

DIRECTOR  
José A. García del Castillo Rodríguez  
*Universidad Miguel Hernández*

#### CONSEJO EDITORIAL

---

Aizpiri Díaz, Javier  
*Medicina Psicoorgánica de Vizcaya (España)*  
Castaño Pérez, Guillermo Alonso  
*Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)*  
Cuesta Cambra, Ubaldo  
*Universidad Complutense de Madrid (España)*  
Dias, Paulo C.  
*Universidade Católica Portuguesa (Portugal)*  
Fernández Hermida, José Ramón  
*Universidad de Oviedo (España)*  
Inglés Saura, Cándido  
*Universidad Miguel Hernández (España)*  
Latorre Postigo, José Miguel  
*Universidad de Castilla-La Mancha (España)*  
Llopis Llacer, Juan José  
*Universidad Jaume I de Castellón (España)*  
Pascual Pastor, Francisco  
*Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana (España)*  
Pérez de Arróspide, Jesús A.  
*Fundación Vivir sin Drogas (España)*  
Pérez Gálvez, Bartolomé  
*Hospital Universitario de Sant Joan d'Alacant (España)*  
Sanchís Fortea, Manuel  
*Hospital Psiquiátrico de Bétera (España)*  
Secades Villa, Roberto  
*Universidad de Oviedo (España)*

#### COMITÉ CIENTÍFICO

---

Bayés Sopena, Ramón  
*Universidad Autónoma de Barcelona (España)*  
Becoña Iglesias, Elisardo  
*Universidad de Santiago de Compostela (España)*  
Beneit Montesinos, Juan Vicente  
*Universidad Complutense de Madrid (España)*  
Bobes García, Julio  
*Universidad de Oviedo (España)*  
Botvin, Gilbert J.  
*Weill Medical College Cornell Univ. (USA)*  
Brackett, Marc. A.  
*Yale University (USA)*  
Burkhart, Gregor  
*Observatorio Europeo sobre Drogas (Portugal)*  
Castel-Branco Goulao, Joao  
*Instituto da Droga e da Toxicoddependência (IDT) (Portugal)*  
Castel-Branco Goulao, Joao  
*Instituto da Droga e da Toxicoddependência (IDT) (Portugal)*  
Echeburúa Odriozola, Enrique  
*Universidad del País Vasco (España)*  
Faggiano, Fabricio  
*Università del Piemonte Orientale (Italia)*  
Gardner, Eliot L.  
*Albert Einstein College of Medicine (USA)*  
Griffin, Kenneth W.  
*Weil Medical Collage Cornell University (USA)*  
Guerra Sirera, Consuelo  
*Instituto de Investigaciones Citológicas de Valencia (España)*  
Huedo-Medina, Tania B.  
*University of Connecticut (USA)*  
Johnson, Blair T.  
*University of Connecticut (USA)*  
Leukefeld, Carl G.  
*University of Kentucky (USA)*  
López Sánchez, Carmen  
*Universidad de Alicante (España)*  
Maldonado, Rafael  
*Universidad Pompeu Fabra (España)*  
Marín, Gerardo  
*University of San Francisco (USA)*  
Méndez Carrillo, F. Xavier  
*Universidad de Murcia (España)*  
Montesinos, Luís  
*Montclair State University (USA)*  
Nájera Morrondo, Rafael  
*Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA (España)*  
Preciado, Juan  
*City University of New York (USA)*  
Rochon, Alain  
*Régie Régionale de L'Estrie (Canadá)*  
Rodríguez de Fonseca, Fernando  
*Universidad Complutense de Madrid (España)*  
Rodríguez Marín, Jesús  
*Universidad Miguel Hernández (España)*  
Singer, Merrill  
*Hispanic Health Council (USA)*  
Sobell, Linda C.  
*Nova Southeastern University de Florida (USA)*  
Sobell, Mark B.  
*Nova Southeastern University de Florida (USA)*

*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 (junio y diciembre) 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 por pares. Así mismo, cada autor recibe una copia en pdf de su artículo y pueden solicitar un ejemplar de la revista impresa a la empresa que se indica en la página Web de la revista, bajo las condiciones que se especifican.

### **Copyright y permisos**

Los derechos de impresión y de reproducción por cualquier forma y medio son de *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 contribuyentes.

### **Diseño y maquetación**

Álvaro García del Castillo López y Jesús Segarra-Saavedra

### **Indexada**

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

### **Dirección Postal**

Instituto de Investigación de Drogodependencias.

Universidad Miguel Hernández

Carretera Alicante-Valencia N 332, s/n

03550 San Joan d'Alacant. Alicante (España)

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

Web: [www.haaj.org](http://www.haaj.org)

Correo electrónico: [haaj@haaj.org](mailto:haaj@haaj.org)

ISSN: 1578-5319

ISSN-e:1988-205X

**Edita:** Instituto de Investigación de Drogodependencias. Edición impresa en papel ecológico.

## ÍNDICE

---

### 1. EDITORIAL

Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones <i>Jose A. García del Castillo</i> .....	5-14
--	------

### 2. ORIGINALES

La discapacidad en los jóvenes, ¿potencia el riesgo del uso excesivo de internet? <i>Raquel Suriá Martínez</i> .....	15-24
---	-------

Variables asociadas al uso problemático de Internet entre adolescentes <i>Antonio Rial Boubeta, Sandra Golpe Ferreiro, Patricia Gómez Salgado y Carmen Barreiro Couto</i> .....	25-38
--	-------

Relación entre consumo de drogas y asertividad sexual en una muestra de varones drogodependientes <i>Pablo Vallejo-Medina y Juan Carlos Sierra</i> .....	39-48
---	-------

Estudio comparativo del proceso de inserción social en hombres y mujeres usuarios de drogas en rehabilitación <i>Solveig Erendira Rodríguez Kuri, Alberto Javier Córdova Alcaráz y María del Carmen Fernández Cáceres</i> .....	49-54
--	-------

Efectos de la impulsividad y el consumo de alcohol sobre la toma de decisiones en los adolescentes <i>María Laura Caña, Yanina Michelini, Ignacio Acuña y Juan Carlos Godoy</i> .....	55-66
--	-------

Evaluación de un programa de prevención del consumo de sustancias psicoactivas para la infancia <i>Eliana María Hernández Ramírez</i> .....	67-78
--	-------

Consumo de Alcohol en Adolescentes del Estado de Guerrero, México <i>Juan Yovani Telumbre-Terrero y Blanca Estela Sánchez-Jaimes</i> .....	79-86
---	-------

## INDEX

---

### 1. EDITORIAL

Concept of psychosocial vulnerability in the field of health and addictions <i>Jose A. García del Castillo</i> .....	5-14
---	------

### 2. ORIGINALS

Disability in young people, increases the risk of excessive internet use? <i>Raquel Suriá Martínez</i> .....	15-24
---	-------

Variables related with problematic Internet use among adolescents <i>Antonio Rial Boubeta, Sandra Golpe Ferreiro, Patricia Gómez Salgado &amp; Carmen Barreiro Couto</i> .....	25-38
---	-------

Relationship between drug use and sexual assertiveness in a Spanish male drug-dependent sample <i>Pablo Vallejo-Medina &amp; Juan Carlos Sierra</i> .....	39-48
--	-------

A comparative study in the social integration process between male and female drug users in rehabilitation <i>Solveig Erendira Rodríguez Kuri, Alberto Javier Córdova Alcaráz &amp; María del Carmen Fernández Cáceres</i> .....	49-54
---	-------

Effects of impulsivity and alcohol consumption over decision-making among adolescents <i>María Laura Caña, Yanina Michelini, Ignacio Acuña &amp; Juan Carlos Godoy</i> .....	55-66
---	-------

Assessment of a prevention program against psychoactive substance consumption among children <i>Eliana María Hernández Ramírez</i> .....	67-78
---	-------

Alcohol consumption among adolescents from State of Guerrero, México <i>Juan Yovani Telumbre-Terrero &amp; Blanca Estela Sánchez-Jaimes</i> .....	79-86
--	-------





## CONCEPTO DE VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL EN EL ÁMBITO DE LA SALUD Y LAS ADICCIONES

### CONCEPT OF PSYCHOSOCIAL VULNERABILITY IN THE FIELD OF HEALTH AND ADDICTIONS

Jose A. García del Castillo

Universidad Miguel Hernández

#### Abstract

The concept of vulnerability has been approached from diverse disciplines, by adjusting its content and development differentially to each one to cover their respective objectives. Nevertheless the primary vulnerability pattern remains supported in the principle of threat. From the context of health and addictions is of paramount importance to develop the construct of vulnerability to cope with its impact on health problems and behaviors of both chemical and non chemical consumption. Theoretically a set of variables take part in the construction of the psychosocial vulnerability: risk, coping, resiliency, stress, bond and emotional intelligence, which modulate their configuration and make the vulnerability a risk factor or a protection factor depending on how act those variables in the final stage. From this development we can work in the construction of measurement instruments to quantify objectively the amount of psychosocial vulnerability among people in order to be capable of creating preventive programs. The conceptual approach of psychosocial vulnerability can be a useful tool against disease processes and substance consumption, as well as prevention of others non chemical addictions.

*Keywords: psychosocial vulnerability, concept, addictions, prevention*

#### Resumen

El concepto de vulnerabilidad ha sido abordado desde diferentes disciplinas, ajustando su contenido y desarrollo diferencialmente a cada una de ellas para poder cubrir sus respectivos objetivos. No obstante el patrón primario de la vulnerabilidad se sigue apoyando en el principio de amenaza. Desde el contexto de la salud y las adicciones es de primordial importancia desarrollar el constructo de vulnerabilidad para poder hacer frente a su impacto en los problemas de salud y en los comportamientos de consumo químico y no químico. Teóricamente intervienen en la construcción de la vulnerabilidad psicosocial una serie de variables: riesgo, afrontamiento, resiliencia, estrés, apego e inteligencia emocional, que modulan su configuración, consiguiendo que finalmente la vulnerabilidad se transforme en un factor de riesgo o de protección en función de cómo actúen dichas variables en la fase final. A partir de este desarrollo se podrá trabajar en la construcción de instrumentos de medida que puedan cuantificar de una forma objetiva, la cantidad de vulnerabilidad psicosocial de las personas para poder generar programas preventivos que puedan amortiguar su impacto como factor de riesgo. El planteamiento conceptual de vulnerabilidad psicosocial puede ser una herramienta útil para la prevención de procesos de enfermedad y de consumo de sustancias, así como de prevención de otras adicciones no químicas.

*Palabras clave: vulnerabilidad psicosocial, concepto, adicciones, prevención.*

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

Nos encontramos ante un concepto que desde su origen y en su evolución ha ido experimentando un desarrollo adaptado a los numerosos campos científicos que lo han ido utilizando, desde perspectivas muy distantes entre sí, como por ejemplo la antropología y la ingeniería. Ciencias como la sociología, la medicina, la psicología, entre otras muchas también lo han ido incorporando a su campo de estudio (Alwang, Siegel y Jorgensen, 2001; Heitzmann, Canagarajah y Siegel, 2002). Quizás el enfoque más primario fuera el de la geografía, donde se presta gran atención a la vulnerabilidad ante los desastres naturales. La sociología y el trabajo social, por su parte, introduce el concepto para tratar de estudiar a los grupos vulnerables ante diferentes contextos sociales y la exclusión social.

La vulnerabilidad se puede confrontar con una gran cantidad de términos con los que se solapa o se complementa, entre los que podríamos mencionar el riesgo, el afrontamiento (coping), la resiliencia, el estrés, la adaptación, la susceptibilidad, entre otros (Ruiz, 2011). Para intentar discernir la esencia del concepto podríamos analizar sucintamente alguna definición.

Una definición general es la que propone Wisner, Blaikie, Cannon y Davis (2004), que la entienden como aquellas características con las que cuenta una persona o un grupo de personas en una situación determinada, que tienen la posibilidad de influir en su capacidad de anticipación, resistir y poder recuperarse óptimamente de una amenaza.

Según Ruiz (2011, 64), desde una vertiente objetiva y global, "la vulnerabilidad se define siempre en relación con algún tipo de amenaza, sean eventos de origen físico como sequías, terremotos, inundaciones o enfermedades, o amenazas antropogénicas como contaminación, accidentes, hambrunas o pérdida del empleo". Indudablemente esta definición es globalizadora, aglutinando una gran cantidad de variables y con una orientación más colectiva. Pero no se debería utilizar el concepto en su máxima extensión como un genérico, sino que se tendría que especificar ante qué se es vulnerable y quién lo es (Graz, 2003), sobre todo, porque la vulnerabilidad se puede individualizar y cualquier persona cuenta en su haber con diferentes vulnerabilidades ante distintas cuestiones.

Para Hufschmidt (2011), también desde la geografía, el concepto de vulnerabilidad se ha convertido en un

constructo que intenta dar cabida al grado de daño ocasionado por peligros naturales para una persona, comunidad, ciudad o región.

No existe una teoría o modelo de vulnerabilidad universal, lo que nos lleva a que intentemos desarrollar en este trabajo, una aproximación del concepto de vulnerabilidad desde una perspectiva psicosocial que pueda ser aplicable al contexto de la salud y las adicciones.

## **DELIMITACIONES DEL CONCEPTO DE VULNERABILIDAD**

---

Ya hemos visto que desde la geografía y otras ciencias se reduda en la importancia de la vulnerabilidad en cuanto conjunto de riesgos hacia personas o poblaciones. Como hemos indicado anteriormente, la vulnerabilidad tiene una estrecha relación con otro grupo de variables que es necesario integrar en su construcción psicosocial y sería difícilmente comprensible sin su interrelación y, como ya hemos señalado según Ruiz (2011), está siempre en relación con alguna forma de amenaza.

Se podría definir la vulnerabilidad psicosocial en el contexto de la salud y las adicciones como el grado de susceptibilidad que tiene una persona hacia los problemas relacionados con la salud (Nichiata, Bertolozzi, Ferreira y Fracolli, 2008) y las adicciones. Otra definición es la que propone Lamas y Murrugarra (2011), como una condición que modula la probabilidad de padecer enfermedades, accidentes o lesiones autoinfligidas.

Este concepto, desde un punto de vista teórico, se construye a partir de una serie de elementos que lo fundamentan y configuran (Figura 1).

Una persona cuenta con la información que va almacenando a lo largo de su desarrollo y que contribuye a la construcción de su percepción de la realidad. Paralelamente a ello, va acumulando experiencias en su vida cotidiana que también contribuyen a esa misma construcción.

Partiendo de esa premisa, ante una persona ha de presentarse una amenaza, ya sea real, como por ejemplo una catástrofe natural, una epidemia, etc., o percibida



que, aunque se encuentre en el plano de lo subjetivo, puede generar consecuencias negativas.



Figura 1. Configuración teórica del concepto de vulnerabilidad psicosocial desde el ámbito de la salud y las adicciones

Esta forma de vulnerabilidad percibida entraría en los supuestos de que una persona se sienta especialmente vulnerable ante acontecimientos vitales sin que tercie una base real en ellos, bien porque se encuentra más débil para afrontar los riesgos, bien porque esté pasando un periodo de mayor estrés y ansiedad, desapego, proceso de enfermedad o por otros motivos inespecíficos difícilmente clasificables. Tanto la vulnerabilidad real como la percibida, pueden ser además previsibles o imprevisibles, estas últimas son predictoras de futuras vulnerabilidades según indican Alwang et al. (2001).

Hipotéticamente las variables principales que actuarán como moduladoras de la vulnerabilidad psicosocial son:

- Riesgo
- Afrontamiento
- Resiliencia
- Estrés
- Apego
- Inteligencia emocional

### Riesgo

El riesgo, entendido desde el ámbito de la salud, se puede abordar desde una vertiente real o subjetiva, así como desde una faceta individual y colectiva (García del Castillo, 2012; García del Castillo, García del Castillo-López y López-Sánchez, 2014; García del Castillo, García del Castillo-López, Dias, López-Sánchez, Gázquez, Lloret y Segura, 2015) como la posibilidad o evidencia de que el comportamiento se vea expuesto a acontecimientos que puedan provocar consecuencias negativas para la salud.

Tradicionalmente, sobre todo desde la epidemiología, el riesgo se ha utilizado en muchos estudios como sinónimo de vulnerabilidad (Nichiata, Bertolozzi, Ferreira y Fracoli, 2008). Pero podemos apreciar que no son conceptos idénticos, tal y como hemos propuesto, la vulnerabilidad es un constructo más amplio que aglutina otras variables que lo configuran entre la que se incluye el riesgo.

La vulnerabilidad real estará más en consonancia con el amenaza real y el riesgo real. De hecho la previsión de una catástrofe o epidemia predispone a asumir un grado de vulnerabilidad mayor de forma previsible. La vulnerabilidad percibida se asociará a la amenaza percibida y al riesgo percibido. Situacionalmente una persona podrá estar más vulnerable ante supuestas amenazas de su contexto. Por ejemplo un adolescente puede sentirse vulnerable ante un grupo de iguales al verse aumentada su percepción de riesgo ante el consumo de sustancias. Por otra parte, tal y como señalan Balogh, Mayes y Potenza (2013), la asunción de riesgos aumenta la vulnerabilidad a ser consumidor de sustancias.

En principio, y desde el plano teórico, la vulnerabilidad que una persona puede acumular en función del riesgo será directamente proporcional a la cantidad de exposición al mismo. Hay que tener en cuenta que en este argumento cuenta tanto el riesgo real como el subjetivo. Linealmente se podría proponer que cuanto mayor sea el riesgo, mayor será el grado de vulnerabilidad (ver Tabla 1). Cuando el riesgo percibido es alto, conseguirá que la vulnerabilidad percibida también lo sea, pudiendo reducir el grado de exposición del comportamiento para amortiguar las consecuencias negativas. Este argumento estaría en consonancia con las medidas preventivas que trabajan en el aumento de la

percepción de riesgo para disminuir la vulnerabilidad real y percibida.

### *Afrontamiento*

Las formas de afrontar los acontecimientos vitales suponen una alternativa fundamental en la mejora de la calidad de vida. Un buen aprendizaje de las estrategias de afrontamiento desde la primera infancia, es una garantía de futuro.

La definición más representativa sigue siendo la de su promotor (Lazarus, 1966), que la entiende como un proceso que se pone en marcha ante la presentación de una amenaza, independientemente de que sea percibida o real, con el único fin de intentar reducir o eliminar los conflictos emocionales que pudieran conllevar y reducir o eliminar la amenaza.

Tal y como señalan Morales-Rodríguez, Trianes, Blanca, Miranda, Escobar y Fernández-Baena (2012), cuando hablamos de afrontamiento podemos hacer una distinción entre las estrategias y los estilos. Las estrategias se refieren a aquellas acciones que se ponen en marcha a nivel cognitivo y comportamental ante situaciones de estrés. Los estilos representan un conjunto de estrategias que pueden utilizarse en diferentes situaciones de la vida y que han sido aprendidas por la experiencia personal.

Podemos comprobar que este concepto está intrínsecamente unido a otros de los que estamos manejando en la delimitación de la vulnerabilidad psicosocial, como es el estrés, que veremos más adelante, unido siempre a la amenaza real o percibida y que también tiene una relación estrecha con la resiliencia y la inteligencia emocional.

La forma o formas de afrontar una amenaza por parte de los jóvenes como grupo más expuesto a las adicciones, estará en función de estas variables además de la cantidad de riesgo que perciban de cada situación. De esta manera cuanto mejores sean las estrategias y estilos de afrontamiento ante las amenazas de consumo de sustancias u otras adicciones, menor será su grado de vulnerabilidad ante el consumo (ver Tabla 1).

### *Resiliencia*

Nos encontramos ante un concepto relativamente nuevo, pero que ha irrumpido con fuerza en el ámbito de

la prevención de adicciones. Surge del estudio de la etiología y la psicopatología fundamentalmente en niños con padres problemáticos, en estado de pobreza, con conflictos personales y de relación o una asociación de estos (Masten, 1999).

Entre las múltiples definiciones podemos destacar una de las más aceptadas, la de Garmezy, (1991), que la describe como la capacidad de recuperación y adaptación tras el abandono o incapacidad inicial ante una situación estresante. Posteriormente este mismo autor reformuló la definición describiéndola como un proceso o capacidad de conseguir alcanzar una adaptación óptima en circunstancias amenazadoras (Garmezy, 1993). Una definición algo más reciente es la que propone Rutter (2007), describiendo la resiliencia como un fenómeno mediante el cual una persona es capaz de alcanzar buenos resultados ante situaciones adversas. Según este mismo autor la resiliencia se diferencia de los conceptos tradicionales de riesgo y protección en su enfoque individual en respuesta a experiencias comparables.

Al igual que sucede con el resto de conceptos estudiados, la resiliencia se puede entender como una estrategia de afrontamiento o como una habilidad para solucionar problemas (Becoña, 2002). Asimismo está muy relacionado con el estrés, el apego y la inteligencia emocional.

Según Mrazek y Mrazek (1987), las personas con resiliencia cuentan con una serie de características que los hacen más resistentes ante la amenaza:

- Respuesta rápida ante el peligro
- Madurez precoz
- Disociación afectiva
- Búsqueda incesante de información
- Utilización de las relaciones sociales para la supervivencia
- Capacidad de imaginar un futuro positivo
- Capacidad para la toma de decisiones, incluidas las de riesgo
- Creencia de que puede ser querido por los demás

- Capacidad para identificarse con sus rivales
- Capacidad para identificar y readaptar los acontecimientos negativos
- Respuestas altruistas
- Optimismo y esperanza ante el futuro

Desde un punto de vista teórico una persona con una alta resiliencia será menos vulnerable en los procesos de enfermedad y al consumo de sustancias y otras adicciones (ver Tabla 1).

### *Estrés*

Desde los estudios más clásicos y pioneros del estrés aportados por Cannon (1927) y Selye (1936), podemos encontrar en la actualidad una gran variedad de modelos que abordan el estrés (Barraza, 2007). El estrés es definido en su origen como una respuesta vegetativa de carácter inespecífico a una amenaza (Selye, 1936), formando parte del llamado Síndrome General de Adaptación compuesto por tres fases concretas (Molina, Gutiérrez, Hernández y Contreras, 2008):

1. De alarma, cuando el cuerpo reacciona a un estímulo que provoca estrés intentando que vuelva a reestablecerse el equilibrio.
2. De resistencia, donde existe un proceso de adaptación continuada que proporciona la supervivencia de la persona.
3. De agotamiento, donde la respuesta de adaptación se interrumpe pudiendo llevar a la persona a un proceso de enfermedad.

Desde el punto de vista teórico, nos interesa el estrés psicosocial, que en principio sería el que actuaría en nuestro esquema de vulnerabilidad psicosocial desde el ámbito de la salud y las adicciones, junto con el resto de variables. Como señalan Molina et al. (2008), los términos de estrés psicológico, emocional, sociopsicológico o psicosocial pueden ser usados indistintamente, para hacer referencia al estrés generado.

Una definición que puede encuadrar el enfoque psicosocial del estrés es la que propone Lazarus (2003), enfocándolo como la interrelación que se produce entre la persona y su entorno, siendo este último percibido como amenazante hasta el punto de poner en riesgo el

bienestar. Podemos observar que este enfoque incluye la amenaza percibida como desencadenante del estrés y se le puede añadir al riesgo del bienestar, el peligro que entraña para los procesos de salud y enfermedad, así como al consumo de sustancias y otras adicciones.

Entre el concurso de un acontecimiento estresante y sus consecuencias existe un periodo crítico. Hay determinados acontecimientos vitales que pueden actuar de una forma inmediata y otros, los llamados predisponentes, son los que generan una vulnerabilidad más específica en la aparición de distintos problemas de salud (Maercker, 2004).

En nuestro esquema teórico, un mayor grado de estrés generará una mayor vulnerabilidad ante problemas de salud y adicciones (ver Tabla 1).

### *Apego*

Para conceptualizar adecuadamente el apego hay que recurrir a uno de sus máximos representantes Bolwby. Según este autor, el apego se refiere a una forma de comportamiento que tiene como consecuencia el permanecer junto a otra persona a la que se considera más capacitada para enfrentarse a la vida (Bolwby, 1989).

El concepto de apego, como los anteriores, puede tener diferentes enfoques (Asili y Pinzón, 2003), donde pueden concurrir los aspectos biológicos, en el sentido de necesidad de búsqueda de protección (Maslow, 1955), como proceso de desarrollo en la historia de vida de la persona (Tzeng, 1992), o como una forma de dependencia de los demás (Moral y Sirvent, 2009).

Podemos encontrar cuatro estilos parentales, relacionados con el apego, que pueden influir directamente en la vulnerabilidad (Parker, 1996):

1. Estilo parental del cuidado óptimo, cuyas características principales se orientan hacia una sobreprotección baja, junto con un alto cuidado.
2. Estilo parental de compulsión afectiva, donde todo es superlativo, con una muy alta sobreprotección y un cuidado excesivo.
3. Estilo parental de control sin afecto, cuyas características principales se orientan hacia una alta sobreprotección y unos cuidados bajos.

4. Estilo parental negligente, donde todo se centra en la despreocupación, con una baja sobreprotección y un bajo cuidado.

Tal y como afirman Torres y Rodrigo (2014), el perfil psicossocial que configuran los niños y jóvenes se origina en la representación que hacen de sus figuras de apego. Se construye a través de unos patrones denominados modelos operativos internos que se utilizan para la regulación, la interpretación y la anticipación de las reacciones de las figuras de apego (Bretherton y Munholland, 1999). Sus bases se asientan durante la infancia y se van desarrollando a lo largo de todo el ciclo vital (Otero, 2014). Asimismo la mayor vulnerabilidad en los problemas de conducta de los más jóvenes se configura en función de sus figuras de apego (Sroufe, Carlson, Levy, y Egeland, 1999).

Según Becoña, Fernandez del Río, Calafat y Fernández-Hermida (2014) a mayor apego entre padres e hijos, mayor protección ante el consumo de sustancias. Desde nuestro planteamiento teórico, podríamos proponer que un mayor apego reduciría la vulnerabilidad a los problemas de salud y al consumo y otras adicciones (ver Tabla 1).

#### *Inteligencia Emocional*

A partir de los postulados de Gardner (1983) sobre inteligencias múltiples, Salovey y Mayer (1990) desarrollaron el concepto de inteligencia emocional que, en principio, se podría extender de la propuesta por Gardner como inteligencia social. Los autores la definen como "la capacidad de controlar los sentimientos propios y de los otros, discriminarlos y usar esa información para guiar el pensamiento y las acciones de uno mismo" (Salovey y Mayer, 1990, 189).

Posteriormente los autores perfilan aún más su definición, añadiendo elementos que consideran fundamentales para el entendimiento del concepto: "La inteligencia emocional implica la habilidad para percibir y valorar con exactitud la emoción; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos cuando éstos facilitan el pensamiento; la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional, y la habilidad para regular las emociones que promueven el crecimiento emocional e intelectual" (Mayer y Salovey, 2007, 32).

El enfoque de inteligencia emocional también cuenta con diferentes vertientes y enfoques. El que más se puede ajustar a nuestro esquema de vulnerabilidad es el que propone Petrides (2001) con la inteligencia emocional rasgo, que la conceptualiza como "las disposiciones relacionadas con las emociones y auto-percepciones medidas a través de autoinformes, mientras que la inteligencia emocional capacidad, o capacidad cognitivo-emocional, tiene que ver con las capacidades cognitivas relacionadas con las emociones que deberían ser medidas a través de test de rendimiento máximo" (Petrides, Furnham y Mavroveli, 2007, 151).

Los autores proponen una serie de facetas en la inteligencia emocional rasgo. Puntuaciones altas en el autoinforme de inteligencia emocional se traduciría en la potenciación de estas facetas (Petrides, Furnham y Mavroveli, 2007):

- Adaptabilidad: disposición a la adaptación
- Asertividad: más sinceridad y defensa de sus derechos
- Percepción de la emoción (propia y ajena): no tienen dudas sobre los sentimientos propios o ajenos
- Expresión emocional: capacidad de expresión de sentimientos
- Gestión emocional (ajena): capacidad de influir en los sentimientos ajenos
- Regulación emocional: control de las emociones
- Impulsividad (baja): no se dejan llevar fácilmente por sus impulsos
- Relaciones: relaciones interpersonales satisfactorias
- Autoestima: seguridad en sí mismos
- Automotivación: alta tenacidad
- Competencia social: excelencia con las destrezas sociales
- Manejo del estrés: resistencia al estrés

- Empatía rasgo: facilidad en ponerse en el lugar del otro
- Felicidad rasgo: alegría y satisfacción con la vida
- Optimismo rasgo: seguridad y visión de la vida positiva

Como podemos comprobar muchas de las facetas señaladas tienen relación con las variables estudiadas en el esquema de vulnerabilidad que presentamos. Según concluye García del Castillo-López (2011), la inteligencia emocional rasgo está relacionada con el consumo de alcohol a través del apoyo social familiar y la resistencia a la presión de grupo.

En líneas generales, desde un plano teórico, podemos observar que a mayor nivel de inteligencia emocional rasgo, menor vulnerabilidad hacia problemas de salud y consumo de sustancias y otras adicciones (ver Tabla 1).

Tabla 1. Relación teórica entre las variables principales que actúan como mediadoras y moduladoras de la vulnerabilidad en el ámbito de la salud y las adicciones

Variables	
+ Riesgo	+ Vulnerabilidad
+ Afrontamiento	- Vulnerabilidad
+ Resiliencia	- Vulnerabilidad
+ Estrés	+ Vulnerabilidad
+ Apego	- Vulnerabilidad
+ Inteligencia emocional	- Vulnerabilidad

**VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL, SALUD Y ADICCIONES**

Como hemos señalado el concepto de vulnerabilidad ha sido abordado desde diferentes disciplinas, ajustando su contenido y desarrollo diferencialmente a cada una de ellas para poder cubrir sus respectivos objetivos. No obstante el patrón primario de la vulnerabilidad se sigue apoyando en el principio de amenaza, sea esta real o percibida.

Desde el contexto de la salud y las adicciones es de primordial importancia desarrollar el constructo de vulnerabilidad para poder hacer frente a su impacto en los problemas de salud y en los comportamientos de consumo, sean químicos o conductuales. De hecho ser vulnerable significaría estar más expuesto a determinados procesos de salud y enfermedad, consumo

de sustancias u otras adicciones. Teóricamente intervienen en esta exposición una serie de variables que modulan su aparición, consiguiendo que finalmente la vulnerabilidad se transforme en un factor de riesgo o de protección en función de cómo actúen estas variables en el proceso final.

Un perfil teórico de vulnerabilidad psicosocial como factor de riesgo abarcaría una exposición alta a riesgos de comportamiento de salud y consumo (baja percepción de riesgo, curiosidad por probar cosas nuevas, grupo de iguales consumidores, etc.), estilos y estrategias de afrontamiento de mala calidad (incapacidad para afrontar la presión del grupo, falta de habilidades para afrontar situaciones amenazadoras, etc.), resiliencia baja que le impide adaptarse adecuadamente a las situaciones de amenaza (respuestas lentas e inseguras ante el peligro, desinformación, incapacidad para adelantar las consecuencias, etc.), nivel de estrés alto y con dificultades para manejarlo (predisposición a ser vencido por el estrés, frustración ante la imposibilidad de superar las amenazas, etc.), figuras de apego deficientes (estilo parental negligente con bajo cuidado y baja sobreprotección, referentes de apego del grupo de iguales arriesgados y consumidores, etc.) y, por último, inteligencia emocional rasgo baja (falta de asertividad, inadaptabilidad, baja regulación emocional, deficiente percepción de las emociones, etc.).

El planteamiento conceptual de vulnerabilidad psicosocial puede ser una herramienta útil para la prevención de procesos de salud y enfermedad, así como de consumo de sustancias y otras adicciones. A partir de este desarrollo se podrá trabajar en la construcción de instrumentos de medida que puedan cuantificar de una forma objetiva, la cantidad de vulnerabilidad psicosocial de las personas para poder generar programas preventivos que puedan amortiguar la vulnerabilidad como factor de riesgo a procesos de enfermedad y de adicción.

**REFERENCIAS**

Alwang, J., Siegel, P.B. y S. Jorgensen (2001). *Vulnerability: a view from different disciplines*. Social Protection Discussion Paper, nº 0115. Washington D.C.: Banco Mundial (Disponible en [www.worldbank.org/SP](http://www.worldbank.org/SP)).



- Asili, N. y Pinzón, B.K. (2003). Relación entre estilos parentales, estilos de apego y bienestar psicológico. *Psicología y Salud*, 13(2), 215-225.
- Balogh, K.N., Mayes, L.C. y Potenza, M.N. (2013). Risk-taking and decision-making in youth: Relationships to addiction vulnerability. *Journal of Behavioral Addictions* 2(1), 1-9.
- Barraza, A. (2007). El campo de estudio del estrés: del programa de investigación estímulo-respuesta al programa de investigación persona-entorno. *Revista Internacional de Psicología*, 8(2), 1-30.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E., Fernández del Río, E., Calafat, A. y Fernández-Hermida, J.R. (2014). Apego y consumo de sustancias en la adolescencia: Una revisión de aspectos conceptuales y metodológicos. *Adicciones*, 26(1), 77-86.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Bretherton, I. y Munholland, K. (1999). Internal Working Models in Attachment Relationships: A Construct Revisited. En P.R. Shaver (Ed). *Handbook of Attachment*, 89-111. New York: The Guilford press.
- Cannon, W.A. (1927). The James-Lange theory of emotions: a critical examination and an alternation. *American Journal of Psychology*, 39, 106-124.
- García del Castillo, García del Castillo-López, Dias, López-Sánchez, Gázquez, Lloret y Segura (2015). Percepción de riesgo hacia el consumo de alcohol: Un enfoque aplicado. En J.A. García del Castillo y P.C. Dias (Coors.). *Estudios sobre o Alcool: Contributos para a Prática*. (En prensa).
- García del Castillo, J.A. (2012). Concepto de percepción de riesgo en el ámbito de las adicciones. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 12(2), 133-151.
- García del Castillo, J.A., García del Castillo-López, A. y López-Sánchez, C. (2014). La percepción de riesgo en la prevención del consumo de alcohol. M.T. Laespada (ed.). *Consumo de Alcohol entre adolescentes y jóvenes*. Bilbao: Instituto Deusto de Drogodependencias.
- García del Castillo-López, A. (2011). *Elaboración de un modelo psicosocial multidimensional explicativo del consumo de alcohol desde la inteligencia emocional*. Tesis Doctoral (inédita). Elche: Universidad Miguel Hernández.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiples intelligences*. New York: Basic Books.
- Garmezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 31, 416-430.
- Garmezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56, 127-136.
- Graz, L. (2003). *La vulnerabilidad según el cristal con que se mira*. Revista del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (Disponible en [http://www.redcross.int/ES/mag/magazine1997\\_3/2-7.html](http://www.redcross.int/ES/mag/magazine1997_3/2-7.html)).
- Heitzmann, K., Canagarajah, R.S. y Siegel, P.B. (2002). *Criterios para evaluar las fuentes del riesgo y la vulnerabilidad*. Series de Documentos de Discusión sobre la Protección Social. Washington D.C.: Banco Mundial (Disponible en [www.worldbank.org/SP](http://www.worldbank.org/SP)).
- Hufschmidt, G. (2011). A comparative analysis of several vulnerability concepts. *Nat Hazards*, 58, 621-643.
- Lamas.H. y Murrugarra, A. (2011). Vulnerabilidad psicosocial y resiliencia. Ilustrados. En línea, recuperado de <http://www.ilustrados.com/tema/9308/Vulnerabilidad-psicosocial-resiliencia-html>
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Maercker, A. (2004). Age of traumatization as predictor of post-traumatic stress disorder or major depression in young women. *British Journal of Psychiatry*, 184, 482-487.
- Maslow, A.H. (1955). Deficiency motivation and growth motivation. En M.R. Jones (Ed.): *Nebraska Symposium on Motivation*. Nebraska: University of Nebraska Press.
- Masten, A.S. (1999). Resilience comes of age: Reflections on the past and outlook for the next generation of research. En M.D. Glantz y J.L. Johnson (Eds.). *Resilience and development. Positive life adaptations* (281-296). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (2007). ¿Qué es inteligencia emocional? En J. M. Mestre y P. Fernández-Berrocal (Eds.). *Manual de inteligencia emocional*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Molina, T., Gutiérrez, A.G., Hernández, L. y Contreras, C.M. (2008). Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. *Anales de Psicología*, 24(2), 535-360.
- Moral, M.V. y Sirvent, C. (2009). Dependencia Afectiva y Género: Perfil Sintomático Diferencial en Dependientes Afectivos Españoles. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 43(2), 230-240.
- Morales-Rodríguez, F.M., Trianas, M.V., Blanca, M.J., Miranda, J., Escobar, M., Fernández-Baena, F.J. (2012). Escala de Afrontamiento para Niños (EAN): propiedades psicométricas. *Anales de Psicología*, 28(2), 475-483.
- Mrazek, P.J. y Mrazek, D.A. (1987). Resilience in child maltreatment victims: A conceptual exploration. *Child Abuse & Neglect*, 11(3), 357-366.
- Nichiata, L.Y.I., Bertolozzi, M.R., Ferreira, R. y Fraccolli, L.A. (2008). La utilización del concepto vulnerabilidad por enfermería. *Revista Latino-am Enfermagem*, 16(5). En línea, recuperado de [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- Otero, D.A. (2014). *Representaciones de apego en adultos varones drogodependientes*. Tesis de Licenciatura de Psicología. Lima: Universidad Católica del Perú.
- Petrides, K. V. (2001). *A psychometric investigation into the construct of emotional intelligence*. Unpublished doctoral dissertation, University College London.

- Petrides, K. V., Furnham, A., y Mavroveli, S. (2007). Trait Emotional Intelligence: Moving Forward in the Field of EI. In M. Zeidner y R. Roberts (Eds.), *Emotional intelligence: Knowns and unknowns* (pp. 151-166). Oxford: Oxford University Press.
- Ruiz, N. (2011). La definición y medición de la vulnerabilidad social. Un enfoque normativo. *Investigaciones Geográficas, Boletín del Instituto de Geografía, UNAM*, 77, 63-74.
- Rutter, M. (2007). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12.
- Salovey, P., y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 10, 230-231.
- Sroufe, L. A., Carlson, E. A., Levy, A. K. y Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11,1-13.
- Torres, A. y Rodrigo, M.J. (2014). La influencia del apego y el autoconcepto en los problemas de comportamiento de los niños y niñas de familias en desventaja socioeconómica. *Educatio Siglo XXI*, 32(2), 255-278.
- Tzeng, M. (1992). The effects of socioeconomic heterogamy and changes on marital dissolution for first marriages. *Journal of Marriage and Family*, 54, 609-619.





## DISABILITY IN YOUNG PEOPLE, INCREASES THE RISK OF EXCESSIVE INTERNET USE?

### LA DISCAPACIDAD EN LOS JÓVENES, ¿POTENCIA EL RIESGO DEL USO EXCESIVO DE INTERNET?

Raquel Suriá Martínez

Departamento de Comunicación y Psicología Social, Universidad de Alicante

#### Abstract

While the Internet has become a channel that promotes access to information and communication, its misuse and overuse can cause various personal and social problems.

This work compares if there is an abusive Internet use among young people with and without disabilities. It also analyzes if the type of disability may influence the excessive Internet use.

230 young people participated (102 nondisabled and 128 disabled, 77 with motor disability and 51 with sensory disability). They answered the Cuestionario de Experiencias Relacionadas con Internet (CERI)[Experiences Related to the Internet questionnaire (ERIQ)], designed to measure Internet addiction. It spread through the network for 16 weeks.

Analyses indicated that participants with disabilities, mainly the ones with motor disability showed an increased use and dependence on technology.

Although this suggests the importance for young people with disabilities of the Internet use, it also indicates that disability, especially motor disability may be a vulnerability factor for an abusive use.

*Keywords: adolescent, disability, internet, social networks, addiction.*

#### Resumen

Al tiempo que Internet se ha convertido en un canal que fomenta el acceso a la información y comunicación, su uso indebido y excesivo puede provocar distintos problemas personales y sociales.

En este trabajo se compara si existe un uso abusivo de Internet entre jóvenes con y sin discapacidad. Asimismo se comprueba si la tipología de la discapacidad puede influir en el uso excesivo de Internet.

Participaron 230 jóvenes (102 sin discapacidad y 128 con discapacidad, 77 con discapacidad motora y 51 con discapacidad sensorial). Contestaron el cuestionario "Experiencias Relacionadas con Internet", diseñado para medir la adicción a internet. Éste se difundió a través de la red durante 16 semanas.

Los análisis indicaron que los participantes con discapacidad, principalmente con discapacidad motora mostraron un mayor uso y dependencia de esta tecnología.

Aunque esto sugiere la importancia que tienen para los jóvenes con discapacidad la utilización de Internet, también indica que la discapacidad, especialmente la discapacidad motora puede ser un factor de vulnerabilidad para utilizarlo de forma abusiva.

*Palabras clave: adolescentes, discapacidad, internet, redes sociales, adicción.*

Correspondencia: Dra. Raquel Suriá Martínez  
Departamento de Comunicación y Psicología Social  
Edificio de Ciencias Sociales  
Universidad de Alicante  
Apartado 99  
E-03080, Alicante  
raquel.suria@ua.es

In recent years, a rapid interest in the study on the social impact of the Internet has been remarkable (Fowler & Christakis, 2009; Kim et al., 2010; Herrera, Pacheco, Palomar & Zavala, 2010; Subrahmanyam & Greenfield, 2008; Walther & Boyd, 2002).

The ease of access at any time of the day, low costs, elimination of barriers, rapid response and immediate rewards, make the network an attractive space that can make this medium an ideal resource for different groups, being the youth and teens the biggest users (Aboujaoude, 2010; Livingstone & Helsper, 2010; Notley, 2009; Yang & Tung, 2007).

Also, other features of this form of interaction as access to a number of a more heterogeneous and varied information, anonymity, making possible to express more freely than in face-to-face environments, or not having to travel to communicate, are certainly features that increase its use (Echeburua & Corral, 2009; Finn, 1999; Suriá & Beléndez, 2011; Wright & Bell, 2003).

These advantages that are apparent to users can be even higher in some groups (Finn, 1999; Fogel, Albert, Schnabel, Ditkoff & Neugut, 2002; Hoybye, Johansen & Tjornhoj-Thomsen, 2005; Wilson, Grizzle, Tuazon, Akyempong & Cheung, 2011), such as young people with disabilities (Pallanti, Bernardi, & Quercioli, 2006; Suriá, 2012), especially those with reduced mobility as a result of a motor disability.

The ease of access to endless information, without the limitations let young people with physical limitations changes in their life that otherwise may be difficult or even impossible for them (Finn, 1999). This has been evidenced in different areas of life such as academic (Alcantud, Avila & Romero, 2002), social (Suriá, 2012) or career (Aguado, González, Alcedo & Arias, 2003).

However, while the Internet has become a channel that promotes access to information and communication, as any other technological tools, its misuse and overuse can cause various personal and social problems (Beranuy, Lusa, Jordania & Sanchez, 2009; Echeburúa & Corral, 2009; Kim et al., 2010; Seo, Kang & Yom, 2009; Young, 2009; Shaw & Black, 2008; Zboralski et al., 2009).

Therefore, the amount of young people, who interact only through the web and the number of hours they spend in front of the computer is increasing every day,

subtracting the time for other activities performed previously (Cattan, White, Bond & Learmouth, 2002; Echeburúa & De Corral, 2009; Herrera et al., 2010; Livingstone & Helsper, 2010; Notley, 2009; Yang & Tung, 2007; Young 1998; Zboralski et al. 2009).

For example, various studies find a correlation between the connection time to the Internet, with alterations in nutrition (Young & Rogers, 1998), sleep patterns (Mesquita & Reimão, 2010), as well as isolation and loss of friends (Muñoz Rivas & Gámez Guadix, 2010).

Other authors have turned their interest towards the psychological impact, as a study by Kraut et al. (1998), in which the results indicated that the Internet reduced the social circle and affected the psychological well-being, decreasing social activity and replacing the strong links by other weaker than traditional.

Thereby, empirical evidence has shown that certain variables can influence a person to have a higher vulnerability of excessive internet use (Stavropoulos, Alexandraki, & Motti-Stefanidi, 2013; Yau, Potenza, & White, 2013). For example, some personality characteristics such as introversion, low self-esteem, high levels of sensation seeking, impulsivity, inadequate coping with problems, etc., (Griffiths, 2010; Widyanto, Griffiths & Brunson, 2011). Furthermore, deficits in interpersonal relationships increase psychological vulnerability (Echeburúa & Corral, 2009; Muñoz Rivas et al, 2010).

Similarly, certain physical conditions such as stigmatizing diseases (Hoybye et al., 2005) or disabilities (Finn, 1999), could influence the excessive Internet use.

As reflected in the literature on this subject, most authors have focused on the characteristics of personality or sociodemographic variables such as age (Beranuy et al., 2009) or gender (Estévez, Bayón, De la Cruz & Fernández-Liria, 2009) as potential risk factors for excessive internet use. However, little is known about the effects of the Internet excessive Internet use on young people with disabilities. This way following objectives are:

- Know if there are differences in the excessive internet use depending on having or not having disability. Specifically, we expect to find:

H1. Differences between excessive Internet use among young people with and without disability, observing that the participants with disability are more susceptible of an excessive Internet use.

- Find out if the type of disability affects excessive Internet use. So, it is expected to find:

H2. Differences between excessive Internet use among young people with motor disability and young people with sensory disability, observing that young people with motor disability are more susceptible of an abusive use of the Internet.

## METHOD

### Participants

The total were included 270 young people, however, the sample was reduced to young internet users, 230, of whom 127 were women and 103 men, aged between 18 and 32 years (main users of these networks according to existing data). Of these, 42.7 % had higher education and 57.3 % secondary education. The sample was divided according to whether they had a disability or not (102 were young nondisabled and 128 disabled) and depending on the type of disability (77 with motor disability and 51 with sensory disability). Table 1 presents the distribution of the sample by age and sex. Using the  $\chi^2$  test of homogeneity of the frequency distribution, we verified the absence of statistically significant differences among the groups of Sex x Age ( $\chi^2_{(2, 230)} = 5.021, p = .081$ ). Table 1 presents the distribution of the sample by age and sex.

### Instruments

First, a questionnaire was designed to determine the sociodemographic and use profile of the social network. In order to know the abuse of these spaces was used *questionario de Experiencias Relacionadas con Internet (CERI) [Experiences Related to the Internet (ERI)]*, created by Beranuy et al. (2009). This scale is an adaptation of the PRI (De Gracia et al., 2002), which is based on the DSM-IV criteria for substance abuse and pathological gambling. The CERI is a questionnaire with a range of response similar to Likert of four points (1 = none, 4 = a lot). The original version was composed of 19 items, but after performing a factor analysis was reduced to 10 items

divided into two factors that explain 48.32% of the variance. The first factor (intrapersonal conflicts) included 5 items that explain 27.14 % of the variance. This one evaluates issues related to the impact on a personal level. The second factor (interpersonal conflict) included 5 items which explain 21.18 % of the variance. This dimension evaluates issues related to the connections that the person makes in order to relate to others. The whole scale showed an internal consistency of 87%. This instrument was chosen because it was considered valid in Spanish population, youth and adolescents, and also because of its quick and easy application.

In order, the validity through factor analysis was calculated to determine the psychometric properties of the questionnaire in the study sample, being remaining 57.43% of the variance explained by the scale. Formerly the Barlett test of sphericity [ $\chi^2 = 103,552 (p < .001)$ ] and the KMO measure of sampling adequacy (.598) proved to be favorable to the AFECF. Internal consistency was examined by Cronbach's alpha, showing adequate reliability ( $\alpha = .77$ ).

### Procedure

In order to let the participants to complete the questionnaire, the sampling "snowball" was used, and initially the questionnaire was posted on a section specifically for the research with a brief explanation so as to seek cooperation.

In order to release the link, was enter to a virtual space dedicated to the Disability ambit, available in Facebook intended for universal accessibility issues developed by the Disability observatory of the Center for the Support to student of the University of Alicante. Also, it was available in some spaces in Facebook and Twitter created by different associations leaded by people with motor disability (ASPAYM, COCEMFE y APESOA), in which it was explained the goal through a message, in order to complete the questionnaire. The informed consent of the participants was requested and confidentiality of data was guaranteed.

The data collection of the questionnaires was carried out for 3 months.

Table 1. Distribution of frequencies (n and percentages) by Sex and Age

	Age		Woman		Men		Total	
			N	%	N	%	N	%
	18 a 22		8	88.9%	1	11.1%	9	100.0%
Group with sensorial disability	23 a 26		7	46.7%	8	53.3%	15	100.0%
	27 a 32		12	44.4%	15	55.6%	27	100.0%
	Total		27	52.9%	24	47.1%	51	100.0%
	18 a 22		11	61.1%	7	38.9%	18	100.0%
Group with motor disability	23 a 26		8	42.1%	11	57.9%	19	100.0%
	27 a 32		11	27.5%	29	72.5%	40	100.0%
	Total		30	39.0%	47	61.0%	77	100.0%
	18 a 22		26	74.3%	9	25.7%	35	100.0%
Group without disability	23 a 26		11	50.0%	11	50.0%	22	100.0%
	27 a 32		33	73.3%	12	26.7%	45	100.0%
	Total		70	68.6%	32	31.4%	102	100.0%

Table 2. Factor analysis of the scale in Spanish version of the CER1 scale

Items of the scale	Component		α if the element is deleted
	1	2	
When you have problems, does being connected help you escaping from them?	<b>.782*</b>	-.198	.731
Do you think that life without the Internet is boring, empty and sad?	<b>.808*</b>	-.121	.724
Do you get irritated and angry when someone bothers you while you are online?	<b>.489*</b>	.193	.746
Do you find easier or more comfortable to connect with people through the Internet than in person?	<b>.776*</b>	-.026	.721
How often do you make new friends with people connected to the Internet?	<b>.742*</b>	.004	.720
When you are not connected to the Internet, do you feel excited or worried?	<b>.780*</b>	-.147	.728
How often do you anticipate your next connection to the network?	-.070	<b>.864*</b>	.779
When you surf the Internet, do you spend the time without being conscious if it?	.391	<b>.591*</b>	.743
How often do you leave tasks that you are doing by being connected to the network?	.435	<b>.455*</b>	.724

Do you think that your academic or work performance has been negatively affected by using the Internet?     -.186     **.743\***     .793

Explained variance     37.77     19.66     57.43

α     .77

Extraction Method: Main Component Analysis. Rotation Method: Varimax Normalization with Kaiser.

### Data Analysis

Was performed analysis of variance (ANOVA) to analyze the statistical significance of the group differences in the excessive internet use. To analyze the magnitude or effect size of these differences, we used the  $\eta^2$  index.

Subsequently, in the analyses with statistically significant differences, was performed post hoc tests to determine between which groups these differences appeared. Was used the Scheffé method because the groups did not contain the same number of participants and this test does not require equal sample sizes. Was also calculated the effect size (difference of standardized means or d index; Cohen, 1988) to calculate the magnitude of the differences. The data were analyzed with the SPSS version 19.0 statistical package.

### RESULTS

Overall, the average scores of the participants indicated to be between something (2) and pretty (3) in the scale.

When examining the mean scores of the questionnaire based on different groups (group with motor disability, group with sensory disability and without disabilities) (Table 3), all of the ANOVAs yielded statistically significant differences in the total scale, ( $F_{(3,249)} = 62.024, p < .05, \eta^2 = .112$ ), with effect sizes ranging between low ( $d = .57$ ) and high ( $d = .82$ ).

The post hoc comparisons to determine the groups with significant differences showed that the group with motor disability was different from the group without disability in the interpersonal factor except for the one following: Do you get irritated or angry when someone bothers you while you're online? , ( $F_{(3,249)} = 13.461, p = .068, \eta^2 = .007$ ). With regard to this interpersonal factor

and the groups with disability, the participants from the group with motor disability scored higher than the group with sensorial disability in the item: Do you find easier or more comfortable to connect with people through the Internet than in person? ( $d = 1.38$ ) and in the item: How often do you make new friends with people connected to the Internet? ( $d = 1.23$ ).

Also, the participants from the group with sensorial disability scored higher than the group without disability in the following item: Do you find easier or more comfortable to connect with people through the Internet than in person? ( $d = .042$ ), and in the item: How often do you make new friends with people connected to the Internet? ( $d = .068$ ).

To examine intrapersonal factor, statistically significant differences were observed between the group with motor disability and the remaining groups. Thus, the group with motor disability obtained higher means than the group without disability in the following item: When you are not connected to the Internet, do you feel worried? ( $d = 2.10$ ), in the item: How often do you leave tasks you're doing by being connected to the network? ( $d$

$= .084$ ), and in the item: How often do you leave tasks that you are doing by being connected to the network? ( $d = 0.92$ ).

With respect to the groups with disability, the participants from the group with motor disability scored higher in this factor than the group with sensorial disability in the item: When you are not connected to the Internet, do you feel worried? ( $d = .078$ ) and in the item: How often do you leave tasks that you are doing by being connected to the network? ( $d = 1.54$ ). In addition, the group with sensorial disability was statistically different from the group without disability in the following item: When you are not connected to the Internet, do you feel worried? ( $d = .092$ ), in the item: How often do you leave tasks you're doing by being connected to the network? ( $d = .084$ ). When you are not connected to the Internet, do you feel worried? ( $d = .481$ ), and the following item: How often do you leave tasks that you are doing by being connected to the network? ( $d = 1.274$ ).

Table 3. Mean scores of the participants on the scale as a function of whether or not disability

Items of the CERI scale	Sensory disability		Motor disability		Without disability		Total		F	Sig	$\eta^2$
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
<i>Interpersonal dimension</i>											
When you have problems, does being connected to the Internet help you escaping from them?	1.80	.78	3.36	.56	2.18	.75	2.73	1.00	94.651	.000	.030
Do you think that life without the Internet is boring, empty and sad?	1.35	.48	2.88	.61	1.76	.73	2.27	.94	82.523	.000	.025
Do you get irritated or angry when someone bothers you while you are online?	2.42	.96	2.62	1.11	2.18	.75	2.34	1.10	13.461	.068	.007
Do you find easier or more comfortable to connect with people through the Internet than in person?	1.71	.99	3.38	.67	1.97	1.05	2.71	1.16	7.851	9.112	.043
How often do you make new friends with people connected to the Internet?	1.57	.96	2.92	.91	1.00	.00	2.38	1.14	64.587	.000	.012
<i>Intrapersonal dimension</i>											
Do you think that your academic or work performance has been affected negatively by using Internet?	1.84	1.07	1.43	.82	1.97	.72	1.60	.94	5.992	.056	.039
When you are not connected to the Internet, do you feel worried?	1.25	.59	2.74	.85	1.05	.77	2.14	1.05	67.057	.000	.116
When you surf the Internet, do you spend the time without being conscious of it?	2.18	.98	2.56	1.11	2.01	.67	2.40	1.14	171.261	.000	.053
How often do you anticipate your next connection to the network?	2.06	1.03	2.97	.98	1.53	.65	1.68	1.01	43.071	.000	.114
How often do you leave tasks that you are doing by being connected to the network?	1.90	1.02	3.03	.82	1.63	.65	2.57	1.06	87.291	.000	.087
Total scale	2.04	1.02	3.09	.096	1.58	.69	2.67	1.02	62.024	.006	.112

## DISCUSSION

---

This paper compares if there is an abuse of the Internet among youth with and without disabilities. It also analyzed if the type of disability may influence an excessive Internet use. The purpose is to know if the disability may be a risk factor or vulnerability for Internet addiction.

While it is true that the study of network use among the youngest people was a priority because they are considered the most vulnerable group, the interest in other variables that can influence and/or enhance the abuse in the use of these spaces is remarkable. This may be the case of young people who have any kind of disability.

Thus, as seen in these results, it seems that the variable disability can be related with a higher frequency and time of being connected to the Internet. At the same time, having considered whether disability can influence increased vulnerability to abuse of Internet, results show the following:

Although overall, it is observed that all participants scored moderately high levels on the scale, is the group of young people with disabilities the one with higher scores. This is especially perceived in young people with motor disability. These results are reflected in both cases in the interpersonal dimension and some items concerning the intrapersonal dimension.

Therefore, with respect to the interpersonal dimension, the results show that most young people with and without disabilities are interested in the preference and ease of relationships with others through this medium, using these networks to do more new friendships with others or connecting to the Internet to escape problems, being significant the participants with motor disabilities who agree more with these statements.

The fact that the group of young people with motor disability show higher scores on the interpersonal factor has been found by other authors as Mickelson (1997) or Suriá and Beléndez (2011), who studied online communities dedicated to physical disability, the one who noted that the people who use to the network did not seek support from family and friends in real life because they claimed that they felt much more comfortable online. They also stated that this medium offers some

advantages that are not available at associations and face-to-face groups. For example, it is logical to think that a person with disabilities find a simpler alternative that allows you to communicate without the limitations that entail their mobility problems.

Examining the intrapersonal factor, moderately elevated average scores were observed in the participants, differing in the item related to the frequency of leaving tasks by being connected to the network, and in the item of spending time on the Internet without being conscious of it. In addition, the participants also indicated that they agree with the assumption that they often leave other tasks to spend more time connected to the network.

These results are tuned with the conclusions of various studies that find a negative relationship between the number of hours spent at the computer and the time for other activities performed previously (Herrera et al., 2010, Kim et al., 2010, Livingstone & Helsper, 2010; Seo, et al., 2009; Yang & Tung, 2007; Young 1998; Zboralski et al., 2009).

Thereby, for example Treuer, Fabian and Füredi (2001) examined the effects of the network use into several groups of young net surfers. A high percentage of participants confirmed a feeling of great urge to be 'online' when they had some time without access to the network; and they also said that the world would be boring and empty without Internet while they were extremely nervous if the connection of the network is slow.

Furthermore, Muñoz-Rivas, Navarro & Ortega, (2003) also observed in a group of university students whose Internet use had caused them negative impact on their daily life, neglecting their duties, creating problems with their families, and even the loss of friends because of the time spent on the network.

In the results of this dimension, that is to say, intrapersonal, young people with motor disability are the ones who are more concerned if they are not connected, and they even leave their jobs to connect to the network.

It is possible that most activities of daily life of young people with this kind of disability are affected due to increased time spent online and consequently less time



with their traditional environment (Aguado et al., 2003; Saavedra & Villalta, 2008).

Our results indicate that there seems to be relevant predisposition for using these spaces between the participants, and this is even more significant in young people with disabilities, especially among young people with motor disability. In this type of disability there is a predilection for the establishment and maintenance of virtual social relationships, and a preference as an escape and entertainment. It also happens that to some extent, their use affects the daily lives of these young people as other activities of daily life, to the point that the anxiety is bigger if they are not connected and think that their life would be dull and sad without these spaces.

Therefore, although we couldn't confirm an Internet addiction in the strict sense because we should analyze and discuss these effects against the positive effects that bring to this group of users only, this study suggests that young people with disabilities, especially in the people with motor disabilities use these spaces more than young people without disabilities and that suggest that this group may have higher risk of the negative effects of excessive Internet use.

As shown in the present study the main focus was mainly to understand whether having a disability increases the risk of internet overuse, and the results suggest that the type of disability can enhance to some extent, the network abuse. However, this study has some limitations that must be taken into account.

The first one refers to the study sample, we focused in young people with disabilities and although the type of disability of participants is determined, we should not forget that the concept of disability is very generic, even motor disability or sensory disability opens up a range of characteristics and limitations of each person with this problem, and that is why attempting to cover this broad spectrum in two types of disability can limit the results.

With regard to the methodology, the data collection system through an online questionnaire can modify the results. Therefore, one of the criticisms that have been made to the studies carried out from questionnaires located on web pages, is the use of self selected samples (Estallo, 2001). In these cases, the final sample is not the result of a selection made previously by researchers from statistical criteria, but simply include those participants

who have voluntarily accepted and have decided to collaborate, and that is why this is not the case, therefore of a probability sample.

Finally, in future research it would be interesting to overcome these limitations and extend the study to a higher and representative one for both young people with disabilities and without this problem and compare the use and the risk of abuse in both collectives.

## REFERENCES

- Aboujaoude, E. (2010). Problematic Internet use: an overview. *World Psychiatry, 9*, 85-90.
- Aguado, A.L., González, I., Alcedo, M.A., & Arias, B. (2003). Calidad de vida y lesión medular. En M.A. Verdugo y B. Jordán de Urríes (Coors): Investigación, innovación y cambio, (ps. 623-664). Salamanca: Amarú Ediciones.
- Alcantud, F., Avila, V., & Romero, R. (2002). Nuevas Tecnologías y personas con discapacidad. *Minusval, 112*, 22-27.
- Beranuy, M., Lusa, A., Graner, C., & Carbonell Sánchez, X. (2009). Validación de dos escalas breves para evaluar la adicción a Internet y el abuso del móvil. *Psicothema, 21*, 480-485.
- Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2002). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society, 25*, 41-67.
- Castellana, M., Sánchez-Carbonell, X., Graner, C., & Beranuy, M. (2007). El adolescente ante las tecnologías de la información y la comunicación: Internet, móvil y videojuegos. *Papeles del Psicólogo, 28*, 196-204.
- Davis, R.A., Flett, G.L., & Besser, A. (2002). Validation of a new scale for measuring problematic Internet use: Implications for pre-employment screening. *Cyberpsychology & Behavior, 5*, 331-345.
- De Gracia, M., Vigo, M., Fernández Pérez, M.J., & Marco, M. (2002). Problemas conductuales relacionados con el uso de Internet: un estudio exploratorio. *Anales de Psicología, 18*, 273-292
- Echeburúa, E., & Corral, P. (2009). Las adicciones con o sin droga: una patología de la libertad. En E. Echeburúa, F.J. Labrador y E. Becoña (Eds.), *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (pp. 29-44). Madrid: Pirámide.
- Estallo, J.A. (2001). Usos y abusos de Internet. *Anuario de Psicología, 32*, 95-108.
- Estévez, L., Bayón, C., De la Cruz, J., & Fernández-Liria, A. (2009). Uso y abuso de Internet en adolescentes. En E. Echeburúa, F.J. Labrador y E. Becoña (eds.), *Adicción a las nuevas tecnologías* (pp. 101-130). Madrid: Pirámide.

- Finn, J. (1999). An exploration of helping processes in an online self-help group focusing on issues of disability. *Health and Social Work, 24*, 220-231.
- Fogel, J., Albert, S.M., Schnabel, F., Ditkoff, B.A., & Neugut, A.I. (2002). Internet use and social support in women with breast cancer. *Health Psychology, 21*, 398-404.
- Fowler, J.H., & Christakis, N.A. (2009). The Dynamic Spread of Happiness in a Large Social Network: Longitudinal Analysis Over 20 Years in the Framingham Heart Study. *British Medical Journal, 337*, 1-9.
- García del Castillo, J.A., Terol, M.C., Nieto, M., Lledó, A., Sánchez, S., & Sitges, E. (2008). Uso y abuso de Internet en jóvenes universitarios. *Adicciones, 20*, 131-142.
- Griffiths, M.D. (2010). The role of context in online gaming excess and addiction: Some case study evidence. *International Journal of Mental Health and Addiction, 8*, 119-125.
- Griffiths, M.D. (2000). Does Internet and computer "addiction" exist? Some case study evidence. *CyberPsychology & Behavior, 3*, 211-218. .
- Herrera, H., Pacheco, M., Palomar, L.J., & Zavala, A.D. (2010). La adicción a Facebook relacionada con la baja autoestima, la depresión y la falta de habilidades sociales. *Psicología Iberoamericana, 18*, 6-18.
- Hoybye, M.T., Johansen, C.L., & Tjornhoj-Thomsen, T. (2005). Online interaction. Effects of storytelling in an Internet breast cancer support group. *Psycho-Oncology, 14*, 211-220.
- Kim, J.H., Lau, C.H., Cheuk, K., Kan, P., Hui-Heidi, L.C., & Griffiths, J.H. (2010). Brief report: Predictors of heavy Internet use and associations with healthpromoting and health risk behaviors among Hong Kong university students. *Journal of Adolescence, 33*, 215-220.
- Ko, D., Kirsch, L., & King, W. (2005). Antecedents of Knowledge Transfer from Consultants to Clients in Enterprise System Implementations. *MIS Quarterly, 29*, 59-85.
- Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukopadhyay, T., & Scherlis, W. (1998). Internet paradox: A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *American Psychologist, 53*, 1017-1031.
- Labrador, F.J., & Villadongos, S. (2010). Menores y nuevas tecnologías: conductas indicadoras de posible problema de adicción. *Psicothema, 22*, 180-188.
- Livingstone, S., & Helsper, E. (2010). Balancing Opportunities and Risks in Teenagers' Use of the Internet: the Role of On-line Skills and Internet Self-efficacy. *New Media & Society, 12*, 309-329.
- Mesquita, G., & Reimão, R. (2010). Quality of sleep among university students: effects of nighttime computer and television use. *Archivos de Neuro-Psiquiatría, 68*(5), 720-725.
- Mickelson, K.D. (1997). Seeking social support: Parents in electronic support groups. In S. Kiesler (Ed.), *Culture of the Internet* (pp. 157-178). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Muñoz-Rivas, M.J., Fernández, L., & Gámez-Guadix, M. (2010). Analysis of the indicators of pathological Internet use in Spanish university students. *The Spanish Journal of Psychology, 13*, 697-707.
- Muñoz-Rivas, M., Navarro, M.E., & Ortega, N. (2003). Patrones de uso de Internet en población universitaria española. *Adicciones: Revista de Sociodrogalcohol, 15*, 137-144.
- Notley, T. (2009). Young People, Online Networks, and Social Inclusion. *Journal of Computer-Mediated Communication, 14*, 1208-1227.
- Pallanti, S., Bernardi, S., & Quercioli, L. (2006). The Shorter PROMIS Questionnaire and the Internet Addiction Scale in the assessment of multiple addictions in a high-school population: prevalence and related disability. *CNS Spectr, 11*, 966-974.
- Saavedra, E., & Villalta, M. (2008). Estudio comparativo en resiliencia con sujetos discapacitados motores. *Revista Investigaciones en Educación, 8*, 81-90.
- Shaw, M., & Black, D.W. (2008). Internet addiction: definition, assessment, epidemiology and clinical management. *CNS Drugs, 22*, 353-365
- Seo, M., Kang, H.S., & Yom, Y.H. (2009). Internet addiction and interpersonal problems in Korean adolescents. *Cin-Computers Informatics Nursing, 27*, 226-233.
- Stavropoulos, V., Alexandraki, K., & Motti-Stefanidi, F. (2013). Recognizing internet addiction: Prevalence and relationship to academic achievement in adolescents enrolled in urban and rural Greek high schools. *Journal of adolescence, 36*, 565-576.
- Suriá, R. (2012). Redes sociales online y su utilización para mejorar las habilidades sociales en jóvenes con discapacidad. *Escritos de Psicología, 5*, 16-23. Suriá, R., & Beléndez, M. (2011). Grupos de apoyo virtuales dedicados a problemas de salud: estudio de su tipología y análisis de su representatividad. *Anales de Psicología, 27*, 210-220.
- Subrahmanyam, K., & Greenfield, P. (2008). Online Communication and Adolescent Relationships. *Future of Children, 18*, 119-146.
- Treuer, F., Fabian, Z., & Furedi, J. (2001). Internet addiction associated with features of impulse control-disorder: is it a real psychiatric disorder? *Journal of Affective Disorders, 66*, 283-286.
- Walther, J.B., & Boyd, S. (2002). Attraction to computer-mediated social support. In CA, Lin & D, Atkin (Eds.), *Communication technology and society: Audience adoption and uses* (pp. 153-188). Cresskill, NJ: Hampton Press.
- Widyanto, L., Griffiths, M.D., & Brunnsden, V. (2011). A psychometric comparison of the Internet AddictionTest, the Internet Related Problem Scale, and Self Diagnosis. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 14*, 141-149.
- Wilson, C., Grizzle, A., Tuazon, R., Akyempong, K., & Cheung, C.K. (2011). *Media and Information Literacy Curriculum for Teachers*. Paris: UNESCO.
- Wright, K.B., & Bell, S.B. (2003). Health-related support groups on the Internet: Linking empirical findings to social support and computer-mediated communication theory. *Journal of Health Psychology, 8*, 39-54.
- Vicente Cuervo, R., & López Menéndez, A. (2005). Una aproximación a la brecha digital por discapacidad. El caso de la Unión Europea. *Boletín económico de ICE, Información Comercial Española, 2834*, 43-57.



- Viñas Poch, F., Juan Ferrer, J., Villar Hoz, E., Caparros Caparros, B., Pérez Guerra, I., & Cornella Canals, M. (2002). Internet y psicopatología: las nuevas formas de comunicación y su relación con diferentes índices de psicopatología. *Clínica y Salud, 13*, 235-256.
- Yang, S.C., & Tung, C. (2007). Comparison of Internet Addicts and non-Addicts in Taiwanese High School. *Computers in Human Behavior, 23*, 79-96.
- Yau, Y. H., Potenza, M. N., & White, M. A. (2013). Problematic Internet use, mental health and impulse control in an online survey of adults. *Journal of behavioral addictions, 2*, 72-81.
- Young, K.S., & Rogers, R.C. (1998). The relationship between depression and Internet addiction. *CyberPsychology & Behavior, 1*, 25-28.
- Young, K. (2009). Online Social Networking: An Australian Perspective. *International Journal of Emerging Technologies & Society, 7*, 39-57.
- Young, K. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology & Behavior, 1*, 237-244.
- Zboralski, K., Orzechowska, A., Talarowska, M., Darmosz, A., Janiak, A., Janiak, M., & Gałeczki, P. (2009). The prevalence of computer and Internet addiction among pupils. *Postepy Hig Med Dosw, 2*, 8-12.



## VARIABLES ASOCIADAS AL USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET ENTRE ADOLESCENTES

## VARIABLES RELATED WITH PROBLEMATIC INTERNET USE AMONG ADOLESCENTS

Antonio Rial Boubeta, Sandra Golpe Ferreiro, Patricia Gómez Salgado y Carmen Barreiro Couto

Universidad de Santiago de Compostela

### Abstract

Although network usage is a generalized and beneficial phenomenon in a lot of ways, there are an increasing number of studies which warn off the psychological and behavioral consequences associated with problematic internet use. Despite the amount of literature existent about this topic there has been few attempts in order to identify related variables and to develop explicative models. The objective of this study was to analyze the relationship between Problematic Internet Use and different variables (sociodemographic, the role of the parents, usage habits, academic performance and consequences of inappropriate internet use). To do this, we selected a sample which involved a total of 1709 Compulsory Secondary School students from de province of A Coruña whose ages ranged between 11 and 17 years. Results not only show that a 26.6% of the sample has a Problematic Internet Use, but being female and having parents which don't use Internet may constitute risk factors. It has also been found that Problematic Internet Use is related with a lower academic performance and a greater presence of physical and psychosocial symptoms, presumably consequence of the inadequate Internet use.

*Keywords: adolescents, Internet, New Technologies, prevention, problematic use.*

### Resumen

Aunque el uso de la Red es un fenómeno generalizado y beneficioso a muchos niveles, cada vez son más los trabajos que advierten que un posible uso problemático o no adaptativo puede conllevar importantes consecuencias a nivel psicológico y comportamental. A pesar de la cantidad de literatura existente sobre el tema, los intentos de identificación de variables asociadas y la elaboración de modelos explicativos son relativamente escasos. En este estudio, realizado a partir de una muestra de 1709 estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria de la provincia de A Coruña, con edades comprendidas entre los 11 y los 17 años, se ha intentado estudiar la relación entre el uso problemático de Internet y diferentes variables (sociodemográficas, el papel de los padres, el rendimiento académico, hábitos de uso y consecuencias asociadas). Los resultados obtenidos no sólo revelan que el 26,6% de los adolescentes que componen la muestra presentan un uso problemático de Internet, sino también que el hecho de ser mujer o que los padres no sean usuarios de la Red, constituirían posibles predictores. Se ha constatado también que el uso problemático se asocia a un menor rendimiento académico y a una mayor presencia de problemas físicos y psicosociales, presumiblemente consecuencia de éste.

*Palabras clave: adolescentes, Internet, Nuevas Tecnologías, prevención, uso problemático.*

La generalización del uso de las Nuevas Tecnologías (NT) es una de las características definitorias de la denominada *Sociedad de la Información*. Datos recientes señalan que el 92% de los menores de 10 a 15 años son usuarios de Internet (Instituto Nacional de Estadística, 2014), lo que evidencia el alcance de estas nuevas formas de comunicación y relación entre los más jóvenes. La Red proporciona infinitas oportunidades de aprendizaje, expresión, comunicación, relación y entretenimiento (Rial, Gómez, Braña y Varela, 2014). Sin negar los beneficios que la Red reporta, también conviene alertar de los peligros y riesgos subyacentes, entre los que se encuentran: el *sexting* (envío de contenidos de tipo sexual -sobre todo fotografías y/o vídeos- producidos generalmente por el propio remitente, por medio de teléfonos móviles), el *ciberbullying* (uso de medios telemáticos -Internet, telefonía móvil, videojuegos- para ejercer el acoso psicológico entre iguales), o el *grooming* (prácticas online de ciertos adultos para ganarse la confianza de un/a menor fingiendo empatía, cariño, etc. con fines de satisfacción sexual), además del acceso a contenidos inapropiados, la pérdida de privacidad o incluso la *adicción* a Internet. Todo ello hace que cada vez un mayor número de padres, educadores, profesionales e investigadores se muestren preocupados al respecto.

Desde hace dos décadas el uso patológico o problemático de Internet ha acaparado la atención de muchos investigadores (Griffiths, 2000; Muñoz-Rivas, Navarro y Ortega, 2003; Young, 1998). Datos recientes sitúan la prevalencia del uso *no adaptativo* de Internet entre adolescentes en un 13,3% en España, mientras que un 4,3% presentaría uso patológico (Durkee et al., 2012). No obstante, todavía quedan ciertos interrogantes que los investigadores han de resolver, entre los que destacan dos grandes retos: uno a nivel de evaluación y otro, a nivel de prevención (Rial y Gómez, 2014).

Desde el punto de vista de la evaluación, tal vez el principal reto sea conocer verdaderamente la magnitud del problema. Para ello el primer obstáculo a superar es de carácter conceptual. La controversia iniciada por Goldberg (1995), quien utilizó por primera vez el término de *adicción a Internet*, sigue sin resolverse casi veinte años después. Mientras que autores como Estallo (2001) o Grohol (2003) niegan la existencia de la *adicción* a Internet, otros como Young (1998) o Griffiths (2000) se posicionan a favor de ésta. La falta de consenso en este ámbito es manifiesta, utilizándose multiplicidad de

términos para referirse a esta nueva categoría nosológica: *uso patológico* (Davis, 2001), *uso problemático* (Caplan, 2002), *adicción a Internet* (Young, 1998) o *dependencia de Internet* (Chen, Tarn y Han, 2004). La ausencia de criterios diagnósticos universalmente aceptados y la falta de reconocimiento de esta categoría en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) han hecho que buena parte de los investigadores prefieran hablar de *uso problemático* como la solución más prudente (Gómez, Rial, Braña, Varela y Barreiro, 2014; Shapira et al., 2003), siendo ésta la postura por la que abogan los autores del presente trabajo.

Una segunda dificultad tiene que ver con la operativización del constructo, esto es, con los instrumentos de evaluación. Aunque existen numerosas escalas y cuestionarios desarrollados para evaluar la posible *adicción/uso problemático* (de Gracia, Vigo, Fernández y Marcó, 2002; Nichols y Nichi, 2004; Young, 1998), a menudo las muestras utilizadas son excesivamente pequeñas para su validación empírica (Lam-Figueroa et al., 2011), se proporcionan datos insuficientes de sus propiedades psicométricas (Labrador, Becoña y Villadangos, 2008) o no existen versiones debidamente adaptadas al castellano (Demetrovics, Szeredi, y Rózsa, 2008).

Una tercera dificultad viene dada por los diferentes diseños muestrales (muestras de tamaño limitado, no representativas o de entornos muy específicos) y por los diferentes procedimientos de recogida de información (entrevistas personales a domicilio, cuestionarios autoadministrados o formularios *online*) que dificultan la comparación y la generalización de los resultados (Rial y Gómez, 2014).

Pero más allá de estos problemas de partida, de naturaleza conceptual o metodológica, posiblemente lo más preocupante a nivel aplicado sea la ausencia de respuestas eficaces al problema, tanto a nivel asistencial como de prevención. Para ello es necesario un conocimiento integral del problema en términos no sólo descriptivos, sino también explicativos, que pasa inicialmente por la identificación de las variables asociadas al uso problemático de Internet.

La Tabla 1 resume los principales estudios desarrollados en España sobre los factores de riesgo asociados al uso problemático de Internet, desde el trabajo pionero de Sánchez, Sánchez y Romero (2000).

Las Tablas 2a y 2b, por su parte, recoge los principales estudios publicados en los últimos cuatro años fuera de nuestro país, donde la producción científica ha sido más abundante. Por lo general los diferentes estudios han analizado el papel de cinco grandes grupos de variables:

(1) variables sociodemográficas, (2) hábitos de uso de Internet, (3) indicadores de comorbilidad psicopatológica, (4) variables interpersonales y (5) variables psicológicas.

Tabla 1. Estudios Nacionales sobre factores de riesgo asociados al uso problemático de Internet

AÑO	AUTORES	PAÍS	MUESTRA	VARIABLES
2014	Rial, Gómez, Braña y Varela	España	2339 estudiantes entre 11-19 años	Género, ciclo, titularidad del centro, actitudes hacia Internet
2013	Gámez-Guadix, Orue y Calvete	España	1021 adolescentes de Bizkaia Edad media = 14.95; SD = 1.71	Deficiente autorregulación, interpersonales (preferencia interacciones online), motivación de uso (regulación emocional), tipo de actividades
2012	Carbonell, Chamorro, Griffiths, Oberst, Cladellas y Talarñ	España	1879 estudiantes: 322 estudiantes de la universidad Ramon Llull y 1557 estudiantes de secundaria de Cataluña. Edad media 15.5 años (SD = 2.43)	Género, edad, tipo de actividades
2010	Labrador y Villadangos	España	1710 estudiantes de Madrid entre 12-17 años	Percepción de problemas, edad, género, tiempo de conexión
2010	Muñoz-Rivas, Fernández y Gámez-Guadix	España	1301 estudiantes universitarios entre 18-30 años	Género, edad, hora de conexión, tiempo de conexión, sitio de la conexión, tipo de actividades, motivaciones de uso
2010	Ruiz-Olivares, Lucena, Pino y Herruzo	España	1011 estudiantes entre 18-29 años	Género, edad, curso, macroárea de conocimiento
2009	Estévez, Bayón, de la Cruz y Fernández-Liria	España	920 alumnos entre 14-18 años	Género, edad, titularidad del colegio, inicio en el uso de Internet, tiempo de conexión, tipo actividades, comorbilidad psicopatológica, personalidad
2009	Beranuy, Oberst, Carbonell y Chamorro	España	404 estudiantes de primer año de universidad (edad media = 21.37)	Género, titulación, malestar psicológico, inteligencia emocional
2008	García, Terol, Nieto, Lledó, Sánchez, Martín-Aragón y Sitges	España	391 estudiantes universitarios entre 18-47 años	Frecuencia de uso, personalidad y habilidades sociales
2003	Muñoz-Rivas, Navarro y Ortega	España	1301 estudiantes entre 18-30 años	Género y edad
2002	Viñas, Juan, Villar, Caparrós, Pérez y Cornella	España	1277 estudiantes universitarios de primero y segundo de carrera (>18 años)	Comorbilidad psicopatológica, tiempo y frecuencia de conexión, tipo de actividades, variables interpersonales.
2002	de Gracia, Vigo, Fernández y Marcó	España	1664 internautas	Género, edad, frecuencia de conexión, tiempo de conexión, lugar de conexión, tipo de actividad, pago de la conexión, malestar psicosocial
2000	Sánchez, Sánchez y Romero	España	113 estudiantes universitarios entre 18-32 años	Género, tiempo de conexión y tipo de actividades.

Tabla 2a. Estudios Internacionales sobre los factores de riesgo asociados al uso problemático de Internet (2010-2014)

AÑO	AUTORES	PAÍS	MUESTRA	VARIABLES
2014	Heo, Oh, Subramanian, Kim y Kawachi	Corea	57857 adolescentes entre 13-18 años	Género, curso, rendimiento académico, nivel educativo padres, nivel económico, localización de la escuela (metropolitana, urbana o rural), tipo de escuela (mujeres, hombres o mixta), comorbilidad (depresión, consumo de sustancias, de alcohol y tabaco, ideación suicida), actividad física
2014	Ekinci	Turquía	371 estudiantes entre 17-36 años	Habilidades/estilos de resolución de problemas
2014	Jafari, Dadipoor, Haghghi, Ghanbarnejad, Zarci y Moradabi	Irán	400 sujetos (<18-35 años)	Género, edad, estado civil, nivel educativo, especialización académica, motivación de uso
2013	Çardak	Turquía	479 estudiantes universitarios (edad media = 21.12; SD =1.09)	Malestar psicológico
2013	Kuss, Griffiths y Binder	Reino Unido	2257 estudiantes entre 18-64 años	Edad, género, nivel de estudios, área de estudio, tiempo de conexión, tipo de actividades, personalidad
2013	Yang, Sato, Yamawaki y Miyata	China; Japón	267 estudiantes universitarios de Japón (17-24 años) y 236 estudiantes universitarios de China (17-22)	Género, edad, estilo de crianza, autoimagen, imagen de los otros, procedencia, depresión

2013	Lee, Han, Kim y Renshaw	Corea	73238 estudiantes entre 13-18 años	Consumo de alcohol, tabaco y drogas
2013	Akhavi, Smaeeli, Yekleh, Tahmasebi, Yaryari, Ramezani y Sandi	Irán	400 estudiantes entre 18-24 años	Género y personalidad
2013	Wu, Chen, Han, Meng, Luo, Nydegger y Wu	China	1101 estudiantes (edad media = 13.8 años)	Relaciones familiares, hiperactividad-impulsividad
2013	Liu, Fang, Zhou, Zang y Deng	China	4559 estudiantes entre 12-21 años	Género, relación percibida con padres, comportamientos parentales online percibidos
2013	Dong, Wang, Yang y Zhou	China	868 estudiantes	Personalidad (Eysenck: neuroticismo, psicoticismo, inmadurez)

Tabla 2b. Estudios Internacionales sobre los factores de riesgo asociados al uso problemático de Internet (2010-2014)

AÑO	AUTORES	PAÍS	MUESTRA	VARIABLES
2012	Xu, Shen, Yan, Hu, Yang, Wang, Kotha, Zhang, Ouyang, Zhang y Shen	China	5122 estudiantes entre 16-18 años	Género, curso, tipo de escuela, gasto, rendimiento académico, residente/periferia, motivación de uso, lugar de conexión, tiempo de conexión
2012	Leung y Lee	China	718 adolescentes entre 9-19 años	Estilos parentales, información/alfabetización, tipo de actividades online
2012	Kittinger, Correia y Irons	EE.UU	281 estudiantes universitarios (>18 años)	Edad, género, uso de redes sociales (Facebook)
2012	Fioravanti, Dèttore y Casale	Italia	257 adolescentes (edad media = 14.7 años)	Actividades online, autoestima, preferencia por interacciones online, evasión de la realidad, género
2011	Lin, Ko y Wu	China	3616 estudiantes universitarios (>18 años)	Género, tiempo de uso, psicológicas (impulsividad, expectativas positivas, autoeficacia, estilo de afrontamiento, síntomas depresivos), sociales (apoyo social, satisfacción rendimiento académico, accesibilidad a Internet)
2011	Oktan	Turquía	345 estudiantes entre 17-22 años	Habilidades de gestión de las emociones
2011	Wang, Zhou, Lu, Wu, Deng, Hong	China	14296 estudiantes entre 6-29 años	Género, región, tipo de escuela, consumo de alcohol, de tabaco, grupo de iguales, apoyo familiares, comunicación familiar, satisfacción parental, situación económica, relación profesores, tiempo de conexión, frecuencia de conexión, lugar de conexión, motivación de uso
2011	Kormas, Critselis, Janikian, Kafetzis y Tsitsika	Grecia	866 adolescentes (edad media = 14.7 años)	Género, edad, rendimiento académico, inicio en el uso de Internet, lugar de conexión, tipo de actividades, dificultades emocionales y psicosociales
2010	Fu, Chan, Wong y Yip	China	208 adolescentes entre 15 y 19 años.	Edad, género, tiempo de uso, información, pautas de acceso (tiempo de conexión, frecuencia de conexión, localización y disponibilidad) y condiciones psicosociales (depresión, ansiedad, ideación suicida, desesperanza, creencias irracionales)
2010	Xiuqin, Huimin, Mengchen, Jinan, Ying y Ran	China	304 sujetos: adolescentes (13-17 años) y adultos (> 18 años)	Edad, género, nivel educativo, ocupación, personalidad y estilos parentales

Por lo que se refiere a las variables sociodemográficas, aunque en general los datos señalan que existe una mayor tendencia a desarrollar un uso problemático de Internet por parte de los hombres que de las mujeres (Muñoz-Rivas, Fernández y Gámez-Guadix, 2010; Kormas, Critselis, Janikian, Kafetzis y Tsitsika, 2011; Wang et al., 2011), ciertos trabajos han encontrado la tendencia contraria (Durkee et al., 2012). También existe cierta controversia en torno a la variable edad. Mientras que algunos estudios encuentran prevalencias más altas entre los menores más jóvenes (Carbonell et al., 2012; Estévez, Bayón, de la Cruz y Fernández-Liria, 2009); otros constatan un mayor uso problemático hacia el final de la adolescencia y los primeros años de la juventud,

vinculado posiblemente a un mayor grado de autonomía (Jafari et al., 2014; Muñoz-Rivas et al., 2010; Rial, Gómez, Braña et al., 2014). En cualquier caso, en lo que todos los autores coinciden es en perfilar la adolescencia como un período de gran vulnerabilidad de cara al desarrollo de una posible *adicción* a Internet (AI) (Kaltiala-Heino, Lintonen y Rimpelä, 2004; Kandell, 1998; Kuss, van Rooij, Shorter, Griffiths y van de Mheen, 2013).

Respecto a los hábitos de uso de la Red, se ha evidenciado una correlación positiva entre el tiempo y frecuencia de conexión con la adicción/uso problemático (Fu, Chan, Wong y Yip, 2010; Lin, Ko y Wu, 2011; Kuss, Griffiths y Binder, 2013). En cuanto al tipo de actividades

*online* de los usuarios problemáticos, se han señalado sobre todo cuatro: (1) las aplicaciones sociales, tales como chat, redes sociales, foros o email (Carbonell et al., 2012; Kuss, Griffiths et al., 2013; Muñoz-Rivas et al., 2010; Rial, Gómez, Braña et al., 2014), (2) los juegos *online* (Carbonell et al., 2012; Kormas et al., 2011; Xu et al., 2012), (3) la búsqueda información de contenido sexual (de Gracia et al., 2002; Kormas et al., 2011; Muñoz-Rivas et al., 2010) y (4) la compra *online* (Kuss, Griffiths et al., 2013; Muñoz-Rivas et al., 2010). Se ha encontrado además que el establecimiento y mantenimiento de las relaciones sociales es una de las principales motivaciones que subyacen al uso de la Red entre aquellos que presentan un uso problemático (Muñoz-Rivas et al., 2010). Para otros autores, éste está relacionado también con el hecho de emplear la Red como una herramienta para evadirse de la realidad y afrontar estados emocionales negativos (Caplan, 2010; Gámez-Guadix, Orue y Calvete., 2013; Kormas et al., 2011).

En cuanto a la comorbilidad psicopatológica, son numerosos los estudios que han relacionado un uso abusivo de la Red con la presencia de síntomas depresivos (Estévez et al., 2009; Lin et al., 2011; Yang, Sato, Yamawaki y Miyata, 2013), ideación suicida (Fu et al., 2010; Heo, Oh, Subramanian, Kim y Kawachi, 2014; Viñas et al., 2002), ansiedad (de Gracia et al., 2002; Estévez et al., 2009), problemas conductuales e hiperactividad (Kormas et al., 2011), mayor consumo de alcohol y tabaco (Lee, Han, Kim y Renshaw, 2013; Wang et al., 2011), y abuso de sustancias (Heo et al., 2014; Lee et al., 2013).

En lo que se refiere a las variables psicosociales, García et al. (2008) encontraron un déficit de habilidades sociales entre aquellos que presentan un uso problemático. Estas mayores dificultades para el contacto cara a cara podrían explicar la mayor preferencia de estos usuarios por las interacciones *online* (Gámez-Guadix et al., 2013; Leung y Lee, 2012). En esta línea, algunos estudios han relacionado el uso problemático con el aislamiento social (Caplan, 2002; Zhong y Yao, 2014). Desde el punto de vista interpersonal se evidencia un incremento de conflictos familiares (de Leo y Wulfert, 2013; Sánchez-Martínez y Otero, 2010) y un deterioro de las relaciones tanto con la familia (Liu, Fang, Zou, Zhang y Deng, 2013; Wang et al., 2011), como con los profesores y con los iguales (Wang et al., 2011). Asimismo existen algunos trabajos que han señalado el nivel de formación y conocimiento sobre la Red de los padres y el grado de

control parental como variables asociadas al uso problemático de Internet (Livingstone, Haddon, Görzig y Ólafsson, 2011a; Livingstone, Haddon, Görzig y Ólafsson, 2011b; Mayorgas, 2009; Rial, Gómez, Braña, et al., 2014).

Finalmente, tampoco faltan estudios que han asociado el uso problemático con un bajo rendimiento académico (Jackson et al., 2007; Stavropoulos, Alexandraki, y Motti-Stefanidi, 2013), sedentarismo o con unos hábitos de alimentación poco saludables (Bener y Bhugra, 2013; Santaliestra-Pasías et al., 2012).

En definitiva el uso que los adolescentes hacen de Internet suscita una enorme preocupación y controversia. Ha sido relacionado con variables de muy diversa índole. El volumen de investigación encontrado a nivel internacional contrasta con los escasos estudios que en nuestro país se han centrado en identificar posibles variables asociadas a la adicción a Internet o a sus uso problemático. El presente trabajo intenta contribuir a una mejor caracterización y comprensión de este nuevo problema, analizando en qué medida puede estar modulado por diferentes factores sociodemográficos y familiares, asociado a determinados hábitos de uso y, al mismo tiempo, concurren determinados problemas que podrían ser considerados como consecuencias de éste, como pudieran ser dificultades vinculadas al sueño, conflictos familiares o un bajo rendimiento escolar.

## MÉTODO

### Participantes

Se recurrió a una metodología selectiva, consistente en la realización de una encuesta a estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) de diferentes municipios de la provincia de A Coruña, durante los meses de octubre y noviembre de 2013. Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo intencionado. Accedieron a colaborar un total de 11 centros escolares, de manera que fue posible acceder a una muestra de 1709 estudiantes (51,1% hombres y 48,9% mujeres), con edades comprendidas entre los 11 y 17 años ( $M = 13,74$ ;  $DT = 1,43$ ). De estos, el 55,4% cursaba el primer ciclo de la ESO (1º y 2º) y el 44,6%, el segundo ciclo (3º y 4º).



## Instrumentos

Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario elaborado expresamente para el presente estudio, dividido en dos bloques. En el primer bloque se recogía información sobre variables sociodemográficas, tales como el Género o el Ciclo/Curso (ambas de naturaleza cualitativa), así como sobre hábitos de uso de internet (Frecuencia de conexión, Tiempo de conexión diario y Horarios de conexión)- tratadas también de forma cualitativa-, el papel de los padres (si eran o no usuarios habituales de Internet -cualitativa- o su nivel de estudios -ordinal-), el rendimiento académico (operativizado a través de la nota media en el último curso -cuantitativa- y posibles consecuencias derivadas de su uso (quejas de terceros, problemas físicos y discusiones -todas ellas variables de naturaleza cualitativa). En el segundo se incluía la escala de *screening* de uso problemático de internet, compuesta por 11 ítems, desarrollada por Rial, Gómez, Isorna, Araujo y Varela (2015), que proporciona una puntuación cuantitativa global. Dicho instrumento, además de haber sido desarrollado específicamente en España y adaptado al lenguaje de los adolescentes, presenta unas propiedades psicométricas satisfactorias, tanto en términos de fiabilidad ( $\alpha = ,81$ ) y validez de constructo (probada a través de un AFC), como de sensibilidad (81%) y especificidad (82,6%). Su formato de respuesta es una escala tipo Likert de 5 puntos, desde 0 "Nada de acuerdo" a 4 "Totalmente de acuerdo", siendo el rango teórico de la escala de 0 a 44 puntos. El punto de corte establecido para la detección de un uso problemático se sitúa en 16 puntos, de manera que los adolescentes con una puntuación igual o superior a 16 serían clasificados como *usuarios problemáticos*.

## Procedimiento

Los datos fueron recogidos en las propias aulas de los centros, en grupos reducidos (no más de 20 alumnos), mediante un cuestionario que cada participante debía cumplimentar de forma individual.

La recogida de la información fue realizada por los técnicos de prevención que desarrollan los programas de educación para la salud en los diferentes centros, como una actividad más de dicho programa, bajo la estrecha supervisión de los investigadores responsables de este estudio. Se llevó a cabo una sesión de formación con los técnicos que colaboraron en la recogida de datos, con el fin estandarizar al máximo el procedimiento a seguir y

resolver las posibles dudas a nivel técnico. Cada sujeto fue informado de la finalidad del estudio y se hizo especial hincapié en la confidencialidad de la información y el anonimato de las respuestas. Se contó con la colaboración y el consentimiento tanto de la dirección de los centros, como de las respectivas asociaciones de madres y padres de alumnos. La participación en el estudio fue totalmente voluntaria. El presente trabajo contó además con la aprobación por parte del comité bioético de la Universidad de Santiago.

## Análisis de datos

Tras un primer análisis descriptivo, se realizó una tabulación bivariada, con la aplicación de los contrastes oportunos. Para la comparación de medias se empleó la prueba *t* de Student, mientras que para la comparación de porcentajes se realizaron tablas de contingencia, con un contraste de independencia  $\chi^2$ . Se llevó a cabo también un análisis de correlaciones, calculando la correlación de Pearson en el caso de variables métricas y el coeficiente Tau de Kendall en el caso de las variables ordinales. Los análisis fueron realizados con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20.

## RESULTADOS

En primer lugar, la Tabla 3 recoge los estadísticos descriptivos para cada uno de los 11 ítems que conforman la escala de *screening* de uso problemático de Internet, así como para el total de la escala ( $M = 11,37$ ;  $DT = 7,77$ ). Como se puede observar, los promedios más altos corresponden al ítem 1 ("*Cuando me conecto siento que el tiempo vuela y pasan las horas sin darme cuenta*") con una media de 2,64 y el ítem 4 ("*Cada vez me gusta más pasar horas conectado/a a Internet*") con una media de 1,25. Por su parte, el ítem con un promedio más bajo fue el 7 ("*He dejado de ir a sitios o de hacer cosas que antes me interesaban para poder conectarme a Internet*"), con una media de 0,29. Respecto a la variabilidad de las respuestas, destaca el ítem 10 ("*Cuando no puedo conectarme no paro de pensar si me estaré perdiendo algo importante*") por ser el que presenta una mayor heterogeneidad ( $DT = 1,37$ ) y el ítem 7 ("*He dejado de ir a sitios o de hacer cosas que antes me interesaban para poder conectarme a Internet*") por ser el que presenta una mayor homogeneidad ( $DT = 0,75$ ).



A partir de la puntuación de corte establecida por los autores (16), se ha podido cifrar en un 26,6% el volumen

de adolescentes de la muestra que estaría realizando un uso problemático de Internet.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de la escala de screening y comparativa entre usuarios moderados y problemáticos

		Muestra global		Uso problemático		Uso moderado		t	p
		Media	DT	Media	DT	Media	DT		
1.	Cuando me conecto siento que el tiempo vuela y pasan las horas sin darme cuenta	2,64	1,26	3,35	0,90	2,36	1,27	-	<
2.	En ocasiones he intentado controlar o reducir el uso que hago de Internet pero no fui capaz	0,87	1,16	1,62	1,31	0,56	0,93	-	<
3.	En alguna ocasión he llegado a descuidar algunas tareas o a rendir menos (en exámenes, deportes, etc.) por conectarme a Internet.	1,05	1,25	2,08	1,33	0,65	0,94	-	<
4.	Cada vez me gusta más pasar horas conectado/a Internet	1,25	1,24	2,26	1,27	0,84	0,96	-	<
5.	A veces me irrito o me pongo de mal humor por no poder conectarme a Internet o tener que desconectarme	0,92	1,24	2,03	1,40	0,48	0,83	-	<
6.	Prefiero que mis padres no sepan el tiempo que paso conectado a Internet porque les parecería excesivo	0,96	1,35	2,13	1,52	0,52	0,96	-	<
7.	He dejado de ir a sitios o de hacer cosas que antes me interesaban para poder conectarme a Internet.	0,29	0,75	0,74	1,12	0,11	0,39	-	<
8.	En alguna ocasión me he metido en líos o problemas por culpa de Internet	0,54	1,06	1,19	1,40	0,26	0,71	-	<
9.	Me fastidia pasar horas sin conectarme a Internet	0,99	1,22	2,11	1,32	0,55	0,85	-	<
10.	Cuando no puedo conectarme no paro de pensar si me estaré perdiendo algo importante	1,14	1,37	2,53	1,32	0,50	0,93	-	<
11.	Digo o hago cosas por Internet que no sería capaz de decir/hacer en persona	0,96	1,31	1,86	1,60	0,62	0,99	-	<
TOTAL		11,37	7,77	21,91	5,12	7,54	4,22	-	<
								50,68	,001

### Diferencias según variables sociodemográficas

En primer lugar, tal y como se recoge en la Tabla 4, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas en el total de la escala ( $t = -2,24$ ;  $p < ,05$ ;  $\eta^2 = 0,003$ ), siendo las mujeres las que presentan un promedio mayor. De igual modo, las chicas presentan una mayor prevalencia de uso problemático (con un 29,5%, frente al 23,9% en el caso de los chicos) ( $\chi^2 = 5,74$ ;  $p < ,05$ ; Coef. contingencia = 0,06). Sin embargo, el posible peso de ambas variables es muy moderado, tal y como se refleja en los valores de  $\eta^2$  y del coeficiente de contingencia. Respecto al Ciclo se han encontrado

también diferencias significativas en la puntuación total de la escala ( $t = -2,33$ ;  $p < ,05$ ;  $\eta^2 = 0,004$ ), siendo los estudiantes de segundo ciclo (3º y 4º de ESO) los que obtienen una mayor puntuación media. No se puede hablar de diferencias significativas a nivel de prevalencia, con porcentajes similares en ambos casos, aunque ligeramente superior en el segundo ciclo (24,9% vs. 28,5%). De manera complementaria, se calculó la correlación entre la Edad de los sujetos y su puntuación en la escala, obteniendo un valor positivo estadísticamente significativo, aunque muy reducido ( $r = 0,16$ ;  $p < ,001$ ).

Tabla 4. Uso problemático de Internet en función de variables sociodemográficas

		Total Escala	t	p	Uso problemático (%)	$\chi^2$	p
Género	Chicos	10,92	-2,24	< ,05	23,9	5,743	< ,05
	Chicas	11,82			29,5		
Ciclo	1º ciclo	10,91	-2,33	< ,05	24,9	2,29	,13
	2º ciclo	11,84			28,5		

## Diferencias en los hábitos de uso de Internet

Tal y como se recoge en la Tabla 5, un 80,8% de los adolescentes clasificados por la escala de screening como usuarios problemáticos se conecta diariamente a Internet, siendo este porcentaje significativamente menor entre los usuarios moderados (62,2%;  $\chi^2 = 47,12$ ;  $p < ,001$ ; Coef. contingencia = 0,17). En cuanto al tiempo de conexión, el 43% de sujetos del grupo de uso problemático se conecta más de 3 horas al día, porcentaje que se reduce al 17,5% en el grupo de uso moderado ( $\chi^2 = 147,37$ ;  $p < ,001$ ; Coef. contingencia =

0,30). Por lo que se refiere los horarios de conexión, los usuarios problemáticos presentan porcentajes mayores en todas las franjas horarias, aunque de manera especial de 21h a 24h (54,2% vs. 37,8%;  $\chi^2 = 32,69$ ;  $p < ,001$ ; Coef. contingencia = 0,14) y a partir de las 24h (18,3% vs. 7,3%;  $\chi^2 = 39,22$ ;  $p < ,001$ ; Coef. contingencia = 0,16). Finalmente, cabe añadir que un 34,1% de los usuarios problemáticos manifiesta no conectarse a Internet todo lo que les gustaría, porcentaje significativamente mayor que el encontrado en el grupo de uso moderado (23,2%;  $\chi^2 = 18,04$ ;  $p < ,001$ ; Coef. contingencia = 0,11).

Tabla 5. Uso problemático y hábitos de uso de Internet

		Uso moderado (%)	Uso problemático (%)	$\chi^2$	$p$
Frecuencia de conexión a Internet	Ocasionalmente	10,1%	4,4%	47,12	< ,001
	Semanalmente	27,7%	14,8%		
Tiempo de conexión/día	Diariamente	62,2%	80,8%	147,37	< ,001
	Menos de 1 h	23,0%	7,9%		
	Entre 1 y 2 h	42,0%	25,2%		
	Entre 2 y 3 h	17,4%	23,8%		
	Entre 3 y 5 h	9,8%	20,0%		
	Más de 5h	7,7%	23%		
Horarios de conexión	De 8h a 14h	7,2%	11,4%	6,78	< ,05
	De 14h a 16h	30,8%	35,1%	2,60	,107
	De 16h a 21h	61,5%	62,1%	0,053	,817
	De 21h a 24h	37,8%	54,2%	32,69	< ,001
	A partir de las 24h	7,3%	18,3%	39,22	< ,001
No me conecto todo lo que me gustaría		23,2%	34,1%	18,04	< ,001

## Posibles consecuencias asociadas al uso de Internet

A continuación se comparó la presencia en ambos grupos de determinados problemas potencialmente asociados a un uso abusivo de Internet. Tal y como se recoge en la Tabla 6, uno de cada tres (33,5%) usuarios problemáticos manifiesta no dormir suficiente ( $\chi^2 = 187,1$ ;  $p < ,001$ ; Coef. contingencia = 0,35), un 32,8% presenta picor de ojos o vista cansada ( $\chi^2 = 80,82$ ;  $p < ,001$ ; Coef. contingencia = 0,26) y un 22,8% dice encontrarse de mal humor y manifestar síntomas de ansiedad o nerviosismo ( $\chi^2 = 149,59$ ;  $p < ,001$ ; Coef. contingencia = 0,33); porcentajes significativamente mayores que los encontrados entre quienes hacen un uso moderado de la Red. Además, un 5,4% de los usuarios problemáticos afirma haber tenido problemas en el instituto por conectarse a Internet frente a un 1,8% en el caso de los usuarios moderados ( $\chi^2 = 14,62$ ;  $p < ,001$ ; Coef. contingencia = 0,15).

En la misma tabla se recoge también que el 36,7% de los usuarios problemáticos declara haber tenido alguna discusión en casa por causa de Internet, frente a un 9,7% en el caso de los usuarios moderados ( $\chi^2 = 154,67$ ;  $p < ,001$ ; Coef. contingencia = 0,35). Por último, es interesante añadir que las llamadas de atención tanto por parte del entorno (padres, profesores y amigos) acerca de un posible uso abusivo son significativamente más frecuentes en el grupo de usuarios problemáticos.

## Diferencias en el rendimiento académico

El rendimiento académico de los estudiantes se operativizó en dos variables: *calificación media* alcanzada en el último curso y el porcentaje de individuos que han repetido al menos un curso. Tal y como se puede comprobar en la Tabla 7, las diferencias son significativas en ambos casos. Los usuarios problemáticos presentan una calificación media más baja (5,89 vs. 6,55;  $t = 7,28$ ;  $p < ,001$ ;  $\eta^2 = 0,03$ ) y un porcentaje mayor de repetidores (38,9% vs. 25,1%;  $\chi^2 = 27,06$ ;  $p < ,001$ ; Coef. contingencia

= 0,13). No obstante, el tamaño del efecto en ambos casos es muy reducido. Por otra parte, se calculó la correlación de Pearson entre la puntuación de los sujetos en la escala

de screening y su nota media, obteniéndose un valor negativo y estadísticamente significativo ( $r = - 0,23$ ;  $p < ,001$ ).

Tabla 6. Posibles Consecuencias negativas asociadas al uso de Internet

		Uso moderado (%)	Uso problemático (%)	$\chi^2$	$p$
Me han dicho últimamente que paso demasiado tiempo conectado a Internet	mis padres	33,7	71,7	174,235	< ,001
	mis profesores	2,0	8,3	32,043	< ,001
	mis amigos	5,4	19,7	71,128	< ,001
He tenido alguna discusión en casa por causa de Internet		9,7	36,7	154,671	< ,001
En el colegio/instituto, he tenido algún problema por conectarme a Internet		1,8	5,4	14,617	< ,001
Problemas por causa de Internet	Dolores musculares, espalda, cuello	4,7	13,5	35,127	< ,001
	Dolores de cabeza	6,7	19,9	56,131	< ,001
	Falta de sueño	6,2	33,5	187,095	< ,001
	Picor de ojos, vista cansada	12,6	32,8	80,818	< ,001
	Mal humor, ansiedad, nerviosismo	3,1	22,8	149,587	< ,001

Tabla 7. Uso problemático de Internet y rendimiento académico

	Nota Media	$t$	$p$	Repetidores (%)	$\chi^2$	$p$
<b>Usuarios moderados</b>	6,55			25,1		
		7,28	< ,001		27,06	< ,001
<b>Usuarios problemáticos</b>	5,89			38,9		

### El papel de los padres

Por último, se intentó analizar el posible papel modulador de los padres, intentando comprobar si el hecho de que fueran o no usuarios habituales de Internet implica niveles de riesgo mayor, o incluso su nivel de estudios. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas únicamente en el primer caso, con una mayor puntuación total en la escala entre aquellos adolescentes cuyos padres no utilizan la Red de manera habitual (11,94 vs 11,07) ( $t = 2,011$ ;  $p < ,05$ ;  $\eta^2 = 0,003$ ), siendo también significativamente mayor el porcentaje de usuarios problemáticos (30,1% vs 25%;  $\chi^2 = 31,77$ ;  $p < ,001$ ; Coef. contingencia = 0,14). Se calculó la correlación de Kendall entre el nivel de estudios, tanto del padre como de la madre, con la puntuación total en la escala, sin que se haya podido constatar una relación significativa en ninguno de los dos casos ( $Tau = -0,02$ ;  $p = 0,31$ ;  $Tau = -0,02$ ;  $p = 0,26$ ).

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La adolescencia constituye una etapa trascendental en la vida de todo individuo, por ser el momento en que

se instauran buena parte de los hábitos y estilos de vida que luego han de perdurar en la vida adulta. Ello se hace extensible al uso de Internet y las NT, que llega a ocupar en nuestros días una parte importante del tiempo de ocio de los adolescentes. Sin embargo, su utilización desde edades muy tempranas no siempre va unido a un uso coherente y racional de las mismas (San Sebastián, Quintero, Correas, de Dios y Echániz, 2011; Secades, Calafat, Fernández, Juan, Duc, Skärstrand, Becoña y Talic, 2014). El presente trabajo pretende aproximarse al estudio de las variables asociadas al *uso problemático de Internet*, con el objetivo de obtener un conocimiento más detallado del problema y posibilitar la orientación de acciones preventivas adecuadas.

Los resultados obtenidos han permitido constatar, en primer lugar, que aproximadamente 1 de cada 4 adolescentes de 11 a 17 años (26,6%) podrían estar haciendo un uso problemático o poco saludable de la Red. Aunque este dato posee un grado de generalización limitado, dado que en este trabajo se utilizó una estrategia de muestreo no probabilístico y la muestra corresponde a una única provincia, viene a coincidir con los reflejados en trabajos recientes que sitúan la prevalencia de adolescentes españoles con *Conductas*

*Disfuncionales en Internet* en un 22,8% (Tsitsika, Tzavela, Mavromati y el Consorcio EU NET ADB, 2012), o el de Gómez et al. (2014) que cifran en un 19,9% el porcentaje de usuarios problemáticos.

Más allá de la constatación de esta nueva problemática, el interés de este trabajo residía en analizar su relación con variables de diferente índole, con la finalidad de mejorar su comprensión.

Atendiendo a las variables sociodemográficas, se constató que el porcentaje de usuarios problemáticos de Internet era significativamente mayor entre las chicas. Este dato contrasta con la tendencia encontrada en otros estudios (Floros, Fisoun y Siomos, 2010; Liu et al., 2013; Muñoz-Rivas et al., 2010; Oliva et al., 2012), aunque coincide con los resultados obtenidos en el trabajo de Durkee et al. (2012) para el caso concreto de España. Por otra parte, las mayores puntuaciones en la escala de screening obtenidas por los estudiantes de segundo Ciclo no hacen más que constatar el papel de la edad y la mayor autonomía por parte de estos adolescentes a la hora de utilizar Internet, dato que concuerda con los hallazgos de otros trabajos (Rial, Gómez, Braña et al., 2014; Garmendia, Garitaonandia, Martínez y Casado, 2011).

En relación a los hábitos de uso de Internet, los resultados muestran que la mayoría de los adolescentes con un perfil de riesgo hacen un uso diario de la Red, por lo general más de dos horas y en gran medida en horario nocturno, resultados muy similares a los encontrados por estudios recientes, como el de Kuss, Griffiths et al. (2013), Muñoz-Rivas et al. (2010) o Xu et al. (2012).

Por otra parte, los usuarios problemáticos tienen en mayor medida discusiones en casa y problemas en el colegio, y reciben comparativamente más llamadas de atención por parte de sus padres, profesores y amigos debido a la excesiva cantidad de tiempo que pasan conectados a Internet. Manifiestan además la presencia de problemas como falta de sueño, picor de ojos, mal humor o ansiedad en un mayor porcentaje que los usuarios moderados. Estos hallazgos coinciden con los encontrados en estudios precedentes (Chou, 2001; Whang, Lee y Chang, 2003; Yang y Tung, 2007; Young, 1999).

Se ha constatado también la relación entre el uso problemático de la Red y el rendimiento académico,

materializado en una correlación negativa significativa entre la puntuación en la escala de screening de los sujetos y la nota media alcanzada en el último curso. Se ha encontrado además que el porcentaje de usuarios problemáticos es un 14% mayor entre alumnos repetidores. Estos resultados, en consonancia con los obtenidos por otros investigadores (Heo et al., 2014; Kormas et al., 2011; Xu et al., 2012), refuerzan la existencia de una relación entre el uso problemático y el rendimiento, si bien falta por saber si el segundo es consecuencia del primero o viceversa.

Un elemento a priori importante en el uso que los adolescentes pueden hacer de Internet es el papel ejercido por los padres. Se ha encontrado que el uso problemático es independiente del nivel de estudios de estos, con una prevalencia muy similar en todos los casos. Ello contribuye a reforzar a la idea de que se trata de un fenómeno "globalizado", que afecta a todos los estratos o segmentos de la sociedad. Se ha podido constatar, sin embargo, que el hecho de que los padres sean o no usuarios habituales de Internet, sí implica niveles de prevalencia significativamente diferentes, mayores en aquellas familias en las que los padres no usan la Red. Como consecuencia, conviene instar a los padres a formarse en contenidos y prácticas relativas a Internet y a mantener una actitud activa, tratando de identificar posibles indicios comportamentales que ayuden a prevenir de un modo precoz el posible uso problemático de la Red. Este constituiría, por tanto, uno de los principales factores de protección.

En cuanto a las limitaciones y posibles líneas futuras de investigación del presente trabajo, es importante que las tendencias encontradas puedan ser contrastadas en nuevos estudios. En este sentido convendría mejorar ciertas condiciones relativas a la validez externa. Más allá del tamaño de la muestra, sin duda la utilización de un procedimiento de muestreo probabilístico permitiría incrementar de manera notable la capacidad de generalización de los resultados. De igual modo, en este estudio han sido analizadas un número limitado de variables que, a priori, considerábamos que podrían estar asociadas al uso problemático de Internet. No cabe duda de que el abanico de variables que recoge la literatura es muy amplio y complejo, por lo que es necesario seguir "afinando" en la selección de éstas para alcanzar una mejor explicación del problema. Por otra parte, conviene advertir que la naturaleza correlacional del presente

trabajo impide establecer relaciones de causalidad. Así, por ejemplo, a la hora de analizar la posible relación entre el uso problemático de Internet y el rendimiento académico, independientemente de que el segundo pudiera ser considerado como una consecuencia (directa o indirecta) del primero, hemos preferido seguir hablando en términos de “asociación”, ya que lo contrario requeriría la utilización un diseño longitudinal. En este sentido, se insta a los investigadores a dar un paso adelante en la elaboración y contrastación empírica de modelos explicativos que puedan guiar eficazmente la prevención en este campo. Por último, a pesar de que el uso de Internet constituye un fenómeno claramente globalizado, para lo bueno y para lo malo, se hacen más que nunca necesarios estudios de segmentación que permitan la identificación y caracterización de perfiles de adolescentes en función del vínculo que mantienen con Internet y las NT, como una de las claves que han de favorecer su uso responsable.

## REFERENCIAS

- Akhavi, Z., Smaeeli, N., Yekleh, M., Tahmasebi, S., Yaryari, F., Ramezani, V. y Sandi L. (2013). Relationship between personality traits and Internet addiction of students at Kharazmi University. *International Journal of Psychology and Behavioral Research*, 2, 10-17.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bener, A. y Bhugra, D. (2013). Lifestyle and depressive risk factors associated with problematic Internet use in adolescents in an Arabian Gulf culture. *Journal of Addiction Medicine*, 7, 236-242.
- Beranuy, M., Oberst, U., Carbonell, X. y Chamarro, A. (2009). Problematic Internet and mobile phone use and clinical symptoms in college students: The role of emotional intelligence. *Computers in Human Behavior* 25, 1182-1187.
- Caplan, S.E. (2002). Problematic Internet use a psychosocial well-being: Development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. *Computers in Human Behavior*, 18, 553-575. doi:10.1016/S0747-5632(02)00004-3
- Caplan, S.E. (2010). Theory and measurement of generalized problematic Internet use: A two-step approach. *Computers in Human Behavior*, 26, 1089-1097. doi:10.1016/j.chb.2010.03.012
- Carbonell, X., Chamarro, A., Griffiths, M., Oberst, U., Cladellas, R. y Talarn A. (2012). Problematic Internet and cell phone use in Spanish teenagers and young students. *Anales de Psicología*, 28, 789-796. doi:10.6018/analesps.28.3.156061
- Çardak, M. (2013). Psychological well-being and Internet addiction among university students. *The Turkish Online Journal of Educational Technology*, 12, 134-141.
- Chen, K., Tarn, M.J. y Han, B.T. (2004). Internet dependency: Its impact on online behavioral patterns in e-commerce. *Human Systems Management*, 23, 275-281.
- Chou, C. (2001). Internet heavy use and addiction among Taiwanese college students: An online interview study. *Cyberpsychology & Behavior*, 4, 573-585. doi:10.1089/109493101753235160
- Davis, R.A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human Behavior*, 17, 87-95. doi:10.1016/S0747-5632(00)00041-8
- de Gracia, M., Vigo, M., Fernández, M.J. y Marcó, M. (2002). Problemas conductuales relacionados con el uso de Internet: un estudio exploratorio. *Anales de Psicología*, 18, 273-292.
- de Leo, J.A. y Wulfert, E. (2013). Problematic Internet use and other risky behaviors in college students: An application of problem-behavior theory. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27, 133-141. doi:10.1037/a0030823
- Demetrovics, Z., Szeredi, B. y Rózsa, S. (2008). The three-factor model of Internet addiction: The development of the Problematic Internet Use Questionnaire. *Behavior Research Methods*, 40, 563-574. doi:10.3758/BRM.40.2.563
- Dong, G., Wang, J., Yang, X. y Zhou, H. (2013). Risk personality traits of Internet addiction: A longitudinal study of Internet-addicted Chinese university students. *Asia-Pacific Psychiatry: Official Journal of The Pacific Rim College Of Psychiatrists*, 5, 316-321. doi:10.1111/j.1758-5872.2012.00185.x
- Durkee, T., Kaess, M., Carli, V., Parzer, P., Wasserman, C., Floderus, B., ...Wasserman, D. (2012). Prevalence of pathological Internet use among adolescents in Europe: Demographic and social factors. *Addiction*, 107, 2210-2222. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.03946.x
- Ekcinci, B. (2014). The relationship between problematic Internet entertainment use and problem solving skills among university students. *International Journal of Mental Health and Addiction*. doi:10.1007/s11469-014-9494-1
- Estallo, J.A. (2001). Usos y abusos de Internet. *Anuario de Psicología*, 32, 95-108.
- Estévez, L., Bayón, C., de la Cruz, J. y Fernández-Liria, A. (2009). Uso y abuso de Internet en adolescentes. En E. Echeburúa, F.J. Labrador y E. Becoña (Eds.), *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (pp. 101-130). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fioravanti, G., Dèttore, D. y Casale, S. (2012). Adolescent Internet addiction: testing the association between self-esteem, the perception of Internet attributes, and preference for online social interactions. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15, 318-323. doi:10.1089/cyber.2011.0358
- Floros, G.D., Fisoun, V. y Siomos, K.E. (2010). Internet addiction in the island of hippokrates: Impact of gender and age in teenage use and abuse of internet. *European Psychiatry*, 25, 414. doi:10.1016/S0924-9338(10)70410-7



- Fu, K., Chan, W., Wong, P. y Yip, P. (2010). Internet addiction: prevalence, discriminant validity and correlates among adolescents in Hong Kong. *The British Journal of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*, 196, 486-492. doi:10.1192/bjp.bp.109.075002
- Gómez-Guadix, M., Orue, I. y Calvete, E. (2013). Evaluation of the cognitive-behavioral model of generalized and problematic Internet use in Spanish adolescents. *Psicothema*, 25, 299-306. doi:10.7334/psicothema2012.274
- García, J.A., Terol, M.C., Nieto, M., Lledó, A., Sánchez, S., Martín-Aragón, M. y Sitges, E. (2008). Uso y abuso de Internet en jóvenes universitarios. *Adicciones*, 20, 131-142.
- Garmendia, M., Garitaonandia, C., Martínez, G. y Casado, M.A. (2011). *Riesgos y seguridad en internet: Los menores españoles en el contexto europeo*. Universidad del País Vasco, Bilbao: EU Kids Online. Recuperado de [http://www.sociologia.ehu.es/s0018eukidsct/es/contenidos/noticia/eukids\\_informe\\_280311/es\\_n/adjuntos/Informe\\_Espa%C3%B1a\\_completo\\_red.pdf](http://www.sociologia.ehu.es/s0018eukidsct/es/contenidos/noticia/eukids_informe_280311/es_n/adjuntos/Informe_Espa%C3%B1a_completo_red.pdf)
- Goldberg, I. (1995). *Internet addiction disorder (IAD) - Diagnostic Criteria*. Recuperado de <http://users.rider.edu/~suler/psyber/supportgp.html>
- Gómez, P., Rial, A., Braña, T., Varela, J. y Barreiro, C. (2014). Evaluation and early detection of problematic Internet use in adolescents. *Psicothema*, 26, 21-26. doi:10.7334/psicothema2013.109
- Griffiths, M.D. (2000). Does Internet and computer "addiction" exist?: some case study evidence. *CyberPsychology & Behavior*, 3, 211-218.
- Grohol, J.M. (2003). Internet Addiction Guide. Recuperado de <http://www.psychcentral.com/netaddiction/>
- Heo, J., Oh, J., Subramanian, S.V., Kim, Y. y Kawachi, I. (2014). Addictive Internet use among Korean adolescents: A national survey. *Plos One* 9(2), e87819. doi:10.1371/journal.pone.008781
- Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2014). *Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares (TIC-H)*. Madrid: Autor. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np864.pdf>
- Jackson, L.A., Samona, R., Moomaw, J., Ramsay, L., Murray, C., Smith, A. y Murray, L. (2007). What children do on the Internet: Domains visited and their relationship to socio-demographic characteristics and academic performance? *CyberPsychology & Behavior*, 10, 182-190.
- Jafari, H., Dadipoor, S., Haghighi, H., Ghanbarnejad, A., Zarei, E. y Moradabi, A.S. (2014). The relationship between demographic variables and Internet addiction among Medical university students in Bandar Abbas. *Life Science Journal*, 11, 122-126.
- Kaltiala-Heino, R., Lintonen, T. y Rimpelä, A. (2004). Internet addiction? potentially problematic use of the internet in a population of 12-18 year-old adolescents. *Addiction Research & Theory*, 12, 89-96. doi:10.1080/1606635031000098796
- Kandell, J.J. (1998). Internet addiction on campus: The vulnerability of college students. *CyberPsychology and Behavior*, 1, 11-17.
- Kittinger, R., Correia, C.J. y Irons, J.G. (2012). Relationship between Facebook use and problematic Internet use among college students. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15, 324-327. doi:10.1089/cyber.2010.0410
- Kormas, G., Critselis, E., Janikian, M., Kafetzis, D. y Tsitsika, A. (2011). Risk factors and psychosocial characteristics of potential problematic and problematic Internet use among adolescents: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 11, 595-602. doi:10.1186/1471-2458-11-595
- Kuss, D.J., Griffiths, M.D. y Binder, J.F. (2013). Internet addiction in students: Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*, 29, 959-966. doi:10.1016/j.chb.2012.12.024
- Kuss, D.J., van Rooij, A.J., Shorter, G.W., Griffiths, M.D. y van de Mheen, D. (2013). Internet addiction in adolescents: Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*, 29, 1987-1996.
- Labrador, F.J. y Villadangos, S. (2010). Menores y nuevas tecnologías: conductas indicadoras de posible problema de adicción. *Psicothema*, 22, 180-188.
- Lam-Figueroa, N., Contreras-Pulache, H., Mori-Quispe, E., Nizama-Valladolid, M., Gutiérrez, C., Hinostroza-Camposanto, W., ... Hinostroza-Camposanto, W.D. (2011). Adicción a Internet: desarrollo y validación de un instrumento en escolares adolescentes de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 28, 462-469.
- Lee, Y., Han, D., Kim, S. y Renshaw, P. (2013). Substance abuse precedes Internet addiction. *Addictive Behaviors*, 38, 2022-2025. doi:10.1016/j.addbeh.2012.12.024
- Leung, L. y Lee, P.S.N. (2012). The influences of information literacy, Internet addiction and parenting styles on Internet risks. *New Media and Society*, 14, 117-136. doi:10.1177/1461444811410406
- Lin, M., Ko, H. y Wu, J.Y. (2011). Prevalence and psychosocial risk factors associated with Internet addiction in a nationally representative sample of college students in Taiwan. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14, 741-746. doi:10.1089/cyber.2010.0574
- Liu, Q-X., Fang, X-Y., Zhou, Z-K., Zhang, J-T. y Deng, L-Y. (2013). Perceived parent-adolescent relationship, perceived parental online behaviors and Pathological Internet use among adolescents: Gender-specific differences. *Plos One*, 8(9), e75642. doi:10.1371/journal.pone.0075642
- Livingstone, S., Haddon, L., Görzig, A. y Ólafsson, K. (2011a). *EU Kids Online: Final Report*. London: LSE, EU Kids Online. Recuperado de [http://www.internetsafety.ie/Website/OIS/OISWeb.nsf/page/DPCY-8LXK2K15311322-en/\\$File/Final%20report.pdf](http://www.internetsafety.ie/Website/OIS/OISWeb.nsf/page/DPCY-8LXK2K15311322-en/$File/Final%20report.pdf)
- Livingstone, S., Haddon, L., Görzig, A. y Ólafsson, K. (2011b). *Risks and safety on the internet: The perspective of European children. Full findings*. London: LSE, EU Kids Online. Recuperado de [http://eprints.lse.ac.uk/33731/1/Risks\\_and\\_safety\\_on\\_the\\_internet\\_the\\_perspective\\_of\\_European\\_children.pdf](http://eprints.lse.ac.uk/33731/1/Risks_and_safety_on_the_internet_the_perspective_of_European_children.pdf)
- Mayorgas, M.J. (2009). Programas de prevención de la adicción a las nuevas tecnologías en jóvenes y adolescentes. En E. Echeburúa, F.J. Labrador y E. Becoña (eds.), *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (pp. 221-249). Madrid: Pirámide.

- Muñoz-Rivas, M.J., Fernández, L. y Gámez-Guadix, M. (2010). Analysis of the indicators of pathological Internet use in Spanish university students. *The Spanish Journal of Psychology, 13*, 697-707.
- Muñoz-Rivas, M.J., Navarro, M.E. y Ortega, N. (2003). Patrones de uso de Internet en población universitaria española. *Adicciones, 15*, 137-144.
- Nichols, L.A. y Nicki, R. (2004). Development of a psychometrically sound Internet addiction scale: A preliminary step. *Psychology of Addictive Behaviors, 18*, 381-384. doi:10.1037/0893-164X.18.4.381
- Oktan, V. (2011). The predictive relationship between emotion management skills and Internet addiction. *Social Behavior and Personality, 39*, 1425-1430. doi:10.2224/sbp.2011.39.10.1425
- Oliva, A., Hidalgo, M.V., Moreno, C., Jiménez, L., Jiménez, A., Antolín, L. y Ramos, P. (2012). *Uso y riesgo de adicciones a las nuevas tecnologías entre adolescentes y jóvenes andaluces*. Sevilla: Aguaclara.
- Rial, A. y Gómez, P. (mayo, 2014). El uso problemático de Internet entre adolescentes, ¿qué dicen los datos actuales y por dónde empezar a prevenir? *Infocop*. Recuperado de [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=5020&cat=48](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5020&cat=48)
- Rial, A., Gómez, P., Braña, T. y Varela, J. (2014). Actitudes, percepciones y uso de Internet y las redes sociales entre los adolescentes de la comunidad gallega (España). *Anales de Psicología, 30*, 642-655. doi:10.6018/analesps.30.2.159111
- Rial, A., Gómez, P., Isorna, M., Araujo, M. y Varela, J. (2015). EUPI-a: Escala de Uso Problemático de Internet en adolescentes. Desarrollo y validación psicométrica. *Adicciones*, en prensa.
- Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino, M.J. y Herruzo, F.J. (2010). Análisis de comportamientos relacionados con el uso y abuso de Internet, teléfono móvil, compras y juego en estudiantes universitarios. *Adicciones, 22*, 301-310.
- San Sebastián, J., Quintero, J., Correas, J., de Dios, M. J. y Echániz, T. (2011). *Patrones de uso, abuso y dependencia a las tecnologías de la información en menores (Internet, móvil, videojuegos, TV)*. Recuperado del sitio de Internet de la Fundación CON.F.I.A.S.: [http://www.fundacionconfias.org/pdfs/Estudio\\_uso\\_abuso\\_mal\\_uso\\_TICs\\_CONFIA\\_S\\_Abril2011.pdf](http://www.fundacionconfias.org/pdfs/Estudio_uso_abuso_mal_uso_TICs_CONFIA_S_Abril2011.pdf)
- Sánchez, M., Sánchez, M.R. y Romero, A. (Septiembre, 2000). Patrones de uso de Internet en estudiantes universitarios. Comunicación presentada en el *I Congreso Hispano-Portugués de Psicología: hacia una Psicología integradora*. Santiago de Compostela, España.
- Sánchez-Martínez, M. y Otero, Á. (2010). Usos de Internet y factores asociados en adolescentes de la Comunidad de Madrid. *Atención Primaria, 42*, 79-85. doi:10.1016/j.aprim.2009.05.004
- Santaliestra-Pasías, A.M., Mouratidou, T.M., Verbestel, V., Huybrechts, I., Gottrand, F., Le Donne, C. y Moreno, L.A. (2012). Food consumption and screen-based sedentary behaviors in European adolescents: the HELENA study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 166*, 1010-1020. doi:10.1001/archpediatrics.2012.646
- Secades, R., Calafat, A., Fernández, J.R., Juan, M., Duc, M., Skärstrand, E., Becoña, E. y Talic, S. (2014). Duration of Internet use and adverse psychosocial effects among European adolescents. *Adicciones, 26*, 247-253.
- Shapira, N.A., Lessing, M.C., Goldsmith, T.D., Szabo, S.T., Lazoritz, M., Gold, M.S. y Stein, D.J. (2003). Problematic Internet use: proposed classification and diagnostic criteria. *Depression and Anxiety, 17*, 207-216.
- Stavropoulos, V., Alexandraki, K. y Motti-Stefanidi, F. (2013). Recognizing Internet addiction: Prevalence and relationship to academic achievement in adolescents enrolled in urban and rural greek high schools. *Journal of Adolescence, 36*, 565-576.
- Tsitsika, A., Tzavela, E., Mavromati, F. y Consorcio EU NET ADB. (Ed.) (2012). *Investigación sobre conductas adictivas a Internet entre los adolescentes (Proyecto EU NET ADB)*. Atenas: Universidad de Atenas.
- Viñas, F., Juan, J., Villar, E., Caparros, B., Pérez, I. y Cornella, M. (2002). Internet y psicopatología: las nuevas formas de comunicación y su relación con diferentes índices de psicopatología. *Clinica y Salud, 13*, 235-256.
- Wang, H., Zhou, X., Lu, C., Wu, J., Deng, X. y Hong, L. (2011). Problematic Internet Use in high school students in Guangdong Province, China. *Plos One, 6*(5), e19660. doi:10.1371/journal.pone.0019660
- Whang, L.S., Lee, S. y Chang, G. (2003). Internet over-users' psychological profiles: A behavior sampling analysis on internet addiction. *CyberPsychology & Behavior, 6*, 143-150.
- Wu, X., Chen, X., Han, J., Meng, H., Luo, J., Nydegger, L. y Wu, H. (2013). Prevalence and factors of Addictive Internet use among adolescents in Wuhan, China: Interactions of parental relationship with age and hyperactivity-impulsivity. *Plos One, 8*(4), e61782. doi:10.1371/journal.pone.0061782
- Xiuqin, H., Huimin, Z., Mengchen, L., Jinan, W., Ying, Z. y Ran, T. (2010). Mental health, personality, and parental rearing styles of adolescents with Internet addiction disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 13*, 401-406. doi:10.1089/cyber.2009.0222
- Xu, J., Shen, L., Yan, C., Hu, H., Yang, F., Wang, L. y ... Shen, X. (2012). Personal characteristics related to the risk of adolescent Internet addiction: a survey in Shanghai, China. *BMC Public Health, 12*, 1106. doi:10.1186/1471-2458-12-1106
- Yang, C.Y., Sato, T., Yamawaki, M. y Miyata, M. (2013). Prevalence and risk factors of problematic Internet use: A cross-national comparison of Japanese and Chinese university students. *Transcultural Psychiatry, 50*, 263-279. doi:10.1177/1363461513488876
- Yang, S.C. y Tung, C.-J. (2007). Comparison of Internet addicts and non-addicts in Taiwanese high school. *Computers in Human Behavior, 23*, 79-96. doi:10.1016/j.chb.2004.03.037
- Young, K.S. (1998). Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder. *CyberPsychology & Behavior, 1*, 237-244.
- Young, K.S. (1999). Internet addiction: Symptoms, evaluation, and treatment. En L. VandeCreek y T. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book* (pp. 19-31). Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Zhong, Z. y Yao, M. (2014). Depression, Loneliness, Social Contact, and Internet Addiction: A Cross-Lagged Panel Study. *Computers in Human Behavior*, 30, 164



## RELATIONSHIP BETWEEN DRUG USE AND SEXUAL ASSERTIVENESS IN A SPANISH MALE DRUG-DEPENDENT SAMPLE

### RELACIÓN ENTRE CONSUMO DE DROGAS Y ASERTIVIDAD SEXUAL EN UNA MUESTRA DE VARONES DROGODEPENDIENTES

Pablo Vallejo-Medina<sup>1</sup> & Juan Carlos Sierra<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Facultad de Psicología, Colombia

<sup>2</sup>Universidad de Granada, Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC), Spain

#### Abstract

Current studies assessing sexual assertiveness in drug users are sparse, despite the fact that it would be logical to expect low sexual assertiveness in such patients. Present study had the objective to compare sexual assertiveness between consumers of alcohol, cocaine, cocaine+alcohol, heroin, cannabis, and speedball and a control group. This was assessed in a sample of 556 male drug users from 8 Spanish provinces and 356 non-user males. Results showed significantly lower Initiation assertiveness in the 35-49 year-old age group (particularly in the case of alcohol, heroin, cannabis, and speedball) and worse Sexually Transmitted Diseases and Pregnancy prevention assertiveness in drug users (in the case of alcohol, cocaine, cocaine+alcohol, cannabis, and speedball). Effect sizes ranged from low to moderate. The implications of these results are discussed.

*Keywords: sexual assertiveness, drug users, SAS, sexuality, substance dependence.*

#### Resumen

Hasta la fecha prácticamente no existen estudios que evalúen la asertividad sexual en consumidores de drogas, a pesar de que sería lógico esperar una baja asertividad sexual en estos pacientes. El presente estudio, tiene el objetivo de comparar la asertividad sexual entre consumidores de alcohol, cocaína, cocaína+alcohol, heroína, cannabis y speedball con un grupo control. Se evaluaron a 556 consumidores de droga de 8 provincias españolas y a 356 varones no consumidores. Los resultados muestran una asertividad sexual de Inicio significativamente menor en el grupo de 35-49 años (sobre todo para el alcohol, heroína, cannabis y speedball) y una peor asertividad sexual de Prevención de Embarazo-Enfermedades de Transmisión Sexual en los consumidores de droga (alcohol, cocaína, cocaína+alcohol, cannabis y speedball). Los tamaños de efecto oscilaron entre bajos y moderados. Las implicaciones de los resultados serán discutidas.

*Palabras clave: asertividad Sexual, consumidores de droga, SAS, sexualidad, dependencia de sustancias.*

Correspondencia: Pablo Vallejo-Medina  
Facultad de Psicología. Fundación Universitaria Konrad Lorenz.  
Carrera 9 Bis No. 62- 43  
Bogotá (Colombia)  
E-mail: pablo.vallejom@konradlorenz.edu.co

The authors wish to thank the following institutions in Spain for their cooperation in this research: ACLAD (A Coruña), CAD de Arganzuela (Madrid), CAD San Blas (Madrid), Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions del Parc de Salut Mar-Hospital del Mar (Barcelona), Fundación Noray-Proyecto Hombre Alicante (Alicante), UMAD (Santiago de Compostela), Proxecto Home Galicia (Galicia), Proyecto Hombre Granada (Granada), and the "Cortijo Buenos Aires" Resource of the Social Service Network of the Regional Government of Andalusia (Granada).

In drug users, three areas of sexuality may imply a serious sexual health problem if they are impaired: sexual functioning, consensual-desired sex, and risk sexual behaviors. As defined by Morokoff et al. (1997), sexual assertiveness refers to people's ability to initiate sexual activity, reject unwanted sexual activity, and use contraceptive methods, developing healthy sexual behaviors. These three areas (*Initiation, Refusal, and Sexual Transmitted Diseases and Pregnancy Prevention {STD-P}*) are very closely linked to sexual functioning, sexual victimization, and risk sexual behaviors, respectively (Santos-Iglesias & Sierra, 2010). Despite its importance, the role of sexual assertiveness has traditionally been underestimated in males (Morokoff et al., 2009). In fact, studies exploring sexual assertiveness in male drug users are practically nonexistent, even though there are theoretical basis to expect sexual assertiveness to be impaired in such patients.

#### **Sexual assertiveness, sexual functioning, and substance use**

Initiation sexual assertiveness is related to sexual functioning. Numerous studies have proven the existence of this relationship in the normal population (Haavio-Mannila & Kontula, 1997; MacNeil & Byers, 1997; Ménard & Offman, 2009; Sánchez-Fuentes, Santos-Iglesias, & Sierra, 2014; Santos-Iglesias, Sierra, & Vallejo-Medina, 2013). At least in the long term and/or in high doses, drug use has also been proven to decrease sexual functioning (Bang-Ping, 2009; Johnson, Phelps, & Cottler, 2004; Palha & Esteves, 2002; Vallejo-Medina & Sierra, 2013a, 2013b). To the best of our knowledge no studies have assessed sexual assertiveness from a clinical perspective. The first approximation was Vallejo-Medina and Sierra (in press) with a psychometric paper in this population, but they did not use a control group to compare scores.

#### **Sexual assertiveness, sexual victimization, and substance use**

Few studies have explored Refusal sexual assertiveness or sexual victimization, its counterpart, in males (Santos-Iglesias & Sierra, 2010b). Low sexual assertiveness can be both a consequence of victimization and a risk factor for experiencing it (Folgar, Fariña Rivera, Sierra, & Vallejo-Medina, in press; Livingston, Testa, & VanZile-Tamsen, 2007). Being under the influence of alcohol is also a contributing factor for experiencing sexual victimization (Brecklin & Ullman, 2005). In males,

Shacham and Cottler (2010) reported that 8.60 % of the drug users surveyed admitted having had unwanted sexual contact, whereas 52.75 % of cocaine and methamphetamine users admitted having taken part in sexual practices that were uncommon to them because they were under the influence of the drug. Clinical practice reveals that they later regret participating in some of these practices. Although such behaviors may be exclusively due to the withdrawal syndrome or to acute use of the substance, Refusal sexual assertiveness may play a modulating role in them.

#### **Sexual assertiveness, risk sexual behaviors, and substance use**

The prevalence of STDs/VIH is increasing in heterosexual males who use non-injection drugs (Bellis et al., 2008; Booth, Kwiatkowski, & Chitwood, 2000; Raj, Saitz, Cheng, & Winter, 2007). These men are less likely to use a condom and have safe sex than men who have sex with other men (Ross & Williams, 2001). The most common risk behaviors in this population are trading sex for drugs or money, having intercourse without condoms or having sex with multiple partners (Booth et al., 2000; Calsyn et al., 2010; Celentano, Latimore, Mehta, 2008; Raj et al., 2007). STD-P sexual assertiveness may play an important protective role against these three risk behaviors. This variable may provide a better understanding of the relationship between high-risk behaviors and substance use, along with sexual arousal (George et al., 2009; Gerrard, Gibbons & Buishman, 1996), the context of drug use, the type of sex partner (Leigh, Ames & Stacy 2008; Maisto, Carey, Carey, Gordon, & Schum., 2004), and distress (Elkington, Bauermeister & Zimmerman, 2010; Morokoff et al., 2009). This issue is key both for prevention and treatment (Calsyn et al., 2010). In fact, sexual assertiveness has proven to be a strong predictor of risk sexual behaviors (Noar, Carlyle, & Cole, 2006; Schooler, Ward, Merriwether, & Caruthers, 2005; Zablotsky & Kennedy, 2003) and is related to actual condom use (Auslander, Perfect, Succop, & Rosenthal, 2007; Crowell, 2004; Morokoff et al., 2009; Vallejo-Medina & Sierra, In press). In addition, alcohol use reduces the skills required to negotiate safe sex (Maisto, Carey, Carey, & Gordon, 2002). Stoner et al. (2008) observed that sexual assertiveness can act as a modulator of the effect of alcohol on insistence to use a condom. In Thailand, a program with components of sexual assertiveness was applied to methamphetamine users. Participants

reduced their use of methamphetamines and moderately increased condom use up to 12 months after the program was over (Sherman et al., 2009).

## Objectives

The present research objective is: to assess the existence of differences in sexual assertiveness between a drug user group and a control group, exploring possible differences depending on the main substance used and determining the possible influence of low sexual assertiveness on the sexual health of participants.

## METHOD

### Participants

The control group was composed of 356 non-drug user males. The drug user group was composed of 556 withdrawal male drug users (of which 109 consumed alcohol, 143 cocaine, 137 cocaine+alcohol, 53 heroin, 37 cannabis, and 70 speedball). No significant age differences were found between drug users ( $M = 35.27$ ,  $SD = 8.61$ ) and non-users ( $M = 35.20$ ,  $SD = 11.55$ ) ( $t(907) = -.01$ ,  $p = .92$ ). Significant differences were found between drug users and non-users regarding educational level ( $\chi^2(4) = 300.39$ ,  $p = .00$ ) and marital status ( $\chi^2(5) = 121.77$ ,  $p = .00$ ). In drug users, mean duration of use was 13.73 years ( $SD = 7.83$ ) and mean time of abstinence was 1.05 years ( $SD = 2.01$ ).

Requirements to be included in the drug user group were being over 18 years old, being abstinent for at least two weeks prior to the assessment, being able to read and write, and being treated for a substance dependence disorder (DSM IV-R). In the control group, the absence of substance use was confirmed, although a maximum of 45 g of alcohol a day was allowed (about 1 l of beer) as well as occasional cannabis use (1 joint a week).

### Instruments

Sexual Assertiveness Scale (SAS; Morokoff et al., 1997; Sierra, Santos-Iglesias, & Vallejo-Medina, 2012). The adaptation for drug users developed by Vallejo-Medina and Sierra (in press) was used. On this occasion, as recommended by Vallejo-Medina and Sierra (in press), the scores of the non-user and the user group were compared using a 17-item version (1 item less than the

original version, as item 1 in the Initiation subscale was highly biased between the drug user and the normal population). Items are responded on a 5-point Likert scale. They are clustered into three dimensions: *Initiation*, *Refusal*, and *Sexual Transmitted Diseases-Pregnancy Prevention (STD-P)*. The English and Spanish versions of the scale have shown good reliability, ranging from .66 to .86 (Santos-Iglesias & Sierra, 2010b; Sierra, Vallejo-Medina, & Santos-Iglesias, 2011). The adaptation for drug users also obtained good reliability, a strictly equivalent factor structure to the normal version and, except for Item 1, which was excluded, no high Differential Item Functioning was found in any other items. In the present study, reliability coefficients were .73 and .63 in *Initiation* for the control and experimental groups, respectively; .82 and .73 in *Refusal* for the control and experimental groups, respectively; and .89 and .80 in *STD-P* for the control and experimental groups, respectively. Higher scores indicate higher sexual assertiveness.

Changes in Sexual Functioning Questionnaire-Drugs (CSFQ-D; Vallejo-Medina & Sierra, 2013a). This questionnaire is an adaptation for drug users of the CSFQ-14 (Keller, McGarvey, & Clayton, 2006), in its Spanish version (Bobes, González, Rico-Villademoros, Bascarán, Sarasa, & Clayton, 2000; García-Portilla et al., 2011; Vallejo-Medina, Guillén-Riquelme & Sierra, 2010). The CSFQ-D has shown an equivalent four factor-structure (*Pleasure*, *Desire*, *Arousal*, and *Orgasm*) in drug user and non-user populations. The scale has good reliability, with alpha values ranging from  $\alpha = .83$  in *Pleasure* to  $\alpha = .61$  in *Orgasm*. The questionnaire has also shown good external validity indicators. The following Cronbach alpha values were obtained in the present study: *Pleasure* = .80, *Desire* = .66, *Arousal* = .67, and *Orgasm* = .49 in the normal population and *Pleasure* = .82, *Desire* = .70, *Arousal* = .74, and *Orgasm* = .55 in the drug user population. Higher scores indicate better sexual functioning.

*Cuestionario Consumo Sustancias* (Questionnaire on Substance Use, CCS; Vallejo-Medina et al., 2011). This is a short, simple, and clear 16-item questionnaire containing the diagnostic criteria of the DSM-IV-R. It is useful to diagnose problems of substance dependence, abuse and intoxication. Items are responded on a dichotomous (yes/no) scale. Spearman's correlation with the diagnosis made by the various institutions (using EuropASI and

personal interviews) was .85,  $p = .00$ . Reliability was .88 in the original version and .89 in the present study.

Ratio of Protected Sex: Was created by dividing the number of sexual partners in the past year with whom condoms were used between the total numbers of sexual partners in the last year. Maximum risk would be 0 and 1 would be minimal risk.

Questionnaire on substance use and sociodemographic data. The variables assessed were preferred substance, amount of substance used, frequency of use, and length of use. This information was used to calculate severity of substance use. Time of abstinence was also obtained through self-reports or urine or blood tests, depending on the procedure used in each institution.

**Procedure**

The user group was recruited by cluster sampling from the following institutions: ACLAD in A Coruña, UMAD in Santiago de Compostela, Proxecto Home Galicia in Galicia, Proyecto Hombre Granada in Granada, Fundación Noray-Proyecto Hombre in Alicante, Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions del Parc de Salut Mar-Hospital del Mar in Barcelona, CAD San Blas in Madrid, CAD de Arganzuela in Madrid, and the “Cortijo Buenos Aires” Resource of the Social Service Network of the Regional Government of Andalusia in Granada. The control group was recruited by convenience sampling from adult training centers, community centers, training courses for jobseekers, and universities. Anonymous responses, voluntary participation, and the scientific purpose of the study were guaranteed by written informed consent in drug users and verbal informed consent in control subjects. The assessment lasted approximately 30 minutes.

This research was reviewed and approved by the independent Ethics Board of our institution in accordance with the 1975 Declaration of Helsinki, as revised in the 1983 Ethics Committee for Clinical Research.

**RESULTS**

A *t*-test was used to calculate the differences of means between the user and non-user group in SAS<sub>Initiation</sub> ( $M_{user} = 10.91\{SD = 4.10\}$ ;  $M_{non-user} = 11.45\{SD = 3.81\}$ ), SAS<sub>Refusal</sub>

( $M_{user} = 10.30\{SD = 4.57\}$ ;  $M_{non-user} = 10.89\{SD = 5.25\}$ ), and SAS<sub>STD-P</sub> ( $M_{user} = 11.11\{SD = 6.38\}$ ;  $M_{non-user} = 13.51\{SD = 6.86\}$ ). No significant differences were found in Refusal  $t(897) = 7.77, p = .76$ . Yet, significant differences were found in Initiation  $t(867) = 1.96, p = .05, d = 0.13$  and STD-P  $t(890) = 5.31, p < .01, d = 0.36$ .

Age-related differences were found in sexual assertiveness (Santos-Iglesias, Vallejo-Medina & Sierra, 2014; Sierra et al., 2012). Therefore, the analyses were conducted again after dividing the sample into three age groups: youth (18-34 years), adults (35-49 years), and older participants (+ 50 years). This clarified the differences as follows: in Initiation, differences between the control group ( $M = 12.23, SD = 3.57$ ) and the experimental group ( $M = 10.91, SD = 43.86$ ) were only significant in the adult group (35-49 years)  $t(330) = 3.04, p < .01, d = 0.35$ . Similarly, differences in STD-P were only significant in youth  $t(457) = 6.40, p < .01, d = 0.61$  (control group  $\{M = 15.35, SD = 6.97\}$  and experimental group  $\{M = 11.20, SD = 6.56\}$ ).

Next, correlations were calculated between Initiation and sexual functioning and between STD-P and the safe sex ratio. Significant correlations were found in SAS<sub>Initiation</sub> (see Table 1), particularly in the adult and older age groups. Significant correlations were also observed ( $p < .01$ ) between STD-P and the safe sex ratio  $r = .48, r = .42, r = .65$ , respectively for youth, adults, and older participants. The mean of the safe sex ratio for each group was .53 ( $SD = 0.43$ ), .53 ( $SD = 0.45$ ), and .50 ( $SD = 0.47$ ), respectively.

Table 1. Pearson correlations between the dimensions of the CSFQ-D and SAS<sub>Initiation</sub> in the three age groups

	Pleasure	Desire	Arousal	Orgasm
Youth	.15**	.20**	.13**	.07
Initiation Adults	.18**	.22**	.18**	.27**
Older	.30**	.18	.18	.25*

Note: \*\* =  $p < .01$ ; \* =  $p < .05$ .

Finally, an ANOVA was performed to determine whether there were differences depending on the main substance used. As expected from the data shown above, differences depending on the preferred substance were only found in Initiation in adults  $F(6) = 4.00, p < .01, \omega^2 = .05$  and in STD-P in youth  $F(6) = 7.86, p < .01, \omega^2 = .08$ . To determine exactly which users of which substances showed differences compared to the control group, DMS

post-hoc tests were performed (since the aim was only to conduct comparisons with the control group). Results for Initiation-adults are shown in Figure 1 and results for STD-P-youth are shown in Figure 2. Statistical significance was complemented by  $\omega^2$ , an indicator of effect size that is

less biased than  $\eta^2$  for this type of tests (Young, 1993). It was interpreted using the categorization made by Cohen (1988), that is, .01 to .05, small association, .06 to .13, medium association, and .14 or greater, large association (see Table 2).

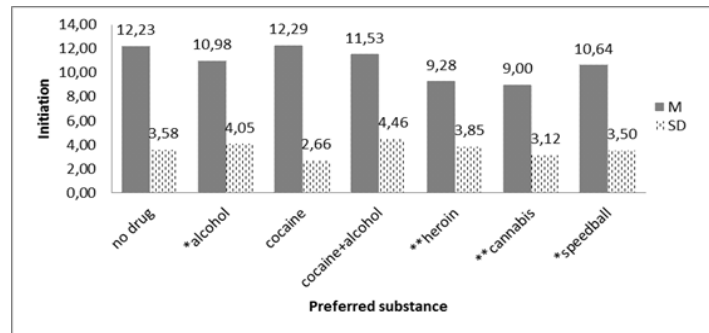


Figure 1. Initiation sexual assertiveness in the adult group. The Mean (M) and Standard Deviation (SD) are shown for each substance group. The statistical significance of the differences compared to the control group (non-drug) is marked with asterisks (\*\* =  $p < .01$  and \* =  $p < .05$ )

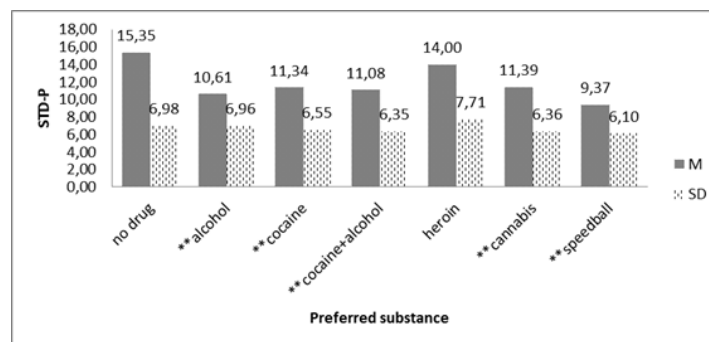


Figure 2. STD-P sexual assertiveness in the youth group. The Mean (M) and Standard Deviation (SD) are shown for each substance group. The statistical significance of the differences compared to the control group (non-drug) is marked with asterisks (\*\* =  $p < .01$ ).

Table 2. Effect size ( $\omega^2$ ) depending on the main substance used in Initiation-adults and STD-P-youth

	alcohol	cocaine	cocaine+ alcohol	heroin	cannabis	speedball	methamphetamines
Initiation	.02	ns	ns	.09	.04	.03	ns
STD-P	.04	.07	.08	ns	.03	.08	ns



## DISCUSSION

---

Based on the results obtained and considering differences in age and type of substance consumed, Initiation and STD-P sexual assertiveness seemed to be lower in drug users than in non-users. In general terms, Initiation sexual assertiveness, which is related to sexual functioning, was found to be impaired in drug users, although with a small effect size. A study of age groups showed that Initiation was mainly impaired in the central age group (35-49 years). In this age range, differences were not only significant but also had a moderate effect size. This study showed that, as expected, Initiation sexual assertiveness was related to sexual functioning, with significant – although low – correlations observed only in the adult group in each area of sexual functioning assessed (*Pleasure, Desire, Arousal, and Orgasm*). This relationship had already been observed in the normal population (Ménard & Offman, 2009; Santos-Iglesias & Sierra, 2010b; Santos-Iglesias et al., 2013). Heroin was the substance with the greatest impact on Initiation, with a moderate effect size. In a recent comparative study, Vallejo-Medina and Sierra (2013b) observed that opioid users had the worst sexual functioning; Aguilar de Arcos et al. (2008) and Bang-Ping (2009) obtained similar results. Alcohol and cannabis users also seemed to have problems initiating sexual relations. Only exciting drugs did not seem to affect Initiation.

Refusal sexual assertiveness, related to undesired sex and sexual victimization, did not seem to be impaired in the sample studied.

Youth – the population at greatest risk for STDs (Centers for Disease Control and Prevention {CDC}, 2005) – were precisely the group with the worst sexual assertiveness. This was shown by significant differences with a moderate effect size. Having lower skills to negotiate condom use has consequences: in the sample studied, participants only used a condom with half of their sexual partners. Only users of heroin, the archetypal injection drug, did not show worse STD-P sexual assertiveness. As mentioned in the introduction, non-injection drugs seem to be a new breeding ground for risk sexual behaviors (Bellis et al., 2008; Booth et al., 2000; Raj et al., 2007), as shown by the present study. Cocaine, cocaine+alcohol, and speedball were the substances with the lowest STD-P assertiveness scores, which were significantly lower than those of non-users and had a

moderate effect size. Alcohol and cannabis also obtained significantly lower scores (with a small effect size) than those of non-users. When extrapolating the scores of users of alcohol, cocaine, cocaine+alcohol, cannabis, and speedball to the percentile ranking scores obtained in Spain for males in the same age range (Sierra et al., 2012), the mean ranged between percentiles 35 and 25.

## Limitations, conclusions, and future research directions

The main limitation of the present study is the sampling method used, which was not probabilistic and thus does not allow extrapolating the results to the general population. Its design was also cross-sectional and did not start from a baseline, so results must be interpreted with caution and no causal relationships should be inferred. In addition, it should be noted that classifying drug users into specific substance groups based on their preferred substance is just an approximation that disregards multiple use issues. However, this is an innovative study that used adapted and validated instruments for its target population. To date, studies on sexual assertiveness in drug users are practically nonexistent. This study raises new questions. For example, the potential relationship between low sexual assertiveness and relapses in drug use should be explored in the future. Finally, it seems that young non-injection drug users have low skills to negotiate condom use. The prevention work conducted on the AIDS/VIH infection for decades seems to be successful in injection drug users. Future work should explore in a similar way differences also in women and explore different intervention programs effectiveness in order to increase sexual assertiveness in this population.

## REFERENCES

---

- Aguilar De Arcos, F., Verdejo García, A., López Jiménez, A., Montañez Pareja, M., Gómez Juárez, E., Arráez Sánchez, F., & Pérez García, M. (2008). Cambios en la respuesta emocional ante estímulos visuales de contenido sexual en adictos a drogas. *Adicciones*, 20, 117-124.
- Auslander, B. A., Perfect, M. M., Succop, P. A., & Rosenthal, S. L. (2007). Perceptions of sexual assertiveness among adolescent girls: initiation, refusal, and use of protective behaviors. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20, 157-62.

doi:10.1016/j.jpag.2007.03.093

- Bang-Ping, J. (2009). Sexual dysfunction in men who abuse illicit drugs: A preliminary report. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 1072-1080. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00707.x
- Bellis, M. A., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M., Ramon, A., Rodriguez, J. A., ... Phillips-Howard, P. (2008). Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: a cross sectional study of young people in nine European cities. *BMC public health*, 8, 155-166. doi:10.1186/1471-2458-8-155
- Bobes, J., González, M. P., Rico-Villademoros, F., Bascarán, M. T., Sarasa, P., & Clayton, A. (2000). Validation of the Spanish version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ). *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 119-131. doi: 10.1080/009262300278524
- Booth, R. E., Kwiatkowski, C. F., & Chitwood, D. D. (2000). Sex related HIV risk behaviors: differential risks among injection drug users, crack smokers, and injection drug users who smoke crack. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 219-26. doi:10.1016/S0376-8716(99)00094-0
- Brecklin, L. R., & Ullman, S. E. (2005) Self-defense or assertiveness training and women's responses to sexual attacks. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 738-762. doi:10.1177/0886260504272894
- Calsyn, D. A., Hatch-Maillette, M., Tross, S., Doyle, S. R., Crits-Christoph, P., Song, Y.S., ... Berns, S. B. (2010) Motivational and skills training HIV/sexually transmitted infection sexual risk reduction groups for men, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37,138-150. doi: 10.1016/j.jsat.2008.11.008.
- Celentano, D., Latimore, A., & Mehta, S. (2008). Variations in sexual risks in drug users: Emerging themes in a behavioral context. *Current HIV/AIDS Reports*, 5, 212-218. doi: 10.1007/s11904-008-0030-4
- Centers for Disease Control and Prevention, CDC (2005). HIV/AIDS surveillance report: HIV infection and AIDS in the United States and dependent areas, 2005. Retrieved August 21, 2011, from <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/basic.htm#hivaidsexposure>.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ.: Lawrence Erlbaum.
- Crowell, T. L. (2004). Seropositive individuals willingness to communicate, self-efficacy, and assertiveness prior to HIV infection. *Journal of Health Communication*, 9, 395-424. doi: 10.1080/10810730490504125
- Elkington, K. S., Bauermeister, J. A., & Zimmerman, M. A. (2010). Psychological distress, substance use, and HIV/STI risk behaviors among youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 514-27. doi: 10.1007/s10964-010-9524-7
- Folgar, I., Fariña Rivera, F., Sierra, J. C., & Vallejo-Medina, P. (In press). Binge drinking: conductas sexuales de riesgo y drogas facilitadoras del asalto sexual en jóvenes españoles. *Suma Psicológica*.
- García-Portilla, M. P., Saiz, P. A., Fonseca, E., Al-Halabi, S., Bobes-Bascaran, M. T., Arrojo, M., Benabarre, A., ... Bobes, J. (2011). Psychometric properties of the Spanish version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14) in patients with severe mental disorders. *The Journal of Sexual Medicine*, 8, 1371-1382. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.02043.x
- George, W. H., Davis, K. C., Norris, J., Heiman, J. R., Stoner, S. A., Schacht, R. L., ... Kajumulo, K. F. (2009). Indirect effects of acute alcohol intoxication on sexual risk-taking: The roles of subjective and physiological sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 538-550. doi: 10.1007/s10508-008-9346-9
- Gerrard, M., Gibbons, F. X., & Bushman, B. J. (1996). Relation between perceived vulnerability to HIV and precautionary sexual behavior. *Psychological Bulletin*, 119, 390-409. doi: 10.1037/0033-2909.119.3.390
- Haavio-Mannila, E., & Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 399-419. doi: 10.1023/A:1024591318836
- Johnson, S. D., Phelps, D. L., & Cottler, L. B. (2004). The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. *Archives of Sexual Behavior*, 33, 55-63. doi: 10.1023/B:ASEB.0000007462.97961.5a
- Keller, A., McGarvey, E. L., & Clayton, A. H. (2006). Reliability and construct validity of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14). *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32, 43-52. doi: 10.1080/00926230500232909
- Leigh, B. C., Ames, S. L., & Stacy, A. W. (2008). Alcohol, drugs, and condom use among drug offenders: An event-based analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 93, 38-42. doi:10.1016/j.drugalcdep.2007.08.012.
- Livingston, J. A., Testa, M., & VanZile-Tamsen, C. (2007). The reciprocal relationship between sexual victimization and sexual assertiveness. *Violence Against Women*, 13, 298-313. doi:



10.1177/1077801206297339

- MacNeil, S., & Byers, E. (1997). The relationships between sexual problems, communication, and sexual satisfaction. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 6*, 277-283.
- Maisto, S. A., Carey, M. P., Carey, K. B., & Gordon C. M. (2002). The effects of alcohol and expectancies on risk perception and behavioral skills relevant to safer sex among heterosexual young adult women. *Journal of Studies on Alcohol, 63*, 476-485.
- Maisto, S. A., Carey, M. P., Carey, K. B., Gordon, C. M., & Schum, J. L. (2004). Effects of alcohol and expectancies on HIV-related risk perception and behavioral skills in heterosexual women. *Experimental & Clinical Psychopharmacology, 12*, 288-297. doi: 10.1037/1064-1297.12.4.288
- Ménard, A., & Offman, A. (2009). The interrelationships between sexual self-esteem, sexual assertiveness and sexual satisfaction. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 18*, 35-45.
- Morokoff, P. J., Quina, K., Harlow, L. L., Whitmire, L., Grimley, D. M., Gibson, P. R., & Burkholder G. J. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*, 790-804. doi: 10.1037/0022-3514.73.4.790
- Morokoff, P. J., Redding, C. A., Harlow, L. L., Cho, S., Rossi, J. S., Meier, K. S., ... Brown-Peterside, P. (2009). Associations of sexual victimization, depression, and sexual assertiveness with unprotected sex: A test of the multifaceted model of HIV risk across gender. *Journal of Applied Biobehavioral Research, 14*, 30-54. doi: 10.1111/j.1751-9861.2009.00039.x
- Noar, S. M., Carlyle, K., & Cole, C. (2006). Why communication is crucial: Meta-analysis of the relationship between safer sexual communication and condom use. *Journal of Health Communication, 11*, 365-390. doi: 10.1080/10810730600671862
- Palha, A. P., & Esteves, M. (2002). A study of the sexuality of opiate addicts. *Journal of Sex & Marital Therapy, 28*, 427-437. doi: 10.1080/00926230290001547
- Raj, A., Saitz, R., Cheng, D., & Winter, M. (2007). Associations between alcohol, heroin, and cocaine use and high risk sexual behaviors among detoxification patients. *The American journal of Drug and Alcohol Abuse, 33*, 169-178. doi:10.1080/00952990601091176
- Ross, M. W., & Williams, M. L. (2001). Sexual behavior and illicit drug use. *Annual Review of Sex Research, 12*, 290-310.
- Sánchez-Fuentes, M. M., Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. C. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 14*, 67-75. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70038-9
- Santos-Iglesias, P. & Sierra, J. C. (2010). El papel de la de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10*, 553-577.
- Santos-Iglesias, P., Sierra, J.C., & Vallejo-Medina, P. (2013). Predictors of Sexual Assertiveness: The Role of Sexual Desire, Arousal, Attitudes, and Partner Abuse. *Archives Sexual Behavior, 42*, 1043-1052. doi:10.1007/s10508-012-9998-3
- Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P., & Sierra, J.C. (2014). Equivalence and Standard Scores of the Hurlbert Index of Sexual Assertiveness Across Spanish Men and Women. *Anales de Psicología, 30*, 232-237. doi: http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.143321
- Schooler, D., Ward, L. M., Merriwether, A., & Caruthers, A. S. (2005). Cycles of shame: menstrual shame, body shame, and sexual decision-making. *Journal of Sex Research, 42*, 324-334. doi: 10.1080/00224490509552288
- Shacham, E., & Cottler, L. (2010). Sexual behaviors among club drug users: prevalence and reliability. *Archives of Sexual Behavior, 6*, 1331-1341. doi: 10.1007/s10508-009-9539-x.
- Sherman, S. G., Sutcliffe, C., Srirojn, B., Latkin, C. A., Aramratanna, A., & Celentano, D. D., (2009). Evaluation of a peer network intervention trial among young methamphetamine users in Chiang Mai, Thailand. *Social Science & Medicine, 68*, 69-79. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.061
- Sierra, J. C., Santos-Iglesias, P., & Vallejo-Medina, P. (2012). Evaluación de la equivalencia factorial y métrica de la Sexual Assertiveness Scale (SAS) por sexo. *Psicothema, 24*, 316-322.
- Sierra, J. C., Vallejo-Medina, P., & Santos-Iglesias, P. (2011). Propiedades psicométricas de la versión española del Sexual Assertiveness Scale (SAS). *Anales de Psicología, 27*, 17-26.
- Stoner, S. A., Norris, J., George, W. H., Morrison, D. M., Zawacki, T., Davis, K. C., & Hessler, D. M. (2008). Women's condom use assertiveness and sexual risk-taking: effects of alcohol intoxication and adult victimization. *Addictive Behaviors, 33*, 1167-1176. doi:10.1016/j.addbeh.2008.04.017
- Vallejo-Medina, P., Guillén-Riquelme, A., & Sierra, J. C. (2010). Psychometric properties of the Spanish version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire-Short-Form (CSFQ-14) in a

sample of males with drug abuse history. *Sexuality and Disability*, 28, 105-118. doi:10.1007/s11195-010-9146-8

Vallejo Medina, P., & Sierra, J. C. (2013a). Adaptation, equivalence, and validation of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire-Drugs (CSFQ-D) in a sample of drug-dependent males. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39, 368-384. doi: 10.1080/0092623X.2011.642493

Vallejo-Medina, P., & Sierra, J.C (2013b). Effect of Drug Use and Influence of Abstinence on Sexual Functioning in a Spanish Male Drug-Dependent Sample: A Multisite Study. *Journal of Sexual Medicine*, 10, 333-341. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02977.x

Vallejo-Medina, P. & Sierra, J. C. (in press). Adaptation and validation of the Sexual Assertiveness Scale (SAS) in a sample of male drug users. *Spanish Journal of Psychology*.

Vallejo-Medina, P., Sierra, J. C., Araujo Gallego, M., Casete Fernández, L., Diaz Castro, E., Fraga Rodríguez, R. M., ... Lage López, M. T. (2011, april). *Desarrollo y validación de una escala breve de diagnóstico de trastornos por uso de sustancias. El Cuestionario de Consumo de Sustancias (CSS)*. Paper presented in XXXVIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Madrid, España.

Young, M. A. (1993). Supplementing tests of statistical significance: Variation accounted for. *Journal of Speech and Hearing Research*, 36, 644-656.

Zablotsky, D., & Kennedy, M. (2003). Risk factors and HIV transmission to midlife and older women: knowledge, options, and the initiation of safer sexual practices. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 33, 122-130.



## ESTUDIO COMPARATIVO DEL PROCESO DE INSERCIÓN SOCIAL EN HOMBRES Y MUJERES USUARIOS DE DROGAS EN REHABILITACIÓN

### A COMPARATIVE STUDY IN THE SOCIAL INTEGRATION PROCESS BETWEEN MALE AND FEMALE DRUG USERS IN REHABILITATION

Solveig Erendira Rodríguez Kuri<sup>1</sup>, Alberto Javier Córdova Alcaráz<sup>2</sup> y María del Carmen Fernández Cáceres<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Investigación Clínica y Epidemiológica, Centros de Integración Juvenil, México

<sup>2</sup>Departamento de Investigación Psicosocial, Centros de Integración Juvenil, México

<sup>3</sup>Directora General de Centros de Integración Juvenil, México

#### Abstract

This study aimed to compare differences between women and men, who completed a residential treatment program for drug abuse, in terms of social insertion. This comparison was especially focused on gender differences in perceptions on main obstacles identified by substance abusers during rehabilitation process. A non-experimental, comparative, cross-sectional design was used. A sample of 161 patients of both sexes, attended in nine inpatient units, was integrated. It was applied a Likert Scale. According to the findings, during the reintegration phase, women reported more depressive symptoms and anxiety than men, they perceived themselves to suffer greater loss of social and cognitive skills, and also expressed a major concern of being stigmatized and manifested lower self-esteem than men. These findings confirms the need to develop reintegration programs based on a gender perspective in the treatment of drug abusers.

*Keywords: social insertion, treatment, substance abuse, addictions, sex.*

#### Resumen

Este estudio tuvo como objetivo comparar el proceso de inserción social en hombres y mujeres en rehabilitación por consumo de drogas, con especial énfasis en las diferencias atribuibles al género. Se utilizó un diseño no experimental, comparativo, transversal, con una encuesta aplicada a 161 pacientes de ambos sexos atendidos en nueve unidades de hospitalización por medio de una cédula, tipo Likert, elaborada *ex profeso*. Durante la fase de reinserción, las mujeres refieren, en comparación con los hombres, una mayor presencia de síntomas depresivos y de ansiedad, una mayor pérdida de habilidades sociales y cognitivas, una mayor preocupación de ser objeto de estigmatización y una más baja autoestima. Lo anterior confirma la necesidad de desarrollar programas de reinserción con perspectiva de género en los que se ponga particular atención en las necesidades de seguimiento y reforzamiento del tratamiento de manera diferencial.

*Palabras clave: inserción social, tratamiento, drogodependencia, adicciones, sexo.*

Hoy en día es un hecho conocido que el proceso de reinserción social constituye una fase fundamental en cualquier esfuerzo dirigido a lograr una rehabilitación plena del usuario de sustancias. Sin embargo, debido a la complejidad y recursos que demanda el seguimiento de los usuarios en esta etapa de su recuperación, aún se está lejos de poder dar una respuesta adecuada a las necesidades de los pacientes que finalizan la fase de internamiento (Rodríguez y Fernández, aceptado para su publicación).

A ello hay que agregar que la mayoría de los programas de rehabilitación del consumo de drogas se han concentrado en atender la demanda de una población mayoritariamente masculina debido, entre otras cosas, a la desproporción existente entre los sexos de los solicitantes de estos servicios —discordancia que no se corresponde por cierto con los datos de encuestas y registros epidemiológicos que muestran una proporción de usuarios hombres-mujeres cada vez más estrecha (ONUDD, 2014; SSA, 2012; Velázquez y Gutiérrez, 2014)— situación que se ha traducido en el desarrollo de programas que, en su diseño como en sus estrategias, pero particularmente en las condiciones reales de su aplicación (horarios, conformación de grupos, estructuras de apoyo para facilitar el acceso al tratamiento, etc.) resultan más adecuados a las características de esta población (Ramón, 2007, 2008; Velázquez y Gracia, 2012).

El desarrollo de programas menos adecuados a las necesidades de las usuarias, permite suponer que la reincorporación a la familia y la comunidad, una vez finalizado el tratamiento hospitalario, también podría representar para las mujeres una mayor complejidad.

Acerca de este proceso, diversas investigaciones muestran la dificultad que supone, para los usuarios de ambos sexos, la reconstitución del vínculo que media entre la comunidad y el individuo consumidor, relación que se encuentra fracturada y que se traduce en una situación de exclusión (Rodríguez y Nute, 2013). Algunos autores han identificado diversos factores que contribuyen a obstaculizar la integración social del usuario, entre los cuales destacan la preocupación de mantenerse en abstinencia, el deterioro en el estado de salud, la pérdida de habilidades sociales y cognitivas, la deserción escolar o laboral, la anomia familiar, la pérdida de vínculo con las instituciones formales y la pobreza

(Catalán, 2001; López y Pérez, 2005; Van Demark, 2007; Vega, 1991).

Las investigaciones con población femenina, por su parte, enfatizan la dificultad que supone lograr una adecuada reinserción debido a la mayor estigmatización que recae sobre las mujeres, complicando su incorporación al mercado laboral y al medio familiar (Van Demark, 2007; Van Olphen, 2009).

Otros estudios (Arranz-López, 2010; Buchanan y Young, 2000; Calvo, 2007) abordan este problema desde la perspectiva de las redes sociales, destacando cómo estas, a la vez que pueden constituir un factor de cambio decisivo en el proceso de reinserción, como es el caso de las redes familiares, también pueden representar una de las mayores dificultades para restablecer el vínculo con las instituciones formales, como es el caso de las redes de usuarios, debido a que una consecuencia casi natural de la exclusión del usuario de drogas es la necesidad de construir redes donde el consumo de sustancias constituya una conducta naturalizada.

Un estudio previo realizado con pacientes que habían cursado alta parcial o definitiva de un tratamiento hospitalario por uso de drogas (Rodríguez y Fernández, aprobado para su publicación) identificó como principales obstáculos para una adecuada reinserción los siguientes elementos: empobrecimiento de las redes sociales, exclusión y aislamiento; expectativas negativas sobre la reintegración; estrés asociado a la abstinencia; estigmatización, presión de usuarios; falta de redes de apoyo formales; escaso involucramiento de la familia; conflictos de pareja y sexuales; dependencia económica; falta de alternativas para el tiempo libre; y pérdida de habilidades sociales y cognitivas.

Si bien el estudio citado no tuvo como objetivo abordar el problema desde una perspectiva de género, los resultados evidenciaron diferencias importantes entre hombres y mujeres, comenzando por la notoria desproporción en el sexo de las personas que asisten a tratamiento para el uso de sustancias así como por el tipo de dificultades con las que se encontraron durante la fase de reinserción. En general, las mujeres manifestaron una mayor preocupación por la pérdida de redes sociales derivadas de su proceso rehabilitatorio, así como una marcada inquietud por retomar su rol materno. También se percibían con un mayor deterioro cognitivo y con

menos habilidades sociales para restablecer o construir nuevas redes así como para poder incorporarse al mercado laboral. Destaca, en particular, la marcada preocupación por ser objeto de estigma, lo que a su vez contribuía a acrecentar el círculo de aislamiento y exclusión.

De lo anterior se desprendió el interés por realizar un estudio comparativo del proceso de reinserción en hombres y mujeres en rehabilitación, con especial énfasis en las diferencias atribuibles al sexo de los usuarios en la percepción de las principales dificultades identificadas durante este proceso. En este caso, con una perspectiva cuantitativa, incorporando una muestra mayor de usuarios, cuyos resultados representen mejor a la población atendida en este tipo de instituciones. Adicionalmente, al finalizar el estudio, se podría contar con un instrumento de medición válido y confiable que proporcione un indicador útil del nivel de reinserción del paciente en esta fase de su rehabilitación.

## MÉTODO

### Diseño

Estudio no experimental, comparativo, basado en una encuesta transversal que indaga variables relacionadas con el proceso de reinserción social en una muestra de pacientes de ambos sexos que finalizaron la fase de tratamiento hospitalario por uso de drogas.

### Participantes

Para la aplicación de la encuesta se realizó un muestreo intencional, por cuotas, basado en criterios de conveniencia. Se solicitó a las unidades hospitalarias de Centros de Integración Juvenil (institución dedicada a la prevención, tratamiento e investigación del consumo de drogas) que atendían a usuarios de ambos sexos, que realizaran una invitación abierta, vía telefónica o de manera personal, a una cuota de pacientes dados de alta del tratamiento, estimada según la población promedio atendida semestralmente en cada una de ellas (se estimaba cubrir una cuota total mínima de 150 pacientes, aproximadamente 17 por unidad). Se incluyó a pacientes con alta definitiva, así como a pacientes que habían finalizado el tratamiento hospitalario y que aún mantenían contacto con las unidades debido a su

asistencia a sesiones de seguimiento (alta parcial) y a aquellos que se encontraban aún en tratamiento hospitalario pero que ya habían tenido su primera o segunda salida de fin de semana a casa.

Así, se conformó una muestra final de 161 pacientes atendidos en las unidades de hospitalización ubicadas en las ciudades de Tijuana, Monterrey, Culiacán, Jerez, Acapulco, Tlaquepaque, Tuxtla Gutiérrez, Naucalpan y Cd. de México. De éstos, 122 eran hombres y 39 mujeres, con una media de edad de 34.5 años y una desviación de 11.5.

### Instrumentos

Para el levantamiento de información se elaboró una escala autoaplicable, tipo Likert, con 124 reactivos y cinco opciones de respuesta (desde "Muy frecuentemente" hasta "Nunca"). La cédula está compuesta por trece variables entre las que se incluyen *Expectativas negativas sobre el proceso de reinserción, Restablecimiento de redes familiares, Temor de una recaída, Estrategias para enfrentar situaciones de riesgo, Pérdida de habilidades sociales y cognitivas, Síntomas de Ansiedad y Depresión, Preocupación de ser objeto de estigmatización, Rechazo por parte del grupo de usuarios, Autoestima, Aislamiento y exclusión y Autonomía.*

Cabe señalar que se evitó la incorporación de variables relativas a temas sobre relaciones de pareja y parentalidad ya que estos serán objeto de un estudio posterior con el que se pretende realizar una exploración más profunda mediante un abordaje cualitativo.

Asimismo, se incorporó una sección con datos sociodemográficos y una más sobre patrón de consumo con la que se indagaron prevalencias de uso de drogas "alguna vez en la vida", en el "último mes" y en el "último año" además de una pregunta adicional con el fin de indagar qué droga era considerada por el usuario como la de mayor impacto.

La cédula proporciona un puntaje o índice de reinserción global y uno por cada una de las áreas que conforman el instrumento, los cuales se obtienen de la suma de las calificaciones asignadas a cada reactivo (donde la calificación mínima es 1 y la máxima 5) y de la posterior división de este puntaje entre el total de reactivos del instrumento (para la obtención del índice global) y entre el total de reactivos de cada área (para la obtención de los índices por área). Esto último, con el

objeto de hacer comparables los índices obtenidos ya que cada variable contiene un distinto número de reactivos.

La construcción de las variables tuvo como punto de partida un conjunto de indicadores de medición identificados a partir de una serie de entrevistas a profundidad realizadas en una fase previa del estudio (Rodríguez y Fernández, en dictamen).

### Análisis de datos

Para el análisis de la información, se realizó una primera indagación de la distribución de frecuencias con el fin de conocer la conformación sociodemográfica de la muestra así como su patrón de consumo. Posteriormente, se realizaron pruebas de comparación de medias (*t de Student*) para identificar las diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cada una de las variables de estudio. Se utilizó la prueba de Levene para determinar la igualdad de varianzas entre las muestras.

## RESULTADOS

Más de la tercera parte de estos pacientes (37%) no tenía un empleo cuando se realizó la entrevista, en tanto que el resto estaba empleado (52.0%) o realizaba algún tipo de estudio (10.0%).

Con respecto a su patrón de consumo de alcohol y drogas, 73.0% de la muestra reportó uso de alcohol en el último año previo a su internamiento, 64% de tabaco, 39% de cocaína, 36% de marihuana, 19% de inhalables, 18% de tranquilizantes, 11% de anfetaminas, 10% de éxtasis y 7.5% de otras drogas. 17% reportó haber utilizado nuevamente tabaco después de haber cursado alta del tratamiento hospitalario.

Cabe señalar que el alcohol fue considerado casi por el 40% de los encuestados como la droga de mayor impacto en sus vidas, seguida por la cocaína (34%) y la marihuana (20%).

El instrumento mostró, en general, buenos niveles de confiabilidad y validez como se puede observar en la Tabla 1, donde prácticamente todas las variables de estudio arrojan un alfa de Cronbach por arriba de 0.80. Para determinar la validez de constructo, se realizó un

análisis factorial, con rotación Varimax, al interior de cada una de las variables. El análisis mostró la conformación de entre uno y tres factores por variable, los cuales explican una varianza de 52.0%, la menor, y de 73.0%, la mayor, todas con pesos factoriales mayores de 0.4.

Tabla 1. Alfa de Cronbach

Variable	Alfa de Cronbach
Instrumento global	.971
Restablecimiento de redes familiares	.958
Expectativas sobre el proceso de reinserción	.807
Temor de sufrir una recaída	.812
Estrategias para enfrentar situaciones de riesgo	.827
Pérdida de habilidades sociales y cognitivas	.852
Síntomas de Ansiedad y Depresión	.915
Preocupación de ser objeto de estigmatización	.905
Rechazo del grupo de usuarios	.839
Autoestima	.945
Aislamiento y exclusión	.889
Autonomía	.795

Los resultados permiten observar que en aquellas variables que miden la presencia de obstáculos o dificultades para una adecuada reinserción (P. ej.: *Expectativas negativas sobre el proceso de reinserción, Temor de experimentar una recaída, Pérdida de habilidades sociales y cognitivas, Síntomas de Ansiedad y Depresión, Preocupación por ser objeto de estigma, Rechazo o exclusión por parte del grupo de usuarios y Aislamiento y exclusión*) las mujeres presentan puntuaciones más altas que los hombres; mientras que en las variables que representan alternativas para afrontar mejor este proceso (*Construcción de nuevas redes formales e informales, Restablecimiento de redes familiares deterioradas, Estrategias para enfrentar situaciones de riesgo, Autoestima y Autonomía*) éstas presentan puntuaciones más bajas que los hombres, lo que pone de manifiesto que las mujeres se perciben con menos recursos y con mayores dificultades que los hombres para incorporarse satisfactoriamente al mundo exterior una vez que han salido de la unidad de internamiento.

Las principales diferencias entre ambos sexos, de acuerdo con la prueba *t de Student* cuyos resultados se observan en la Tabla 2, son las siguientes: las mujeres refieren una mayor presencia de síntomas depresivos y de ansiedad que los hombres, perciben una mayor pérdida de habilidades sociales y cognitivas, se muestran



más preocupadas de ser objeto de estigmatización y expresan una menor autoestima que los hombres en este proceso. Es importante destacar que los grupos de hombres y mujeres presentan diferencias de tamaño importantes. Esta disparidad, si bien refleja la distribución por sexo de la población de las unidades participantes, puede tener implicaciones importantes en los resultados observados.

Tabla 2. Índice de Reinserción. Diferencias entre hombres y mujeres (Prueba t de Student)

Área	Sexo	N	Media	t
Expectativas negativas	H	114	3.68	2.116*
	M	36	3.37	
Pérdida de habilidades sociales y cognitivas	H	118	1.88	2.863*
	M	35	2.30	
Presencia de síntomas de Depresión y Ansiedad	H	119	1.60	3.407**
	M	39	2.19	
Preocupación de ser objeto de estigma	H	120	1.76	2.540*
	M	37	2.20	
Autoestima	H	119	4.68	2.507*
	M	39	4.22	
Exclusión y aislamiento	H	116	1.78	2.450*
	M	36	2.10	
Autonomía	H	120	4.35	2.509*
	M	38	3.85	
Restablecimiento de redes familiares	H	120	4.51	1.947
	M	39	4.17	
Preocupación sobre una posible recaída	H	118	2.21	.808
	M	39	2.36	
Estrategias para enfrentar riesgos de recaída	H	117	4.52	2.164
	M	37	4.25	
Rechazo del grupo de usuarios	H	120	1.74	.390
	M	38	1.81	

\* $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.001$

## CONCLUSIONES

Los resultados corroboran los hallazgos de estudios previos en que se identifican algunos de los principales obstáculos para una adecuada inserción social del usuario de drogas, particularmente el temor de tener una recaída en el consumo de sustancias, la pérdida de habilidades sociales y cognitivas (Vega, 1991; Catalán, 2001; López y Pérez, 2005; Van Demark, 2007; Rodríguez y Fernández, en dictamen) y la preocupación de ser objeto de estigmatización (Van Demark, 2007; Van Olphen, Eliason, Freudenberg y Barnes, Rodríguez y

Fernández, en dictamen); y revelan, asimismo, que las mujeres se reinserían a la vida familiar y comunitaria en condiciones de mayor vulnerabilidad que los hombres.

Si como se ha señalado, las circunstancias de acceso a un tratamiento resultan menos favorables para las usuarias (Velázquez y Gracia, 2012; Ramón, 2007; Ramón y Arellanez, 2008) el hecho de que el proceso de reinserción pareciera ser, a la luz de estos resultados, más complejo para ellas constituye un doble problema.

Estos resultados reafirman la necesidad de mantener un adecuado seguimiento y acompañamiento de los pacientes una vez que cursan alta del tratamiento hospitalario, especialmente en el caso de las mujeres; y confirman la necesidad de desarrollar programas de reinserción con perspectiva de género, accesibles y adecuados en el sentido en que lo plantean Calvo, de Lucas, Pozo y Segarra (2007) en los que se ponga especial énfasis en las necesidades de seguimiento y reforzamiento del tratamiento de manera diferencial.

En particular, destaca la necesidad de atender el surgimiento o persistencia de síntomas de depresión y ansiedad, los cuales, además de constituir un riesgo importante para el reinicio del consumo, pueden indicar la presencia de trastornos emocionales más severos.

Los programas de reinserción deben considerar también la importancia de reforzar habilidades sociales básicas necesarias para favorecer la incorporación de las mujeres en el ámbito laboral, promoviendo de esta manera una mayor autonomía económica y, de manera indirecta, una mayor autoestima.

Por otra parte, la preocupación que expresan las mujeres respecto de convertirse en un objeto de estigmatización constituye un obstáculo mayúsculo para una adecuada inserción por la dificultad que supone reconstruir el vínculo justamente con los grupos que les han estigmatizado y marginado, sin embargo, cabe esperar que un programa de reinserción que contemple la incorporación de los miembros del entorno familiar inmediato en actividades terapéuticas y de orientación, pueda incidir en los patrones de la dinámica familiar que agudizan la estigmatización y la exclusión, de modo que estas mujeres puedan ocupar nuevamente un lugar pleno de derechos y reconocimiento al interior de la familia, lo cual también se verá fortalecido en la medida en que estos programas sean capaces de promover el

desarrollo de habilidades sociales y de favorecer la inserción en el ámbito laboral.

Para finalizar, es importante recordar que los resultados observados deben ser interpretados a la luz de algunas limitaciones metodológicas importantes, como es el caso del tamaño de los grupos de hombres y mujeres que conformaron la muestra, lo cual, como ya se ha señalado, si bien representa la proporción por sexo de los pacientes que reciben tratamiento en estas unidades, ciertamente puede tener repercusiones importantes en los resultados.

## REFERENCIAS

- Arranz-López, S. (2010). Estrategias para la diversificación de la red personal de personas drogodependientes en proceso de reinserción. *Redes. Revista Hispana Para el Análisis de Redes Sociales*, Junio, 163-182.
- Buchanan, J., & Young, L. (2000). Problem Drug Use, social exclusion and social reintegration: the client speaks. En: EMCDDA (Ed de la serie Scientific Monograph Series No. 4. *Understanding and responding to drug use: the relevance of qualitative research*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities (Chapter 17).
- Calvo Botella, H. (2007). Redes de apoyo para la integración social: la familia. *Salud y drogas*, 7(1), 45-56.
- Calvo Botella, H., De Lucas Avilés, A., Pozo Moreno, E., López y Segarra, F. (2007). La calidad en el proceso de inserción del drogodependiente. *Salud y drogas*, 7 (1), 159-174.
- Catalán, M. (2001). El adolescente y sus usos de drogas en una sociedad en riesgo. *Polis*. 1(2).
- López, E. y Pérez, M. (2005). La reinserción social y las adicciones. *LiberAddictus*. 87, 1-6.
- Ramón, E., y Arellanez, J. (2008). *Condicionantes y motivos de la solicitud de tratamiento en mujeres usuarias de drogas* (Informe de Investigación 08-10), México: Centros de Integración Juvenil.
- Ramón, E. (2007). *Estudio cualitativo del acceso y necesidades de tratamiento en mujeres usuarias de drogas ilícitas* (Informe de Investigación 07-17), México: Centros de Integración Juvenil.
- Rodríguez, S. y Fernández, C. Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación. Un estudio cualitativo. (Aceptado para su publicación en la Revista de Psicología. Universidad de Antioquia).
- Rodríguez, S. y Nute, L. (2013). Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación. Una revisión bibliográfica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 16(1),172-196. <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>.
- Secretaría de Salud (SSA), Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. Villatoro, J., Medina-Mora M. E., Fleiz, C., Téllez, M., Mendoza, L., Romero, M., Gutiérrez, J., Castro, M., Hernández, M., Tena, C., Alvear, C. y Guisa, V. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), World Drug Report 2014 (United Nations publication, Sales No. E.14.XI.7).
- Van Demark, N. (2007). Policy on reintegration of women with histories of substance abuse: A mixed methods study of predictors of relapse and facilitators of recovery. *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, 2(8), 1-11.
- Van Olphen, J., Eliason, M.J., Freudenberg, N., Barnes, M. (2009). Nowhere to go: How stigma limits the options of female drug users after release from jail. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 4(10).
- Vega, A. (1991). *Aspectos educativos en la reinserción social en drogodependencias*. Trabajo presentado en el 1er Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. Esp. Recuperada de <http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/ponencia2/LAREINSESIONDELDROGODEPENDIENTE DESDE LOS MUNICIPIOS.PDF>.
- Velázquez Altamirano, M. y Gutiérrez López, A.D. (2014). Consumo de Drogas en Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en Centros de Integración Juvenil. Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas. Reporte del 2º Semestre de 2013. México: Centros de Integración Juvenil. (Informe de Investigación 14-03). Recuperado del sitio de Internet: <http://www.cij.gob.mx/Programas/Investigacion/Epidemiologica.asp>.
- Velázquez, M. y Gracia, S. (2012). Evaluación retrospectiva de resultados del programa de mantenimiento y deshabituación con metadona (PMDM). Informe de Investigación 12-13, México: Centros de Integración Juvenil, 2012.

## EFFECTOS DE LA IMPULSIVIDAD Y EL CONSUMO DE ALCOHOL SOBRE LA TOMA DE DECISIONES EN LOS ADOLESCENTES

### EFFECTS OF IMPULSIVITY AND ALCOHOL CONSUMPTION OVER DECISION-MAKING AMONG ADOLESCENTS

María Laura Caña<sup>1</sup>, Yanina Michelini<sup>1,2</sup>, Ignacio Acuña<sup>1,2</sup> y Juan Carlos Godoy<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio de Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Argentina

<sup>2</sup>Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina

#### Abstract

Background: adolescence is a period associated with the onset and progression of alcohol consumption. At this stage are also frequent impulsive behaviors and risky decision-making (DM). Aim: To evaluate pattern of alcohol consumption (PAC) in male and female adolescents, their different levels of impulsivity and how these variables affect decision-making. Methodology: Using a latent class analysis several PAC of 230 adolescents aged 14 to 17 years were determined. Design: A prospective ex post facto crossover design with Positive Urgency (Low / High), PCA (Moderate / Binge) and Sex (Female / Male) as factors was used. DM was assessed in 78 participants who joined the study groups. Results: binge male consumers, compared with moderate, performed better, but their performance declined at the end of the test. Within the group of participants with low positive urgency, those with a binge PAC, made more advantageous DM. Conclusions: PAC and impulsivity trait appear to influence DM in adolescents.

*Keywords: alcohol, impulsivity, adolescence, decision making.*

#### Resumen

Fundamentación: la adolescencia es un período asociado al inicio y la progresión del consumo de alcohol. En esta etapa también son frecuentes las conductas impulsivas y la toma de decisiones (TD) riesgosas. Objetivo: evaluar el patrón de consumo de alcohol (PCA) de adolescentes masculinos y femeninos, sus distintos niveles de impulsividad y cómo afectan estas variables a la toma de decisiones. Metodología: Mediante un análisis de clases latentes se determinaron diferentes PCA de 230 adolescentes de 14 a 17 años. Diseño: se utilizó un diseño ex post facto prospectivo factorial con los factores Urgencia Positiva (Baja/Alta), PCA (Moderado/Binge) y Sexo (Femenino/Masculino). Se evaluó la TD en los 78 participantes que integraron los grupos del estudio. Resultados: los consumidores varones binge, en comparación con los moderados, mostraron un mejor desempeño, pero su rendimiento disminuyó al final de la prueba. Dentro del grupo de los participantes con baja urgencia positiva, aquellos con un patrón de consumo tipo binge, realizaron TD más ventajosas. Conclusiones: El PCA y la impulsividad rasgo parecen influir sobre la TD de los adolescentes.

*Palabras clave: alcohol, impulsividad, adolescencia, toma de decisiones.*

Correspondencia: Ignacio Acuña  
Laboratorio de Psicología, Facultad de Psicología - UNC.  
Enfermera Gordillo esq. Enrique Barros. Estafeta Postal 32.  
Ciudad Universitaria. CP 5000. Córdoba – Argentina  
ignacioa@psyche.unc.edu.ar

La adolescencia se define como el período de transición de la niñez a la adultez que se extiende estimativamente entre los 12 y los 20-25 años de edad (Spear, 2013). Es una etapa caracterizada por una serie de cambios fisiológicos y hormonales asociados con la pubertad (Blakemore, Burnet y Dahl, 2010), y con cambios sociales y cognitivos (Sturman y Moghaddam, 2011). Para una adecuada transición de la niñez a la adultez los organismos en desarrollo deben lograr las habilidades necesarias para la independencia. La búsqueda de sensaciones, la toma de riesgos y aún el uso exploratorio de sustancias son comportamientos esperables en una etapa de la vida en la que comienza la transición de la dependencia hacia la independencia (Spear, 2013).

Diversos estudios avalan la idea que muchas áreas cerebrales continúan desarrollándose durante la adolescencia, especialmente aquellas más modernas desde el punto de vista filogenético, como la corteza prefrontal, que son también las últimas en completar su desarrollo ontogenético, que no concluye hasta la adultez temprana (Casey y Jones, 2010; López-Caneda, Rodríguez Holguín, Cadaveira, Corral y Doallo, 2013). La corteza prefrontal, especialmente la corteza ventromedial, está íntimamente relacionada con la toma de decisiones (Smith, Xiao y Bechara, 2012; Xiao et al., 2013). Esta relación destaca la importancia que la inmadurez prefrontal tiene para entender la mayor impulsividad e implicación de los adolescentes en conductas de riesgo relacionadas con la sexualidad, el consumo de drogas o los comportamientos antisociales (Albert y Steinberg, 2011; Blakemore y Robbins, 2012).

El inicio en el consumo de alcohol suele darse durante la temprana adolescencia (OMS, 2011). Por ejemplo, en Argentina se ha observado que alrededor de los 12 años es un período crítico para el inicio en la conducta de consumo de alcohol (Pilatti, Godoy, Brussino y Pautassi, 2013). Por otro lado, también se ha observado una escalada en el consumo hacia la adolescencia tardía (entre los 18 y los 20 años), en la cual surgen una variedad de formas riesgosas de consumo que pueden llevar a la aparición de un trastorno por consumo de alcohol (Pilatti, Brussino y Godoy, 2013).

En los últimos años ha emergido un patrón de consumo de alcohol (PCA) intermitente, en forma de atracones, concentrado en sesiones de pocas horas,

asociado principalmente a las noches de fin de semana y que se realiza con grupos de pares (NIAAA, 2013). Este patrón, denominado consumo intensivo de alcohol (*binge drinking* o *heavy episodic drinking* en la literatura en inglés), se caracteriza por picos de incidencia entre los jóvenes, una igualación del consumo entre sexos, una escasa percepción de riesgo y el hecho de que los bebedores abusivos son cada vez más jóvenes (para una revisión, ver Parada et al., 2011).

En la Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media realizada en Argentina (SEDRONAR, 2011), se concluyó que el alcohol era la sustancia psicoactiva de mayor consumo, la que presentaba la edad de inicio más baja y la que se encontraba fuertemente asociada al consumo de otras drogas ilícitas, tanto marihuana como cocaína. Según los resultados arrojados, el consumo intensivo de alcohol en los estudiantes de 13 a 17 años fue del 63,4%.

Por su parte, otros estudios realizados en Argentina por Pilatti et al. (2010) determinaron que casi el 80% de los evaluados presentaba un patrón de consumo de alcohol (PCA) considerado como problemático, es decir, un PCA intensivo o tipo binge que implicaba el consumo de más de 5 tragos de alcohol por ocasión de consumo, más allá de la frecuencia con la que consumían esa cantidad. Además, en otro estudio, (Pilatti et al., 2013) observaron que los jóvenes que experimentaban tempranamente con el alcohol eran más propensos a mostrar un consumo intensivo de alcohol, presentaban más episodios de embriaguez y un uso más corriente de drogas y, además, tenían mayor posibilidad de desarrollar adicción crónica al alcohol o a otras drogas, en comparación con adolescentes con un inicio tardío en el consumo.

Se considera la impulsividad un constructo multidimensional que integra una variedad de rasgos tales como el actuar sin premeditación, la búsqueda de sensaciones, la toma de riesgos, la sensibilidad a la recompensa, la urgencia y otros constructos (para una revisión, ver Cyders, 2013). Varios estudios muestran que los rasgos de la impulsividad se asocian fuertemente a diversas características del consumo intensivo de alcohol en adolescentes (Adan, 2012; Coskunpinar, Dir y Cyders, 2013; Stautz y Cooper, 2013; White et al., 2011) y a un pobre desempeño de los adolescentes en tareas que evalúan funciones ejecutivas (Mota et al., 2013). Por

ejemplo, según Cyders et al., (2010), el rasgo de urgencia positiva es transversal y prospectivamente un predictor de las consecuencias negativas de conductas riesgosas como el consumo intensivo de alcohol, el juego problemático y las conductas sexuales sin protección. Durante el periodo adolescente el control de los impulsos es aún inmaduro, lo que explicaría la tendencia de los adolescentes a tomar decisiones arriesgadas (Casey y Jones, 2010).

La Toma de Decisiones (TD) es una de las funciones cognitivas superiores más estudiadas en relación al consumo de alcohol y la conducta impulsiva en la adolescencia (Romer, 2010). La TD se define como la capacidad para seleccionar un curso de acción entre un conjunto de posibles alternativas conductuales (Xiao et al., 2013). En algunas situaciones, las decisiones pueden ser tomadas sin el conocimiento de cuáles pueden ser las posibles consecuencias, y se definen como "decisiones ambiguas" (Brand, Recknor, Grabenhorst y Bechara, 2007). En otras situaciones las consecuencias posibles también son inciertas, pero se cuenta con una descripción de cuál es la probabilidad de que cada una ocurra. Este tipo de decisiones se definen como "decisiones riesgosas" (Brand et al., 2007).

Las TD desventajosas pueden subyacer a la transición de un consumo casual de sustancias hacia un consumo compulsivo y descontrolado (Xiao et al., 2013). En este sentido, los adolescentes suelen mostrar reacciones emocionales exageradas ante ciertas consecuencias, mucho más que los adultos o los niños. Además, la habilidad para reflexionar objetivamente sobre los resultados de una decisión continúa madurando durante la adolescencia, lo que puede contribuir a la toma de decisiones riesgosas en esta etapa de la vida (Casey y Jones, 2010). La relación entre edad y toma de decisiones arriesgadas sigue una trayectoria de "u" invertida ya que la proporción de decisiones riesgosas alcanzan un punto máximo durante la mediana adolescencia (Burnett, Bault, Coricelli y Blakemore, 2010; Smith et al., 2011).

Con base en lo expuesto, el presente trabajo tuvo como objetivo principal evaluar el PCA de adolescentes masculinos y femeninos, sus distintos niveles de impulsividad y como afectan estas variables a la TD.

## MÉTODO

### Diseño

Se utilizó un diseño ex post facto prospectivo factorial de 2 (PCA: Moderado o Binge) x 2 (Urgencia Positiva: Alta o Baja) x 2 Sexo (Femenino o Masculino) (Montero y León, 2007). Como variable dependiente se consideró el desempeño en las pruebas de evaluación de TD.

### Participantes

En la primera etapa, se trabajó con una muestra accidental (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2005) compuesta por 230 alumnos (128 mujeres) de entre 14 y 17 años ( $M= 15.22$ ,  $DS \pm .996$ ), asistentes a tres centros educativos de nivel medio de la ciudad de Deán Funes, provincia de Córdoba. Los voluntarios debieron cumplir con los siguientes requisitos: no tener afecciones psiquiátricas ni neurológicas, no tener problemas relacionados al consumo y no estar ni haber estado bajo tratamiento para dejar de beber. En la segunda etapa, la muestra quedó conformada por 78 alumnos (43 mujeres) de entre 14 y 17 años ( $M= 15,14$ ,  $DS \pm 1.022$ ).

### Instrumentos

*Ficha de datos sociodemográficos:* incluye edad, género, nivel educativo, estado civil, historia familiar de consumo, padecimiento de enfermedades y/o tratamientos.

*Cuestionario de patrón de consumo de alcohol y otras sustancias:* con los siguientes indicadores de consumo: frecuencia, cantidad, frecuencia de consumo hasta la ebriedad e intención de consumo en el próximo fin de semana, semana y mes. Además, indaga sobre el uso de tabaco y otras sustancias.

*Escala L:* Se utilizó la versión presente en Cassola y Pilatti (2004). Mide la tendencia al falseamiento positivo. Presenta una fiabilidad de 0.76 en varones y 0.77 en mujeres.

*Escala de impulsividad UPPS-P:* (Verdejo-García, Lozano, Moya, Alcázar y Pérez-García, 2010): Se utilizó la adaptación española. Mide cinco aspectos de la personalidad que llevan a la conducta impulsiva: la urgencia negativa, la (falta de) perseverancia, la (falta de)



premeditación, la búsqueda de sensaciones, y la urgencia positiva. Presenta valores adecuados de confiabilidad para toda la escala ( $\alpha = 0.94$ ).

*Iowa Gambling Task original (IGTo)* (Bechara, Damasio, Damasio y Anderson, 1994): se utilizó la versión electrónica de la prueba. Evalúa la capacidad para tomar decisiones ventajosas o desventajosas. Consta de cuatro mazos de cartas, en los desventajosos (A y B) las elecciones conllevan a una alta ganancia y una alta penalización. En los ventajosos (C y D) la ganancia inmediata es más pequeña al igual que las pérdidas futuras.

*Cognitive Bias Task (CBT)* (Goldberg, Podell, Harner, Riggio y Lovell, 1994): es una prueba de respuesta múltiple en el que se evalúa el estilo en la TD. Consiste en estímulos caracterizados por cinco dimensiones dicotómicas. El target es comparado con cada elección de acuerdo al número de dimensiones concordantes obteniéndose un "índice de similitud".

*Iowa Gambling Task inversa (IGTi)* (Bechara, Tranel y Damasio, 2000): Se utilizó la versión computarizada. Las elecciones de los mazos ventajosos (E y G) están seguidas de altas penalizaciones y recompensas. Las elecciones de los mazos desventajosos (F y H) son seguidas de bajas penalizaciones y recompensas.

## Procedimiento

Este estudio se realizó en dos etapas. En ambas etapas se trabajó dentro de las instituciones en el horario de clases y en el espacio que cedió cada una. Los datos fueron recabados por personal entrenado a tal fin. Todos los participantes debieron presentar un consentimiento firmado por los padres o tutores, dado que eran menores de edad. En la primera etapa del estudio se les administró en forma grupal la Ficha de datos sociodemográficos, el Cuestionario de patrón de consumo de alcohol y otras sustancias, la Escala L y la Escala de Impulsividad UPPS-P. Terminada la recolección de datos de esta primera etapa, se realizó un Análisis de Clases Latentes para determinar los distintos PCA de la muestra (N=261). En primer lugar, los participantes de ambos sexos fueron asignados a dos grupos en función de su experiencia previa con el alcohol (moderado, binge), descartando aquellos que no cumplieron con las características de los dos patrones elegidos para llevar a cabo el estudio. En segundo lugar, se midieron los niveles de UP con la escala UPPS-P,

seleccionando aquellos participantes que, tras dividir la muestra en cuatro partes, se ubicaron en el cuartil superior e inferior, quedando clasificados como alta UP y baja UP. Por último, quedaron conformados cuatro grupos: PCA binge con niveles altos de UP (6 mujeres, 5 varones), PCA binge con nivel bajo de UP (6 mujeres, 8 varones), PCA moderado con nivel de UP alto (13 mujeres, 15 varones) y PCA moderado con nivel de UP bajo (17 mujeres, 7 varones). En la segunda etapa del estudio, se procedió a evaluar a los participantes con las pruebas de TD: IGT, original y versión inversa, y la CBT. En el caso de las dos primeras, se contrabalanceó el orden en el que se aplicaron.

## Análisis de datos

Los datos fueron analizados con los programas estadísticos SPSS Statistics 17.0 y STATISTICA 8. Para realizar el Análisis de Clases Latentes se usó LatentGold 4.5. En todos los casos el nivel de significación estadística se fijó en  $p < .05$ .

### Análisis de clases latentes

Utilizando los siguientes indicadores de consumo: cantidad (medida en "tragos", cada trago estuvo compuesto por 10 gramos de alcohol absoluto), frecuencia de consumo y frecuencia de consumo problema (es el consumo de 5 o más vasos de bebida alcohólica en una misma ocasión), se llevó adelante el análisis de clases latentes. Se probaron modelos de 1 a 5 clases latentes con el fin de lograr el modelo más parsimonioso que ofreciera un buen ajuste a los datos y cumpliera con el supuesto de independencia local. Los modelos fueron comparados en función de tres medidas que consideran la bondad de ajuste y la parsimonia: el criterio de información Bayesiana (BIC), el criterio de información de Akaike (AIC) y el criterio de información de Akaike 3 (AIC3). En estas medidas, los valores más bajos indican un mejor ajuste del modelo. Dos de los tres indicadores utilizados (AIC3 y AIC) dieron cuenta de que el modelo de 5 clases latentes era el que presentaba mejor ajuste (Vermunt y Magidson, 2005).

El siguiente paso fue estudiar la probabilidad de respuesta en los distintos indicadores en cada una de las clases resultantes. Se pudo observar que la clase 1 estaba compuesta por el 27% de la muestra, que se caracterizaba por una alta probabilidad de consumir más de 12 tragos (0.53), de hacerlo semanalmente (0.98) y de

presentar una frecuencia de consumo problema semanal (0.92); a esta clase se la designó como bebedores intensivos. La clase 2 comprendió el 26% de la muestra y presentó una alta probabilidad de consumir de 1 a 5.99 tragos (0.90), de hacerlo con una frecuencia mensual (0.79) y de no consumir 5 o más vasos de alcohol por ocasión de bebida (0.88). Se designó a esta clase como bebedores moderados infrecuentes. La clase 3 comprendió el 22% de la muestra: consumen más de 12 tragos por ocasión de bebida (0.45), lo hacen mensualmente (0.83) y consumen 5 o más vasos de alcohol con una frecuencia mensual (0.78). Se consideró que esta clase presentaba un PCA tipo binge. La clase 4 corresponde a los abstemios, que presentan elevadas probabilidades de no tomar bebidas alcohólicas (0.96; 0.95; 0.99). Por último, la clase 5 mostró elevadas probabilidades de consumir entre 1 y 5.99 tragos por ocasión de bebida (0.55), de hacerlo con una frecuencia semanal (0.57) y reportó no consumir 5 o más vasos de bebidas alcohólicas (0.95); a esta última clase se la clasificó como moderado frecuente.

#### *Análisis del desempeño en las pruebas de TD*

Para analizar el desempeño en la IGT se realizaron análisis de varianza (ANOVA) secuenciales considerando el PCA y la UP. En relación a la variable sexo, se decidió hacer el análisis por separado para varones y mujeres. Se procedió de esta manera debido a que el tamaño de la muestra, así como la desigual distribución de los casos en cada grupo, no permitió comparar varones con mujeres.

En todas las pruebas, para analizar el puntaje neto total se realizó un ANOVA factorial y para analizar los resultados por bloque, se recurrió a ANOVAs de medidas repetidas.

Para verificar que los datos cumplan los requisitos necesarios para llevar adelante un ANOVA se procedió de la misma manera que para llevar adelante el análisis, se verificaron para varones y mujeres por separado.

Para las variables que fueron analizadas usando ANOVA factorial se verificó la homogeneidad de las varianzas mediante la prueba de Levene y la normalidad de los residuos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnoff. En el caso de las variables que fueron analizadas usando ANOVA de Medidas Repetidas, a los análisis ya mencionados se agregó la verificación de la

Esfericidad de los datos mediante la prueba de Mauchly (Tabachnick y Fidell, 2007).

Las variables IGT<sub>o</sub> e IGT<sub>i</sub> total y CBT total, mostraron adecuados índices de ajuste a la normalidad y homogeneidad de las varianzas para los varones y para las mujeres.

Las variables IGT<sub>i</sub> Bloque 1, CBT Bloque 3 y 4 de las mujeres, mostraron no tener homogeneidad de las varianzas con el resto de las variables que se las comparó (IGT<sub>i</sub> Bloques 2-5 y CBT Bloques 1 y 2 respectivamente), pero si se ajustaron a la normalidad. Las variables IGT<sub>o</sub> Bloque 1, de las mujeres, y CBT Bloque 1, de los varones, mostraron no ajustarse a la normalidad según la prueba de normalidad aplicada. El resto de las variables de ambos conjuntos de datos, mostraron adecuados índices de ajuste a la normalidad y homogeneidad de las varianzas.

La comprobación de la esfericidad de los datos, en el conjunto IGT<sub>o</sub> Bloque 1-5 e IGT<sub>i</sub> Bloque 1-5, para hombres y mujeres, mediante la prueba de Mauchly mostró que los datos no cumplían este requisito, por lo que se decidió utilizar el estadístico con la corrección de Greenhouse-Geiser (Tabachnick y Fidell, 2007). En el caso del conjunto CBT Bloque 1-4 la prueba de Mauchly mostró que los datos, tanto de hombres como de mujeres, si cumplen este requisito.

## **RESULTADOS**

---

### **Iowa Gambling Task original**

#### *Puntaje Neto Total y Puntaje Neto por Bloques*

Tanto en el análisis del Puntaje Neto Total como en el análisis del Puntaje por Bloques no se encontraron diferencias significativas, ni para los factores por separado ni para la interacción de los mismos.

### **Iowa Gambling Task versión inversa de la original**

#### *Puntaje Neto Total*

El análisis de varianza factorial no arrojó ningún dato significativo.



*Puntaje Neto por Bloques*

Al analizar las mujeres, no se hallaron diferencias significativas para los efectos de ninguno de los factores y tampoco se observó interacción. Sin embargo, al analizar los varones sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la interacción de bloque y PCA  $F(4.124)=3.474$   $p < .05$ ,  $\eta^2 = .101$ . Específicamente, los consumidores binge, en comparación con los moderados, mostraron un mejor desempeño, pero finalmente su rendimiento disminuyó notablemente. Un análisis post hoc reveló que las diferencias encontradas se dan entre los bloques 1, 2, 3, 4 y 5 de los consumidores moderados en relación con el bloque 3 de los consumidores binge, y entre los bloques 1, 2, 3 y 5 de los moderados y el bloque 2 de los binge, siendo los consumidores binge quienes mostraron un mejor rendimiento. Por otro lado, dentro del grupo de los consumidores binge, se observó que los bloques 2 y 3 mostraban un rendimiento significativamente superior al del bloque 5, mostrando que el desempeño del grupo disminuyó de manera significativa al final de la prueba (Figura 1). No se encontraron diferencias significativas en la interacción de bloque con UP.

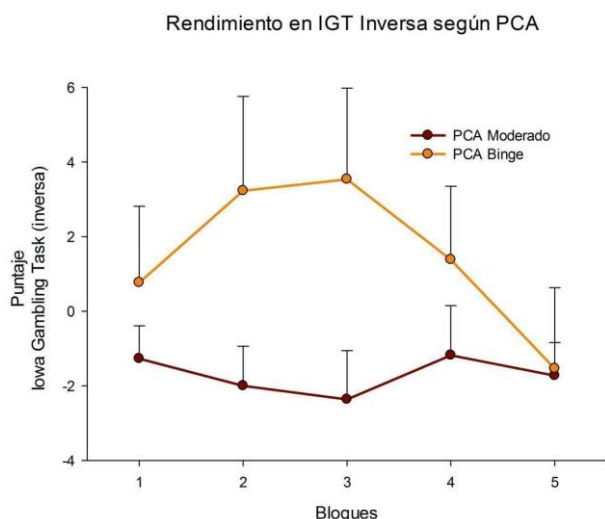


Figura 1. Rendimiento por bloques de varones en la Iowa Gambling Task inversa (IGTi) según el Patrón de Consumo de Alcohol (PCA), las líneas verticales representan el error estándar de la media

Finalmente, siempre en relación al análisis sobre los varones, sí se encontraron diferencias significativas en la interacción entre bloque, patrón de consumo y urgencia positiva  $F(4.124)= 4.2149$   $p < .05$ ,  $\eta^2 = .120$ . Tras un análisis post hoc se obtuvieron los siguientes resultados: dentro del grupo binge-baja UP se observó

una diferencia significativa entre el bloque 1 y los bloques 3 y 4, mostrando un mejor desempeño en los dos últimos. Dentro del grupo binge-alta UP se observó una diferencia significativa entre los bloques 1, 2 y 3 y los bloques 4 y 5, mostrando un claro mejor desempeño en los tres primeros bloques en relación a los dos últimos. Al comparar ambos grupos entre sí se observó un mejor desempeño en los bloques 4 y 5 del grupo de los binge-baja UP en relación al bloque 4 del grupo binge-alta UP y del bloque 5 de los binge-baja UP en relación a su contraparte de los binge-alta UP. Otra diferencia estadísticamente significativa se encontró entre los bloques 3 y 4 del grupo de consumidores binge con baja UP, que mostraron un mejor desempeño en relación a los bloques 3 y 5 del grupo de consumidores moderados con baja urgencia positiva. Este último resultado indica que, dentro del grupo de los participantes con baja urgencia positiva, aquellos con un patrón de consumo tipo binge tendieron a realizar elecciones más ventajosas (Figura 2).

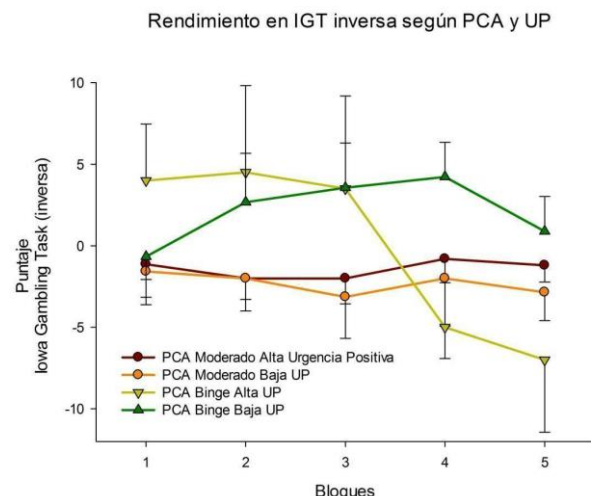


Figura 2. Rendimiento por bloques de varones en la Iowa Gambling Task inversa (IGTi) según el Patrón de Consumo de Alcohol (PCA) y la Urgencia Positiva (UP) las líneas verticales representan el error estándar de la media

**Cognitive Bias Task**

*Puntaje Neto Total*

El análisis de varianza factorial no arrojó ningún dato significativo.

*Puntaje Neto por Bloques*

Se encontraron diferencias significativas sólo para los bloques,  $F(3.222)= 3.62$   $p < .05$ ,  $\eta^2 = .047$ . Un análisis post hoc mostró que la diferencia se dio entre los bloques

1 y 2 y los bloques 3 y 4, con un mejor desempeño en los dos últimos (Figura 3).

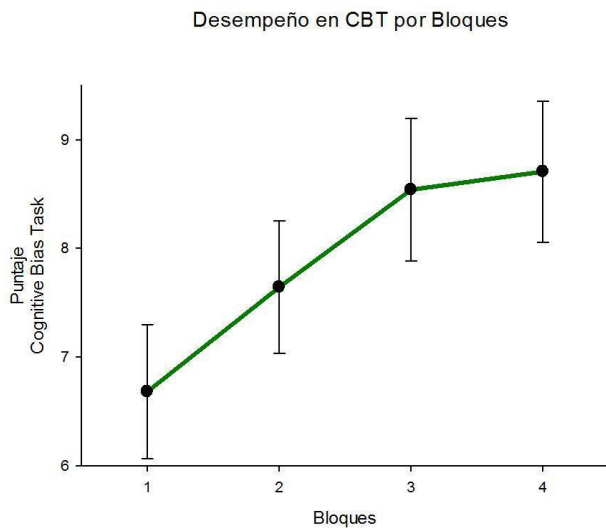


Figura 3. Desempeño en la Cognitive Bias Task (CBT) de todos los participantes, las líneas verticales representan el error estándar de la media

## DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo fue determinar si el consumo de alcohol y la impulsividad afectaban el proceso de TD en una muestra de adolescentes de 14 a 17 años.

Los resultados obtenidos para la IGTi mostraron diferencias significativas en el análisis por bloques, sólo al analizar los varones y en la interacción de las variables bloque y PCA. Los varones con un PCA binge tuvieron un mejor desempeño en los primeros bloques, empeorando hacia el final. En función de las conclusiones planteadas por Smith et al. (2012) en un estudio previo, la disminución del desempeño de los varones PCA binge en los últimos bloques de la IGTi se asocia a una hipersensibilidad a la alta recompensa que presentan los mazos desventajosos, respecto de los ventajosos. Según éstos y otros autores, en la mediana adolescencia el desempeño en la toma de decisiones tiende a mejorar producto de la maduración progresiva de los mecanismos de control cognitivo de la conducta impulsiva (Albert y Steinberg, 2011; Casey y Jones, 2010). No obstante, los adolescentes con un patrón de consumo intensivo de alcohol presentan un rendimiento anormal como consecuencia de una actividad ejecutiva disminuida ante las oportunidades de toma de riesgos

(Xiao et al., 2013). Resultados similares fueron reportados en otro estudio (Mogedas Valladares y Alameda Bailén, 2011) utilizando una versión inversa de la IGT en pacientes drogodependientes. Donde si bien los pacientes realizaron la tarea insatisfactoriamente, se desempeñaron bien en los tres primeros bloques. Complementariamente a la interpretación anterior, los autores consideraron que los pacientes tuvieron dificultades en la TD, tal vez debido a una alta insensibilidad hacia los castigos presentados como consecuencias de las elecciones.

Por su parte, Brand et al., (2007) sostienen que la IGT mediría en los primeros ensayos (aproximadamente los primeros 40 intentos) la TD bajo condiciones de ambigüedad, y en los últimos ensayos, la TD bajo condiciones de riesgo. Es en esta última etapa donde los participantes del presente estudio no pudieron realizar elecciones adecuadas. En función de lo planteado por Brand et al., (2007) el buen desempeño observado durante los primeros bloques de la IGTi podría explicarse debido a que los adolescentes presentaron conductas de exploración más frecuentes y, por lo tanto, mayor tolerancia ante las opciones de consecuencias con probabilidades desconocidas (Tymula et al., 2012). No obstante, cuando alcanzaron un conocimiento explícito sobre las reglas de la situación de decisión, no fueron capaces de inhibir la tendencia a elegir las opciones que tienen recompensa más alta e inmediata, en lugar del beneficio a largo plazo.

Asimismo, los adolescentes, en general, se caracterizan por la búsqueda de sensaciones y la toma de riesgos (Spear, 2013). Por esta razón, es posible considerar esperable que en una prueba que evalúa TD bajo condiciones de riesgo, los adolescentes tomaron decisiones arriesgadas, aunque esto implique finalmente, un mal rendimiento.

Por otra parte, es interesante destacar que al analizar las diferencias significativas encontradas en la interacción de las variables bloques, PCA y UP, los varones binge con alta UP fueron quienes obtuvieron puntajes más bajos en comparación con los varones binge con baja UP. Cyders y Smith (2008) mostraron que la UP está asociada a una amplia gama de conductas arriesgadas, como la ludopatía y el consumo de alcohol. La urgencia positiva está relacionada con el consumo problemático de alcohol especialmente en personas que beben para mejorar un

estado de ánimo ya positivo (Cyders et al., 2007). De acuerdo con los autores, este rasgo de personalidad predice el aumento en la cantidad de alcohol que se consume por episodio pero no el aumento en la frecuencia (Cyders, Flory, Rainer y Smith, 2009), de modo que estaría asociado al PCA binge, ya que éste implica un consumo abusivo intensivo en poco tiempo, pero no de manera muy frecuente. En este sentido, Cyders y Smith (2008) han propuesto que los comportamientos relacionados con la urgencia están asociados a un elevado enfoque en el momento presente y una atención reducida hacia las consecuencias a largo plazo, que en última instancia se traduce en conductas inadaptadas o de riesgo. Por lo tanto, sostienen los autores, esto podría implicar evidencia a favor de la hipótesis de que la elevada urgencia está relacionada con la dificultad de tener en cuenta las consecuencias futuras de una acción en contextos emocionales. Los individuos pueden tender a una TD desfavorable en dichos contextos emocionales, dado que la TD es en sí un proceso basado en las emociones y tanto la urgencia positiva como la negativa son los dos rasgos de la personalidad impulsiva atravesados emocionalmente (Cyders et al., 2010; Whiteside, Lynam, Miller y Reynolds, 2005). Todo lo cual explicaría por qué los participantes con alta UP del presente estudio fueron quienes obtuvieron peores resultados en la IGT. Asimismo, es importante considerar que el consumo problemático de alcohol puede disparar conductas impulsivas en los sujetos. En una investigación de White et al., (2011) llevada a cabo con varones adolescentes, los resultados mostraron que el consumo excesivo de alcohol estuvo asociado con un aumento en los niveles de comportamiento impulsivo durante el siguiente año.

Lo explicado previamente indica que si bien hay una amplia evidencia de que la impulsividad, como rasgo de personalidad, está relacionada al consumo de alcohol, aún no se conoce cuál es la dirección de esta relación (Rose y Grunsell, 2008). En este sentido, es posible considerar a la impulsividad como un factor determinante y, a la vez, como una consecuencia del consumo de sustancias (López-Caneda et al., 2013). En una reciente revisión (López-Caneda et al., 2013), los autores concluyeron que la adolescencia y la juventud implican un período vulnerable debido a que, por un lado, una maduración inadecuada del funcionamiento inhibitorio puede conllevar la existencia de dificultades para controlar la conducta impulsiva, y más

precisamente, las conductas asociadas al consumo de alcohol. Por otro lado, el consumo de alcohol por sí mismo puede afectar el desarrollo del control inhibitorio, lo cual puede conducir a fallas en la regulación de la ingesta de alcohol. Probablemente, un estudio que implique diseños longitudinales con análisis de datos multivariados pueda arrojar luz sobre la dirección de la causalidad en la relación entre estas dos variables. Así, un estudio que evalúe el cambio de estas dos variables, conjuntamente con otras que sean de interés (expectativas hacia el alcohol, por ejemplo), en distintos momentos del desarrollo adolescente en los mismos participantes, podría mostrar cómo cambia la relación entre estas variables y a qué puede deberse ese cambio.

Cabe destacar que en la mayoría de los resultados encontrados, las diferencias significativas se observaron sólo entre los varones, a comparación de las mujeres donde no se observaron diferencias significativas en el desempeño en TD en función de los factores PCA y UP. En este sentido, fueron los varones con PCA binge y con alta UP quienes rindieron peor en la IGT que los varones con PCA moderado y baja UP. En relación a ello, mientras que en un estudio reciente Cyders (2013) muestra una invariancia en los rasgos de impulsividad respecto al sexo, otros estudios (Adan, 2012; White et al., 2011) indican que los varones presentan con mayor frecuencia, rasgos de personalidad impulsiva, conductas de toma riesgos y consumo intensivo de alcohol, respecto de las mujeres.

Un resultado contraintuitivo se observó al analizar las diferencias significativas observadas entre los PCA binge-baja UP y los PCA moderado-baja UP. Se esperaba que aquellos adolescentes que reportaran consumir mayor cantidad de alcohol rindieran peor en las pruebas de TD, sin embargo en el grupo de los participantes con baja UP, aquellos con un PCA binge fueron quienes se desempeñaron mejor. Resultados similares encontraron Martínez y Manoiloff (2010) en su estudio, donde evaluaron, mediante pruebas neuropsicológicas, algunas funciones ejecutivas de adolescentes con diferentes PCA. En su trabajo, los consumidores binge mostraron mejor desempeño que los consumidores leves y moderados, en varias de las tareas realizadas. Respecto de esos resultados las investigadoras proponen considerar la hipótesis de que tal vez la clasificación de PCA no fue la más adecuada. Tanto en el estudio mencionado (Martínez y Manoiloff, 2010) como en el presente estudio,

se consideró que un trago equivale a 10 gramos de alcohol absoluto, mientras que otros estudios locales consideran valores que oscilan entre los 9 y los 12 gramos (Míguez, 2004). En cambio, en investigaciones llevadas a cabo en Estados Unidos, por ejemplo, un trago se define como equivalente a 14 gramos de alcohol (Brick, 2006). Por esta razón, un mismo PCA implicaría diferentes cantidades de alcohol consumidas, por lo que este estudio no incluiría el mismo tipo de bebedores que los considerados en otras investigaciones como las de Martínez y Manoiloff (2010), o el presente estudio.

Finalmente, las diferencias observadas en la prueba CBT indican que esta prueba no fue sensible a las variables en estudio. Los participantes, independientemente del PCA, la UP e incluso del sexo, tendieron a mejorar su desempeño a lo largo de la prueba.

Para concluir, más allá de las limitaciones señaladas a lo largo de este apartado, el presente trabajo constituye un aporte para el campo de los estudios sobre el desarrollo del consumo de alcohol en los adolescentes. Por caso, cabe destacar que aporta evidencia preliminar sobre la UP y su relación con el consumo de alcohol y con la TD, ya que la información sobre esta dimensión de la personalidad impulsiva y su influencia sobre la conducta de las personas es aún escasamente analizada. Al respecto, sería interesante desarrollar un diseño que permita determinar la dirección de la causalidad de la relación entre impulsividad y consumo de alcohol en adolescentes de ambos sexos. Por otro lado, resulta interesante destacar el uso de un análisis de clases latentes para la determinación del PCA, lo cual permitió obtener varios niveles de clasificación y mayor sensibilidad en la detección de diferencias. Finalmente, sólo señalar que estudios similares y con diseños metodológicos más ajustados poseen el potencial para avanzar en la comprensión de la etiología y de las consecuencias del consumo de alcohol durante la adolescencia y, consecuentemente, para contribuir con datos para diseñar estrategias de prevención, intervención y de rehabilitación neurocognitivas (Witt, 2010).

## REFERENCIAS

- Adan, A. (2012). Impulsividad funcional y disfuncional en jóvenes con consumo intensivo de alcohol (binge drinking). *Functional and dysfunctional impulsivity in young binge drinkers. Adicciones, 24*(1), 17-22.
- Albert, D., & Steinberg, L. (2011). Judgment and decision making in adolescence. *Journal of Research on Adolescence, 21*(1), 211-224.
- Bechara, A., Damasio, A. R., Damasio, H., & Anderson, S. W. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition, 50*, 7-15.
- Bechara, A., Tranel, D., & Damasio, H. (2000). Characterization of the decision-making deficit of patients with ventromedial prefrontal cortex lesions. *Brain, 123*, 2189-2202.
- Blakemore, S., Burnett, S., & Dahl, R. E. (2010). The Role of Puberty in the Developing Adolescent Brain. *Human Brain Mapping, 31*, 926-933.
- Blakemore, S. J., & Robbins, T. W. (2012). Decision-making in the adolescent brain. *Nature neuroscience, 15*(9), 1184-1191.
- Brand, M., Recknor, E. C., Grabenhorst, F., & Bechara, A. (2007). Decisions under ambiguity and decisions under risk: Correlations with executive functions and comparisons of two different gambling tasks with implicit and explicit rules. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 29*(1), 86-99.
- Brick, J. (2006). Standardization of Alcohol Calculations in Research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 30*(6), 1276-1287.
- Burnett, S., Bault, N., Coricelli, G., & Blakemore, S. (2010). Adolescents' heightened risk-seeking in a probabilistic gambling task. *Cognitive Development, 25*, 183-196.
- Casey, B. J., & Jones, R. M. (2010). Neurobiology of the adolescent brain and behavior: implications for substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*(12), 1189-1201.
- Cassola, I., & Pilatti, A., (2004). Expectativas y consumo de alcohol en estudiantes universitarios de la ciudad de Córdoba. (Tesis de Licenciatura no publicada). Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina.
- Coskunpinar, A., Dir, A. L., & Cyders, M. A. (2013). Multidimensionality in impulsivity and alcohol Use: a meta-analysis using the UPPS model of impulsivity. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 37*(9), 1441-1450.
- Cyders, M. A. (2013). Impulsivity and the sexes measurement and structural invariance of the UPPS-P impulsive behavior scale. *Assessment, 20*(1), 86-97.
- Cyders, M. A., Flory, K., Rainer, S., & Smith, G. T. (2009). The role of personality dispositions to risky behavior in predicting first year college drinking. *Addiction, 104*, 193-202.
- Cyders, M. A., & Smith, G. T. (2008). Emotion-based Dispositions to Rash

- Action: Positive and Negative Urgency. *Psychological Bulletin*, 134(6), 807-828.
- Cyders, M.A., Smith, G.T., Spillane, N.S., Fischer, S., Annus, A. M., & Peterson, C. (2007). Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior: Development and validation of a measure of positive urgency. *Psychological Assessment*, 19, 107-118.
- Cyders, M. A., Zapolski, T. C. B., Combs, J. L., Settles, R. F., Fillmore, M. T., & Smith, G. T. (2010). Experimental effect of positive urgency on negative outcomes from risk taking and on increased alcohol consumption. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(3), 367-375.
- Goldberg, E., Podell, K., Harner, R., Riggio, S., & Lovell, M., (1994). Cognitive bias, functional cortical geometry, and the frontal lobes: laterality, sex, and handedness. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 6(3), 276 - 295.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2005). *Metodología de la Investigación*. Buenos Aires: Mc Graw Hill.
- López-Caneda, E., Rodríguez Holguín, S., Cadaveira, F., Corral, M., & Doallo, S. (2013). Impact of Alcohol Use on Inhibitory Control (and Vice Versa) During Adolescence and Young Adulthood: A Review. *Alcohol and Alcoholism*, 49(2), 173-181. doi: 10.1093/alcalc/agt168.
- Martinez, M. V., & Manoilloff, L. M. V. (2010). Evaluación neuropsicológica de la función ejecutiva en adolescentes con diferentes patrones de consumo de alcohol. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2(1), 14-23.
- Míguez, H. (2004) Epidemiología de la alcoholización juvenil en la Argentina. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 50(1), 43-47.
- Mogedas Valladares, A. I., & Alameda Bailén, J. R. (2011). Toma de decisiones en pacientes drogodependientes. *Adicciones*, 23(4), 277-287.
- Montero, I., & León, O. G. (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Mota, N., Parada, M., Crego, A., Doallo, S., Caamaño-Isorna, F., Rodríguez Holguín, S., ... & Corral, M. (2013). Binge drinking trajectory and neuropsychological functioning among university students: A longitudinal study. *Drug and alcohol dependence*, 133(1), 108-114.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (2013). Alcohol Overdose: The Dangers of Drinking Too Much. Recuperado 10 de febrero de 2014 de: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AlcoholOverdoseFactsheet/Overdosefact.htm>.
- OMS (2011). Centro de prensa. Alcohol. Nota descriptiva N°349. Ginebra.
- Parada M., Corral M., Caamaño-Isorna F., Mota N., Crego A., Rodríguez-Olguín S., & Cadaveira F. (2011). Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking). *Adicciones*, 23(1), 53-63.
- Pilatti, A., Brussino, S. A., & Godoy, J. C. (2013). Factores que influyen en el consumo de alcohol de adolescentes argentinos: un path análisis prospectivo. *Revista de Psicología*, 22(1), 22-36.
- Pilatti, A., Castillo, D., Martínez, M. V., Acuña, I., Godoy, J. C., & Brussino, S. (2010). Identificación de patrones de consumo de alcohol en adolescentes mediante análisis de clases latentes. *Quaderns de Psicologia*, 12(1), 59-73.
- Pilatti, A., Godoy, J. C., Brussino, S. A., & Pautassi, R. M. (2013). Patterns of substance use among Argentinean adolescents and analysis of the effect of age at first alcohol use on substance use behaviors. *Addictive behaviors*, 38(12), 2847-2850.
- Romer, D. (2010). Adolescent risk taking, impulsivity, and brain development: Implications for prevention. *Developmental Psychobiology*, 52(3), 263-276.
- Rose, A. K., & Grunsell, L. (2008). The Subjective, Rather Than the Disinhibiting, Effects of Alcohol Are Related to Binge Drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(6), 1096-1104.
- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico; SEDRONAR. (2011). Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media. Informe Final de Resultados. Buenos Aires, Argentina.
- Smith, D. G., Xiao, L., & Bechara, A. (2012). Decision making in children and adolescents: Impaired Iowa Gambling Task performance in early adolescence. *Developmental psychology*, 48(4), 1180.
- Spear, L. P. (2013). Adolescent Neurodevelopment. *Journal of Adolescent Health* 52, S7-S13.
- Stautz, K., & Cooper, A. (2013). Impulsivity-related personality traits and adolescent alcohol use: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 33(4), 574-592.
- Sturman, D. A., & Moghaddam, B. (2011). The neurobiology of adolescence: Changes in brain architecture, functional dynamics, and behavioral tendencies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 1704-1712.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5° ed., p. 1008). Boston: Pearson Education.
- Tymula, A., Belmaker, L. A. R., Roy, A. K., Ruderman, L., Manson, K., Glimcher, P. W., & Levy, I. (2012). Adolescents' risk-taking behavior is driven by tolerance to ambiguity. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(42), 17135-17140.
- Verdejo-García, A., Lozano, O., Moya, M., Alcázar, M. Á., & Pérez-García, M. (2010). Psychometric Properties of a Spanish Version of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale: Reliability, Validity and Association With Trait and Cognitive Impulsivity. *Journal of Personality Assessment*, 92(1), 70-77.
- Vermunt, J. K., & Magidson, J. (2005). *Latent Gold 4.0 user's guide*. Belmont: Statistical Innovations.
- White, H. R., Marmorstein, N. R., Crews, F. T., Bates, M. E., Mun, E. Y., & Loeber, R. (2011). Associations between heavy drinking and changes in impulsive behavior among adolescent boys. *Alcoholism: Clinical*

and *Experimental Research*, 35(2), 295-303.

Whiteside, S. P., Lynam, D. R., Miller, J. D. & Reynolds, S. K. (2005). Validation of the UPPS Impulsive Behaviour Scale: a Four-factor Model of Impulsivity. *European Journal of Personality*, 19, 559-574.

Witt, E. D. (2010) Research on alcohol and adolescent brain development: opportunities and future directions. *Alcohol*, 44, 119-124.

Xiao, L., Bechara, A., Gong, Q., Huang, X., Li, X., Xue, G., ... & Johnson, C. A. (2013). Abnormal affective decision making revealed in adolescent binge drinkers using a functional magnetic resonance imaging study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(2), 443.





## EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS PARA LA INFANCIA

## ASSESSMENT OF A PREVENTION PROGRAM AGAINST PSYCHOACTIVE SUBSTANCE CONSUMPTION AMONG CHILDREN

Eliana María Hernández Ramírez

Universidad de Antioquia, Colombia

### Abstract

The use of psychoactive substances on school population is a real problem that is increasing. These substances include not only illicit drugs but also alcohol and tobacco. Objective: to determine the impact of intervention YOMI-LIFE program for the prevention of psychoactive substances in childhood. Methodology: an instrument was applied whose structure is based on the following key points: Self-schemas, life habits and life skills as mediating factors in the use of psychoactive substances children, girls, parents and teachers of 42 educational institutions in Medellín. Results: an increase in body recognition was observed among children. Similarly, identification of health threats and higher autonomy in decision-making also showed increased values. Teachers recognize the importance of accompanying students in building their identity as well as a changing on topics such as life habits, values, self-esteem and preventing consumption. Furthermore, concern and preventive capacity against negative factors that may affect their children is evident among parents. Discussion and conclusions: Experimenting with common addictive substances like alcohol, tobacco and marijuana takes place during school age, thus granting schools a lead role in preventing consumption with the advantage of being able to reach families of students.

*Keywords: alcohol drinking, childhood, marijuana abuse, primary prevention, school, tobacco use.*

### Resumen

El consumo de sustancias psicoactivas en población escolar es un problema real que viene en aumento. Entre estas sustancias se destacan no solo las drogas ilícitas sino también el alcohol y el tabaco. Objetivo: determinar el impacto de intervención del Programa YOMI-VIDA, para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en la infancia. Metodología: se aplicó instrumento estructurado bajo los ejes: Autoesquemas, Hábitos de vida y Habilidades para la vida como factores mediadores en el consumo de sustancias psicoactivas a niños, niñas, padres, madres y profesorado de 42 instituciones educativas de Medellín. Resultados: hubo aumento en reconocimiento del cuerpo, en identificación de lo perjudicial para su salud, y mayor autonomía en decisiones. El profesorado reconoce la importancia de acompañar a estudiantes en construcción de su identidad y un cambio en los temas sobre hábitos de vida, valores, autoestima, prevención de consumo. En padres y madres, hay preocupación y capacidad preventiva frente a factores negativos que pueden afectar a sus hijos e hijas. Discusión y conclusiones: La experimentación con sustancias como alcohol, tabaco y marihuana, se produce en edad escolar, dando a la escuela un papel protagónico de prevención de consumo teniendo en cuenta además a las familias de los estudiantes.

*Palabras clave: abuso de marihuana, consumo de bebidas alcohólicas, consumo de tabaco, escuela, infancia, prevención primaria.*

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en población escolar es un problema real que viene en aumento. En la amplia variedad de sustancias usadas se destacan no solo las drogas ilícitas sino también el alcohol y el tabaco (Gobierno Nacional de la República de Colombia, Ministerio de la Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social, UNODC, CICAD, OEA, 2011).

Según el último informe mundial sobre drogas, el consumo de drogas sigue causando daño considerable, reflejado en la pérdida de vidas valiosas y años productivos. Se calcula que en 2012 entre 162 y 324 millones de personas entre 15 y 64 años consumieron por lo menos una vez alguna droga ilícita. (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2014).

Esta preocupante situación es superada por el consumo de drogas legales, las cuales, no sólo generan adicción sino también daño en el cuerpo humano, además de generar efectos a nivel mental y social. (Gobernación de Antioquia, Dirección Seccional de Salud de Antioquia y Comité Departamental de prevención en drogas de Antioquia, 2008).

En Colombia, el último estudio de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar fue en 2011, con participantes entre 11 y 18 años. Allí se encontró que el 10% de los encuestados, ha consumido cigarrillo en el último mes, aumentando este consumo en la medida en que el estudiante aumenta de grado escolar, asimismo el 40% de los encuestados, declararon haber consumido alguna bebida alcohólica en el último mes (Gobierno Nacional de la República de Colombia et al., 2011).

En 2009, un estudio sobre salud mental de los adolescentes en Medellín, evidenció un incremento en el consumo tanto de sustancias legales como ilegales, siendo, de estas últimas, las de mayor consumo la marihuana (11,4%), el popper (6,9%) y la cocaína (4%) (Universidad CES y Alcaldía de Medellín, 2009).

La experimentación con las sustancias adictivas más comunes se produce en la edad escolar, lo que le ha dado a la escuela un papel protagónico para la prevención de estos consumos teniendo en cuenta que los programas que se implementan en este ámbito tienen la ventaja de llegar a la mayoría de estudiantes, incluso a sus familias (Fernández, Nebot, y Jané, 2002; Miovsky, Novak, Stastna, Gabrhelik, Jurystova, y Vopravil, 2012).

Considerando esta problemática, se creó el programa YOMI VIDA, el cual constituye una estrategia educativa, cuya estructuración hace parte de una propuesta académica con enfoque de Educación para la Salud, y cuya metodología es apropiada para ser implementado en las aulas de clase, direccionado por un docente.

Según Henao (2005), es importante comenzar procesos de prevención temprana, en aulas de clase, en procesos de formación adecuados al ciclo vital; sumado a que entre los 0 y 12 años de edad, es la etapa donde niños y niñas establecen las bases de su desarrollo físico, emocional y social; es cuando más aprenden y definen sus comportamientos de cuidado, respeto y afecto con ellos mismos y con los demás. Esto constituye una estrategia óptima para generar procesos de transformación que incidan en la lucha contra la pobreza, la exclusión y la vulneración de los derechos de la infancia.

Los programas de prevención del consumo de sustancias que se han implementado en el ámbito educativo presentan diversos enfoques. La oficina con las Drogas y el Delito de Oficina de Naciones Unidas, afirma que no siempre se deben implementar acciones que aborden directamente el consumo de drogas, sino abordar factores que se han identificado como asociados a este comportamiento de riesgo. Algunos son la autoestima, expresión de sentimientos, habilidad en la solución de problemas, valoración del propio cuerpo, actitud crítica, relaciones familiares, el consumo de drogas de personas cercanas, entre otros (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Red Mundial de la Juventud., 2004)

En México se adaptó un programa de prevención del uso de tabaco abordándose variables como autoestima y autoeficacia, y encontrando mejores niveles en estos aspectos en los estudiantes que habían recibido la atención (Alonso, Esparza, Frederickson, Guzmán, López y Martínez, 2008). Por otro lado, el Programa Barbacana, cuya metodología es participativa e interactiva, permite informar sobre las drogas y formar en algunas habilidades para la vida que median en el consumo de sustancias (Maite Poveda, 2002).

Si bien se han realizado diversos programas con objetivos similares, una de las recomendaciones realizadas es evaluar las intervenciones con el fin de

mejorarlos. Respecto a la evaluación de este tipo de programas, se ha encontrado que la mayoría de ellos son ineficaces, sin embargo, se ha encontrado estudios que muestran que los enfoques centrados en los factores sociales y psicológicos relacionados con el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas pueden reducir la incidencia y prevalencia de estas conductas (Botvin, 1995).

En este sentido, la Corporación Surgir, luego de implementar el Programa YOMI VIDA en población escolar de la ciudad de Medellín, buscó evaluar el impacto de esta intervención por medio de una medición pre y otra medición post a la implementación del Programa, teniendo como unidad de medición a las variables mediadoras para el consumo de sustancias psicoactivas como lo son: autoesquemas, habilidades para la vida y hábitos de vida. Este artículo, presenta los resultados de dichas mediciones buscando identificar cambios en los factores mencionados de manera que se siga contribuyendo a la disminución de la vulnerabilidad al inicio temprano del consumo de sustancias psicoactivas en esta población.

## MÉTODO

El programa YOMI VIDA, etapa escolar, busca fomentar estilos de vida saludable como factor de protección frente al inicio temprano de sustancias psicoactivas en niños y niñas de la ciudad de Medellín. El Programa está compuesto por tres módulos: Autoesquemas, Habilidades para la Vida y Hábitos de Vida, considerados factores mediadores en el consumo de sustancias psicoactivas. La estrategia central del Programa es la formación a mediadores sociales (profesores), a su vez, ellos abordan los temas con niños y niñas en aulas de clase y con padres y madres de manera complementaria. Las estrategias metodológicas del Programa incluyen: formación a mediadores sociales, los cuales reciben material pedagógico (cartillas para cada niño y niña y guías para su trabajo y el trabajo con padres y madres). De esta forma, los profesores desarrollan los temas propuestos durante todo el año escolar, una vez por semana, con una duración de una

hora aproximadamente por sesión. Para los padres de familia, se establecen actividades alternas y complementarias que, de igual manera, son direccionadas por el profesorado.

En el 2009, se crea un modelo evaluativo, descriptivo, cuali-cuantitativo, a manera de línea de base con base en los módulos mencionados, que ayudó a determinar el estado de los participantes en los temas abordados antes de iniciar la intervención. Posteriormente, en 2011, se aplica de nuevo a manera de línea de cierre con el fin de identificar cambios en estos aspectos. A continuación se presentan algunos detalles de la evaluación.

## Participantes

En la evaluación de la línea de base en 2009-2010 participaron 821 niños(as) (N= 5.670) de primaria con edades entre 5 y 13 años, asimismo 27 docentes (N=126) de 42 instituciones educativas estatales, en siete comunas<sup>1</sup> de la ciudad de Medellín, y 34 padres y madres de familia (N=840) de los hijos que habían pasado por un proceso de atención psicosocial contemplado en el proyecto.

La muestra conformada por los niños y niñas fue aleatoria estratificada, la del profesorado, padres y madres de familia, fue aleatoria intencionada. En el año 2011 se aplicó nuevamente el instrumento con el fin de evaluar el impacto que la intervención había tenido tanto niños y niñas, docentes, y padres y madres de familia (Tabla 1).

## Procedimiento

### *Definición de ejes de evaluación e Instrumento*

El objetivo general del programa es fomentar la adquisición de estilos de vida saludables como estrategia protectora frente a la vulnerabilidad del inicio temprano del consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, en niños y niñas de la ciudad de Medellín. Para alcanzar este objetivo se desarrollan tres ejes temáticos: Autoesquemas, Hábitos de Vida y Habilidades para la Vida, con profesores, padres, madres y estudiantes de primaria. Es a partir de estos ejes temáticos que se

<sup>1</sup> Comuna, es un término utilizado en Colombia para referirse a una unidad administrativa del área urbana de una ciudad media o principal del país, que agrupa sectores o barrios determinados.

construyen indicadores pertinentes y variables cualitativas y cuantitativas.

Tabla 1. Pasos tenidos en cuenta para la aplicación del pretest y postest y población participante

Línea de base	Resultados	Postest
Definición de un eje de evaluación	Niños y niñas (muestra 504, selección aleatoria estratificada) N=5670	
Construcción de variables y definición de muestra	Docentes (muestra 27, aleatoria intencionada) N=126	Aplicación posterior para determinar comparación con estado inicial, correlación con la intervención
Elaboración de instrumentos	Padres y madres/adultos responsables (muestra 34, aleatoria intencionada) N=840	
Levantamiento de información		
Diseño aplicativo, sistematización	Plan de análisis	

Son estas variables las que constituyen el instrumento utilizado en la evaluación. Todas las preguntas fueron trabajadas a partir de imágenes teniendo en cuenta los siguientes módulos: caracterización de la población, construcción de la identidad personal (autoesquemas), hábitos de vida y habilidades para la vida.

El instrumento fue ajustado con el equipo de profesionales responsables de la intervención.

#### *Proceso de recolección y sistematización de la información*

Para la aplicación del instrumento, se firmó el consentimiento informado por parte de los participantes. Las personas responsables de la aplicación del instrumento fueron externas a la institución que desarrolló la intervención y capacitadas previamente

Tabla 2. Sistema de calificación y programación del aplicativo empleado para realizar análisis de la información obtenida en la evaluación del programa YOMI VIDA, 2011

NIÑOS -NIÑAS	CAMPOS MODULARES ESPECIFICOS					
	BAJO		MEDIO		ALTO	
	RANGO %	RANGO CALIFICACION	RANGO %	RANGO CALIFICACION	RANGO %	RANGO CALIFICACION
Modulo: Construcción de la identidad personal	(0%-24%)	0-19	(25%- 90%)	20-72	(91%-100%)	73-80
Modulo: Hábitos de vida	(0% -24%)	0-23	(25%- 90%)	24-88	(91%-100%)	89-98
Modulo: Habilidades para la vida	(0%- 24%)	0-6	(25%- 90%)	7- 23	(91%-100%)	24-28

para ello. El instrumento contenía un campo de identificación del formulario, características sociodemográficas y campos relacionados con los módulos específicos planteados en la intervención, así: niños y niñas: construcción de la identidad personal, hábitos de vida y habilidades para la vida; profesorado: módulo introductorio, autoesquemas, hábitos de vida, habilidades para la vida y creencias frente a los consumos; y padres y madres: familia, conductas de consumo, disminución de la tolerancia y pautas de crianza.

#### **Análisis estadístico**

El proceso de captura de la información fue realizada en Microsoft Access-2007.

Se realizó un análisis bivariado para cada una de las poblaciones y para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central y dispersión y a las variables cualitativas, frecuencias absolutas y porcentajes.

Posteriormente se presentó la descripción de las frecuencias por preguntas y sus respectivas respuestas comparadas entre la línea de base (LB) y el postest (PT), luego, se dio paso a la presentación de la valoración por módulos, y a la valoración total.

Se finalizó haciendo comparaciones entre la LB y el PT para lograr establecer la dirección del impacto producto de la intervención.

Para determinar la medición, se proyectó el establecimiento de la diferencia de puntajes de acuerdo a la dirección de cambio; es decir, si los puntajes posteriores son mayores se llamará "cambio positivo" y si son iguales a cero o inferiores se denominará "Cambio negativo" (Tabla 2).

## RESULTADOS

A continuación se presentará un comparativo entre los resultados de la LB y el PT para cada uno de los actores involucrados en la intervención dentro de cada módulo evaluado, con el fin de identificar la participación de cada actor en la construcción de estilos de vida saludables en los niños y niñas de primaria.

### Caracterización de la población

#### Niños/niñas

En cuanto a la caracterización por sexo, en la línea de base, el 46% son mujeres y 41,9% hombres; en la evaluación posttest se observa un aumento de 4,1% y 7% respectivamente.

Respecto a la edad, en la LB, las edades se concentraban en 6, 7 y 8 años de edad (sumatoria porcentaje de las tres edades es 90%), es por eso que pasados en algunos casos 3 años de intervención y en otros 2 y 1 año, el posttest concentra las edades en 8, 9,10 (sumatoria porcentaje de las tres edades es 86%), lo que hace la muestra estratificada y comparable por edad.

#### Docentes

Tanto en la LB como en el PT, predomina el sexo femenino en el grupo de docentes, con una diferencia del 5% en la población muestral de la línea de base, determinado por 29 docentes que no fueron evaluados. Para el rango de edad se destaca que tanto para la LB como para el PT los docentes tenían más de 44 años (43% (LB), 48% (PT)).

Para el nivel de formación docente se identificó una marcada diferencia entre la población de la línea de base que era licenciada (52%), especialista (40%), respecto al PT, licenciada (35%), especialista (43%). Ello puede atribuirse a que los docentes en estos tres años de intervención de YOMI, alcanzaron otro nivel de formación, dado que en el momento de tomada la línea base eran docentes de primero y asumen esa condición de cualificación docente, paralelo a su práctica profesional. La experiencia docente se mantiene tanto en la LB como en el PT cuyo porcentaje predominante fue 11 a 20 años de experiencia.

#### Padres/Madres

Las características de los padres y madres que participaron tanto en la línea de base como en el PT, muestran una población en su mayoría madres de familia: 74% línea de base y 90% en el PT. Los padres en la línea de base representan el 17% y en el PT 10% en el PT.

En cuanto a edades, las características se muestran equiparables en todos los rangos, en ambos predominan padres y madres con edades entre los 29 y 38 años, seguidos del rango de edad de 39 a 48 años en la línea de base y en el rango de 24 a 28 en el PT.

### Ejes de evaluación

#### Módulo de Construcción Identidad personal

##### Niños y niñas

En el marco del módulo de autoesquemas, se indagó por la identificación que hacían los niños y niñas respecto al cuerpo humano y cómo se sentían con el suyo. Ellos reconocieron, en la línea de base, en más del 80%, que las partes cabeza, mano, pierna y tronco pertenecen al cuerpo humano. Esta identificación aumentó en el PT a un 90%.

Respecto a la *identificación del cuerpo completo* de una niña, el 84,8% de niños y niñas contestaron correctamente, aumentando un 7,5% en el PT de 7,5%. . Para la identificación del cuerpo completo de un niño se observó una variación entre la LB y el PT de 1,7% de niños y niñas que mejoran el reconocimiento.

En la pregunta *¿Qué parte de tu cuerpo te gusta más?*, se resalta una variación en cuanto a la parte del cuerpo que les gusta más a niños y niñas: cabeza (LB=45,2% - PT=68,2%), piernas (LB=51,9% - PT=66,8%) y cabello (LB=45,3% - PT=64,4%).

Pasando a la pregunta *¿Identifica cómo te sientes TÚ la mayoría del tiempo?*, la categoría con mayor respuesta fue la Alegría (LB=82,5% - PT=87,7%), presentando aumento entre la LB y el PT de 5,2%.

Llama la atención que la rabia fue la única emoción que aumentó en comparación con la línea de base, pasando de 4,5% niños y niñas que la sentían, a un 6,3%.

Emociones como la impaciencia, preocupación, miedo y tristeza fueron sentimientos que disminuyeron en el PT.

#### *Docentes*

Los docentes fueron indagados por el reconocimiento que tenían frente a los procesos de prevención del consumo de drogas, alcohol y sustancias psicoactivas, así como el conocimiento del concepto y los elementos constitutivos en la construcción de la identificación personal en niños y niñas.

Se destaca que los docentes trabajan con los estudiantes sobre temas que facilitan la prevención de consumo, evidenciándose un aumento de 15% respecto a la LB, esto muestra que el avance objetivo de dotar a los docentes con elementos conceptuales que les permita hacer de la prevención un elemento de trabajo en las aulas, está logrando un ejercicio de transversalidad. Asimismo, fortalecen el trabajo en asuntos cotidianos ya nombrados en la línea de base como: hábitos de vida, valores, autoestima, autonomía, ética, salud y asuntos específicos como el daño que genera el cigarrillo y el alcohol.

Sin embargo, los docentes reconocen que aunque es importante la prevención liderada desde las escuelas; tanto en la línea de base como en el PT el 85% de ellos nombra que son los padres y madres de familia los primeros responsables de esta labor. Asimismo, como responsables de la prevención se visualizan el sector salud y tímidamente se nombran las instituciones que trabajan directamente en este tema. Es importante en este sentido señalar, que la propuesta de YOMI, logra que los docentes y en general las comunidades identifiquen instituciones de apoyo frente a esta problemática, en tanto los padres, docentes, niños y jóvenes, solo lograban identificar espacios de apoyo en las escuelas.

Frente a la construcción de la identidad personal, el PT permite evidenciar, que para los docentes su valoración frente a la importancia de acompañar a los estudiantes en la construcción de su identidad personal, cobra una mayor importancia, hay un avance en esta respuesta del 9% con relación a la línea de base, asimismo indican que este acompañamiento ese considerada una tarea fácil.

Un elemento valorativo, que también evidencia el impacto del Programa en este componente, lo constituye

la adquisición de herramientas por parte de los docentes para el trabajo sobre los autoesquemas, en el cual hubo un aumento del 6% en la línea PT sobre el acompañamiento por parte del docente en la construcción de la respuesta a la pregunta *¿quién soy yo?*

### **Módulo Hábitos de vida**

#### *Niños y niñas*

Como uno de los elementos importantes del programa YOMI-VIDA, en la prevención del consumo de drogas en la infancia, se indagó por lo que era perjudicial para la salud en los niños y niñas, y hubo un aumento en el reconocimiento de la respuesta *licor* en 20,8%, y el *Cigarrillo* en un 3,6%. Esto puede aumentar el potencial de no consumo, considerando que pueden reconocer las posibles consecuencias negativas de los mismos.

Además se rastrearon algunos gustos como parte de la estructuración personal de los niños y niñas; para la variable *actividades que te gusta realizar todos los días*, hubo más inclinación por *estudiar* pero mostrando una leve disminución en el PT (-2,1%).

Explorando las variables relacionadas con los efectos que sobre los niños y niñas tiene el que los adultos consuman a su alrededor cigarrillo y alcohol, se observan niveles más altos en la categoría *Enojo*, con un aumento del 3,9% en el PT respecto al cigarrillo y en 1,3% respecto al licor; esto hace que su felicidad disminuya.

#### *Docentes*

Desde la línea de base se estableció que los conocimientos que los docentes manifiestan sobre hábitos de vida están asociados a lo que se hace a diario y a aquellas acciones cotidianas que permiten evidenciar equilibrio en la vida de las personas.

El análisis comparativo entre la LB y el PT relacionado con la valoración del trabajo en el aula, las herramientas metodológicas para el trabajo sobre hábitos de vida y las miradas sobre la incidencia de estas temáticas en la prevención del consumo se visualizan en las Figura 1.

En este módulo se observa el mayor porcentaje de cambio en todos los elementos constitutivos del eje de trabajo hábitos de vida, en tanto los docentes valoran los procesos de enseñanza de estos como *muy fácil*, porcentaje en esta respuesta que aumenta



significativamente en relación a la LB. El tema de higiene y aseo, uno de los que más preocupa a los docentes, por la proyección y continuidad que pueda tener en las

familias, presenta un porcentaje de cambio del 43%, seguido del reconocimiento del entorno, con un porcentaje de cambio del 38%.

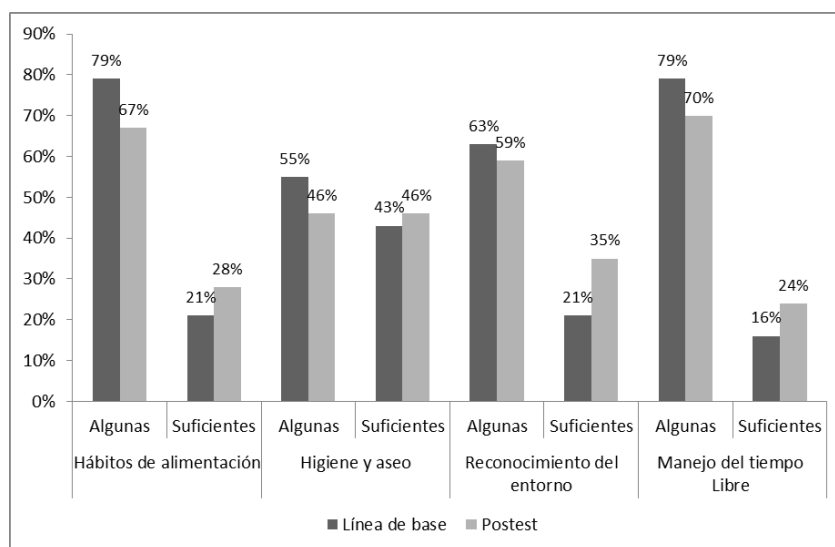


Figura1. Uso de herramientas metodológicas para construcción de los hábitos de vida de los niños, línea de base/Postest, Noviembre, 2011

### Módulo Habilidades para la vida

#### Niños y niñas

En este módulo se buscó dar cuenta del desarrollo emocional de los niños y niñas, a partir de las representaciones sociales que logran construir de sus relaciones con el entorno que los rodea.

La emocionalidad de éstos se manifiesta con mayor tolerancia a la diferencia, se observa un comportamiento en el PT sobre el cuidado frente a desconocidos, aumentando los conocimientos y las actitudes en un 5,6% respecto a la LB, sobre la negación a la invitación de personas extrañas.

Frente a la variable *aceptación de cerveza ofrecida por un familiar o un tercero*, el porcentaje de los que *no aceptan*, se conserva muy similar en la línea de base y el PT; lo que sí se evidencia en el PT es una disminución del porcentaje de los que *sí* lo harían, representado en el 9,9%.

Respecto a los espacios de permanencia y socialización de los niños y niñas, se observa que menos niños se sienten felices en su *barrio*, disminuyendo un 10% en el PT; y un 2% no se sienten felices en sus familias, porcentaje que se manifiesta igual frente a la escuela (Tabla 3).

Tabla 3. Proporción de respuesta en el pretest y en el postest frente a la pregunta. ¿Qué te genera cada una de las siguientes preguntas? Evaluación eje Habilidades para la vida. YOMI VIDA. 2011

Que te genera cada una de las siguientes preguntas:	Opción	Línea de Base		Postest		% Mejoramiento Frecuencia
		n	%	n	%	
Si un adulto desconocido te hace alguna invitación la aceptas	Si	70	8,5%	51	6,2%	-2,3%
	No	695	84,7%	740	90,2%	5,6%
Si un amigo o un familiar me invita a tomar un poquito de cerveza para la sed tu aceptas	Algunas veces	46	5,6%	10	1,2%	-4,4%
	Si	112	13,6%	81	9,9%	-3,8%
Vives feliz en tu barrio	No	665	81,0%	679	82,8%	1,8%
	Algunas veces	36	4,4%	40	4,9%	0,5%
Eres feliz en tu escuela	Si	678	82,6%	594	72,4%	-10,1%
	No	72	8,8%	112	13,7%	4,9%
	Algunas veces	50	6,1%	97	11,8%	5,7%
	Si	733	89,3%	682	83,2%	-6,1%
	No	23	2,8%	44	5,4%	2,6%
	Algunas veces	42	5,1%	76	9,3%	4,2%

Al indagar en la línea de base por el tema del estado de las relaciones se puede observar que la relación que se evidencia más "cercana" es con la madre (LB= 92,% - PT= 90%), seguida por la relación con los profesores (LB=



89,8% - PT= 77,9%), aunque hubo una disminución del 2,7% y 11,8% respectivamente.

#### *Docentes*

Es muy importante para los docentes trabajar en el aula las destrezas que les permitan a los niños y niñas ser más competentes en sus relaciones, manifestándose un aumento en un 26% en el PT.

Asimismo se considera muy importante conocer qué tipo de relaciones tienen los alumnos en diferentes ámbitos (familiar, escolar, comunitario) mostrándose un aumento del 2% en el PT.

Frente a las herramientas para el trabajo sobre este módulo y a pesar de su importancia, en la LB se hizo manifiesto que no existían herramientas para atender e intervenir cuando se evidencian conflictos, ni para potenciar la enseñanza de adecuadas relaciones. Sin embargo en el PT hubo un 35% de cambio en el que los docentes manifestaron haber adquirido las herramientas para abordar situaciones de temor, conflicto o peligro en sus alumnos y que se convierte en un elemento protector fundamental frente al posible consumo de SPA.

### **Componentes evaluados como complemento**

#### *Creencias de los docentes frente al consumo*

Como elemento principal de la propuesta de YOMI-VIDA los referentes y las creencias frente al consumo, se evaluaron desde un módulo independiente, además de las vivencias de los docentes frente a situaciones cotidianas, que de alguna manera se han ido normalizando con los niños y niñas.

Se destaca tanto en la LB como en el PT diversas creencias y acciones frente a los consumos por parte de los docentes, rente a la pregunta ¿Ha ofrecido alguna vez un poco de licor a un niño? en la línea de base la respuesta fue negativa en 100%, en el PT bajó a 94%. Igualmente para la pregunta: ¿Ha fumado alguna vez frente a un niño o niña? La respuesta negativa fue de 94% en la línea de base y de 89% en el PT.

Además de ello, ha disminuido la creencia de que los niños y niñas que tienen antecedentes de padres que hayan consumido alcohol y otras sustancias,

probablemente consuman a temprana edad (LB= 81%, PT=70%), involucrando otros factores, como la relación con pares que padezcan de este consumo, lo cual hace que aumente la preocupación para el docente (LB= 53%, PT=70%), y cada vez más se prenda la alarma ante tantos problemas de consumo de alcohol y otras drogas (LB= 77%, PT=87%).

#### *Elementos evaluados a los padres y madres*

En el programa YOMI-VIDA el trabajo de atención grupal con padres/madres está centrado en el mejoramiento de las pautas de crianza, como la principal demanda que hacen los padres y los docentes al evidenciar problemas de relacionamiento de los niños y niñas en el aula de clase e identificar problemáticas del manejo de la norma en las familias.

#### *Conductas de consumo/ factores de riesgo*

En la línea de base siete padres registraron haber consumido algún tipo de sustancia psicoactiva, lo que representa el 17% de la muestra. Los demás padres y madres refieren sólo consumo de alcohol de manera esporádica.

#### *Disminución de la tolerancia*

Esto hace referencia al reconocimiento de conductas o pensamientos que no generan condiciones de protección.

Entre la LB y el PT se destaca un aumento en el rechazo por parte de los padres ante el consumo de alcohol y drogas de los hijos, aumentando así su preocupación de que ellos empiecen a consumir, lo cual puede acarrear problemas legales, de salud física y emocional. Frente a lo anterior, se destaca que el Programa incide en la condición de normalización<sup>2</sup> de los padres y les genera actitudes que disminuyen la tolerancia y aumentan su capacidad preventiva.

#### *Pautas de crianza*

Las pautas de crianza se basaron en tres líneas: apoyo, coercitiva, indiferencia. En la de Apoyo se observa un leve aumento entre la LB y el PT, en el acompañamiento de los padres a sus hijos, apoyándolos y entendiendo sus problemas. En la Coercitiva se

<sup>2</sup> Asumir el consumo de drogas como algo cotidiano, natural.

detectaron conductas inadecuadas frente a las normas que deben implementar los padres con sus hijos, las cuales eran ejercidas por medio de castigos. Por último, en la línea de Indiferencia se observó mejoramiento en la comunicación así como mayor participación en el comportamiento de los niños y niñas en la escuela.

Los resultados alrededor de estos ejes de trabajo muestran un cambio importante a nivel comparativo individual, donde el mayor impacto se observa en las pautas de crianza, además se valora en un 13% el cambio entre la LB y el PT.

## DISCUSIÓN

La implementación del programa entre los años 2009 y 2010, se enfocó en la formación y consolidación de comportamientos sanos y actitudes favorables por medio del abordaje de sus ejes temáticos: *identidad personal (autoesquemas), hábitos de vida y habilidades para la vida*. En la línea de base, 2009, se identificaron dos asuntos en los cuales era necesario hacer énfasis en la intervención: las pautas de crianza y la tolerancia frente al consumo de alcohol y otras drogas. Al realizar la evaluación, en 2011, se evidenció un cambio en dichos ejes temáticos, que favorecieron los puntos críticos visualizados, lo cual permite generar condiciones más favorables para disminuir los factores de riesgo y aumentar los de protección, valorando el aporte del programa en términos de promoción de la salud no sólo en el ámbito escolar, sino también haciendo referencia al familiar y a nivel personal.

En el trabajo con los niños y niñas, el mayor cambio a nivel global, se presentó en el módulo de *"construcción de la identidad personal"*, logrando pasar de una valoración "media" en la línea de base, a una "alta" en la de cierre. Asimismo se incrementó el reconocimiento del cuerpo, tanto femenino como masculino. Los otros dos permanecieron en porcentaje medio.

Con relación a cómo se sienten los niños la mayoría del tiempo, la respuesta más frecuente fue "Alegría". Llama la atención que la "Rabia" fue la única emoción negativa que aumentó en comparación con la línea de base.

Los niños aumentan su reconocimiento del licor y cigarrillo como perjudiciales para su salud. Este cambio representa un avance importante en la acción preventiva considerando que dicho reconocimiento puede aumentar su percepción de riesgo sobre estas sustancias, y como efecto, retrasar el inicio de su consumo, lo que en palabras de Becoña (2007) se constituiría en la disminución de la probabilidad de que estos niños se conviertan en adictos o abusadores, o que se presente bajo rendimiento académico por este motivo (Soole, Mazerolle, y Rombouts, 2008; Instituto Nacional sobre el abuso de drogas, 2004).

Otro de los ejes temáticos abordados fue el de *habilidades para la vida*, donde se consideraron elementos importantes en la interacción que tienen los niños con otros y en actividades de su preferencia. Sobre la relación con otras personas, los encuestados dieron cuenta del aumento en el autocuidado evidenciado en actitudes como no recibir cosas de desconocidos, siendo éste un factor de protección importante para la problemática estudiada (Instituto Nacional sobre el abuso de drogas, 2004).

También es importante resaltar la disminución en el porcentaje de niños que aceptaría ofrecimientos de cerveza de un familiar u otra persona, aspecto que es trascendental continuar reforzando debido a la importancia que tiene la adquisición de habilidades como la comunicación asertiva en la prevención del consumo de drogas (Instituto Nacional sobre el abuso de drogas, 2004). Además, porque esto contribuye con la disminución de la tolerancia y la actitud favorable hacia esta conducta de riesgo (Amigó Borrás, 1997).

Asimismo se destaca que la relación más cercana de los niños es con la madre, no obstante, un porcentaje importante de niños sienten temor hacia ella y también hacia su padre. Esto puede convertirse en un aspecto a intervenir, debido a que elementos como la percepción de falta de cariño de parte de éstos se puede convertir en un factor de riesgo de impacto mayor para los niños (Instituto Nacional sobre el abuso de drogas, 2004).

Con los cambios observados a partir de la comparación se valida que si se facilita en los niños y niñas la adopción de comportamientos sanos les genera mejores herramientas para afrontar situaciones de riesgo. Como afirma el Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas (NIDA) (2004), los factores de riesgo en los

niños pueden cambiar por medio de intervenciones preventivas; si no se intervienen, estos comportamientos pueden generar riesgos adicionales, entre ellos el abuso de drogas.

#### *Docentes*

El trabajo con docentes también cobra un lugar importante en la prevención en tanto pueden tener una administración más positiva de su curso (Instituto Nacional sobre el abuso de drogas, 2004), además, varias investigaciones han demostrado que cuando son ellos quienes aplican los programas, se produce un mejor efecto (Gázquez Pertusa, García, y Espada Sánchez, 2011). Con los docentes se logró incrementar la implementación de temas que facilitan la prevención del consumo, entre ellos, *hábitos de vida, autoestima, higiene y aseo, autonomía, y el daño que genera el consumo de alcohol y tabaco*, evidenciando que el avance objetivo de dotarlos con elementos conceptuales les permitió hacer de la prevención un elemento de trabajo en las aulas. No obstante, destacan a los padres como principales agentes responsables de la prevención.

Es importante señalar que la propuesta de YOMI logra que los docentes y en general las comunidades identifiquen instituciones de apoyo frente a esta problemática diferentes a la escuela, situación que no ocurría anteriormente, debido a que ésta era el único referente de ayuda.

Con relación a la valoración de su acompañamiento, los docentes, lo percibieron como más fácil en el PT. Esto tal vez puede deberse al hecho de considerar que el programa les proporcionó herramientas metodológicas para el trabajo con niños, para abordar situaciones de temor, conflicto o peligro en sus alumnos lo que se convierte en un elemento protector fundamental frente al posible consumo de SPA.

#### *Padres y madres*

Por su parte, el Programa buscó el fortalecimiento de pautas de crianza con padres de familia. Se muestra en ellos un aumento en la preocupación por el consumo de drogas de sus hijos, generando una disminución en la tolerancia y normalización de estos consumos, aumentando así su capacidad preventiva. De igual forma mejoró el acompañamiento de los padres a sus hijos, no

obstante, prevalece el castigo como principal estrategia para la implementación de la norma.

Es importante resaltar que las pautas de crianza son consideradas como aspectos muy importantes para los hijos ya que el tipo de ésta influye en el comportamiento de los mismos, además, son una evidencia del papel de la familia en el contexto social (Becoña Iglesias, 2007).

En general, puede decirse que el programa implementado obtuvo resultados importantes en la población abordada, niños, docentes y padres, confirmando lo planteado en otros estudios que afirman que son más efectivos los programas que no sólo se centran en la atención, sino que además, tienen en cuenta elementos como influencias sociales, interacción y alternativas al consumo, los cuales pueden mantener un efecto positivo de manera consistente por más tiempo (Fernández et al., 2002; Gázquez et al., 2011; Amigó Borrás, 1997).

#### **Conclusiones**

Se identifican como factores de protección en niños(as): los sentimientos de alegría; la disminución de emociones como la impaciencia, la preocupación, el miedo y la tristeza; la identificación de elementos que perjudican su salud como consumir licor y el consumo de cigarrillo.

En la población docente hubo un aumento en la enseñanza en las aulas de clase sobre temas relacionados con la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, evidenciando mayor adquisición de herramientas para su abordaje.

Se manifiesta la necesidad de que otras instancias, además de la escuela, se hagan presentes en el acompañamiento que deben tener los niños en su proceso de formación en cuanto a la prevención del consumo de drogas se refiere. Al respecto, se mencionan específicamente a la familia y al sector salud.

Como factor de protección de parte de los padres de familia, se identifica el aumento en la preocupación porque sus hijos comiencen a consumir drogas. Además, se destacan otros elementos como apoyo hacia sus hijos y mejoramiento en la comunicación.

## Limitaciones del estudio

No fue posible lograr el total de 83 docentes debido a que algunos docentes fueron reubicados, se jubilaron, no estaban en la institución o no podían diligenciar el instrumento por múltiples ocupaciones.

Debido a que no se realizó un estudio cuasi-experimental donde se contara con grupo control, no se pueden atribuir los cambios directamente a la implementación del Programa.

## Agradecimientos

A la estrategia de sostenibilidad CODI 2013-2014 de la Universidad de Antioquia, por su apoyo para la realización del artículo. A los investigadores que hicieron parte del proyecto y a la Corporación Surgir por facilitar la información requerida

## REFERENCIAS

- Alonso-Castillo, S. E., Esparza-Almanza, K. F., Frederickson, K., Guzmán-Facundo, F., López-García, K. S., y Martínez-Maldonado, R. (2008). Efecto de una intervención para prevenir el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de escuelas secundarias de Monterrey, México. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 10(1), 79-92.
- Amigó Borrás, S. (1997). El "Problema de la Droga" y la Prevención del Consumo de Drogas: Mitos y Alternativas, con una Especial Referencia al Consumo de Cannabis. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 5(10), 157-189.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, 28(1), 11-20.
- Botvin, G. J. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología conductual*, 3(3), 333-356.
- Fernández, S., Nebot, M., y Jané, M. (2002). Evaluación de la Efectividad de los Programas Escolares de Prevención del Consumo de Tabaco, Alcohol y Cannabis: ¿Qué nos dicen los meta-análisis?. *Rev Esp Salud Pública*, 76(3), 175-187. doi: 10.1590/S1135-57272002000300002.
- Gázquez, M., García, J. A., y Espada, J. P. (2011). Eficacia diferencial de dos programas de prevención escolar sobre el consumo de tabaco, según el tipo de aplicador. *Psicothema*, 23(4), 537-543.
- Gobernación de Antioquia, Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Comité Departamental de prevención en drogas de Antioquia. (2008). *Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados del departamento de Antioquia. Investigación comparativa 2003-2007*. Medellín: DSSA.
- Gobernación de Antioquia, Secretaría Seccional de Salud de Antioquia. (2011). *Módulo de habilidades para la vida: guía para el trabajo con adolescentes y jóvenes*. Medellín: Gobernación de Antioquia; Secretaría Seccional de Salud de Antioquia.
- Gobierno Nacional de la República de Colombia, Ministerio de la Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social, UNODC, CICAD y otros. (2011). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar. Colombia. 2011. Informe Final*. Bogotá: Gobierno Nacional.
- Henao, J. (2005). La prevención temprana de la violencia: Una revisión de programas y modalidades de intervención. *Univ. Psychol.*, 4(2), 161-177.
- Instituto Nacional sobre el abuso de drogas. (2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores, líderes de la comunidad*. España: Instituto Nacional sobre el abuso de drogas.
- Maite, M. C. (2002). Puesta en marcha del programa de prevención escolar Barbacana en Rumanía. *Salud y drogas*, 2(2), 11-13.
- Miovsky, M., Novak, P., Stastna, L., Gabrhelik, R., Jurystova, L., y Vopravil, J. (2012). The Effect of the School-Based Unplugged Preventive Intervention on Tobacco Use in the Czech Republic. *Adicciones*, 24(3), 211-217.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Red Mundial de la Juventud. (2004). *Educación de base escolar para la prevención del uso indebido de drogas*. Bogotá: ONUDC.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2014). *Informe Mundial sobre las drogas*. Bogotá: ONUDC.
- Soole, D. W., Mazerolle, L., y Rombouts, S. (2008). School-Based Drug Prevention Programs: A Review of What Works. *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, 41(2), 259-286. doi: 10.1375/acri.41.2.259
- Universidad CES; Alcaldía de Medellín. (2009). *Segundo estudio de salud mental del adolescente Medellín-2009. Informe Final*. Medellín: Universidad CES; Alcaldía de Medellín.



## CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DEL ESTADO DE GUERRERO, MÉXICO

### ALCOHOL CONSUMPTION AMONG ADOLESCENTS FROM STATE OF GUERRERO, MÉXICO

Juan Yovani Telumbre-Terrero<sup>1</sup> y Blanca Estela Sánchez-Jaimes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Ciencias de Salud. Universidad Autónoma del Carmen, México

<sup>2</sup>Unidad Académica de Enfermería No.1. Universidad Autónoma de Guerrero, México

#### Abstract

Due to the consequences that causes each individual, family and society, alcohol consumption is a public health growing problem. Furthermore, alcohol is the psychoactive substance most used by public at large. The aim of the study was to describe the kind of alcohol consumption in adolescents from the state of Guerrero. A cross-sectional descriptive study was undertaken in 292 adolescents from the mentioned state. In the study was identified that 72.1% of adolescents have used alcohol at some time in their lives and 46.9% have used it over the past year. Alcohol consumption began the age of 14. Related to kind of alcohol use a harmful consumption was predominated down in 38% of the adolescents; followed by sensible drinking of alcohol (37.2%) and 24.8% have a harmful use of alcohol. The results shows that alcohol consumption in adolescents represents a priority health problem, which the design and implementation of preventive programs is necessary to carry out to this group of society.

*Keywords: adolescent, student, alcohol consumption.*

#### Resumen

El consumo de alcohol representa un problema creciente de salud pública, debido a las consecuencias que ocasiona en el individuo, la familia y la sociedad, además de ser la sustancia psicoactiva más usada por la población en general. El objetivo del estudio fue describir el tipo consumo de alcohol en adolescentes del estado de Guerrero. Se realizó un estudio transversal descriptivo en 292 adolescentes del Municipio de Chilpancingo Capital del Estado de Guerrero. Se identificó que el 72.1% de los adolescentes han consumido alcohol alguna vez en la vida y el 46.9% en el último año, la edad de inicio del consumo de alcohol fue a los 14.4 años. En relación al tipo de consumo de alcohol predominó un consumo dañino en el 38% de los adolescentes, seguido por un consumo sensato de alcohol (37.2%) y el 24.8% presenta un consumo perjudicial de alcohol. Los resultados muestran que el consumo de alcohol en los adolescentes representa un problema prioritario de salud, lo cual hace necesario el diseño e implementación de programas de prevención dirigidas a este grupo de la sociedad.

*Palabras clave: adolescente, estudiante, consumo de alcohol.*

El consumo de alcohol representa uno de los principales factores de riesgo para la salud a nivel global (Organización Mundial de la Salud [OMS] y Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODC], 2010), representa un factor significativo en la tasa total de morbilidad, la carga estimada atribuible es de 58 millones de Años de Vida Ajustado por Discapacidad (AVAD), es decir, representa el 4% de la carga de morbilidad (Organización Panamericana de la Salud [OPS] y OMS, 2009). El uso de bebidas alcohólicas además de producir efectos adversos para la salud, genera más de 36 millones de muertes al año a nivel mundial, ocasiona elevados costos en la atención sanitaria y afectando el desarrollo económico de la sociedad (OMS, 2011).

El consumo nocivo de alcohol representa un problema de alcance mundial que pone en peligro el desarrollo individual y/o colectivo, causa 2.5 millones de muertes al año, unos 320 000 jóvenes de entre 15 y 29 años de edad mueren por causas relacionadas con el consumo de dicha sustancia, lo que representa un 9% de las defunciones en este grupo etario, además de causar daños a la salud física y psíquica del bebedor (OMS, 2011). En el continente Americano el consumo de alcohol se relaciona con más de 60 enfermedades y con problemas de orden social como violencia familiar, conflictos maritales, problemas económicos, abuso de menores, comportamiento violento, lesiones y fatalidades automovilísticas (OPS, 2007).

En la mayoría de los países latinoamericanos el uso de bebidas alcohólicas forma parte de la vida cotidiana, como un acto social y cultural consolidado dentro de las costumbres sociales. Además de existir una tolerancia para el consumo de alcohol riesgoso, sobre todo cuando el abuso esta ligado a situaciones de fiesta y diversión (Meloni y Laranjeira, 2004). El alcohol, es la droga psicoactiva legal y social más antigua, su forma de consumo como conducta individual, familiar o cultural está influida por creencias, percepciones, hábitos y significados atribuibles a sus efectos euforizantes, afrodisíacos, relajantes, inductores del sueño y ansiolíticos (Hinojosa-García, Alonso-Castillo y Castillo-Muraira, 2012).

En México el Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC] (Secretaría de Salud [SSA] y CONADIC, 2012), reporta prevalencias altas del consumo de alcohol, donde entre el 50% y 80% de la población menor a 20 años lo ha

probado alguna vez en la vida y su uso se va incrementando con la edad, debido a que el consumo forma parte de costumbres sociales y culturales, existiendo así una mayor tolerancia del entorno para su uso y una mayor posibilidad para adquirirlo o consumirlo, ya que la percepción del riesgo es muy baja.

Datos de la Encuesta Nacional de Adicciones [ENA] (2011) muestran que el 42.9% de los adolescentes de 12 a 17 años manifestaron haber consumido alcohol alguna vez en la vida, 30% en el último año y el 14.5% en el último mes (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] y SSA, 2012). Por su parte la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), identificó una prevalencia actual de consumo de alcohol del 25% en adolescentes de 10 a 19 años, además se encontró que menos de 1% de los jóvenes abusa del alcohol diariamente, 2.3% lo hace de manera semanal, 5.8% mensual y 7.2% ocasionalmente (INSP y SSA, 2012).

En Guerrero, la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 por entidad federativa, muestra que el consumo diario de alcohol para hombres es de 1.2%, el consumo alto de alcohol es de 41.1% para los hombres y de 14.6% para las mujeres. El consumo consuetudinario en los hombres es de 7.7% y en caso de la mujeres de 0.4%. Finalmente, en relación con el abuso/dependencia, en el estado se encuentra que el consumo para los hombres es de 10.4% y para las mujeres de 2.1% (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INSP y SS, 2008).

En este sentido la Secretaría de Salud (2014) estatal reporta que el 27 % de los adolescentes entre 12 a 19 años consumen alcohol, lo cual representa aproximadamente a 90 000 adolescentes, siendo los municipios con mayor incidencia Chilpancingo, Iguala y Acapulco de Álvarez. Además señala que el consumo de alcohol no es diario, pero cuando sucede es en exceso, y está asociado con riñas, homicidios, accidentes automovilísticos, violencia y desintegración familiar y suicidios.

En base a lo anterior, el consumo de alcohol representa un problema de salud pública debido a las alteraciones físicas, psicológicas, emocionales y sociales que ocasiona en el individuo, la familia y los colectivos (Hidalgo y Júdez, 2007). Dentro de la sociedad uno de los grupos etarios que se encuentra vulnerable son los



adolescentes, ya que tienen mayor riesgo de sufrir consecuencias a causa del abuso de esta sustancia. La adolescencia es una etapa de desarrollo físico, psicológico y social donde es común que los adolescentes experimenten diversos problemas psicosociales que pueden aumentar el riesgo para el desarrollo de conductas no saludables (Villegas-Pantoja, Alonso-Castillo, Alonso-Castillo y Guzmán, 2014). Se ha identificado que el consumo de alcohol se inicia en los primeros años de la adolescencia, que es la etapa de crecimiento y desarrollo que los convierte en personas de riesgo para consumir cualquier sustancia, por demostrar a la sociedad que pueden desafiar lo desconocido y retar las reglas sociales (Moradillo, 2000).

Investigaciones realizadas en México muestran que la edad de inicio del consumo de alcohol es a los 12 años, el 27.6% han consumido alcohol alguna vez en la vida (López-García K. et al. 2007). Otro estudio muestra que el 38.4% de los encuestados consumen alcohol al menos 6 veces al año (Mulassi, et al., 2010). Se ha identificado una prevalencia actual de consumo de alcohol del 25% en adolescentes de 10 a 19 años, en relación al abuso del alcohol, menos de 1% de los jóvenes abusa del alcohol diariamente, 2.3% lo hace de manera semanal, 5.8% mensual y 7.2% ocasionalmente (INSP y SSA, 2012). En población adolescente predomina un tipo de consumo sensato de alcohol o sin riesgo entre un 26.6% y el 73.8%, seguido de un consumo perjudicial (16.8%-26.2%) y por último un consumo dañino de alcohol (18.3%) (Facundo, Pedrão, Aguilar, García y Almanza, 2007; López-Cisneros, Luis, Castillo, Castillo y Aguilar, 2013).

En este sentido la OMS ha revisado la clasificación diagnóstica, introduciendo los conceptos de trastornos por consumo de alcohol, dentro de los cuales se encuentra el consumo sensato, perjudicial y dañino. Por lo tanto, el consumo sensato, es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. El consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol. El consumo dañino es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a

pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe (Babor, Higgins-Biddle y Saunders, 2001).

Por todo lo anterior el propósito del presente estudio es describir el tipo consumo de alcohol en Adolescentes del Estado de Guerrero, se espera que los resultados del estudio constituyan un primer acercamiento a esta problemática, permitiendo conocer el perfil del consumo de alcohol en este grupo de adolescentes. Ya que en la revisión de la literatura existe un vacío de conocimiento acerca de estudios descriptivos que aborden el consumo de alcohol en adolescentes del Estado, por lo que es necesario profundizar en la magnitud del patrón de consumo de alcohol, y posteriormente en futuros estudios identificar algunos factores de riesgo o de protección como mediadores de esta conducta. Convirtiéndose así en un punto de gran interés para el profesional de enfermería y del área de la salud en la promoción de la salud y prevención del consumo de alcohol u otras drogas.

## MÉTODO

### Diseño

El diseño del estudio fue transversal descriptivo (Burs y Grove, 2004; Polit y Hungler, 1999) en una institución pública de educación preuniversitaria ubicada en el Municipio de Chilpancingo Guerrero.

### Participantes

La población estuvo constituida por 927 estudiantes pre universitarios. El muestreo fue aleatorio estratificado con asignación proporcional al tamaño del estrato, considerando como estrato el semestre cursado por el alumno esto con la finalidad de tener una mayor representatividad de la población en estudio. El tamaño de la muestra se determinó a través del paquete estadístico n`Query Advisor Versión 4.0 (Elashoff, Dixon, Crede y Fotheringham, 2000), la cual fue estimada de acuerdo a los siguientes parámetros, una potencia del 85%, un nivel de significancia de .05, considerando un coeficiente de correlación alterno de .19, por lo que se obtuvo una muestra de n=249, sin embargo se consideró

una tasa de no respuesta de 15%, por lo que se obtuvo un muestra final de n=292 estudiantes.

### Instrumentos

Para la recolección de datos se utilizó una cédula de datos personales y de consumo de alcohol constituida por 20 reactivos que recopilaba información acerca de las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, semestre, ocupación, tipo de ocupación, horas de trabajo) e indaga sobre la prevalencia del consumo de alcohol (consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en los últimos siete días) y la edad de inicio del consumo de alcohol.

Se utilizó el Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol [AUDIT], el cual es una prueba que se aplica para examinar el uso de alcohol durante los últimos doce meses y sus consecuencias (De la Fuente y Kershenovich, 1992). Esta constituido por diez reactivos, los reactivos del uno al tres determinan la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol; los reactivos del cuatro al seis, exploran la posibilidad de que exista dependencia al alcohol y los reactivos del siete al 10 exploran el consumo dañino de alcohol (Babor, Higgins-Biddle y Saunders, 2001).

La escala es de cero a 40 puntos, a mayor puntaje existe mayor consumo de alcohol. Si se obtiene un valor de uno a tres se considera un consumo sensato, si se obtienen de cuatro a siete puntos se tiene problemas con el consumo (consumo perjudicial) y si se registran de ocho a 40 puntos se considera un consumo dañino.

El AUDIT, trata de un instrumento con validez transcultural que ha sido probada en población mexicana con una sensibilidad de 90% y especificidad del 94% y confiabilidad aceptable (De la Fuente y Kershenovich, 1992), en este cuestionario obtuvo un Alpha de Cronbach de  $\alpha = 0.87$  en este estudio.

### Procedimiento

En primer lugar se contó con la aprobación del proyecto por parte de personal directivo de la institución responsable de la investigación. Posteriormente se llevó a cabo una reunión con el Director de la Institución, a quien se le explicó de forma clara y sencilla la finalidad de la investigación, contando con su autorización.

Posteriormente se visitó a los alumnos dentro de sus horarios de clases para invitarles a participar en el estudio, a quienes decidieron participar se les hizo entrega de un consentimiento informado para padre o tutor dado que se trataba de menores de edad y se acordó fecha, lugar y hora para su entrega. A quien se le autorizó participar se le hizo entrega un asentamiento informado, al cual se dio lectura y se procedió a dar respuesta a los instrumentos. Al finalizar se agradeció la participación de cada uno de los alumnos. En todo momento se garantizó la confidencialidad de los datos, puntualizando que la participación era voluntaria, así mismo se les informó que podían abandonar en cualquier momento su participación sin ninguna repercusión en su desempeño y ambiente escolar.

### Análisis de datos

La captura y análisis de los datos se llevó a cabo en el paquete Statical Package for the Social Sciences (SPSS) Versión 21 a través de la estadística descriptiva (medidas de tendencia central y de dispersión). Se determinó la confiabilidad interna del instrumento a través del Coeficiente Alpha de Cronbach.

### Consideraciones éticas

El presente estudio se apego a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud (LGS) en Materia de Investigación para la Salud en seres Humanos en México (Secretaría de Salud, 1987).

## RESULTADOS

En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de los participantes de los cuales el 54.1% corresponde al sexo masculino y el 94.9% son solteros. En relación al semestre el 37.3% corresponde al quinto semestre, cabe señalar que el 77.1% estudia y el 22.9% estudia y trabaja, siendo las ventas de mostrador la actividades que realizan los estudiantes además de estudiar en un 85%.

En la Tabla 2 se muestran las variables continuas de las características sociodemográficas, donde se identificó una media de edad de 16.5 años, además los adolescentes que refirieron trabajar y estudiar dedican en promedio 6.2 horas al día a su trabajo. En relación al consumo de alcohol se identificó una media de edad de

inicio del consumo de alcohol a los 14.4 años. Los adolescentes que refirieron haber consumido bebidas alcohólicas en el último año consumen en promedio 2.4 bebidas alcohólicas en una sola ocasión.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

Variable	Frec.	%
Sexo <sup>a</sup>		
Masculino	158	54.1
Femenino	134	45.9
Estado Civil <sup>a</sup>		
Soltero	277	94.9
Casado	8	2.7
Unión Libre	7	2.4
Semestre <sup>a</sup>		
Primero	101	34.6
Tercero	82	28.1
Quinto	109	37.3
Ocupación <sup>a</sup>		
Estudia	225	77.1
Estudia y trabaja	67	22.9
Tipo de Ocupación <sup>b</sup>		
Trabajo de Oficina	10	15
Ventas de Mostrador	57	85

Tabla 2. Datos sociodemográficos: variables continuas

Variable	$\bar{X}$	Med.	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo
Edad de los participantes <sup>a</sup>	16.5	17.0	1.1	15	21
Horas dedicadas a trabajar <sup>b</sup>	6.2	6.0	1.9	3	12
Edad de Inicio del Consumo de Alcohol <sup>c</sup>	14.4	15.0	1.7	10	19
Número de bebidas alcohólicas consumidas en un día típico <sup>d</sup>	2.4	2.0	1.6	1	8

Nota: n<sup>a</sup>=292, n<sup>b</sup>= 67, n<sup>c</sup>= 211, n<sup>d</sup>= 137,  $\bar{X}$ = media, Mdn= mediana, DE= desviación estándar.

Por lo que respecta al consumo de alcohol los resultados muestran que del total de los adolescentes el 72.1% ha consumido alcohol alguna vez en la vida, el 46.9% lo ha hecho en el último año, el 23.3% en el último mes y el 15.1% en la última semana (Tabla 3). El tipo de consumo de alcohol de los adolescentes de preparatoria de acuerdo con el AUDIT, fue que el 37.2% refiere un consumo sensato de alcohol, el 24.8% un consumo perjudicial y el 38% presenta un consumo dañino (Tabla 4)

Tabla 3. Consumo de Alcohol de los Adolescentes

Consumo de Alcohol	Si		No		IC 95%	
	Frec.	%	Frec.	%	LI	LS
Alguna vez en la vida	211	72.3	81	27.7	67	77
En el último año	137	46.9	155	53.1	41	53
En el último mes	68	23.3	224	76.7	18	28
En la última semana	44	15.1	248	84.9	11	19

Nota: Frec. = Frecuencia IC = Intervalo de Confianza, LI = Limite Inferior, LS = Limite Superior, n = 292

Tabla 4. Frecuencias y proporciones del tipo de consumo de alcohol según el AUDIT

Tipo de consumo	Si		No	
	Frec.	%	Frec.	%
Consumo sensato	51	37.2	86	62.8
Consumo perjudicial	34	24.8	103	75.2
Consumo dañino	52	38	85	62

Nota: Frec. = frecuencia, %= porcentaje, n=137

## DISCUSIÓN

El presente estudio permitió describir el tipo de consumo de alcohol en 292 adolescentes que viven en el Municipio de Chilpancingo capital del estado de Guerrero, México. En relación al perfil sociodemográfico, los participantes presentaron una edad promedio de 16.5 años, lo cual concuerda con Marginson (2014) que señala que en México los adolescentes cursan la educación media superior (bachillerato o preparatoria) entre los 15 y los 19 años en diversas instituciones educativas que tienen como finalidad la incorporación de los sujetos a los procesos sociales, económicos, políticos y culturales.

El 54.1% de los estudiantes pertenecen al sexo masculino, esto difiere con lo reportado por Landero y Villareal (2007) y Villegas, Alonso, Alonso y Guzmán (2012) en investigaciones realizadas en preparatorias del Área Metropolitana de Monterrey Nuevo León, México, donde la proporción de hombres y mujeres es similar.

El 22.9% de los adolescentes refirió estudiar y trabajar al mismo tiempo, siendo las ventas de mostrador la principal actividad desarrollada por los adolescentes, lo cual es superior a lo reportado en la Encuesta Nacional

de la Educación (2010) donde se señala que el 10.9% de los adolescentes estudian y trabajan simultáneamente. Esto pudiera estar vinculado a que los adolescentes lleven a cabo ambas actividades por problemas económicos, ya que el trabajo les permite solventar sus gastos personales, de las escuela y familiar, así mismo a ganar autonomía personal respecto de la familia (Domínguez, 2013).

Se identificó que los adolescentes inician el consumo de alcohol en promedio a los 14.4 años, lo cual concuerda con la Encuesta Nacional de Adicciones (2011), al señalar que los adolescentes inician el consumo de alcohol a los 17 años o menos. Esto pudiera deberse a que los adolescentes se encuentran en un período de transición hacia la juventud, en el cual el joven se siente miembro y partícipe de una "cultura de edad" caracterizada por sus propios comportamientos, valores, normas, espacios y modas. Por lo que es probable que busque la conducta del consumo de alcohol como una forma de iniciar el proceso de adultez (Musito y Pons, 2010).

Los adolescentes consumen en promedio 2.4 bebidas alcohólicas por ocasión, lo cual es menor a lo reportado por Villegas, Alonso, Alonso y Guzmán (2012) y Álvarez, Zamora, Hernández, Sánchez, Barrón y Mendoza (2011) en investigaciones realizadas en adolescentes de instituciones pública y privadas de México. El hecho de que los adolescentes consuman cerca de tres bebidas alcohólicas ya se considera sensato o sin riesgo de acuerdo a los indicadores de la OMS, sin embargo esta conducta puede ser un detonante para la presencia de un consumo dependiente o dañino a una edad temprana (Rojas, 2009).

El consumo de alcohol alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en los últimos siete días por los adolescentes fue menor a lo reportado por otras investigaciones realizadas en el norte y sur del País (López-Cisneros, et al, 2013; Rivas-Acuña, Carrillo-Hernández, Hernández-Díaz, Hernández-Carrillo (2012). Pero los hallazgos fueron superiores a lo reportado por la Encuesta Nacional de Adicciones (2011). Estas prevalencias se pueden deber probablemente a que son adolescentes y se encuentran en una etapa donde es mayor el consumo de alcohol dado que lo relacionan con la aceptación social en el grupo de iguales. Ya que la adolescencia es una etapa de múltiples cambios, lo que puede aumentar el riesgo para la ejecución de conductas

no saludables como lo es el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas (Hidalgo y Júdez, 2007).

El tipo de consumo de alcohol que predominó fue el consumo sensato en un 37.2%, cifra que es menor a lo reportado por Álvarez, Alonso y Guidorizzi. (2010) en una investigación realizada en adolescentes del Estado de Querétaro México, donde señalan que más del 80% de los adolescentes presenta este tipo de consumo. El consumo perjudicial y dañino fue mayor en esta investigación en relación a lo reportado por otros investigadores nacionales (Álvarez, Alonso y Guidorizzi, 2010; López-Cisneros, et al., 2013; Tamez-Rodríguez, et al., 2012).

Estos resultados muestran el incremento del consumo de alcohol por los adolescentes, aún y cuando la venta de esta sustancia, es ilegal antes de los 18 años. Algunos de los factores que pueden estar favoreciendo el consumo de bebidas alcohólicas, son la difusión en los medios de comunicación y la falta de control en la legislación sobre la comercialización de las bebidas alcohólicas (López y Da Costa, 2008). Lo anterior reafirma el hecho de que el fenómeno de las drogas representa un problema de salud pública de gran complejidad, donde los adolescentes representan un grupo vulnerable a este fenómeno debido a los cambios biológicos, psicológicos y sociales característicos de la adolescencia.

Con base a los resultados del presente estudio se recomienda reforzar los programas preventivos del uso y abuso del alcohol en estudiantes de preparatoria. Así también se hace evidente la necesidad de desarrollar acciones encaminadas a la prevención del consumo experimental, y evitar la transición a un consumo usual. Por tal motivo es necesaria la integración de diversos actores sociales que contribuyan a retardar la aparición o disminuir el consumo de alcohol en los adolescentes.

Es importante que el profesional de enfermería pueda influir en la reducción de la demanda de drogas, dado que es la ciencia del cuidado y que trabaja en la dirección del cambio y transformación de los estilos de vida, conductas y conciencia sanitaria de las personas, familias y grupos. Es así que los enfermeros deben de impulsar acciones en el campo de la promoción y educación en salud, ya que representan el mayor contingente de trabajadores de la salud y son el primer contacto de la sociedad con los servicios de salud.

## REFERENCIAS

- Álvarez, A. A., Alonso, C.M.M. y Guidorizzi, Z. A.C. (2010). Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 18 (Especial), 634-40.
- Álvarez-Aguirre, A., Zamora-Mendoza, A., Hernández-Castañón, M.A., Sánchez-Perales, M., Barrón-Ugalde, M. y Mendoza-Ayala, M.A. (2011). Resiliencia y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes adolescentes de comunidades rurales. *Anuario de Investigación en Adicciones*. 12 (2), 15-21.
- Babor, T., Higgins-Biddle, J. y Saunders, J. (2001). The alcohol use disorders identification test. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence.
- Burns, N. y Grove, K. (2004). Diseños de Investigación. (3ª Ed.), *Investigación en Enfermería* (209-251). España: Elsevier.
- De la Fuente y Kershenobich. (1992). El Alcoholismo como problema Médico. *Revista de la Facultad de Medicina*, 35 (2), 45-51.
- Domínguez, F. M. J. (2013). El trabajo en los jóvenes. *Revista del Instituto Nacional de la Juventud*. 2 (5).
- Elashoff, J., Dixon, J.W., Crede, K. M., y Fotheringham, N. (2000). nQuery Advisor (Programa de Computadora). Boston MA: Release 4.8, Study Planning Software.
- Guzmán, F., Pedrão, L. Aguilar, A., López, G. y Esparza, A. (2007). Trastornos por consumo de alcohol (AUDIT) en adolescentes y jóvenes marginales de bandas juveniles de México. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11 (4), 611-618.
- Hidalgo, M.I. y Júdez, J. (2007). Adolescencia de alto riesgo. Consumo de drogas y conductas delictivas. *Pediatr Integral*. 11(10), 895-910.
- Hinojosa-García, L., Alonso-Castillo, M. M. y Castillo-Muraira, Y. (2012). Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 20 (1), 19-25.
- <http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/.../vf-jovenes-educacion-ninis.pdf>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]; Secretaría de Salud [SSA]. (2012). Encuesta Nacional de Adicciones [ENA]: Reporte de Alcohol.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]; Secretaría de Salud [SS]. (2008). Encuesta Nacional de Adicciones por entidad Federativa Guerrero.
- Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] y Secretaría de Salud [SSA] (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT]. Resultados Nacionales.
- Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] y Secretaría de Salud [SSA] (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT]. Resultados Nacionales.
- Landero, H. R. y Villarreal, G. M.E. (2007). Consumo de alcohol en estudiantes en relación con el consumo familiar y de los amigos. *Revista Psicología y Salud*. 17 (1), 17-23.
- López, G. K. S. y Da Costa Junior, M. L. (2008). Conducta antisocial y consumo de alcohol en adolescentes escolares. *Rev Latino-am Enfermagem*. 16 (2).
- López-Cisneros, M. A., Villar, L. M. A. Alonso, C. M. M., Alonso, C. M. T. J y Rodríguez, A. L. (2013). Attitudes towards consumption and non-consumption of alcohol among high school students in México. *Rev Esc Enferm USP*. 47 (4), 815-821
- López-García K., Esparza-Almanza S., Guzmán-Facundo F., Alonso-Castillo M. y Rodríguez-Aguilar L. (2007). Expectativas del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes escolares. *Revista científica electrónica de psicología*. (7).
- Marginson, S. (2014). La Educación Superior como autoformación: el caso de estudiantes transfronterizos. *Revista de la Educación Superior*. 13 (1), 7-24.
- Meloni, J.N. y Laranjeira R. (2004). Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Rev Bras Psiquiatr*. 26 (supl 1), 7-10.
- Moradillo, F. (2000) Los Valores, las Drogas, los adolescentes. Las Drogas Info. Instituto para el Estudio de las Adicciones. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. Gobierno de España. Disponible en: <http://www.lasdrogas.info/index.php?op=InfoOpinionyidOpinion=26>
- Mulassi A., Hadid C., Borracci R., Labrunaa M., Picarel A., Robilotte A., Redruelloa M. y Masoli O. (2010). Hábitos de alimentación, actividad física, tabaquismo y consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de la provincia y el conurbano bonaerenses. *Arch Argent Pediatr*. 8 (1),45-54.
- Musito, O. G. y Pons, D. J. (2010). Adolescencia y alcohol: Buscando significados en la persona, la familia y la sociedad. Editorial Entimema, Madrid.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] y Oficina de las Naciones Unidas

- Contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2010). Programa conjunto ONUCD/ OMS sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011). Alcohol. Nota descriptiva N°349. Consultado el 13 de Septiembre del 2013. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/index.html>.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] y OMS. (2009). Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de Salud Pública. 1-36.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2007). Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Biblioteca Sede OPS.
- Polit, D. y Hungler, B. (1999). Investigación científica en ciencias de la salud (6ª. ed.). México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Rivas-Acuña, V., Carrillo-Hernández, L., Hernández-Díaz, V. y Hernández-Carrillo, F. D. C. (2011). Consumo de alcohol en estudiantes de un centro educativo de nivel medio superior. Villahermosa Tabasco, México. *Rev. enferm Herediana*. 4 (2), 71-76.
- Rojas, V. L. (2009). Opinión y factores que motivan el consumo de drogas lícitas e ilícitas en algunos estudiantes. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*. (15).
- Secretaría de Salud [SS], (1987). Reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud en México.
- Secretaría de Salud [SSA] y Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC]. Actualidades en Adicciones. Consumo de alcohol y tabaco en México (2012). Libro 4. ISBN: 978-607-95887-3-1
- Secretaría de Salud Guerrero. (2014). Consultado el 17 de Octubre del 2014. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/index>.
- Subsecretaría de Educación Superior, Encuesta Nacional de la Juventud. (2010). Consultado el 16 de Octubre. Disponible en
- Tamez-Rodríguez, V. A. et al. (2012). Evaluación del consumo de alcohol y sus motivaciones en estudiantes del noreste de México. *Medicina Universitaria*. 15 (58), 3-9.
- Villegas, P. M., Alonso, C. M.M. y Guzmán, F. F. R. (2014). Stressful life events and its relationship to alcohol and tobacco consumption in adolescents. *Ciencia y Enfermería*. 20 (1), 35-46.