: 56).

La Estrategia Nacional sobre Acciones 2017-2024, recoge objetivos en materia de prevención, como reducir la presencia de drogas y de otras conductas adictivas, limitar la accesibilidad de los adolescentes a las drogas, promover la toma de conciencia de riesgos y daños provocados por las drogas y adicciones, aumentar la percepción del riesgo, desarrollar habilidades y actitudes personales que reduzcan la vulnerabilidad frente a los consumos de drogas, promover conductas y hábitos de vida saludables, detectar precozmente y prevenir los consumos de mayor riesgo (ENA, 2017-2024: 31).

Siguiendo la Estrategia Nacional de Acciones 2017-2024, las intervenciones preventivas se encuentran en diferentes ámbitos, comunidad educativa, familiar, medios de comunicación y sistema sanitarios y los contextos de ocio. La prevención ambiental cobra relevancia en espacios de ocio y comunitario. Además, en necesario complementar,

mediante prevención local, problemas antisociales y el consumo de alcohol, sobre todo en menores. La prevención selectiva se dirigirá especialmente a los colectivos más vulnerables (ENA, 2017-2024: 31).

4. Marco Normativo

Existe abundante legislación y referentes normativos en materia de drogodependencias, familia y adolescencia que es preciso destacar. Siguiendo a García y Sánchez (2005), a partir de la criminalización de las drogodependencias, se desarrolla un marco de aspectos positivos y negativos, convirtiéndose en una práctica conflictiva.

Internacionalmente, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) divulga tratados internacionales fundamentales en materia de drogodependencias, como el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988, son algunos de ellos.

El Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (EMCDDA) constituye el Informe sobre Drogas de España (2019), así como de cada país miembros, y el Boletín Estadístico de la situación de drogas a nivel nacional. Además, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) genera el informe Mundial sobre las drogas.

En el ámbito nacional encontramos abundante legislación. La Constitución Española de 1978, en su artículo 43, legisla el derecho de toda la ciudadanía a la protección de la Salud, al tiempo que establece la responsabilidad de los poderes públicos como garantía fundamental de este derecho.

Al mismo tiempo, la constitución Española, en su artículo 39 en su apartado 1 se expone que los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia. En su apartado 2 se aclara, los poderes públicos aseguran, asimismo, la protección integral de los hijos, y de las madres.

Seguidamente, en el artículo 39 en su apartado 3 los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos dentro o fuera del matrimonio, durante su minoría de edad, y por último, en su apartado 4, los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales. En materia de adolescentes, se legisla la Ley

26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

Otras leyes que son relevantes destacar son Ley 14/1.986, de 25 de abril, General de Sanidad, Ley Orgánica 12/1995, de 12 de diciembre, de Represión del Contrabando Ley 42/2010, de 30 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, y la Ley 4/2015, de 6 de marzo, de atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas.

5. Objetivos de la investigación

Objetivo General:

1. Realizar una revisión bibliográfica para describir el papel de la familia como factor de protección o de riesgo en relación con el consumo de drogas con sustancia en jóvenes.

Objetivos específicos:

1. Investigar la importancia del involucramiento de la familia en la prevención del consumo de sustancias.
2. Investigar los patrones y motivaciones del consumo en los adolescentes.

5. Diseño Metodológico

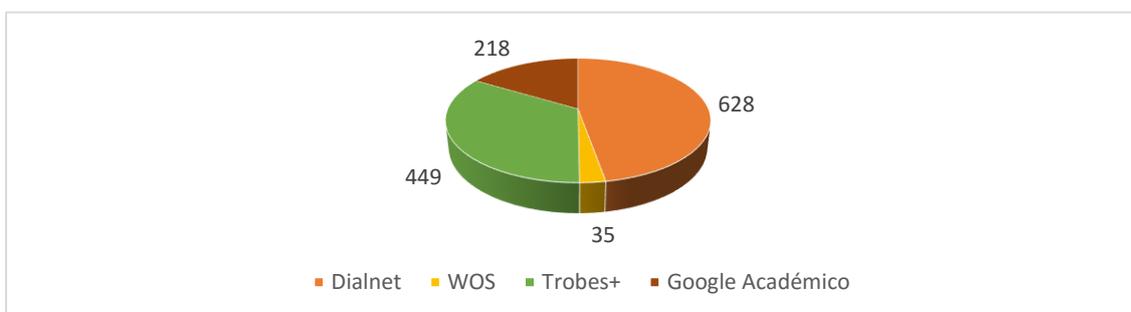
Se desarrolla un metaestudio de tipo análisis cualitativo. Se trata de una revisión sistémica, que forma parte de la investigación secundaria, que sigue una metodología explícita y rigurosa (Martín et al, 2007: 11). Se realizará un reanálisis de varios estudios de fuentes secundarias que, por su metodología, son cualitativos y cuantitativos, aplicando un análisis cualitativo a diferentes artículos científicos mediante la revisión sistémica.

La estrategia metodológica consta de tres etapas, búsqueda sistemática bibliográfica, categorización de los estudios y análisis de los resultados. La pregunta que orienta la búsqueda bibliográfica es, ¿Es la familia un factor de protección/ riesgo frente al consumo de drogas?

Respecto a la estrategia de búsqueda se ha realizado una revisión bibliográfica a partir de las bases de datos, Dialnet, Google Académico, WOS y Trobes+. Los términos seleccionados han sido (familia, drogas).

Respecto a los criterios de inclusión o exclusión, los tipos de estudios seleccionados son artículos científicos, por lo cuales se incluyeron estudios cualitativos y cuantitativos, revisiones sistemáticas, también con enfoque descriptivo o fenomenológico. La búsqueda se limita a estudios publicados desde 2010 hasta 2020, solamente en un idioma, español. Se incluyeron estudios cuyos sujetos de estudio o población son adultos, jóvenes adultos o adolescentes.

Una vez ejecutada la búsqueda, se identifican 1.330 títulos y resúmenes. Para refinar la búsqueda, se filtraron las Bases de Datos por idioma, periodo de publicación y tipo de documento, dando como resultado 826 registros.



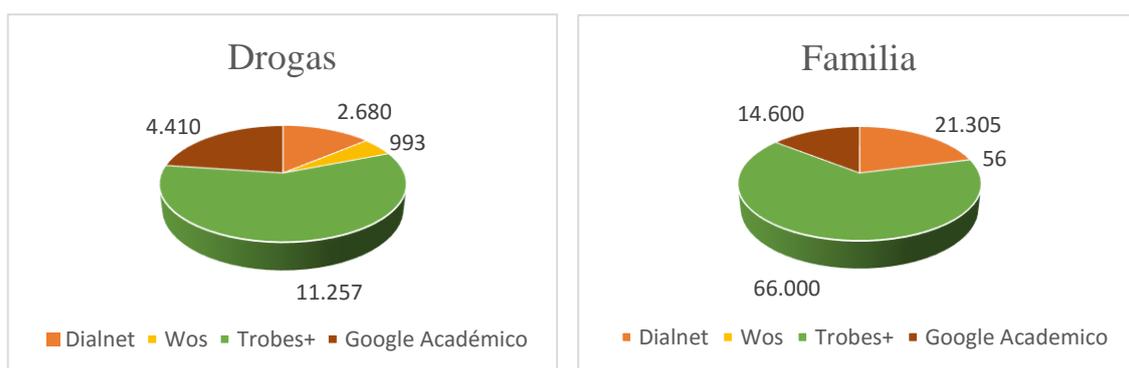
Gráfica N° I. Búsqueda inicial. Fuente: Elaboración propia a partir de la búsqueda bibliográfica (2020)

Posteriormente, se procede a revisar los resúmenes y títulos disponibles de los registros para verificar el tema de investigación y diseño metodológico y los resultados. En esta fase se eliminaron los registros duplicados y aquellos que no cumplían con los criterios o con el tema de interés.

Después, en una segunda fase, se revisan los artículos completos seleccionados como elegibles evaluándose los objetivos, los resultados y conclusiones. Finalmente la muestra de estudios está constituida por 24 artículos.

Seguidamente se crea una tabla de síntesis con Excel (Anexo IV), que va a permitir categorizar o analizar las variables sustanciales de los hallazgos de cada estudio seleccionado. Tras una lectura minuciosa de los resultados y conclusiones de cada estudio se extraen y clasifican los hallazgos.

La búsqueda de los descriptores se realiza de manera simultánea, dado la cuantiosa cantidad de estudios en materia de drogas y familia. Así que, con el descriptor familia, estableciendo los mismos filtros en Dialnet, existen hasta 21.305 resultados de familia y en el caso de drogas hasta 2.680 resultados. En el caso de Trobes+ existen hasta 11.257 resultados sobre drogas y en el caso de familia 66.449. En el caso de Google Académico, estableciendo una búsqueda avanzada, con el término drogas, existen hasta 4.410 resultados y en el caso familia, 14.600 resultados. En el caso de WOS, con el término drogas, 993, y en el caso de familia, 56 resultados. La búsqueda alcanza en el caso del término drogas 19.349, y en el caso de familia, 102.410 resultados.



Gráfica N° II y III. Drogas. Familia. Fuente: Elaboración propia a partir de la búsqueda bibliográfica (2020)

Tabla N° 1. Descriptores de la búsqueda (2020)

Descriptores/Términos	Familia, drogas
Periodo temporal	2010-2019
Idioma	Español
Bases de datos	Dialnet, Google Académico, Wos, Trobes+
Tipos de documento	Artículos Científicos

Fuente: Elaboración propia a partir de la búsqueda bibliográfica (2020).

Con el fin de visualizar cada fase de la bibliografía se incluye un diagrama de flujo:

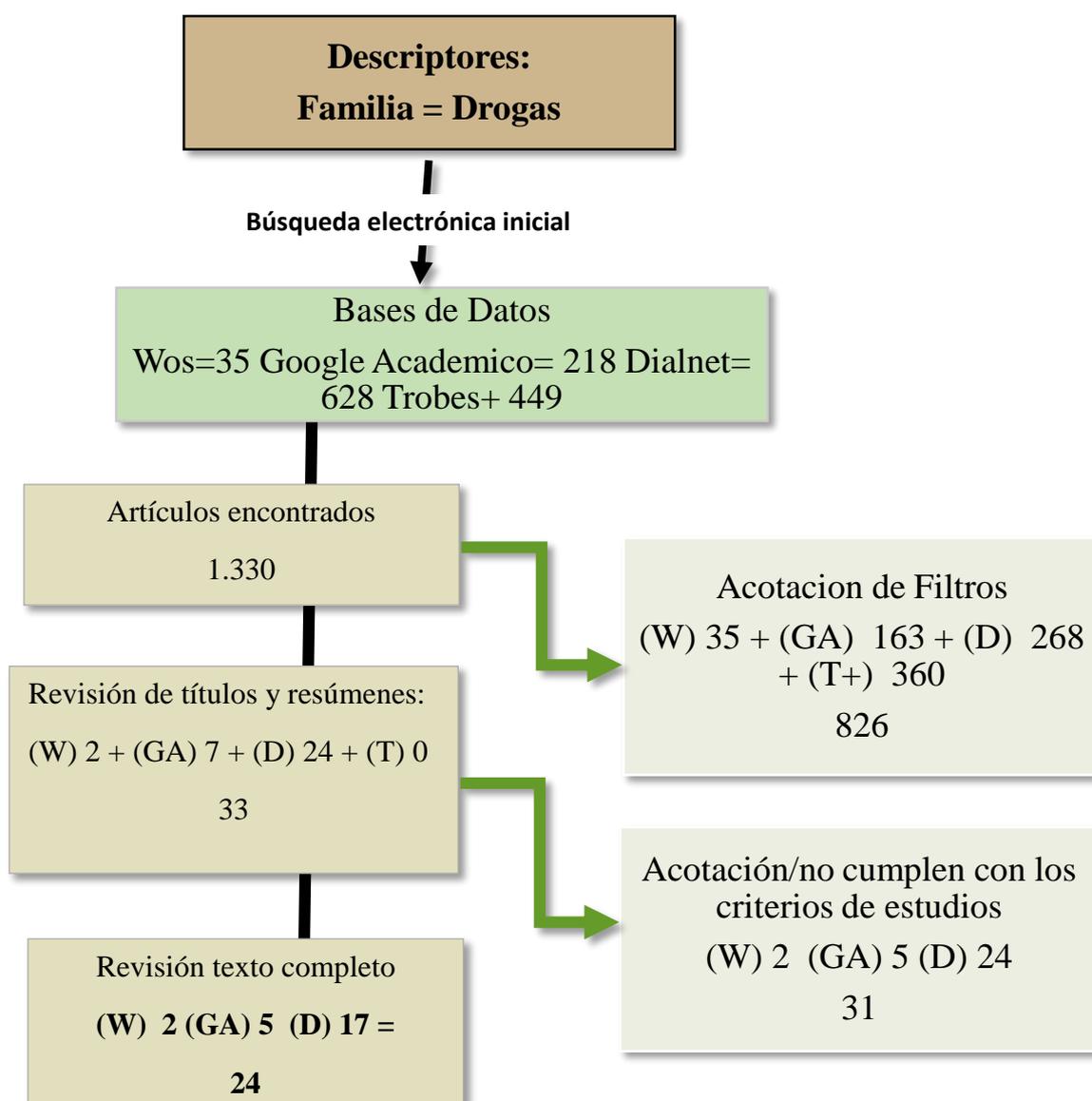
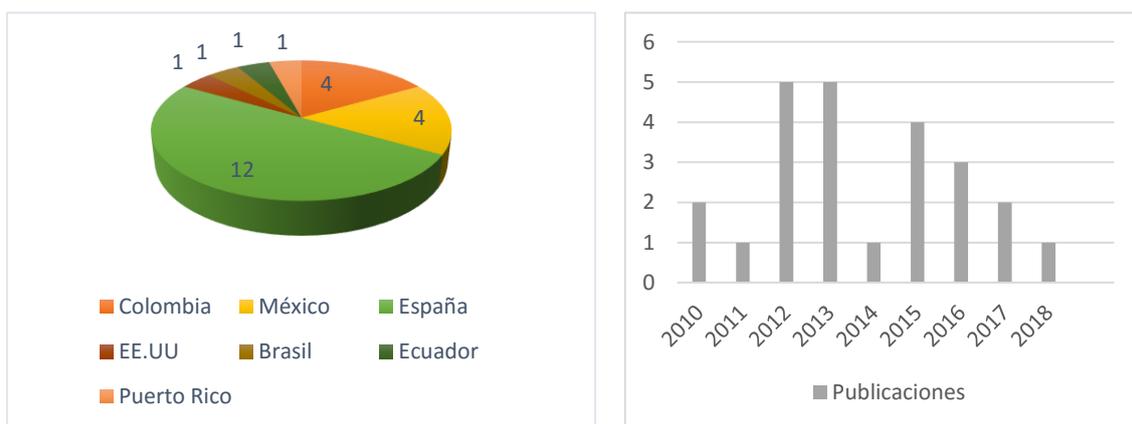


Figura 1. Diagrama de Flujo de la búsqueda bibliográfica. Fuente: Elaboración propia a partir de la búsqueda bibliográfica. (2020)

6. Análisis de los resultados

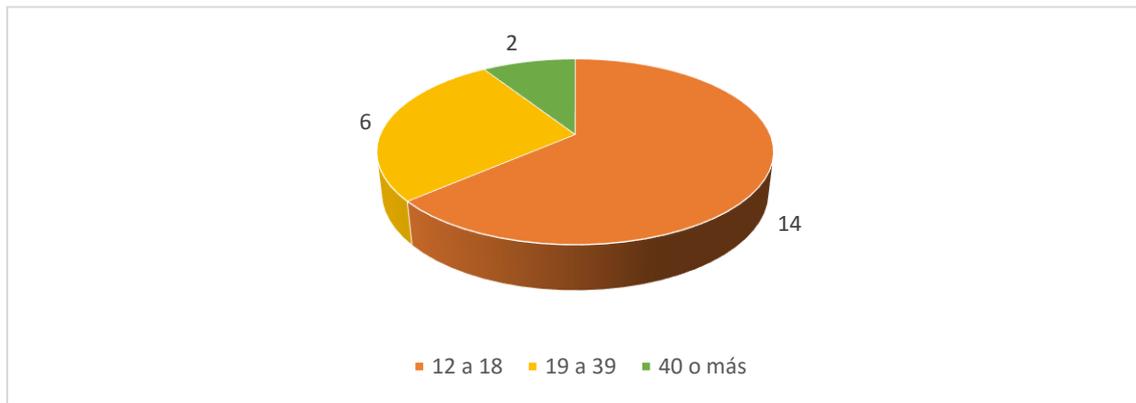
Para la descripción de los hallazgos se etiquetan los 24 estudios incluidos en la muestra bibliográfica, mediante la letra E seguida de un número. En la tabla de síntesis se describen el código de cada estudio, autor/a, título de la referencia bibliográfica, tipo de documento, metodología del estudio, objetivo, resultados y conclusiones. Después de la lectura detallada de cada estudio, de sus resultados y conclusiones, se clasifican en 4 categorías.

La producción científica se concentra principalmente en España, seguida de México y Colombia. También se encuentran estudios de Estados Unidos, Brasil, Ecuador y Puerto Rico. En relación con lo anterior, la producción científica está publicada en español. La búsqueda se realiza en un periodo de tiempo decenal, desde el año 2010 hasta el año 2020.



Gráfica N° IV y V. Países. Años de publicación. Fuente: Elaboración propia a partir de la búsqueda bibliográfica (2020)

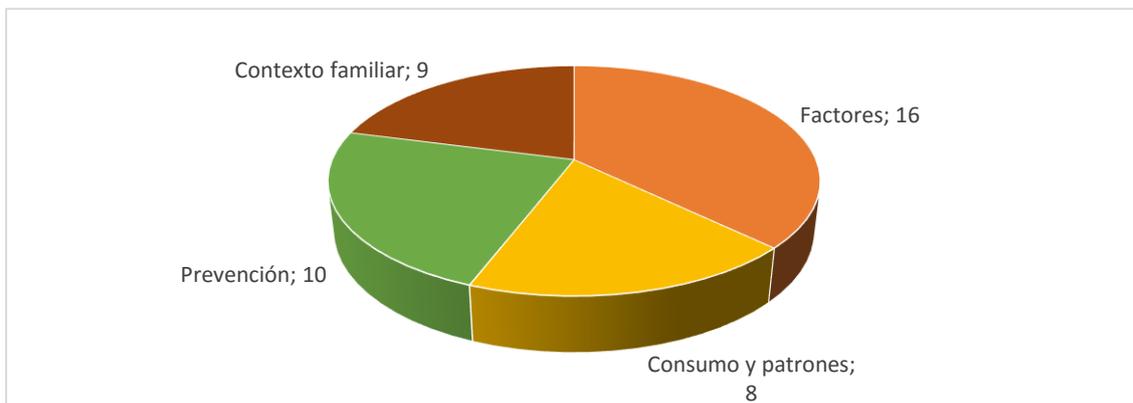
El total de sujetos que incluían los 24 estudios seleccionados asciende a 6.926 sujetos, con edades comprendidas entre los 12 y 19 años de edad, concretándose en la etapa de la adolescencia (E.1. E.2, E. 5, E.7, E.8, E.10, E. 11, E.13, E.12, E.14, E.15, E.16, E.17, E.18 E.19). En el caso (E.23, E.24), se incorpora una muestra de familias de cohorte adulta transversalmente con hijos/as adolescentes y en el caso de E.19, en el que se incorpora una cohorte adulta joven.



Gráfica N° VI. Edades de las muestras de los estudios. Fuente: Elaboración propia a partir de la búsqueda bibliográfica (2020)

Los factores de riesgo y protección así como los ítems temáticos que los envuelven, son explicados a partir de las categorías, Factores del Consumo, Consumos, Motivaciones y Patrones, Contexto Familiar y Prevención del Consumo (Anexo III).

De cada categoría, se identifican una serie de estudios que refiere a la categoría. En el caso de la categoría factores, se identifican hasta 16 estudios que responden a la categoría de factores del consumo de sustancias psicoactivas. De la categoría de Consumos, patrones y motivaciones, se identifican 8 estudios. Respecto al contexto familiar se identifican 10 estudios y por último, en cuanto a la prevención se identifican hasta 10 estudios.



Gráfica VII. Estudios temáticos. Fuente: Elaboración propia a partir de la búsqueda bibliográfica (2020)

Factores de riesgo y protección

Los factores de riesgo y protección del consumo de sustancias psicoactivas fueron identificados hasta en 16 de los estudios incluidos.

Los factores predictores del consumo de drogas psicoactivas son una subcategoría que describe las situaciones que suponen un riesgo que conllevan mayor probabilidad de consumo de sustancias de los adolescentes. Los factores protectores del consumo de drogas psicoactivas reflejarán disposiciones por las que es posible disminuir el inicio o el consumo de sustancias. Ambas fragmentaciones responden a situaciones microsociales y macrosociales. Son individuales, familiares, medioambientales, sociales y relacionales.

Varios autores coinciden en que el fenómeno de las drogodependencias existen distintos factores que interactúan y dan lugar a la prevalencia actual, por lo que es relevante separar taxonómicamente los factores.

Desde la perspectiva ecológica de Bronfenbrenner (1979), se considera que para entender el consumo de drogas psicoactivas, se deberían considerar los factores personales, escolares, familiares y sociales. De igual modo, los modelos explicativos de los factores de riesgo para el consumo de drogas han determinado factores de riesgo a nivel individual, familiar, grupo de iguales, social, educativo. Por otro lado, Hawkins y Weis (1985) analizan el consumo como generacional y en relación al distanciamiento adolescente de la familia y del entorno escolar (E.7, E.14).

Los procesos de socialización familiar son básicos para construir predisposiciones en los adolescentes como la autoestima, el autoconcepto, los valores y las habilidades sociales. Siguiendo a Maccoby (1992), la familia, es el primer elemento de socialización y juega un papel muy importante dentro de la prevención en el consumo de drogas, tanto que supone un riesgo cómo promueve la protección y la resiliencia. Por último, el Modelo de Desarrollo Social distingue entre factores de riesgo y protección del medio, la familia, la escuela, el individuo y grupo de iguales (E.1, E.3, E.6, E.12).

La adolescencia es la etapa del desarrollo del ciclo vital en la que se establece la búsqueda de la identidad, el deseo de independencia que hace inestables a los jóvenes, viéndose influenciados por una variedad de riesgos psicosociales, por lo que se asume que es una población de riesgo para desarrollar un consumo abusivo de sustancias psicoactivas (E.1, E.6).

Respecto a los factores de riesgo que se presencian en el ambiente familiar, se relacionan con la relación interfamiliar y los estilos educativos. Los factores de riesgo familiar que más se encuentran son el estrés familiar o la escasa participación filial. Los factores de la familia también refieren al conflicto familiar, las actitudes de los padres permisivos a la conducta antisocial, así como la escasa disciplina (E.6, E.12, E.14, E.19, E.23).

Se evidencia el consumo de drogas por parte de las figuras parentales como factor de riesgo del consumo de sus hijos/as, que alteran la propia dinámica familiar incrementando el propio consumo de drogas. De hecho, Neisen (1993) también refleja que el abuso de drogas por parte de los padres era uno de los mejores predictores del consumo de drogas por vía parental, en una muestra de varones (E.3, E.4, E.19, E.24).

Los factores de riesgo a nivel familiar también están relacionados con la desorganización familiar, que se caracteriza por la escasa relación con la familia, presencia de problemas afectivos en el hogar, ausencia de los padres y expectativas no claramente definidas en relación a las conductas esperadas de los adolescentes. Coulter (1948) aclara que todas las familias pasan por situaciones de desorganización y reorganización. Más tarde, Carman (1981) señala que la desorganización se relaciona directamente con problemas en el hogar y desventajas socioeconómicas (E.3, E.14).

Los jóvenes que habitan en hogares monoparentales tienen más probabilidades de sentir escasez de apoyo familiar y consumir drogas. De hecho, sentir un alto grado de abandono familiar es un factor de riesgo. También una crianza demasiado restrictiva, o la presencia de rechazo familiar (E.1, E.3, E.4, E.14, E.19).

De esta manera, Cardozo y Alderete (2009) señalan que los principales factores de riesgo para el desarrollo de los adolescentes son: el divorcio, desempleo de las figuras parentales, la muerte de familiares próximos, necesidades socioeconómicas y, la violencia psicológica o física (E.8).

Seguidamente los adolescentes reconocen que la familia es la principal transmisora de información sobre el consumo de sustancias psicoactivas a través de las vivencias. Además, se añade que en el consumo de drogas lícitas e ilícitas el escaso control familiar y el escaso apego comunitario favorecen los consumos (E.12, E.13).

Los factores de riesgo personales que se encuentran en la revisión bibliográfica son el escaso apoyo religioso o profesional, así como sentimientos de infelicidad o la

baja autoestima, acumulación de tensiones, problemas de salud relacionados con la salud mental. Otros aspectos que suponen un riesgo pero en menor medida, la ausencia de apoyo social y comunicación por parte de la familia, ausencia de actividades conjuntas, insatisfacción general o la escasa integración y participación comunitaria (E.1, E.7, E.8, E.18).

Siguiendo a Molinero (2011), otro factor de riesgo es la edad. Las cantidades de consumo de sustancias durante la adolescencia alcanzan el máximo en la juventud. El aumento de la prevalencia responde a las características evolutivas de la adolescencia, como la búsqueda de una identidad, la pérdida de los valores sociales y familiares, y la necesidad de aceptación social (E.8).

Otro factor de riesgo es la herencia biológica que explica también la probabilidad individual del consumo y la dependencia hacia las sustancias psicoactivas, también se relaciona con sintomatología depresiva (E.4, E.7).

En cuanto a los factores escolares, se encuentran fracaso escolar o el bajo rendimiento y las bajas expectativas educativas, es otro factor de riesgo que puede desencadenar, por otro lado, la presencia de problemas de carácter psicológico en los individuos (E.1, E.3, E.24).

Los factores de riesgo individuales relacionados con el grupo de iguales son los relacionados con el comportamiento antisocial, el consumo de drogas de los amigos, la interacción con personas que presentan conducta antisocial, la integración en bandas, la baja percepción del riesgo de las drogas, sentirse reconocido por una conducta antisocial, y experimentar sensaciones nuevas (E.12).

Respecto, al grupo de iguales, supone un riesgo en el momento que los individuos tienen dificultades para rechazar las sustancias tóxicas, dado que los adolescentes sienten la presión social del grupo de iguales por el consumo de sustancias, además, de una escasa información sobre los riesgos (E.8, E.12, E.15).

El grupo de iguales se encuentra muy relacionado con el consumo, puesto que las drogas son un vehículo de inclusión en los grupos y un desinhibidor de las relaciones sociales. Las drogas se asocian a la diversión y al ocio y al tiempo libre. Por ello, existen las actitudes positivas en cuanto a los consumos (E.6, E.7, E.24).

Respecto al medioambiente, los consumidores de sustancias generalmente presentan una baja integración y participación comunitaria. Asimismo, el contexto comunitario en el que se encuentre el individuo puede servir como factor de riesgo o factor de protección, siendo que las oportunidades prosociales disminuyen el consumo de sustancias (E.3, E.7).

Los factores de riesgo de la comunidad responden a la desorganización comunitaria, la ausencia de programas de prevención, el escaso apego al vecindario, las leyes y normas favorables al consumo de drogas y la disponibilidad percibida de drogas y armas, además de los modelos de influencia difundidos por los medios que inducen al consumo de drogas (E.1, E.12).

De acuerdo con Espada, Méndez, Griffin y Botvin (2003), los modelos sociales impactan mayoritariamente en los adolescentes más vulnerables y con problemas psicológicos u emocionales. Así es que, si existen más factores de riesgo que inciden en un adolescente, es más probable que consuma drogas (E.7).

Los factores de riesgo se encuentran en las múltiples realidades del adolescente, la familia, la escuela, las amistades e individualmente. Ahora bien, con el transcurso del tiempo es posible vislumbrar tendencias de consumo abusivo de alcohol, asociadas al ocio y a la diversión, perpetuadas por estilos de vida dañinos. Hay que añadir que una baja autoestima, sentimientos de infelicidad y el escaso apoyo familiar son potenciadores de consumo de sustancias.

Se evidencia que los factores fundamentales son los relacionados con la familia y el grupo de iguales. La configuración de la familia monoparental, así como la percepción de abandono de las figuras parentales, la escasa comunicación y afecto, la desorganización familiar son variables que influyen notablemente en el desarrollo del adolescente.

Respecto al grupo de iguales, las drogas se constituyen como un mecanismo de socialización entre los adolescentes, por lo que es necesario potenciar las habilidades sociales y las aptitudes de rechazo frente al consumo de sustancias para evitar un inicio de consumo. De esta manera, será necesario trabajar en los factores protectores del adolescente, sobre todo en la familia y el grupo de iguales.

Por otro lado, se encuentran los factores protectores del consumo de sustancias. La familia es un factor fundamental de protección en el consumo de drogas que, a través de las relaciones de autoridad, afecto y comunicación, puede disminuir los riesgos. (E.20)

Los factores protectores existentes refieren a las relaciones emocionales paternas estables, clima educativo abierto, positivo, orientador, con normas claras y honestas con el referente de convivencia. Seguidamente, las aptitudes que valoren de manera positiva el enfrentamiento a las drogas, expectativas realistas en el rendimiento escolar, competencias cognitivas, características temperamentales que favorezcan el enfrentamiento afectivo, como capacidad de reflexionar o controlar impulsos, confianza en sí mismo y actitud positiva frente a situaciones estresantes (E.1).

Por lo que respecta a los factores de protección, se valora el reconocimiento de las aportaciones del adolescente en el contexto comunitario, como en el escolar y el familiar, de modo que la persona adolescente se sienta realizada, útil y posicionada en la sociedad (E.12).

El apoyo familiar, el adecuado apego y recompensa familiar, la comunicación en el hogar, la información sobre el consumo de sustancias a los adolescentes y la ausencia de consumo en el contexto familiar son algunos otros factores de protección dentro del ámbito familiar. Otros factores de protección, son la jerarquía, los límites familiares y cohesión familiar. La presencia y participación activa de las figuras parentales en torno a la vida de los/as hijos/as supone un protector para el inicio de consumo de sustancias (E.1, E.2, E.12, E.24).

De esta manera, las familias con estilo educativo democrático, caracterizado por el afecto de los padres, alta aceptación e implicación con los/as hijos/as y comprensión que actúan como factor de protección para el consumo. El cariño, la comunicación activa y el apoyo de los padres son esenciales para proteger a los hijos del consumo (E.2).

En cuanto al grupo de amigos, la influencia positiva de las amistades, las habilidades sociales y la conciencia sobre este problema resulta positiva, por otro lado, la práctica deportiva y el buen rendimiento escolar son otros. Otros factores, como la resiliencia y la percepción de bienestar, la autoestima, son protectores individuales; otros son las habilidades sociales y las normas morales (E.8, E.12, E.24).

Los factores de riesgo y protección de las distintas dimensiones, familiar, individual, social y relacional, serán fundamentales para la existencia del consumo de sustancias adictivas, de modo que, conforme más factores de riesgo se encuentran en una persona adolescente, mayor será la probabilidad de consumo y posterior drogodependencia. Con motivo de evitar la drogodependencia, es necesario reforzar los factores de protección, sobre todo los factores protectores familiares, puesto que la familia ejerce de influencia y apoyo social sustancial en la persona adolescente.

Consumos, patrones y motivaciones

Los consumos, patrones de consumo y motivaciones del consumo son una subcategoría que define los consumos más generalizados en los adolescentes, al mismo tiempo que se realiza una descripción de aquellas motivaciones para el consumo extraída de los estudios. En esta subcategoría son identificados 8 estudios.

La influencia de modelos sociales y factores personales son cruciales para el consumo de drogas. Para entender este fenómeno es necesario una visión integral que oriente este problema como un fenómeno social que tiene su sentido a partir de las aportaciones que los propios adolescentes proporcionan (E.5, E.13, E.19).

Respecto a los consumos de sustancias psicoactivas, el patrón generalizado en las familias y adolescentes es principalmente el consumo de alcohol y tabaco a través de encuentros familiares (E.10, E.13, E.24).

De hecho, el primer contacto con el consumo de los adolescentes ocurre en el propio hogar a través del consumo de los miembros de la familia, cumpliendo con un papel, por un lado, de adhesión simbólica como parte de la familia, por otro lado, por imitación y como papel de inicio de la madurez y la independencia (E.13).

Los policonsumos refieren a la mezcla de sustancias psicoactivas, el European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, 2011) aclara que el policonsumo se ha convertido en una de las pautas dominantes del consumo, siendo los principales policonsumos en la población adolescente, en primer lugar, consumidores de alcohol y tabaco, el segundo lugar, consumidores de cannabis junto con alcohol y el tabaco y en tercer lugar, consumidores de cannabis junto con alcohol y tabaco y al menos otra droga ilegal (E.10, E.13).

De esta manera, el policonsumo entre los jóvenes se asocia a graves problemas, como bajo desempeño a nivel cognitivo, problemas físicos, accidentes de tráfico, lesiones, enfermedades, suicidios, peleas y otros actos de violencia (E.10).

El consumo de alcohol está instaurado desde edades tempranas, es decir, desde la primera etapa de la adolescencia que, por un lado, suele ser recurrente su consumo asociado a un ocio nocturno y, por otro lado, se llega a consumir diariamente conforme avanza la edad. La modalidad de consumo puede ser grupal, con el grupo de pares y en soledad, cuando ya existe un consumo habitual y no tanto ocasional (E.13, E.16, E.19).

Siguiendo a Vázquez y Becoña (2000), en cuanto al consumo del cannabis, el inicio del consumo se asocia al consumo previo de alcohol y tabaco, y se relacionó principalmente con formar parte de un grupo de amigos que consumen drogas (E.10, E.13)

El consumo de drogas ilegales sobre todo refiere a un consumo de escalada, es decir, los adolescentes inician de manera temprana consumos ocasionales o habituales de tabaco y alcohol y terminan consumiendo cannabis en busca de sensaciones nuevas y la potenciación de efectos sobre el organismo. Mientras que el tabaco y el alcohol están asociados al consumo diario, y el cannabis, responde a consumo más relacionado al grupo de iguales o al ocio, como consumo social (E.16).

De este modo, el consumo se realiza en la adolescencia como una experiencia principalmente grupal, puesto que actúa como desinhibidor de las relaciones sociales y comporta mayor aceptación social. Los consumos más frecuentes que se reflejan en la adolescencia son el cannabis, el alcohol y cocaína (E.13, E.10).

Por otro lado, respecto al ambiente familiar, Becoña et al. (2013) analizan cómo la permisividad hacia el consumo de drogas y control, y afecto del padre y madre, estaban relacionadas con el consumo de alcohol, tabaco y cannabis, encontrando que quienes percibían a sus padres más permisivos, con menor control por parte de la madre y mayores niveles de afecto tanto materno como paterno, tenían más probabilidades de consumir alcohol, tabaco y cannabis (E.8).

Conforme se establecen consumos abusivos, el consumo es fuente de estigma, vergüenza y dolor para el joven, inclusive se padece por el propio consumo y sus consecuencias físicas y psicológicas. Así es que el consumidor comienza a realizar

consumos de manera más solitaria que grupal, como forma de escape a la rutina y a los problemas del día a día (E.19).

La concepción de adicto es dada, por una parte, cuando el consumo abusivo llega a presentarse como drogodependencias, y por otro lado, cuando la persona consumidora asume la dependencia y sus efectos y consecuencias negativas sobre ella. Según la OEA (2013), las diferentes drogas modifican múltiples sistemas y órganos, especialmente el cerebro, con consecuencias aún más severas entre los jóvenes (E.8, E.19).

Por otro lado, la percepción del riesgo respecto al consumo de sustancias es muy baja, en el caso de las drogas legales, alcohol y tabaco y, en cuanto, a drogas ilícitas, el cannabis, el cual es percibido como no generador de conflictos y asociado al ocio y la diversión. Existe mayor percepción de riesgo en el caso de drogas ilícitas más intensas, como la cocaína. El alcohol presenta en los adolescentes una falsa sensación de control, se piensa que no genera una dependencia (E.16, E.13).

No obstante, el Informe de la Organización Mundial de Salud (2002) estableció que el 8,9 de la carga total de morbilidad se atribuye al uso de sustancias psicoactivas. El impacto del consumo y la dependencia de sustancias psicoactivas se relaciona con problemas de salud y de exclusión social (E.14).

En el caso del alcohol, es una de las sustancias psicoactivas que menor percepción del riesgo conllevan, por la cual se busca incluso la intoxicación de la misma, principalmente en fiestas donde se consume. Además, sobre esta droga se constituye una percepción de control errónea y la no dependencia, suponiendo mayor riesgo para adquirir una drogodependencia (E.13).

Las motivaciones del consumo de sustancias psicoactivas son muy variadas. Por un lado, existen diferentes motivaciones individuales, en cuanto a drogas legales como el alcohol y el tabaco. El consumo es una experiencia vital más que se inicia en una etapa del ciclo vital concreta, la adolescencia (E.13).

El inicio se da por curiosidad y por deseos de experimentar sensaciones nuevas. Además, se utilizan como forma de huir de los problemas, como de los inconvenientes comunes, las drogas se convierten en un escape y liberación personal. El consumo de sustancias según va progresando el desarrollo del ciclo vital del adolescente. Se relaciona al ocio nocturno (E.13, E.19).

Respecto a los modelos sociales de la sociedad, el consumo de drogas lícitas está normalizado en la sociedad por lo que no se ha asociado negativamente la asunción de consumos abusivos. Por otro lado, existe una alta accesibilidad a las mismas (E.13).

Para los jóvenes adolescentes, experimentar el consumo de drogas es un ritual que simboliza ser personas más independientes. Influenciados generalmente por el grupo de iguales, hacen uso de sustancias de manera ocasional, y los adolescentes que presentan personalidad compleja pueden ser más sensibles a la dependencia de drogas. Por ejemplo, el consumo de alcohol denominado, botellón, comporta mayor consumo de alcohol ingerido y promueve la intoxicación aguda como experiencia deseable (E.13, E.14).

La edad constituye condicionante en el consumo de alcohol. Hay una evolución del primer contacto con el consumo a otro tipo de consumo más habitual y en grupo, sobre todo en la segunda etapa de la adolescencia. Más, adelante, se constituye como consumo diario ignorando el riesgo de drogodependencia (E.13).

El patrón de consumo más visible entre los adolescentes se relaciona con el consumo de alcohol, siendo que el primer consumo se realiza en un entorno familiar. Las motivaciones por las que los adolescentes consumen son diversas: curiosidad, integración a un grupo y aceptación social o liberación personal. Normalmente, el consumo de alcohol y cannabis responde a un consumo grupal y asociado al ocio nocturno, siendo que existe una permisiva normalización del consumo y una baja percepción de riesgo.

El consumo de sustancias se relaciona con la edad y con un proceso de escala de la sustancia. Se comienza con el consumo esporádico de alcohol, alcanzando un consumo diario y de drogas más intensas, como el cannabis. Además, se establecen policonsumos a raíz de buscar sensaciones más placenteras. Por tanto, se evidencia la relevancia de la detección precoz del consumo en los adolescentes mediante la prevención.

Contexto familiar

El contexto familiar es una subcategoría que responde a aquellas situaciones o disfuncionalidades familiares que pueden generar la potenciación del consumo, así como aquellas situaciones que protegen al adolescente. En esta categoría se identificaron 9 estudios que responden al contexto familiar.

La familia, como primer contexto de socialización para los/as hijos/as, constituye el principal trasmisor de información sobre el consumo de sustancias psicoactivas, sobre

todo de aquellas que se consumen con normalidad y regularidad, como el alcohol y el tabaco a través de las reuniones sociales (E.1, E.13).

Las familias, en ocasiones, emiten indicaciones contradictorias en relación al consumo de sustancias, por un lado, prohibiendo el consumo, pero al mismo tiempo no ejerciendo respuesta efectiva sobre el problema en el ámbito familiar. Por lo que los adolescentes crecen en un ejemplo erróneo vivencial (E.13).

Entre estos factores, las variables familiares ocupan un lugar destacado en los planes sobre drogas como población diana para la prevención del consumo adolescente, ya que el contexto familiar es el principal eje de transmisión comportamientos y convicciones que influyen en las actitudes de los/as hijos/as en relación a las drogas existentes en la sociedad. Según NIDA, el consumo de sustancias se asocia a falta de supervisión parental, abuso de sustancias de los compañeros, disponibilidad de drogas y pobreza (E.9).

Así es que, variables como el bajo nivel socioeconómico, la estructura familiar, la cohesión familiar, la percepción de la calidad de las relaciones paternofiliales y el consumo de los padres han sido identificados como factores de riesgo. Otros aspectos que se relacionan con el consumo son, vivir en barrios inseguros, la presencia de problemas psicopatológicos en los padres, mientras que, tener una buena relación con las figuras parentales el apoyo y la implicación parental, y un adecuado funcionamiento familiar, son factores relacionados con menores probabilidades de consumo (E.2).

Las familias que se encuentran en riesgo psicosocial, definidas por (Martín, et al, 2005), son aquellas en “las que los responsables del cuidado, atención y educación del menor, por circunstancias personales y relacionales, así como por influencias adversas de su entorno, hacen uso inadecuado de las mismas perjudicando el desarrollo personal y social del menor”, se relacionan con familias disfuncionales e hijos adolescentes consumidores. La familia disfuncional muestra escaso afecto hacia los/as hijos/as teniendo una baja comunicación e integración familiar. El afecto de las figuras paternas adecuado constituye una forma de proteger a los hijos y proteger a los/as hijos/as de los consumos (E.5, E.17).

Otro factor importante hace referencia a qué tipo de educación que ejercen los padres a sus hijos/as. Por una parte, las muestras de afecto de los padres y el uso del diálogo y del razonamiento para corregir las conductas incorrectas de los/as hijos/as

protegen del consumo de sustancias. Sin embargo, el efecto que tiene en los hijos que los padres se impongan para mantener una posición de autoridad ante ellos, y establecer los límites en su conducta de forma coercitiva, supone riesgos (E.2).

De hecho, Pantoja y Abeijón (2001), encuentran suficientes evidencias para dar por sentado que las variables control, disciplina o estilo educativo parental (permisivo, autoritarios y negligentes) están ligadas a la aparición de conductas fuera de lo legalmente establecido, en este caso se hace referencia al consumo de sustancias nocivas (E.2, E.4, E.5, E.19).

Las familias donde impera un estilo educativo autoritario o negligente, caracterizado por la agresividad, baja comunicación y poca afectividad, se les relacionan con un mayor consumo de sustancias y conductas ilegales. En cuanto a drogas ilegales, sigue el mismo patrón de relación de sustancias con el estilo educativo. Otros aspectos son la falta de atención familiar y el poco control. De hecho, Betancourt y Andrade (2008) y Becoña et al (2013), el escaso control conductual se asocia con consumo de sustancias psicoactivas (E.2, E.5, E.8).

Los estilos educativos democráticos en relación al consumo de sustancias se caracterizan por un clima familiar más positivo y consumo más bajos de alcohol y tabaco en los hijos. No obstante, las familias con estilos educativos permisivos, asociados a una falta de normas y permisividad en relación a las reglas familiares, se estima que existe mayor consumo de sustancias como el alcohol y el tabaco (E.2, E.4, E.8).

Otro aspecto fundamental son los tipos de apego. Se evidencia una relación entre problema de apego y el consumo de sustancias psicoactivas, que junto a un estilo educativo permisivo, infelicidad familiar y falta de comunicación acaba potenciándose (E.8).

Se evidencia que los estilos educativos están relacionados con el consumo de drogas. La comunicación, el afecto proporcionado por los padres, la aceptación e implicación de las figuras paternas y la baja severidad actúa como reforzador de estilos de vida saludables. Los/as hijos/as que tienen un involucramiento de las figuras parentales bajo, muestran una interacción familiar escasa, y se relacionan con el consumo de sustancias (E.2, E.17).

Respecto al contexto familiar, los miembros de la familia son los principales transmisores de información sobre las drogas, sin embargo, es necesario que las

indicaciones que se proporcionen sobre los consumos sean claras y honestas con los modos de vida familiar, puesto que los adolescentes precisan de un referente para formar una identidad lejos del consumo de sustancias.

Mediante los estilos educativos, se evidencian que el control y la autoridad coercitiva y la permisividad, juegan un papel relevante en el inicio del consumo y las actitudes positivas frente al consumo de drogas. Conforme haya más comunicación, afecto e implicación de las figuras paternas en el desarrollo de sus hijos/as, menos probable es que el adolescente consuma drogas e imite los consumos del grupo de iguales.

Prevención en los consumos de sustancias psicoactivas

La prevención en los consumos de sustancias psicoactivas es una subcategoría que recalca la importancia de las acciones preventivas en el consumo de sustancias de los adolescentes desde un marco familiar y educativo. Los estudios identificados con esta categoría son 10 estudios.

El consumo de sustancias psicoactivas se caracteriza por ser un fenómeno multidimensional, por lo que la prevención debe comprender los factores de riesgo que llevan al individuo a consumirlas; estos son, las circunstancias familiares, individuales, medioambientales y sociales. Los programas deben mejorar la cohesión y las relaciones familiares e incluir habilidades sociales, y reforzar las políticas de familia sobre el uso de sustancias e información (E.9).

Siguiendo a Johnston (2002) los programas de prevención deben abordar todas las formas de abuso de drogas solas o en combinación, legales e ilegales, y su uso inadecuado y medicamentos. Siguiendo a Hawkins (2002), los programas de prevención deben abordar el tipo de problema de abuso de drogas en la comunidad local, con objeto de conocer los factores de riesgo modificables y fortalecer la protección que se conoce (E.9).

Durante el proceso de consumo, el drogodependiente ha ido reduciendo sus relaciones sociales saludables, modifica su patrón de normas sociales y sus valores. Es en el marco familiar donde el consumidor comienza a poner en marcha las pautas de funcionamiento socialmente aceptadas. En la familia, el consumidor comienza a las normas sociales y convivenciales, aprende a escuchar, negociar y respetar a otras personas, habilidades emocionales, asumir la responsabilidad en las relaciones

interpersonales, a aceptar sus limitaciones personales, y en definitiva, a desarrollar un estilo de vida sano y socialmente válido (E.20).

Arostegui y Urbano (2001), el papel de la familia es relevante en el tratamiento y la prevención de la drogodependencia y así, identificando las características familiares y modificando e interviniendo en el sistema familiar se ayudará a la persona consumidora: reorganizando las relaciones familiares, promoviendo la autonomía del adolescente, proporcionando recursos a las figuras parentales de recursos y habilidades para afrontar de forma positiva sus problemas (E.20).

Los programas de prevención deben ser a largo plazo. Los programas de prevención para los adolescentes deben aumentar las competencias académicas y sociales junto a las siguientes habilidades (Botvin et al, 1995 et Sheier et al, 1999): comunicación y relaciones con el grupo de iguales, seguridad, habilidades de rechazo hacia las drogas, y el fortalecimiento del compromiso personal contra el abuso de drogas (E.9).

La prevención debe constituirse con la participación activa de la familia a través de los programas desarrollados. La familia es el elemento central en la prevención de consumo de drogas, puesto que predispone la personalidad, el autoconcepto y los valores de los adolescentes (E.1, E.11, E.20, E.23).

No obstante, la escasa participación de la familia con rol activo en la prevención sigue suponiendo un reto. Hay que añadir que, gran parte de las familias que participan en los programas de prevención no presentan disfuncionalidades. Por lo que es necesario profundizar más en los programas de prevención a las familias a través del seguimiento que afiance conocimientos de actuación ante los consumos tempranos y la coordinación con los centros educativos. Por otro lado, se debe trabajar en los programas y en los centros educativos para alcanzar mayor población de riesgo (E.20, E.23).

También, de los estudios analizados se extrae que la cohesión familiar alta, la toma de decisiones conjunta, la expresión de sentimiento, entre otras estrategias es una actuación preventiva frente al consumo de drogas. De hecho se indica que el tratamiento basado en la familia es más eficaz a largo plazo y como generador de situaciones de cambio positivas frente al consumo (E.23, E.21).

Algunas de las acciones preventivas basadas en la familia son, la mediación familiar la cual se presume como eficaz, puesto que es capaz de reordenar las disfuncionalidades familiares y promueve una intervención integral dentro del proceso de

las drogodependencias, intercalando a las figuras paternas y los adolescentes. También existe la terapia familiar, multidimensional, multisistémica, y la intervención desde un enfoque ecológico que modifican la estructura comportamental de los jóvenes y la dinámica familiar (E11, E.21, E.22).

La mediación ayuda a las familias a potenciar la comunicación, promueve la cooperación sobre aspectos positivos y focaliza la atención en las soluciones. La mediación familiar es un método que busca generar situaciones de cambios a los conflictos creando consensos. Su objetivo es lograr decisiones autónomas, enseñando un bagaje de habilidades comunicativas y sociales que permita cambios en los comportamientos del individuo consumidor y la familia. La mediación familiar juega un papel muy importante en la dinámica familiar, potenciando los factores protectores de la conducta adictiva, al mismo tiempo que alivia los factores de riesgos (E.22).

Las figuras paternas deben ser protagonistas de esta intervención, el sistema familiar debe contar con la máxima información y actuaciones formativas con las que saber cómo actuar ante el consumo de drogas por parte de los hijos. La familia y la escuela son instituciones fundamentales para esta prevención. Por otra parte, la prevención debe aportar herramientas para que los adolescentes sean capaces de rechazar el comportamiento consumista, y que ayude a fomentar un ocio saludable trabajando además en el grupo de iguales (E.4, E.16, E.24).

La prevención tiene su escenario ideal en el espacio educativo. No bastante, no debe limitarse, estableciendo estrategias preventivas más duraderas, para que tengan efectividad sobre los adolescentes y cambien sus relaciones con los consumos de sustancias. Las técnicas deben dirigirse también a la detección precoz de consumos. En las actuaciones preventivas, la formación en drogodependencias debe ser práctica e instrumental, potenciado un diálogo respecto al consumo de sustancias y conocimientos sobre cómo actuar respecto al consumo de sustancias (E.4, E.24).

La educación para la salud se convierte en fundamental como parte de las acciones preventivas, otras actuaciones en el marco de la prevención, que se entienden como efectivas, son las campañas más agresivas, menor permisividad, un marco legal más restrictivo, puesto que se contempla que las leyes son permisivas y existe una pérdida de la percepción del riesgo (E.24).

Otro apartado fundamental es la evaluación sistemática y continua de los factores de riesgo y de protección que se encuentran relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Es necesario acciones preventivas y de autoayuda para las familias y para el entorno cultural, la coordinación continúa con la familia y la escuela como instituciones de socialización y prevención de la conducta antisocial (E.4).

No obstante, es relevante destacar que existen resistencias por parte de las figuras parentales ante los programas de prevención. Las motivaciones son por la dispersión de los objetivos, técnicas y componentes de estos programas. Existen acciones preventivas con poca implicación, por lo que se reconoce un papel pasivo por parte de las familias respecto a la participación (E.24).

Por último, señalar que las razones, según Arostegui y Urbano (2001), para implicar a la familia dentro de la prevención. Por un lado, algunos estudios demuestran que son muchos los consumidores que conviven en el medio familiar. Desde un enfoque sistémico, la familia es un sistema abierto en cuanto que las interacciones de información con el exterior del sistema, y también como un sistema cerrado en cuanto a la exclusiva interacción de sus miembros (E.20).

La prevención constituye la vía más adecuada para evitar que los adolescentes consuman drogas; no obstante, para que sea eficaz es necesario el cumplimiento de una serie de disposiciones. La prevención del consumo de sustancias, que se articula también como mediación y terapia familiar, debe poseer unos objetivos, estrategias y prácticas claras y de interés de las familias.

La prevención debe contar con la participación de padres, madres e hijos/as, para que realmente sea efectiva. Además, debe contar con el seguimiento de las familias con motivo de profundizar en la problemática de las sustancias psicoactivas en la adolescencia.

La prevención encuentra su espacio ideal en el sistema educativo, sin embargo, se evidencia ausencia de coordinación sociofamiliar, obstaculizando el alcance de las campañas de prevención en drogas, dejando atrás a las familias con mayor disfuncionalidades y con mayor probabilidad de consumo de sustancias en el ambiente familiar y en el grupo de iguales de los/as hijos/as.

7. Discusión

Los datos obtenidos coinciden, en parte, con los observados en la literatura. Se obtienen similitudes referentes a los factores de riesgo y protección existentes, así como su multidimensionalidad, de modo que, Bronfenbrenner (1979, citado por Sánchez et al. 2014: 70) aclara que para entender el consumo de drogas psicoactivas, se deberían considerar los factores personales, escolares, familiares y sociales.

Del mismo modo, (Pérez et al, 2010, Perozo, 2014, Del Carmen, 2015), los factores de riesgo y protección que se relacionan con el consumo de drogas psicoactivas en la adolescencia precisan de un enfoque holístico. Se trata de un problema que, como un fenómeno social, tiene su sentido a partir de los significados de los propios adolescentes.

La etapa de la adolescencia supone un factor de riesgo para desarrollar una drogodependencia, debido al proceso madurativo que subyace esta etapa en la que se culmina el desarrollo en su dimensión psicosexual, afectiva e intelectual (Martín y De Lorenzo, 2003: 31).

Los espacios principales de socialización de los adolescentes son la familia y los grupos de iguales. La familia, como principal espacio socializador, coincide como elemento central en los factores de riesgo y en los factores de protección y de prevención. Siguiendo a Maccoby (1992, citado por Becoña, 2012: 254), la familia, es el primer elemento de socialización y juega un papel muy importante dentro de la prevención en el consumo de drogas, tanto que supone un riesgo cómo promueve la protección y la resiliencia.

En la misma línea, indica Martín y De Lorenzo (2003: 45), la prevención responde a los factores que subyacen el riesgo al consumo, y los desencadenantes de un trastorno de consumo por los cuales sea preciso actuar.

La prevención requiere una definición de los objetivos y de actuación más concreta, puesto que, como indica González, Fernández y Gómez, (2015: 53), existen resistencias en los padres por motivos de la dispersión de los objetivos, técnicas y componentes, existencia de pocas actividades sin implicación.

Siguiendo a Carcelén, Senabre, Morales, Romero (2010: 96), para una adecuada prevención, es necesario la participación activa de la familia en los programas de

prevención de consumo de sustancias. La prevención se lleva a cabo principalmente en el sector educativo, con el fin de potenciar las habilidades personales y familiares según la Estrategia Nacional de Acciones 2017-2024.

No obstante, la prevención precisa de alcanzar más familias que están en riesgo y que normalmente, se encuentran en desconexión con el espacio donde se da la acción preventiva, el espacio educativo. La coordinación de la familia, con la escuela y con el centro sanitario, siguiendo a (González et al, 2015 y Mielgo et al, 2012), se fundamenta en que la prevención requiere de un posterior seguimiento familiar, formación y capacitación frente al consumo de drogas (Carcelén, Senabre, Morales, Romero, 2010: 97).

El grupo de iguales supone una influencia fundamental para los adolescentes, Siguiendo a (Mielgo, Lorigados, Calleja, Cachero 2012: 10), un grupo de iguales, que consume drogas, supone una presión social que, con motivo de la integración a un grupo por parte de la adolescente, puede suponer un riesgo, puesto que, siguiendo (González, Fernández, Gómez 2015: 49), las drogas son un vehículo de inclusión en los grupos. Martin y De Lorenzo (2003: 42) aclaran que la comunicación y apoyo deficiente de la familia expone al adolescente a recurrir frecuentemente al grupo de iguales.

Los patrones de consumo como sus motivaciones, siguiendo la encuesta ESTUDES (2018), las drogas más consumidas son el tabaco, el alcohol y el cannabis. Esta afirmación coincide con la revisión sistemática de los estudios. Del mismo modo, el inicio se da en la primera etapa de la adolescencia y se asocia al ocio nocturno desde la segunda etapa de la adolescencia.

En el contexto familiar, respecto aquellos factores que suponen un riesgo, se encuentran: la desestructuración familiar, la presencia de baja cohesión familiar y comunicación, la carencia de organización y disciplina. Los estilos paternos autoritarios o permisivos resultan negativos, se disipan los roles familiares comprendiendo una falta de jerarquía familiar y de normas familiares (Martin y De Lorenzo, 2003: 42).

Fuentes, Alarcón, García y Gracia (2015: 1005) hacen referencia a las muestras de afecto de los padres y el uso del diálogo, sin embargo, el efecto que tiene en los hijos que los padres se impongan para mantener una posición de autoridad ante ellos y establecer los límites en su conducta de forma coercitiva supone riesgos. Así es, que Pantoja y Abeijón (2001, citado por Del Carmen, 2015: 26), encuentran suficientes

evidencias para asociar variables control, disciplina o estilo educativo parental a la aparición de consumos de sustancias nocivas.

Los estilos educativos, permisivos, autoritarios o negligentes suponen mayores probabilidades de consumo de drogas. Siguiendo a Fuentes, Alarcón, García y Gracia (2015: 1003), en las familias con estilos educativos permisivos, asociados a una falta de normas y permisividad en relación a las reglas familiares, se estima que existe mayor consumo de sustancias.

Siguiendo a (Betancourt y Andrade, 2008 y Becoña et al. 2013, citado por Moreno y Palomar, 2017: 143), el escaso control conductual se asocia con consumo de sustancias psicoactivas. Por otro lado, las familias donde impera un estilo educativo autoritario o negligente, caracterizado por la agresividad y baja comunicación y poca afectividad, se les relacionan con un mayor consumo de sustancias. En cuanto a drogas ilegales, sigue el mismo patrón de relación de sustancias con el estilo educativo.

Recientemente, el cambio del modelo social ha transformado el modo relacional y de ocio, y se evidencia que se ha potenciado un ocio ligado estrechamente al consumo de drogas, puesto que se asocian a una mayor diversión con efecto desinhibidor.

El adolescente está influenciado por un ocio que percibe como una necesidad fundamental en el desarrollo, siendo asociado directamente con el consumo de drogas como medio de potenciación de la diversión. Por lo que en los últimos años existe un incremento del consumo abusivo de alcohol así como del patrón de inicio de consumo (García y Sánchez, 2005: 143).

Algunas limitaciones de este estudio refieren a cuestiones metodológicas, debido a que la búsqueda bibliográfica se extrajo exclusivamente de bases de datos electrónicas, lo que influye en el tamaño de la muestra. La revisión manual de estudios y la consulta de expertos ampliaría la muestra el metaestudio. Otra limitación es que la familia y la droga refieren ampliamente a cuantiosos estudios, por lo que se ha debido de acotar simultáneamente la búsqueda.

8. Conclusiones

El consumo de drogas psicoactivas es un fenómeno social global que constituye un problema de salud pública en la actualidad. La prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas se ha mantenido en tendencia alcista en los últimos años en lo que respecta a los adolescentes.

Los hallazgos más significativos extraídos a partir de la revisión bibliográfica, responden a la taxonomía de los factores que actúan como protectores o predictores del propio consumo de sustancias en la adolescencia.

La familia, como principal contexto de socialización del adolescente, supone un elemento fundamental para proteger a los hijos del inicio de consumo de sustancias mediante un estilo educativo abierto y orientador, la toma de decisiones conjuntas, así como proporcionando información.

La adolescencia es la etapa del desarrollo del ciclo vital donde culmina el autoconcepto, la autoestima, la personalidad y los valores, por lo que supone la etapa con mayor riesgo para el consumo de sustancias.

Los factores de riesgo y de protección responden a múltiples dimensiones individuales, familiares, sociales y relacionales, y son el fundamento por el que se orienta posteriormente la prevención.

Los hallazgos se expresan en la implicación activa de la familia como eje de la prevención, mediante su participación activa, superando las limitaciones que expresan, como la dispersión de objetivos y actividades preventivas.

De esta manera, es preciso un mayor compromiso en el alcance de familias en riesgo, el seguimiento familiar posterior y la capacitación para la actuación frente a los consumos que presentan los adolescentes.

Bibliografía

- Apud, I., Romani, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Health and addictions: salud y drogas*, *16*(2), 115-125. Recuperado de <https://ir.uv.es/3viPVpc>
- Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Juan, M., Duch, M. Fernández, J.R. (2012). ¿Cómo influye la desorganización familia en el consumo d drogas en los hijos? Una revisión. *Adicciones: Revista de socidrogalcohol*, *24*(3), 253-268. Recuperado de <http://ir.uv.es/F0r58ZN>
- Canales, G., Díaz, T., Guidorizzi, A. Arena, C. (2012). Consumo de drogas psicoactivas y factores de riesgo familiar en adolescentes. *Cuidarte: Revista de investigación programa de enfermería*, *3*(1), 260-269. Recuperado de <http://ir.uv.es/TwMwyo7>
- Castillo, M., Alarcón, A., García, J., Gracia, Enrique. (2015). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y peligro del barrio. *Anales de Psicología*, *31*(3), 1000-1007. Recuperado de <http://ir.uv.es/BxO7JhS>
- Castrillón. Páez, M. (2019). Familia y el uso y abuso de potenciales adictivos en jóvenes. *Informes Psicológicos*, *1*(19), 105-118. Recuperado de <http://ir.uv.es/H8uKgey>
- Cid, P. Pedrao, L. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Latino-am*, *1*(9), 738-745. Recuperado de <http://ir.uv.es/jv9yxSG>
- Del Carmen Falcón, B. (2015). La familia como factor de riesgo o protección ante el consume de sustancias nocivas en sus hijos. *Intervención psicoeducativa en la desadaptación social: IPSE-ds*, *1*(8), 25-33. Recuperado de <http://ir.uv.es/ubMqC3L>
- González, M.A., Fernández, R., Gómez, J. (2015). Las familias valencianas como agentes de salud en la prevención de drogodependencias. *Revista española de drogodependencias*, *1*(3), 43-60. Recuperado de <https://ir.uv.es/zA94ok7>
- Hernández, S., Hueso, C., Montoya, R., Gómez, J., Bonill, Candela. (2016). Metaestudio cualitativo sobre vivencia y gestión del cotidiano en adultos mayores que padecen

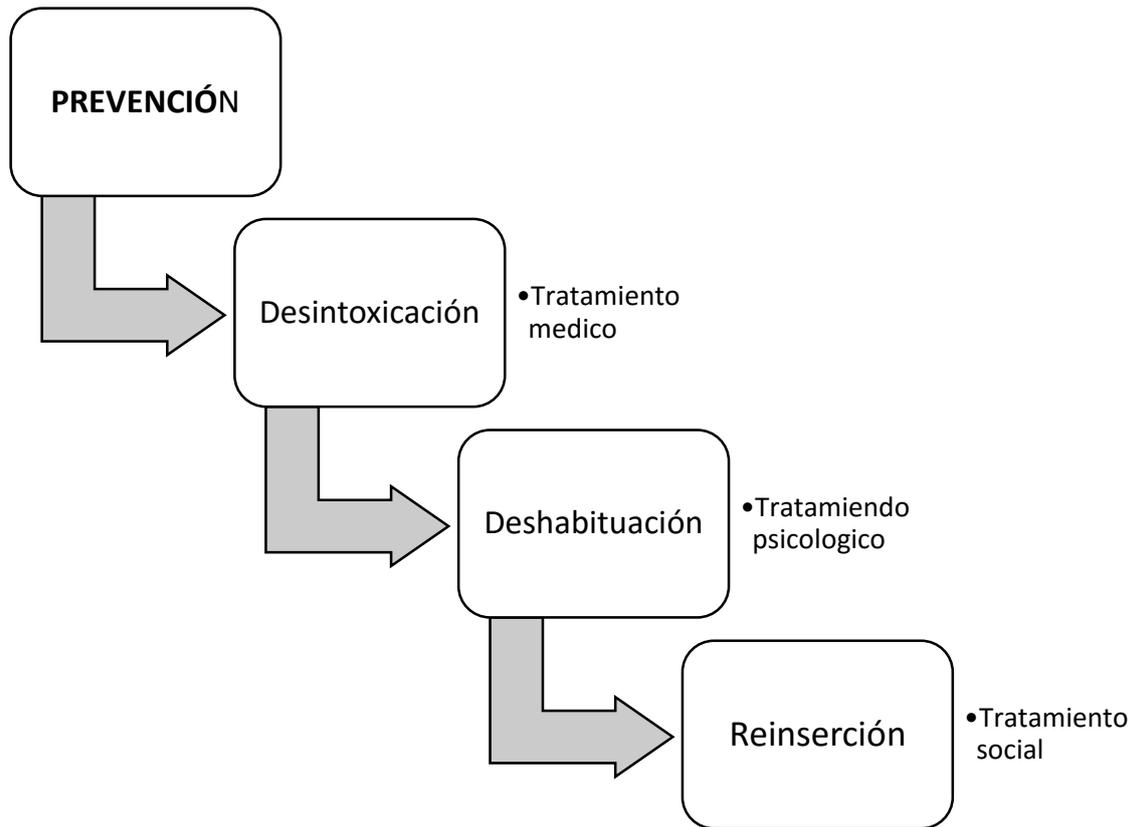
- enfermedades crónicas. *Cultura de los cuidados: Revista de Enfermería y humanidades*, 1(44), 75-90. Recuperado de <http://ir.uv.es/0dT3WpE>
- Hernández, O., Font, S., Gras, M.E (2015). Policonsumo de drogas y su relación con el contexto familiar y social en jóvenes universitarios. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 27(3), 205-213. Recuperado de <http://ir.uv.es/J7jQ6Lh>
- Jiménez, C., Aguirre, A., Rodríguez, V., Paredes, J. Perales, M. (2016). Dificultades interpersonales y sustancias psicoactivas. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*, 5(9), 51-67. Recuperado de <http://ir.uv.es/0sJNg0B>
- Larrosa, S. Palomo, J. (2012). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles. *International Journal of Psychological*, 5(1), 25-33. Recuperado de <http://ir.uv.es/MkO00sb>
- Lizasoain, I., Leza, J.C., De Lorenzo, P. (2003). *Drogodependencias, farmacología, patología, psicología, legislación* (2ª ed.). Madrid: Editorial Medica Panamericana. Recuperado de <https://ir.uv.es/4cUula0>
- López, C. (2011). Mediación familiar en el proceso de rehabilitación de drogodependencias. *Revista de Mediación*, 1(4), 34-41. Recuperado de <http://ir.uv.es/pKKVFE0>
- López, F., León, R., Godoy, J., Muela, J., Araque, F. (2003). Factores familiares que inciden en las drogodependencias. *Sociotam*, 13(1), 203-230. Recuperado de <https://ir.uv.es/s2TIBN2>
- Martín, J.L., Martín, E., Torralba, E., Díaz, E., Lurueña, S., Alonso, F. (2008). Investigación secundaria: la revisión sistemática y metaanálisis. *Semergen: revista española de medicina de familia*, 34(1), 11-16. Recuperado de <https://ir.uv.es/5AOlm8p>
- Martínez, P. (2016). La prevención de las adicciones y la educación no formal. *Medicina y Ética*, 27(2), 277-295. Recuperado de <http://ir.uv.es/I0eyAYx>
- Ministerios de Sanidad (2018), Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundaria en España (ESTUDES). Recuperado de <https://ir.uv.es/cZ9IE0b>
- Ministerio de Sanidad y consumo. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. World Health Organization. Recuperado de <https://ir.uv.es/Wsj9fzv>

- Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social. (2019). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES). Recuperado de <https://ir.uv.es/LP3h44N>
- Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social. Estrategia Nacional sobre adicción 2017-2024. Recuperado de <https://ir.uv.es/m0aUzp9>
- Moreno, N., Palomar, J. (2017). Factores familiares y psicosociales asociados al consumo de drogas en adolescentes. *Revista interamericana de psicología*, 51(2), 141-151. Recuperado de <http://ir.uv.es/RImy6VX>
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2016) Desarrollo en la adolescencia. Recuperado de <https://ir.uv.es/1YA0UMo>
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanía. (2018). Informe Europeo sobre Drogas. Recuperado de <https://ir.uv.es/R7jRM9B>
- OMS. (2004). La familia y la salud en el contexto del décimo aniversario del año internacional de la familia. (Informe núm. A57/12). Recuperado de <https://ir.uv.es/9oZhWmf>
- Perozo, M.L. (2014). Representaciones sociales en consumidores de drogas. Tesis psicológica: *Revista de la Facultad de Psicología*, 9(1) 146-155. Recuperado de <https://ir.uv.es/t24VZ3o>
- Pichos, P., López, J., Valdés, M. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Recuperado de <https://ir.uv.es/m0nyXI0>
- Pons, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis*, 4(2), 157-166. Recuperado de <https://ir.uv.es/5Zzoi2v>
- Pérez, A. Dios, M., Mesa, M., I. Jiménez, I. Martínez M.L, Pérez, R. (2010). Motivaciones para el consumo de alcohol entre adolescentes de un instituto urbano. *Atención primaria: Publicación oficial de la sociedad española de familia y comunitaria*, 42(12), 604-611. Recuperado de <http://ir.uv.es/Ge0qHUe>
- Quintero, B., Ortega, J.A, Fuentes, J.A (2015). Eficacia del programa de prevención de adicción Entre-Todos (Proyecto Hombre). *Revista Lasallista de Investigación*, 12(2), 28-35. Recuperado de <https://ir.uv.es/7xmNjQy>

- Rodríguez, J.L. (2013). La importancia de la intervención con familias en la recuperación de la adicción a las drogas. *Familia: Revista de ciencias y orientación familiar*, 1(46) 31-41. Recuperado de <https://ir.uv.es/Y10baPw>
- Rosado, M. Leonila, M. Cedeño, J. (2016). Causas y consecuencias en el consumo de drogas: un estudio de casos en estudiantes de bachillerato. *Sinapsis*, 2(9), 1-15. Recuperado de <http://ir.uv.es/k37Oqiz>
- Rowe, C. (2013). Terapia familiar por consumo de drogas. *RET: revista de toxicomanías*, 1(70), 24-44. Recuperado de <http://ir.uv.es/gdBEG4A>
- Sánchez, J., Villareal, M. Ávila, M., Vera, A., Musitu, G. (2013). Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados. *Psychosocial Intervention*, 23(1), 69-78. Recuperado de <http://ir.uv.es/O68LbHX>
- Ventura, J. (2017). El involucramiento afectivo como factor de protección contra el consumo de sustancias. *Horizonte Sanitario*, 16(2), 103-109. Recuperado de <http://ir.uv.es/D0zFUHA>
- Villanueva, C. (2012). Influencia de la familia en la prevención de drogas. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, 1(7), 176-193. Recuperado de <http://ir.uv.es/JU1uOQw>

Relación de anexos

ANEXO I: Proceso del tratamiento en drogodependencias



ANEXO II: Factores Psicosociales

Tabla N° 2. Factores Psicosociales.

Factores psicosociales		
Factores macrosociales	Factores microsociales	Factores individuales
Ocio y tiempo libre Normativa Estructura socio-económica Actitudes sociales.	Familia: estilo educativo, relaciones afectivas y comunicación Escuela, nivel de satisfacción e integración escolar, rendimiento académico Grupo de iguales, comportamientos marginales del grupo, vulnerabilidad a la presión grupal.	Autoestima Control de impulsos Capacidad resolución de conflictos.

Fuente: Elaboración propia a partir de Martín y De Lorenzo (2003)

Anexo III: Tabla de síntesis de la búsqueda bibliográfica

Código de estudio	Autor/a	Año	Título	Tipo de Documento	Objeto	Met.	Resultados	Conclusiones
E.1	Patricia Cid Monckton et al.	2011	Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes	Artículo científico.	Verificar los factores familiares protectores y de riesgo relacionados con el consumo de drogas.	Estudio transversal cuantitativo.	Los resultados obtenidos resaltan que se debe asumir las intervenciones biopsicosociales.	Los factores de mayor riesgo fueron el modo de enfrentar los problemas y dentro de él, las dificultades de comunicación intrafamiliar, el tipo y características de la familia.
E.2	María C. Fuentes et al.	2015	Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y peligro del barrio.	Artículo científico.	Analizar los factores de protección o riesgo de los estilos educativos parentales para el consumo de drogas.	Estudio cuantitativo.	Los adolescentes de familias indulgentes mostraron el menor consumo en las sustancias evaluadas; mientras que los de familias autoritativas, autoritarias y negligentes mostraron un consumo mayor.	Se evidencian la influencia de los estilos educativos sobre el consumo de drogas.
E.3	Elisardo Becoña et al.	2012	¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas de los hijos? Una revisión	Artículo científico.	Revisar la influencia de la desorganización familiar en el consumo de drogas.	Revisión bibliográfica.	Los estudios revisados indican que el consumo de alcohol y drogas de los padres influye en el consumo de estas sustancias en los hijos.	La desorganización familiar todavía no ha sido suficientemente operacionalizada ni conceptualizada.

E.4	Saúl Mielgo López et al.	2012	Factores de riesgo familiar en el consumo de drogas.	Artículo científico.	Estudiar factores de riesgo familiar y la conducta de consumo de drogas	Revisión bibliográfica.	Interacción entre factores familiares y sociales.	Necesidad de una mejora en la evaluación de los programas de prevención y en las estrategias emocionales utilizadas.
E.5	Beatriz del Carmen Falcón Rodríguez	2015	La familia como factor de riesgo o protección ante el consumo de sustancias nocivas en sus hijos.	Artículo Científico.	Conocer la relación familiar y los posibles factores de riesgo o protección derivadas de la misma en relación al consumo de sustancias nocivas en sus hijos.	Estudio cuantitativo.	A mayor atención y protección por parte de los progenitores hacia sus hijos, estos poseerán menores posibilidades de consumo de drogas.	No existe un contacto directo con sustancias nocivas proveniente de una mala relación o proveniente de sus correspondientes progenitores.
E.6	María Leonila García Jorge Guillermo Cedeño Meza	2016	Causas y consecuencias en el consumo de drogas: estudio de casos en estudiantes de bachillerato.	Artículo científico.	Proporcionar una revisión de los principales factores psicosociales relacionados con el consumo de drogas.	Revisión bibliográfica.	El ambiente familiar y el círculo de amigos, tienen una correlación significativa en el consumo de drogas.	Debe existir un fortalecimiento en los agentes sociales, familiares.

E.7	Juan Carlos Sosa et al.	2013	Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados .	Artículo Científico.	Contrastar un modelo explicativo del consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados.	Estudio Cuantitativo.	El contexto familiar mostró una relación negativa con la sintomatología depresiva y esta, a su vez, con el consumo de drogas.	Relación indirecta y positiva entre el contexto familiar y el consumo de drogas.
E.8	Norman Darío Moreno Carmona	2017	Factores familiares y psicosociales asociados al consumo de drogas en adolescentes.	Artículo Científico.	Establecer la asociación entre algunos factores familiares y psicosociales y el consumo de drogas en adolescentes.	Estudio cuantitativo.	A menor control conductual materno, menor satisfacción con la vida y mayor presencia de eventos adversos se incrementa la probabilidad de consumo de drogas en la adolescencia.	A mejor relación con la madre y mayor autonomía paterna, menor consumo de psicoactivos.
E.9	Patricia Martínez Lanz	2016	La prevención de las adicciones y la educación no formal.	Artículo Científico.	Identificar los factores de riesgo para la prevención y detección de adicciones.	Estudio cualitativo.	La familia juega un papel relevante, puesto que es un factor de prevención.	Los programas de previsión informan sobre los riesgos del consumo de drogas.

E.10	Olga Hernández-Serrano et al.	2015	Policonsumo de drogas y su relación con el contexto Familiar y social en jóvenes universitarios	Artículo Científico.	Estudiar la relación entre el policonsumo de los sujetos y el policonsumo del entorno próximo.	Estudio Cuantitativo.	Elevada concordancia entre el policonsumo de los participantes y el de sus referentes próximos.	El policonsumo en el entorno de los jóvenes deviene uno de los elementos clave en futuras campañas preventivas.
E.11	Cristóbal Villanueva Roa	2012	Influencia de la familia en la prevención de drogas	Artículo científico	Investigar la influencia de un programa de prevención que incluye también la participación los padres y madres.	Estudio cualitativo.	El ámbito familiar es un espacio eficaz para la prevención siempre y cuando se cuente con la información necesaria.	La formación con los padres y madres pueda tener influencias positivas en la prevención.
E.12	Silvia López Larrosa et al	2012	Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles.	Artículo científico	Detectar los factores protectores y de riesgo en la comunidad, la familia.	Estudio cuantitativo.	Los factores de protección son elevados. Los factores de riesgo son altos en comunidad, escuela e individuo.	En los factores de protección destaca el papel de las habilidades sociales frente al consumo de alcohol.

E.13	Alejandro Pérez Milena et al.	2010	Motivaciones para el consumo de alcohol entre adolescentes de un instituto urbano.	Artículo científico.	Conocer las motivaciones de los adolescentes para el consumo de alcohol.	Estudio cualitativo explicativo.	El alcohol se relaciona con actos sociales desde las primeras experiencias familiares.	La familia se constituye como transmisora principal de un consumo lúdico del alcohol.
E.14	Gregoria Francisca et al.	2012	Consumo de drogas psicoactivas y factores de riesgo familiar en adolescentes	Artículo Científico.	Describir el consumo de drogas y los factores de riesgo familiar en los adolescentes.	Estudio cualitativo descriptivo.	Los factores de riesgo familiares presentes caracterizada por la disfunción familiar, presencia de problemas en el manejo de la familia y relaciones conflictiva.	Son necesarios estudios en esta temática con mayor análisis que permitan continuar profundizando sobre el fenómeno de las drogas.
E.15	Concepción Salgado Jiménez et al.	2016	Dificultades interpersonales y sustancias psicoactivas en adolescentes.	Artículo científico.	Describir la relación entre las dificultades interpersonales y el uso de sustancias psicoactivas.	Estudio cuantitativo.	Relación significativa entre la dimensión de aserción y el consumo de alguna droga.	Establecer directrices de intervención basadas en aserción para la prevención del consumo de drogas.

E.16	Belén Quinterio Ordeñez et al.	2014	Eficacia y eficiencia del programa de prevención escolar y familiar “entre todos”	Artículo Científico.	Evaluar el Programa de Prevención escolar y familiar “Entre Todos”.	Estudio cuantitativo y cualitativo.	Plantea cuestiones muy positivas referidas al trabajo con la familia, con el alumnado y con el equipo docente.	El consumo de drogas legales, principalmente tabaco y alcohol, en nuestro país está muy instaurado entre el alumnado.
E.17	José Luis Venyuts Martínez et al.	2017	El involucramiento afectivo como factor de protección contra el consumo de sustancias.	Artículo científico.	Identificar la relación entre el involucramiento afectivo, la farmacodependencia y la conducta alcohólica en familias.	Estudio cuantitativo.	Diferencias estadísticamente significativas en la interacción familiar negativa, farmacodependencia en la familia, conducta alcohólica en la familia, comunicación e integración.	La figura materna es significativa para la protección del consumo de sustancias.
E.18	Martha Luz Páez Cala	2019	Familia y el uso y abuso de potenciales adictivos en jóvenes.	Artículo científico.	Profundizar en estos resultados, centrados en las conductas adictivas y variables familiares.	Estudio cualitativo descriptivo.	No se encontró relación significativa entre variables familiares y de adicción.	La conducta adictiva está determinada por factores individuales y contextuales.

E.19	María Laura Perozo Fernández	2013	Representaciones sociales en consumidores de drogas.	Artículo científico.	Analizar las representaciones sociales en consumidores de drogas.	Estudio cualitativo de tipo fenomenológico.	Aparición de problemas familiares, paternos, filiales y desajustes en la funcionalidad de la vida infantil, como característica que precede al consumo.	El malestar familiar y la baja autoestima resultan catalizadores del consumo.
E.20	José Luis Rodríguez Sáez	2013	La importancia de la intervención con familias en la recuperación de la adicción a las drogas.	Artículo científico.	Analizar las ventajas y obstáculos que supone la incorporación de la familia al tratamiento de las drogodependencias.	Estudio cualitativo.	Demandas que surgen del sistema terapéutico son percibidas como amenazas a la estabilidad del sistema.	Abordaje familiar y social son deseables en una intervención integral del problema del consumo y adicción a las drogas.
E.21	Cynthia L. Rowe	2013	Terapia familiar para consumo de drogas: revisión y actualizaciones 2003-2010.	Artículo Científico.	Realizar una revisión de la terapia familiar para el consumo de drogas.	Estudio cualitativo transversal.	Los modelos basados en la familia dirigidos a adolescentes y que tratan la ecología del adolescente y su familia, ofrecen los hallazgos más consistentes.	Los modelos basados en la familia son de los enfoques más eficaces.

E.22	Carlos Javier López Castilla	2011	Mediación familiar en el proceso de rehabilitación de drogodependencias.	Artículo Científico.	Revisión de las relaciones entre drogodependencia y familia.	Revisión bibliográfica.	La posibilidad de llevar a cabo una mediación estará en función de multitud de factores que puedan posibilitarlo o impedirlo.	La Mediación Familiar se revela como una acción presumiblemente eficaz.
E.23	Raquel Carcelén et al.	2010	¿Cómo puedo proteger a mis hijos de las drogas? Una experiencia de prevención de drogas en familia.	Artículo científico.	Evaluar Programa de Prevención Familiar en Drogodependencias.	Estudio Cualitativo.	Existe una baja participación por parte de los padres y que los que acuden motivados a este tipo de intervenciones no muestran disfunción en la dinámica familiar.	Es necesario realizar algunos ajustes en el programa para conseguir mayor implicación por parte de los padres.
E.24	M ^a Eugenia González Sanjuán et al.	2015	Las familias valencianas como agentes de salud en la prevención de drogodependencias.	Artículo Científico.	Conocer las opiniones, actitudes y conductas de las familias sobre la prevención en drogodependencias.	Estudio de metodología cuantitativa y cualitativa.	El primer factor de riesgo y el primer factor de protección están vinculados al entorno familiar.	Necesidad de que las políticas preventivas contemplen la diversidad de los modelos familiares.

ANEXO IV Categorías

Categorías del análisis bibliográfico
Factores de protección y de riesgo frente al consumo de sustancias
Consumos, patrones y motivaciones del consumo de sustancias
Contexto familiar
Prevención frente al consumo

