

Health and Addictions

Salud y Drogas

DIRECTOR

José A. García del Castillo Rodríguez
Universidad Miguel Hernández

CONSEJO EDITORIAL

Julia Aguilar Serrano

Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias (España)

Javier Aizpiri Díaz

Medicina Psicoorgánica de Vizcaya (España)

Ramón Bayés Sopena

Universidad Autónoma de Barcelona (España)

Elisardo Becoña Iglesias

Universidad de Santiago de Compostela (España)

Juan V. Beneit Montesinos

Universidad Complutense de Madrid (España)

Julio Bobes García

Universidad de Oviedo (España)

Gilbert J. Botvin

Weill Medical College Cornell Univ. (USA)

Gregor Burkhart

Observatorio Europeo sobre Drogas (Portugal)

Guillermo A. Castaño Pérez

Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

Joao Castel-Branco Goulao

Instituto da Droga e da Toxicodependência (Portugal)

Ubaldo Cuesta Cambra

Universidad Complutense de Madrid (España)

Enrique Echeburúa Odriozola

Universidad del País Vasco (España)

José R. Fernández Hermida

Universidad de Oviedo (España)

Eliot L. Gardner

Albert Einstein College of Medicine (USA)

Kenneth W. Griffin

Weill Medical College Cornell Univ. (USA)

Consuelo Guerri Sirera

Instituto de Investigaciones Citológicas de Valencia (España)

Tania B. Huedo-Medina

University of Connecticut (USA)

Cándido Inglés Saura

Universidad Miguel Hernández (España)

Blair T. Johnson

University of Connecticut (USA)

Carl G. Leukefeld

University of Kentucky (USA)

Juan J. Llopis Llacer

Universidad Jaume I de Castellón (España)

Carmen López Sánchez

Universidad de Alicante (España)

Rafael Maldonado

Universidad Pompeu Fabra (España)

Gerardo Marín

University of San Francisco (USA)

Xavier Méndez Carrillo

Universidad de Murcia (España)

Luis Montesinos

Montclair State University (USA)

Rafael Nájera Morrondo

Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA (España)

Francisco Pascual Pastor

Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana (España)

Jesús A. Pérez de Arróspide

Fundación Vivir sin Drogas (España)

Bartolomé Pérez Gálvez

Hospital Universitario de Sant Joan d'Alacant (España)

Juan Preciado

City University of New York (USA)

Alain Rochon

Régie Régionale de L'Estrie (Canadá)

Fernando Rodríguez de Fonseca

Universidad Complutense de Madrid (España)

Jesús Rodríguez Marín

Universidad Miguel Hernández (España)

Javier Ruiz Fernández

Ayuntamiento de Portugalete (España)

Manuel Sanchís Fortea

Hospital Psiquiátrico de Bétera (España)

Roberto Secades Villa

Universidad de Oviedo (España)

Merrill Singer

Hispanic Health Council (USA)

Linda C. Sobell

Nova Southeastern University de Florida (USA)

Mark B. Sobell

Nova Southeastern University de Florida (USA)

Steve Sussman

University of Southern California (USA)

Sofía Tomás Dols

Directora de Gestión Sanitaria, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana (España)

Miguel A. Torres Hernández

Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana (España)

Objetivos

Health and Addictions / Salud y Drogas tiene como objetivos promover la divulgación de resultados de investigación sobre las drogodependencias y otros trastornos adictivos en general, así como con aspectos relacionados con la promoción e intervención en el ámbito de la Psicología de la Salud, desde una aproximación amplia y pluridisciplinar, perfeccionar sus métodos y técnicas, fomentar una visión crítica y comprometida del fenómeno de la droga e impulsar la cooperación científica entre los investigadores, profesores, estudiosos y especialistas de la materia, desde el compromiso con la ética y los derechos humanos.

En este sentido, *Health and Addictions / Salud y Drogas* publica artículos sobre tratamiento, prevención y reinserción, así como estudios epidemiológicos, básicos y descriptivos sobre las conductas adictivas y la promoción e intervención en el ámbito de la Psicología de la Salud.

Frecuencia

Health and Addictions / Salud y Drogas se publica dos veces al año en versión impresa y electrónica, siendo la versión electrónica idéntica a la impresa.

Idioma

El idioma de publicación puede ser el español e inglés.

Separatas

Health and Addictions / Salud y Drogas envía a cada autor una carta de aceptación una vez superado el proceso de revisión. Así mismo, cada autor recibe una copia en pdf de su artículo y un ejemplar impreso del número en el que aparece su artículo.

Copyright y permisos

Los derechos de impresión y de reproducción por cualquier forma y medio son *Health and Addictions*, que no rechazará cualquier petición razonable por parte de los autores para obtener el permiso de reproducción de sus contribuyentes.

Papel

Health and Addictions / Salud y Drogas se imprime en papel libre de cloro.

Diseño y maquetación

Jesús Segarra Saavedra

Indexada en

ISOC (CINDOC, Consejo Superior de Investigaciones Científicas), IN-RECS (Índice de Impacto Revistas Españolas de Ciencias Sociales), DOAJ (Directory of Open Access Journal), PSICODOC (Colegio Oficial de Psicólogos), DICE, EBSCO, REDALYC, RESH, Scopus, Dialnet, Latindex.

Dirección Postal

Instituto de Investigación de Drogodependencias.

Universidad Miguel Hernández

Ctra. de Valencia s/n

03550 San Joan d'Alacant ALICANTE (España)

Tfno.:+34 965 919 319 • Fax.-+34 965 919 566

Web: www.haaj.org

Correo electrónico: haaj@haaj.org

ISSN: 1578-5319

Depósito legal: MU-1305-2001

Edita: Instituto de Investigación de Drogodependencias.

ÍNDICE

1. EDITORIAL

Labilidad de las políticas en materia de drogas

José A. García del Castillo 7-18

2. ORIGINALES

Los programas experimentales con heroína en la atención de la población drogodependiente

Alina Danet, Joan Carles March Cerdá y Manuel Romero Vallecillos . 21-36

Efectos asociados al policonsumo de drogas en fiestas *rave*

Fermín Fernández-Calderón; Óscar M. Lozano Rojas; Izaskun Bilbao Acedos; Antonio J. Rojas Tejada; Claudio Vidal Giné; Esperanza Vergara Moragues y Francisco González-Saiz 37-59

Diferencias de sexo, característica de personalidad y afrontamiento en el uso de Internet, el móvil y los videojuegos en la adolescencia

M^a Isabel Jiménez-Albiar, José Antonio Piqueras, Ornela Mateu-Martínez, José Luis Carballo, Mireia Orgilés y José Pedro Espada . . . 61-82

Adaptación de las escalas de actitudes hacia el tabaco, el alcohol y otras drogas en adolescentes portugueses

José A. García del Castillo, Paulo C. Dias, Julián Díaz-Pérez, Ana Sofía Bastos, Álvaro García del Castillo-López, Carmen López-Sánchez y Diego Maciá 83-103

Relación del sistema familiar y capacidad de autocuidado del adolescente que consume bebidas alcohólicas

Lidia García Ortiz y Leticia Casique Casique 105-121

INDEX

1. EDITORIAL

Lability of the policies on drugs

José A. García del Castillo 7-18

2. ORIGINALS

Heroin-assisted Treatment for drug dependents' assistance

Alina Danet, Joan Carles March Cerdá y Manuel Romero Vallecillos .21-36

Polysubstance use and associated effects at raves parties

Fermín Fernández-Calderón; Óscar M. Lozano Rojas; Izaskun Bilbao Acedos; Antonio J. Rojas Tejada; Claudio Vidal Giné; Esperanza Vergara Moragues y Francisco González-Saiz 37-59

Gender, personality and coping characteristics in the use of Internet, mobile and videogames in adolescence

M^a Isabel Jiménez-Albiar, José Antonio Piqueras, Ornela Mateu-Martínez, José Luis Carballo, Mireia Orgilés y José Pedro Espada . . . 61-82

Adaptation of scales of attitudes toward tobacco, alcohol and other drugs to portuguese adolescents

José A. García del Castillo, Paulo C. Dias, Julián Díaz-Pérez, Ana Sofia Bastos, Álvaro García del Castillo-López, Carmen López-Sánchez y Diego Maciá 83-103

Relationship of the family system and adolescent self-care capacity to consume alcoholic beverages

Lidia García Ortiz y Leticia Casique Casique 105-121

EDITORIAL

LABILIDAD DE LAS POLÍTICAS EN MATERA DE DROGAS

LABILITY OF THE POLICIES ON DRUGS

José A. García del Castillo

Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID).

Universidad Miguel Hernández de Elche.

RESUMEN

Las políticas de drogas son las encargadas de marcar el rumbo a nivel local y global acerca de cómo enfrentarse y afrontar la problemática de las drogodependencias y las adicciones en general. Las diferentes políticas se han ido configurando a lo largo de los últimos cien años como consecuencia de que sustancias culturalmente aceptadas, se convirtieron en un grave problema de salud, haciendo imprescindible la intervención de los poderes públicos. Las acciones que se deciden activar resultan ineficaces para amortiguar el problema, además de seguir una trayectoria errática y lábil que desemboca en múltiples contradicciones en una u otra parte de la Aldea Global, donde unos países prohíben y otros legalizan el uso y consumo de una misma sustancia, generando inestabilidad y fracaso en las medidas adoptadas, entre otras muchas cuestiones. Se

Correspondencia

Dr. José A. García del Castillo.

Universidad Miguel Hernández.

Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID).

Campus de Sant Joan d'Alacant.

03550- Sant Joan d'Alacant (Alicante-España).

E-mail: jagr@umh.es

pretende reflexionar sobre estos supuestos, abundando en aquellos puntos que se hacen especialmente sensibles a la fragilidad del tratamiento político en materia de drogas y su falta de coherencia.

Palabras clave: Políticas de drogas; labilidad; legalización de sustancias; salud pública.

ABSTRACT

Both national and international drug policies are responsible in part for both drug dependency problems and addictions. Different policies have been created throughout the last one hundred years as a result of socially-accepted substances becoming a serious health problem. This has caused an increase in the involvement of public authorities. These actions have not reduced the problem due to erratic and labile approaches, which have involved multiple contradictions in the "Global Village." This is especially the case when one country forbids and another legalizes the consumption of the same substance. This article discusses these issues with an emphasis on the fragile political treatment of drug policies, including the lack of coherence among policy-makers.

Keywords: Drug policies, lability, substance legalization, public health.

Se ha demostrado ampliamente que el consumo de drogas no es un privilegio o fatalidad del género humano, en el reino animal tenemos constancia fehaciente de que más de 400 especies diferentes recurren a algún tipo de droga de forma permanente, aunque en ello les pueda ir la vida (Samorini, 2003). Incluso las hormigas, en concreto la *formica sanguinea*, también llamada *hormiga drogata*, se pirra por un líquido que lleva el escarabajo *lomechusa strumosa*, al que cuidan encarecidamente para su propio beneficio, dado que tras libar la ambrosía que lleva éste en su abdomen, las hormigas pierden la orientación y caminan a trompicones (Hidalgo, 2011), y posiblemente si contarán con la posibilidad de reírse oíríamos sus carcajadas. Del mundo animal al puramente humano no tenemos que andar un trecho muy largo en esta materia. Los efectos de determinadas sustancias son tan altamente reforzantes que hacen que su búsqueda se convierta en una

constante para cualquier mortal, aunque tenga que sufrir las consecuencias de la ingesta, sean estas físicas, psicológicas, sociales, legales o todas ellas conjuntamente.

Si seguimos algunas de las más básicas rutinas culturales, cualquier fin de semana en la ciudad de Amsterdam era posible que un grupo de amigos de veintitantos años quedaran en el *coffee shop* más cercano para pasar una velada inolvidable echándose unas risas desenfadadas. En el establecimiento podrían elegir sin remilgos el tipo de hierba que querrían fumar, junto con otros tipos de consumo que desearan, como en cualquier bar. Unos optarían por marihuana fumada, otros se la tomarían en un pastel delicioso y otros se inclinarían por beberse unas cervezas. El ambiente sería completamente normal entre todos los parroquianos que se encontraran en ese momento en el local. Nuestro grupo de amigos seguiría su particular fiesta hasta altas horas de la madrugada fumando y bebiendo, unos se pasarían y otros se moderarían, cada uno en función de sus características personales. Aunque éste, no es un típico fin de semana para ellos, lo considerarían una salida de relax y compadreo que de forma esporádica realizan con fines lúdicos y de desconexión de las rutinas. Cuando llegara el lunes cada uno de ellos afrontaría su trabajo sin problemas. Es muy reforzante para todo el grupo seguir estas pautas de comportamiento, sin que medien abusos en cadena o problemas de adicción en potencia, dado que la frecuencia es lo suficientemente baja como para presumir futuras patologías. Además, su edad y su actitud hacia el consumo estarían actuando como un factor de protección importante para salvaguardar problemáticas adictivas posibles.

Como señala Walton (2003), lo que nos lleva a asociarnos con alguna sustancia que altere nuestro estado normal es, sin duda, la consecuencia de tomarla, es decir, los efectos que en cada uno de nosotros puede provocar, desde una leve alegría hasta un completo júbilo, desde una leve somnolencia hasta el mayor de los sopores, independientemente de la sustancia ingerida o de la persona que la ingiera. Esto es así desde la noche de los tiempos, pero ahora nos preocupan esos efectos y, sobre todo, esas consecuencias que pueden cambiar el curso de nuestra vida, dependiendo de la sustancia, la frecuencia de consumo, de cuando comencemos a usarla, del contexto de uso o de la actitud que adoptemos frente a su consumo, entre otras cuestiones.

Los avances médicos junto con las actuales dinámicas sociales generan nuevas inquietudes que en los últimos cincuenta años se transforman en normativas, legislaciones o diferentes formas de intentar paliar los problemas antes de que se desarrollen. De ahí que ahora nos preocupe la alimentación, las pautas de sueño, la vida sexual, la higiene personal o la satisfacción laboral, entre otras muchas cosas, hasta el punto de que los distintos gobiernos se detengan en legislar para intentar disminuir las consecuencias masivas de estos comportamientos en el caso de que se desvíen de las normas marcadas como más saludables.

La preocupación legal por el consumo de drogas en su relación directa o indirecta con los problemas de salud pública es relativamente reciente, si tenemos en cuenta que el uso y abuso de sustancias se viene produciendo, como hemos dicho, desde tiempo inmemorial, normalmente ligado a pautas culturales. La historia legal de las drogas comienza en los EEUU en el año 1906, bajo el mandato del presidente Theodore Roosevelt, con la promulgación de la Pure Food and Drug Act, normativa que obliga al etiquetado específico de muchas sustancias de libre comercio hasta ese momento, como el alcohol, la cocaína, la heroína, el cannabis y la morfina, tras el aumento significativo de abusos de muchas de estas sustancias, sobre todo, la morfina y el opio. Con la excepción de las llamadas “Guerras del Opio” (1839-1842 y 1856-1860), la máxima expresión de consumos patológicos de sustancias se desarrolla a lo largo del pasado siglo XX, con dos puntos de inflexión significativos, la Guerra de Vietnam y los movimientos de Mayo de 1968 (López-Muñoz, González, Serrano, Antequera y Alamo, 2011) a los que añadiría el movimiento *hippie* de los años sesenta con los consumos masivos de drogas psicodélicas, sobre todo L.S.D., y marihuana.

Ante drogas legal y culturalmente más potentes como el alcohol, se han ido promulgando normativas para intentar mitigar los efectos de su abuso en diferentes poblaciones del mundo, pero todo ello también se desarrolla a partir de la entrada del siglo XX. Muchas provincias de Canadá entre principios de siglo y los años cincuenta decretaron la primera Ley Seca contra el alcohol, seguidos de países como Islandia, Rusia, Noruega o Finlandia, que bien total o parcialmente restringieron el uso de alcohol libremente entre sus ciudadanos, pero que

se vieron retiradas antes de mitad de siglo. La más conocida por sus efectos colaterales fue la estadounidense entre 1920 y 1933 surgida del Movimiento por la Templanza o la Temperancia, que consiguió la modificación de la Constitución de EEUU mediante una enmienda a la misma que posteriormente fue derogada. Otros países comienzan a utilizar leyes restrictivas del uso de alcohol, sin llegar nunca a la prohibición total, para intentar canalizar más racionalmente el uso de esta sustancia tan extendida y aceptada en todo el mundo, pero sin generar grandes reactancias. Muchos países sudamericanos restringen el uso de alcohol en vísperas de elecciones para intentar que sus efectos no alteren los resultados de los comicios.

Cada vez resulta más patente la gran labilidad que tienen las políticas en torno al consumo de drogas a nivel global. Siempre se ha pensado y perseguido, por lo menos virtualmente, que las medidas que giran alrededor de este tema deberían de ajustarse a patrones colectivos internacionalizados para que no se provocaran grandes desplazamientos del problema a sectores determinados de la población mundial. De hecho son muchos los foros que intentan unificar estas políticas para que se generalicen las propuestas y se hagan extensibles a todos los países posibles. Se produce una enorme disonancia entre los países productores y los consumidores que suele desembocar en problemas de gran calado político, de convivencia ciudadana y, sobre todo, de criminalidad asociada al contrabando de sustancias prohibidas.

Recientemente en un foro internacional organizado por la Universidad Autónoma de México (UNAM, 2012) y desarrollado en la Ciudad de México, bajo el lema "Políticas de regulación del consumo de drogas", se expusieron cuestiones en torno a un doble planteamiento dicotómico entre el "todo o nada" hasta la búsqueda de consensos generales que integraran los aspectos más básicos del problema, entrando en juego la prevención, el tratamiento, el control y la reducción de daños en cuanto a la producción de sustancias y el consumo de drogas. Quizás los puntos más álgidos, polémicos y menos consensuados seguían siendo los referentes a la venta y tráfico de drogas, una preocupación manifiesta desde un país como México fronterizo con los EEUU.

Muy en síntesis, las conclusiones generales que se desprenden de

este foro son las siguientes (UNAM, 2012):

- a) De las intervenciones se desprende que la política que actualmente se viene desarrollando para controlar el tráfico y consumo de drogas no funciona. Se podría conjeturar que, por el contrario, está generando efectos adversos que influyen directamente en la convivencia social, con un aumento de los homicidios atribuidos al tráfico de drogas y que van en contra de los objetivos de mejora de la salud pública.
- b) Habría que potenciar unas políticas diversificadas y ajustadas a la realidad, con un cambio de modelo que se base realmente en el derecho a la salud de los ciudadanos, renunciando al actual que se centra en el encarcelamiento y la estigmatización de los consumidores.
- c) Tendríamos que realizar nuevos análisis diferenciadores de los niveles y patrones de consumo teniendo en cuenta las características de las diferentes drogas legales e ilegales así como el impacto que producen en las distintas comunidades.
- d) Se evidencia la necesidad de discernir claramente los efectos contraproducentes de cada sustancia por separado, pero también los beneficios médico-científicos que tienen para separar lo patológico de lo curativo.
- e) Es imprescindible huir de las políticas erráticas basadas en suposiciones y centrarse en nuevas políticas basadas en la evidencia y el conocimiento científico.
- f) Se ha hecho patente que el consumo de drogas no es un fenómeno aislado que ataña a grupos determinados o sectoriales, sino que se encuentra vinculado a movimientos globales que pasan por la disponibilidad, por lo que se hace necesaria una política más universal que pueda ser aplicada a los aspectos más locales.
- g) Habría que distinguir entre los efectos de las políticas y los efectos de las drogas. Un índice de violencia alto no es necesariamente una consecuencia del consumo de drogas. Sabemos que las causas son complejas y se encuentran relacionadas con muchos más aspectos, como el económico, el social o el político, entre otros. Las nuevas políticas de drogas deberían de ajustarse además de en las manifestaciones externas en las causas que generan el problema.
- h) Se necesitan más evidencias sobre los efectos de las drogas en función del grado de consumo, desde la mera experimentación

hasta la adicción. Habría que evitar las generalizaciones potenciando la investigación para saber con mayor certeza cómo interactúan las drogas en función del entorno y del individuo, ya que no podemos llegar a la conclusión generalizada de que todos los que consumen drogas desarrollan una dependencia y todos los adictos a una droga son problemáticos.

i) Hay que tener en cuenta los cambios que se van observando en el consumo de drogas para ajustar las políticas a los mimos.

j) Las políticas de drogas deben de centrar su interés en las poblaciones más jóvenes, que representan el grupo de mayor vulnerabilidad ante las drogas, asociado a problemas de diversa índole que hacen que sean un grupo poblacional más indefenso, como son las políticas educativas, de formación profesional, de salidas profesionales o de contextos de ocio y tiempo libre adecuados a sus necesidades, que aumentan la vulnerabilidad para la adquisición de una dependencia e incluso de integrarse en organizaciones delictivas de tráfico de sustancias. Las políticas deberían recoger las diversas perspectivas de la juventud contando con ellos para su desarrollo y para poder potenciar unas bases preventivas sólidas de calidad.

k) En principio se parte del supuesto básico de que ningún estado es invulnerable a los problemas relacionados con las drogas. Habría que conjugar los conocimientos adquiridos a nivel mundial para adaptar adecuadamente las políticas a cada estado en función de sus características particulares.

l) Finalmente, habría que contar con un número de profesionales de alta especialización en el ámbito de las drogas, que puedan conjugar los conocimientos desde una vertiente interdisciplinaria. Las políticas de drogas deben de reforzar al máximo la formación de los recursos humanos en un contexto amplio, pero haciendo mayor hincapié en la prevención.

Como se desprende de estas conclusiones de máxima actualidad, seguimos alimentando un tiovivo de posibilidades que dan vueltas alrededor de las drogas pero que nunca salen de ese círculo. La evidencia es que las políticas que se están siguiendo no son las más adecuadas y es necesario modificarlas a nivel global. Cuando algo cambia en una parte determinada del mundo no implica que el resto asuma sus líneas de acción, aunque se consideren positivas. Es más, el vaivén es tan abrupto

que unos países cierran unas iniciativas por considerarlas ineficaces y acto seguido otros, las ponen en marcha como idóneas para ellos. Hoy en día nuestro ejemplo de Amsterdam únicamente serviría para los autóctonos del país, ya que se ha promulgado una prohibición para que no puedan disfrutar de los *coffee shop* los turistas o foráneos. Prácticamente coincidiendo en el tiempo con esta medida holandesa, en Uruguay se ha decidido legalizar la venta y consumo de marihuana, regulándose todo el mercado y equiparándose a la de cualquier otra droga legal, como el tabaco y el alcohol. Brasil, mucho más moderadamente, ha dado luz verde a la despenalización del consumo de drogas para uso particular.

En España se han ido cercando algunas sustancias legales mediante acciones impositivas que pueden hacernos pensar y reflexionar. El tabaco se ha convertido en un arma arrojadiza para todos aquellos que continúan con esta adicción y no son capaces o no quieren abandonarla. El cerco al fumador es muy estrecho porque se ha visto que las restricciones pueden funcionar a nivel social y generar un cambio en las actitudes de todos, fumadores y no fumadores. No obstante, se sigue esgrimiendo como argumento la búsqueda de la salud de la población, cuando las sanciones a las que se exponen los fumadores o los que permiten el consumo en lugares prohibidos están muy descompensadas con la infracción, lo que nos lleva a pensar irremisiblemente en que se convierte en una forma más de recaudación pública, en detrimento de la vigilancia de la salud. Las medidas adoptadas para reducir los consumos se han estado apoyando en las últimas décadas, en programas preventivos y educativos que poco a poco han ido dando sus frutos, pero que se empiezan a abandonar por diferentes motivos. Seguimos en una línea de acción errática y volátil.

Las leyes contra el botellón, son otro de los ejemplos básicos de labilidad legal en España. Se persigue al bebedor en la calle con sanciones dinerarias altas, que normalmente tienen que pagar, finalmente, los padres o familiares de los infractores. Además la persecución de estos movimientos no es nada homogénea, ya que hay momentos que se ponen en marcha todos los mecanismos legales y otros en los que se relaja tanto el sistema que parece que no existe realmente. Las incongruencias legales son tantas, que incluso con el fenómeno del botellón se cae en contradicciones irreparables en un marco social y educativo coherente. Se prohíbe beber en la calle, pero únicamente cuando se hace de forma libre, no cuando se está al amparo de un lugar que expende

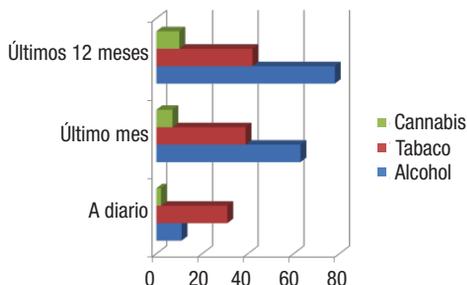
bebidas con licencia. Y no solamente eso, sino que llegado el momento de unas fiestas patronales o cualquier otro evento que lo justifique, se emite una ordenanza especial para levantar la prohibición durante los días que dure el acontecimiento, sin ningún pudor.

Seguimos contando con tantas lagunas que transgredir la ley se convierte en un reto para muchos ciudadanos. En estos momentos estamos asistiendo a una nueva polémica en torno a las plantaciones de marihuana en España. Tenemos un clima fácil para su cultivo y contamos con unas leyes que no dejan nada claro si es algo legal, ilegal o fronterizo, y además continuamos manteniendo la despenalización del consumo, pero tenemos penalizada la compra-venta de marihuana. Son muchas las voces que se levantan a favor de la legalización, sobre todo si el contexto es a nivel internacional, y muchos otros los que se oponen radicalmente a esta medida. Las drogas legales tienen el parabién de que recaudan, son controladas sanitariamente y producen miles de puestos de trabajo. Las ilegales generan tráfico, cuestan dinero público para su persecución y generan miles de muertos en las refriegas de los narcotraficantes.

Pero la cuestión no es tan simple, legalizar también significa acercar el producto al consumidor, tener que controlar la publicidad, la venta a menores de edad, los precios, el nuevo contrabando que se produce para evitar los impuestos pero, posiblemente, lo más destacado sea el control de los consumos. Si hacemos una comparativa rápida entre consumos legales y los más destacados de los ilegales, vemos que las diferencias son abismales. En España dicen consumir alcohol diariamente más del 11% de la población entre 15 y 64 años, y dicen haber consumido en los últimos treinta días, más del 63%. En cuanto al tabaco, dicen fumar diariamente más del 31% y por encima del 39% los que dicen haber fumado en el último mes, de la población entre los 15 y 64 años. La primera droga ilegal más consumida en nuestro país, en el mismo tramo de edad, es la marihuana, con un 2% de consumidores diarios, un 7,6% que dicen haber fumado marihuana en los últimos treinta días y un poco más del 32% que dicen haberla probado alguna vez en su vida. La comparación es claramente denotativa del efecto legalidad añadido al cultural y de normalización, incluso con una sustancia como la marihuana que tiene despenalizado el consumo, porque si nos vamos a sustancias como la cocaína, únicamente un 1,2% dice haberla consumido en el último mes y tan solo un 10,2% la han probado alguna vez en su vida (Gráfico 1)

(PNsD, 2009).

Gráfico 1. Comparativa de consumo de alcohol, tabaco y cannabis



Fuente: PNsD (2009). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

No sabemos con certeza si el especial empeño de los gobernantes de proteger la salud de sus ciudadanos es o no un principio activo con el que juegan a ser todopoderosos o, más bien, se ciñen a la búsqueda utópica de velar por los demás aunque estos estén en contra o se empeñen en esgrimir una libertad entendida desde un prisma singular. Como señala Walton (2003) la mayor preocupación con los consumidores de sustancias se circunscribe en protegerlos de ellos mismos, de los que trafican con las drogas y de evitar un posible daño irreversible. Las contradicciones de las que hemos hecho gala durante muchas décadas y que continuamos alimentando, pueden favorecer, sin quererlo, que los ciudadanos sigan desinformados de gran parte de las consecuencias que corren en el caso de consumir determinadas sustancias. Gran parte de las drogas recreativas de hoy, prohibidas por las leyes de todo el mundo, han tenido y siguen teniendo principios médicos muy significativos y han estado, hasta hace poco tiempo atrás, en los cuerpos de insignes ciudadanos de la intelectualidad que las utilizaban sin ningún reparo para ellos mismos, casos como el de Freud, De Quincey, Boudelaire, Van Gogh, Picasso o Burroughs, por citar algunos ejemplos ilustres.

Continuamos viviendo en la era del prohibicionismo por antonomasia, donde cualquier cosa que se sospecha que puede hacer daño a uno mismo o a los que nos rodean se cubre de un manto legal que justifica cualquier acción. La evidencia social nos descubre que prohibir no es

sinónimo de éxito a la hora de solucionar determinados problemas, pero sí que es una fuente de ingresos sustantiva para los gobiernos que se empeñan en resolverlo todo a base de órdenes, decretos, bandos y leyes por doquier. Sabemos que el recurso al miedo, ya sea a la pérdida de la salud, a la multa sobredimensionada o a la muerte, no prospera tampoco como herramienta útil para hacer una prevención de drogas eficaz y tampoco hemos sido capaces, hasta el momento, de que la percepción de riesgo aumente en las poblaciones más jóvenes, aunque tenemos la certeza de que conforme se cumplen años esa percepción se va incrementando sola, sin el concurso de ningún mecanismo externo, con el consecuente fracaso de una vertiente preventiva potente.

Son muchos los países que siguen políticas lábiles para intentar frenar el problema de las drogas. Estamos viviendo momentos especialmente críticos que facilitan y ayudan a que este problema se nos vaya aun más de las manos, con la cantidad de recortes sociales que se están llevando a cabo en gran parte del mundo desarrollado, con la excusa de que falta dinero para lo esencial, aunque no sepamos a ciencia cierta qué es lo esencial. Posiblemente falte, además de dinero, iniciativas sensatas e imaginativas, que puedan llevarnos a una situación más optimista y, sobre todo, alejarnos de la fragilidad con que las políticas en materia de drogas se vienen desarrollando en los últimos cien años.

REFERENCIAS

- López-Muñoz, F., González, E., Serrano, M.D., Antequera, R. y Alamo, C. (2011). Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica. *Cuadernos de Medicina Forense*, 17(1), 21-33.
- Samorini, G. (2003). *Animales que se drogan*. Barcelona: Cádiz Ediciones.
- Hidalgo, E. (2011). *Hedonismo sostenible*. Madrid: Amargord.
- Walton, S. (2003). *Colocados. Una historia cultural de la intoxicación*. Barcelona: Alba Editorial.
- UNAM, (2012). *Políticas de regulación del consumo de drogas*. I Foro Internacional sobre Políticas de Regulación del Consumo de Drogas. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, 23-27 de marzo.
- PNsD (2009). *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDA-*

DES). Madrid: Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

ORIGINALES

LOS PROGRAMAS EXPERIMENTALES CON HEROINA EN LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN DROGODEPENDIENTE

HEROIN-ASSISTED TREATMENT FOR DRUG DEPENDENTS' ASSISTANCE

Alina Danet¹, Joan Carles March Cerdá² y
Manuel Romero Vallecillos²

¹*Ciber Epidemiología y Salud Pública*

²*Escuela Andaluza de Salud Pública*

(Received/Recibido: 17/02/2012)

Accepted/Aceptado: 04/05/2012)

RESUMEN

Objetivo. Los ensayos clínicos con heroína (diacilmorfina-DAM) han aportado al arsenal terapéutico disponible una alternativa en la atención a drogodependientes. El objetivo del presente artículo es conocer las experiencias y resultados clínicos de los estudios sobre el uso terapéutico de la heroína.

Metodo. Revisión bibliográfica de los diferentes estudios y ensayos clínicos realizados hasta el presente a nivel mundial, sobre la intervención con pacientes dependientes de opioides. Se han consultado las bases

Correspondencia

Alina Danet
Escuela Andaluza de Salud Pública
Cuesta del Observatorio 4
18011 Granada
alina.danet.easp@juntadeandalucia.es
Tel. 958027541

de datos: EMBASE, ScienceDirect, Wiley-Blackwell, PubMed, Bio-Med Central, Medline, Ovid, y los descriptores «heroin», «diacetylmorphine», «clinical trial», «survey».

Resultados. Se detectan 42 referencias, 16 presentan los resultados de ensayos clínicos de Suiza, Holanda, Alemania, Canadá, España y Reino Unido, comenzando con 1994. El resto de estudios se refieren a: captación y participación de los drogodependientes, mortalidad, calidad de vida, efectos secundarios y necesidad de nuevas investigaciones y ensayos clínicos.

Conclusiones. Los estudios clínicos llevados a cabo hasta la actualidad muestran heterogeneidad en los métodos y variables empleadas, pero los objetivos son comunes (parten de evaluar los efectos del uso terapéutico de la heroína) y los resultados constatan la seguridad y efectividad de la prescripción médica de la diacetilmorfina.

Palabras clave: Dependencia de heroína, trastornos relacionados con opiodes, drogas en investigación, ensayos clínicos.

ABSTRACT

Objective. Clinical trials with heroin (diacetylmorphine) bring an alternative to the available therapeutic possibilities for addict people. The purpose of this article is to describe the experiences and results of clinical studies centered on the therapeutic use of heroin.

Method. Literature review of studies and clinical trials, centered on the intervention with opiois- dependent patients. The databases consulted were : EMBASE, ScienceDirect, Wiley-Blackwell, PubMed, Bio-Med Central, Medline, Ovid. The descriptors : «heroin», «diacetylmorphine», «clinical trial», «survey».

Results. The literature review revealed the existence of 42 references, of which 16 presented the results of clinical trials in Switzerland, Holland, Germany, Canada, Spain and United Kingdom, starting with 1994. Other references are centered on uptake and involvement of the drug, mortality quality of life/ side effects and need for further research and clinical trials.

Conclusions. Clinical studies carried out until the present show heterogeneity in the methods and variables used, but the objectives are the

same (based on assessing the effects of the therapeutic use of heroin) and the results confirm the safety and effectiveness of medical prescription of diacetylmorphine.

Keywords: Heroin dependence, opioid-related disorders, drugs investigational, clinical Trials.

INTRODUCCIÓN

A lo largo del siglo XX, la diacetilmorfina ha sido planteada desde los foros científicos o políticos en innumerables ocasiones, especialmente en Inglaterra, Estados Unidos y Holanda en los años cincuenta, sesenta y setenta, con el objetivo de disminuir la marginación y la delincuencia y, en los años ochenta y noventa para reducir daños sanitarios y más específicamente, el SIDA. En 1961 la Convención Única de los estupefacientes clasificaba la heroína entre las drogas particularmente peligrosas pero le reservaba un status experimental en el contexto de estudios estrictamente controlados (Naciones Unidas, 1961).

Reino Unido ha sido el único país que ha continuado prescribiendo la diacetilmorfina en el contexto de una política definida desde 1926 como «British System» que se caracteriza por la flexibilidad y la diversidad en la prescripción. La diacetilmorfina ha sido sin embargo utilizada excepcionalmente para el tratamiento de drogodependientes y ha sido limitada a determinadas regiones (Mersyside), en cuanto a las plazas de tratamiento y dosis de administración (Eaton, 2002; Strang y Gossop, 1996).

Los tratamientos para las personas adictas a la heroína son diversos y van desde la psicoterapia a tratamientos sustitutivos y estrategias de reducción de daños y a la integración social. Las intervenciones terapéuticas se han realizado en gran parte desde el ámbito sanitario y/o social, en centros de día especializados. Los tratamientos propuestos más conocidos son la desintoxicación, con un índice de éxito muy bajo (McLellan, Lewis, O'Brien y Kleber, 2000) y el mantenimiento con metadona, insertada en España en la década de los noventa (Rodríguez-Martos, 1994), que neutraliza el síndrome de abstinencia, suprime la ansiedad, mejora la salud y la conducta social (Ward, Hall y Mattik, 1999).

Estas propuestas de reducción de riesgos y daños dirigidas a la población drogodependiente nos han aportado, en los últimos años, resultados

positivos y pruebas de su eficacia y viabilidad (Fernández, 2005). Las personas drogodependientes son retenidas en la red sanitaria (March, Aceijas y Carrasco, 2001), su salud física, psíquica, su integración social y su calidad de vida mejoran (Fernández, González, Saíz, Gutierrez y Bobes, 1999; Torrens, San, Martínez, Castillo, Domingo y Alonso, 1997) y la gravedad de las adicciones se reduce (Gimeno, Esteban, Pellín y Climent, 2002). Sin embargo, las intervenciones son susceptibles de mejora sobre todo en cuanto a la necesidad de tener una visión integral del paciente y de su familia y red de apoyo, así como de su reinserción laboral y social (March, Martín-Ruiz, Oviedo, Rivadeneira y Rodríguez, 2006). Estos aspectos son especialmente necesarios en la población drogodependiente gravemente afectada, que escapa de los programas asistenciales clásicos. Para esta población van destinados los programas de prescripción controlada de diacetilmorfina que parten de un estudio exhaustivo de los hábitos de consumo, de las necesidades de las personas drogodependientes y de la opinión pública al respecto. El contexto de estas intervenciones se plasma a partir de las políticas terapéuticas de la Organización Mundial de la Salud sobre la utilización de drogas por vía intravenosa, que se orientan a la reducción de los riesgos para la salud y la integración social de los usuarios de drogas (Trujols, Casas, Pérez, Batlle, Tejero, Bosch y Colom, 2002). En la bibliografía encontramos artículos de revisión sobre las intervenciones con heroína (Fischer, Oviedo, Blanken, Haasen, Rehm y Schechter, 2007; March, Oviedo y Romero, 2005), sin embargo éstas se centran especialmente en los resultados de ensayos clínicos. Además, el estado actual de la investigación sobre el uso terapéutico de la heroína requiere la actualización sistemática de la bibliografía, a través de técnicas de búsqueda bibliográfica exhaustiva y enfocando el análisis no sólo en los ensayos clínicos, sino también en otros estudios que puedan revelar resultados importantes.

La evidencia científica, basada en estudios de experimentación animal y observaciones en seres humanos, sugiere que la diacetilmorfina es la mejor sustancia para mantener la salud física, mental y la función social de las personas dependientes de la diacetilmorfina (OFSO, 2005). Esta sustancia posee menos efectos nocivos para la salud y menos efectos adversos que otros agonistas puros como morfina o metadona (Mino, 1994).

El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer las experiencias,

resultados y evolución legal de los estudios clínicos realizados en Europa y Norte América sobre la prescripción de la diacetilmorfina en el tratamiento de los pacientes dependientes de opiodes.

MÉTODO

La revisión bibliográfica se ha realizado durante el mes de enero de 2009, en las siguientes bases de datos sobre salud, medicina y drogodependencias: EMBASE, ScienceDirect, Wiley-Blackwell, PubMed, Bio-Med Central, Medline, Ovid, usando los descriptores en inglés : «heroin», «diacetylmorphine», «clinical trial», «survey», «prescription», «therapy», «treatment». Se han seleccionado los artículos publicados entre 1990 y 2008 que hicieran referencia a los estudios sobre el uso terapéutico de la heroína en poblaciones drogodependientes. Las publicaciones centradas en el tratamiento con otras sustancias (metadona, morfina, etc) se han excluido de la búsqueda, salvo cuando eran intervenciones comparativas, llevadas a cabo en paralelo a la terapia con heroína. También se han usado como criterios de exclusión los temas relacionados con la población heroinómana que no contemplasen la intervención terapéutica con heroína (estudios clínicos, psicológicos o socioculturales, de apoyo o exclusión social).

El análisis de los documentos seleccionados se ha realizado en dos fases: en la primera, a partir del título y resumen del artículo, se han identificado objetivos, metodología, resultados y conclusiones. En la segunda fase, tras el análisis del manuscrito completo, se han buscado las dificultades, limitaciones y discusión de los resultados, a partir de un análisis de contenido.

Respondiendo al objetivo de la revisión (conocer los resultados de los estudios realizados sobre la prescripción de heroína), el análisis de contenido ha buscado la variabilidad o heterogeneidad de los hallazgos de los estudios sobre heroína y la contextualización de los mismos. Los datos que se han recopilado a través del estudio de los documentos se refieren a: objetivo, tamaño muestral, metodología y diseño del estudio, resultados y conclusiones principales.

Dado que los resultados provienen de ámbitos distintos (Norteamérica y Europa), y que los estudios son escasos, las conclusiones generales de

la revisión se han ajustado a las características y condiciones metodológicas y de diseño de los estudios analizados.

RESULTADOS

Tras la búsqueda bibliográfica se han seleccionado 42 referencias. De ellas, 16 presentan los resultados de ensayos clínicos: dos en Suiza, uno en Holanda, uno en Alemania, dos en España (Andalucía y Cataluña, éste último no ha sido finalizado), uno en Canadá y uno en Reino Unido.

Los objetivos de los ensayos son similares: evaluar la prescripción de heroína en la salud física, mental y social de una muestra de la población dependiente de opiáceos que no ha respondido a otros tratamientos. La heroína utilizada se dispensa de manera inyectable, salvo en el caso del segundo ensayo suizo y el catalán que emplean heroína oral. Las muestras de drogodependientes en cada ensayo difieren, por tanto los resultados no siempre son comparables entre sí. El diseño de los estudios es multicéntrico, salvo en Suiza y Andalucía, donde se realizan en un centro único. La intervención dura 6 meses (Reino Unido), 9 meses (Andalucía), 12 meses (Canadá, Alemania, Holanda) y 2 años (Suiza).

Se conocen sólo los resultados de cinco ensayos: los dos de Suiza, Holanda, Alemania y España (Andalucía). De éstos, se observa variabilidad en la adherencia al programa con heroína: 72% en el caso suizo, 74% en Andalucía, 87% en Holanda y 67% en Alemania. Todos estos resultados son superiores a la adherencia del grupo control, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas en las muestras reducidas (caso andaluz).

En 1994 se puso en marcha el primer programa de prescripción controlada de diacetilmorfina (PROVE), en Zurich, siendo un estudio de cohortes con 1000 drogodependientes. Sus resultados reflejaban que la dosis de heroína inyectable bajo prescripción, reducía el consumo de drogas, mejoraba el estado de salud física y mental y generaba mayor integración social (Uchtenhagen, Dobler, Steffen, Gutzwiller, Bläter y Pfeifer, 1999). En 2006 también se daban a conocer los resultados de la prescripción de heroína oral, como una intervención complementaria a la heroína inyectable (Frick, Rehm, Kovacic, Ammann y Uchtenhagen, 2006): la diacetilmorfina oral es fiable y eficaz. En los experimentos sui-

zos (Rehm, Gschwend, Steffen, Gutzwiller, Dobler y Uchtenhagen, 2001), se observó una disminución en el consumo de cocaína ilegal que va del 29% antes de iniciar el tratamiento con diacetylmorfina intravenosa, a 5% en la evaluación realizada 6 meses después de iniciar el tratamiento. Además el análisis de costes desveló que el gasto se reducía a mitad cuando se dispensaba heroína, en comparación con el mantenimiento con metadona (Frei, Steffen, Gasser, Kummerle, Stierli, Dobler, Gutzwiller y Uchtenhagen (1998).

El ensayo clínico holandés dirigido por el Prof. W. Van den Brink empezó en 1998. Su objetivo fue investigar la eficacia y la seguridad de la prescripción de diacetylmorfina inyectable e inhalada combinada con metadona (dos grupos de intervención) frente a la metadona sola (grupo control) en una muestra de 549 personas adictas a la heroína (Van den Brink, Hendriks, Blanken, Huijsman y Van Ree, 2002). Pese a que la adherencia al tratamiento fue superior en el grupo de metadona (un 87%, en comparación con el 68% en el grupo heroína inyectable- metadona y el 72% en el grupo heroína inhalada y metadona), los beneficios físicos, mentales y sociales fueron mayores en los grupos de intervención (Van den Brink et al., 2002; Van den Brink, Hendriks, Blanken, Koeter, Van Zwieten y Van Ree, 2003). El análisis de coste efectividad demostró las ventajas de la dispensación de heroína, ahorrando 12000 dólares por paciente al año frente al mantenimiento con metadona (Dijkgraaf, Van der Zanden, Biorgie, Blanken, Van Ree y Van den Brink, (2005).

El ensayo alemán se realizó entre 2003-2005 con una muestra de 1032 pacientes. El grupo control recibió sólo metadona, mientras que las personas del grupo de intervención recibieron heroína inyectable y metadona oral. Los resultados reflejaron las ventajas de la dispensación de heroína: beneficios para la salud (OR=1,41), consumo ilícito de drogas (OR=1,85) y adherencia del 67% (en el grupo control fue de 40%) (Haasen, 2006). El análisis de costes reveló el ahorro de 5966 dólares por paciente y año a través de la intervención con heroína (Schulenburg y Claes, 2006).

El ensayo andaluz PEPSA se llevó a cabo entre 2003 y 2004 en una muestra de 62 pacientes. No se registraron diferencias en la adherencia entre los grupos de metadona y heroína inyectable o sólo metadona. Sin embargo, se observó la mejora en el estado de salud físico y psíquico entre los pacientes del grupo de intervención con heroína inyectable. El grupo experimental (diacetylmorfina) mejoró más que el grupo con-

trol (metadona) en su estado de salud general (la mejoría fue 2.5 veces mayor; $p = .034$), y en las conductas de riesgo del VIH (la mejoría fue 1.6 veces mayor; $p = .012$). El consumo de la heroína ilícita se redujo de 25 días/mes a 8 días/mes, según el Índice de Severidad de la Adicción- ASI ($p = 0.020$). Así mismo, aumentó el número de días libres de problemas relacionados con el consumo de drogas (la mejoría fue de 2.1 veces más; $p = 0.004$) y descendió la implicación en actividades delictivas (March, Oviedo, Perea y Carrasco, 2006).

En el contexto español, se registró una segunda experiencia en Barcelona, que comparó los efectos de la heroína oral combinada con morfina oral, frente a un grupo control de metadona (Colom, 2005). Sin embargo, sus resultados no están disponibles en la bibliografía.

En Canadá se desarrolló un ensayo clínico puesto en marcha a partir de 2006, con el objetivo de comparar la dispensación de heroína inyectable y metadona oral, frente a un grupo control de metadona oral (Schechter, 2002; Schechter et al., 2006). La muestra fue de 246 personas y sus resultados no estaban disponibles en el momento de realización de la búsqueda bibliográfica.

Por último, en Reino Unido, el ensayo RIOTT empezó en 2005 y tuvo la peculiaridad de que la heroína se había usado en este país antes de la realización del estudio (Metrebian, Carnwath, Mott, Carnwath, Stimson y Sell, 2006; Metrebian, Shanahan, Wells y Stimson, 1998). Todavía no se conocen sus resultados, aunque sí conocemos el diseño de la investigación, que tuvo como grupo control a pacientes en mantenimiento con metadona oral y dos grupos experimentales: el primero con heroína inyectable y el segundo con metadona inyectable. La muestra fue de 150 pacientes.

Las limitaciones de los ensayos clínicos brotan del tipo de diseño y sobre todos de los tamaños muestrales. La significación estadística en la comparación de resultados de los grupos experimentales y los de control aparece como un problema en el caso de las muestras menores de 150 pacientes.

A la bibliografía sobre ensayos clínicos, se le suman referencias que analizan, comentan o critican estos estudios, así como revisiones bibliográficas o artículos sobre investigaciones relacionadas con el uso terapéutico de la heroína (sin ser ensayos clínicos ni estudios controlados y aleatorizados).

En el contexto suizo, encontramos estudios de cohorte que estudian la mortalidad de los pacientes incluidos en el programa de mantenimiento con heroína, la calidad de vida de y los efectos secundarios producidos por la sustancia (Halbsguth, 2008; Rehm, Frick, Hartwing, Gutzwiller, Gschwend y Uchtenhagen, 2005). Como experiencia pionera se realiza el seguimiento del proceso embarazo, parto, puerperio de una mujer que da a luz un niño sano (Hartwig, Haasen, Reimer, Garbe, Lichtermann, Wuellenweber y Dilg, 2008).

En Holanda, las líneas de investigación se centran en la asociación de la heroína con la cafeína (Klous, Nuijen, Vander Brink, Van Ree y Beijen, 2004) y en las alergias de contacto que sufren pacientes y profesionales de la salud a raíz de la dispensación de diacetilmorfina (Coenraads, Esch y Prevoo, 2001; Esch, Van den Brink, Bruynzeel y Coenraads, 2003).

En Canadá, el ensayo clínico fue precedido de una serie de estudios que exploraban los factores determinantes del acuerdo y grado de participación en ensayos clínicos por parte de drogodependientes (Miller, Strathdee, Kerr, Small, Li y Wood, 2006).

Reino Unido, contando con la tradición de prescribir diacetilmorfina en casos específicos, disponía de la base empírica para concluir sobre los buenos resultados del uso terapéutico de la heroína, de manera previa a la realización del ensayo clínico (Metrebian, 2004).

En España, los estudios parten del seguimiento de los pacientes en mantenimiento con heroína (17 personas) del centro PEPSA de Granada. La captación de participantes (March, Oviedo y Romero, 2004; Romero, March, Oviedo y Prieto, 2006), los factores relacionados al consumo (March, Oviedo, Romero y Sánchez, 2005), la calidad de vida (March, Romero, Prieto, Oviedo y Rodríguez, 2005), los aspectos psicológicos y la reinserción socio-laboral de éstos (Aguilar, Verdejo, López, Montañez, Gomez y Arraez, 2008) son los temas principales que preocupan a los investigadores.

La necesidad de nuevas investigaciones y ensayos se manifiesta en varios artículos procedentes de Estados Unidos, Reino Unido, Australia, así como Francia e Italia (Bammer, 1999; Cancrini, 2001; Kuo, Fischer y Vlahov, 2000; Lapeyre-Mestre, 2004; Lawrence, Bammer y Chapman, 2000; Wodak, 2005; Wodal, Ritter y Watson, 2002). Los autores insisten en la adecuación de los estudios a los contextos sociales y políticos concretos de cada país o zona y en la inminencia de la separación político- legal y

médica en la investigación con heroína.

Varias cartas al editor, especialmente en la revista *British Medical Journal*, ponen de manifiesto el eco que la prescripción médica de heroína tiene dentro de la sociedad científica (Ashworth, 2008; O'Loughlin, 2008; Weeks, 2008).

DISCUSIÓN

La revisión bibliográfica ha permitido conocer los objetivos y resultados de los estudios sobre el uso terapéutico de la diacetilmorfina en Europa y Norteamérica, revelando la existencia de ensayos clínicos en Suiza, Holanda, Canadá, Reino Unido y España. Así mismo, refleja las dificultades jurídicas y políticas de la puesta en marcha de este tipo de ensayos y el debate social que se genera alrededor de sus resultados y difusión.

Si bien los tratamientos de las adicciones en general y de la dependencia de opiáceos en especial, han generado controversias entre los investigadores de las ciencias biomédicas y sociales (Mold, 2008), la dimensión político-legal del problema ha dificultado aún más el problema. Tal y como refleja el título del libro de Melissa Bull "Governing the heroin trade. From treaties to treatment" (Bull, 2008), la dependencia de la heroína, antes de poder ser enfocada a través de un tratamiento, ha tenido que pasar por varios tratados. La dimensión política de la investigación sobre el uso terapéutico de la diacetilmorfina ha afectado y afecta seriamente la implantación de la heroína en el arsenal farmacológico actual. En España, el uso farmacológico de heroína no es aceptado legalmente. Sin embargo, el ensayo clínico andaluz ha permitido que los participantes en el estudio se encuentren actualmente en uso compasivo con diacetilmorfina en Granada, a través de la unidad de dispensación de heroína del Programa Experimental de Prescripción de Estupefacientes en Andalucía.

Los resultados positivos de los ensayos clínicos realizados en Suiza y Holanda sí han recibido el apoyo social (manifestado a través de varios referendums) y legal necesario. Los gobiernos suizos y holandeses (el primero en 1999 y el segundo en 2004) decretaron la heroína como una opción terapéutica legal para el tratamiento de la adicción a opiáceos (Fischer et

al., 2007).

Lo que los programas controlados de heroína aportan al tratamiento de los drogodependientes no es sólo el uso de la sustancia, sino un cambio radical en la percepción y trato de la persona enferma y de su adicción. Las alternativas terapéuticas actuales tienen la ventaja de ser programas de intervención o mantenimiento que implican a varios profesionales de la salud y de las ciencias sociales, por lo que la atención psicológica y los tratamientos farmacológicos se combinan para conseguir la reducción de daños, abandonando así el empeño de desintoxicación (no hay que olvidar que no hace tanto, en la segunda mitad del siglo XX, los tratamientos eran actuaciones agresivas que partían de considerar al enfermo una “mala bestia” y proponían el reclutamiento en centros “granja”). Sin embargo, los tratamientos de mantenimiento (con metadona, buprenorfina u otros fármacos) no responden a las necesidades de toda la población drogodependiente, dejando fuera de su esfera asistencial a aquellas personas que no inician, abandonan o no realizan un seguimiento correcto del mantenimiento con metadona (Trujols et al., 2002). Las alternativas terapéuticas llamadas “programas de heroína” tienen el objetivo de atraer y retener a la población de drogodependientes que no responde a otros tratamientos, al sistema público de salud, con el fin de reducir los daños derivados del consumo de drogas: abandonar el consumo de heroína ilegal, prevenir las enfermedades transmisibles por vía intravenosa y/o sexual, mejorar la salud física, psíquica y aumentar la integración social. En definitiva, los programas de heroína tienen como principal objetivo mejorar su calidad de vida e integrarles progresivamente, en un proceso de cambio no dirigido necesariamente hacia la abstinencia, sino hacia la modificación de hábitos y comportamientos ligados al consumo.

La captación y mantenimiento de estos pacientes en estudios controlados o en el seguimiento del mismo, es de difícil aplicabilidad al mundo clínico asistencial fuera del marco experimental. La inestabilidad clínica, propia de una población con un perfil de dependencia grave, que se somete a tratamiento en situación de crisis y habiendo fracasado en todas las tentativas anteriores, dificulta la protocolización de la intervención y la metodología del ensayo, hasta el punto de comprometer su viabilidad. Esta población, por sus características y situación de exclusión social, queda con frecuencia fuera de los ensayos clínicos controlados (Haasen,

2006).

Por último, la evaluación de los resultados de la intervención con diacetilmorfina debe adecuarse a las condiciones sociales propias de la población drogodependiente. Los problemas de funcionamiento social deberían ser evaluados por un profesional especializado en las características y necesidades de la persona adicta a la heroína. Los aspectos sociales que se deberían evaluar son: actividad laboral/empleo regulado, condiciones de la vivienda, vínculos familiares y sociales, formación profesional, cuidados personales, alimentación y actividades sociales.

REFERENCIAS

- Aguilar, F., Verdejo, A., López, A., Montañez, M., Gómez, E., Arráez, F. y Pérez, M. (2008). Respuesta emocional ante estímulos afectivos en sujetos adictos a opiáceos bajo consumo controlado en el PEPSA. *Adicciones*, 20(1), 27-35.
- Ashworth, A.J. (2008). Heroin prescription to misusers: treat patients, not communities. *BMJ*, 12, 336.
- Bammer, G. (1999). Provision of Diamorphine (Heroin) by prescription for drug dependency: Issues and Recomendations. *CNS Drugs* 11, 253-62.
- Bull, M. (2008). *Governing the heroin trade. From treaties to treatment*. Hampshire: Ashgate Publishing Company.
- Cancrini, L. (2001) La prescrizione terapeutica di eroina ai tossicodipendenti. *Recenti Progressi in Medicina*, 92, 1-5.
- Coenraads, P.J., Esch, A.J. y Prevo, R. L. (2001). Occupational contact dermatitis from diacetylmorphine (heroin). *Contact Dermatitis*, 45, 114.
- Colom, J. (2005). *Programa Catalán de Prescripción de Heroína Oral*. Comunicación oral. II Jornadas Internacionales de heroína. Granada.
- Dijkgraaf, M.G., van der zanden, B.P., de Biorgie, C.A., Blanken, P., van Ree, J.M. y Van den Brink, W. (2005). Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials. *BMJ*, 330, 1297.
- Eaton, L. (2002). UK government approves heroin use on prescription. *BMJ*, 325, 1321.
- Esch, A.J., Coenraads, P.J. y Bruynzeel, D.P. (2008). Allergic contact dermatitis from diacetylmorphine (heroin). *Contact Dermatitis*, 46, 37-38.

- Fernández, J.J. (2005). Efectividad de los programas de mantenimiento con metadona. *Adicciones*, 17(2), 167-180.
- Fernández, J.J., González, M.P., Saíz, P.A., Gutiérrez, E. y Bobes, J. (1999). Calidad de vida y severidad de la adicción en heroínómanos en mantenimiento prolongado con metadona. *Adicciones*, 11, 43-52.
- Fischer, B., Oviedo-Joekes, E., Blanken, P., Haasen, C., Rehm, J., Schechter, M.T., Strang, J. y van der Brink, W. (2007). Heroin- assisted Treatment (HAT) a Decade Later: a brief update on science and politics. *Journal of Urban Health*, 84, 552-62.
- Frei, A., Steffen, T., Gasser, M., Kummerle, U., Stierli, M., Dobler-Mikola, A., Gutzwiller, F. y Uchtenhagen, A. (1998). Economic evaluation in a trial of medically controlled prescription of narcotics to dependent users (PROVE). *Soz Präventivmed*, 43, 185-94.
- Frick, U., Rehm, J., Kovacic, S., Ammann, J. y Uchtenhagen, A. (2006). A prospective cohort study on orally administrated heroin substitution for severely addicted opioid users. *Addiction*, 101, 1631-9.
- Gimeno, C., Esteban, J., Pellin, M.C. y Climent, J.M. (2002). Grupo Investigación en Adicciones de Alicante. Mejoría de la gravedad de la adicción en los tratamientos con metadona. *Adicciones*, 14, 151-60.
- Haasen, C. (2006). *Concept and results of the German randomised controlled trial*. International Symposium of Heroin Assisted Treatment and Innovative Element of the Drug Support System, Cologne.
- Halbsguth, U. (2008). Oral diacetylmorphine (heroin) yields greater morphine bioavailability than oral morphine: bioavailability related to dosage and prior opioid exposure. *BJCP*, 66, 781-91.
- Hartwig, C., Haasen, C., Reimer, J., Garbe, W., Lichtermann, D., Wuellenweber, L. y Dilg, C. (2008) Pregnancy and birth under maintenance treatment with diamorphine (heroin): a case report. *Eur Addict Res*, 14, 113-4.
- Klous, M.G., Nuijen, B., van der Brink, W., van Ree, J.M. y Beijen, J.H. (2004) Process characterisation, optimisation and validation of production of diacetylmorphine/caffeine sachets: a design of experiments approach. *Intern J Pharm*, 285, 65-74.
- Kuo, I., Fischer, B. y Vlahov, D. (2000). Consideration of a North American heroin-assisted clinical trial for the treatment of opiate- dependent individuals. *International Journal on Drug Policy*, 11, 357-70.
- Lapeyre-Mestre, M. (2004). Supervised prescription of methadone plus heroin is more effective than methadone alone. *Evidence-Based Healthcare*, 8, 110-1.

- Lawrence, G., Bammer, G. y Chapman, S. (2000) «Sending the wrong signal». Analysis of print media reportage of the ACT heroin prescription trial proposal, August 1997. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24, 255-64.
- March, J.C., Aceijas, C. y Carrasco, F. (2001). Evaluación de los tratamientos con metadona en Andalucía (ETMA). Resultados del estudio piloto. *Adicciones*, 13, 153-8.
- March, J.C., Martín-Ruiz, E., Oviedo-Joekes, E., Rivadeneira, A. y Rodríguez, C. (2006). Percepción de usuarios de los Programas de Tratamiento con Metadona sobre la accesibilidad y atención recibida de los equipos terapéuticos. *Adicciones*, 18, 359-370.
- March, J.C., Oviedo-Joekes, E., Perea-Milla, E., Carrasco, F. y PEPSA Team. (2006). Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction. *JSAT*, 31, 203-211.
- March, J.C., Oviedo-Joekes y E., Romero, M. (2004). Captación de participantes en el programa experimental de prescripción de estupefacientes en Andalucía (PEPSA). *Gac Sanit*, 18, 245-7.
- March, J.C., Oviedo-Joekes, E. y Romero, M. (2005). Injection and noninjection drug use related to social exclusion indicators in two Andalusian cities. *Drugs: Educ Prev Policy*, 12, 437-47.
- March, J.C., Oviedo-Joekes, E., Romero, M. y Sánchez-Cantalejo, E. (2005). Factores asociados al consumo de heroína inhalada e intravenosa. *Rev Esp Salud Pública*, 79, 391-401.
- March, J.C., Romero, M., Prieto, M.A., Oviedo-Joekes, E., Rodríguez, C. y Equipo PEPSA. (2005). Calidad y heroína: dos palabras unidas por un proyecto. *Rev Calidad Asistencial*, 20, 396-9.
- McLellan, A.T., Lewis, D.C., O'Brien, C.P. y Kleber, H.D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284, 1689-95.
- Metrebian, N. (2004). Supervised coprescription of heroin to treatment-resistant heroin addicts is more effective than treatment with methadone alone. *Evid Based Ment Health*, 7, 23.
- Metrebian, N., Carnwath, T., Stimson, G.V. y Storz, T. (2002). Survey of doctors prescribing diamorphine (heroin) to opiate dependent drug users in the United Kingdom. *Addiction*, 97, 1155-61.
- Metrebian, N., Carnwath, Z., Mott, J., Carnwath, T., Stimson, G.V. y Sell, L. (2006). Patients receiving a prescription for diamorphine (heroin) in the United Kingdom. *Drug Alcohol Rev*, 25, 115-21.

- associated health gains and harm reductions. *Med J Aust*, 168, 596-600.
- Miller, C.L., Strathdee, S.A., Kerr, T., Small, W., Li, K. y Wood, E. (2005). Factors associated with willingness to participate in a heroin prescription program among injection drug users. *Journal of Opioid Management*, 1, 201-3.
- Mino, A. (1994). *Análisis científico de la literatura sobre la prescripción controlada de heroína o de morfina*. Informe solicitado por l'Office Fédéral de la Santé Publique Suisse. Ginebra: Ed. Citran.
- Mold, A. (2008). Heroin. *The treatment of addiction in 21th Britain*. Northern Illinois: University Press.
- Naciones Unidas. *Convención Única de 1961 sobre estupefacientes*. Enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre estupefacientes.
- O'Loughlin, P. (2008). Heroin prescription to misusers : treat addicts, not the addiction. *BMJ*, 12, 173.
- OFSP. *Traitement avec prescription d'héroïne (HeGeBe) en 2004*. Swiss: Office Fédéral de la Santé Publique, 2005.
- Rehm, J., Frick, U., Hartwig, C., Gutzwiller, F., Gschwend, P. y Uchtenhagen, A. (2005). Mortality in heroin-assisted treatment in Switzerland 1994-2000. *Drug Alcohol Depend*, 79, 137-43.
- Rehm, J., Gschwend, P., Steffen, T., Gutzwiller, F., Dobler-Mikola, A. y Uchtenhagen, A. (2001). Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a followup study. *Lancet*, 358, 1417-23.
- Rodríguez- Martos, A. (1994). Reflexiones sobre los programas de mantenimiento con metadona. *Adicciones*, 6, 353-72.
- Romero, M., March, J.C., Oviedo-Joekes, E. y Prieto, M.A. (2006). La captación de pacientes para el proyecto experimental de prescripción de estupefacientes de Andalucía (PEPSA) : el papel del mediador. *Rev Calidad Asistencial*, 21, 326.
- Schechter, M et al. (2006). *North American Opiate Medication Initiative (NAOMI): multi-centre, randomized controlled trial oh heroin-assisted therapy for treatment-refractory injection opiate users*. Canada: Canadian Institute oh Health Research.
- Schechter, M.T. (2002). NAOMI-her time has come. *North American Opiate Medication Initiative. J Urban Health*, 79, 164-5.
- Schulenburg, J. y Claes C. (2006). Gesundheitsökonomische Begleitforschung und Spezialstudie im Rahmen des bundesdeutschen Modellprojekts zur kontrollierten Heroinvergabe an Schwerstabhängige. Disponible en: http://www.heroinstudie.de/Gesundheitsoekonomie_Kurz_f_abg.pdf

- Strang, J. y Gossop, M. (1996). Heroin prescribing in the British System: a historical review. *Eur Addiction Res*, 2, 185-93 .
- Torrens, M., San, L., Martínez, A., Castillo, C., Domingo A. y Alonso, J. (1997). Use of the Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction*, 92, 707-16.
- Trujols, J., Casas, M., Pérez, J., Batlle, F., Tejero, A., Bosch, R. y Colom, J. (2002) Programas de mantenimiento con heroína: experiencias, dificultades y justificación. *Enf Emerg*, 2, 80-7.
- Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., Steffen, T., Gutzwiller, F., Bläter, R. y Pfeifer, S. (1999). *Prescription of narcotics for heroin addicts: Main results of the Swiss National Cohort Study*. New York: Karger.
- Van den Brink, W., Hendriks, V.M., Blanken, P., Huijsman, I.A. y Van Ree, J.M. (2002). *Medical coprescription of heroin: Two randomized controlled trials*. Netherlands: Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts (CCBH).
- Van den Brink, W., Hendriks, V.M., Blanken, P., Koeter, M.W., Van Zwieten, B.J. y Van Ree, J.M. (2003). Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised controlled trials. *BMJ*, 327, 310.
- Ward, J., Hall, W. y Mattick, R.P. (1999). Role of maintenance treatment in opioid dependence. *Lancet*, 353, 221-226.
- Weeks, R. (2008). Heroin prescription to misusers: prejudice based medicine? *BMJ*, 12, 173.
- Wodak, A. (2005). The current status of heroin perscription treatment for heroin dependence. *Expert Opinion on Drug Safety*, 4, 815-9.
- Wodak, A., Ritter, A. y Watson, C. (2002). Separating politics and scientific research on heroin. *The Medical Journal of Australia*, 176, 449-50.

EFFECTOS ASOCIADOS AL POLICONSUMO DE DROGAS EN FIESTAS RAVE

POLYSUBSTANCE USE AND ASSOCIATED EFFECTS AT RAVES PARTIES

Fermín Fernández-Calderón¹; Óscar M. Lozano Rojas²; Izaskun Bilbao Acedos¹; Antonio J. Rojas Tejada³; Claudio Vidal Giné⁴; Esperanza Vergara Moragues¹ y Francisco González-Saiz⁵

¹*Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.*

²*Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social, Universidad de Huelva.*

³*Departamento de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad de Almería.*

⁴*Asociación Bienestar y Desarrollo. Energy Control.*

⁵*Unidad de Salud Mental Comunitaria de Villamartín, UGC Hospital de Jerez, Cádiz.*

(Received/Recibido: 28/03/2013

Accepted/Aceptado: 11/05/2012)

RESUMEN

Objetivos: El presente estudio tiene como objetivo describir los efectos positivos y negativos percibidos por asistentes a fiestas rave *underground*, y analizar las relaciones existentes entre las drogas consumidas y los efectos percibidos.

Método: estudio realizado entre 252 asistentes a 22 fiestas raves *under-*

Correspondencia

Fermín Fernández Calderón

Correo electrónico: fermin.fernandez@juntadeandalucia.es

Dirección Postal: Calle Cueva de Gato nº 3, portal 1, local 2. CP. 41020, Sevilla.

ground celebradas en Andalucía, entre los meses de mayo y octubre de 2008. Se han aplicado contrastes de proporciones y regresiones logísticas.

Resultados: Los resultados muestran que las drogas más consumidas por los asistentes fueron: alcohol (94.4%), cannabis (76.6%), speed (74.7%), éxtasis (64.1%), cocaína (28.2%), ketamina (23.8%) y LSD (22.9%). Los efectos positivos más percibidos fueron: euforia, bienestar, felicidad (90.3%) y conexión con la música (75.4%). Los efectos negativos más percibidos fueron: cansancio (78.2%), bruxismo (55.2%) y falta de concentración (54.4%). El éxtasis es la droga que más incrementa la probabilidad de percibir efectos positivos, mientras que el speed es la que más lo hace para los efectos negativos.

Conclusiones: Los efectos negativos experimentados por los asistentes reflejan el alto riesgo para la salud que presentan los asistentes a raves. Éstos, junto a los efectos positivos, deberían ser considerados en los programas preventivos y de reducción del daño.

Palabras clave: Rave, efectos percibidos, policonsumo de drogas, underground, MDMA.

ABSTRACT

Objetives: The purpose of this study is to describe positive and negative effects perceived by underground rave attenders, and to analyze the relations between drugs consume and perceived risks.

Method: The research was developed with a sample of 252 assistant at 22 underground raves in Andalucía (Spain), from May to October 2008. It has been applied contrast proportions and logistic regressions analysis.

Results: Results show that the most consumed drugs were: alcohol (94.4%), cannabis (76.6%), speed (74.7%), ecstasy (64.1%), cocaine (28.2%), ketamine (23.8%) and LSD (22.9%). The most positive effects perceived were: euphoria, well-being, happiness (90.3%) and connection with music (75.4%). The most negative effects perceived were: tiredness (78.2%), jaw clenching (55.2%) and concentration decreased (54.4%). Ecstasy is the substance which more increases probability to perceive positive effects, while speed is the one that more increases probability to perceive negative effects.

Conclusions: Negative effects experimented for participants show the high risk for rave attendees' health. These, together with positive effects,

must be considered in order to design preventive and risk reduction strategies.

Key Words: Rave, perceived effects, polysubstance use, underground, MDMA.

INTRODUCCIÓN

Las *raves* son fiestas de música electrónica y baile frecuentadas por jóvenes y jóvenes-adultos. Se caracterizan por un elevado consumo de drogas (Sanders, 2006), por ser auto-organizadas, se celebran en lugares apartados y de difícil acceso, no están publicitadas por canales convencionales y son de larga duración (Anderson y Kavanaugh, 2007; Gross, Barrett, Shestowsky y Pihl, 2002; Weir, 2000). La incorporación de las *raves* a los circuitos convencionales de ocio ha llevado a la diferenciación de las *raves* de tipo *underground* de las *mainstream* (Jamieson, Coupey, Weir y Rickert, 2002; Kavanaugh y Anderson, 2008; McCaughan, Carlson, Falck y Siegal, 2005). Las de tipo *mainstream* persiguen objetivos comerciales, son publicitadas por canales convencionales y celebradas en clubs o locales con licencia (Boeri et al., 2004).

Diferentes estudios han mostrado que el consumo y policonsumo de drogas en *rave* es superior al que se encuentra en otros contextos recreativos (p.e. Adlaf y Smart, 1997, Barrett, Gross, Garand y Pihl, 2005; Gross et al., 2002; Tossmann, Boldt y Tensil, 2001), especialmente en las *raves underground* (Fernández-Calderón et al., 2011). Fundamentalmente se consumen drogas de tipo estimulante y/o alucinógeno (Chakraborty, Neogi y Basu, 2011) entre las que se encuentran la MDMA (éxtasis), speed, ketamina, LSD y GHB. En España, además de estas drogas, en las *raves* se encuentra un elevado consumo de cannabis y cocaína (Fernández-Calderón et al., 2011).

Los efectos de las drogas típicamente consumidas en las *raves* han sido ampliamente descritos, por ejemplo para la MDMA (p.e. Kelly, 2009; Klein, Elifson y Sterk, C. E., 2009), speed (p.e. EMCDDA, 2009; Gold et al., 2009), ketamina (p.e. Morgan, Monaghan y Curran, 2004; Stirling y McCoy, 2010) y GHB (p.e. Carter, Pardi, Gorsline, y Griffiths, 2009; Krul y Girbes, 2011; Lorenzo y Lizasoain, 2003).

Dadas las propiedades farmacológicas de estas sustancias y las carac-

terísticas de las fiestas *raves*, algunos autores señalan que su popularidad entre los ravers puede ser debida, en parte, a que funcionan como facilitadoras y enaltecedoras de otros elementos como la música, el baile y los sentimientos de conectividad y unidad (Sanders, 2006; Parks y Kennedy, 2004). Es por ello que diferentes autores se han centrado en analizar los efectos descritos por los *ravers* tras el consumo de drogas. Van Wijngaart et al. (1999) analizaron los efectos positivos y negativos asociados al consumo de MDMA en raves. En su estudio, el 75% de los participantes perciben siempre/casi siempre los efectos positivos de euforia y aumento de la energía. Los efectos negativos más percibidos son dolores musculares, apatía, síntomas de cansancio y pérdida de apetito. Engels y Ter Bogt (2004) analizan posibles efectos asociados al consumo de MDMA entre asistentes a raves, diferenciando entre consumidores y no consumidores (a este último grupo se le planteaban los efectos como expectativas de consumo). Sus resultados muestran que quienes perciben mayor auto-insight y menos efectos negativos son los consumidores de éxtasis. Por su parte, Ter Bogt y Engels (2005) analizan también los efectos positivos y negativos asociados al consumo de MDMA en *rave*, relacionándolos con las motivaciones hacia el consumo. En su estudio, la motivación de consumir por integrarse con los iguales se relaciona con mayor probabilidad de percibir efectos negativos tras consumir MDMA. Finalmente, Riley y Hayward (2004) recogen nueve experiencias negativas percibidas en el último año por los participantes asociadas al uso de drogas en fiestas. Sus resultados muestran que las más comunes son náuseas, paranoia y ansiedad.

La mayoría de los estudios citados realizados en fiestas *rave* se han centrado fundamentalmente en el análisis de los efectos asociados a la MDMA. Tan sólo el estudio de Riley y Hayward (2004) analiza los efectos de otras drogas consumidas en las raves. No obstante, su estudio establece como marco temporal las drogas consumidas en las raves durante el último año y los efectos experimentados en ese espacio temporal.

En España las fiestas *rave* aparecen a mitad de la década de los 90 (Romaní y Sepúlveda, 2005). Desde entonces suponen una opción de ocio para muchas personas y son celebradas a lo largo de la geografía española (Energy Control, 2010; Martínez, Pallarés, Espluga, Barruti y Canales, 2009; Martínez, Pallarés, Espluga, Barruti y Canales, 2010). A pesar de los años transcurridos desde sus inicios y de tratarse de un fenómeno fuerte-

mente asentado en distintos países (Goulding y Shankar, 2004), las raves han sido poco estudiadas, no existiendo un conocimiento profundo sobre la realidad de las mismas, especialmente en España. Prueba de ello es la escasa publicación científica que aparece en las principales bases de datos médicas, psicológicas y sociológicas. Además de los trabajos mencionados anteriormente, en España, la revisión realizada ha mostrado que sólo el trabajo de Tossman et al. (2001) realizado en *raves mainstream* de 7 ciudades de diferentes países, analiza este fenómeno de forma empírica, con parte de la muestra recogida en Madrid. Sus resultados muestran un elevado consumo de cocaína y cannabis respecto a otras ciudades como Amsterdam, Praga o Berlín.

En este contexto se plantea el presente estudio, que tiene como objetivos: i) describir los efectos positivos y negativos percibidos por asistentes a fiestas *rave underground*; y ii) analizar las relaciones existentes entre las diferentes drogas y los efectos positivos y negativos.

Considerando lo reflejado por estudios anteriores respecto a las *raves* como contextos donde el uso de drogas está vinculado a la música, el baile y los sentimientos de conectividad y unidad, se plantea la siguiente hipótesis: i) los efectos positivos más percibidos serán los relacionados con la música, el baile y los sentimientos de conectividad y unidad entre sus participantes. Además, considerando las propiedades farmacológicas de las drogas consumidas, se plantea una segunda hipótesis: ii) los efectos positivos y negativos serán experimentados de manera diferencial según las drogas consumidas.

MÉTODOS

PARTICIPANTES

La muestra está formada por 252 asistentes a 22 fiestas *rave underground* celebradas en Andalucía (España) entre mayo y octubre de 2008. Los lugares de celebración de las fiestas fueron la montaña (11 *raves*), playa (5 *raves*), pantanos (2 *raves*), naves abandonadas (1) y otros lugares alternativos a los circuitos convencionales de ocio (3). La media de asistentes a cada *rave* fue de 132.

La selección de los participantes se realizó a través de dos procedimientos de muestreo. Por una parte, 181 personas fueron seleccionadas antes

de empezar las *raves*. Para ello, seis entrevistadores se situaban en las zonas de acceso a las *raves* y mediante un procedimiento aleatorio (según un número *k* extraído al azar del 0 al 9) se seleccionaba al candidato.

Por otro lado, 71 *ravers* fueron captados a través de un procedimiento incidental cualificado. Personas próximas a la población diana actuaban como captadores para contactar con los participantes. Estas entrevistas se realizaron en lugares públicos (cafeterías, parques...) y privados (vivienda del entrevistador o del entrevistado).

Se realizaron un total de 252 entrevistas. No obstante, cuatro cuestionarios fueron eliminados porque no se había cumplimentado el 75% de las preguntas.

La media de edad de los participantes fue de 23.9 años ($DT=2.7$), con un 52.8% de hombres. El 24.3% ha finalizado estudios universitarios, mientras que el 68% ha finalizado estudios secundarios. En el momento de la entrevista, el 33.1% está trabajando, mientras que el 28.9% se encuentra cursando algún tipo de estudio (el 20.4% simultanea ambas situaciones). El 13.1% afirma encontrarse en situación de desempleo. La mayoría convive con compañeros de piso, mientras que el 30.8% lo hace con su familia de origen. La principal fuente de ingresos es el trabajo (60.7%), mientras que en el 29.1% de los casos se trata de la familia de origen.

INSTRUMENTOS

Se administró un cuestionario diseñado por el equipo de investigación. Para su desarrollo, y basándose en la literatura al respecto, se introdujeron adaptaciones de ítems utilizados en investigaciones con objetivos similares a este estudio realizadas en otros países (p.e. Barrett et al., 2005; Boys, Lenton y Norcross, 1997; Engels y Ter Bogt 2004; Riley y Hayward 2004; Ter Bogt y Engels, 2005; Van Wijngaart et al., 1999). En el pilotaje del cuestionario participaron 53 asistentes a fiestas *rave underground*. A partir de la información extraída durante el pilotaje, se introdujeron modificaciones en los contenidos del cuestionario y en la forma de administración (una parte del cuestionario fue autoadministrada). El cuestionario final tuvo una duración de entre 10 y 15 minutos.

Los contenidos del cuestionario se dividieron en módulos sobre información sociodemográfica, consumo de drogas (en los periodos vida, mes y última *rave*), y efectos positivos y negativos percibidos asociados a la última *rave*. Además, el cuestionario incluía otros módulos que no han

sido analizados en este trabajo, entre ellos, incidencias legales relacionadas con el consumo, conductas de riesgo y severidad de la dependencia.

El módulo sobre consumo de drogas estaba formado por los indicadores estándar empleados en las encuestas del Observatorio Español sobre Drogas (Observatorio Español sobre Drogas, 2007) y el European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, 2010). Además, se incluyeron preguntas específicas sobre el consumo en la última rave, para lo que se consideraron estudios anteriores sobre consumo de drogas en estas fiestas (p.e. Barrett et al., 2005; Boys et al. 1997).

En el módulo de efectos positivos y negativos se preguntó por contenidos explorados por otros autores (Engels y Ter Bogt 2004; Riley y Hayward 2004; Ter Bogt y Engels, 2005; Van Wijngaart et al., 1999). Concretamente, la presentación de los efectos positivos iba precedida por la siguiente pregunta: *“En la última rave a la que acudiste, ¿cuáles de los siguientes efectos tuviste mientras consumías alguna/s sustancia/s (incluido alcohol)?”*.

En relación a los efectos negativos, la pregunta formulada era: *“En la última rave a la que acudiste, ¿cuáles de los siguientes efectos tuviste mientras consumías, o durante la semana posterior, alguna(s) sustancia(s) (incluido alcohol)?”*.

En ambos casos, a los participantes se les presentaba un listado de efectos (11 positivos y 19 negativos), donde debían marcar aquellos que hubieran experimentado en la última rave.

PROCEDIMIENTO

Las entrevistas fueron realizadas por seis miembros de Energy Control, una organización de reducción de daños que realiza actividades en fiestas rave y goza de aceptación y prestigio entre los ravers. Miembros del equipo de investigación dieron formación específica a estos seis entrevistadores, tanto para la selección de los participantes como para la administración del cuestionario.

Las entrevistas realizadas en las raves se iniciaban con la acreditación de los entrevistadores como miembros de Energy Control, quienes solicitaban a los candidatos su colaboración en el estudio. A continuación, el entrevistador se cercioraba de que la persona seleccionada no presentara síntomas de intoxicación que le impidieran responder al cuestionario. Posteriormente, el entrevistador informaba al encuestado de la realización del estudio, advertía del carácter anónimo de la recogida de infor-

mación, y de que ésta tendría un tratamiento exclusivamente estadístico. Seguidamente se le solicitaba el consentimiento verbal para la participación, y se iniciaba la sección heteroadministrada del cuestionario. Finalmente, el encuestado respondía a la sección autoadministrada y entregaba nuevamente el cuestionario al encuestador.

En el caso de los seleccionados a través de muestreo incidental cualificado, los entrevistadores telefoneaban a los posibles candidatos, se acreditaban como miembros de Energy Control y comprobaban que éstos participaban activamente del movimiento *rave underground*. A continuación se concertaba una cita y se administraba el cuestionario siguiendo el mismo procedimiento seguido anteriormente.

Los cuestionarios eran posteriormente enviados a la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía para su grabación en una base de datos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Se realizaron análisis descriptivos de las diferentes variables estudiadas. Para comprobar la relación entre las drogas consumidas y los efectos percibidos se ha utilizado el estadístico chi-cuadrado. Para analizar qué drogas incrementan la probabilidad de aparición de los diferentes efectos se han aplicado regresiones logísticas. Para este análisis las variables explicativas consideradas han sido aquellas drogas que tienen una relación estadísticamente significativa con los efectos estudiados. Se han obtenido los valores de la prueba ómnibus χ^2 sobre la hipótesis nula de que todos los coeficientes B del modelo (excepto el de constante) son nulos. Dicha prueba emplea como valor χ^2 la diferencia entre el valor $-2 \log$ de la verosimilitud del modelo nulo y el del modelo saturado. En caso de resultar estadísticamente significativa, puede interpretarse como indicador de un buen ajuste global del modelo contrastado. Asimismo, se muestra el valor pseudo R^2 de Nagelkerke, interpretable como proporción de variación de la variable criterio explicada por el modelo, aportándose, para cada sustancia, información sobre el Exponencial del coeficiente B y los correspondientes intervalos de confianza (Hosmer y Lemeshow, 2000; Pampel, 2000).

RESULTADOS

PERFIL DE CONSUMO

Excluyendo el tabaco, la media de sustancias consumidas en la última *rave* fue de 4.2 drogas ($Mdn.=4$, $DT=1.8$, $Mo=4$). Todos los participantes consumieron una o más drogas. El 20.1% consumió seis o más drogas. El 45.6% consumió cuatro o cinco drogas, mientras que el 31.1% utilizó dos o tres drogas. El 3.2% consumió una sola sustancia en la última *rave* a la que asistió. La prevalencia de consumo para cada una de las sustancias se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1: Prevalencia de consumo de drogas (%; IC)

Sustancia	Prevalencia (IC)	Sustancia	Prevalencia (IC)
Alcohol	94.4 (91.5-97.2)	Setas	9.7 (6.0-13.4)
Cannabis	76.6 (71.3-81.9)	Opio	7.9 (3.7-10.1)
Speed	74.7 (70.4-81.2)	Tranquilizantes	2 (0.2-3.8)
Éxtasis (MDMA)	64.1 (58.1-70.1)	Cocaína base	2 (0.2-3.8)
Cocaína	28.2 (22.6-33.9)	Heroína	1.2 (0.1-2.6)
Ketamina	23.8 (18.5-29.1)	GHB	0.04 (0.0-0.1)
LSD	22.9 (17.7-28.3)		

EFECTOS PERCIBIDOS ASOCIADOS A LA ÚLTIMA RAVE

De los 11 efectos positivos que podían indicar los *ravers*, la media de efectos positivos percibidos es 6.2 ($DT=2.5$, $Mdn=7$). Como se muestra en la tabla 2, los efectos más percibidos fueron sentimientos de euforia, bienestar, felicidad; conexión con la música; potenciación de los sentidos; y aumento/ mejora de la comunicación con los demás. Los menos percibidos fueron: espiritualidad/introspección, disminución de la agresividad y relajación.

En cuanto a los efectos negativos percibidos (Tabla 2), del total de 19 posibles los *ravers* informaron, como media, de 5,4 efectos ($DT=3$, $Mdn=5$). Los más percibidos fueron: cansancio, bruxismo, falta de concentración y pérdida de sueño. Los menos percibidos fueron: desvanecimiento, lipotimia, mal viaje y ataques de ansiedad.

Tabla 2: Porcentaje de efectos positivos y negativos percibidos (IC)

Efectos positivos		Efectos negativos			
Efecto	% (IC)	Efecto	% (IC)	Efecto	% (IC)
Sentimientos de euforia, bienestar, felicidad	90.3 (86.6-94.0)	Cansancio	78.2 (73.1-83.4)	Irritabilidad	23.8 (18.5-29.1)
Conexión con la música	75.4 (70.4-81.1)	Bruxismo	55.2 (49.0-61.5)	Colocón demasiado intenso	20.6 (15.5-25.6)
Potenciación de los sentidos	66.5 (60.6-72.5)	Falta de concentración	54.4 (48.2-60.7)	Hemorragia nasal	10.1 (6.3-13.9)
Aumento/mejora de la comunicación con los demás	65.3 (59.4-71.3)	Pérdida de sueño	53.6 (47.4-59.9)	Paranoias	10.1 (6.3-13.9)
Facilitación/mejora del baile	62.5 (56.4-68.6)	Bajón después del consumo	47.6 (41.3-53.8)	Náuseas o vómitos	8.9 (5.3-12.4)
Desinhibición	59.7 (53.5-6.8)	Pérdida de memoria	46.8 (40.5-53.0)	Ataques de ansiedad/pánico	8.1 (4.7-11.5)
Sensualidad/incremento del placer sexual	52.8 (46.6-59.1)	Dolor de cabeza/jaqueca	36.3 (30.3-42.3)	Mal viaje	3.2 (1.0-5.4)
Evasión	46.8 (40.5-53.0)	Bajo estado de ánimo	31.5 (25.6-37.3)	Lipotimia ("amarillo")	2.8 (0.7-4.9)
Sentimientos de relajación	42.7 (36.5-48.9)	Taquicardias	27 (21.5-32.6)	Desvanecimiento o desmayo	2 (0.3-3.8)
Disminución de la agresividad	31.9 (26.0-37.7)	Problemas económicos	23.8 (18.5-29.1)		
Espiritualidad/introspección	31 (25.2-36.8)				

RELACIÓN ENTRE CONSUMO DE DROGAS Y EFECTOS PERCIBIDOS

Para analizar la relación entre las drogas consumidas y los efectos percibidos se aplicó la prueba χ^2 . Para ello, se consideró el consumo o no de cada una de las drogas en relación a la percepción o no de cada uno de los efectos, tanto positivos como negativos. No se incluyeron las cinco drogas menos utilizadas en la última *rave* (opio, tranquilizantes, cocaína base, heroína y GHB) así como el tabaco.

En la Tabla 3 se muestran los efectos positivos percibidos, las drogas con asociaciones estadísticamente significativas, el porcentaje de consumidores que ha percibido el correspondiente efecto y el valor de χ^2 para cada una de las asociaciones. El éxtasis se relaciona con todos los efectos positivos excepto con los de relajación, evasión y espiritualidad. Además, se observa que los efectos típicamente alucinógenos (evasión, potenciación de los sentidos y espiritualidad) se relacionan con las drogas con capacidad de provocar este tipo de efectos (setas, LSD y ketamina).

Tabla 3: Drogas consumidas y efectos positivos relacionados (%), χ^2

Efecto	Drogas relacionadas (%), χ^2
Sentimientos de euforia, bienestar, felicidad	Éxtasis: 93.1% (3.86*); speed: 92.8% (4.42*)
Conexión con la música	Éxtasis: 82.4% (11.66**)
Potenciación de los sentidos	Cannabis: 71.1% (7.45**); éxtasis: 72.3% (6.68**); LSD: 87.7% (14.92**); ketamina: 81.4% (7.64**)
Aumento/mejora de la comunicación con los demás	Éxtasis: 73% (11.4**); cocaína: 77.1% (6.02*)
Facilitación/mejora del baile	Éxtasis: 69.8% (10.11*); speed: 66% (3.97*); LSD: 75.4% (5.29*)
Desinhibición	Éxtasis: 66% (7.45**)
Sensualidad/incremento del placer sexual	Cannabis: 57.9% (8.39**); éxtasis 59.1% (7.05**); ketamina 64.4% (4.17*)
Evasión	Ketamina: 61% (6.31*)
Sentimientos de relajación	Setas: 62.5% (4.24*)
Disminución de la agresividad	Éxtasis: 38.4% (8.65**); setas: 54.2% (6.1*); ketamina: 42.4% (3.95*)
Espiritualidad/introspección	Cannabis: 34.7% (5.16*); setas 50% (4.46*); LSD 42.1% (4.23*)

* p<0.05; ** p<0.01

En cuanto a los efectos negativos percibidos (Tabla 4), el speed es la sustancia que guarda relación con un mayor número de ellos, mientras que el éxtasis se relaciona sólo con dos (pérdida de memoria y bruxismo). Destacar también la relación entre percibir el efecto de “colocón” demasiado intenso y el consumo de alcohol, así como el de mal viaje con consumo de ketamina.

Tabla 4: Drogas consumidas y efectos negativos relacionados

Efecto	Drogas relacionadas (%), χ^2	Efecto	Drogas relacionadas (%), χ^2
Cansancio	Cannabis: 82.1% (7.18**)	Irritabilidad	Setas: 41.7% (4.68*)
Bruxismo	Éxtasis: 60.4% (4.73*); speed: 59% (4.54*)	Colocón demasiado intenso	Alcohol: 21.8% (3.84*)
Falta de concentración	Cannabis: 60.5% (12.16**); speed: 58% (3.93*); ketamina: 66.1% (4.25*)	Hemorragia nasal	Speed: 12.2% (3.98*)
Pérdida de sueño	Speed: 59.6% (11.05**)	Paranoias	----
Bajón después del consumo	Speed: 52.1% (6.44*)	Náuseas o vómitos	----
Pérdida de memoria	Cannabis: 52.1% (9.27**); éxtasis: 51.6% (4.1*)	Ataques de ansiedad/pánico	----
Dolor de cabeza/jaqueca	Cocaína: 48.6% (6.36*)	Mal viaje	Ketamina: 8.5% (6.83**)
Bajo estado de ánimo	----	Lipotimia (“amarillo”)	---
Taquicardias	----	Desvanecimiento o desmayo	----
Problemas económicos	Alcohol: 22.7% (5.62*); cocaína: 32.9% (4.42*)		

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Para determinar la contribución de las diferentes drogas a la percepción de los efectos se aplicó un análisis de regresión logística. Las drogas consideradas fueron las que presentaron relaciones significativas con los

efectos estudiados. Como variables explicativas se han introducido cada una de las drogas asociadas a los efectos y como variables criterio los distintos efectos.

De entre las diferentes drogas, se aprecia que la MDMA es una de las que está más presente en los diferentes efectos positivos (Tabla 5). Para esta sustancia, los valores de odds ratio varían entre 1.97 (potenciación de los sentidos) y 2.76 (conexión con la música). Este dato indica que quienes consumen esta sustancia tienen aproximadamente el doble de probabilidad de experimentar cada uno de los efectos estudiados que quienes no la consumen. Destacar también que el consumo de LSD incrementa en más del triple la probabilidad de percibir potenciación de los sentidos.

Tabla 5: Regresión logística: consumo última rave y efectos positivos

Efectos negativos	-2 log Verosimilitud	$\chi^2_{(gl)}$	Significación	R ² de Cox y Snell	R ² de Nagelkerke	Sustancias	Exp (B)	Intervalos
Euforia	149.87	7.83 ₍₂₎	0.02	0.03	0.07	Speed MDMA	2.56** 2.36*	1.06-6.17 1-5.58
Facilitación del baile	310.25	17.89 ₍₃₎	0.00	0.07	0.1	MDMA LSD Speed	2.33** 1.93 1.7	1.36-4.01 0.97-3.84 0.92-3.14
Mejora de la comunicación	303.86	16.27 ₍₂₎	0.00	0.06	0.09	MDMA Cocaína	2.42** 2.05*	1.39-4.19 1.07-3.9
Desinhibición	327.05	7.40 ₍₁₎	0.00	0.03	0.04	MDMA	2.08**	1.22-3.53
Sensualidad-Placer	324.76	18.25 ₍₃₎	0.00	0.07	0.1	MDMA	2* 2.4** 1.65	1.17-3.44 1.29-4.47 0.89-3.07
Potenciación de los sentidos	286.94	29.23 ₍₄₎	0.00	0.11	0.16	MDMA Cannabis LSD Ketamina	1.97* 1.89* 3.53** 1.77	1.11-3.49 1-3.57 1.48-8.51 0.82-3.8

Conexión con la música	289.17	27.00 ₍₁₎	0.00	0.05	0.07	MDMA	2.76**	1.52-4.99
Relajación	262.25	12.19 ₍₁₎	0.00	0.02	0.02	Setas	2.44*	1.02-8.8
Disminución de la agresividad	334.36	4.19 ₍₁₎	0.04	0.06	0.09	MDMA Setas Ketamina	2.13* 2.33 1.73	1.14-3.97 0.97-5.61 0.93-3.22
Evasión	294.94	15.44 ₍₁₎	0.00	0.03	0.04	Ketamina	2.13*	1.17-3.87
Ketamina	2.13*	6.56 ₍₁₎	0.01	0.03	0.04	Speed	1.48-8.51	1.18-4
Espiritualidad	336.45	6.32 ₍₃₎	0.01	0.04	0.06	Cannabis Setas LSD	1.99 2.14 1.6	0.95-4.16 0.9-5.11 0.85-3.01

En cuanto a los efectos negativos (Tabla 6), destacar que el consumo de algunas sustancias produce un notable incremento en la probabilidad de percibir determinados efectos. Este es el caso de la ketamina respecto al efecto de mal viaje, cuya utilización incrementa casi seis veces la probabilidad de experimentar dicho efecto. Igualmente, quienes consuman speed tienen cuatro veces más probabilidades de percibir hemorragia nasal y casi el triple de pérdida de sueño. Por su parte, el cannabis, es la droga que más incrementa la probabilidad de percibir pérdida de memoria y falta de concentración.

Tabla 6: Regresión logística: consumo última rave y efectos negativos

Efectos negativos	-2 log Verosimilitud	$\chi^2_{(9)}$	Significación	R ² de Cox y Snell	R ² de Nagelkerke	Sustancias	Exp (B)	Intervalos
Pérdida sueño	331.38	11.11 ₍₁₎	0.00	0.04	0.06	Speed	2.74**	1.79-5.01

Cansancio	253.25	6.67 ⁽¹⁾	0.01	0.03	0.04	Can-nabis	2.41**	1.25-4.65
Irritabilidad	267.95	4.19 ⁽¹⁾	0.04	0.02	0.03	Setas	2.55*	1.07-6.1
Pérdida memoria	328.99	13.78 ⁽²⁾	0.00	0.05	0.07	Can-nabis Éxta-sis	2.66** 1.75*	1.4-5.04 1.02-3.01
Falta concentración	325.09	16.75 ⁽³⁾	0.00	0.07	0.09	Can-nabis Speed Keta-mina	2.72** 1.42 1.6	1.46-5.08 0.76-2.67 0.84-3.06
Mal viaje	65.06	5.63 ⁽¹⁾	0.02	0.02	0.09	Keta-mina	5.74*	1.33-24.795
Hemorragia nasal	57.25	4.87 ⁽¹⁾	0.03	0.02	0.04	Speed	4.04	0.92-17.68
Dolor de cabeza	318.68	6.24 ⁽¹⁾	0.01	0.03	0.03	Cocai-na	2.06*	1.17-3.62
Bruxismo	331.64	9.43 ⁽²⁾	0.01	0.05	0.05	Éxta-sis Speed	1.81* 1.92*	1.07-3.08 1.06-3.48
Problemas económicos	263.36	8.77 ⁽²⁾	0.01	0.04	0.05	Alco-hol Cocai-na	0.29* 1.9*	0.09-0.89 1.02-3.55
Bajón después del consumo	336.67	6.56 ⁽¹⁾	0.01	0.03	0.04	Speed	2.18*	1.18-4
Colocón demasiado intenso	245.37	6.66 ⁽¹⁾	0.01	0.03	-	Alco-hol	0	-

DISCUSIÓN

Las *raves* se definen fundamentalmente atendiendo a tres aspectos o características: la música electrónica, el entorno en que se desarrollan y el consumo de drogas. La interacción de estos tres elementos aporta el carácter distintivo frente a otro tipo de fiestas y contribuye a alcanzar las sensaciones buscadas o deseadas por los *ravers* (Anderson y Kavanaugh, 2007; Gibson y Pagan, 2006; Hunt, Evans, Moloney y Bailey, 2009; Rome, 2001). En este sentido el presente estudio ha analizado cuáles son los efectos positivos y negativos percibidos y la relación que existe entre éstos y el consumo de drogas. Hasta donde sabemos, se trata del primer estudio empírico en *raves* realizado en España que analiza el consumo de drogas que se produce en estas fiestas y los efectos asociados a las mismas.

Estudios anteriores realizados en otros países han mostrado que en las *raves* se produce un elevado consumo de drogas, siendo especialmente valoradas respecto a otros contextos recreativos las drogas de síntesis de tipo estimulante/alucinógeno (Adlaf y Smart, 1997; Arria, Yacoubian, Fost y Wish, 2002; Lua, Lin, Tseng, Hu y Yeh, 2003; Yacoubian y Peters, 2007). Este estudio, además de ser coherente con los resultados de otros autores, ha puesto de manifiesto que esta preferencia puede ser debida, al menos en parte, a que son las drogas que se relacionan con un mayor número de efectos buscados en estos entornos.

De los 11 efectos positivos analizados, ocho fueron percibidos por más del 50% de la muestra. Estos efectos son consistentes con la atmósfera de conectividad y unidad descritas en la *raves*, y con la música llena de vitalidad de estas fiestas (Sanders, 2006). En este sentido, los resultados apoyan la hipótesis planteada acerca de que los efectos positivos más percibidos serán los relacionados con la música, el baile y los sentimientos de conectividad y unidad entre sus participantes. Más del 90% de los participantes comunica haber experimentado sentimiento de euforia, bienestar o felicidad. Además, entre los efectos positivos más percibidos también se encuentran: conexión con la música; aumento o mejora de la comunicación con los demás, y facilitación o mejora del baile.

Respecto a los efectos negativos percibidos, éstos son consistentes con el patrón de consumo de drogas de los participantes y con la actividad física desarrollada en el contexto de las *raves*. El efecto más percibido fue el cansancio. Además, de los 19 efectos analizados sólo cuatro fueron men-

cionados por más de la mitad de la muestra. Por lo tanto, dado el elevado consumo de drogas de los ravers, es posible hipotetizar que el balance entre los efectos negativos y positivos resulta favorable a estos últimos. Esta información puede resultar útil desde un punto de vista preventivo, ya que para la comunicación de riesgos asociados al consumo de drogas es importante tener en cuenta la percepción positiva que sobre éstas tienen los ravers.

Existe coherencia entre los efectos percibidos y las propiedades farmacológicas de las drogas consumidas. Además, dichos efectos coinciden con las motivaciones para acudir a raves y consumir drogas mostradas por estudios anteriores (p.e. Lenton y Davidson, 1999; Riley y Hayward, 2004). Nuestro estudio es consistente con lo mostrado por otros autores respecto al éxtasis o MDMA como una de las drogas más consumida en estas fiestas (Barrett et al., 2005; Boys et al., 1997) y considerada el “buche insignia” de las raves (Anderson y Kavanaugh, 2007). Se trata de la sustancia que se relaciona significativamente con un mayor número de efectos positivos. Resultados similares fueron detectados por Ter Bogt y Engels (2005) respecto a los efectos positivos asociados al consumo de MDMA en rave.

En cuanto a las drogas con efectos alucinógenos (ketamina, LSD, y setas), hay que destacar su relación con tres efectos típicamente descritos cuando se consumen estas sustancias (Abanades, Peiró y Farré, 2004; EMCDDA, 2010; Freese, Miotto y Reback, 2002; Maxwell, 2005): evasión, espiritualidad y potenciación de los sentidos. Por su parte, el speed es la droga que se relaciona con un mayor número de efectos negativos, todos ellos congruentes con sus potentes efectos excitantes sobre el Sistema Nervioso Central descritos por la literatura especializada (EMCDDA, 2009).

El presente estudio ha mostrado que el consumo de algunas drogas se asocia a una mayor probabilidad de percibir determinados efectos entre los participantes (aunque debido a los patrones de policonsumo, los resultados deben ser interpretados con cautela). Destacar que la probabilidad de experimentar determinados efectos positivos se incrementa considerablemente entre los ravers consumidores de éxtasis frente a quienes no consumen esta sustancia. En relación a la OR correspondiente al efecto negativo de “colocón” demasiado intenso, señalar que el valor 0 refleja que entre los entrevistados que no consumieron alcohol en la última rave

ninguno señaló haber percibido dicho efecto. Por este motivo, el cociente que surge de la odds ratio es 0. Por su parte, el speed es la droga que más aparece vinculada a un aumento de la probabilidad de percibir efectos negativos como pérdida de sueño, bruxismo y bajón después del consumo. Considerando el elevado consumo de esta droga en las *raves*, es posible que su consumo sea “instrumental”. Es decir, esta droga podría ser consumida para obtener energía y aguantar las largas horas de baile más que para disfrutar de sus efectos. Destacar también que la ketamina, una droga con potencial para provocar experiencias con alto grado disociativo, de despersonalización y desrealización (Grande, To-Figueras y Goti, 2008; Maxwell, 2005), va a aumentar casi seis veces las probabilidades de que aparezca el efecto de “mal viaje” entre los participantes.

Por lo tanto, teniendo en cuenta las propiedades farmacológicas de las drogas y la relación de éstas con los efectos percibidos, es posible afirmar que los resultados apoyan la hipótesis planteada acerca de que los efectos positivos y negativos serán experimentados de manera diferencial según las drogas consumidas.

Una de las limitaciones de este estudio procede del hecho no haber empleado modelos de muestreo probabilísticos para la obtención de la muestra. Esta limitación es común a los estudios epidemiológicos sobre consumo de drogas en contextos recreativos, donde no existe un marco muestral definido. Para tratar de minimizar los sesgos vinculados a la selección por parte de los encuestadores se acudió a un procedimiento de selección aleatoria entre los asistentes a *raves*, así como a la diversificación de escenarios de captación (22 fiestas *rave*).

Por otro lado, el diseño del presente estudio no permite aseverar que los efectos descritos para una sustancia o combinación de sustancias se deban exclusivamente a esa/s sustancia/s y no a otras que hayan podido ser consumidas. Se trata de una circunstancia común a todos los estudios realizados en fiestas *rave*, donde el policonsumo es el patrón habitual de los asistentes, algo que en este trabajo podría estar reflejándose en los bajos porcentajes de varianza explicada de las drogas sobre los efectos.

A pesar de las limitaciones, la información aportada en este estudio muestra la asociación y contribución del consumo de diferentes drogas a los efectos percibidos en un contexto específico como las *raves*. Conocer las consecuencias negativas y positivas asociadas al uso de drogas en *raves* debe resultar útil desde un punto de vista preventivo. Las actuaciones

dirigidas a minimizar los daños en este colectivo deben estar fundamentadas en información objetiva sobre los efectos negativos y también los positivos (Glover, 2003; Marlatt, 1998). Como afirman McCaughan et al. (2005), “crear mensajes persuasivos de prevención y reducción de daños requiere comprender a la audiencia objetivo de los mismos en sus auto-percepciones, actitudes, creencias y prácticas” (p. 1519). En este sentido, dadas las características específicas de las raves, donde el policonsumo es normativo, parece una postura más realista profundizar en el estudio de diferentes drogas, en lugar de hacerlo para una de ellas por separado.

Futuros estudios deberán tratar de “aislar” los diferentes patrones de consumo, controlando otras posibles sustancias consumidas y asociando dichos patrones a los efectos percibidos y otras variables de interés (p.e. motivaciones, problemas de salud, perfil sociodemográfico, etc.).

FINANCIACIÓN

Este estudio ha sido realizado con la financiación de los Fondos Europeos de Desarrollo Regional (FEDER).

AGRADECIMIENTOS

Los investigadores quieren agradecer a los participantes su colaboración en el estudio. Gracias también a la Asociación Bienestar y Desarrollo, especialmente a su proyecto Energy Control y al equipo de trabajo de campo: María I. Pérez, Encarnación Izquierdo, Celia Domínguez, Francisco Cid, Tomás Cano, Marta Calvente.

REFERENCIAS

- Abanades, S., Peiró, A. M., y Farré, M. (2004). Club drugs: old medicines as new party drugs. *Medicina Clínica*, 123, 305-311.
- Adlaf, E. M., y Smart, R. G. (1997). Party subculture or dens of doom? An epidemiological study of rave attendance and drug use patterns among adolescent

- students. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29 (2) 193-198.
- Anderson, T. L., y Kavanaugh, P. R. (2007). A "Rave" Review; Conceptual Interests and Analytical Shifts in Research on Rave culture. *Sociological Compass*, 1, 499-519.
- Arria, A. M., Yacoubian, G. S., Fost, E., y Wish, E. D. (2002). Ecstasy use among club rave attendees. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 156, 295-296.
- Barrett, S. P., Gross, S. R., Garand, I., y Pihl, R.O. (2005). Patterns of simultaneous polysubstance use in Canadian rave. *Substance Use and Misuse*, 40, 1525-1537.
- Boeri, M. W., Sterk, C. E., y Elifson, K. W. (2004). Rolling Beyond Raves; Ecstasy use outside the rave setting. *Journal of Drug Issues*, 34 (4), 831-860.
- Boys, A., Lenton, S., y Norcross, K. (1997). Polydrug use at raves by a Western Australian sample. *Drug and Alcohol Review*, 16, 227-234.
- Carter, L. P., Pardi, D., Gorsline, J., y Griffiths, R. R. (2009). Illicit gamma-hydroxybutyrate (GHB) and pharmaceutical sodium oxybate (Xyrem): Differences in characteristics and misuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 104, 1-10.
- Chakraborty, K., Neogi, R. y Basu, D. (2011). Club drugs: review of the 'rave' with a note of concern for the Indian scenario. *Indian Journal of Medical Research*, 133, 594-604.
- Energy Control (2010). *Memoria de actividad 2010*. Obtenido 31/10/2011 de <http://energycontrol.org/images/pdfs/memoria%20ec%202010cast.pdf>
- Engels, R. C. M. E., y Ter Bogt, T. (2004). Outcome Expectancies and Ecstasy Use in Visitors of Rave Parties in the Netherlands. *European Addiction Research*, 10, 156-162.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009). *Methamphetamine. A European Union Perspective in the global context*. Obtenido 04/04/2010 de http://www.europol.europa.eu/publications/Joint_publications_on_illicit_drugs/Methamphetamine.pdf
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2010). *Annual Report on the state on the drugs problem in Europe*, Publications Office of the European Union, Luxembourg. Obtenido 26/02/2011 de http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_120104_EN_EMCCDDA_AR2010_EN.pdf
- Fernández-Calderón, F., Lozano, O.M., Vidal, C., Gutiérrez, J., Vergara, E., González-Saiz, F., Bilbao, I. y Energy Control Team (2011). Polysubstance Use Patterns in Underground Rave Attenders: A Cluster Analysis. *Journal of Drug Education*, 41 (2), 183-202.
- Freese, T. E., Miotto, K., y Reback, C. J. (2002). The effects and consequences of selected club drugs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 151-156.

- Gibson, C., y Pagan, R. (2006). *Rave culture in Sydney, Australia: mapping youth spaces in media discourse*. Division of Geography, University of Sydney. Obtenido 11/03/2009 de <http://www.snarl.org/youth/chrispagan2.pdf>
- Glover, T. D. (2003). Regulating the rave scene: Exploring the policy alternatives of government. *Leisure Sciences*, 25 (4), 307-325.
- Grande, I., To-Figueras, J., y Goti, J. (2008). Psicosis tras consumo de Ketamina. *Medicina Clínica*, 131 (15), 598-609.
- Gold, M. S., Kobeissy, F. H., Wang, K. W., Merlo, L. J., Bruijnzeel, A. W., Krasnova, I. N., et al. (2009). Methamphetamine- and Trauma-Induced Brain Injuries: Comparative Cellular and Molecular Neurobiological Substrates. *Society of Biological Psychiatry*, 66 (2), 118-27.
- Gross, S. R., Barrett, S. P., Shestowsky, J. S., y Pihl, R. O. (2002). Ecstasy and drug consumption patterns: A Canadian rave population study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 546-551.
- Goulding, C., y Shankar, A. (2004). Age is Just a Number: Rave culture and the cognitively young "thirty something." *European Journal of Marketing*, 38 (5/6), 641-658.
- Hosmer, D. W. y Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression (2ª Ed)*. New York: Willey-Interscienc.
- Hunt, G., Evans, K., Moloney, M., y Bailey., N. (2009). Combining different Substances in the dance scene: enhancing pleasure, managing risk and timing effects. *Journal of drug issues*, 39 (3), 495-522.
- Jamieson, M. A., Coupey, S. M., Weir, E., y Rickert, V. I. (2002). Rave Culture and Drug Rape. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 15, 251-257.
- Kavanaugh, P. R., y Anderson, T. L. (2008). Solidarity and drug use in the electronic dance music scene. *The Sociological Quarterly*, 49, 181-208.
- Kelly, B. C. (2009). Mediating MDMA- Related Harm: Preloading and Post-loading Among Ecstasy-Using Youth. *Journal of Psychoactive Drugs*, 41 (1), 19-26.
- Klein, H., Elifson, K. W., y Sterk, C. E. (2009). Young Adult Ecstasy Users. Enhancement of the Effects of Their Ecstasy Use. *Journal of Psychoactive Drug*, 41 (2), 113-120.
- Krul, J. y Girbes, A.R. (2011). Gamma-hydroxybutyrate: Experience of 9 years of γ -hydroxybutyrate (GHB)-related incidents during rave parties in the Netherlands. *Clinical Toxicology*, 49 (4), 311-315.
- Lenton, S., y Davidson, P. (1999). Raves, drugs, dealing and driving: Qualitative data from a West Australian sample. *Drug and Alcohol Review*, 18, 153-161.

- Lorenzo, P., y Lizasoain, I. (2003). Características farmacológicas de las drogas recreativas (MDMA y otras anfetaminas, ketamina, GHB, LSD y otros alucinógenos). En Bobes, J., y Sáiz, P. A. (Eds.) *Monografía Drogas Recreativas*, (pp. 51-76). *Adicciones*, 15 (suplemento 2).
- Lua, A. C., Lin, H. R., Tseng, Y. T., Hu, A. R., y Yeh, P. C. (2003). Profiles of urine samples from participants at rave party in Taiwan: prevalence of ketamine and MDMA abuse. *Forensic Science International*, 136, 47-51.
- Marlatt, G. A. (1998). Basic principles and strategies of harm reduction. En G. A. Marlatt (ed), *Harm Reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors* (pp. 49-66). Nueva York: Guilford Press.
- Martínez, D. P., Pallarés, J., Espluga, J., Barruti, M., y Canales, G. (2009). *Observatorio de nuevos consumos de drogas en el ámbito juvenil. Informe 2008*, Fundación IGENUS. Obtenido 26/11/2010 en http://www.fund-igenus.org/esp/investigacio/pdf/InformeObservatori2008_esp.pdf
- Martínez, D. P., Pallarés, J., Espluga, J., Barruti, M., y Canales, G. (2010). *Sistema de Información Continua Sobre el Consumo de Drogas entre los jóvenes en Castilla-La Mancha (SICCAM). Informe 2009*. Obtenido 26/11/2010 de <http://www.fund-igenus.org/esp/investigacio/pdf/INFORMESICCAM20091.pdf>
- Maxwell, J. C. (2005). Party Drugs: Properties, Prevalence, Patterns, and Problems. *Substance Use and Misuse*, 40, 1203-1240.
- McCaughan, J. A., Carlson, R. G., Falck, R. S., y Siegal, H. A. (2005). From “Candy Kids” to “Chemi-Kids”: A Typology of Young Adults Who Attend Raves in the Midwestern United States. *Substance Use and Misuse*, 40, 1503-1523.
- Morgan, C.J., Monaghan, L. y Curran, H.V. (2004). Beyond the K-hole: a 3-year longitudinal investigation of the cognitive and subjective effects of ketamine in recreational users who have substantially reduced their use of the drug. *Addiction*, 99 (11), 1450-1461.
- Observatorio Español sobre Drogas (2007). *Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2007*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Pampel, F. C. (2000). *Logistic Regression. A Primer*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Parks, K. A. y Kennedy, C. (2004). Club drugs: reasons for and consequences of use. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36, 298-302.
- Riley, S. C. E., y Hayward, E. (2004). Patterns, trends, and meanings of drug use by dance-drug users in Edinburgh, Scotland. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 11 (3), 243-262.
- Romaní, O., y Sepúlveda, M. (2005). Estilos juveniles, contracultura y política.

- Polis: Revista Académica de la Universidad Bolivariana*, 4 (11), 39-56.
- Rome, E. S. (2001). It's a rave new world: Rave culture and illicit drug use in the young. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 68, 541-550.
- Ter Bogt, T., y Engels, R. C. M. E. (2005). "Partying" hard: Party style, motives for and effects of MDMA use at rave parties. *Substance Use and Misuse*, 40, 479-502.
- Tossmann, P., Boldt, S., y Tensil, M. D. (2001). The use of drugs within the techno party scene in european metropolitan cities. *European Addiction Research*, 7, 2-23.
- Sanders, B. (2006) Young People, Clubs and Drugs. En Sanders, B. (Ed.). *Drugs, Clubs and Young People*, (pp. 1-12). Hampshire, Ashgate.
- Stirling, J. y McCoy, L. (2010). Quantifying the psychological effects of ketamine: from euphoria to the k-Hole. *Substance Use and Misuse*, 45 (14), 2428-2443.
- Van Wijngaart, V., Braam, R., Bruin, D., Fris, M., Maalsté, N. J. M., y Verbraeck, H. T. (1999). Ecstasy use at large-scale dance events in the Netherlands. *Journal of Drug Issues*, 29 (3), 679-702.
- Weir, E. (2000). Raves: a review of the culture, the drugs and the prevention of harm. *Canadian Medical Association Journal*, 162 (13), 1843-1848.
- Yacoubian, G. S., y Peters, R. J. (2007). An Exploration of Recent Club Drug Use Among Rave Attendees. *Journal of Drug Education*, 37 (2), 145-161.

DIFERENCIAS DE SEXO, CARACTERÍSTICA DE PERSONALIDAD Y AFRONTAMIENTO EN EL USO DE INTERNET, EL MÓVIL Y LOS VIDEOJUEGOS EN LA ADOLESCENCIA

GENDER, PERSONALITY AND COPING CHARACTERISTICS IN THE USE OF INTERNET, MOBILE AND VIDEOGAMES IN ADOLESCENCE

M^a Isabel Jiménez-Albiar, José Antonio Piqueras, Ornela Mateu-
Martínez, José Luis Carballo, Mireia Orgilés y José Pedro Espada.

*Departamento de Psicología de la Salud.
Universidad Miguel Hernández de Elche.*

(Received/Recibido: 15/05/2012

Accepted/Aceptado: 18/06/2012)

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo examinar la relación del uso de Internet, el móvil y los videojuegos con el sexo y las características de personalidad y afrontamiento de los adolescentes. La muestra estuvo compuesta por 201 adolescentes de la provincia de Alicante, con edades comprendidas entre los 15 y 18 años, 118 (58.7%) eran chicos y 83 (41.3%)

Correspondencia

José Ant^o Piqueras

Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández de Elche.

Edificio Altamira. Avd de la Universidad, s/n Edf. Altamira.

03202 Elche (España)

José Antonio Piqueras: jpiqueras@umh.es

chicas. Los resultados indicaron un mayor uso del móvil por parte de las chicas y de videojuegos por parte de los chicos, mientras que no hubo diferencias en el uso de Internet. Respecto a las características de personalidad los resultados revelaron que tanto las mujeres como los hombres presentan estilos de afrontamientos tanto productivos como improductivos dependiendo del uso que hagan de las TICs. Los datos obtenidos en este estudio pueden resultar de interés para detectar posible riesgo de abuso en función del género, personalidad y afrontamiento, así como para la planificación de intervenciones rehabilitadoras y la prevención del uso inadecuado de las nuevas tecnologías desde el entorno familiar o escolar.

Palabras clave: Internet, móvil, videojuegos, adolescentes, personalidad, afrontamiento.

ABSTRACT

This article aimed to examine the relationship of the use of Internet, mobile and videogames with gender, personality and coping characteristics in adolescents. The sample consisted of adolescents from the region of Alicante, aged between 15 and 18, 118 (58.7%) were boys and 83 (41.3%) girls. Results showed that girls reported a higher use of mobile and boys of videogames, whereas there no differences in the Internet use. With regard to personality and coping characteristics, data pointed out both the girls and the boys present coping styles so much productive as unproductive depending on the use that they do of the TICs. These findings might be of interest in order to detect a high risk of abuse based on gender, personality and coping, as well as to plan treatment and prevention programs of the maladjusted use of new technologies in family and school settings.

Key words: Internet, mobile, videogames, adolescents, personality, coping, TIC.

INTRODUCCIÓN

El auge de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs en adelante) es uno de los fenómenos socio-culturales más importantes

del siglo XXI. Como afirman algunos autores, “para bien o para mal, hoy día, quien no está conectado no existe” (Graner, Castellana, Sánchez-Carbonell, Beranuy y Chamarro, 2006: pág 2). Las personas han tenido que ir adaptándose a estas nuevas herramientas tecnológicas en la medida en que han surgido, suponiendo una transformación de la vida cotidiana de los sujetos cuando deben aplicarlas para enfrentarse a nuevos desafíos (Zermeño, Arellano y Ramírez, 2005).

El aumento de la presencia y uso de éstas en la sociedad actual se da en todos los colectivos y sectores, especialmente, entre los adolescentes y jóvenes (Mut y Morey, 2008). La adolescencia y la juventud merecen una atención especial respecto a su relación con las TICs, ya que tecnología como Internet, los móviles y los videojuegos ocupan un espacio importante en el procesos de socialización, influyendo en comportamiento y actitudes (Levis, 2002). Estos grupos de edad son muy sensibles al momento y al entorno social en el que viven, en el cual estas tecnologías se han convertido en un elemento importante e imprescindible en sus vidas (Castellana, Sánchez-Carbonell, Beranuy y Graner, 2006; Marchargo, Luján, León, López y Martín, 2003). En consecuencia la psicología, como ciencia y como práctica profesional no puede permanecer ajena a esta transformación (Saldaña, 2001).

Tecnologías como Internet, el móvil y los videojuegos presentan tanto beneficios potenciales como riesgos para los adolescentes y jóvenes. Así, en primer lugar, proporcionan beneficios incuestionables, tales como un medio extraordinario de conocimiento científico, abren nuevos tipos de relación y comunicación, facilitan un material casi inagotable para la diversión y entretenimiento y un potente instrumento para el aprendizaje y la información intelectual (Castellana et al., 2006) y contribuye, en la mayoría de las ocasiones, a mejorar la calidad de vida de las personas (Labrador y Villadangos, 2009).

No obstante, diversos autores llaman la atención sobre los efectos negativos que pueden derivarse del uso de las TICs (Shaffer, 2002). El aspecto más controvertido, y que mayor alarma social crea, es el potencial adictivo de estas tecnologías, especialmente entre los menores, los que mayor uso hacen de ellas (Echeburúa y de Corral, 2010; Labrador y Villadangos, 2010;). Incluso, algunos estudios señalan la dirección contraria, proponiendo modelos explicativos en los que la psicopatología previa es considerada como la causa distal o predisponente al uso excesivo o adicción

a las TICs (Caplan, 2002). Además, cada día adquieren más importancia las respuestas que los usuarios tienen frente a la implantación de las TIC (Castellana et al., 2006).

En este trabajo nos centraremos exclusivamente en tres TICs, cuyo uso es más frecuente: Internet, el móvil y los videojuegos. Como señala la Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación del Instituto Nacional de Estadística, respecto al uso de TIC por los menores de 10 a 15 años el 87.1% utiliza Internet y el 65.8% dispone de móvil, mientras que entre los jóvenes entre 16 y 24 años, el 92.1% son usuarios frecuentes de Internet (a diario o al menos una vez por semana) y el 98% hacen uso regular del teléfono móvil. Por su parte, Labrador, Requesens y Helguera (2011) señalan que el 96% de jóvenes se conecta habitualmente a Internet, más del 90% utiliza todos los días el teléfono móvil y, en el grupo de 12-18 años, el 63.8% juega a diario con su videoconsola.

Respecto a Internet, este ya no es un tema nuevo en nuestra época. Desde su surgimiento los científicos se han dedicado a estudiar cómo influye en nuestro comportamiento (Llamas, 2005). En estas edades el atractivo de Internet aumenta porque incluye la relación virtual con amigos y desconocidos y porque la ausencia de elementos de la comunicación no verbal facilita la interacción y posibilita enmascarar la identidad personal, hecho que puede provocar la vivencia de una experiencia placentera y de excitación aliviando el aburrimiento, la tensión, la depresión y la ansiedad (Fiel, 2001); también permite la correspondencia con los iguales las veinticuatro horas del día, contactar con personas que de otra forma no habría conocido, mantener el contacto con amigos al mínimo coste y ser tenido en cuenta (Castellana et al., 2006). Así, el potencial para el uso inapropiado y excesivo de ciertas aplicaciones de Internet ha dado lugar a una cierta preocupación por el impacto psicológico y conductual que puede tener Internet en los individuos (Blaszczynski, 2006).

Por su parte, el teléfono móvil también es un canal de comunicación que se caracteriza por ser un dispositivo técnico que permite ser desplazado de un lugar a otro y que se ha convertido en un objeto personal. Nunca antes un aparato tecnológico se había convertido en un aspecto tan importante en la vida diaria de las personas, determinante por el poder sobre la identidad individual (Srivastras, 2005). Los adolescentes se han convertido en los principales usuarios de los diferentes servicios que

ofrece la telefonía móvil a los que dedican cada vez más tiempo y recursos económicos. Para esta generación, los teléfonos móviles son objetos que siempre han existido, hecho que les convierte en expertos para poder elegir el medio, lugar y el momento en que hace falta utilizar el móvil (Castellana et al., 2006). Además, el móvil se ha convertido en un símbolo de estatus, provocando sentimientos negativos y problemas de autoestima en los que no tienen o que no reciben tantas llamadas o mensajes como sus compañeros (Muñoz-Rivas y Agustín, 2005). Aun así, hay mucha menos literatura científica sobre adicción al móvil que sobre adicción a Internet (Guardiola, Sánchez-Carbonell, Beranuy y Bellés, 2006).

Por otro lado, los videojuegos son una forma de entretenimiento que no deja de crecer y hoy en día representa un negocio millonario. Miles de personas (mayoritariamente niños y adolescentes) juegan con los videojuegos en sus distintas formas y tipos (Levis, 2002).

En resumen, existen estudios que han analizado los efectos negativos que pueden derivarse del uso de las TIC (v.gr., Blaszczyndki, 2006; Castellana et al., 2006; Muñoz-Rivas y Agustín, 2005; Shaffer, 2002). Sin embargo no hay estudios que hayan profundizado en la relación entre el uso de las principales TICs (Internet, móvil y videojuegos) con el sexo, las características de personalidad y el tipo de afrontamiento de los adolescentes españoles.

Respecto a las posibles diferencias de género, los estudios señalan que los chicos hacen un mayor uso de videoconsolas que las chicas. Una explicación a este fenómeno es que los chicos parecen más interesados por este tipo de juego porque a través de él pueden demostrar las habilidades, imaginación y competitividad, mientras que las chicas están más interesadas en otro tipo de tecnologías como el móvil (Malo, Figuer, Gonzalez y Casas, 2005) o los chats y el correo electrónico (Figuer et al., 2005). Villadangos y Labrador (2009) llega a una conclusión similar al afirmar que el uso de las nuevas tecnologías es diferente en función del sexo, siendo las mujeres quienes utilizan más Internet y el teléfono móvil, mientras que los varones dedican más tiempo a los videojuegos.

Por otro lado, el afrontamiento se entiende como un esfuerzo cognitivo y conductual orientado a manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las demandas externas e internas que aparecen y generan estrés. En este sentido, el afrontamiento del estrés actúa como regulador de la perturbación emocional. Si es efectivo, no se presentará dicho malestar; en caso

contrario podría verse afectada la salud de forma negativa (Cassaretto, Chau, Oblitas, Valdez, 2003). Frydenberg y Lewis (1996), basándose en los conceptos de estrés y afrontamiento desarrollados por Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen (1986), se centran específicamente en el afrontamiento en adolescentes, definiendo dos estilos de afrontamiento principales, el productivo o funcional y el improductivo o disfuncional. El primero de ellos, se correspondería con dos estilos: "Resolver el problema", que refleja la tendencia a abordar las dificultades de forma directa y donde se enmarcan estrategias como: concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia, fijarse en lo positivo, buscar diversiones relajantes, distracción física y reservarlo para sí; y "Referencia hacia otros", que implica compartir preocupaciones con los demás como es el caso del apoyo espiritual, buscar apoyo social o ayuda profesional. El estilo improductivo o disfuncional, en el que nos centraremos en este estudio, es aquel en el que las dimensiones utilizadas no permiten encontrar una solución a los problemas, orientándose más bien a la evitación. Éste estaría compuesto por estrategias como: preocuparse, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, ignorar el problema, reducción de la tensión, reservarlo para sí y autoinculparse (Solís y Vidal, 2006).

Respecto a la relación entre el uso de las TICS y características de personalidad Viñas (2009) informo de que los adolescentes que pasan mayor tiempo en Internet se muestran mas introvertidos, emocionalmente inestables, poco amables y pesimistas o desesperanzados, es decir, un perfil de personalidad en el que predominan las emociones o rasgos de personalidad de afecto negativos.

Partiendo de que, tal como señala Viñas (2009), el uso que el adolescente hace de las TICs puede ser problemático cuando el número de horas de conexión afecta al correcto desarrollo de la vida cotidiana tanto con Internet, móvil y videojuegos, en este estudio se trata de examinar de modo exploratorio el siguiente problema de investigación: ¿se relaciona el uso de las nuevas tecnologías con el sexo de los adolescentes y con sus características de personalidad y afrontamiento del estrés? Para ello, se propone contrastar las siguientes hipótesis: 1) tanto el móvil como Internet será utilizado más por chicas que por chicos, mientras que, por el contrario, los videojuegos serán utilizados más por chicos (Figuer et al., 2005; Malo et al., 2005; Villadangos y Labrador, 2009) y; 2) los adolescen-

tes que presentan mayores índices de uso de las TICs presentarán características de personalidad negativas (mayor introversión y Neuroticismo) (Viñas, 2009) y un perfil de afrontamiento más improductivo (Frydenberg y Lewis, 1996). En conclusión, determinar el perfil psicológico de los adolescentes que hacen uso de las TICs, haciendo diferenciación del sexo. Es decir, conocer cuál es el perfil psicológico que tienen los chicos que más las utilizan, y de la misma forma con las chicas. Además, de conocer cuales son las características de personalidad más propensas a aparecer en estos adolescentes y si los medios de afrontamiento que utilizan para resolver estas situaciones se dirigen a la resolución del problema.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Participaron en el estudio 201 escolares seleccionados de forma incidental en centros de secundaria de la provincia de Alicante. El porcentaje de participación fue del 87.39%. La edad de los participantes osciló entre 15 y 18 años, con una media de 16.1 (DT = 0.76). El 19.9% tenían 15 años, el 53.7% 16 años, el 22.4% 17 años y, por último, el 4% 18 años. La muestra se distribuyó como sigue: 58.7% de chicos (118 varones) y 41.3% de chicas (83 mujeres).

INSTRUMENTOS

Se emplearon como instrumentos las escalas y cuestionarios que se describen a continuación:

Cuestionario sobre usos de nuevas tecnologías. Esta escala es de tipo autoinforme y fue desarrollada ad hoc para esta investigación. Está constituida por 77 ítems; 34 de ellos miden el uso que los adolescentes ejercen en Internet (frecuencia de las conexiones, horarios, lugares donde se realiza la conexión, tiempo empleado...), 14 miden el uso que éstos hacen del móvil (qué gasto económico hacen del móvil, quien paga dicho gasto, para que lo utilizan, frecuencia de los mensajes...) y 29 ítems miden el uso de los videojuegos que los jóvenes realizan (tiempo empleado en los videojuegos, diferencias del uso entre semana y los fines de semana...) Cada ítem es valorado en escala Likert pero de forma desigual para cada pregunta que va desde 3 a 15 puntos en función de las conductas que se

describan. Dicho cuestionario también permitió recopilar los datos socio-demográficos (edad, sexo y curso)

Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS; Frydenberg y Lewis, 1996). Está constituida por 79 ítems de tipo cerrado y uno con final abierto, distribuidos en 18 subescalas que permiten conocer las estrategias de afrontamiento de los adolescentes. Cada ítem es valorado en una escala de Likert de 5 puntos en función de la frecuencia con que se da la conducta de afrontamiento. Existen dos versiones de la escala: afrontamiento general y afrontamiento específico de un problema. Para esta investigación se utilizó la versión de afrontamiento general. La adaptación española utilizada en este estudio presenta unos coeficientes de fiabilidad aceptables y el análisis factorial apoya la existencia de las 18 dimensiones como expone Viñas (2009).

Cuestionario de Personalidad Revisado de Eysenck (EPQ-R, Eysenck, Eysenck y Barret, 1985). Está compuesto por 3 subescalas que permiten conocer alguno de los rasgos de personalidad de los adolescentes. El formato de respuesta es dicotómico (sí-no) y está compuesto de un total de 83 ítems, 23 de los cuales constituyen la escala "P" de Psicoticismo. Las escalas "E" de Extraversión y "N" de Neuroticismo están compuestas de 19 y 23 respectivamente, mientras que la escala "L" de Sinceridad está formada por 18 ítems originales. En cuanto a las propiedades psicométricas, en general, muestran una alta fiabilidad y una alta validez para Neuroticismo y para Extroversión, aunque presenta problemas de validez para Psicoticismo.

PROCEDIMIENTO

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal, mediante muestreo incidental. Tras solicitar el correspondiente permiso a la dirección del centro educativo se llevó a cabo la investigación, donde se informó a los participantes de las características y objetivos de la misma. Además, se aseguró la confidencialidad de los datos y el anonimato. El protocolo con todos los cuestionarios e instrumentos utilizados en el estudio fue sometido a la aprobación del centro. Una vez obtenido el consentimiento para su aplicación, se procedió a la administración colectiva (en el aula) de los instrumentos de evaluación con una duración media por clase de 2 horas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Para la primera hipótesis, se compararon las medias en los usos de las diferentes TICs en función del género mediante pruebas *t* de Student. La variable independiente fue el género y las dependientes fueron el uso Internet y videojuegos, diferenciando para ambas el tiempo de uso entre semana y el fin de semana, y el uso del móvil, medido mediante el gasto mensual en el móvil. Se incluyó el cálculo de índice de *d* (diferencia media tipificada) propuesto por Cohen (1981), que permite valorar la magnitud o el tamaño del efecto de las diferencias halladas. Su interpretación es: tamaño del efecto pequeño (0.20 – 0.49), mediano (0.50 – 0.79) y grande ($d \geq 0.80$). Respecto a la segunda hipótesis, se llevaron a cabo análisis de regresión lineal para cada uno de los usos de las TICs (variables dependientes: usos de Internet, móvil y videojuegos, por separado; variables predictoras: dimensiones de afrontamiento y rasgos de personalidad) para la muestra total y para cada sexo por separado. Primero se utilizó el método introducir para todas las variables dependientes *y*, en el caso de resultar los modelos de regresión significativos, se utilizó el método de pasos sucesivos.

Como paso previo a los diferentes análisis de regresión se analizaron las correlaciones entre todas las variables predictoras o independientes, con el fin de comprobar que dichas correlaciones bivariadas eran menores a 0,70 y poder así descartar la existencia de multicolinealidad (Tabachnick y Fidell, 1996).

RESULTADOS

RELACIÓN ENTRE EL USO DE INTERNET, MÓVIL Y VIDEOJUEGOS Y EL SEXO DE LOS ADOLESCENTES

Los datos obtenidos señalaron que no existían diferencias estadísticamente significativas entre el uso de Internet, tanto entre semana como durante los fines de semana, por parte de los adolescentes. En cambio, las chicas utilizaban significativamente más el móvil que los chicos, si bien el tamaño del efecto resultó pequeño, mientras que por el contrario son los adolescentes varones quienes hacían un mayor uso de los videojuegos en general, siendo la magnitud de la diferencia pequeña en el uso durante la semana y mediana durante el fin de semana (véase Tabla 1).

Tabla 1. Diferencias en el uso de Internet, el móvil y los videojuegos en función del sexo

	Hombres (n = 118)	Mujeres (n = 83)		
	M (DT)	M (DT)	<i>p</i>	<i>D</i>
Uso de Internet				
Minutos de uso de Internet de lunes a viernes	130.70 (84.12)	126.26 (77.03)	.70	0.05
Minutos de uso de Internet los sábados y domingos	188.17 (147.96)	175.90 (134.21)	.55	0.09
Uso de videojuegos				
Tiempo que utiliza para jugar a videojuegos de lunes a viernes	90.79 (98.04)	40.29 (41.18)	0.1	-0.18
Tiempo que utiliza para jugar a videojuegos de sábado a domingo	146.66 (66)	70.45 (83.36)	0.1	0.66
Uso de móvil				
Gasto móvil	2.34 (0.80)	2.69 (0.85)	0.1	-0,43

RELACIÓN ENTRE EL USO DE INTERNET, MÓVIL Y VIDEOJUEGOS Y CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD Y AFRONTAMIENTO

Cabe mencionar que en ningún caso se asociaron los diferentes usos de TICs con variables de personalidad (véase en la Tabla 2), mientras que si lo hicieron algunos usos con algunas dimensiones de afrontamiento (véase en la Tabla 3). Podemos observar las siguientes correlaciones significativas: minutos de uso de Internet de lunes a viernes con esforzarse, invertir en amigos, hacerse ilusiones y preocuparse; minutos de uso de sábado a domingo con esforzarse, invertir en amigos íntimos y ayuda profesional; gasto de teléfono móvil con preocuparse y buscar apoyo espiritual; minutos de uso de videojuegos de lunes a viernes con buscar apoyo social, preocuparse y buscar apoyo espiritual; y, por último, minutos de uso de videojuegos de sábado a domingo con concentrarse en resolver en amigos y preocuparse. Todas las asociaciones se correspondieron con magnitudes pequeñas.

Tabla 2. Correlaciones entre el uso de Internet, móvil y videojuegos y las características de personalidad.

Características de personalidad de Eysenck		Minutos de uso de Internet de lunes a viernes	Uso de Internet sábado y domingo	Gasto teléfono móvil	Minutos de uso de videojuegos de lunes a viernes	Minutos de uso de videojuegos de sábado a domingo
Extraversión	<i>r</i>	-.01	.036	.04	-.086	-.02
	<i>p</i>	.84	.62	.53	.28	.75
Neuroticismo	<i>r</i>	.01	.076	-.08	-.091	-.01
	<i>p</i>	.89	.28	.26	.25	.92
Dureza	<i>r</i>	.03	.09	-.04	-.09	.03
	<i>p</i>	.70	.21	.55	.31	.71

Tabla 3. Correlaciones entre el uso de Internet, móvil y videojuegos y características de afrontamiento.

Características de personalidad de Eysenck		Minutos de uso de Internet de lunes a viernes	Uso de Internet sábado y domingo	Gasto teléfono móvil	Minutos de uso de videojuegos de lunes a viernes	Minutos de uso de videojuegos de sábado a domingo
Buscar apoyo social	<i>r</i>	-.00	-.00	.01	-.17	-.11
	<i>p</i>	.97	.97	.86	.04	.15
Concentrarse en resolver el problema	<i>r</i>	-.02	.01	.06	-.02	-.16
	<i>p</i>	.80	.84	.42	.80	.04
Esforzarse y tener éxito	<i>r</i>	-.16	-.05	-.10	-.03	-.01
	<i>p</i>	.02	.02	.15	.71	.87
Preocuparse	<i>r</i>	-.02	-.03	.09	-.18	-.02
	<i>p</i>	.01	.70	.20	.02	.00
Invertir en amigos íntimos	<i>r</i>	.01	-.02	-.01	.03	-.04
	<i>p</i>	.01	.00	.03	.68	.58

Buscar pertenencia	<i>r</i>	.08	.01	-.01	.06	-.10
	<i>p</i>	.25	.82	.91	.43	.18
Hacerse ilusiones	<i>r</i>	.05	.01	.01	-.06	-.03
	<i>p</i>	.05	.83	.94	.44	.68
Falta de afrontamiento	<i>r</i>	.03	.06	.03	.05	.14
	<i>p</i>	.71	.43	.53	.55	.08
Reducción de la tensión	<i>r</i>	.03	.09	.10	-.07	-.08
	<i>p</i>	.66	.19	.05	.39	.30
Acción social	<i>r</i>	-.07	-.02	.03	-.01	.09
	<i>p</i>	.31	.75	.65	.94	.23
Ignorar el problema	<i>r</i>	.06	.04	-.06	.15	.15
	<i>p</i>	.40	.61	.37	.06	.06
Autoinculparse	<i>r</i>	-.03	.10	.11	-.14	-.10
	<i>p</i>	.68	.15	.13	-.08	.19
Reservarlo para sí	<i>r</i>	-.10	.02	.01	-.04	-.04
	<i>p</i>	.14	.75	.85	.59	.59
Buscar apoyo espiritual	<i>r</i>	-.09	-.03	-.01	-.09	-.07
	<i>p</i>	.20	.66	.89	.04	.38
Fijarse en lo positivo	<i>r</i>	.02	.06	.08	.05	.02
	<i>p</i>	.75	.43	.24	.54	.81
Buscar ayuda profesional	<i>r</i>	-.06	-.01	-.04	.02	.04
	<i>p</i>	.41	-.01	.57	.77	.60

En cuanto a los modelos predictivos, el uso que la muestra total realiza de Internet de lunes a viernes se relación significativamente con dos dimensiones de afrontamiento invertir en amigos íntimos y preocuparse (véase en la Tabla 4). Sin embargo, el modelo de regresión para los adolescentes varones no resultó significativo, mientras que en las mujeres el uso de Internet entre semana se relacionó de forma significativa con las siguientes dimensiones de afrontamiento: la tendencia a hacerse ilusiones, invertir en amigos íntimos y esforzarse y tener éxito.

Tabla 4. Análisis de regresión (método pasos sucesivos). Dimensiones de afrontamiento y personalidad relacionadas con el uso de Internet entre semana para el total y ajustada por sexo.

Variable dependiente	Variable pronóstica	Total ^a		Hombres		Mujeres ^b	
		B (IC 95%)	p	B (IC 95%)	p	B (IC 95%)	p
Minutos de uso de Internet de lunes a viernes	Constante	117.550 (158.24 -76.86)	.004**	-	-	-	-
	Esforzarse y tener éxito	-	-	-	-	-2.16 (-33.01- 0.99)	.001**
	Invertir en amigos íntimos	1.116 (0.76- 1.56)	.006**	-	-	1.68 (0.52- 2.84)	.005**
	Hacerse ilusiones	-	-	-	-	1.311 (0.09- 2.53)	.036*
	Preocuparse	-.917 (1.356- 0.478)	.038*	-	-	-	-

^a $r = 0.232, r^2 = 0.054$; ^b $r = 0.516, r^2 = 0.267$.

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$.

Respecto al uso que los jóvenes realizan de Internet de sábado a domingo observamos que no existen dimensiones de afrontamiento que se relacionen significativamente con dicha conducta. Lo mismo ocurre con el modelo de regresión para los adolescentes varones, ya que ninguna estrategia resultó significativa, mientras que en las mujeres el uso de Internet en los fines de semana se relacionó con las dimensiones de afrontamiento siguientes: esforzarse y tener éxito e invertir en amigos íntimos (véase en la Tabla 5).

Tabla 5. Análisis de regresión (método pasos sucesivos). Dimensiones de afrontamiento y personalidad relacionadas con el uso de Internet en fin de semana para el total y ajustada por sexo.

Variable dependiente	Variable pronóstica	Total ^a		Hombres		Mujeres ^b	
		B (IC 95%)	<i>p</i>	B (IC 95%)	<i>p</i>	B (IC 95%)	<i>p</i>
Minutos de uso de Internet de sábado a domingo	Constante	-	-	-	-	225.515 (209.08-525.08)	.033*
	Esforzarse y tener éxito	-	-	-	-	-3.015 (-5.23-0.80)	.0008**
	Invertir en amigos íntimos	-	-	-	-	2.238 (0.09-4.39)	.041*

^a $r = 0.179, r^2 = 0.032$; ^b $r = 0.341, r^2 = 0.116$.

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$.

Por otro lado, en el uso que la muestra total realiza del gasto de teléfono móvil se puede observar que, al igual que en la primera comparación, existen dos dimensiones de afrontamiento que se mantienen en el modelo: reducción de la tensión e invertir en amigos íntimos (véase en la Tabla 6). En este caso, el modelo de regresión para los adolescentes varones indicó que la estrategia de reducir la tensión se mantenía significativa, mientras que para las mujeres resultó significativo en invertir en amigos íntimos.

Tabla 6. Análisis de regresión (método pasos sucesivos). Dimensiones de afrontamiento y personalidad relacionadas con el gasto de móvil para el total y ajustada por sexo.

Variable dependiente	Variable pronóstica	Total ^a		Hombres ^b		Mujeres ^c	
		B (IC 95%)	<i>p</i>	B (IC 95%)	<i>p</i>	B (IC 95%)	<i>p</i>

Gasto de teléfono móvil	Constante	1,271 (0.63- 1.92)	.001**	1.784 (1.34- 2.23)	.001**	1.593 (0.59- 2.59)	.002**
	Reducción tensión	.014 (0.05- 0.023)	.002**	0.015 (0.004- 0.027)	.010*	-	-
	Invertir en amigos	.009 (0.001- 0.018)	.028*	-	-	.015 (0.002- 0.029)	.029*

^a $r = 0.296, r^2 = 0.088$; ^b $r = 0.243, r^2 = 0.059$; ^c $r = 0.243, r^2 = 0.059$.

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$.

En el modelo de regresión múltiple en la muestra total para la variable *uso que los adolescentes hacen de los videojuegos de lunes a viernes* indicó que existe una estrategia de afrontamiento que se relaciona significativamente con dicha conducta: preocuparse. El modelo de regresión para los jóvenes varones no resultó significativo, mientras que en las mujeres el uso de los videojuegos entre semana se relacionó de forma significativa con las siguientes dimensiones de afrontamiento: preocuparse y buscar apoyo espiritual (véase Tabla 7).

Tabla 7. Análisis de regresión (método pasos sucesivos). Dimensiones de afrontamiento y personalidad relacionadas con el gasto de móvil para el total y ajustada por sexo.

Variable dependiente	Variable pronóstica	Total ^a		Hombres ^b		Mujeres ^c	
		B (IC 95%)	ρ	B (IC 95%)	ρ	B (IC 95%)	ρ

Minutos de uso de videojuegos de lunes a viernes	Constante	156.24 (83.81-228.66)	0.01	-	-	153.270 (79.37-227.17)	.001**
	Preocuparse	-1.16 (-2.16-0.17)	.002	-	-	-1.037 (-1.93-0.14)	.024*
	Apoyo espiritual	-	-	-	-	-.837 (-1.67-0.01)	.049*

^a $r = 0.18, r^2 = 0.03$; ^b $r = 0.397, r^2 = 0.157$.

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$.

Para finalizar, en la muestra total del uso de videojuegos de sábado a domingo por parte de los jóvenes se observa que concentrarse en el problema es una dimensión de afrontamiento que se relaciona significativamente (véase en la Tabla 8). El modelo de regresión para los adolescentes varones indicó que la estrategia de falta de afrontamiento se asoció significativamente. Por otro lado, en las mujeres el uso de videojuegos los fines de semana se relacionó de forma significativa con preocuparse por el problema.

Tabla 8. Análisis de regresión (método pasos sucesivos). Dimensiones de afrontamiento y personalidad relacionadas con el uso de videojuegos en fin de semana para el total y ajustada por sexo.

Variable dependiente	Variable pronóstica	Total ^a		Hombres ^b		Mujeres ^c	
		B (IC 95%)	<i>p</i>	B (IC 95%)	<i>p</i>	B (IC 95%)	<i>p</i>

Minutos de uso de videojuegos de sábado a domingo	Constante	226.56 (131.91-321.21)	.01*	50.55 (-39.01-140.11)	0.27*	275.66 (137.50-413.82)	.001**
	Concentrarse en resolver el problema	-1.59 (-2.96-0.22)	.02*	-	-	-	-
	Falta de afrontamiento	-	-	2.25 (0.26-4.43)	.03*	-	-
	Preocuparse	-	-	-	-	-2.731 (-4.55-0.91)	.004**

^a $r = 0.18$, $r^2 = 0.03$; ^b $r = 0.22$, $r^2 = 0.05$; ^c $r = 0.373$, $r^2 = 0.139$.

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo fue analizar la relación del uso de Internet, el móvil y los videojuegos con el sexo y con las características de personalidad y de afrontamiento de los adolescentes.

Respecto a la primera hipótesis, los resultados indicaron que se cumplía parcialmente dado que dos de las tres comparaciones se confirmaron. Así, se observó que el móvil es la TIC más utilizada entre las chicas adolescentes y que los videojuegos son usados más por los chicos (Figuer et al., 2005; Malo et al., 2005; Villadangos y Labrador, 2009), mientras que el uso de Internet es prácticamente el mismo para ambos sexos.

Con relación a la segunda hipótesis, los resultados fueron menos concluyentes ya que no se halló ninguna asociación entre el mayor uso de las TICs y neuroticismo, extraversión y psicoticismo. Esto discrepa, en parte, con lo expuesto por Viñas (2009), que halló que los adolescentes que pasan mayor tiempo en Internet se muestran introvertidos, emocionalmente inestables, poco amables y pesimistas o desesperanzados, es decir, se caracterizan por un perfil de personalidad en el que predominan más

bien las emociones o rasgos de personalidad negativos. Una explicación a este hallazgo es que las limitaciones metodológicas del trabajo, tales como el rango de edad restringido de nuestra muestra, hayan impedido confirmar este resultado.

Siguiendo con esta segunda hipótesis, se esperaba que predominara un estilo de afrontamiento más improductivo en ambos sexos. No se confirmó esta hipótesis globalmente. Sin embargo, el análisis por separado de cada sexo sí indicó diferencias. Así se observó que cuando las mujeres realizan un uso de Internet entre semana no existe un estilo de afrontamiento definido pues se dan estrategias tanto productivas (esforzarse y tener éxito) como improductivas (hacerse ilusiones y preocuparse), en cambio cuando el mayor uso se realiza los fines de semana tienden a un estilo productivo (invertir en amigos íntimos). De igual forma que lo anterior, las adolescentes tienen un estilo de afrontamiento más productivo (invertir en amigos íntimos) cuanto mayor gasto de teléfono móvil realizan. Y, para finalizar, en cuanto al uso de los videojuegos entre semana no hay diferencias entre un estilo productivo o improductivo, mientras que si el uso se lleva a cabo los fines de semana destaca un estilo improductivo (preocuparse).

Por su parte, los hombres mostraron un estilo de afrontamiento diferente dependiendo del tipo de uso que hagan de las TICs. Así, cuando los hombres hacen mayor uso de Internet (tanto para entre semana como para fin de semana) no existen datos que nos ayuden a identificar el estilo de afrontamiento que utilizan. Lo mismo sucede cuando juegan a videojuegos entre semana. En cambio, cuando el uso del móvil es el que predomina tienden a tener un estilo de afrontamiento improductivo (reducción de la tensión), que se repite cuando juegan a videojuegos los fines de semana con unas puntuaciones superiores en la falta de afrontamiento.

Cabe mencionar que este estudio presenta algunas limitaciones metodológicas. Entre estas cabe destacar el uso exclusivo de medidas de autoinforme, la falta de representatividad de la muestras, al no haber seguido un muestreo aleatorio para su reclutamiento, o el bajo tamaño muestras. Respecto a lo primero, el autoinforme es una de las técnicas más recomendables para la recogida de datos sobre este tipo de variables psicológicas, si bien ésta técnica puede presentar sesgos sobre la información recibida de los participantes. En cuanto a las cuestiones relativas a la muestra, futuros estudios deberían tratar de ampliar el tamaño y la

representatividad de la misma, así como tratar de controlar en mayor medida las variables que puedan afectar a los datos obtenidos. Además, este estudio apunta hacia futuros desafíos de la investigación en esta área: a) continuar con la investigación y ampliar a estudios longitudinales sobre las variables consideradas ya que dichas tecnologías avanzan a pasos agigantados y, es por ello, que los datos de uso por parte de los adolescentes pueden verse modificados en un periodo de tiempo muy breve; b) mejorar algunas cuestiones metodológicas del estudio tales como, por ejemplo, utilizar un cuestionario de personalidad más actual y que recoja dimensiones o factores de las dimensiones de segundo orden generales Extraversión, Neuroticismo y Psicoticismo de forma más amplia para poder llevar a cabo exámenes con el uso de las TICs; c) utilizar un cuestionario de hábitos de nuevas tecnologías en el que se recopilen datos más específicos sobre el tiempo de uso de Internet, móvil y videojuegos de forma cuantitativa; d) utilizar un rango de edad más amplio así como un tamaño de muestras mayor; e) incorporar aspectos que no se hayan tenido en cuenta en esta investigación y que pueden clarificar y aportar nuevos datos sobre las causas de un uso elevado e inadecuado de las TICs en los adolescentes y un perfil psicológico más detallado de los jóvenes que hacen uso de Internet, móvil y videojuegos.

Finalmente, señalar la utilidad de los datos obtenidos en este estudio para detectar posible riesgo de abuso de TIC en función del género, personalidad y afrontamiento, así como que pueden ser de ayuda tanto para la planificación de la intervención como para la prevención, desde el entorno familiar o escolar, ante un uso inadecuado de las TICs. Desde el entorno familiar se podrían diseñar estrategias para, por ejemplo, controlar el número de horas diarias dedicadas al uso de la red, los videojuegos y el móvil, desde el marco de referencia del fomento de un uso adecuado y responsables de las TICs para favorecer unas estrategias de afrontamiento adecuadas ante futuros problemas. Con respecto al ámbito escolar, se puede favorecer el desarrollo de estrategias de afrontamiento más adaptativa y de habilidades sociales. En definitiva, el uso de las nuevas tecnologías por nuestros jóvenes confirma la necesidad de dotar a éstos y a los adultos de conocimientos básicos que les ayuden a educar y acompañar a los menores en su uso.

REFERENCIAS

- Blaszczyndki, A. (2006). Internet Use: In Search of an Addiction. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4, 7-9.
- Caplan, S. (2002). Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. *Computers in Human Behavior*, 18, 553-575.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H., Valdez, N. (2003). Estrés y Afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la PUCP* 30 (2), 364-392.
- Castellana, M., Sánchez-Carbonell, X., Graner, C. y Beranuy, M. (2006). El adolescente ante las tecnologías de la información y la comunicación: Internet, móvil y videojuegos. *Papeles del Psicólogo*, 3, 196-204.
- Castellana, M., Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M. y Graner, C. (2006). *La relació de l' adolescent amb les TIC: Un tema de rellevància social*. Full Informatiu del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya, 192, 22-23
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2nd ed.). Hillsdale, NJ, USA: Lawrence Erlbaum Associates.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22, 91-96.
- Fiel, G. (2001). Los grupos de charlas de Internet como objetivo de adicción: caso IRC. Tesina. Recuperado de www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/3_fiel_martinez.htm.
- Figuer, C., González, M., Malo, S. y Casas, F. (2005). El món adolescent en l'entorn de l'ús de l'ordinador i Internet. *Perspectiva Escolar*, 299, 36-41.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C.DeLongis, A. y Gruen, J.R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50,992-1.993.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1991). Adolescent coping: The different ways in which boys and girls cope. *Journal of Adolescence*, 14, 119-133.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1996). Manual: ACS. *Escala de Afrontamiento para Adolescentes*. Adaptado por J. Pereña y N. Seisdedos. Madrid. TEA (Orig. 1993).
- Graner, C., Castellana, M., Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M. y Chamarro, A. (2006). Comparación entre el uso de Internet por parte de los adolescentes y jóvenes. Grupo de trabajo en el XXI Congreso Internacional de Comunicación. Pamplona. Recuperado de <http://www.unav.es/fcom/cicom/2006/es/grupostrabajo.htm>.

- Guardiola, E., Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M. y Bellés, A. (2006). ¿Qué se sabe de la adicción a las TIC? Un análisis a través de las bases de datos de bibliografía científica. Comunicación presentada en las *Jornades Catalanes d'Informació i Documentació*. Barcelona.
- Instituto Nacional de Estadística (2011). Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de la información y comunicación en los hogares 2011. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t25/p450&file=inebase>
- Labrador, F.J., Requesens A. y Helguera, M. (2011). *Guía para padres y educadores sobre el uso seguro de Internet, móviles y videojuegos*. Madrid: Fundación Gaudium.
- Labrador, F.J. y Villadangos, S.M. (2009). *Adicción a nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes*. En E. Echeburúa, F.J.Labrador y E. Becoña (Dir.) *Adicción a las nuevas tecnologías en jóvenes y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Labrador, F.J. y Villadangos, S.M. (2010). Menores y nuevas tecnologías: conductas indicadoras de posible problema de adicción. *Psicothema*, 22, 180-188.
- Levis, D. (2002). Videojuegos: cambios y permanencias. *Comunicación y pedagogía*, 184, 65-69
- Llamas, S. (2005) ¿Existe la adicción a Internet? *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 3, 71-93.
- Machargo, J., Luján, I., León, M. E., López, P. y Martín, M. A. (2003). Videojuegos por los adolescentes. *Anuario de Filosofía, Psicología y Sociología*, 6, 159-172
- Malo, S., Figuer, C., González, M. y Casas, F. (2005). El telèfon mòbil: un ràpid canvi tecnològic i també de relació. *Perspectiva Escolar*, 299, 28-35.
- Muñoz-Rivas, M., Navarro, M. E. y Ortega, N. (2003). Patrones de uso de Internet en población universitaria española. *Adicciones*, 15, 137-144.
- Mut, T. y Morey, M. (2008). Preferencias en el uso de Internet, televisión, videoconsolas y teléfonos móviles entre los menores de las Islas Baleares. *EDU-TEC, Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, 27. Recuperado de <http://educ-tec.rediris.es/Revelec2/revelec27/>.
- Saldaña, D. (2001). Nuevas tecnologías: nuevos instrumentos y nuevos espacios para la psicología. *Apuntes de Psicología*, 19, 5-10.
- Shaffer, D.R. (2002). *Desarrollo social y de la personalidad*. Madrid: Thompson.
- Solís, C. y Vidal, A. (2006). Estilos y Estrategias de Afrontamiento en Adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental "Hermilio Valdizan"*, 7, 33-39.
- Srivastras, L. (2005). Mobile phones and the evolution of social behavior. *Behavior & Information Technology*, 24, 111-129.

- Tabachnick y Fidell (1996). *Using multivariate statistics* (3rd ed.). New York: Harper Collins College Publisher
- Villadangos, S. y Labrador, F. (2009). Menores y nuevas tecnologías (NT): ¿uso o abuso? *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 75-83.
- Viñas, F. (2009). Uso autoinformado de Internet en adolescentes: perfil psicológico de un uso elevado de la red. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 109-122.
- Zermeño, A., Arellano, A. y Ramírez, V. (2005). Redes semánticas naturales: técnica para representar los significados que los jóvenes tienen sobre la televisión, Internet y expectativas de vida. *Estudio sobre las culturas contemporáneas*, 11, 305-334.

ADAPTACIÓN DE LAS ESCALAS DE ACTITUDES HACIA EL TABACO, EL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ADOLESCENTES PORTUGUESES

ADAPTATION OF SCALES OF ATTITUDES TOWARD TOBACCO, ALCOHOL AND OTHER DRUGS TO PORTUGUESE ADOLESCENTS

José A. García del Castillo¹, Paulo C. Dias^{2,3}, Julián Díaz-Pérez³, Ana Sofía Bastos^{2,3}, Álvaro García del Castillo-López¹, Carmen López-Sánchez⁴ y Diego Maciá¹.

¹Dpto. de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández de Elche.

²Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa.

³Instituto Superior de Ciências Educativas de Felgueiras.

⁴Dpto. de Comunicación y Psicología Social. Universidad de Alicante.

(Received/Recibido: 29/01/2012

Accepted/Aceptado: 30/04/2012)

RESUMEN

El presente estudio muestra los resultados de la adaptación de las escalas de actitudes hacia el tabaco (López-Sánchez, Garcia-Rodriguez, Mira y Estévez, 2000), el alcohol (Garcia-Rodriguez y López-Sánchez, 2001)

Correspondencia

Dr. José A. García del Castillo.
Universidad Miguel Hernández.
Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID).
Campus de Sant Joan d'Alacant.
03550- Sant Joan d'Alacant (Alicante-España).
E-mail: jagr@umh.es

y otras drogas (López-Sánchez et al., 2000) en población portuguesa. Se trata de tres escalas, cada una con trece ítems, de respuesta tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que diferencian tres sub-escalas. Para realizar el estudio de adaptación de las escalas a la población portuguesa, se han utilizado dos muestras independientes, constituidas por 329 y 443 adolescentes, alumnos de bachillerato del norte del país, a quienes se administraron los instrumentos. Los datos recogidos, después de ser sometidos a un análisis factorial exploratorio y confirmatorio, permitieron encontrar una solución adecuada para cada una de las escalas, dando como resultando una buena validez y fiabilidad. En la validez concurrente, los resultados sugieren diferencias de género con todas las sub-escalas y una relación negativa con la edad, así como diferencias en las actitudes de acuerdo con la experiencia y el consumo.

Palabras clave: Actitudes; estudio instrumental; adolescentes; consumo de sustancias; validación de escalas.

ABSTRACT

This study presents results about attitudes toward tobacco scale (López-Sánchez, García-Rodríguez, Mira & Estévez, 2000), alcohol scale (García-Rodríguez & López-Sánchez, 2001) and other drugs (López-Sánchez et al., 2000) scale adaptations to portuguese population. There are three scales, 13 items each one and five points Likert response scale with three sub scales. We have used two independent samples with 329 and 443 adolescents, north country high school students. Data collected, after confirmatory and exploratory analysis, showed a good solution to each one scale, with high validity and reliability rates. Results in concurrent validity suggest gender differences with all the sub scales and a negative relation with age, as well as attitude differences based on experience and consumption.

Keywords: Attitudes, instrumental study, adolescents, substance consumption; scale validation.

INTRODUCCIÓN

Actualmente el consumo de sustancias entre los más jóvenes sigue siendo uno de los factores de mayor riesgo para la salud (Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003; Inglés, Delgado, Bautista, Torregrosa, Espada, García-Fernández, et al., 2007). La preadolescencia y la adolescencia se encuentran en una fase de desarrollo particularmente sensible, en las que ocurren diversos e importantes cambios en el desarrollo físico, psicológico y social (Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003; Sussman, Unger y Dent, 2004). Es muy preocupante la tendencia hacia la normalización del consumo, junto con variables como la edad de inicio que sigue estable en torno a los trece años y medio o catorce, según la sustancia.

Considerando la necesidad de profundizar en el estudio de los factores predictores del consumo de sustancias, es fundamental aproximarse a las variables que parecen predecir más y mejor estos comportamientos, para poder comprender e intervenir a nivel preventivos. Aunque abundan las referencias sobre diferentes factores de riesgo y protección (Cid-Monckton y Pedrão, 2011; González, Jiménez y Rubio, 2004; Hawkins, Catalano y Miller, 1992; López-Larrosa y Rodríguez-Arias, 2010), uno de los más estudiados es la relación entre las actitudes y el consumo (Botvin y Botvin, 1992; Carvalho, 1986; García del Castillo, López-Sánchez y Quiles, 2006; Jiménez-Muro, Beamonte, Marqueta, Gargallo, Nerín de la Puerta, 2009; Jiménez, Díaz y Ruiz, 2006). Es en este contexto donde nos planteamos estudiar las actitudes de los adolescentes portugueses en relación al consumo de sustancias, mediante un estudio instrumental de adaptación de las escalas de actitudes hacia el tabaco, el alcohol y otras drogas (García del Castillo y López-Sánchez, 2003). A pesar de que las actitudes son consideradas uno de los constructos clave en la comprensión del comportamiento humano, pocas son las escalas adaptadas a nuestro contexto portugués, por lo que el estudio tiene una gran pertinencia y actualidad.

LAS ACTITUDES Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LA ADOLESCENCIA

Las actitudes son una de las áreas de estudio más antiguas y dinámicas de la Psicología Social (Lima, 2002), que se llegó a definir inicialmente como el estudio científico de las actitudes sociales (Thomas y Znaniecki, 1918; Watson, 1925 cit in Ajzen y Fishbein, 2005). Aunque exista un con-

sensu general de que la actitud se considera como el grado en que una persona es favorable o desfavorable hacia un determinado objeto psicológico observado (Fishbein y Ajzen, 1975), se trata de un constructo hipotético que refleja una evaluación integradora sobre un objeto (general o específico), en términos de bueno-malo, beneficioso-dañino, agradable-desagradable entre otras (Ajzen y Fishbein, 2000; Aizen y Cote, 2008).

Los juicios integradores facilitan la adaptación del individuo al ambiente (Eagly y Chaiken, 1998), ejerciendo un papel importante en la orientación para la acción. Este aspecto ha sido estudiado específicamente en los trabajos de Martin Fishbein e Icek Ajzen (1975), que desarrollaron la teoría del comportamiento planificado (Ajzen, 1985, 1991) donde sugieren que los comportamientos están influenciados por tres factores (Ajzen y Cote, 2008): una evaluación favorable/desfavorable del comportamiento (creencias de comportamiento), percepción de presión social para actuar de determinada forma (creencias normativas) y capacidad de realizar determinado comportamiento (creencias controladas). Esta teoría ha generado bastante entusiasmo dado el potencial predictivo de las actitudes (Ajzen, 1991, 2011) y la eficiencia de la intervención en el cambio comportamental (Hardeman, Johnston, Johnston, Bonetti, Wareham y Kinmonth, 2002).

Para reducir algunas críticas o inconsistencias sobre la influencia de las actitudes en el comportamiento, Ajzen y Cote (2008) sugieren la distinción de dos tipos de actitudes: actitudes globales (con relación a personas físicas, instituciones, personas o grupos) y actitudes con relación a un comportamiento (actitudes con relación a un comportamiento específico o categorías de comportamientos).

Nuestro estudio se enmarca en este contexto de las actitudes en relación al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. De hecho, los adolescentes que consumen tabaco, alcohol y otras drogas presentan unas actitudes más favorables hacia estas sustancias en contraposición con los no consumidores que presentan actitudes desfavorables hacia el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas (Carvalho, 1986; Garcia del Castillo, López-Sánchez y Quiles, 2006; Jiménez, Díaz y Ruiz, 2006; Moral y Ovejero, 2003).

Algunos estudios revelan, que las niñas perciben mayores riesgos en el consumo de sustancias (Holmila y Raitasalo, 2005; Kauffman, Silver y Poulin, 1997), sin embargo no siempre se verifican diferencias entre los

grupos (Albers, Santangelo, McKinlay, Cavote y Rock, 2002; Pimentel, Coelho Júnior y Aragão, 2009). Con el paso de los años, existe una actitud más permisiva en relación al consumo, presión para la experiencia y menor percepción del riesgo a cerca de las consecuencias resultado de la experiencia de consumo de drogas legales e ilegales (Moral y Ovejero, 2005).

LAS ESCALAS DE ACTITUDES HACIA EL TABACO, EL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

Considerando la pertinencia de este tema y la escasez de instrumentos adaptados para el contexto portugués, consideramos de primordial importancia la adaptación de escalas de actitudes. Aunque su medición parta de un constructo hipotético, que no puede ser directamente observable, sí podemos deducirlas a partir de las respuestas de los sujetos, de expresiones relacionadas con el agrado o desagrado, de las respuestas fisiológicas o de las acciones hacia el objeto de actitud (Ajzen y Cote, 2008). Existen diferentes formas de medida para evaluar las actitudes (ítems, instrumentos multi-ítems, medidas implícitas, medidas de respuestas corporales o latencia de respuesta), siendo las más comunes y operativas las escalas multi-ítems o escalas de actitudes (Lima, 2002), que infieren las actitudes a partir de un conjunto de respuestas con relación al objeto de estudio (Ajzen, 2002).

Las *Escalas de actitudes hacia el tabaco, el alcohol y otras drogas* (García del Castillo y López-Sánchez, 2003), son tres instrumentos constituidos por 13 ítems cada uno, adaptados de otros instrumentos utilizados en investigaciones anteriores (García-Rodríguez, 1986; García-Rodríguez y López-Sánchez, 1994), con respuesta en formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que abarca desde muy en desacuerdo hasta muy de acuerdo. Las escalas de actitudes utilizadas en nuestra investigación, fueron estudiadas originalmente en muestras españolas de adolescentes con edades comprendidas entre los 11 y los 14 años.

Los resultados permitieron encontrar estructuras factoriales de tres componentes en cada una de las escalas, con valores de saturación de los ítems superiores a 0,40. En la escala de actitudes hacia el tabaco se definieron tres factores que explican un total de varianza explicada del 58,51%: "*Disposición actitudinal hacia el uso y consumo de tabaco*", "*Índice de desagrado hacia el tabaco*" y "*Percepción de satisfacción mediante el uso del*

tabaco". En la escala de actitud con relación al alcohol, los tres factores explican una varianza de 64,09%: "Disposición actitudinal hacia el uso y consumo de alcohol", "Índice de desagrado hacia el alcohol" y "Percepción de satisfacción mediante el uso del alcohol". La escala de actitud con relación a otras drogas explican una varianza de 59,33% con los factores: "Predisposición actitudinal hacia el uso y consumo de otras drogas", "Percepción de satisfacción de las drogas" y "Percepción de riesgo que implica el consumo de drogas". En todas las escalas se obtuvieron valores adecuados de fiabilidad test-retest ($r > 0,4$, $p < 0,01$). Las dimensiones referidas se obtuvieron en función de la suma de los ítems. Con una puntuación más alta podemos observar una actitud más favorable al mantenimiento de la salud (García del Castillo, López-Sánchez, Segura y García del Castillo-López, 2012).

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Debido a los pocos estudios psicométricos de escalas de actitudes con relación al tabaco, alcohol y otras drogas en Portugal, se pretende con este estudio adaptar estos instrumentos para la población portuguesa, utilizando análisis factoriales exploratorios y confirmatorios para una mayor precisión de los resultados.

MÉTODO

ESTUDIO I

PARTICIPANTES

La muestra del estudio recoge a un total de 329 alumnos de Bachillerato del norte del país, 34,8% del primer año, 12,1% del segundo año y 53,0% del tercer año. La distribución por sexos es de un 38,6% ($n = 127$) de sexo masculino y un 61,4% ($n = 202$) del sexo femenino, con edades comprendidas entre los 15 y 22 años ($M = 16,86$; $DT = 1,19$). Son estudiantes de las áreas Científico-Humanística (44,2% del área de Ciencias y Tecnologías, 23,6% Ciencias Sociales y Humanas, 6,7% Artes y 20,6% Lengua y Literatura) y Tecnológico de Administración (4,8%).

PROCEDIMIENTO

Las escalas fueron traducidas y adaptadas culturalmente. Posteriormente, fueron aplicadas junto con otros instrumentos de medida de

variables demográficas (género, edad, año de escolaridad y área) y de consumo de sustancias legales e ilegales (tabaco, bebidas alcohólicas, drogas sintéticas, marihuana, cocaína, “crack” u otras drogas ilegales). Después de la autorización por parte de la dirección de las escuelas, se aplicaron los instrumentos durante el horario lectivo normal, en espacios cedidos por los profesores. Los datos fueron codificados y analizados en el programa de tratamiento estadístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versión 15, donde se estudiaron las características psicométricas. Se realizó un análisis factorial exploratorio utilizando componentes principales y rotación *varimax*. Posteriormente se calcularon los índices de fiabilidad de cada una de las sub-escalas mediante el alfa de Cronbach.

RESULTADOS

Se presentan los resultados de las tres escalas con análisis de fiabilidad y validez.

ESCALA DE ACTITUDES HACIA EL TRABAJO

Fue utilizada la prueba de esfericidad de Bartlett y calculada la medida de Kaiser-Meyer-Olkin siendo los valores, respectivamente, de 2493,374 ($p \leq 0,001$) y 0,880, comprobando que los datos eran adecuados para el análisis factorial. De esta manera, se realizó la extracción de tres factores de los 13 ítems, de acuerdo con la versión original, que explica el 67,704% de la varianza. Como puede verse en la Tabla 1, la mayoría de los ítems presentan saturaciones muy elevadas superiores a 0,70 en los factores a los que pertenece, lo que demuestra la validez de la estructura factorial propuesta por los autores. El factor uno presenta cinco ítems con valores de saturación elevados (10, 9, 11, 13 y 12) que se refieren a la disposición actitudinal para el consumo de tabaco. El factor dos está compuesto por cuatro ítems (6, 7, 5 y 8) acerca del índice de desagrado por el consumo de tabaco. Finalmente, en el factor tres presentan una saturación más elevada cuatro ítems (2, 1, 4 y 3) relativos a la percepción de satisfacción por el consumo de tabaco.

Tabla 1. Saturación de los ítems de la Escala de Actitudes hacia el Tabaco

	Componente		
	1	2	3
ATab9 - Estaría dispuesto a comprar tabaco para mim	,840		
ATab10 - Estaría dispuesto a fumar habitualmente	,827		
ATab11 - Estaría dispuesto a fumar a quantidade de tabaco que quisier.	,826		
ATab13 - Estaría dispuesto a fumar em qualquer lugar.	,779		
ATab12 - Estaría dispuesto a dar tabaco a qualquer um.	,640		
ATab8 - Não gosto que se consuma tabaco.		,780	
ATab7 - Fico feliz quando alguém deixa de fumar.		,756	
Atab6 - O tabaco incomoda-me.		,734	
ATab5 - Desagrada-me que o tabaco exista.		,678	
ATab1 - O tabaco ajuda a relacionar com os outros.			,821
ATab2 - Fumar é sinal de maturidade pessoal.			,730
ATab4 - O tabaco ajuda a divertir.			,678
ATab3 - O tabaco provoca um grande prazer e bem-estar.			,562

El estudio de la consistencia interna permitió encontrar valores aceptables o buenos, con un $\alpha=0,762$ en la sub-escala percepción de satisfacción, $\alpha=0,824$ en el índice de desagrado y $\alpha=0,910$ en la disposición actitudinal.

ESCALA DE ACTITUDES HACIA EL ALCOHOL

En esta escala se encontraron valores adecuados para las pruebas de Bartlett y de Kaiser-Meyer-Olkin de 2191,760 ($p \leq 0,001$) y 0,861, respectivamente. Se llevó a cabo la extracción de tres factores de los 13 ítems con saturaciones superiores a 0,40, que permiten explicar el 66,23% de la varianza. Posteriormente se procedió a la extracción de factores que, en su mayoría, contenían los ítems de las sub-escalas de la versión original (Tabla 2). En el factor uno encontramos valores elevados de saturación de los cuatro ítems que se re-

fieren al índice de descontento por el alcohol (2, 1, 3, 4) y el ítem 13 (de la sub-escala actitud de predisposición para el uso y consumo de alcohol). En el factor dos son agrupados los ítems de la sub-escala actitud de predisposición para el uso y consumo de alcohol (6, 5, 7, 11 y 10) y en el factor tres los ítems relativos a la predisposición para la acción contra el consumo de alcohol (8, 12 y 9).

Tabla 2. Saturación de los ítems de la Escala de Actitudes hacia el Alcohol.

	Componente		
	1	2	3
AA2 - Não gosto que exista o álcool	,897		
AA1 - O álcool não deveria existir	,869		
AA3 - Fico feliz quando se proíbe de beber álcool	,845		
AA4 - Detesto as bebidas alcoólicas	,791		
AA13 - Estaria disposto a comprar álcool para o meu uso e dos meus amigos	,670		
AA6 - Estaria disposto a consumir álcool a qualquer hora		,835	
AA5 - Estaria disposto a ser um consumido habitual de álcool		,794	
AA7 - Estaria disposto a consumir álcool para me relacionar melhor com os outros		,768	
AA10 - Estaria disposto a embebedar-me perante um problema grave		,664	
AA11 - Estaria disposto a beber álcool com os(as) amigos(as) sempre que possa		,612	
AA8 - Estaria disposto a convencer os outros sobre os perigos das bebidas alcoólicas			,813
AA12 - Estaria disposto a impedir que uma criança beba álcool			,686
AA9 - Estaria disposto a colaborar em qualquer campanha contra as bebidas alcoólicas			,633

En términos de fiabilidad, observamos una consistencia interna aceptable en el factor tres con un $\alpha=0,603$, y buenos valores en las dimensiones

predisposición para el uso con un $\alpha=0,823$ ($\alpha=0,819$ si el ítem 13 fuese eliminado) e índice de desagrado con un $\alpha=0,913$.

ESCALA DE ACTITUDES HACIA OTRAS DROGAS

También en la escala de actitudes hacia otras drogas, los valores de la prueba de Bartlett y Kaiser-Meyer-Olkin son de 2606,906 ($p \leq 0,001$) y 0,918 respectivamente, asegurando que los datos son adecuados para el análisis factorial. Los 13 ítems agrupados en tres factores permiten explicar el 69,101% de la varianza. Posteriormente se procedió a la extracción de factores que, en su mayoría, contenían los ítems que componían las escalas en la versión original (Tabla 3). En el primer factor encontramos valores más elevados de saturación de los seis ítems de la sub-escala actitud de predisposición para el uso y consumo de otras drogas (10, 9, 8, 13, 11 y 12). En el segundo factor, los tres ítems de la sub-escala percepción de riesgo (5, 6 y 4) y el ítem 1 (originalmente de la sub-escala percepción de satisfacción por el consumo de drogas). En el tercer factor encontramos valores más elevados de saturación en los restantes tres ítems de la sub-escala de percepción de satisfacción por el consumo de drogas (7, 2 y 3).

Tabla 3. Saturación de los ítems de la Escala de Actitudes hacia otras Drogas

	Componente		
	1	2	3
AD9 - Estaría disposto a procurar drogas a qualquer hora.	,877		
AD10 - Estaría disposto a consumir o tipo de droga que me ape-teça.	,869		
AD11 - Estaría disposto a consumir drogas perante um problema grave.	,852		
AD13 - Estaría disposto a comprar drogas para o meu uso e dos meus amigos	,803		
AD12 - Estaría disposto a experimentar drogas	,790		
AD8 - Estaría disposto a consumir drogas.	,783		
AD5 - As drogas são uma praga e uma doença.		,820	
AD6 - As drogas geram infelicidade.		,764	
AD4 - As drogas matam.		,744	

AD1 - As drogas produzem infelicidade.		,658	
AD2 - As drogas em pequenas quantidades não produzem dano na saúde.			,741
AD3 - As drogas são fonte de diversão e prazer.			,709
AD7 - As drogas são a "chispa" da vida.			,518

En el estudio de fiabilidad, observamos una consistencia interna aceptable en el factor tres, relativo a la percepción de satisfacción por el consumo de drogas con un $\alpha=0,674$ ($\alpha=0,659$ sin el ítem 1), y buenos valores en la percepción de riesgo con un $\alpha=0,745$ y actitud de predisposición para el uso y consumo de otras drogas con un $\alpha=0,940$.

ESTUDIO II

Después de un estudio exploratorio, se efectuaron un conjunto de análisis factoriales confirmatorios con la utilización de una nueva muestra para disipar las posibles dudas de los análisis anteriores.

PARTICIPANTES

La muestra está constituida por 443 alumnos de los cursos de Bachillerato (Generales, Tecnológicos y Profesionales), correspondiendo el 44,2% al primer año ($n = 196$), el 29,8% al segundo año ($n = 132$) y el 26,0% al tercer año ($n = 115$). Los sujetos de la muestra tenían edades comprendidas entre los 14 y los 21 años ($M = 16,32$, $DT = 1,101$), 44,5% del sexo femenino ($n = 196$) y 55,5% del sexo masculino ($n = 244$).

PROCEDIMIENTO

Los instrumentos utilizados en el estudio uno fueron usados nuevamente para esta muestra de adolescentes. Los datos se recogieron en el aula en horas cedidas por los profesores, previa autorización de la dirección de los colegios y de los padres, y analizados con el programa de tratamiento estadístico SPSS, versión 15, y *Analysis of Moment Structures* (AMOS), versión 16. Con el programa AMOS se realizaron las pruebas de análisis factorial confirmatorio, considerando como índices de ajuste de los modelos χ^2 no significativo, χ^2/gl inferior a 3, *Comparative Fit Index* (CFI) superior a 0,90, *Parsimony Comparative Fit Index* (PCFI) superior

a 0,60 y *Root Mean Squared Error of Approximation* (RMSEA) hasta 0,10 (Klein, 1998). Para el estudio de validez del constructo de las escalas se utilizó el SPSS (versión 15) a través del estudio de diferencias y correlaciones con el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

RESULTADOS

Los resultados del análisis confirmatorio permitieron encontrar soluciones aceptables en las tres escalas, aunque con ajustes. Se probaron inicialmente los modelos originales en aquellos casos que se encontraron índices de ajuste no aceptables y posteriormente se realizaron los análisis necesarios para conseguir buenos índices de ajuste de los modelos. En la escala de actitudes hacia el tabaco observamos un valor de χ^2 (62) = 196,784, $p < 0,001$, $\chi^2 / gl = 3,174$, CFI = 0,959, PCFI = 0,654 e RMSEA = 0,070 (con un intervalo de confianza de 90% = 0,059 – 0,082), valores que podemos considerar ajustados. En la escala de actitudes hacia el alcohol, observamos valores que no permitían asegurar un ajuste razonable, con valores de χ^2 (62) = 279,140, $p < 0,001$, $\chi^2 / gl = 4,502$, CFI = 0,926, PCFI = 0,622 e RMSEA = 0,089 (con un intervalo de confianza de 90% = 0,079 – 0,100). De acuerdo con los datos del análisis exploratorio, se calcularon nuevos modelos, por una parte saturando el ítem 13 en el factor relativo al índice de desagrado del alcohol y, por otra, eliminando el ítem. Los mejores valores de ajuste se observaron eliminando este ítem, con un χ^2 (51) = 178,895, $p < 0,001$, $\chi^2 / gl = 3,508$, CFI = 0,951, PCFI = 0,622 e RMSEA = 0,076 (con un intervalo de confianza de 90% = 0,064 – 0,088). También en la escala de actitudes hacia otras drogas, el modelo original presentó valores débiles, con un χ^2 (62) = 373,916, $p < 0,001$, $\chi^2 / gl = 6,031$, CFI = 0,912, PCFI = 0,621 e RMSEA = 0,107 (con un intervalo de confianza de 90% = 0,097 – 0,118). Los mejores valores se observaron con el ítem 1 en el segundo factor, con χ^2 (62) = 243,337, $p < 0,001$, $\chi^2 / gl = 3,925$, CFI = 0,949, PCFI = 0,646 e RMSEA = 0,082 (con un intervalo de confianza de 90% = 0,071 – 0,093).

VALIDEZ DEL CONSTRUCTO

Para facilitar la presentación de los resultados, optamos por articularlos desde tres puntos distintos: en relación al sexo y la edad; entre factores de protección y resistencia, auto-regulación y consumos de sustancias (tabaco, alcohol y drogas ilegales); y entre factores de protección y resistencia con auto-regulación.

El análisis de los resultados permitió observar diferencias de género en todas las dimensiones, siendo las niñas las que presentan puntuaciones más elevadas en las diferentes sub-escalas, lo que revela una actitud más positiva al mantenimiento de la salud. Analizando las actitudes con relación a la edad, se verificó una correlación negativa entre la actitud de predisposición ($r=-0,141$, $p=0,003$) y la percepción de riesgo con relación al consumo de drogas ($r=-0,096$, $p=0,047$).

Con respecto al consumo hay diferencias significativas en las diferentes dimensiones de las escalas en función de la experiencia del consumo de sustancias ($p<0,01$). En todas las dimensiones los adolescentes que experimentaron con tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, crack u otras drogas ilegales presentan actitudes más favorables al mantenimiento de la salud (Tabla 4).

Tabla 4. Diferencias de actitudes en función de la experiencia de consumo de sustancias

		Sí	No	t	gl	p
Experiencia de consumo de tabaco	Predisposición actitudinal hacia el consumo de tabaco	16,65	19,35	-10,12	376,38	0,00
	Índice de desagrado hacia el consumo de tabaco	11,69	13,85	-7,89	431	0,00
	Percepción de satisfacción por consumo de tabaco	13,68	15,25	-8,29	411,35	0,00
Alguna experiencia de consumo de alcohol	Predisposición actitudinal hacia el consumo de alcohol	18,43	22,08	-7,60	72,77	0,00
	Índice de desagrado hacia el consumo de alcohol	8,29	12,16	-7,90	58,97	0,00
	Percepción de satisfacción por consumo de alcohol	9,00	10,04	-3,60	434	0,00

Experiencia de consumo de marihuana	Predisposición actitudinal hacia el consumo de drogas	15,82	22,36	-6,68	27,39	0,00
	Percepción de riesgo hacia el consumo de drogas	7,85	10,46	-4,69	27,99	0,00
	Percepción de satisfacción por consumo de drogas	9,23	12,70	-7,23	407	0,00
Experiencia de consumo de cocaína, crack u otras drogas ilegales	Predisposición actitudinal hacia el consumo de drogas	16,93	22,47	-6,80	41,97	0,00
	Percepción de riesgo hacia el consumo de drogas	8,30	10,50	-4,82	43,58	0,00
	Percepción de satisfacción por consumo de drogas	9,73	12,75	-7,43	407	0,00

Con respecto a la intensidad del consumo de tabaco, encontramos relaciones negativas en la disposición actitudinal para el consumo ($r=-0,548$, $p<0,01$), índice de desagrado ($r=-0,417$, $p<0,01$), percepción de satisfacción por el consumo ($r=-0,382$, $p<0,01$) y en el total de la escala ($r=-0,488$, $p<0,01$). La misma relación se verificó en el consumo de alcohol, con una relación negativa entre el número de veces en que se emborracharon y la actitud de predisposición para el uso y consumo ($r=-0,457$, $p<0,01$), predisposición para la acción contra el consumo ($r=-0,399$, $p<0,01$) e índice de desagrado ($r=-0,152$, $p=0,002$) y actitud total ($r=-0,473$, $p<0,01$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente trabajo tiene como objetivo presentar los estudios de adaptación de las escalas de actitudes hacia el tabaco (García del Castillo et al., 2012; López-Sánchez, Garcia-Rodriguez, Mira y Estévez, 2000), el alcohol

(García del Castillo et al., 2012; Garcia-Rodriguez y López-Sánchez, 2001) y otras drogas (García del Castillo et al., 2012; López-Sánchez, Garcia-Rodriguez, Mira y Estévez, 2000) en población portuguesa (ver Anexo). Se trata de tres instrumentos diferentes, validados en población de adolescentes españoles que han mostrado unas buenas propiedades psicométricas (García del Castillo et al., 2012).

De acuerdo con los datos presentados en el estudio uno, encontramos los tres componentes actitudinales utilizando un análisis factorial exploratorio, con valores de varianza explicada idénticos (y en algunos casos superiores) a las versiones originales de las escalas. También los valores de fiabilidad los podemos considerar adecuados. No obstante, en las escalas de actitudes hacia el alcohol y otras drogas, uno de los ítems (en cada instrumento) presentó valores de saturación más elevado en un componente que no se corresponde con el original. En concreto el ítem 13 de la escala de actitud hacia el alcohol, así como el caso del ítem 1 de la escala de actitud hacia otras drogas. Pensamos que las diferencias culturales podrían explicar estos resultados, suponiendo que el ítem “estaría dispuesto a comprar alcohol para mi uso y el de mis amigos” se prestaría a una interpretación distinta en función de si se entiende como predisposición hacia el consumo o si se orienta hacia una mera disposición de uso, y en el caso del ítem “las drogas producen infelicidad” puede haber sido entendido en la muestra portuguesa como más próximo a la percepción de riesgo (de consecuencias emocionales negativas) que a la percepción de satisfacción. Además, siendo el único ítem invertido de esa sub-escala puede haber contribuido a una saturación más elevada en el segundo componente. En términos de consistencia interna de las escalas el cambio de los ítems no produjo efectos significativos en la fiabilidad.

Para poder aclarar posibles dudas y llegar a una versión de las escalas más fiable y válida, se utilizó un análisis factorial confirmatorio. Esta es una aplicación específica de ecuaciones estructurales muy útiles para la validación y mejora de las escalas así como una optimización en el proceso de construcción o adaptación de escalas (Batista-Fogueta, Coenders y Alonso, 2004; MacCallum y Austin, 2000). Desde estos análisis, se probaron los modelos originales de todas las escalas y se analizaron los modelos alternativos en las escalas de actitudes hacia el alcohol y otras drogas, debido a las dudas que se observaron en el primer estudio. Los mejores indicadores para la escala de actitudes hacia el tabaco se obtuvieron con el

modelo original, pero en las restantes escalas los mejores índices se observaron en los modelos alternativos. Los resultados obtenidos nos llevaron a confirmar como mejor alternativa la eliminación del ítem 13 en la escala de actitudes hacia el consumo de alcohol y la alteración del ítem 1 de la escala de actitudes hacia otras drogas perteneciente a la sub-escala percepción de satisfacción (donde originalmente era un ítem invertido) ubicándose en la sub-escala de percepción de riesgo en la adaptación portuguesa.

Basándonos en estas versiones de las escalas, se estudiaron las diferencias o relaciones con variables demográficas, a saber sexo y edad, y experiencia de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Se encontraron diferencias en las actitudes con relación al consumo en la variable sexo, siendo las niñas las que presentan puntuaciones más elevadas en cuanto al mantenimiento de la salud (Holmila y Raitasalo, 2005; Kauffman, Silver y Poulin, 1997) y una correlación negativa de las actitudes en relación con la edad en dos de las sub-escalas de actitudes hacia otras drogas, coincidiendo parcialmente con los resultados de Moral y Ovejero (2005). Los resultados permitieron, observar diferencias en las actitudes en función de la experiencia e intensidad del consumo, lo que puede implicar que los instrumentos nos permitan discriminar las actitudes contrarias al consumo entre los adolescentes que aun no han consumido. Aunque este sea un estudio ex-post facto, presenta coincidencias con otros estudios que sugieren la asociación entre actitudes más permisivas y consumo de sustancias (Carvalho, 1986; Garcia del Castillo, López-Sánchez y Quiles, 2006; Jiménez, Díaz y Ruiz, 2006; Moral y Ovejero, 2003).

Podemos concluir que observamos una buena adaptación de las escalas de actitudes en la población portuguesa de acuerdo con los indicadores de validez interna y externa y fiabilidad. Las relaciones con la experiencia y consumo, de acuerdo con la literatura, sugieren el poder discriminatorio de las medidas. No obstante, el trabajar con muestras de conveniencia del norte del país, implicaría la necesidad de llevar a cabo nuevos estudios que corroboren los resultados encontrados. Se sugiere, por lo tanto, la adecuación de los instrumentos para la investigación en el ámbito de las actitudes, aunque consideramos necesario trabajar con muestras más diversificadas, representativas de diferentes grupos y con más indicadores de consumo, para que se pueda estudiar el valor predictivo de las escalas. Este aspecto parece particularmente pertinente para profundizar en el estudio de las actitudes en población adolescente.

REFERENCIAS

- Ajzen I. (2001). Nature and operations of attitudes. *Annual Reviews Psychology*, 52 (1), 27-58.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl y J. Beckmann (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 116-39). Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2002). Attitudes. In R. Fernandez Ballesteros (Ed.), *Encyclopedia of psychological assessment* (Vol. 1, pp. 110-115). London: Sage Publications
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology and Health*, 26 (9), 1113-1127.
- Ajzen, I. y Cote, N.G. (2008). Attitudes and the prediction of behavior. In W.D. Crano y R. Prislin (Eds.), *Attitudes and attitude change* (pp. 289-311). New York: Psychology Press.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (2000). Attitudes and the Attitude-Behavior Relation: Reasoned and Automatic Processes. *European Review of Social Psychology*, 11(1), 1-33.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. In D. Albarracín, B. T. Johnson, y M. P. Zanna (Eds.), *The handbook of attitudes* (pp. 173-221). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Albers, E. C., Santangelo, L. K., McKinlay, G., Cavote, S. y Rock, S. L. (2002). Gender, grade, and ethnic differences in student attitudes and perception of harm. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 1(2), 41-53.
- Batista-Fogueta, J.M., Coendersb, G. y Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*, 122(Supl. 1), 21-7.
- Botvin, G.J. y Botvin, E.M. (1992), Adolescent tobacco, alcohol, and drug abuse: prevention strategies, empirical findings, and assessment issues. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13, 290-301.
- Carvalho, J.N. (1986). Atitudes e consumo de tabaco, álcool e droga: implicações para a prevenção. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 2, 89-95.
- Cid-Monckton, P. y Pedrão, L.J. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19, 738-745.

- Eagly, A. y Chaiken, S. (1998). Attitude structure and function. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske and G. Lindzey (eds), *The Handbook of Social Psychology* (4th ed., Vol. 1, pp. 269-322). New York:McGraw-Hill
- Espada, J. P., Mendez, F. X., Griffin, K. W. y Botvin, G. J. (2003). Adolescencia: Consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 84, 9-17.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- García del Castillo, J.A., López-Sánchez, C. y Quiles, M.C. (2006). Consumo de alcohol, actitudes y valores en una muestra de estudiantes universitarios de la provincia de Alicante. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 6 (2), 149-159.
- García del Castillo, J.A., López-Sánchez, C., Segura Díez, M.C. y García del Castillo-López, A. (2012). Estilos de vida y Salud: Promoción y Prevención. En M.C. Terol, Y. Quiles y V. Pérez-Jover (coords), *Manual de Evaluación Psicosocial en contextos de Salud*. Madrid: Pirámide.
- García-Rodríguez, J.A. (1986). *Modelado y Resolución de problemas en la prevención de las drogodependencias*. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia.
- García-Rodríguez, J.A. y López-Sánchez, C. (1994). *Información y consumo de drogas: Escolares y padres de la Comunidad de Ibi*. Alcoy: Ayuntamiento de Ibi.
- García-Rodríguez, J.A. y López-Sánchez, C. (2001). Medida de las actitudes en la prevención de las drogodependencias. In J.A. García-Rodríguez y C. López-Sánchez (coord.). *Manual de estudios sobre alcohol*. Madrid: EDAF.
- González, A. M., Jiménez, S.B. y Rubio, J. M., (2004) Consumo de alcohol y factores relacionados con el contexto escolar en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9 (92), 205-226.
- Hardeman, W., Johnston, M., Johnston, D. W., Bonetti, D., Wareham, N. J. y Kinmonth, A. L. (2002). Application of the Theory of Planned Behaviour in behaviour change interventions: A systematic review. *Psychology and Health*, 17,123-158.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 64-105.
- Holmila, M., y Raitasalo, K. (2005). Gender differences in drinking: why do they still exist? *Addiction*, 100 (12), 1763-1769.
- Inglés, C. J., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M. S., Espada, J. P., Garcia-Fernández, J. M., Hidalgo, M. D. y Garcia-Lopez, L. J., (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 403-420.

- Jiménez, M.V., Díaz, F. V. y Ruiz, C.S. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18(1), 52-58.
- Jiménez-Muro, A., Beamonte, A., Marqueta, A., Gargallo, P. y Nerín de la Puerta, I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adiciones*, 21(1), 21-28.
- Kauffman, S., Silver, P. y Poulin, J. (1997). Gender differences in attitudes toward alcohol, tobacco, and other drugs. *Social Work*, 42(3), 231-241.
- Klein, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.
- Lima, L. P. (2002). Atitudes: Estrutura e mudança. In J. Vala y M. B. Monteiro (coords.). *Psicologia Social* (pp. 187-225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- López-Larrosa, S. y Rodríguez-Arias, L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573.
- López-Sánchez, C., García del Castillo, J.A., Mira, J.J. y Estévez, C. (2000) Validación de escalas de actitudes hacia el tabaco, el alcohol y otras drogas. In J. Fernández, J. Herrero y A. Bravo (ed.). *Intervención psicosocial y comunitaria: la promoción de la salud y la calidad de vida* (pp.283-286). Madrid: Biblioteca Nueva.
- MacCallum, R.C. y Austin, J.T. (2000). Application of structural equation modeling in psychological research. *Annual Review of Psychology*, 51, 201-226.
- Moral, M.V. y Ovejero, A. (2003). Actitudes ante el consumo de sustancias psicoactivas y mentalidades del usuario en adolescentes de Secundaria. *Entemu*, 15, 151-175.
- Moral, M.V. y Ovejero, A. (2005) Análisis diferencial por niveles de edad de las actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Revista Interamericana de Psicología*, 39 (3), 325-338.
- Pimentel, C.E., Coelho Júnior, L.L. y Aragão, T (2009). Atitudes frente ao uso de álcool, maconha e outras drogas: verificando relações de predição e mediação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (1), 29-35.
- Sussman, S., Unger, J. B. y Dent, C. W. (2004). Peer group self-identification among alternative high school youth: A predictor of their psychosocial functioning five years later. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 9-25.

ANEXOS

Escalas de atitudes em relação ao tabaco, álcool e drogas

(García del Castillo et al., 2012)

De seguida irás encontrar algumas questões relativas ao consumo de substâncias.

Responde de acordo com o grau em que concordas com cada uma delas.

DF	D	N	C	CF
Discordo fortemente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Concordo fortemente

Escala de Atitudes em Relação ao Tabaco (EART)					
1. O tabaco ajuda a relacionar com os outros.	DF	D	N	C	CF
2. Fumar é sinal de maturidade pessoal.	DF	D	N	C	CF
3. O tabaco provoca um grande prazer e bem-estar.	DF	D	N	C	CF
4. O tabaco ajuda a divertir.	DF	D	N	C	CF
5. Desagrada-me que o tabaco exista.	DF	D	N	C	CF
6. O tabaco incomoda-me.	DF	D	N	C	CF
7. Fico feliz quando alguém deixa de fumar.	DF	D	N	C	CF
8. Não gosto que se consuma tabaco.	DF	D	N	C	CF
9. Estaria disposto a comprar tabaco para mim	DF	D	N	C	CF
10. Estaria disposto a fumar habitualmente	DF	D	N	C	CF
11. Estaria disposto a fumar a quantidade de tabaco que quiser.	DF	D	N	C	CF
12. Estaria disposto a dar tabaco a qualquer um.	DF	D	N	C	CF
13. Estaria disposto a fumar em qualquer lugar.	DF	D	N	C	CF

Escala de Atitudes em Relação ao Álcool (EARA)					
1. O álcool não deveria existir	DF	D	N	C	CF
2. Não gosto que exista o álcool	DF	D	N	C	CF
3. Fico feliz quando se proíbe beber álcool	DF	D	N	C	CF
4. Detesto as bebidas alcoólicas	DF	D	N	C	CF
5. Estaria disposto a ser um consumido habitual de álcool	DF	D	N	C	CF
6. Estaria disposto a consumir álcool a qualquer hora	DF	D	N	C	CF
7. Estaria disposto a consumir álcool para me relacionar melhor com os outros	DF	D	N	C	CF
8. Estaria disposto a convencer os outros sobre os perigos das bebidas alcoólicas	DF	D	N	C	CF
9. Estaria disposto a colaborar em qualquer campanha contra as bebidas alcoólicas	DF	D	N	C	CF
10. Estaria disposto a embebedar-me perante um problema grave	DF	D	N	C	CF
11. Estaria disposto a beber álcool com os(as) amigos(as) sempre que possa	DF	D	N	C	CF
12. Estaria disposto a impedir que uma criança beba álcool	DF	D	N	C	CF
Escala de Atitudes em Relação a outras Drogas (EARD)					
1. As drogas provocam tristeza	DF	D	N	C	CF
2. As drogas em pequenas quantidades não prejudicam a saúde.	DF	D	N	C	CF
3. As drogas são um meio para a diversão e para o prazer.	DF	D	N	C	CF
4. As drogas matam.	DF	D	N	C	CF
5. As drogas são uma praga e uma doença.	DF	D	N	C	CF
6. As drogas geram infelicidade.	DF	D	N	C	CF
7. As drogas são a "chama" da vida.	DF	D	N	C	CF
8. Estaria disposto a consumir drogas.	DF	D	N	C	CF
9. Estaria disposto a procurar drogas a qualquer hora.	DF	D	N	C	CF
10. Estaria disposto a consumir o tipo de droga que me apeteça.	DF	D	N	C	CF
11. Estaria disposto a consumir drogas perante um problema grave.	DF	D	N	C	CF
12. Estaria disposto a experimentar drogas	DF	D	N	C	CF
13. Estaria disposto a comprar drogas o meu uso e dos meus amigos	DF	D	N	C	CF

RELACIÓN DEL SISTEMA FAMILIAR Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL ADOLESCENTE QUE CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS

RELATIONSHIP OF THE FAMILY SYSTEM AND ADOLESCENT SELF-CARE CAPACITY TO CONSUME ALCOHOLIC BEVERAGES

Lidia García Ortiz¹ y Leticia Casique Casique²

¹Docente de la carrera de enfermería de la División de Bienestar y Desarrollo Regional del Centro Universitario del Sur. Universidad de Guadalajara (México).

²Docente del Departamento de Enfermería y Obstetricia de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías del Campus Celaya-Salvatierra. Universidad de Guanajuato (México).

(Received/Recibido: 04/05/2012

Accepted/Aceptado: 20/06/2012)

RESUMEN

El consumo de alcohol se inicia en la etapa adolescente y puede propiciar múltiples problemas, como el bajo rendimiento escolar, abandono de

Correspondencia

Lidia García Ortiz.

Docente de la carrera de enfermería de la División de Bienestar y Desarrollo Regional del Centro Universitario del Sur. Universidad de Guadalajara.

Tel 013 41 41 3 61 83 ó 341 8863694

E-mail: lidia.garcia@cusur.udg.mx, lidia_garcia_@hotmail.com

Guadalajara. México.

sus estudios, embarazos no deseados, dificultades familiares y accidentes automovilísticos, que los puede llevar a la muerte. Además el consumo de alcohol puede ser la puerta de entrada a otro tipo de adicciones. (Instituto Nacional de Estadística, 2006) Analizar la relación del Sistema Familiar y la Capacidad de Autocuidado del adolescente, ayuda a enfermería a diseñar e implementar estrategias preventivas en salud y abordar el fenómeno del consumo de bebidas alcohólicas entre adolescentes, para disminuir las complicaciones físicas y psicológicas provocadas por el alcohol.

Palabras clave: Adolescente, consumo de alcohol, Capacidad de Autocuidado, Sistema Familiar.

ABSTRACT

Alcohol use begins in adolescence and can lead to lot of problems, including lower performance school, academics desertion, unwanted pregnancies, family difficulties and automobile accidents, which can lead to death. Although the consumption of alcohol can be the easy way to other addictions. (National Institute of Statistics, 2006) Analyze the relationship of the family system and adolescent self-care abilities, helps you design and implement nursing preventive health strategies and focus on the research phenomenon of alcohol consumption among adolescents, to reduce physical and psychological complications caused by alcohol.

Keywords: Adolescent, alcohol consumption, self-care abilities, family system.

INTRODUCCIÓN

La Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS, 2009) definen a los adolescentes como la población entre los 10 a 19 años de edad, y mencionan, que es el grupo de población más sano, el que utiliza menos servicios de salud y es uno de los grupos de edad en el que se presentan menos defunciones. Además, es donde se inicia la exposición a factores de riesgo como sexo inseguro, consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Martínez et al., (2003) mencionaron que de las etapas de la vida, la ado-

lescencia representa una de las más críticas, por su carácter transicional ya que el adolescente experimenta cambios biológicos, psicológicos, sexuales y sociales que ejercen presión sobre él para la satisfacción de necesidades básicas y de realización, que ponen en riesgo la estabilidad emocional.

Durante su socialización el adolescente comparte algunos supuestos con sus pares, en relación al consumo de alcohol y las consecuencias positivas que este proporciona, es decir, lo que los jóvenes desean y esperan que el alcohol produzca y desarrolle, la facilidad de expresar sus emociones; alegría, euforia, superación de la timidez y mejoría del estado de ánimo. Sin embargo, no aceptan que el consumo de alcohol tenga consecuencias negativas y no toman consciencia sobre las repercusiones personales, como por ejemplo: intoxicación etílica, pérdida de la consciencia y voluntad entre otros. De ahí viene la conceptualización que tiene el adolescente sobre el consumo de alcohol, que las consecuencias negativas no existen, y que solo existen los efectos positivos, ante dicho argumento el adolescente consume mayor cantidad de alcohol en menos tiempo (más de 0.09 gl en una hora, o dos bebidas) (Valderrama, 2009).

Pasqualini y Llorens (2010) indicaron que cuando una persona inicia el consumo de bebidas alcohólicas durante la etapa adolescente es más probable que con el tiempo exacerbe el consumo, por lo que es importante analizar los contextos familiares y sociales donde crece y se desarrolla el adolescente. Alvarado (2008) menciona que cuando algún miembro de la familia consume alcohol; como consecuencia todos enferman, es decir, unos consumiendo dicha sustancia y otros preocupados (estresados) por tratar de evitar que el dependiente siga consumiendo alcohol. Además paradójicamente, la familia afectada por la adicción, termina produciendo un sistema de conductas que apoyan al desarrollo de la adicción, a esto se le llama codependencia. Es decir que un ambiente familiar alcohólico va formando en los niños un carácter adictivo, este sistema familiar representa un riesgo para el adolescente ya que puede facilitar el desarrollo de adicciones o de relaciones no saludables en el futuro. Así mismo Bertalanffy (2006) señaló que, dentro de la familia la conducta de cada sujeto, estará relacionada e influenciada con la de los otros miembros, puesto que la familia es la célula en que las personas resuelven sus necesidades de protección, compañía, alimento y cuidado de la salud desde la infancia hasta la adolescencia. Cabe aclarar que los patrones comportamentales de cada sujeto, en todo caso, serán sostenidos y reforzados por

el Sistema Familiar.

En México el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2006) señaló en base a la Encuesta Nacional de Salud (ENSA), que los adolescentes tienen su primer contacto con las bebidas alcohólicas durante su socialización; pues se ha reportado que la prevalencia del consumo de alcohol, en jóvenes de 10 a 19 años es del 11%. Resalta el hecho que el 10% de los adolescentes comienzan a consumir alcohol a partir de los 15 años exacerbándose en el trascurso de los años; dado que la prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes asciende al 31%. Para términos legales se ha establecido límites permisibles para los adultos, más no para los adolescentes. La OPS mencionó que cualquier consumo de alcohol durante la etapa de la adolescencia se considera abusivo, ya que la dependencia a esta sustancia adictiva afecta no solo la salud física, mental, social y económica de quien la padece, sino también de la familia; pues se ha determinado que el alcohólico genera comportamientos agresivos y destructivos, contra sí mismo, y contra los demás miembros de la familia, lo que provoca ansiedad, miedo y depresión dentro del núcleo familiar (OPS/OMS, 2009).

En Ciudad Guzmán el consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes ha provocado consecuencias negativas. El Servicio Médico Forense (SEMEFO) en el período comprendido de enero a diciembre del año 2007, realizó un estudio en el estado de Jalisco, por municipios y de acuerdo a las muertes provocadas por el consumo de alcohol, en Ciudad Guzmán se encontró un índice de mortalidad del 11.6% en el grupo de 25 a 29 años, en el grupo de menores, el más afectado es de 15 a 19 años con el 5.4%. El estudio reveló que los accidentes son el principal tipo de muerte y es asociada a las sustancias adictivas, ya que el 25.5% de los cadáveres registrados en el Servicio Médico Forense, resultaron positivos a alguna sustancia adictiva, y el género que prevaleció fue el masculino con relación al femenino, con un índice de masculinidad de 4/1. Estos resultados fueron informados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones en Jalisco (SIS-VEA, 2005). Cabe mencionar que la población de Ciudad Guzmán es de 97.750 habitantes y de estos 9.819 corresponden a los adolescentes de entre 15 a 19 años, además se tiene evidencia de que 7.508 adolescentes de 15 a 17 años asisten a la escuela (INEGI, 2010). Para contextualizar mejor a Ciudad Guzmán, podemos establecer que es preponderantemente una ciudad urbana y el principal polo de desarrollo de la región, sur-sureste de Jalisco,

donde se pueden identificar cinco clúster de desarrollo: producción láctea, producción de madera, industria del maíz, servicios turísticos y servicios médicos (Macías, 2003).

En base a la problemática de consumo de alcohol en esta población y los efectos negativos que repercuten en la población adolescente, se estableció analizar la relación entre el sistema familiar y la capacidad de autocuidado del adolescente que consume bebidas alcohólicas en Ciudad Guzmán, Jalisco, con base en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem, que describe y explica como la enfermera puede ayudar a las personas a fortalecer sus capacidades de autocuidado (Orem, 1993). Aunado a este referente teórico, la práctica comunitaria de enfermería se ha destacado por su capacidad de liderazgo en la comunidad, impulsando el cuidado, con enfoque holístico, basado en los conceptos de universalidad, solidaridad y pluralismo, bajo los principios de equidad, calidad y eficiencia, mediante intervenciones innovadoras, preventivas que contribuyen al logro de la salud de la población (Medina, 2006).

METODOLOGÍA

PARTICIPANTES

El estudio fue cuantitativo, correlacional, no experimental, transversal y prolectivo. Se realizó en Ciudad Guzmán, Jalisco, durante el periodo de mayo 2009 a noviembre de 2010. El universo estuvo conformado por 9.819 adolescentes de 15 a 19 años, que representa el 10.22% de esta población (INEGI, 2005).

La muestra se calculó mediante la fórmula para poblaciones finitas, con un nivel de confianza del 95% y un error relativo máximo de 0.05%. El muestreo fue probabilístico, proporcional al número de adolescentes de 15 a 19 años, por Área Geográfica Estadística Básica (AGEB).

Se consideró como criterios de inclusión que los adolescentes tuvieran entre 15 y 19 años de edad, que fueran solteros, originarios de Ciudad Guzmán y que tuvieran antecedentes de haber consumido bebidas alcohólicas (1 copa en el último año). Dando como resultado una muestra de 320 adolescentes.

INSTRUMENTOS

Se elaboró un instrumento ex profeso denominado LECGOL-2009 que consta de tres apartados: El primer apartado corresponde a datos de identificación, el cual detalla el perfil del adolescente que consume bebidas alcohólicas (edad, género, escolaridad, ocupación, religión, con quién viven, edad de inicio del consumo de alcohol, número de veces de consumo por semana, así como número de bebidas por ocasión y bebida más común de consumo). El segundo apartado es una escala para valorar el sistema familiar, y el tercer apartado es una escala para valorar la capacidad de autocuidado en el adolescente que consume bebidas alcohólicas.

El primer apartado "datos de identificación" consta de 10 ítems; 5 de opción múltiple, 2 ítems con opción dicotómica y tres preguntas abiertas. En el segundo apartado valora el Sistema Familiar del adolescente que consume bebidas alcohólicas contiene 32 ítems. En el tercer apartado se valora la Capacidad de Autocuidado en el adolescente que consume bebidas alcohólicas, contiene 24 ítems.

Los apartados dos y tres contienen subdivisiones donde se valoran los aspectos de comunicación, ejercicio, manejo de estrés, alimentación, descanso y sueño, esparcimiento, promoción de la salud y educación en salud. Mediante una escala tipo likert con los siguientes valores: nunca =0, rara vez=1, algunas veces=2 casi siempre= 3 y siempre=4.

Se realizó una prueba piloto a 32 adolescentes (éstos no fueron parte de la muestra de investigación), se utilizó una prueba psicométrica con Alfa de Cronbach. El resultado para el apartado de Capacidad de Autocuidado fue de .903 y para el apartado de Sistema Familiar .940

PROCEDIMIENTO

De acuerdo a la Norma Técnica en Investigación 313 para la presentación de proyectos e informes técnicos de Investigación en las Instituciones de Salud (Salud, 1988). Se presentó el protocolo de investigación ante la comisión de investigación y ética de la Región Sanitaria VI Ciudad Guzmán, donde se realizó el estudio de investigación. También fue presentado ante el Comité de Investigación de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya Salvatierra. Posteriormente a la autorización del protocolo, se llevaron a cabo las estrategias para la recolección de la información en la comunidad, a través de la visita domiciliaria, se identificaron los adolescentes que cumplían con los

requisitos de inclusión. Se recabó por escrito la anuencia del adolescente y el consentimiento válidamente informado de los padres y se aplicó el instrumento LECGOL-2009 a los adolescentes que consumen bebidas alcohólicas. Vale la pena resaltar que durante la recogida de la información se pudo constatar que los padres saben y consienten que sus hijos consuman bebidas alcohólicas, existe gran tolerancia social hacia esta conducta ya que la propia familia consume alcohol en las celebraciones y festividades acostumbradas. Razón por la cual no fue difícil identificar a estos adolescentes y que los padres otorgaran el permiso para que sus hijos contestaran el cuestionario de manera individual. Por su parte la enfermera visitadora conversaba con la familia dando tiempo a que el adolescente contestara sin presión la encuesta y plasmara su forma de pensar y sentir.

ANÁLISIS DE DATOS

Posteriormente se realizó el análisis en el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 18. Se aplicó estadística descriptiva univariada en el que se calcularon frecuencias, porcentajes, máximos, mínimos y D.E. lo que permitió la descripción de las variables, al igual que un análisis bivariado utilizando pruebas paramétricas. Para la prueba de hipótesis se utilizó *r* de Pearson y coeficiente de determinación, se estableció como valor de $p < 0.05$

RESULTADOS

La muestra, estuvo conformada por 320 adolescentes entre 15 y 19 años que consumían bebidas alcohólicas en Ciudad Guzmán. El 21.9% de los adolescentes pertenecen al grupo de edad de 18 años, seguido del 20.3% de los adolescentes de 16 años. En cuanto al género el 53.8% de los adolescentes de la muestra correspondió al género femenino, el 64.4% de los adolescentes son estudiantes. En cuanto a la religión el 89.7% refirieron profesar la religión católica. Y el 90% de los adolescentes provienen de una familia nuclear.

En la Tabla 1 se describen algunas características del consumo de bebidas alcohólicas.

Tabla 1. Características del consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes

Variable	V mínimo	V máximo	X	+ DE
Edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas	8 años	19 años	15.5 años	1.649
Número de veces que consume bebidas alcohólicas a la semana	0 veces	8 veces	1.07 veces	1.068
Número de bebidas alcohólicas consumidas por ocasión	1 bebida	24 bebidas	3.19	2.797

Fuente: LECGOL-2009

n= 320

En cuanto al tipo de bebidas alcohólicas consumidas con mayor frecuencia el 51.3% de los adolescentes señalaron que ingieren cerveza y el 48.8% de los adolescentes mencionaron que ingieren las bebidas preparadas. En relación al tipo de bebidas se observó que no existe suficiente diferencia entre la cerveza y las bebidas preparadas, este fenómeno permite observar que los adolescentes tienen acceso a todo tipo de bebidas alcohólicas.

En los resultados obtenidos en el presente estudio, se identificó que 235 adolescentes, el (73.4%) gozan de un sistema familiar protector, que lleva a cabo todas sus funciones básicas, por lo que se le considera una estructura organizada, que genera un ambiente sano y propicio para el desarrollo de personas sanas. Y solo 85 adolescentes (26.6%) posee un sistema familiar de riesgo, es decir que no lleva a cabo todas las funciones básicas y se puede desprender de este sistema familiar un ambiente que no genere las condiciones adecuadas que le permitan formar hijos sanos física, mental y socialmente.

Dentro del Sistema Familiar protector en la subdivisión de comunicación se identificaron 252 adolescentes el (78.8%) que se comunicaron con sus padres y éstos le preguntan acerca de sus problemas en forma continua, los padres aceptan conversar con sus hijos de múltiples cosas personales así como sus problemas.

En la subdivisión ejercicio se identificaron 225 adolescentes (70.3%) a los cuales sus padres explican los beneficios del ejercicio y apoyan a sus hijos para que realicen su deporte favorito.

En la subdivisión manejo del estrés a 150 adolescentes (46.9%) sus

padres les ayudan a identificar cuáles son las fuentes que provocan estrés y buscan alternativas para su manejo a través de la ayuda profesional. Sin embargo el 53.1 de los adolescentes presentan un sistema familiar de riesgo. En la subdivisión manejo de la alimentación 247 adolescentes (77.2%) dicen que su familia sí los alimenta en forma nutritiva y adecuada, que les determinan alimentos nutritivos y en algunas ocasiones les restringen algunas bebidas. En la subdivisión manejo de descanso y sueño 192 adolescentes (60%) dice que su familia determina horarios de sueño, disponen de un ambiente tranquilo y relajado, y evitan alimentos que puedan interrumpir el sueño, como el café y algunas infusiones que puedan alterar su sistema nervioso. En la subdivisión de esparcimiento 230 adolescentes (71.9%), dice que su familia procura horas de esparcimiento (diversión y convivencia juntos) asisten a fiestas y reuniones familiares juntos, celebran cumpleaños, aniversarios y eventos religiosos.

En la subdivisión de promoción de la salud 282 adolescentes (88.1%), mencionaron que sus padres los lleva a controles para el cuidado de la salud con el médico, psicólogo, de manera periódica, además le dan continuidad a los tratamientos prescritos para recuperar la salud.

En la subdivisión de educación en salud 219 adolescentes el (68.4%), indicaron que sus padres informan sobre los riesgos en salud por accidentes, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, adicción alcohol y tabaco etc., así como sus repercusiones en salud.

Por otra parte en el Sistema Familiar de riesgo no se lleva a cabo todas sus funciones básicas, por lo que se le considera una estructura desorganizada, que genera un ambiente inadecuado y propicio para riesgos a la salud de los adolescentes. En la Tabla 2 se puede identificar las dimensiones del Sistema Familiar.

Tabla 2. Dimensiones del Sistema Familiar del adolescente que consume bebidas alcohólicas

Variable	Sistema Familiar de Riesgo		Sistema Familiar Protector	
	f	%	F	%
Comunicación	68	21.3	252	78.8
Ejercicio	95	29.7	225	70.3
Manejo del estrés	170	53.1	150	46.9
Alimentación	73	22.8	247	77.2
Descanso y sueño	128	40.0	192	60.0

Esparcimiento	90	28.1	230	71.9
Promoción a la salud	38	11.9	282	88.1
Educación en salud	101	31.6	219	68.4

Fuente: LECGOL-2009

n= 320

En los resultados del presente estudio se encontró que 270 adolescentes que consume bebidas alcohólicas, el 84.4% señalaron tener altas Capacidades de Autocuidado. Es decir, que el propio adolescente es capaz de cuidar de sí mismo y satisfacer sus necesidades. Y 50 adolescentes que consume bebidas alcohólicas (15.6%), señalaron tener bajas Capacidades de Autocuidado (Tabla 3). Sin embargo, es importante describir cuál es el nivel de conocimientos que posee el adolescente de cada una de estas dimensiones, el nivel de habilidades y lo motivado que se encuentre para llevarlas a cabo en el cuidado de su salud.

Tabla 3. Dimensiones de la Capacidad de Autocuidado del adolescente que consume bebidas alcohólicas

Variable	Inadecuados o bajos		Adecuados o alto	
	f	%	F	%
COMUNICACIÓN				
Conocimientos	73	22.8	247	77.2
Habilidades	86	26.9	234	73.1
Motivaciones	150	46.9	170	53.1
EJERCICIO				
Conocimientos	87	27.2	233	72.8
Habilidades	79	24.7	241	75.3
Motivaciones	122	38.1	198	61.9
MANEJO DEL ESTRÉS				
Conocimientos	122	38.1	198	61.9
Habilidades	79	24.7	241	75.3
Motivaciones	132	41.3	188	58.3
ALIMENTACIÓN				
Conocimientos	138	43.1	182	56.9
Habilidades	207	64.7	113	35.3
Motivaciones	149	46.6	171	53.4
ALIMENTACIÓN				
Conocimientos	75	23.4	245	76.6
Habilidades	121	37.8	199	62.2

Habilidades	150	46.9	170	53.1
Motivaciones	91	28.4	229	71.6
DESCANSO Y SUEÑO	58	18.1	262	81.9
Conocimientos	115	35.9	205	64.1
Habilidades	117	36.6	203	63.4
Motivaciones	51	15.9	269	84.1
ESPARCIMIENTO	52	16.3	268	83.8
Conocimientos	98	30.6	222	69.4
Habilidades	110	34.4	210	65.6
Motivaciones	55	17.2	265	82.8
PROMOCIÓN A LA SALUD	89	27.8	231	72.2
Conocimientos	96	30	224	70
Habilidades	111	34.7	209	65.3
Motivaciones	175	54.7	145	45.3
EDUCACIÓN EN SALUD	76	23.8	244	76.3
Conocimientos	148	46.3	172	53.8
Habilidades	48	15.0	272	85.0
Motivaciones	112	35.0	208	65.0

Fuente: LECGOL-2000

n= 320

Para la prueba de hipótesis, se utilizó la prueba r de Pearson para la correlación de las variables total Sistema Familiar y total Capacidad de Autocuidado del adolescente que consume bebidas alcohólicas (Tabla 4).

Tabla 4. Correlación de Pearson entre la Capacidad de Autocuidado y el Sistema Familiar del adolescente que consume bebidas alcohólicas.

	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	Valor de p
Total Sistema Familiar	0.702**	.000
Total Capacidad de Autocuidado	0.702**	.000

**La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Fuente: LECGOL-2000

n= 320

Las correlaciones entre las variables del estudio; Sistema Familiar y Capacidad de Autocuidado del adolescente que consume bebidas alcohólicas se encontró una correlación de 0.70 con una significancia de $p < 0.000$. Por tal motivo se acepta la hipótesis de investigación, es decir que existe una estrecha relación entre el Sistema Familiar y la Capacidad de Autocuidado, y que dicha correlación es alta y positiva; lo que significa que al mejorar el Sistema Familiar con actividades que fomenten los valores, la comunicación asertiva, el esparcimiento, aumentara la Capacidad de Autocuidado del adolescente. El coeficiente de determinación es de 0.49, es decir que el Sistema Familiar explica en un 49% la variabilidad del autocuidado. El otro 51% puede ser explicado por otros factores que influyen en el fenómeno del autocuidado.

DISCUSIÓN

El consumo de bebidas alcohólicas es el principal problema de adicción en Jalisco, ya que casi siete de cada 10 jóvenes de entre 12 y 17 años han ingerido alcohol alguna vez en la vida, siendo la edad de inicio promedio 12.6 año (Instituto Nacional de Psiquiatría, 2009).

Mientras que en el presente estudio se observó que la edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas entre los adolescentes de Ciudad Guzmán (Jalisco) es de 8 años, con una media a los 15 años; dato que llama la atención, ya que la media de inicio del consumo de alcohol entre los adolescentes en Jalisco es de los 11 años según el Instituto Nacional de Salud Pública (Encuesta Nacional en Adicciones, 2008).

Ante el fenómeno del consumo de alcohol en los adolescentes Silverman (2000) señaló que la familia desempeña un papel fundamental para explicar la aparición de conductas inadaptadas en los hijos, también mencionó que los padres en forma consciente o inconsciente son la fuerza más poderosa en la vida de sus hijos. De ahí la importancia de identificar la estructura de la familia, ya que de acuerdo a Silverman a través del papel que desempeña la familia se puede identificar las conductas de los hijos. En este estudio se encontró que el 90% los adolescentes que consumen bebidas alcohólicas poseen un Sistema Familiar nuclear, compuesto

por padre, madre y hermanos, seguido del 8.2% que poseen un Sistema Familiar extenso, compuesto por padre o madre y los hijos. Para estimar la funcionalidad de la familia durante éste estudio fue necesario evaluar las funciones a través del adolescente que consume bebidas alcohólicas, donde se reportó que el 73.4% posee un Sistema Familiar protector, y el 26.6% mencionó tener un Sistema Familiar de riesgo. Sin embargo estos resultados muestran que el Sistema Familiar protector no es una garantía para que el adolescente no consuma bebidas alcohólicas, mientras que el Sistema Familiar de riesgo si puede garantizar que el adolescente adopte conductas de riesgo a la salud.

Además, resalta el hecho que aún cuando el adolescente reporto un Sistema Familiar protector consume bebidas alcohólicas; esta situación se puede interpretar que los padres si están enterados y asientan que sus hijos consuman bebidas alcohólicas de manera “natural” de ahí surge la pregunta ¿serán conscientes del peligro? Además se tiene la influencia de los medios masivos de comunicación, pues hoy en día está de moda que en eventos deportivos en los partidos de fútbol se anuncien cervezas; entonces, el ingerir bebidas alcohólicas se asocia con el deporte. Por tal motivo, se señala que los medios masivos de comunicación asocian una conducta inadecuada en salud, en forma atractiva, por ejemplo algo tan saludable como es el deporte lo patrocinan grandes empresas trasnacionales que se dedican a la venta de bebidas alcohólicas; donde se fomenta el deporte a través del consumo de éstas. Es por ello que el fenómeno de su consumo es complicado de atender por la intervención de dichas empresas. El perfil epidemiológico del consumo de alcohol descrito anteriormente refleja la importancia de la investigación en este campo de las drogas, pero sobre todo la importante necesidad de que padres e hijos reconozcan los daños a la salud que provoca el consumo de bebidas alcohólicas. Esta problemática en salud, para la profesión de enfermería, es una oportunidad de mejora, ya que permite identificar cuál es el déficit de autocuidado para apoyar y fortalecer las capacidades de cuidado.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos mostraron que en Ciudad Guzmán (Jalisco), la edad de inicio de bebidas alcohólicas es a los 8 años de edad, y ésta es

menor que la reportada en el estado de Jalisco, por lo que la oportunidad para que la enfermería intervenga con acciones educativas se deberá de iniciar de manera más temprana, abordar al niño y familia desde la comunidad, el entorno familiar y la escuela con los docentes y sensibilizar a las personas a cerca de las repercusiones de que conlleva el consumo de alcohol.

En relación al género no hay diferencia entre los adolescentes que consumen bebidas alcohólicas, ya que ambos géneros las consumen libremente. El abordaje de enfermería a este grupo de edad no tiene límites, la enfermería guiará o dirigirá al adolescente para potenciar las capacidades de autocuidado.

Se corroboró que los adolescentes de entre 15 y 17 años de edad, exacerbaban el consumo de bebidas alcohólicas, por lo que el papel de enfermería deberá estar enfocado a brindar apoyo, ya sea físico o psicológico. En este aspecto también se comprobó que el adolescente presenta déficit de conocimientos, habilidades y motivaciones para afrontar y tolerar el estrés.

La constitución de la familia del adolescente corresponde a un Sistema Familiar nuclear en un 90%. Y de estos el 73.4% de los adolescentes poseen un Sistema Familiar protector, además es importante resaltar que el 53% de los adolescentes mencionaron que su familia no conoce sus fuentes de estrés. Por lo que no han recibido apoyo para desarrollar técnicas para disminuir el estrés, tampoco han buscado apoyo profesional para el manejo del mismo. De tal manera que las intervenciones de enfermería, deberán de estar diseñadas para involucrar a todos los miembros de la familia, y potenciar sus capacidades de autocuidado y así disminuir factores condicionantes del consumo de alcohol.

El consumo de alcohol se asocia con las limitaciones que tiene el adolescente en su desenvolvimiento social, influida por las determinaciones socioculturales, razón por la cual deben fortalecerse las habilidades sociales y los valores del mismo. La relación con las áreas de estado emocional, familia, educación, relación con el grupo de pares y determinantes socioculturales, son factores de riesgo de consumo de alcohol en el adolescente, que resaltan la importancia del cuidado preventivo, tendiente a fomentar conductas adaptativas y asertivas, como la realización de ejercicio, la convivencia sana con familia y amigos, fortaleciendo sus habilidades para rechazar o evitar el consumo de alcohol.

El 40% de los adolescentes señalaron que en relación con el descanso y

sueño, su familia no determina horarios de sueño, y que no hay restricciones con algunas bebidas estimulantes previo a la hora de acostarse. El 31.6% de los adolescentes señaló que su familia no le ha informado sobre las consecuencias del consumo de alcohol, tampoco le han preguntado: ¿Porque lo consumes? Aquí el cuidado preventivo de enfermería consiste en apoyo educativo a cerca de las medidas higiénicas del descanso y sueño, para que las propias personas desarrollen las capacidades y propicien entornos adecuados y saludables.

La Capacidad de Autocuidado en general se reportó que es alta con un 84.4%, sin embargo se identificó déficit de autocuidado en las habilidades de cada una de las subdivisiones. Este punto viene a confirmar la necesidad de que desde la enfermería se potencien los conocimientos, habilidades y motivaciones de las personas para aumentar la capacidad de autocuidado.

Se encontró correlación positiva entre el Sistema Familiar y la Capacidad de Autocuidado del adolescente que consume bebidas alcohólicas, en relación con el estado emocional, familia, educación, relación con el grupo de pares y determinantes socioculturales, que son factores de riesgo de consumo de alcohol en el adolescente, dato que destaca la importancia de la intervención educativa de enfermería, tendiente a fomentar el déficit de autocuidado para disminuir los factores de riesgo en los adolescentes, basados en técnicas participativas y de aplicación preferiblemente escolar, antes del inicio de consumo de bebidas alcohólicas.

La población adolescente sujeto de este estudio, presenta un problema de salud pública importante que debe ser abordada inmediatamente, ya que de no acortar el daño, puede limitar el desarrollo físico, social y emocional del adolescente. Por lo que el abordaje de esta problemática deberá de ser una experiencia comunitaria compartida que ayudará al fortalecimiento de los actores: adolescentes, padres de familia, docentes, líderes de la comunidad, autoridades y profesionales de enfermería al realizar investigación y generar evidencia que apoya al cuidado de salud de la población.

REFERENCIAS

Economía, I. (25 de junio de 2005). *Censo de Población y Vivienda*. Recuperado el

13 de agosto de 2008, de <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=23824>

Arroyo, H. A. (Compilado por Pasqualini, D. y Llorens, A.) (2010). *Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.

Instituto Nacional de Estadística (2006). *Estadísticas a propósito del día Internacional de la juventud datos nacionales*. México: INEGI.

Instituto Nacional de Psiquiatría (02 de septiembre de 2009). *Consejo Estatal Contra las Adicciones CECAJ*. Recuperado el 10 de Octubre de 2009, de <http://cecaj.jalisco.gob.mx/index.html>

Macias , M. A. (2003). Los Clusters económicos en Zapotlan el Grande, Jalisco, como medios potenciales para alcanzar el desarrollo sustentable. *Redalyc.org*, 15.

Martinez, J.L., Fuentes, F., Ramos, M. y Hernández, A. (2003). Consumo de drogas en la adolescencia: importancia del afecto y la supervisión parental. *Psicothema*,15(2), 161-166.

Medina, L. O. (2006). Enfermeras y cuidados comunitarios en el mundo. *60 Congreso de la AEC Simposium Internacional de Enfermería Comunitaria*, (pág. 11). Valencia.

OPS/OMS, O. P. (03 de Agosto de 2009). *Salud y desarrollo del adolescente*. Obtenido de OMS Publicaciones : http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_frontpage&Itemid=&lang=es

Orem , D. E. (1993). *Conceptos de Enfermería en la práctica*. Barcelona: Salvat.

Pública (13 de Enero de 2008). *Encuesta Nacional de Adicciones (ENA)*. Recuperado el 03 de junio de 2009, de Bebidas con alcohol: http://www.conadic.gob.mx/interior/menu_superior/investigacion_y_estadistica/enc_nal_adicciones_2002.html

Salud (1988). Norma Técnica 313 . En S. D. Investigación, *Presentación de Proyectos e informes técnicos de Investigación en las instituciones de atención a la salud*. (pág.

98). México : Secretaría de Salud.

Silverman, S. M. (2000). Prevención del uso indebido de drogas: la comunidad en acción. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 29(2), 103-108.

SISVEA, S. d. (2003 de junio de 2005). *Informe de las adicciones*. Obtenido de <http://www.jalisco.gob.mx/organismos/cecaj/Documentos/librosisvea2007a.pdf>

Valderrama, J.C. (9 de Septiembre de 2009). *Unidad de conductas adictivas*. Obtenido de Consumo de Alcohol área : <http://www.saludalia.com>

Von, L. B. (2006). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

1. Health and Addictions/Salud y Drogas aceptará trabajos de carácter empírico con rigor metodológico y trabajos de naturaleza teórica o de revisión, que estén relacionados con los objetivos generales de la revista.
2. Sólo se publicaran artículos inéditos, no admitiéndose aquéllos que hayan sido publicados total o parcialmente, ni los que estén en proceso de publicación. Se admitirán trabajos en español e inglés.
3. Los trabajos tendrán una extensión máxima de 30 páginas incluidas figuras, tablas e ilustraciones, con interlineado doble, por una sola cara, con márgenes de 3 cm y numeración en la parte superior derecha.
4. Para la preparación de los manuscritos deben seguirse a las normas de publicación de la APA (Publication Manual of the American Psychological Association, 2009, 6ª edición).
5. En la primera página aparecerá el título en español e inglés, los nombres y filiación de los autores y la dirección para correspondencia sobre el artículo. Se incluirá un título abreviado compuesto por un máximo de 8 palabras. En la segunda y tercera página se incluirá un resumen en español e inglés no superior a 200 palabras, y un máximo de cinco palabras clave. Las figuras y tablas (una en cada hoja) irán al final del manuscrito y deberán estar numeradas correlativamente, indicándose su ubicación en el texto.
6. Los artículos constarán de los epígrafes característicos de la investigación científica a) Título, b) Resúmenes en español e inglés. c) Texto organizado en 1) Introducción 2) Método 3) Resultados 4) Discusión 5) Referencias.

Ejemplos de citación.

a) Para *libros*:

Autor, Iniciales y Autor, Iniciales. (Año). *Título del libro* (en cursiva). Ciudad: Editorial.

Ejemplo: Klingemann, H. y Sobell, L. C. (2007, in press). *Promoting self-change from addictive behaviors: Practical implications for policy, prevention, and treatment*. New York: Springer.

b) Para *capítulos de libros*:

Autor, Iniciales y Autor, Iniciales. (año). Título del capítulo. En Iniciales Apellidos autor (Ed.), *Título del libro en cursiva* (pp. páginas del capítulo). Ciudad: Editorial.

Ejemplo: Sobell, L. C. (2007). The phenomenon of self-change: Overview and key issues. En H. K. Klingemann y L. C. Sobell (Eds.). *Promoting self-change from addictive behaviors: Practical implications for policy, prevention, and treatment*. New York: Springer.

c) Para revistas:

Autor, Iniciales y Autor, Iniciales. (año). Título del artículo. *Nombre de la revista en cursiva, volumen en cursiva*, páginas.

Ejemplo: Secades-Villa, R., García Fernández, G., García-Rodríguez, O., Álvarez Carriles, J. C., y Sánchez Hervás, E. (2008). Rendimiento neuropsicológico de pacientes en tratamiento por adicción a la cocaína. *Salud y drogas*, 8(1), 11-28.

En caso de duda respecto al formato, consultar las normas de estilo del *Publication Manual of the American Psychological Association*

7. Los artículos se remitirán por correo electrónico a: haaj@haaj.org
8. Los manuscritos se revisarán anónimamente por dos expertos independientes. En caso de conflicto se enviarán a un tercer revisor. Con el fin de mantener dicho anonimato, el nombre y filiación de los autores aparecerán únicamente en la primera página. Los autores evitarán que el texto contenga claves o sugerencias que los identifiquen.
9. Tras la recepción del manuscrito se dará acuse de recibo del trabajo al primer autor, enviando respuesta de aceptación o rechazo en un plazo máximo de 2 meses. Eventualmente la aceptación definitiva podría depender de mejoras o modificaciones del trabajo que los consultores o el consejo editorial proponga al autor.
10. Si se acepta un trabajo para su publicación, los derechos de impresión y de reproducción por cualquier forma y medio pasan a ser de la revista *Health and Addictions/Salud y Drogas*, que no rechazará cualquier petición razonable por parte de los autores para obtener el permiso de reproducción de sus contribuciones.
11. Las opiniones expresadas en los artículos son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen la opinión y política científica de la revista. Las actividades descritas en los trabajos publicados estarán de acuerdo con los criterios generalmente aceptados de ética, tanto por lo que se refiere a experimentación animal como humana, así como en todo lo relativo a la deontología profesional.