

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)
Sanchis 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.
Weill Medical Collage Cornell University (USA)
Guerrero 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)

Objetivos

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

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

Frecuencia

Health and Addictions/Salud y Drogas se publica dos veces al año (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

Correo electrónico: haaj@haaj.org

ISSN: 1578-5319

ISSN-e:1988-205X

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

ÍNDICE

1. EDITORIAL

Adicciones tecnológicas: el auge de las redes sociales <i>José A. García del Castillo</i>	5-14
--	------

2. ORIGINALES

Masculinidad y la feminidad como predictores del consumo de tabaco y alcohol en estudiantes universitarios españoles <i>M. Pilar Sánchez-López, Raquel Rivas-Diez y Isabel Cuéllar-Flores</i>	15-22
--	-------

Modelo predictor del consumo responsable de alcohol y el comportamiento típicamente no violento en adolescentes <i>César Andrés Gómez-Acosta y Constanza Londoño Pérez</i>	23-34
---	-------

Saber, Valorar y Actuar: Relaciones entre información, actitudes y consumo de alcohol durante la gestación <i>Mariana Beatriz López</i>	35-46
--	-------

Dolor y Adicción en el Síndrome de Gardner – Diamond <i>Francisco Pascual Pastor, Calixto Sánchez Pérez y Natalia Pastor Tomás</i>	47-52
---	-------

El efecto del absentismo y el fracaso escolar en el consumo de tabaco, en una muestra de estudiantes de 3º y 4º de la Educación Secundaria Obligatoria <i>Beatriz Corbí Gran y Miguel Ángel Pérez Nieto</i>	53-58
--	-------

Modelos de influencia de padres y amigos en el inicio del consumo de tabaco en adolescentes <i>Daniel Lloret Irlés, Mónica Gázquez Pertusa, Álvaro Botella Guijarro y María José Ferri Carbonell</i>	59-66
---	-------

El papel de las actitudes, las percepciones y el dinero disponible en el consumo de drogas en adolescentes <i>Jesús Varela Mallou, Sara Marsillas Rascado, Manuel Isorna Folgar y Antonio Rial Boubeta</i>	67-78
---	-------

Abuso de alcohol y ansiedad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica <i>María Jesús Cardoso-Moreno y Lucía Tomás-Aragonés</i>	79-83
--	-------

INDEX

1. EDITORIAL

Technological addictions: the rise of social networks <i>José A. García del Castillo</i>	5-14
---	------

2. ORIGINALS

Masculinity and Femininity as predictors of tobacco and alcohol consumption in Spanish university students <i>M. Pilar Sánchez-López, Raquel Rivas-Diez and Isabel Cuéllar-Flores</i>	15-22
Predictive model of responsible consumption of alcohol and typically not violent behavior in adolescents <i>César Andrés Gómez-Acosta and Constanza Londoño Pérez</i>	23-34
Knowing, Valuing and Acting: Relationships between information, attitudes and drinking during pregnancy <i>Mariana Beatriz López</i>	35-46
Pain and Addiction Gardner Syndrome – Diamond <i>Francisco Pascual Pastor, Calixto Sánchez Pérez and Natalia Pastor Tomás</i>	47-52
The effect of absenteeism and school failure in the consumption of snuff in a sample of students in 3rd and 4th of Secondary Education <i>Beatriz Corbí Gran and Miguel Ángel Pérez Nieto</i>	53-58
Parent and peer influence models in the onset of adolescent smoking <i>Daniel Lloret Irlés, Mónica Gázquez Pertusa, Álvaro Botella Guijarro and María José Ferri Carbonell</i>	59-66
Attitudes, perceptions and available money explaining drug consumption in adolescents <i>Jesús Varela Mallou, Sara Marsillas Rascado, Manuel Isorna Folgar and Antonio Rial Boubeta</i>	67-78
Alcohol abuse and anxiety in patients undergoing surgery <i>María Jesús Cardoso-Moreno and Lucía Tomás-Aragonés</i>	79-83

Editorial

ADICCIONES TECNOLÓGICAS: EL AUGE DE LAS REDES SOCIALES TECHNOLOGICAL ADDICTIONS: THE RISE OF SOCIAL NETWORKS

Dr. José A. García del Castillo

Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID), Universidad Miguel Hernández

Abstract

Behavioral addictions including Internet addiction still remaining in a scientific limbo because of the difficulties related to a properly differentiation between normal and pathological behaviors. Literature has conceptualized substance addiction in a comprehensive manner and now stands for define the behavioral addictions and their consequential abuse behaviors as a function of parameters related to use frequency, money invested, need or compulsion, as well as the interferences in people's daily lives that may lead them to default on their obligations. As a consequence of the advent of the Social Networking Sites (SNS) and their wide impact among population we may find a new addiction context. These services in addition to their appealing and functionality have an easy connection everywhere at any time, which makes them powerful and immediately enhancers, becoming a breeding ground for an addiction. We are fully aware that is not possible to keep ahead to the technologies and neither their consequences but extra effort is still needed to understand their mechanisms, how can we predict the appearance among young people and how can we fight therapeutically against their consequences.

Keywords: Behavioral addictions; technological addictions; social networking sites addiction.

Resumen

Las llamadas adiciones conductuales, entre ellas Internet, siguen encontrándose en un limbo científico por las dificultades que entraña discriminar adecuadamente entre conductas, en principio normales, y patologías que podríamos considerar adictivas. La literatura científica ha sabido conceptualizar las adicciones a sustancias de una forma exhaustiva y ahora apuesta por delimitar las adicciones conductuales y sus consecuentes comportamientos de abuso en función de parámetros que están relacionados con la frecuencia de uso, el dinero invertido, la necesidad o la compulsión, así como las interferencias que puede provocar en la vida cotidiana de una persona consiguiendo que deje de cumplir sus obligaciones. Con la llegada de los Servicios de Redes Sociales (SRS) y su amplia repercusión, nos encontramos con un nuevo frente susceptible de adicción. Estos servicios, además de su atractivo y funcionalidad, cuentan con la facilidad de conexión en cualquier momento y desde cualquier lugar, lo que los convierte en potentes reforzadores inmediatos, el mejor caldo de cultivo para una adicción. Somos plenamente conscientes de que no es posible adelantarse a las tecnologías y, mucho menos, a sus posibles consecuencias, pero sería necesario profundizar más en el estado actual de las adicciones tecnológicas, en el sentido de cómo predecir su aparición entre los más jóvenes y cómo combatir terapéuticamente de una forma eficaz sus consecuentes.

Palabras clave: Adicciones conductuales; adicciones tecnológicas; adicción a los servicios de redes sociales.

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

Las llamadas adicciones conductuales, entre ellas Internet, siguen encontrándose en un limbo científico por las dificultades que entraña discriminar adecuadamente entre conductas, en principio normales, y patologías que podríamos considerar adictivas. Autores como Marlatt y Gordon (1985) ya apuntaban que hay muchos comportamientos habituales, como comprar, trabajar, jugar, etc., que tienen efectos altamente reforzantes para la mayoría de las personas y cuentan, además, con la inmediatez en el refuerzo. Esto no implica que tengamos que considerar estos comportamientos como adictivos, aunque sí nos encaminan hacia una reflexión en profundidad. De hecho seguimos preguntándonos hasta qué punto se pueden clasificar de adictivos comportamientos tan cotidianos y productivos socialmente como comprar, trabajar, o incluso aquellos beneficiosos para el desarrollo de muchas habilidades en los más jóvenes, como jugar y saber utilizar adecuadamente las nuevas tecnologías de la información o hacer deporte. En este último caso, muchos jóvenes bajo la cobertura de lo saludable del deporte pueden derivar en comportamientos obsesivos o adictivos (Andrade, García, Remicio y Villamil, 2012; Antolín, Gándara, García y Martín, 2009; Antolín, Gándara y García, 2013).

Echeburúa (1999), señalaba la inexistencia de una clasificación estricta de las adicciones psicológicas, dado que si se realiza un uso inadecuado del concepto, cualquier conducta podría acabar convirtiéndose en una adicción. Tendríamos que determinar, para tranquilidad de todos, hasta qué punto podemos considerar un problema de adicción algunos comportamientos obsesivos, compulsivos o altamente reforzantes, como por ejemplo las personas que se están retocando con cirugía plástica continuamente, aquellas mujeres que siguen al lado de un maltratador, a pesar de que su vida es un auténtico infierno, quienes se tatúan el cuerpo de forma obsesiva hasta no dejar un solo centímetro libre de piel o quienes se pasan la vida comprando enseres de dudosa necesidad, gastando un dinero que no tienen. O delimitar más claramente, entre el uso y el abuso de las nuevas tecnologías, el trabajo, el juego, el deporte, el sexo y un largo etcétera de comportamientos que tienen muchas recompensas inmediatas y pocos límites preestablecidos.

La literatura científica ha sabido conceptualizar las adicciones a sustancias de una forma exhaustiva y ahora apuesta por delimitar las adicciones conductuales y sus consecuentes comportamientos de abuso en función de parámetros que estén relacionados con la frecuencia de uso, el dinero invertido, la necesidad o la compulsión, así como las interferencias que puede provocar en la vida cotidiana de una persona consiguiendo que deje de cumplir sus obligaciones (Echeburúa, 1999; Griffiths, 1998; Holden, 2001; Lemon, 2002). No obstante en la actualidad aún no se reconocen como patologías adictivas por parte de la American Psychiatric Association (APA) (Demetrovics y Griffiths, 2012; Holden, 2010), aunque son estudiadas y tratadas como adicciones por un gran número de investigadores (Brugal, Rodríguez-Martos y Villalbí,

2006; Demetrovics y Griffiths, 2012; Grant, Potenza, Weinstein y Gorelick, 2010; Jiménez-Albiar, Piqueras, Mateu-Martínez, Carballo, Orgilés y Espada, 2012; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino y Herruzo, 2010).

Las adicciones conductuales siguen aún en proceso de estudio, calificándolas más de un problema del control de impulsos que de una verdadera adicción (Brugal et al., 2006). Por ello carecemos de una clasificación aceptada y se siguen estudiando los comportamientos más representativos que tienden a ser reconocidos como adicciones conductuales, porque de hecho muchos autores así lo hacen:

- Adicción al juego.
- Adicción al sexo.
- Adicción a la comida.
- Adicción a las compras.
- Adicción al trabajo.
- Adicción al deporte.
- Adicciones tecnológicas.

ADICCIONES CONDUCTUALES

Adicción al juego

Jugar es uno de los comportamientos más adaptativos y formativos desde la infancia, ayudando a que el desarrollo evolutivo siga un proceso normal en la salud mental de niños y jóvenes, pero se transforma en un gran problema cuando se pasa a un plano patológico (García del Castillo, 2004). Desde la legalización del juego en nuestro país en el año 1977, ha aumentado significativamente la demanda de tratamientos por ludopatía y el ascenso sigue en claro crecimiento (Fernández-Montalvo, López-Goñi y Arteaga, 2013; Mazón y Chóliz, 2012; Valdés, 2004). A nivel internacional son muchas las publicaciones que abordan la adicción al juego (Goudriaan, 2013; Griffiths, 2007; Holtgraves, 2009; Oxford, 2010).

La prevalencia de adictos al juego en España y otros países desarrollados se ha convertido en un importante problema de salud mental (Becoña, 2004). El más popular y con mayor incidencia son las máquinas recreativas o "tragaperras", que tienen una serie de características que las hacen atractivas para la inmensa mayoría: son de fácil ubicación (bares, cafeterías,...), el gasto que generan las apuesta es muy bajo, no requieren protocolos de vestuario o cualquier otro formalismo, se mantiene la ilusión de control permanentemente, cuentan con un refuerzo inmediato y son compatibles con el consumo de sustancias como tabaco o alcohol (Echeburúa, 2005). Además no requiere de ningún esfuerzo añadido por parte del jugador,

que puede estar jugando y conversando al mismo tiempo sin que se establezcan interferencias.

Adicción al sexo

El sexo siempre ha tenido un gran influjo a nivel social y ha contado con detractores y seguidores extremos, como comportamiento primario. El comportamiento de abuso del sexo, en su amplia gama de facetas, sigue en la actualidad sin considerarse oficialmente como una adicción al sexo. En 1994 se comenzó a editar la revista científica "Sexual Addictions and Compulsivity" claramente orientada a canalizar este problema como una adicción, pero después de veinte años seguimos sin un reconocimiento consensuado por toda la comunidad científica. Quizás las primeras aproximaciones las podemos encontrar en los trabajos de Kraff-Ebing (1886) y muy posteriormente los de Kaplan (1979). Para intentar delimitar el concepto, podríamos seguir los supuestos que señala Goodman (1993) en una adicción al sexo:

- Mal control de impulsos.
- Sensación de alta tensión en los preámbulos del comportamiento sexual.
- Placer o alivio tensional durante el desarrollo del comportamiento sexual.
- Pérdida de control.
- Características similares a una adicción a sustancias en cuanto a preparación, aumento, intensidad, etc.

La adicción al sexo, fundamentalmente en los comportamientos no parafilicos, incluye: búsqueda constante de conquistas sexuales, masturbación constante y compulsiva, promiscuidad egodistónica y dependencia de comportamientos sexuales anónimos (Cáceres, 2005).

Adicción a la comida

A priori podría parecer inconsistente el hecho de que la comida pueda ser objeto de adicción, dado que es un comportamiento primario necesario para la supervivencia, pero tanto conductualmente como fisiológicamente se pueden producir consecuencias que induzcan a la adicción. De hecho cuando la comida es consumida en forma de atracón, la liberación de dopamina aumenta significativamente llevándonos a un plano similar al que se produce cuando se consumen determinadas sustancias adictivas (Avena, Rada y Hoebel, 2009). Sabemos que no todos los alimentos llevan a procesos de ansiedad o comportamientos compulsivos de ingesta. El azúcar produce alteraciones importantes así como las grasas, aunque en menor medida (Avena et al., 2009; Davis, Curtis, Levitan, Carter, Kaplan, y Kennedy, 2011; Rada, Avena y Hoebel, 2005). Estos autores encontraron en su revisión que,

sobre todo el azúcar, tiene un funcionamiento muy similar al de las drogas químicas.

No obstante, como en los casos anteriores, la adicción a la comida tampoco se encuentra reconocida por todos los expertos. Se enmarca en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) junto con otras patologías como la bulimia y la anorexia. Fundamentalmente se está estudiando la conducta de adicción a la comida en personas obesas, aunque las investigaciones siguen siendo muy escasas (Blundell y Finlayson, 2011; Davis et al., 2011; Muele, 2011). Según señalan López y Garcés de los Fayos (2012), los comportamientos asociados con la obesidad están directamente relacionados con el aumento de apetito, entre los que se encuentra la adicción a la comida.

Adicción a las compras

La sociedad de consumo ha conseguido que el comportamiento de comprar varíe en pocos años. La publicidad, el marketing, los medios de comunicación promocionan incesantemente el consumo. Una conducta que en principio es normativa y adaptativa en condiciones normales, también es susceptible de generar adicción si se sobrepasan determinados límites, que no están claramente definidos.

La literatura científica apunta a la posibilidad de que las compras compulsivas sean objeto de adicción (Clark y Calleja, 2008; Lejoyeux y Weinstein, 2011; Mondragón y Merino, 2011; Rodríguez-Villarino, González-Lorenzo, Fernández-González, Lameiras-Fernández y Folt, 2006). Las variables implicadas en esta adicción apuntan hacia problemas de ansiedad, depresión y trastornos obsesivo-compulsivos, así como baja autoestima, locus de control externo y búsqueda de sensaciones, entre otras. Muchos de estos autores sugieren que la compra compulsiva tiene síntomas muy similares a las adicciones químicas, incluido el síndrome de abstinencia.

Adicción al trabajo

El trabajo es otro de los comportamientos claramente adaptativos y convencionales en cualquier sociedad del mundo, pero que puede conllevar problemas de adicción cuando se hace patológico su desarrollo y su ejecución. Esta forma de adicción tampoco está reconocida por todos los expertos, pero existen trabajos de investigación que asumen el concepto (Bakker, Demerouti, Oerlemans y Sonnentag, 2013; Burke, Snir y Harpaz, 2006; Piotrowski y Vodanovich, 2008; Schaufeli, Taris, Rhenen, 2007; Shimazu, Schaufeli y Taris, 2010; Spence y Robbins, 1992).

Uno de los autores pioneros en aceptar la adicción al trabajo fue Oates (1971) que lo planteaba como una necesidad imperiosa de trabajar sin descanso hasta que llega a afectar la salud, las relaciones y el bienestar. Podríamos estar ante un problema de imagen social, ya que el adicto al trabajo considera

que su imagen se ve revalorizada ante los demás por el hecho de trabajar incesantemente, cuestión que hoy tiene mucho de cierto socialmente, además de considerar que el trabajo es lo más importante de su vida. El llamado "trabajolismo" (del inglés "workaholism" acuñado por Oates, 1971) rompe con las estructuras convencionales de adaptación al medio laboral y la conciliación familiar, pero el "trabajólico" (Vega y Moyano, 2010) vivencia una mejora en la satisfacción laboral y vital según algunos estudios, aunque otros demuestran todo lo contrario (Burke, 1999; Porter, 1996; Oates, 1971).

Lo más significativo del adicto al trabajo se centra en sus características de personalidad: alta impaciencia y urgencia por realizar las cosas, alto grado de hostilidad tanto física como verbal, autoreferencias constantes a sí mismo, sobreimplicación y sobrecompromiso con el trabajo (Salanova, Líbano, Llorens, Schaufeli y Fidalgo, 2005).

Adicción al deporte

El deporte ha sido desde tiempo inmemorial el paradigma de la salud. Desde la famosa máxima de Juvenal en sus "Sátiras" (60 d.C.-128 d.C.) "Orandum est ut sit mens sana in corpore sano" (Debes orar por una mente sana en un cuerpo sano), que con el paso del tiempo se abrevió y se vinculó con el deporte, hemos considerado que el ejercicio físico es fuente de salud.

Aunque resulte paradójico, el deporte se puede transformar en adictivo y cambiar de valencia. Los primeros estudios que se aproximaron a la adicción al deporte lo hicieron con valencia positiva, es decir, que se consideraba beneficioso el hecho de ser adicto al ejercicio físico por la paridad entre salud y deporte desde la concepción más clásica (Glasser, 1976). Los trabajos de Baekeland (1970) y posteriormente los realizados por De Coverley (1987) afianzaron el término de adicción al deporte. Pero como en los casos anteriores tampoco estamos ante una adicción reconocida por toda la comunidad científica, aunque son muchos los trabajos que lo abordan (Antolín et al., 2013; Bratland-Sanda, Martinsen, Rosenvinge, Rø, Hoffart, Sundgot-Borgen, 2011; Hale, Roth, DeLong y Briggs, 2010; Hausenblas y Downs, 2002; Molero, Castro-López y Zagálaz-Sánchez, 2012; Symons, Savage, DiNallo, 2013).

La concepción del deporte ha ido evolucionando con el paso del tiempo. En el último siglo, la actividad deportiva fue tomando un sentido más hedonista y narcisista, lo que hizo que el concepto se fuera alejando paulatinamente del enfoque más clásico de salud (Andrade et al., 2012; Antolín et al., 2009). Posiblemente este hecho, junto con el aumento de la competitividad y la búsqueda de éxitos económicos y sociales, hayan potenciado el abuso del ejercicio físico y se considere como una adicción conductual más.

ADICIONES TECNOLÓGICAS

Las nuevas tecnologías irrumpen en la sociedad de una forma meteórica y en relativamente pocos años inundan el mercado de consumo y cambian nuestra forma de vida. Hoy sería inexplicable el no poder comunicarnos en tiempo real con cualquier parte del mundo o tener que acudir a una enciclopedia ilustrada en papel para consultar una duda. La relación con el mundo ha cambiado y nuestro comportamiento también. Hemos construido una nueva realidad alrededor de las nuevas tecnologías, que en términos positivos resulta ser un avance de gigantes, pero que tiene apareadas unas consecuencias no tan positivas que, de momento, parecen la punta de un gran iceberg.

El buque insignia es sin duda Internet, alabada y criticada hasta la saciedad, pero que potencialmente está aún por descubrir en muchos aspectos. La gran pregunta que se cierne en los círculos científicos es la misma que en los casos anteriores, ¿estamos ante una nueva adicción real o potencial? El referente ante esta pregunta lo encontramos en autores como Young (1996) que definía y acotaba el concepto de adicción a Internet como un deterioro centrado en el control de su uso, que tiene manifestaciones sintomáticas a nivel cognitivo, conductual y fisiológico. Se llega a hacer un uso excesivo de Internet que acarrea como consecuencias la distorsión de los objetivos personales, familiares y profesionales.

Como hemos visto, cualquier comportamiento reforzante, tenga o no sustancias químicas de por medio, puede desencadenar en una adicción. De hecho, cualquier persona puede utilizar las nuevas tecnologías como herramienta de trabajo o por puro placer, pero el problema aparece cuando la persona siente alivio del malestar emocional cuando recurre a ellas (Echeburúa y Corral, 2010).

Modelo de Adicción Biopsicosocial de Griffiths

Al igual que en las adicciones a sustancias químicas, los primeros síntomas de adicción tecnológica los encontramos cuando la persona comienza a desarrollar comportamientos diferentes en su vida cotidiana. En el caso de las tecnológicas los síntomas de dependencia se circunscriben al aislamiento, bien estando solo o en compañía, bajo rendimiento en los estudios o el trabajo y atención centrada en el uso de las tecnología (Echeburúa y Corral, 2010). Aparece la pérdida de control, la búsqueda desesperada por obtener refuerzos rápidos y sentimientos de malestar si no usa las tecnologías suficientemente.

Los componentes básicos para que una teoría de las adicciones se sustente, han de cumplir al menos los siguientes postulados (Griffiths y Larkin, 2004; Larkin y Griffiths, 1998):

- 1) La teoría ha de sintetizar adecuadamente los aspectos farmacológicos, culturales, familiares y comunitarios.

- 2) Ha de tener en cuenta la naturaleza cambiante de las adicciones a través de las diferentes culturas.
- 3) Ha de tener en cuenta los puntos concordantes entre las adicciones.
- 4) Ha de ser fiel a la experiencia humana.

A partir de todas estas observaciones, Griffiths (2005), desarrolla un modelo biopsicosocial que se basa en comparar personas adictas a sustancias químicas (tabaco, alcohol y otras drogas) con personas que interactúan con nuevas tecnologías u otros comportamientos reforzantes, concluyendo que la sintomatología es similar en ambos casos.

Siguiendo la formulación de Griffiths (2005), los criterios clínicos que determinan que una adicción química puede adaptarse homogéneamente a la de una adicción conductual se sintetizan en los siguientes parámetros:

- **Saliencia:** Cuando una actividad particular se convierte en la más importante en la vida de la persona, dominando sus pensamientos, sentimientos y conductas. Un ejemplo orientado a la adicción de las redes sociales: Me paso la mayor parte del tiempo observando lo que hacen los demás en las redes sociales (o pensando en hacerlo).
- **Cambios de humor:** Experiencia subjetiva que relatan las personas al implicarse en una actividad particular. Se puede expresar como "sentir un subidón", sentimientos desestresantes o tranquilizante de escape, disforia. Un ejemplo orientado a la adicción de las redes sociales: Cuando estoy participando activamente en las redes sociales me olvido completamente de todos mis problemas.
- **Tolerancia:** aumento necesario de cualquier cosa, para llegar a sentir los mismos efectos que al principio. Un ejemplo orientado a la adicción de las redes sociales: Cada vez paso más tiempo jugando en las redes sociales para sentirme bien.
- **Síndrome de abstinencia:** Sentimientos de incomodidad o estado físico, psicológico, social desagradable cuando una actividad se reduce de forma súbita. Un ejemplo orientado a la adicción de las redes sociales: Me siento muy mal, si por algún motivo no puedo dedicar mi tiempo a participar activamente en las redes sociales.
- **Conflicto:** Conflictos interpersonales o consigo mismo (intra psíquico). Son conscientes de que tienen un problema, pero no pueden controlar (experiencia subjetiva de pérdida de control). Un ejemplo orientado a la adicción de las redes sociales: Por pasar demasiado tiempo participando activamente en las

redes sociales he tenido problemas con mis mejores amigos.

- **Recaída:** Tendencia a volver a los patrones originales de la actividad después de un periodo de abstinencia. Un ejemplo orientado a la adicción de las redes sociales: Si paso algún tiempo sin conectarme a las redes sociales cuando lo vuelvo a hacer mi actividad sigue siendo la misma.

Griffiths (2005) sugiere en este trabajo que las adicciones son parte integrante de un sistema biopsicosocial que tiene un marco mucho más amplio que el que demostradamente atribuimos a las sustancias químicas, pudiendo evidenciarse similitudes que tenderían a marcar una etiología común para la conducta adictiva. Este paralelismo nos puede servir para el tratamiento de estas patologías y para matizar la percepción que la sociedad tiene de estos comportamientos.

Adicción a Internet

Además de los postulados de Young (1998) son muchos los autores que se han centrado en el estudio de Internet y las nuevas tecnologías como adicciones conductuales (Carbonell, Fúster, Chamarro y Oberst, 2012; García del Castillo, Terol, Nieto, Lledó, Sánchez, Martín-Aragón, y Sitges, 2008; Marciales y Cabra, 2010; Mitchell, 2000; Roberts y Pirog, 2013; Santana, De la Rosa y Lara, 2011), aunque sigamos con una falta de criterios diagnósticos y de consenso entre la comunidad científica.

El abordaje de la investigación de Internet se hace desde dos vertientes: como una adicción en sí misma y como un vehículo para desarrollar otras adicciones (sexo, compra, trabajo, redes sociales,...). Según una reciente revisión sobre el uso de Internet (Carbonell, Fuster, Chamarro y Oberst, 2012), se comprueba que:

- Está asociado el uso problemático y el tiempo de conexión (Muñoz-Rivas, Fernández y Gámez-Guadix, 2010).
- A pesar de esta asociación, la duración de la conexión no implica daño psicológico, ya que no se verifica una relación causa-efecto entre el tiempo de conexión y los problemas psicológicos (Griffiths, 2010).
- El género no está relacionado con el uso problemático de Internet, aunque se verifica que los hombres lo utilizan más tiempo (Estévez, Bayón, de la Cruz y Fernández-Liria, 2009).

Otros estudios sobre la adicción a Internet, señalan que los refuerzos pueden ser los que justifican los procesos de adicción. De hecho se apunta a que muchas de las aplicaciones, como los chats o las redes sociales, incentivan la interrelación con los demás, generando satisfacción inmediata. Asimismo se recibe más apoyo social, mayor satisfacción sexual arropados

en el anonimato, el “sexo seguro” y la libertad completa en la relación virtual, además de poder asumir una personalidad ficticia (Young, 1997).

El proceso de adicción conlleva una alta vulnerabilidad psicológica (Echeburúa y Corral, 2010) que se traduce en déficits de personalidad (introversión, baja autoestima, búsqueda de nuevas sensaciones,...), déficits en las relaciones interpersonales (timidez, fobias sociales,...), déficits cognitivos (fantasías, dispersión de la atención,...) y otras alteraciones psicopatológicas. Viña (2009), señala que el perfil psicológico de los adolescentes que pasan más tiempo en Internet aparecen como emocionalmente inestables, tendentes a la introversión y pesimistas. Presentan un afrontamiento improductivo que no persigue la resolución de problemas.

García del Castillo et al. (2008), concluyen en su trabajo con un perfil psicosocial de las personas con mayor frecuencia de uso de Internet que se sintetiza en:

- Tendencia a la introversión.
- Pensamientos negativos sobre su capacidad para interactuar con otros.
- Incomodidad con las relaciones sociales reales.
- Búsqueda de relaciones “reforzantes” a través de medios con los que “evitar” la presencia física.
- Posibilidad de mantener el anonimato (coincidente con los trabajos de Young, 1997).
- Posibilidad de elaborar una personalidad “ficticia” (coincidente con los trabajos de Young, 1997).
- Posibilidad de abandonar la “relación virtual” sin consecuencias negativas directamente perceptibles (coincidente con los trabajos de Young, 1997).

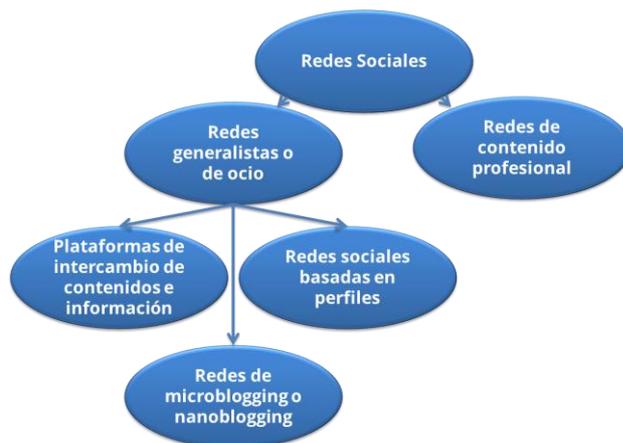
Adicción a las Redes Sociales

Las redes sociales virtuales son ejemplos de lo que se conoce como Web 2.0. En la Web 1.0 los editores de páginas digitales generaban los contenidos que iban a ser utilizados por los usuarios. En la Web 2.0 los usuarios generan los contenidos que van a ser utilizados por el resto de usuarios.

Según la definición de Boyd y Ellison (2008), podemos decir que las redes sociales, o más concretamente los “servicios de redes sociales” (SRS) (entendidos éstos como páginas o servicios web), son comunidades virtuales en las que las personas pueden crear su propio perfil con todo tipo de información personal e interactuar con los perfiles de sus amigos en la vida real así como conocer a nuevas personas con las que compartan algún interés.

Los SRS han ido experimentando un crecimiento significativo en la última década, ramificándose y especializándose cada vez más. Para un mejor entendimiento del proceso los podemos clasificar según se indica en la Figura 1.

Figura 1. Clasificación de los Servicios de Redes Sociales



Fuente: Espinar y González, 2009.

Se observa que el mayor crecimiento se desarrolla en los generalistas y dirigidos al ocio, que potencialmente serían las más proclives a un proceso de adicción.

Se pueden determinar tres patrones de actividades que las personas pueden realizar en este tipo de páginas web (Boyd y Ellison, 2008):

- Construir un perfil eligiendo el grado de apertura de la información (más o menos público de cara al resto de las personas de la web o usuarios).
- Articular una red de contactos con los que compartir dicha información.
- Ver y navegar a través de los perfiles dentro del sistema viendo las conexiones entre los usuarios.

Indudablemente nos encontramos ante un fenómeno relativamente reciente en cuanto a temporalidad, aunque el crecimiento haya sido alto. Quizás por este motivo no podamos aun determinar hasta qué punto estaríamos ante una potencial adicción. En una reciente revisión de Kuss y Griffith (2011) sobre los SRS y su posible adicción, hay que destacar que la evidencia empírica sobre las cualidades adictivas de estos sistemas virtuales es escasa. Mantenerse activos y permanecer conectados a los SRS aumenta las oportunidades académicas y profesionales, además de convertirse en un factor potente de atracción, lo que podría explicar, en parte, el uso excesivo.

Cabe pensar que los SRS son potencialmente adictivos principalmente para la población más joven, por ello es importante tener en cuenta que las terapias dirigidas a las

personas con adicción a SRS deberán contemplar fundamentalmente (Echeburúa y De Corral, 2010):

- El control de la conducta como objetivo principal desde un punto de vista cognitivo conductual (uso controlado).
- Exposición gradual.
- Programa de prevención de recaídas.

Las características de personalidad que se han estudiado respecto de los usuarios de los SRS, las podemos sintetizar en las siguientes:

- Personas narcisistas (La Barbera, La Paglia y Valsavoia, 2009).
- Sentimiento de soledad y aburrimiento (Zhou y Leung, 2012).
- Extraversión, Neuroticismo y Apertura a la experiencia están asociados positivamente con la frecuencia de uso (Correa, Hinsley y de Zuniga, 2010).
- Alto grado de extraversión junto con un bajo grado de responsabilidad (Wilson, Fornasier y White, 2010).
- Los extrovertidos usan los SRS para mejorar sus relaciones sociales. Los introvertidos los utilizan para compensar sus relaciones sociales. Ambas dimensiones parecen estar asociadas con un uso elevado (Kuss y Griffiths, 2011).

En la actualidad estamos viviendo el auge de los SRS, cuestión de la que se está haciendo eco la investigación con el fin de valorar hasta qué punto estamos entrando en nuevas adicciones tecnológicas. Gran parte de las investigaciones se centran en Facebook como una red social de uso mayoritario (Kittinger, Correia y Irons, 2012; Wilson, Gosling y Graham, 2012; Rosen, Whaling, Rab, Carrier y Cheever, 2013; Sherman, 2011) y desarrollándose nuevos instrumentos de medida específicos para esta red (Andreassen, Torsheim, Brunborg y Pallesen, 2012; Griffiths, 2012), aunque no están exentos de críticas.

A MODO DE CONCLUSIÓN

El reconocimiento de la adicción conductual ha avanzado como una tesis que se potencia día a día entre la comunidad científica. Una inmensa mayoría de investigadores aprueban que este tipo de adicción sea un hecho al que hay que hacer frente, poniendo en marcha programas preventivos y terapéuticos, además de seguir haciendo investigación. El modelo de adicción biopsicosocial desarrollado por Griffiths (2005) intenta demostrar que muchos de los comportamientos que son altamente reforzantes pueden equipararse a los que

provocan las sustancias químicas, estando ambos incluidos en un proceso adictivo de similares características. Queda claramente reflejado en los estudios revisados que las adicciones conductuales provocan un amplio abanico de patologías que siguen una línea común entre ellas y que son sustancialmente equiparables al modelo de adicción biopsicosocial.

En relación a las adicciones tecnológicas, su desarrollo está siendo tan rápido como la integración de las mismas en nuestra cultura. En principio hablábamos de uso abusivo de Internet como paso previo a lo que posteriormente venimos llamando adicción a Internet, basando las afirmaciones en la frecuencia de uso y, sobre todo, en la ruptura de muchos hábitos de vida cotidiana que se ven mermados por la intrusión de Internet en el estilo de vida. Con la llegada de los SRS y su amplia repercusión, nos encontramos con un nuevo frente susceptible de adicción. Estos servicios, además de su atractivo y funcionalidad, cuentan con la facilidad de conexión en cualquier momento y desde cualquier lugar, lo que los convierte en potentes reforzadores inmediatos, el mejor caldo de cultivo para una adicción.

Somos plenamente conscientes de que no es posible adelantarse a las tecnologías y, mucho menos, a sus posibles consecuencias, pero sería necesario profundizar más en el estado actual de las adicciones tecnológicas, en el sentido de cómo predecir su aparición entre los más jóvenes y cómo combatir terapéuticamente de una forma eficaz sus consecuencias.

REFERENCIAS

- Andrade, J.A., García, S, Remicio, C. y Villamil, S. (2012). Niveles de adicción al ejercicio corporal en personas fisioculturistas. *Revista Iberoamericana del Ejercicio y el Deporte*, 7(2), 209-226.
- Andreassen, C.S., Torsheim, T., Brunborg, G.S. y Pallesen, S. (2012). Development of a facebook addiction scale. *Psychological Reports*, 110(2), 501-517.
- Antolín, V., Gándara, J.J. y García, I. (2013). Adicción al deporte: Un problema psicosocial. *Ciencias Sociales y Jurídicas*, 199-212.
- Antolín, V., Gándara, J.J., García, I. y Martín, A. (2009). Adicción al deporte: ¿Moda postmoderna o problema sociosanitario? *Norte de Salud Mental*, 34, 15-22.
- Avena, N.M., Rada, P. y Hoebel, B.G. (2009). Sugar and fat bingeing have notable differences in addictive-like behavior. *Journal of Nutrition*, 139(3), 623-628.
- Baekeland, F. (1970). Exercise Deprivation. *Archive of General Psychiatry*, 22, 365-369.
- Bakker, A.B., Demerouti, E., Oerlemans, W. y Sonnentag, S. (2013). Workaholism and daily recovery: A day reconstruction study of leisure activities. *Journal of Organizational Behavior*, 34, 87-107.
- Becoña, E. (2004). El juego patológico: prevalencia en España. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 4(2), 9-34.
- Boyd, D.M. y Ellison, N.B. (2008). Social network sites: Definition, history, and scho- larship. *Journal of Computer-Mediated Communication* 13, 210-230.

- Blundell, J.E. y Finlayson, G. (2011). Food addiction not help ful: the hedonic component-implicitwant- ing -isimportant. *Addiction* 106, 1216-1218.
- Bratland-Sanda, S., Martinsen, E.W., Rosenvinge, J.H., Rø, Ø., Hoffart, A., Sundgot-Borgen, J. (2011). Exercise dependence score in patients with longstanding eating disorders and controls: The importance of affect regulation and physical activity intensity. *European Eating Disorders Review*, 19(3), 249-255.
- Brugal, M.T., Rodríguez-Martos, A. y Villalbí, J.R. (2006). Nuevas y viejas adicciones: implicaciones para la salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 55-62.
- Burke, R. (1999). Workaholism and extra-work satisfactions. *International Journal of Organizational Analysis*, 7, 352-354.
- Burke, R. Snir, R. & Harpaz, I. (2006). Workaholism in organizations: new research directions. *Career Development International*, 11, 369 - 373.
- Cáceres, J. (2005). La adicción al sexo. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 405-416.
- Carbonell, X., Fúster, H., Chamarro, A. y Oberst, U. (2012). Adicción a internet y móvil: una revisión de estudios empíricos españoles. *Papeles del Psicólogo*, 33(2), 82-89.
- Clark, M. y Calleja, K. (2008). Shopping addiction: A preliminary investigation among Maltese university students. *Addiction Research & Theory*, 16(6), 633-649.
- Correa, T., Hinsley, A. W. y de Zuniga, H. G. (2010). Who interacts on the Web? The intersection of users' personality and social media use. *Computers in Human Behavior*, 26, 247-253.
- Davis, C., Curtis, C., Levitan, R.D., Carter, J.C., Kaplan, A.S. y Kennedy, J.L. (2011). Evidence that "food addiction" is a valid phenotype of obesity. *Appetite* 57, 711-717.
- De Coverley, D.M.W. (1987). Exercise dependence. *British Journal of Addiction*, 82(7), 735-740.
- Demetrovics, J. y Griffiths, M.D. (2012). Behavioral addictions: Past, present and future. *Journal of Behavioral Addictions* 1(1), 1-2.
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas?* Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Echeburúa, E. (2005). Retos de futuro en el tratamiento del juego patológico. *Adicciones*, 17(1), 11-16.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22(2), 91-96.
- Espinar, E. y González, M.J. (2009). Jóvenes en las redes sociales virtuales. Un análisis exploratorio de las diferencias de género. *Feminismo/s* 14, 87-106.
- 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* (101-130). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. y Arteaga, A. (2012). Prevalencia del juego patológico en pacientes adictos: Un estudio exploratorio con el South Oaks Gambling Screen. *Anales de Psicología*. Disponible en: <<http://revistas.um.es/analesps/article/view/147611>>. Fecha de acceso: 17 jun. 2013.
- García del Castillo, J.A. (2004). ¿Juegas? *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 4(2), 3-5.
- García del Castillo, 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(2), 131-142.
- Glasser, W. (1976). *Positive addiction*. New York: Harper and Row.
- Goodman, A. (1993). Diagnosis and treatment of sexual addiction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19(1), 225-251.
- Goudriaan, A. E. (2013). Gambling and problem gambling in the Netherlands. *Addiction*, doi: 10.1111/add.12213.
- Grant, J.E., Potenza, M.N., Weinstein, A. y Gorelick, D.A. (2010). Introduction to Behavioral Addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 233-241.
- Griffiths, M.D. (1998). Internet addiction: does it really exist? In J. Gackenbach (Ed.), *Psychology and the internet: intrapersonal, interpersonal and transpersonal implications*. New York: Academic Press.
- Griffiths, M.D. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191-197.
- Griffiths, M.D. (2007). Gambling Addiction on the Internet. In K.S. Young and C. Nabuco de Abreu (eds.). *Internet Addiction: A Handbook and Guide to Evaluation and Treatment*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- 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. (2012) Facebook addiction: concerns, criticism, and recommendations—a response to Andreassen and colleagues. *Psychological Reports*, 110(2), 518-520.
- Griffiths, M.D. y Larkin, M. (2004). Conceptualizing addiction: The case for a 'complex systems' account. *Addiction Research and Theory*, 12, 99-102.
- Hale, B.D., Roth, A.D., DeLong, R.E. y Briggs, M.S. (2010). Exercise dependence and the drive for muscularity in male bodybuilders, power lifters, and fitness lifters. *Body Image*, 7(3), 234-239.
- Hausenblas, H.A. y Downs, D.S. (2002). Exercise dependence: a systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, 3(2), 89-123.
- Holden, C. (2001). Behavioral addictions: do they exist? *Science*, 294, 980-982.
- Holden, C. (2010). Behavioral addictions debut in proposed DSM-V. *Science*, 327, 935.
- Holtgraves, T. (2009). Gambling, gambling activities, and problem gambling. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(2), 295-302.
- Jiménez-Albiar, M.I., Piqueras, J.A., Mateu-Martínez, O., Carballo, J.L., Orgilés, M. y Espada, J.P. (2012). Diferencias de sexo, característica de personalidad y afrontamiento en el uso de internet, el móvil y los videojuegos en la adolescencia. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 12(1), 61-82.
- Kaplan, H. (1979). *Disorders of desire*. New York: Simon & Schuster.
- 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(6), 324-327.
- Krafft-Ebing, R. (1886). *Psychopathia Sexualis*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Kuss, D.J. y Griffiths, M.D. (2011). Online Social Networking and Addiction. A Review of the Psychological Literature. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 8, 3528-3552.
- La Barbera, D., La Paglia, F. y Valsavoia, R. (2009). Social network and addiction. *Cyberpsychol. Behav.* 12, 628-629.
- Larkin, M., & Griffiths, M. D. (1998). Response to Shaffer (1996): The case for 'complex systems' conceptualizations of addiction. *Journal of Gambling Studies*, 14, 73-82.
- Lejoyeux, M. y Weinstein, A. (2011). Compulsive Buying. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 248-253.
- Lemon, J. (2002). Can we call behaviours addictive? *Clinical psychologist*, 3, 44-49.
- López, J.L. y Garcés de los Fayos, E.J. (2012). Edorexia y deporte. Una concepción acerca de la obesidad y la adicción a la comida. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(1), 139-142.
- Marciales, G.P. y Cabra, F. (2010). Internet y pánico moral: revisión de la investigación sobre la interacción de niños y jóvenes con los nuevos medios. *Universitas Psychologica*, 10(3), 855-865.

- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Mazón, M. y Chóliz, M. (2012). Factores económicos implicados en el juego y la adicción al juego. *Revista Española de Drogodependencias*, 37(3), 287-300.
- Meule, A. (2011). How prevalent is "food addiction". *Frontiers in Psychiatry*, 2, 61-64.
- Mitchell, P. (2000). Internet addiction: genuine diagnosis or not? *The Lancet*, 355, 632.
- Molero, D., Castro-López, R. y Zagálaz-Sánchez, M.L. (2012). Autoconcepto y ansiedad: detección de indicadores que permitan predecir el riesgo de padecer adicción a la actividad física. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 91-100.
- Mondragón, C. y Merino, M. (2011). Un perfil del comprador compulsivo de clase media alta en la Ciudad de México. *Cuadernos de Estudios Empresariales*, 21, 11-42.
- Moreno, M.A., Jelenchick, L., Cox, E., Young, H. y Christakis, D.A. (2011). Problematic Internet Use Among US Youth. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 165(9), 797-805.
- 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(2), 697-707.
- Oates, W. E. (1971). *Confessions of a workaholic: The facts about work addiction*. World Publishing Company.
- Orford, J. (2010). *Gambling Addiction, in An Unsafe Bet? The Dangerous Rise of Gambling and the Debate We Should be Having*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Piotrowski, C & Vodanovich, S. (2008). The workaholism syndrome: an emerging issue in the psychological literature. *Journal of Instructional Psychology*, 35, 103-105.
- Porter, G. (1996). Organizational impact of workaholism: Suggestions for researching the negative outcomes of excessive work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 70-84.
- Rada, P., Avena, N.M. y Hoebel, B.G. (2005). "Adicción" al azúcar: ¿mito o realidad? Revisión. *Rev. Venez. Endocrinol. Metab.*, 3(2), 2-12.
- Roberts, J.A. y Pirog, S.F. (2013) A preliminary investigation of materialism and impulsiveness as predictors of technological addictions among young adults. *Journal of Behavioral Addictions*, 2(1), 56-62.
- Rodríguez-Villarino, R., González-Lorenzo, M., Fernández-González, A., Lameiras-Fernández, M. y Folt, M.L. (2006). Individual factors associated with buying addiction: An empirical study. *Addiction Research & Theory*, 14(5), 511-525.
- Rosen, L.D., Whaling, K., Rab, S., Carrier, L.M. y Cheever, N.A. (2013). Is Facebook creating "iDisorders"? The link between clinical symptoms of psychiatric disorders and technology use, attitudes and anxiety. *Computers in Human Behavior*, 29, 1243-1254.
- Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino, M.J. y Herruzo, J. (2010). Análisis de comportamientos relacionados con el uso/abuso de Internet, teléfono móvil, compras y juego en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 22(4), 301-310.
- Salanova, M., Líbano, M., Llorens, S., Schaufeli, W.B y Fidalgo, M (2005). *La adicción al trabajo*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Santana, C., De la Rosa, S.E y Lara, M. (2011). Adicción a Internet, una adicción de comportamiento. *Mexico Quarterly Review*, 2(9), 9-24.
- Schaufeli, W.B., Taris, T.W. y Rhenen, W. (2007). Workaholism, Burnout, and Work Engagement: Three of a Kind or Three Different Kinds of Employee Well-being? *Applied Psychology*, 57(2), 173-203.
- Sherman, E. (2011). *Facebook Addiction: Factors Influencing an Individual's Addiction*. Boston: Honors Thesis Program in the College of Management. Paper 5.
- Shimazu, A., Schaufeli, W.B. y Taris, T.W. (2010). How does workaholism affect worker health and performance? The mediating role of coping. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17(2), 154-160.
- Spence, J.T. y Robbins, A.S. (1992). Workaholism: Definition, measurement, and preliminary results. *Journal of Personality Assessment*, 58(1), 160-178.
- Symons Downs, D., Savage, J.S. y DiNallo, J.M. (2013). Self-determined to exercise? Leisure-time exercise behavior, exercise motivation, and exercise dependence in youth. *Journal of Physical Activity & Health*, 10(2), 176-184.
- Valdés, R. (2004). Tratamiento grupal de la ludopatía. Una experiencia desde el Centro de Día ARTIC. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 4(1), 99-106.
- Vega, A. y Moyano, E. (2010). Adicción al trabajo, satisfacción laboral y familiar en académicos de una universidad estatal chilena. *Revista Salud y Sociedad*, 1(3), 222-232.
- Viñas, F. (2009). Uso autoinformado de Internet en adolescentes: perfil psicológico de un uso elevado de la red. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 109-122.
- Wilson, K., Fornasier, S. y White, K. M. (2010). Psychological predictors of young adults' use of social networking sites. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13, 173-177.
- Wilson, R.E., Gosling, S.D. y Graham, L.T. (2012). A review of Facebook research in the social sciences. *Perspectives on Psychological Science* 7(3), 203-220.
- Young, K.S. (1996). Psychology of computer use: XL. Addictive use of the Internet: A case that breaks the stereotype. *Psychological Reports*, 79, 899-902.
- Young, K.S. (1997). *What makes the Internet addictive: Potential explanations for pathological Internet use*. Comunicación presentada en el Annual Meeting of the American Psychological Association, Chicago.
- Zhou, S.X. y Leung, L. (2012). Gratification, Loneliness, Leisure Boredom, and Self-Esteem as Predictors of SNS-Game Addiction and Usage Pattern Among Chinese College Students. *International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning*, 2(4), 34-48.

MASCULINITY AND FEMININITY AS PREDICTORS OF TOBACCO AND ALCOHOL CONSUMPTION IN SPANISH UNIVERSITY STUDENTS

MASCULINIDAD Y LA FEMINIDAD COMO PREDICTORES DEL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS ESPAÑOLES

M. Pilar Sánchez-López¹, Raquel Rivas-Diez¹ and Isabel Cuéllar-Flores²

¹ Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid

² Hospital Universitario de Getafe, Ministerio de Sanidad y Consumo

Abstract

Health-related behaviors are a part of the way in which people construct their gender role norms. The studies have shown masculine norms being associated with alcohol use in men but there is a lack of preceding data in feminine norms in Spain. The goal of the present study was to analyze the impact of conformity to gender norms on the consumption of tobacco and alcohol. 419 male and 435 female Spanish university students participated in the study. The results indicate that men with high scores on the Playboy scale are more likely to be tobacco smokers and alcohol drinkers. On the other hand, women are less likely to consume tobacco and alcohol because that behavior is not consistent with traditional female gender norms. To sum up, with regard to tobacco and alcohol consumption, masculinity acts multidimensionally. Specifically, some aspects of masculinity protect health, while others jeopardize it. For women, traditional femininity is protective against substance consumption.

Keywords: Health behaviors; substance consumption; gender norms; Spanish university.

Resumen

Los comportamientos relacionados con la salud son parte de la forma en la que la gente construye sus normas de género. Los estudios han demostrado que las normas masculinas están asociadas con el consumo de alcohol en los hombres, pero hay una falta de datos en lo que se refiere a las normas femeninas en España. El objetivo del presente trabajo es analizar el impacto de la conformidad con las normas de género en el consumo de tabaco y alcohol. Un total de 419 hombres y 435 mujeres universitarios/as españoles/as formaron parte de este estudio. Los resultados indican que los hombres con altas puntuaciones en la escala de Playboy son más propensos a ser fumadores de tabaco y consumidores de alcohol. Por otro lado, las mujeres tienen menos probabilidad de consumir tabaco y alcohol porque ese comportamiento no es consistente con las normas tradicionales de género femenino. En resumen, en lo que respecta con consumo de tabaco y alcohol, la masculinidad actúa de forma multidimensional. En concreto, algunos aspectos de la masculinidad protegen la salud, mientras que otras la ponen en riesgo. Para las mujeres, la feminidad tradicional tiene un efecto protector en el consumo de sustancias.

Palabras clave: Comportamiento de salud; consumo de sustancias; normas de género; universitarios españoles.

Correspondencia: Raquel Rivas-Diez.
Universidad Complutense de Madrid.
Facultad de Psicología.
Campus de Somosaguas, 28223
Madrid (España)
Phone: +34616171645, Fax: +34913942820
E-mail: rrivas@psi.ucm.es

The differences in the patterns of illness between men and women cannot be explained solely by genetic or biological differences. Therefore, it is necessary to introduce the concept of gender to explain some differences that depend on lifestyle, expectations, and other social and cultural aspects of life. The latter are known as gender differences.

Men's lives are shorter than women's in most countries throughout the world (Arias, Anderson, Kung, Murphy & Kochanek, 2003; Mathers, Sadana, Salomon, Murray & Lopez, 2001; WHO, 2000). Various factors affect health (e.g., biology, longevity, and access to health services) and could therefore explain this difference. However, previous investigations have indicated that the most influential factors involve modifiable health behaviors (Stimson et al., 2003). Some studies estimate that 50% of morbidity and mortality is due to these modifiable health behaviors adopted by men and women, in particular, the use of tobacco and alcohol (Mokdad et al., 2004).

In 2009, Spain ranked ninth in world consumption of alcohol (WHO, 2012), and in 2008, the prevalence of tobacco consumption in Spain was found to be higher than that in the UK or France (European Commission, 2012). Data on Spanish university students indicate higher alcohol and tobacco consumption than in general population (García del Castillo, Lloret & Espada, 2004; Zaldívar, López, García & Molina, 2011), mainly in female university students (Hernán, Ramos & Fernández, 2002; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005). Specifically, some authors show rates of alcohol consumption of approximately 69% for male students and 63% for female students (García de Albeniz, Guerra-Gutiérrez, Ortega-Martínez, Sánchez-Villegas & Martínez-González, 2004; Jiménez-Muro, Belmonte, Marqueta, Gargallo & Nerín de la Puerta, 2009). Female university students have been found to use tobacco at rates similar to or slightly higher than college men, (39.2-21.4% compared with 33-19.3% for women and men, respectively) (Antona Rodríguez, 2008; García del Castillo et al., 2004; Miguez & Becoña, 2009).

Some studies that have examined models of traditional gender ideology and conformity to gender role norms have shown a consistent pattern of traditional masculinity being associated with alcohol use in men of various nationalities and ages, including college students (Courtenay, 1998; Liu & Iwamoto, 2007; Iwamoto, Cheng, Lee, Takamatsu & Gordon, 2011; Locke & Mahalik, 2005; Mahalik, Levi-Minzi & Walker, 2007; Mahalik, Lagan & Morrison, 2006).

To understand gender norms, Mahalik et al. (2003; 2005) proposed the Conformity to Masculine Norms Inventory [CMNI] and the Conformity to Feminine Norms Inventory [CFNI]. These instruments measure traditional gender norms believed to exist in the United States and in Spanish (Cuéllar-Flores, Sánchez-López & Dresch, 2011; Sánchez-López, Cuéllar-Flores, Dresch & Aparicio 2009). Mahalik et al. (2003, 2005) define femininity and masculinity as the degree of people's conformity (emotional,

cognitive and/or behavioral) with a series of gender norms that designate what is considered socially appropriate for women and men, and which are transmitted by each culture and can be identified by the members of each society. Mahalik et al. (2003) identified 11 masculine norms as Winning, Emotional Control, Risk-Taking, Violence, Dominance, Playboy, Self-Reliance, Primacy of Work, Power over Women, Disdain for Homosexuality, and Pursuit of Status. Moreover, Mahalik et al. (2005) identified 8 feminine norms as Nice in relationships, Thinness, Modesty, Domestic, Care for children, Romantic relationships, Sexual fidelity, and Investment in appearance. The CMNI has been researched in relation to alcohol consumption, for example, Liu and Iwamoto (2007) reported that high scores on the Playboy scale and low scores on the Emotional Control scale were related to alcohol use. Locke and Mahalik (2005) reported significant relationships between problem drinking and high scores on the Dominance and Playboy scales, whereas Iwamoto et al., (2011) found that the Disdain for Homosexuality scale decreased the risk of drinking to an intoxication level. However, relationships between gender norms and tobacco use have not been studied and there is little research on the role of gender norms and substance consumption in women. However, studies from other gender paradigms have consistently found that masculinity is related to smoking behavior in adult and undergraduate men (Emslie, Hunt & Macintyre, 2002; Hunt, 2002), but, while some studies have found that femininity reduces alcohol and tobacco use in adults and undergraduates (Emslie et al., 2002; Hunt, 2002; Lengua & Stormshak, 2000), other studies have found that it has no effect on substance use in adolescents or young adults (Horwitz & White, 1987; Hunt, Hannah & West, 2004; Thornton & Leo, 1992).

In spite of a rigorous search, we only found one Spanish study that reflects the influence of male gender role norms on tobacco or alcohol consumption (Cuéllar-Flores & Sánchez-López, 2011). Thus, the present study may be informative both to examine the generalizability of previous research on masculinity and to broaden knowledge about femininity and substance consumption.

The aim of this work is to analyze the relationships between gender role norms and alcohol and tobacco consumption in college students. According to previous research, some specific gender role norms would be related to alcohol and tobacco use in the men and in the women.

METHOD

Participants

Participants in this study consisted of 854 Spanish university students, mostly from the Complutense University of Madrid in Spain. Of these, 30 % were studying Psychology, 25 %

Science, 5.5% Humanities, 11.55 different engineering degrees , 11% Social Sciences and 6% Diplomas (Nursing and Speech Therapy). Their participation was requested by teachers and students from each centre, and each was individually contacted. Subsequently, all those interested were asked to take part in a series of sessions. Male students in particular were requested to participate in order to give the study gender balance. 419 were men between the ages of 18 and 39, with a mean age of 22.51 years (*SD* = 3.10), and 435 were women between the ages of 18 and 35, with a mean age of 21.56 years (*SD* = 2.48). In total, 93.2% of the students were unmarried, 5.6% had a de facto partner, and only 1.2% was married. As far as socioeconomic level was concerned, 42.5% identified themselves as low-middle class and 57.5% identified themselves as middle-high class.

Instruments

Sociodemographic variables

Sociodemographic variables were assessed with a questionnaire previously found to exhibit adequate psychometric properties as an evaluation instrument (Sánchez-López et al., 2008). The variables sex, age, legal status and socioeconomic level were included. There were no statistically significant differences between tobacco or alcohol users and non-users for both men and women.

Questionnaire on frequency of alcohol and tobacco consumption

The participants' consumption frequency of alcohol and tobacco was assessed with a questionnaire. The questions were extracted from the National Health Survey 2006 (INE, 2006). The NHS is an investigation that the National Institute of Statistics carried out in Spain based on a collaboration agreement with the Ministry of Health and Social Policy. This survey allows the data to be compared with the Spanish general population. The main questions for ascertaining tobacco and alcohol consumption were: *Have you drunk an alcoholic drink in the last fortnight?* (yes, no) and *Could you say that you smoke at the present time?* (1=smokes daily, 2=smokes but not every day, 3=used to smoke but does not smoke now, 4=has never smoked).

Conformity to Feminity Norms Inventory (CFNI)

The CFNI (Mahalik et al., 2005) is an 84-item inventory rated on a 4-point response scale ranging from *strongly disagree* to *strongly agree* (0 = *Strongly Disagree* to 3 = *Strongly Agree*). The CFNI (and the CMNI) was chosen after the analysis of the diverse instruments for measurement of gender and its validity for the Spanish population (Sánchez-López et al., 2009; Sánchez-López & Cuéllar-Flores, 2011). The statements were designed to measure various attitudes, beliefs, and behaviors associated with feminine gender norms, both traditional and untraditional. They are grouped into eight feminine norms: (1) Nice in relationships, (2) Thinness, (3) Modesty, (4) Domestic, (5) Care for children, (6) Romantic relationships, (7) Sexual fidelity, and

(8) Investment in appearance (Table 1). Reliability in the Spanish population (after translating and adapting the instrument) yielded a Cronbach alpha coefficient for the total scale of .87 (Sánchez-López et al., 2009; Sánchez-López & Cuéllar-Flores, 2011).

Conformity to Masculinity Norms Inventory (CMNI)

The CMNI (Mahalik et al., 2003) is a 94-item inventory measured on a 4-point response scale ranging from *strongly disagree* to *strongly agree* (0-3). The statements were designed to measure attitudes, beliefs, and behaviors that reflect conformity or nonconformity to 11 masculine gender norms: (1) Winning, (2) Emotional control, (3) Risk-taking, (4) Violence, (5) Power over women, (6) Dominance, (7) Playboy, (8) Self-reliance, (9) Importance of work, (10) Disdain for homosexuality, and (11) Pursuit of status (Table 2). With regard to reliability, the Cronbach alpha values in the group of Spaniards (after translating and adapting the instrument) suggest that most of the subscales and the total scale are internally consistent (α for the total scale of .89) (Cuéllar-Flores et al., 2011). Each of the CMNI and CFNI scales took approximately 10-15 minutes to administer.

Table 1. Description of the Conformity to Femininity Norms Inventory (CFNI) scales. Means, SD and ranges on each scale

Scales	Description	Mean	SD	Range
1. Nice in Relationships	Develops friendly and supportive relationships with others	37.39	5.78	(10-51)
2. Thinness	Pursues a thin body ideal	21.75	6.48	(0-36)
3. Modesty	Refrains from calling attention to one's talents or abilities	15.63	6.63	(1-33)
4. Domestic	Maintains the home	14.74	5.01	(0-29)
5. Care for Children	Takes care of and spends time with children	12.76	3.12	(3-22)
6. Romantic Relationship	Invests self in romantic relationships	13.74	3.71	(0-24)
7. Sexual Fidelity	Keeps sexual intimacy contained to one committed relationship	15.22	3.49	(4-24)
8. Invest in Appearance	Commits resources to maintaining and improving one's physical appearance	12.36	3.53	(1-21)

Source: Mahalik et al., (2005)

Table 2. Description of the CMNI scales. Means, SD and ranges on each scale

Scales	Description	Mean	SD	Range
1. Winning	Drive to win; "In general, I will do anything to win"	14.49	4.30	(1-30)
2. Emotional Control	Emotional restriction and suppression	14.64	5.17	(1-32)
3. Risk-Taking	Penchant for high-risk behaviors; "I frequently put myself in risky situations"	15.95	3.85	(3-28)
4. Violence	Proclivity for physical confrontations; "Sometimes violent action is necessary"	9.41	4.27	(0-24)
5. Power over Women	Perceived control over women at both personal and social levels	6.85	3.93	(0-26)
6. Dominance	General desire to have personal control over situations	5.76	1.80	(1-11)
7. Playboy	Desire for multiple or non-committed sexual relationships and emotional distance from sexual partners	13.38	5.92	(0-36)
8. Self-Reliance	Aversion to asking for assistance; "I hate asking for help"	6.77	2.96	(0-18)
9. Importance of Work	Viewing work as a major focus of life	7.99	3.12	(0-24)
10. Disdain for Homosexuality	Aversion to the prospect of being gay or being thought of as gay	12.27	5.75	(0-29)
11. Pursuit of Status	Being pleased with being thought of as important; "It feels good to be important"	10.49	2.48	(2-18)

Source: Parent & Moradi (2009)

Millon Index of Personality Styles (MIPS)

The Millon Index of Personality Styles (Millon, 2003) evaluates personality styles specifically for adults. Format for the MIPS includes 180 items with a true/false response for each one. Approximately 30 minutes is required for completion. Consistency Index scores obtained on the Millon Index of Personality Styles (Millon, 2003) were taken into account as criteria for exclusion. This questionnaire was not included in this study but was applied and its data were used to ensure the absence of psychological problems and complete sincerity in the replies. All subjects scoring > 3 on the Consistency Index, which would indicate random answering, were excluded.

Procedure

This study was approved by the Institutional Review Board of the Complutense University of Madrid. The participants were students of both sexes who were pursuing a degree at the

Complutense University of Madrid. All participants gave their informed consent after the purpose of the study along with the alternatives to participation had been explained to them and it had been made clear that they were free to withdraw at any time without negative consequence. Participation was voluntary, and there were no negative sanctions for non-participation. Anonymity of the data was guaranteed, so participants were also asked to be as sincere as possible when answering. Participants were recruited through class announcements and were not rewarded either in economic terms or in terms of higher marks. All participants answered questions concerning health data, all female participants completed the CFNI and all male participants completed the CMNI. The instruments were applied collectively in small groups.

Data analysis

All the analyses were made with the statistical package SPSS version 15.0.

Prior to analysis the answers to the questionnaire on frequency tobacco consumption were dichotomized into smoker (answers 1 y 2) and non-smoker (answers 3 y 4).

Logistic regression analysis was used to examine the association between the variable of being a smoker (dependent dichotomous variable 1= smoker and 0 = non-smoker) and the subscales of conformity with male and female gender norms (independent variables). The same was performed with the dependent variable of alcohol consumption (1= alcohol drinker and 0= non-alcohol drinker).

The models were selected from the set of variables using the forward method, and various classification tables were obtained as described below.

RESULTS

Descriptive data show that 334 people (163 men and 171 women) in the group were smokers and 528 non-smokers (257 men and 271 women). That is, 38.7% of the women and 38.8% of the men were smokers and there were no statistically significant differences between both groups in the frequency of smokers ($\chi^2=.001$, $p=.511$).

With regard to alcohol 698 persons (340 women and 358 men) had consumed alcohol in the previous fortnight and 163 (102 women and 61 men) had not consumed it. Thus, 76.9% of the women and 85.4% of men had consumed alcohol and the differences in frequency of consumption were statistically significant between them ($\chi^2=10.170$, $p=.001$).

To control for confounding variables, it was verified that significant age-based differences in tobacco consumption did

not exist ($t = -1.391$; $d.f. = 788$; $p > .05$) or self-reported socioeconomic level: ($\chi^2 = 0,077$, $d.f. = 1$, $p > .05$). Nor were there statistically significant age-based differences in alcohol consumption ($t = 725$, $d.f. = 787$, $p > .05$) or self-reported socioeconomic level ($\chi^2 = 1.712$; $d.f. = 1$; $p > .05$).

Using the forward method, we obtained different classification tables for each of the variables in the present study. For men, the resulting model classified “non-smokers” reasonably well (85.6%), but in the case of “smokers,” it did not discriminate clearly (20.9%), which means there may be other variables we have not measured that might better explain smoking. For women, the model classified “non-smokers” reasonably well (84.1%), but in the case of “smokers,” discrimination was poorer (31.2%).

In the case of alcohol consumption, the resulting model classified men who had consumed alcohol in the past two weeks well (99.4%), but for men who had not drunk in the past two weeks, the classification was poor (1.6%). The model also classified women who had consumed alcohol in the past two weeks very well (99.1%), but for women who had not drunk alcohol in the past two weeks, classification was poor (4.0%).

Through this analysis, we determined that the explanatory variables only had a significant effect in some of the models. Table 3 displays the variables that were selected.

When we interpret the results we find that men who scored higher on the Playboy scale were 7.6% (Exp (B) = 1.07) more likely to be smokers. For men who scored higher on the Disdain for Homosexuality scale, the probability of smoking decreased by 4.8% (Exp (B) = 0.95). Men who scored higher on the Emotional Control scale were 7.6% (Exp (B) = 0.92) less likely to have consumed alcohol in the past two weeks. In contrast, a higher score on the Violence scale increased the probability of having consumed alcohol in the past two weeks by 7.4% (Exp (B) = 1.07). We found similar results with the Playboy scale. An increase on this scale increased the probability of alcohol consumption by 10.2% (Exp (B) = 1.10).

In the case of the women, higher scores on the Sexual Fidelity scale decreased the likelihood of being a smoker by 11% (Exp (B) = 0.89). Higher scores on the Romantic Relationships scale decreased the probability of smoking by 5.8% (Exp (B) = 0.94). In the case of alcohol consumption, the Sexual Fidelity scale was also significant, with higher scores decreasing the probability of alcohol consumption in the past two weeks by 10.4% (Tables 4 and 5)

Table 3. Logistic regression analysis. Variables selected for the models and percentages of variance explained

Independent variables	Men		Women	
	Tobacco	Alcohol	Tobacco	Alcohol
Dependent variables	Playboy ↑ 7.6 %	Emotional Control ↓ 7.6 %	Sexual Fidelity ↓ 11%	Sexual Fidelity ↓ 10.4 %
	Disdain for Homosexuality ↓ 4.8 %	Violence ↑ 7.4 %	Romantic Relationships ↓ 5.8%	
		Playboy ↑ 10.2 %		

↑increases; ↓decreases

Table 4. Variables entered in the logistic regression equation for male use of tobacco and alcohol

Men tobacco use	B	E.T.	p	Exp(B)
Step 2(b)				
Playboy	.07	.01	.00	1.07
Disdain for Homosexuality	-.04	.01	.00	.95
Men alcohol use				
Step 3(c)				
Emotional Control	-.07	.02	.00	.92
Violence	.07	.03	.04	1.07
Playboy	.09	.02	.00	1.10

Table 5. Variables entered in the logistic regression equation for female use of tobacco and alcohol

Women tobacco use	B	E.T.	p	Exp(B)
Step 2(b)				
Sexual Fidelity	-.11	.02	.00	.89
Romantic Relationships	-.06	.02	.03	.94
Women alcohol use				
Step 1(a)				
Sexual fidelity	-.10	.02	.00	.89

CONCLUSION

The results on alcohol and tobacco consumption of the present study show some differences and similarities compared to the revised bibliography. There is a higher frequency of alcohol consumption in this group than in previous studies (García de Albéñiz et al, 2004; Jiménez-Muro et al., 2009),

although male classmates of college students in this group had drunk alcohol more frequently than the women, in a similar way to that seen in the differences discovered previously. University students in this study show smoking percentages similar to those found in previous studies and the female university students have been found to use tobacco at similar rates to college men, also in accordance with the revised works (Antonia Rodríguez, 2008; García-Castillo et al., 2004; Míguez & Becoña, 2009).

Data partly support the relationship of specific masculine gender norms on tobacco and alcohol consumption in men. Men with high scores on the Playboy scale were more likely to be tobacco smokers and alcohol drinkers. These results confirm previous research, for example, Liu and Iwamoto (2007) and Locke and Mahalik (2005) reported that high scores on the Playboy scale were related to alcohol use and problem drinking.

The data also extends previous research to tobacco use. A new, unanticipated result was observed because Violence was significantly related to tobacco consumption and these scales have some similarities (Mahalik et al., 2003). These data suggest that some male gender norms could be more important than others in understanding the relationship between male health behavior and gender norms, and can further our understanding of why men engage in more health risk behaviors than women (García del Castillo et al., 2004; Míguez & Becoña, 2009). Men who adopt traditional gender roles place their health at risk (Courtenay, 2000; 2001).

Other results support the assumption that masculinity acts multidimensionally (Cuéllar-Flores & Sánchez-López, 2011). In line with our results, an inverse link between high scores on the Emotional Control scale and alcohol use and abuse has been previously found (Liu & Iwamoto, 2007; Iwamoto et al., 2011). This norm may protect against problematic drinking patterns because it is consistent with the self-control that may be needed to regulate alcohol intake. However, the relationship with tobacco use is not confirmed. The inverse relation found between high scores on the Disdain for Homosexuality scale and tobacco consumption must be confirmed in future studies before possible explanations can be suggested.

With regard to women, our findings show that both greater conformity to female norms and higher scores on the Sexual Fidelity and Romantic Relationships scales predict lower tobacco consumption. In the case of alcohol consumption, the Sexual Fidelity scale is significant, as women scoring more highly on this scale demonstrate a 10.4% decrease in the likelihood of drinking alcohol. The results highlight conformity to specific feminine norms in relation to substance consumption. Whereas previous research examined only masculine norms, our results suggest that feminine must also be considered when identifying factors associated with substance use. Through these findings, we can conclude that conformity to norms traditionally played by women is related to

lower substance use, and suggests that women are less likely to consume tobacco and alcohol because such behavior is not consistent with traditional female gender norms. Feminine norms scored on the Sexual Fidelity and Romantic Relationship scales, which predict lower cigarette and alcohol use, may be non-congruent with the feelings of autonomy attributed to the act of smoking in women (Brosky, 1995). In fact, it has been shown that substance consumption in adolescents is related to a lesser regard for values linked to conventional socialization in Spain (Catalano, Kosterman, Hawkins, Newcomb & Abott, 1996).

To sum up, with regard to tobacco and alcohol consumption, masculinity acts multidimensionally (Cuéllar-Flores & Sánchez-López, 2011). Specifically, some aspects of masculinity protect health, while others jeopardize it, and this may explain the existence of contradictions in the literature. For women, traditional femininity is protective against substance consumption, a fact that had not received much research attention until now. The present study may be informative both to examine the generalizability of previous research on masculinity and to broaden knowledge about femininity and substance consumption. We believe that the findings of this research may provide some ideas to encourage cross-cultural studies and to evaluate the effect of conformity to gender norms because there are reasons for us to state that gender socialization plays a very important role in explaining health and substance use in men and women. The magnitude of the variation in substance consumption is better explained by conformity to gender norms than by biological sex. That is, traditional gender norms are at least as important as biological sex in the prediction of substance consumption and consequently of health.

As with others, this study used self-report instruments, and the data were correlational. Moreover, neither the characteristics or intensity of alcohol or tobacco consumption have been taken into account. This aspect could be important. In addition, participants' characteristics limit the possibilities of generalizing to any other types of population of different ages, levels of education and cultures. Nevertheless, policies for reducing tobacco and alcohol consumption are most important among the young; therefore, it seems appropriate to begin with studies of youth when researching relationships between gender and alcohol and tobacco consumption. Moreover, the generalizability to other populations improves by taking into account that CFNI and CMNI have been used in different countries/cultures (Asian-American, Italian-American and Anglo-American people in the U.S., Spain, Australia and Kenya) (Liu & Iwamoto, 2007; Locke & Mahalik, 2005; Mahalik et al., 2007; Tanger & Good, 2005).

The main advantage of identifying the relationship between gender norms and substance consumption is that gender norms can be used in prevention (Liu & Iwamoto, 2007). This knowledge also aids the design, for example, of campaigns tailored to the sole smoking or alcohol consumption risks

associated with masculine or feminine factors. Campaigns to improve health behaviors at a population level must be carefully designed and targeted to specific groups to be effective.

ACKNOWLEDGEMENTS

Council of Education, Culture and Tourism of the Autonomous Community of La Rioja, Spain. Plan Riojano I+D+I.

REFERENCES

- Antona Rodríguez, M.J. (2008). *Estudio epidemiológico y educativo en prevención del tabaquismo en estudiantes extremeños/as [Epidemiological and education study on prevention of smoking among students from Extremadura]*. Facultad de Educación y Facultad de Formación del Profesorado: Universidad de Extremadura.
- Arias, E., Anderson, R.N., Kung, H.C., Murphy, S.L., & Kochanek, K.D. (2003). Deaths: Final data for 2001. *National Vital Statistics Reports*, 53, 1-115.
- Brosky, G. (1995). Why do pregnant women smoke and can they quit? *Canadian Medicine Association Journal*, 152, 163-165.
- Catalano, R.F., Kosterman, R.J., Hawkins, D., Newcomb, M.D., & Abott, R.D. (1996). Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the social development model. *Journal of Drug Issues*, 26, 429-455.
- Courtenay, W.H. (1998). College men's health: An overview and call to action. *Journal of American College Health*, 46, 279-291.
- Courtenay, W.H. (2000). Behavioral factors associated with disease, injury, and death among men: Evidence and implications for prevention. *The Journal of Men's Studies*, 9, 81-142.
- Courtenay, W.H. (2001). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50, 1385-1401.
- Cuéllar-Flores, I., & Sánchez-López, M.P. (2011). Masculinity: How It Can Be Made Operative and Its Use in Health. In Elliot & Ward (Eds.) *Beyond Borders: Masculinities and Margins. The 17th Annual American Men's Studies Association Conference Proceedings*. Tennessee USA: Men's Studies Press, LLC.
- Cuéllar-Flores, I., Sánchez-López, M.P., & Dresch, V. (2011). El Inventario de Conformidad con las Normas de Género Masculinas (CMNI) en la población española. [Conformity to Masculine Gender Norms Inventory in the Spanish population]. *Anales de Psicología*, 27, 170-178.
- Emslie, C., Hunt, K., & Macintyre, S. (2002). How similar are the smoking and drinking habits of men and women in non-manual jobs? *European Journal of Public Health*, 12(1), 22-28.
- European Commission (2012): Eurobarometer 72.3 (2009). TNS OPINION & SOCIAL, Brussels [Producer]. GESIS Data Archive, Cologne. ZA4977 Data file Version 2.0.0
- García de Albeñiz, X.A., Guerra-Gutiérrez, F., Ortega-Martínez, R., Sánchez-Villegas, A., & Martínez-González, M.Á. (2004). Consumo de tabaco en titulados universitarios: El Proyecto SUN (Seguimiento Universidad de Navarra) [Tobacco consumption in university graduates: The SUN Project]. *Gaceta Sanitaria*, 18, 108-117.
- García del Castillo, J.A., Lloret, D., & Espada, J.P. (2004). Prevalencia del consumo de tabaco en población universitaria [Prevalence of tobacco consumption in university students]. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 4, 19-38.
- Hernán M, Ramos M, Fernández A. Salud y Juventud. Madrid: Consejo de la Juventud España, 2002.
- Horwitz, A. V., & White, H. R. (1987). Gender role orientations and styles of pathology among adolescents. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 158-170.
- Hunt, K. (2002). A generation apart? An examination of changes in gender-related experiences and health in women in early and late mid-life. *Social Science & Medicine*, 54 (5), 663-76.
- Hunt, K., Hannah, M. K., & West, P. (2004) Contextualising smoking: masculinity, femininity and class differences in smoking in men and women from three generation in the west of Scotland. *Health Education Research*, 19(3), 239-49.
- INE (2006). *Encuesta Nacional de Salud 2006 [National Health Survey 2006]*. Available at: <http://www.ine.es>.
- Iwamoto, D. K., Cheng, A., Lee, C. S., Takamatsu, S., & Gordon, D. (2011). "Man-ing" up and getting drunk: The role of masculine norms, alcohol intoxication and alcohol-related problems among college men. *Addictive Behaviors*, 36(9), 906-911.
- Jiménez-Muro, A., Belmonte, A., Marqueta, A., Gargallo, P., & Nerín de la Puerta (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso [Drug use in first-year university students]. *Adicciones*, 21, 21-28.
- Lengua, L., & Stormshak, E. A. (2000). Gender, gender roles, and personality: Gender differences in the prediction of coping and psychological symptoms. *Sex Roles*, 43(11-12), 787-820.
- Liu, W. M., & Iwamoto, D. K. (2007). Conformity to masculine norms, Asian values, coping strategies, peer group influences and substance use among Asian American men. *Psychology of Men and Masculinity*, 8(1), 25-39.
- Locke, B. D., & Mahalik, J. R. (2005). Examining Masculinity Norms, Problem Drinking, and Athletic Involvement as Predictors of Sexual Aggression. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 279-283.
- Mahalik, J. R., Lagan, H. D., & Morrison J. A. (2006). Health behaviors and masculinity in Kenyan and U.S. male college students. *Psychology of Men and Masculinity*, 7(4), 191-202.
- Mahalik, J. R., Locke, B., Ludlow, L., Diemer, M., Scott, R. P. J., Gottfried, M., & Freitas, G. (2003). Development of the Conformity to Masculine Norms Inventory. *Psychology of Men and Masculinity*, 4(1), 3-25.
- Mahalik, J. R., Levi-Minzi, M., & Walker, G. (2007). Masculinity and Health Behaviors in Australian Men. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(4), 240-249.
- Mahalik, J. R., Marray, E. B., Coonerty-Femiano, A., Ludlow, L. H., Slattery, S. M., & Smiler, A. (2005). Development of the Conformity to Feminine Norms Inventory. *Sex Roles*, 52(7-8), 417-435.
- Mathers, C. D., Sadana, R., Salomon, J. A., Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (2001). Healthy life expectancy in 191 countries. *Lancet*, 357, 1685-1691.
- Miguez, M.C., & Becoña, E. (2009). El consumo de tabaco en estudiantes de Psicología a lo largo de 10 años [The consumption of tobacco in psychology students over 10 years] (1996-2006). *Psicothema*, 21, 573-8.
- Millon, T. (2003). *Millon Index of Personality Styles, Manual Revised*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). Informe Salud y Género, 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Mokdad, A. H., Marks, J. S., Stroup, D. F., & Gerberding, J. L. (2004). Actual causes of death in the United States, 2000. *Journal of the American Medical Association*, 291(10), 1238-1245.
- Moynihan, C. (1998). Theories in health care and research. Theories of

- masculinity. *British Medical Journal* 317, 1072-1075
- Parent, M.C., & Moradi, B. (2009). Confirmatory factor analysis of the Conformity to Masculine Norms Inventory and development of the CMNI-46. *Psychology of Men & Masculinity*, 10, 175-189.
- Rohlfs, I., Borrell, C., & Fonseca, M.C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos, *Gaceta Sanitaria*, 14(3), 60-71.
- Sánchez-López, M. P., & Cuéllar-Flores, I. (2011). Comparison of Feminine Gender Norms among Spanish and American College Women. *Psychology*, 2(4), 300-306.
- Sánchez-López, M. P., Cuéllar-Flores, I., Dresch, V., & Aparicio, M. (2009). Conformity to feminine norms in the Spanish population. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 37(9), 1171-1185. doi: 10.2224/sbp.2009.37.9.1171
- Sánchez-López, M.P., López-García, J.J., Dresch, V., & Corbalán, J. (2008). Sociodemographic, psychological and health-related factors associated with poor mental health in Spanish women and men in midlife. *Women & Health*, 48, 445-465.
- Stimson, G.V., Donoghoe, M.C., Fitch, C., Rhodes, T.J., Ball, A., & Weiler, G. (2003). *Rapid assessment and response technical guide, version 1.0*. Geneva: World Health Organization: Department of HIV/AIDS, Department of Child and Adolescent Health and Development.
- Tanger, D., & Good, G.E. (2005). Italian and American Masculinities: A Comparison of Masculine Gender Role Norms. *Psychology of Men & Masculinity*, 6(4), 264 -274.
- Thornton, B., & Leo, R. (1992). Gender typing, importance of multiple roles, and mental health consequences for women. *Sex Roles*, 27 (5-6), 307-317.
- WHO (2000). *World Health Report 2000*. Geneva: WHO. Available at: <http://www.who.int>.
- WHO (2012). Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Geneva: World Health Organization.
- Zaldívar, F. López, F., García, J. M. & Molina, A. (2011). Consumo autoinformado de alcohol y otras drogas en población universitaria. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9, 113-132.

MODELO PREDICTOR DEL CONSUMO RESPONSABLE DE ALCOHOL Y EL COMPORTAMIENTO TÍPICAMENTE NO VIOLENTO EN ADOLESCENTES

PREDICTIVE MODEL OF RESPONSIBLE CONSUMPTION OF ALCOHOL AND TYPICALLY NOT VIOLENT BEHAVIOR IN ADOLESCENTS

César Andrés Gómez-Acosta y Constanza Londoño Pérez

Universidad Católica de Colombia

Abstract

Is presented a structural equation model which predicted with an effectiveness 66% the typically not violent behavior through the interaction of the factors responsible drinking, problem-focused coping, seeking social support, self-blame, fantasy, subjective wellbeing, perceived social support, and pessimism; likewise, the model can predict with a likelihood of 43% the responsible alcohol consumption through the interaction between age, perceptions of stressful events, subjective wellbeing, typically not violent behavior, unrealistic optimism bias, avoidant coping and pessimism, with a sample of 431 adolescent students ($X = 15.45$ years, $SD = 1.39$). Although the study is not intended to be conclusive, makes visible the importance of recognize the protective psychosocial factors in the design and implementation of health promotion and prevention programs related to responsible drinking and non-violent behavior with adolescents within a salutogenic perspective. The findings and new approaches are discussed.

Keywords: Adolescents, Stressfull Events, Psychosocial Factors, Alcohol, Non-Violent.

Resumen

Se presenta un modelo de ecuaciones estructurales que predice en un 66% el comportamiento típicamente no violento a partir de la interacción de los factores consumo responsable de alcohol, el afrontamiento enfocado al problema, la búsqueda de soporte social, la autculpa, la fantasía, el bienestar subjetivo, el apoyo social percibido, y el pesimismo; a su vez, el modelo puede predecir con una confiabilidad del 43% el consumo responsable de alcohol a partir de la interacción de los factores edad, percepción de acontecimientos estresantes, bienestar subjetivo, comportamiento típicamente no violento, sesgo optimista no realista, afrontamiento evitativo y pesimismo, con una muestra de 431 adolescentes escolarizados ($X = 15,45$ años, $de = 1,39$). Si bien el estudio no pretende ser concluyente, visibiliza la importancia de reconocer los factores psicosociales protectores en el diseño e implementación de programas de promoción y prevención asociadas al consumo responsable de alcohol y de conducta no violenta con adolescentes desde una perspectiva salutogénica. Los hallazgos y nuevos abordajes son discutidos.

Palabras clave: Adolescencia, Acontecimientos Estresantes, Factores Psicosociales, Alcohol, No violencia.

Correspondencia: Constanza Londoño
Grupo de investigación ENLACE.
Avenida Caracas # 46 - 40 piso 1 Postgrados Psicología
Universidad Católica de Colombia
E-mail: clondono@ucatolica.edu.co

El comportamiento violento y el consumo abusivo de alcohol son dos problemas de salud pública que han crecido exponencialmente afectando a la población adolescente en muchos países del mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011). Desafortunadamente, tanto la investigación como la intervención se han desarrollado principalmente desde una perspectiva patogénica, desconociendo que los adolescentes poseen condiciones psicológicas positivas como cualquier otro ser humano (Oliva, Ríos, Antolín, Parra, Hernando y Pertegal, 2010).

Para comprender el panorama patogénico, antes de revisar la mirada salutogénica del mismo. Si bien en Colombia no se ha realizado amplia investigación respecto de la relación entre estas dos conductas; aún analizadas de forma independiente es preocupante el panorama ofrecido por el Ministerio de la Protección Social y la Dirección Nacional de Estupefacientes (2008), pues el 20% de hombres y el 12% de mujeres bebieron alcohol antes de cumplir 10 años, condición que incrementa su ya alto riesgo de uso y abuso de sustancias con mayor poder adictivo (Cote, 2007; Londoño, 2010) e incremento de conductas violentas (Pérez, Scopetta y Flórez, 2011). Respecto del comportamiento violento, las estadísticas muestran un notable incremento en todo el mundo y en Colombia, que ya de por sí vive una situación de conflicto armado (Dahlberg y Krung, 2002; De Zubiría, 2009; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF], 2010); cabe notar que en la ciudad de Bogotá, la situación no es alentadora y muchos casos no se registran debido a la no denuncia, o simplemente a la aceptación cultural tanto del consumo exagerado de alcohol como de las acciones violentas entre adolescentes o a nivel familiar (Chaux, 2011).

Tanto el comportamiento violento como el consumo riesgoso de alcohol o su agudización, han sido asociadas al incremento de estrés en los adolescentes, estrés que para algunos autores visto como una lista de eventos vitales estresantes y su impacto personal. Estos Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE), incluyen aquellas circunstancias que afectan el equilibrio entre los requerimientos del medio y los recursos psicológicos, (Gilbert, 2012; Larsman, Eklöf y Törner, 2012; McHugh, Forbes, Bates, Hopwood y Creamer, 2012; Pesonen y Räikkönen, 2012; Ridenour, Meyer-Chilenski y Reid, 2012) e incluyen la valoración que cada individuo hace acerca del impacto de los eventos. Aunque la lista es teóricamente universal ya es ampliamente conocido que cada persona vive el impacto de forma distinta e incluso que algunos de los eventos enlistados para algunos no resultan estresantes.

El surgimiento y vertiginoso desarrollo de la psicología positiva ha permitido identificar recursos psicológicos que actúan como protectores universales, entre ellos, se encuentran los estilos de afrontamiento centrados en el problema, el bienestar subjetivo, la salud positiva y la actitud prosocial, además del optimismo, la coherencia, la autoestima, la capacidad de expresión emocional, el autocontrol emocional,

el apoyo social y la asertividad (Carrobbles, Remor y Rodríguez, 2003). Desde esta óptica salutogénica varios autores (Benson, Scales, Hamilton y Sesman, 2006; Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak, y Hawkins, 2004; Oliva, et al, 2010), han reconocida la necesidad de estudiar los factores psicológicos positivos de adolescentes que a pesar de afrontar condiciones ambientales adversas y vivir AVE, afrontan con éxito su entorno sin adoptar algunas conductas de riesgo.

Entre los factores psicológicos vinculados con la adopción de prácticas saludables, antagónicas al consumo abusivo de alcohol y al comportamiento violento, se encuentran los estilos de afrontamiento centrados en la solución de problemas caracterizados porque el individuo no solo piensa que la situación tiene solución sino que además requiere de un plan de acción y de la ejecución del mismo (Calvete y Estévez, 2009; Cantón-Cortés, Cantón, Justicia y Cortés, 2011; Carver y Connor-Smith, 2010; Frydenberg, 2009; Meng, Tao, Wan, Hu, y Wang, 2011; Murberg, 2009; Seiffge-Krenke, Aunola y Nurmi, 2009; Wills, Ainette, Stollmiller y Gibbons, 2008).

En esta misma línea, se ha identificado que la sensación de bienestar subjetivo o nivel de satisfacción reportado por los individuos en las distintas áreas de la vida, se asocia a menor consumo y baja frecuencia de conductas violentas en población adolescente (Corsano, Majorano y Champetravy, 2006; Figueroa, Contini, Lacunza, Levín y Estévez, 2005; Griffin, Sheier, Botvin y Diaz, 2001; Izutsu, Tsutsumi, Islam, Kato, Wakai y Kurita, 2006; Standage y Gillison, 2007). Y que ser optimista disposicional, que implica tener la tendencia a pensar que los eventos positivos son tienen mayor probabilidad de ocurrir y que la acción debe estar encaminada a facilitar su ocurrencia, ha sido estrechamente relacionado con el no abuso en el consumo de alcohol y a una cierta tendencia a evitar comportarse de manera violenta con otros (Brissette, Scheier y Carver 2002; Conway, Magai, Springer y Jones, 2008; Extremera, Durán y Rey, 2006; Fischer y Chalmers, 2008; Londoño, 2009).

Así mismo, la salud mental positiva definida como un estado de bienestar en el cual el individuo identifica sus propias aptitudes, afronta las presiones diarias de la vida, es productivo y contribuye efectivamente a la comunidad Lluçh (1999); está compuesta por satisfacción personal, actividad prosocial o conductas dirigidas a incrementar el bienestar de los demás, autocontrol percibido como autorregulación comportamental; autonomía o grado de discriminación consciente de normas sociales que la persona acepta; capacidad para resolver problemas y capacidad de auto-actualización o aprendizaje continuo y competencia social Componentes que han sido estudiados de forma independiente demostrando su impacto benéfico sobre la conducta saludable (Amar et al, 2008; Camacho y Camacho, 2005; Londoño, 2009; Marín, 2009; Montañez et al, 2008; Montealegre, 2007; Wills et al, 2008), pero sin lograr entender la complejidad de las relaciones, condición que implica

conducir estudios en donde se integres y analicen en simultáneo.

No obstante, al analizar los estudios citados se concluye que: a) no son comparables entre sí ya que los contextos son muy diversos y los grupos de edad heterogéneos; b) se analiza el impacto de algunos factores de forma independiente y esas metodologías no permiten dar cuenta de la posibilidad de evaluar relaciones de interdependencia y/o de complementariedad entre los mismos, y; c) existen pocos modelos que vinculen dichos factores en un mismo marco conceptual, lo cual podría otorgar consistencia epistemológica y ofrecer mayores posibilidades de operacionalización.

En ese orden, se propone un modelo que ilustra cómo los factores mencionados, junto con la poca presencia de AVE pueden predecir el consumo nulo u ocasional de alcohol y el comportamiento típicamente no violento en adolescentes (Figura 1).

A pesar que existen otros factores documentados ampliamente como la resiliencia, se decidió no incluirla en este trabajo, atendiendo a que la resiliencia es un constructo que difícilmente ha tenido una definición unívoca consensuada en ciencias sociales (Becoña, 2006; Cabanyes, 2010) y cobija dentro del mismo rótulo gran cantidad de cualidades que hacen que su medición sea bastante compleja (Ospina, 2007)

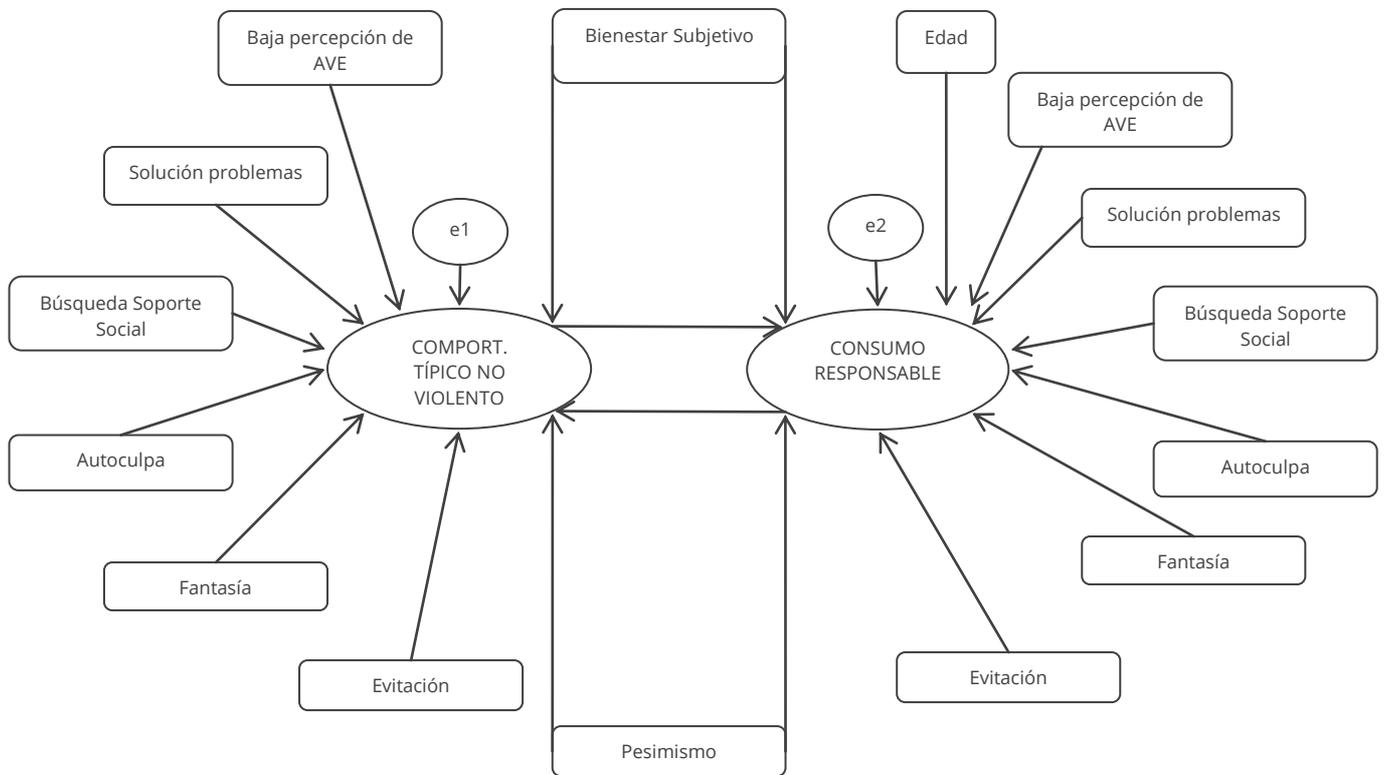


Figura 1. Modelo hipotético de predicción del comportamiento típicamente no violento y del consumo responsable de alcohol

MÉTODO

Diseño

Es un estudio empírico-analítico, correlacional y trasversal, con un análisis de ecuaciones estructurales que predice el efecto de las variables exógenas (baja frecuencia de AVE en interacción con los factores psicosociales protectores,) en las variables endógenas (consumo responsable de alcohol y comportamiento típicamente no violento).

Participantes

Se obtuvo una muestra estratificada compuesta por 431 adolescentes ($X = 15.45$ años, $ds=1.39$), repartidos en 194 hombres (45.70%) y 237 mujeres (54.30%), estudiantes de ocho instituciones educativas oficiales de Bogotá D.C, predominantemente de grado 10° (81.90%), y de estratos socioeconómicos de 1 al 4, siendo el estrato 2 el más representativo (49.70%). Los participantes refirieron que en un 29% un familiar suyo consume frecuentemente algún tipo de SPA, y que en un 58% de los casos al menos un amigo cumplía con la misma característica; adicionalmente, el 13% reportó

que al menos un familiar se comportaba violentamente, y el 29% señaló que por lo menos un amigo cercano presentaba el mismo tipo de conductas con frecuencia.

Instrumentos

Ficha de Información General

Se estructuró una ficha en la que se indagó la edad, el grado, el sexo, el estrato socioeconómico, y el reporte de consumo de alcohol y de conducta violenta evidenciables por parte de familiares y amigos cercanos.

Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes

Creada por Oliva, Jiménez, Parra y Sánchez-Queijá (2008), mide en su versión corta 23 sucesos estresantes para la población adolescente en los ámbitos escolar, personal, familiar y de pares. Para este estudio se validó la prueba al contexto colombiano obteniendo una confiabilidad adecuada (Alfa =.70), y se utilizó únicamente la puntuación numérica, que consiste en la sumatoria de acontecimientos reportados por cada sujeto evaluado. En la construcción del modelo se priorizaron aquellos puntajes que relacionaban máximo un acontecimiento estresante reportado en el último año, indistintamente del ítem marcado.

AUDIT

Test de detección temprana de consumo y uso perjudicial del alcohol. Fue creado por Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente y Grant (1993), y adaptado por Rubio, Bermejo, Caballero y Santo-Domingo (2000). Compuesto por 10 ítems y con una alta confiabilidad (Alfa =.90), refiere a algunas situaciones relacionadas con el consumo de alcohol. Para su calificación se suman todos los puntajes que se hallan al lado de cada opción de respuesta, y específicamente para la construcción del modelo se tuvieron en cuenta aquellos puntajes que cuya sumatoria fue tres puntos o menos, pues son los que se relacionan, de acuerdo con los autores, con consumo nulo u ocasional. Se estableció dicho criterio dado que, si bien en Colombia está prohibido el expendio de bebidas alcohólicas a menores de 18 años (Congreso de la República de Colombia, 1986), socialmente dicha ingesta es legitimada culturalmente en este país, incluso por los propios padres y personas significativas (Cicua, Méndez y Muñoz, 2009; Lema, Varela, Duarte y Bonilla, 2011). Por otro lado, en esta investigación se adopta una postura de reducción del daño (Rodríguez-Matos y Torrealba, 2002), según la cual podría ser más útil (aunque se reitera que no necesariamente deseable) relacionar un consumo responsable de bebidas alcohólicas para la población en cuestión, que ceñirse estrictamente a lo establecido por una ley que no siempre se cumple en la cotidianidad.

ISCA

Inventario de situaciones y conductas agresivas; construido por Juárez y Montejo (2008) cuenta con un índice de confiabilidad alto (Alfa=.87); en dicha prueba los sujetos deben contestar 22 ítems referidos al comportamiento violento presentado durante las últimas cuatro semanas. La calificación tomó los puntajes T propuestos por los propios autores, los cuales fueron agrupados en tres categorías: aquellos puntajes ubicados una desviación estándar por encima de la media y una por debajo se les denominó "grupo de comportamiento violento moderado" (puntajes T entre 40 y 57): los puntajes ubicados a más de una desviación estándar se les rotuló "comportamiento altamente violento" (puntajes T superiores a 57), y aquellos ubicados una desviación estándar por debajo de la media o más se les denominó de comportamiento típicamente no violento (puntajes T inferiores a 40). Estos últimos fueron los utilizados para la convalidación del modelo.

Inventario de Bienestar Subjetivo

Este instrumento, desarrollado por Nacpall y Shell (1992), y adaptado para Latinoamérica por Omar, Paris, Aguiar de Souza, Almeida da Silva y Pino (2009), mide el bienestar subjetivo como indicador de la calidad de vida percibida por los propios sujetos. La prueba consta de 21 ítems y cinco opciones de respuesta cada uno, repartidos en los subfactores correspondencia entre expectativas y logros (seis ítems), confianza para afrontar las dificultades (tres ítems), trascendencia (tres ítems), apoyo del grupo social (tres ítems), apoyo social (tres ítems), y relaciones con el grupo primario (tres ítems). La versión fue validada para el contexto colombiano, obteniendo una confiabilidad Alfa=.85. El puntaje de la prueba se obtiene de la sumatoria tanto del puntaje total, como el de cada una de las subescalas.

Cuestionario de formas de afrontamiento

Este instrumento desarrollado por Folkman y Lazarus (1980), adaptado por Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro y Becker (1985), y validado específicamente para Colombia por Londoño (2004) presenta una confiabilidad (Alfa=.70); consta de 42 ítems con cuatro opciones de respuesta que miden la presencia de cinco estilos de afrontamiento diferentes: afrontamiento dirigido al problema (15 ítems), búsqueda de soporte social (seis ítems), evitación (10 ítems), autculpa (tres ítems), y fantasía (ocho ítems); la calificación resultó de obtener el promedio correspondiente a cada estilo manifestado por cada sujeto.

Cuestionario de Optimismo Disposicional / Pesimismo

Diseñado por Londoño, Hernández, Alejo y Pulido (2013), y con un índice de confiabilidad (Alfa= .73), es un cuestionario compuesto por 22 ítems y tres opciones de respuesta que identifica los niveles de optimismo disposicional, optimismo no realista y pesimismo. Los resultados de la prueba reflejan el estilo predominante de respuesta ante situaciones complejas

de su cotidianidad, y la calificación resultó de obtener el promedio correspondiente a cada dimensión evaluada.

Procedimiento

Se establecieron los contactos con las ocho instituciones educativas y con los participantes, y se procedió a la firma del asentimiento del representante legal respectivo y del consentimiento informado, enfatizando en las disposiciones éticas establecidas por el Colegio Colombiano de Psicólogos (2009). Posterior a la validación de los instrumentos “Inventario de Bienestar Subjetivo” y “Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes para Adolescentes”, se aplicaron los instrumentos completos y se realizó el análisis estadístico de los datos. Por último, se analizaron 83 modelos de ecuaciones estructurales para identificar cuales variables exógenas (los factores psicosociales y la cantidad de AVE) en interacción tuvieron un efecto predictivo en las variables endógenas de interés, confirmando los parámetros especificados previamente (Ruíz, Pardo y San Martín, 2010).

RESULTADOS

Se registró una media en la escala AUDIT de $x= 4,29$, con una $ds= 4.48$ (mostrando un consumo de alcohol alto para el rango de edad de la población evaluada, aunque no homogéneo), y un comportamiento violento moderado en términos de la clasificación establecida para ese ejercicio ($x=48.78$; $ds= 7.31$; Tabla 1).

Tabla 1. Consumo de alcohol y comportamiento violento de la muestra

Variable	Min		Max		X	ds
	f	%	f	%		
Consumo de alcohol (AUDIT)	0		23		4,29	4,48
Comportamiento violento (ISCA)	39		81		48,78	7,31
	Total		Hombres		Mujeres	
	f	%	f	%	f	%
Consumo de alcohol						
<i>Nulo u ocasional (0-3)</i>	240	55.7	102	23.66	138	32.1
<i>Riesgoso (4-8)</i>	96	22.3	47	10.90	49	11.36
<i>Dependiente (mayor a 9)</i>	95	22.0	48	11.14	47	10.90
Comportamiento violento (puntajes T)						
<i>Bajo (inferiores a 40)</i>	89	20.4	43	9.73	46	10.68
<i>Moderado (40-57)</i>	279	65.3	119	27.55	160	37.76
<i>Alto (57 - 82)</i>	62	14.2	35	7.84	28	6.41

Los jóvenes relacionan AVE predominantemente asociados al ámbito escolar, seguido por situaciones con sus pares, familiares, y por último, situaciones de tipo personal; se reportaron entre 0 y 23 acontecimientos estresantes experimentados por cada sujeto en el último año, siendo esta frecuencia ligeramente mayor en mujeres ($x=3.88$; $ds=2.80$) que en hombres ($x=3.24$; $ds=2.72$).

En cuanto los factores psicosociales, se obtuvieron resultados medio a altos, excepto en los subfactores autculpa, optimismo no realista y pesimismo (Ver tabla 2).

Se reportan correlaciones altas, en particular en algunas de las dimensiones medidas por el cuestionario de formas de afrontamiento, como el caso de la búsqueda de soporte social y el afrontamiento dirigido al problema ($r=0.72$), evitación y autculpa ($r=0.49$), y evitación y fantasía ($r=0.51$) y afrontamiento dirigido al problema y fantasía ($r=0.50$). Se observa además que los factores psicosociales y la cantidad de AVE correlacionan con las conductas criterio, aunque con índices bajos. Llamen particularmente la atención las correlaciones negativas obtenidas entre los factores “afrontamiento dirigido al problema” y “bienestar subjetivo” con el comportamiento típicamente no violento, polaridad que se mantiene estable en el modelo obtenido (Tabla 3).

Un primer análisis de varianza (ANOVA) entre los tipos de consumidores (responsables, de riesgo y dependientes) señala que dicho nivel de ingesta de alcohol aumenta conforme a las variables señaladas. Un segundo análisis de varianza relacionó los tres grupos de comportamiento violento que se establecieron (poco violentos, moderadamente violentos y altamente violentos), con los factores hipotetizados. Ambos análisis de varianza registran índices óptimos de significancia (Tabla 4).

Finalmente, se obtuvo un modelo integrador que evidencia la asociación entre las conductas criterios y los factores que revelaron una fuerte capacidad predictiva; en cuanto al comportamiento típicamente no violento se muestran las variables que lo predicen en un 66%, con un chi cuadrado calculado no significativo y 7 grados de libertad, lo cual es aceptable para eventos complejos de corte social. De igual forma, las variables exógenas que predicen el comportamiento de consumo responsable de alcohol, en interrelación, reportan una varianza total explicada para esta conducta del 43% con un chi cuadrado calculado no significativo y 7 grados de libertad, siendo también un buen indicador de predicción en estudios de este tipo.

Tabla 2. Distribución de frecuencias para las variables medidas

Factor psicosocial protector	Min	Max	X	ds	AVE mas reportados						
					Mujeres		Hombres		Total		
					f	%	f	%	f	%	
Bienestar subjetivo	37	105	79.74	10.82							
					<i>Cambio de compañeros</i>	141	60.26	109	56,19	250	58.0
Estilos de afrontamiento					<i>Muerte de familiar</i>	47	20,09	27	13,92	74	17.1
<i>Dirigido al problema</i>	15	56	36.06	7.57	<i>Peleas en el colegio</i>	85	36,32	37	19,07	122	28.3
<i>Búsqueda de soporte social</i>	7	24	15.26	3.57	<i>Enferm./ accid. Familiar</i>	48	20,51	37	19,07	85	19.7
<i>Evitación</i>	9	32	18.60	4.23	<i>Probl. con compañeros</i>	85	36,32	71	36,6	156	36.2
<i>Autoculpa</i>	3	12	6.01	2.00	<i>Peleas con los amigos</i>	72	30,77	49	25,26	121	28.1
<i>Fantasia</i>	8	32	19.13	5.37	<i>Problemas en el colegio</i>	51	21,79	49	25,26	100	23.2
					<i>Dificultades económicas</i>	76	32,48	48	24,74	124	28.8
Optimismo								Mod.	Max	X	ds
<i>Sesgo optimista no realista</i>	0	6	1.79	1.35	<i>Hombres</i>			1	14	3.24	2.72
<i>Optimismo disposicional</i>	1	8	4.70	1.67	<i>Mujeres</i>			3	23	3.88	3.02
<i>Pesimismo</i>	0	8	2.06	1.58							

Tabla 3. Análisis de correlaciones entre los factores medidos, los AVE y las conductas criterio

	Pesimismo	Afrontamiento dirigido al problema	Búsqueda soporte social	Autoculpa	Fantasia	Bienestar subjetivo	comportamiento típicamente no violento	No consumo o esporádico
Edad								-,220
Optimismo no realista	,196						-,169	-,157
Pesimismo					,228	,201	-,143	-,120
Afrontamiento dirigido al problema				,366	,503		-,160	
Búsqueda de soporte social		,722			,440		,108	
Evitación	,234	,361	,436	,497	,516	,219	,226	-,135
Autoculpa	,179		,373				,192	
Fantasia				,407			,211	
Bienestar subjetivo				,216			-,223	-,132
Percepción de AVE	,166			,245	,172	,217	-,354	-,263

* Las correlaciones son significativas al nivel de 0.01 (bilateral)

Tabla 4. Comparación de medias de las variables psicosociales entre los distintos tipos de consumidores y los distintos niveles de comportamiento violento

Según nivel de consumo			Según nivel de comportamiento violento		
Variable	F	p	Variable	F	p
Edad	8,09	0,00	Optimismo no realista	4,61	,01
Optimismo no realista	6,85	0,00	Pesimismo	5,23	,00
Pesimismo	6,51	0,00	Afrontamiento dirigido al problema	8,41	,00
Búsqueda de soporte social	5,43	0,00	Búsqueda de soporte social	9,58	,00
Afrontamiento evitativo	5,22	0,00	Evitación	19,39	,00
AVE	13,35	0,00	Autoculpa	19,35	,00
Comport. típic. no violento	18,67	0,00	Fantasia	8,64	,00
			AVE	37,93	,00
			No consumo o consumo ocasional	18,43	,00

Es muy importante anotar que tanto el comportamiento típicamente no violento como el consumo responsable de alcohol funcionan también como variables predictoras, al punto que el bajo nivel de consumo predice con un categórico

.98% la ocurrencia de comportamientos típicamente no violentos; no obstante, esta última variable solo tiene un 20% de capacidad predictiva en interacción (Figura 2).

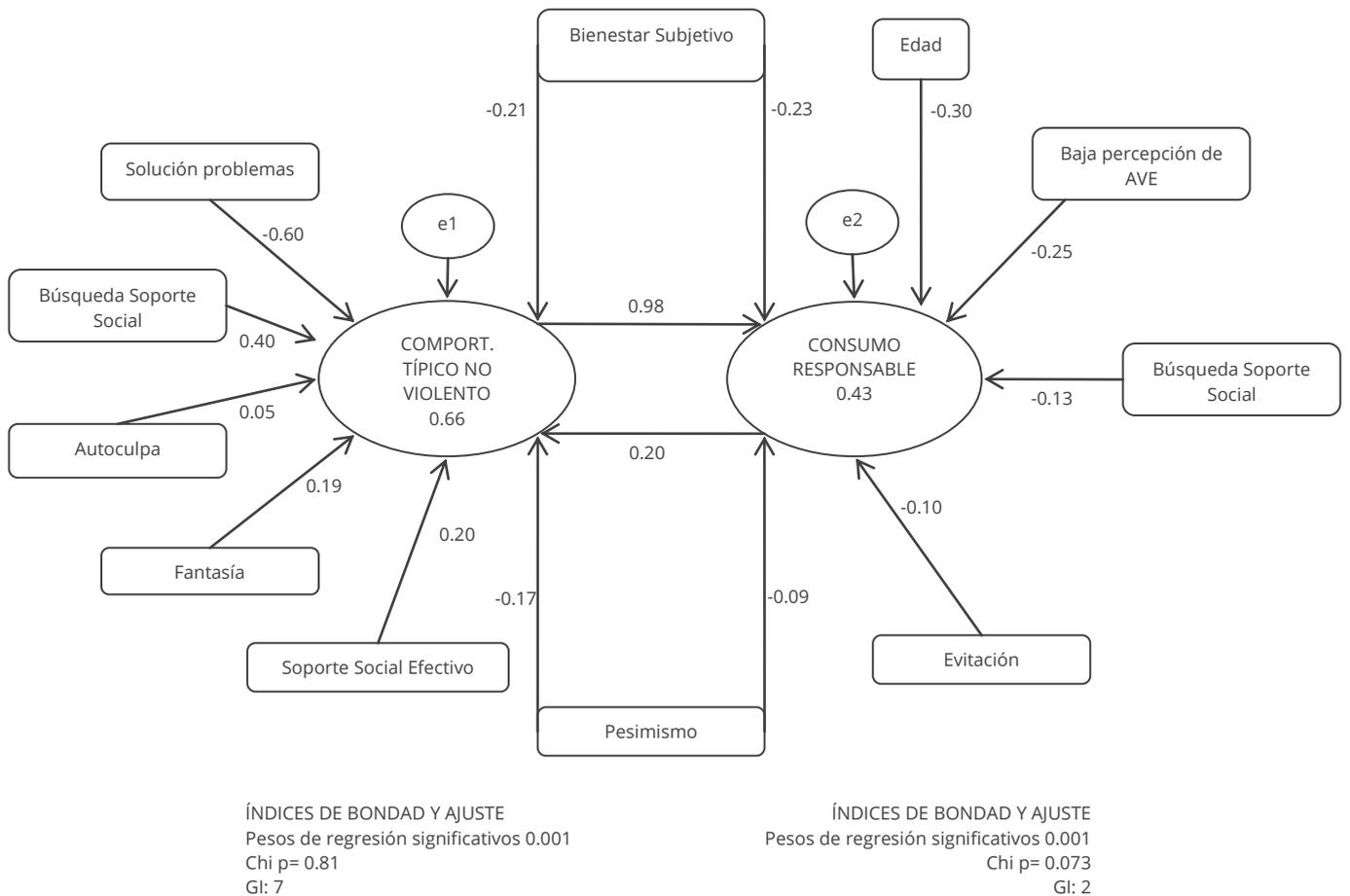


Figura 2. Modelo predictivo del comportamiento típicamente no violento y del consumo responsable de alcohol

DISCUSIÓN

Con relación a la parte del modelo referida a consumo de alcohol las valencias negativas indicarían que los adolescentes, a medida que aumenta su edad, deben tomar decisiones trascendentales para sus vidas, la mayor parte en contextos inciertos, afrontando muchas veces una situación estresante con un estilo evitativo (Calvete y Estévez, 2009; Hampel y Peterman, 2006; Ivory y Kambouropoulos, 2012; Thompson y Auslander, 2011) que se retroalimenta con una carga pesimista hacia el futuro (Seiffge-Krenke et al, 2009), y que por esa vía coadyuva con el distanciamiento del problema, comportamiento generalmente acompañado por conductas riesgosas y/o que comprometen su bienestar (Augusto-Landa,

Pulido-Martos y López-Zafra, 2010); estos aspectos, en interacción, probablemente inciden en una mayor desinhibición conductual y menor autorregulación ante la ingesta de alcohol (Hurre, Lintonen, Kaprio, Marttunen y Aro, 2010), que a su vez aumentan en forma de espiral conforme se incrementa el consumo de esta sustancia (Kuntsche, Knibbe, Engels y Gmel, 2010)

También se puede argüir que no necesariamente el adolescente ingiere alcohol ante la ocurrencia de un evento estresante, sino que lo hace ante situaciones como la creencia en la falta de recursos psicológicos para evaluar riesgos, y la potencial ocurrencia de consecuencias positivas (Bejarano, Ahumada, Sánchez, Cadenas, De Marco, Hynes y Cumsille,

2011; Londoño, 2010); en tal caso, esta población podría actuar creyendo que no corre riesgos y, obviamente, podrían estar más expuestos a involucrarse (como agresor o como víctima) en eventos potencialmente violentos (Velasco, Botero y Londoño, 2011). De manera inversa, la presencia de un consumo responsable de alcohol puede asociarse efectivamente con la ocurrencia de comportamientos típicamente no violentos, aspecto corroborado en el modelo con un 98% de capacidad predictora

Por otra parte, en cuanto a la parte del modelo que relaciona al comportamiento típicamente no violento se puede afirmar que los adolescentes frecuentemente movilizan conductas violentas, legitimadas y naturalizadas como una manera de disciplinar, de defenderse y/o de poner límites en diversas situaciones sociales y familiares (Chaux, 2011; Thompson y Auslander, 2011), reportando incluso una percepción de mitigación significativa del problema desencadenante en contextos hostiles, que se acompaña de sensaciones de seguridad y bienestar (Rasmussen, Aber y Bhana, 2004; Suldo, Shauness y Hardesty, 2008); tales conductas son reforzadas por aspectos como: a) la participación de algunos sujetos como víctimas de hechos concretos de violencia (Cuevas y Castro, 2009), en los cuales aprendieron a responder de igual forma ante eventos nocivos o frustrantes (Bandura, 1973; UNICEF, 2006); b) la exposición a escenas con contenido violento por cuenta de los medios masivos de comunicación, que actúan como modelos susceptibles de ser replicados en cualquier contexto (Holtz y Appel, 2011); c) la falta de control de impulsos (Thompson y Auslander, 2011), y; d) un sentimiento pesimista en el que no se contemplan otras alternativas de resolución (Seiffge-Krenke et al, 2009).

De igual manera se relaciona al comportamiento típicamente no violento con el uso de estilos de afrontamiento como la búsqueda de soporte social en calidad de apoyo emocional para la reducción del estrés percibido y de los efectos relacionados con la violencia recibida (Holt y Espelage, 2005; Seiffge-Krenke, et al, 2009; Suldo, et al, 2008), la autculpa para la reducción de eventos violentos y altamente estresantes a nivel familiar y social (Cantón-Cortés, et al, 2011; Lepisto, Astedt-Kurki, Joronen, Luukkaala y Paavilainen, 2011), y la fantasía en relación con situaciones como la evitación de un comportamiento violento (Cantón-Cortés, et al, 2011), tal y como se planteó en el modelo hipotético previo.

Entonces, de acuerdo con lo establecido en el modelo, se declara que los adolescentes con altos niveles de optimismo (Sipsma, Ikrovcics, Lin y Kershaw, 2011), con habilidades para manejar sus propias emociones, con competencias en la resolución de problemas y que se desempeñan adecuadamente en situaciones sociales, sin duda cuentan con más recursos psicológicos para afrontar con solvencia los AVE a los cuales se enfrentan (Ridenour, et al, 2012), lo que puede incidir en el aplazamiento de la decisión de consumir alcohol

(Kuntsche et al, 2010), y en una mayor tendencia a comportarse de manera pacífica. Sin embargo, y en consecuencia con el análisis planteado, se debe ser prudente en interpretación del modelo teniendo en cuenta que formas de afrontamiento como la evitación, la autculpa y la fantasía pueden ser en muchos casos inadecuadas, y a que aspectos como el sesgo optimista no realista y el bienestar subjetivo se vinculan negativamente a las conductas criterio.

Como limitaciones del modelo se puede decir que para aceptar la validez del mismo se debe tener en cuenta el contexto en el que interactúa el sujeto con sus factores protectores y los AVE identificados, por lo que es necesario contemplar expresiones relativas al género, la edad y los patrones conductuales propios de la población, así como las consecuencias potenciales a corto y largo plazo. Por otra parte, los instrumentos utilizados fueron construidos bajo perspectivas patogénicas, excepto el Inventario de Bienestar Subjetivo, por lo que al tener información desde ambas perspectivas surgieron dificultades en el desarrollo del modelo confirmatorio. Así mismo, al ser un estudio transversal, no es posible una generalización de los datos en el tiempo, y en consonancia con ello, conviene complementar estos hallazgos con la realización de estudios longitudinales que examinen mejor la magnitud del ajuste y la dirección de las relaciones predichas.

IMPLICACIONES Y FUTURAS ORIENTACIONES

Es pertinente la elaboración de estudios análogos que contribuyan a la reducción del subregistro y a la construcción de líneas de base (Bejarano y Rendón, 2009) que consideren los autorreportes y otras fuentes como la observación directa, los reportes de terceros, e incluso, medidas psicofisiológicas; dichas líneas de base deben aportar al diseño e implementación de propuestas multinivel que procuren un desarrollo de las potencialidades psicológicas de los adolescentes, incluyendo la construcción de estilos de afrontamiento adaptativos ante diferentes AVE contemporáneos (Skinner y Zimmer-Gembeck, 2007; Aydin, 2010), favoreciendo posiblemente la reducción de la edad de inicio de consumo de alcohol y la adopción de una cultura de paz.

Finalmente, es deseable desarrollar nuevos modelos que incorporen patologías como los trastornos de conducta alimentaria, el consumo de drogas ilícitas, las adicciones conductuales y tecnológicas, el comportamiento sexual irresponsable, la ideación suicida, el estrés postraumático, los trastornos de ansiedad y las alteraciones del estado de ánimo entre otros problemas de salud pública, relacionando factores psicológicos como los estilos de personalidad (Carver y Connor-Smith, 2010), la espiritualidad (Pérez, Lettle y Henrich, 2009), la esperanza (McLaughlin y Hatzenbuehler, 2009), las emociones

positivas (Gilbert, 2012), la conducta prosocial (Zimmer-Gembeck, Geigery Crick, 2005), el autocontrol (Wills et al, 2008), y la autonomía (Mullis, Graf y Mullis, 2009; Weinstein y Mermelstein, 2007), entre otros.

Conflicto de intereses

Los autores manifiestan no tener ningún tipo de conflicto de intereses con relación al estudio presentado

REFERENCIAS

- Amar J., Palacio J., Llinás H., Puerta L., Sierra E., Pérez A. y Velásquez B. (2008). Calidad de vida y salud mental positiva en menores trabajadores de Toluvejo. *Suma Psicológica*, 15 (2), 385-403.
- Augusto-Landa, J., Pulido-Martos, M. y López-Zafra, E. (2010). Does Perceived Emotional Intelligence and Optimism/Pesimism Predict Psychological Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 12, 463-474.
- Aydin, K. (2010). Strategies for coping with stress as predictors of mental health. *International Journal of Human Sciences*, 7, (1), 534-547. APA
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. New Jersey, Prentice-Hall.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11 (3), 125, 146
- Bejarano, J., Ahumada, G., Sánchez, G., Cadenas, N., De Marco, M., Hynes, M. y Cumsille, F. (2011). Perception of Risk and Drug Use: An Exploratory Analysis of Explanatory Factors in Six Latin American Countries. *The Journal of International Drug, Alcohol and Tobacco Research*. 1 (1), 9-17.
- Benson, P., Scales, P., Hamilton, S. y Sesman, A. (2006). Positive youth development: Theory, research and applications. En R. M. Lerner (Ed.), *Theoretical models of human development*. Volume 1 of *Handbook of Child Psychology* (6ª ed., pp. 894-941). Hoboken, NJ: Wiley.
- Brissette, I., Scheier, M. y Carver, C. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 102-111.
- Cabanyes, J. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(4):145-151
- Calvete, E. y Estévez, A. (2009) Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21,(1), 49-56
- Camacho C. y Camacho M. (2005). Habilidades sociales en adolescencia: un programa de intervención. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*. 3, 1-27.
- Cantón-Cortés, D., Cantón, J., Justicia, F. y Cortés, M. (2011). Un modelo de los efectos del abuso sexual infantil sobre el estrés post-traumático: el rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación. *Psicothema*, 23, (1), 66-73
- Carver, C. y Connor-Smith, J. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679 – 704.
- Catalano, R., Berglund, M., Ryan, J., Lonczak, H. y Hawkins, D. (2004). Positive youth development in the United States: Research Findings on evaluations of positive youth development programs. *The annals of the American academy of political and social science*, 591, 98-124.
- Chaux, E. (2011). Múltiples perspectivas sobre un problema complejo: comentarios sobre cinco investigaciones en violencia escolar. *Psyche*, 20 (2), 79-86.
- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14 (3), 544-550.
- Cicua, D., Méndez, M. y Muñoz, L. (2008). Factores en el consumo de alcohol en adolescentes de Bogotá entre 12 y 17 años, pertenecientes a los estratos 4 y 5. *Pensamiento Psicológico*. 4 (11), 115- 134.
- Clarke, A. (2006). Coping with interpersonal stress and psychosocial health among childrens and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 11-24
- Colegio Colombiano de Psicólogos (2009). Código Deontológico y Bioético para el ejercicio de la Psicología en Colombia. Bogotá, D.C. Javegraf.
- Congreso de la República de Colombia (1986). Estatuto Nacional de Estupefacientes- Ley 30. Disponible en <https://www.dne.gov.co/?idcategoria=1443#> . Consultado en marzo de 2013
- Conway, F., Magai, C., Springer, C. y Jones, S. (2008). Optimism and pessimism as predictors of adjustment. *Journal of Research in Personality*, 42(5), 1352-1357
- Corsano, P., Majorano, M. y Champetravy, L. (2006). Psychological Well-Being in Adolescence. The contribution of interpersonal relations and the experience of being alone. *Adolescence*, 41 (162), 341-343.
- Cote, M. (2007). Manejo del trastorno por dependencia al alcohol; conceptos generales. *Típica – Boletín Electrónico de Salud Escolar*. 3 (2),1-10. Disponible en www.tipica.org
- Cuevas, M. y Castro, L. (2009). Efectos emocionales y conductuales de la exposición a violencia en niños y adolescentes en Colombia. *Behavioral Psychology*, 17 (2), 277-297.
- Dahlberg, L. y Krug, E. (2002) La violencia, un problema mundial de salud pública. (pág. 1-23). En *Informe mundial sobre violencia y salud*. Washington, D.C. OPS.
- De Zubiría, J. (2009). La violencia en los colegios de Bogotá. Disponible en http://www.institutomerani.edu.co/publicaciones/articulos/2009/La_violencia_en_los_colegios_de_Bogot%C3%A1.pdf . Consultado en mayo de 2012.
- Extremera, Durán y Rey (2006) Perceived emotional intelligence and dispositional optimism-pessimism: Analyzing their role in predicting psychological adjustment among adolescents. *Personality and Individual Differences* 42, 1069-1079
- Fernández-Abascal, E. (1997). Estilos y Estrategias de Afrontamiento. En E.G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.), *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*. Madrid: Pirámide.
- Figueroa, Contini, Lacunza, Levín y Estévez (2005) Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21, (1), 66-72.
- Fischer, R. y Chalmers, A. (2008). Is optimism universal? A meta-analytical investigation of optimism levels across 22 nations. *Personality and Individual Differences*, 45 (5) 378-382.
- Frydenberg, E. (2009). The relationship between problem-solving efficacy and coping amongst Australian adolescents. *British Journal of Guidance yCounselling*; 37 (1), 51-64,
- Gilbert, K. (2012). The neglected role of positive emotion in adolescent psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32, 467-481.
- Griffin, K., Scheier, L., Botvin, G. y Díaz, T. (2001). Protective Role of Personal Competence Skill in Adolescent Substance Use: Psychological Well-Being as a Mediating Factor. *Psychology of Addictive Behaviors*. 15, (3), 194-203.

- Hampel, P. y Petermann, F. (2006). Perceived stress, coping, and adjustment in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 38, 409-415.
- Holt, M. y Espelage, D. (2005). Social support as a moderator between dating violence victimization and depression/anxiety among African American and Caucasian adolescents. *School Psychology Review*, 34, (3), 309-328.
- Holtz, P. y Appel, M. (2011). Internet use and video gaming predict problem behavior in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 34, (1), 49-58.
- Huurte T., Lintonen T., Kaprio J., Pelkonen M., Marttunen M. y Aro, H. (2010). Adolescent risk factors for excessive alcohol use at age 32 years. A 16-year prospective follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45 (1), pp. 125-34.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2010). Boletín anual SRPA primera parte. Disponible en https://www.icbf.gov.co/icbf/directorio/portel/libreria/pdf/BOLETIN_ANUALSRPAParte1ener25de2010.pdf. Consultado en Mayo de 2012
- Ivory, N. y Kambouropoulos, N. (2012). Coping mediates the relationship between revised reinforcement sensitivity and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 52, (7), 822-827.
- Izutsu, T., Tsutsumi, A., Islam, A., Kato, S., Wakai, S. y Kurita, H. (2006). Mental health, quality of life, and nutritional status of adolescents in Dhaka, Bangladesh: Comparison between an urban slum and a non-slum area. *Social Science y Medicine* 63, 1477-1488
- Juárez, F. y Montejo, M. (2008). Propiedades psicométricas del inventario de situaciones y comportamientos agresivos y del inventario de motivos para la agresión. *Universitas Psychologica*, 7, (1), 149-171.
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Engels, R. y Gmel, G. (2010). Being Drunk to Have Fun or to Forget Problems. Identifying Enhancement and Coping Drinkers Among Risky Drinking Adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 26, (1), 46-54
- Larsman, P., Eklöf, M. y Törner, M. (2012). Adolescent's risk perceptions in relation to risk behavior with long-term health consequences; antecedents and outcomes: a literature review. *Safety Science*, 50, 1740-1748.
- Lema, L., Varela, M., Duarte, C. y Bonilla, M. (2011). Influencia familiar y social en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 29(3), 264-271.
- Lepisto, S., Astedt-Kurki, P., Joronen, K., Luukkaala, T. y Paavilainen, E. (2011). Adolescents' experiences of coping with domestic violence. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1232-1245.
- Londoño, C., (2009) Optimismo y salud positiva como predictores de la adaptación a la vida universitaria. *Acta Colombiana de Psicología*, 12 (1) 95 - 107.
- Londoño, C. (2010). Resistencia de la presión de grupo, creencias acerca del consumo y consumo de alcohol en universitarios. *Anales de Psicología*, 26, (1), 27-33.
- Londoño, C., Hernández, L., Alejo, I. y Pulido, D. (2013). Diseño y elaboración de una escala de Optimismo Disposicional/ Pesimismo - EOP. *Universitas Psychologica*, En prensa.
- McHugh, T., Forbes, D., Bates, G., Hopwood, M. y Creamer, M. (2012). Anger in PTSD: ¿Is there a need for a concept of PTSD-related posttraumatic anger? *Clinical Psychology Review*, 32, 93-104.
- Marín, J. (2009). Conductas prosociales en el barrio los Pinos de la ciudad de Barranquilla, Colombia. *Revista CES Psicología*, 2 (2), 60-75.
- McLaughlin, K. y Hatzenbuehler, M. (2009). Mechanisms linking stress full life events and mental health problems in a prospective ,community-based sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*; 44, 153- 160.
- Meng, X., Tao, F., Wan, Y., Hu, Y. y Wang, R. (2011). Coping as a Mechanism Linking Stressful Life Events and Mental Health Problems in Adolescents. *Biomedical and Environmental Sciences*, 24, (6), 649-655
- Ministerio de la Protección Social - Dirección Nacional de Estupefacientes (2008). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas: Informe Final.
- Montañez M., Bartolomé R., Montañez J. y Parra M. (2008). Influencia del contexto familiar en conductas adolescentes. *Ensayos*, 17, 391-407.
- Montealegre, R. (2007). La solución de problemas cognitivos: una reflexión cognitiva sociocultural. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25, (2), 20-39.
- Mullis, R., Graf, S. y Mullis, A. (2009). Parental Relationships, Autonomy, and Identity Processes of High School Students. *The Journal of Genetic Psychology*, 170(4), 326-338
- Murberg, T. (2009). Associations Between Personality and Coping Styles among Norwegian Adolescents. *Journal of Individual Differences*, 30, (2), 59-64.
- Oliva, A., Jiménez, J., Parra, Á. y Sánchez- Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 (1), 53-62.
- Oliva, A., Ríos, M., Antolín, L., Parra, A., Hernando, A. y Pertegal, A. (2010). Más allá del déficit: construyendo un modelo de desarrollo positivo adolescente. *Infancia y Aprendizaje*, 33 (2), 223-234.
- Omar, A., Paris, L., Aguiar de Souza, M., Almeida da Silva, S. y Pino, R. (2009). Validación del inventario de bienestar subjetivo con muestras de jóvenes y adolescentes argentinos, brasileros y mexicanos. *Suma Psicológica*, 16, 2, 69-84,
- Organización Mundial de la Salud OMS (2011). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011. Recuperado de http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf. Consultado en febrero de 2012.
- Ospina (2007). La medición de la resiliencia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25 (1), 58-65.
- Pérez, A., Scoppetta, O. y Flórez-Alarcón, L. (2011). Age at Onset of Alcohol Consumption and Risk of Problematic Alcohol and Psychoactive Substance Use in Adulthood in the General Population in Colombia. *The Journal of International Drug, Alcohol and Tobacco Research*, 1 (1), 19-24.
- Pérez, J., Little, T. y Henrich, C. (2009). Spirituality and depressive symptoms in a school-based sample of adolescent: a longitudinal examination of mediated and moderated effects. *Journal of Adolescent Health*, 44, 380-386.
- Pesonen, A. y Räikkönen, K. (2012). The lifespan consequences of early life stress. *Physiology y Behavior*, 106, 722-727
- Rasmussen, A., Aber, M. y Bhana, A. (2004) Adolescent Coping and Neighborhood Violence: Perceptions, Exposure, and Urban Youths' Efforts to Deal With Danger. *American Journal of Community Psychology*, 33, (1/2), 61-75.
- Ridenour, T., Meyer-Chilenski, S. y Erin E.R. (2012). Developmental momentum toward substance dependence: Natural histories and pliability of risk factors in youth experiencing chronic stress. *Drug and Alcohol Dependence*, 123 Supl. 1, 87-98
- Rodríguez-Matos, D. y Torrealba, L. (2002). La reducción de daños relacionados con el alcohol desde una perspectiva municipal: la estrategia de Barcelona. *Trastornos Adictivos*, 4 (1), 28-38
- Rubio, V., Bermejo, V., Caballero, S. y Santo-Domingo, C. (2000). Validation of the alcohol use disorders identification test (AUDIT) in primary care. Madrid. Universidad Autónoma de Madrid.
- Ruíz, Pardo y San Martín (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del Psicólogo*, 31 (1), 34-45.
- Seiffge-Krenke, I., Aunola, A. y Nurmi, J. (2009). Changes in Stress Perception and Coping During Adolescence: The Role of Situational and Personal Factors. *Child Development*, 80, (1), 259 - 279

- Sipsma, H., Ikrovcis, J., Lin H. y Kershaw, T. (2011). Future Expectation among Adolescents. A Latent Class Analysis. *American Journal of Community Psychology* - Online First. Disponible en <http://www.sinab.unal.edu.co:2090/content/a16u01682300063x/fulltext.html>. Consultado en marzo de 2012.
- Sistema de Información Regional sobre Drogas Eje Cafetero SIDECA (2009). Situación Actual del Consumo. Recuperado de <http://www.sidec.org.co/index.php/component/content/article/35-actuales/47-situacion-actual-del-consumo>. Consultado en Septiembre de 2010.
- Skinner, E. y Zimmer-Gembeck, J. (2007). The Development of Coping. *Annual Review -Psychology*. 58, 119-144.
- Suldo, S., Shaunnessy, E. y Hardesty, R. (2008). Relationship among stress, coping and mental health in high-achieving high school students. *Psychology in the Schools*, 45, (4), 273-290.
- Thompson, R. y Auslander, W. (2011). Substance Use and Mental Health Problems as Predictors of HIV Sexual Risk Behaviors among Adolescents in Foster Care. *Health and Social Work*, 36, (1), 33-43.
- UNICEF (2006). La Violencia contra niños, niñas y adolescentes: Informe de América Latina en el marco del Estudio Mundial de Naciones Unidas. Disponible en [www.unicef.org/lac/Estudio_violencia\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Estudio_violencia(1).pdf). Consultado en enero de 2012.
- Velasco, M., Botero, P. y Londoño, C. (2011). Recursos Psicológicos: Afrontamiento, Optimismo y Calidad de Vida. En *Avances y Perspectivas en Psicología de la Salud*. Bogotá, Colegio Colombiano de Psicólogos.
- Vitaliano, P., Russo, J., Carr, J., Maiuro, R. y Becke, J. (1985). The ways of coping check list. Revision and Psychological Properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 3-26.
- Weinstein, S. y Mermelstein, R. (2007). Relations Between Daily Activities and Adolescent Mood: The Role of Autonomy. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*; 36 (2), 182-194.
- Wills, T., Ainette M., Stollmiller M. y Gibbons F. (2008). Good self-control as a buffering agent for adolescent substance use: An investigation in early adolescence with time-varying covariates. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(4), 459-471.
- Zimmer-Gembeck, M., Geiger, T. y Crick, N. (2005). Relational and Physical Aggression, Prosocial Behavior, and Peer Relations Gender Moderation and Bidirectional Associations. *Journal of Early Adolescence*, 25(4), 421-452.

SABER, VALORAR Y ACTUAR: RELACIONES ENTRE INFORMACIÓN, ACTITUDES Y CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE LA GESTACIÓN

KNOWING, VALUING AND ACTING: RELATIONSHIPS BETWEEN INFORMATION, ATTITUDES AND DRINKING DURING PREGNANCY

Mariana Beatriz López

Centro Interdisciplinario de Investigación en Psicología Matemática y Experimental (CIIPME) - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) / Universidad Autónoma de Entre Ríos (UADER, Argentina)

Abstract

Drinking alcohol during pregnancy can lead to different problems with different levels of severity, encompassed by the term Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Considering that a safe dose of alcohol during pregnancy has not been determined, the official recommendation of various national and international organizations is abstinence. However, the evidence indicates that although many women are aware that alcohol can alter fetal development, most of them believe that some consumption during pregnancy is acceptable.

Through this study, we intend to contribute to the understanding of the relationship between knowledge, attitudes and drinking during pregnancy. To achieve this, we analyze semi structured interviews carried on with puerperal women in Argentina (n = 641). 70.4% of women reported having received some information about a potential adverse effect of alcohol consumption during pregnancy, but few of them had accurate information and only 6.1% mentioned a health professional as source. Information and attitudes were strongly linked. Attitudes were significantly associated to some alcohol consumption during pregnancy and to binge drinking during that period.

Keywords: Alcohol; Attitudes; Information; Pregnancy.

Resumen

El consumo de alcohol durante la gestación puede dar lugar a distintos problemas de diferentes niveles de severidad, englobados en la expresión *Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal*. Hasta el momento no ha podido determinarse una dosis de alcohol segura durante la gestación, por lo cual la recomendación de distintos organismos nacionales e internacionales es la abstinencia. Sin embargo, la evidencia señala que aunque muchas mujeres tienen conocimiento de que el alcohol puede alterar el desarrollo del feto, la mayoría piensa que algún consumo durante la gestación es aceptable.

A través de este estudio buscamos contribuir a la comprensión de las relaciones entre información, actitudes y consumo durante la gestación. Para ello, analizamos entrevistas semiestructuradas realizadas a mujeres púerperas en Argentina (n=641). El 70,4% de las mujeres manifestó haber recibido alguna información sobre un potencial efecto adverso del consumo de alcohol durante la gestación, pero pocas de ellas poseían información precisa y sólo el 6,1% mencionó a un profesional de la salud como fuente. La información y las actitudes se encontraron fuertemente vinculadas. Las actitudes se asociaron de modo significativo al consumo de alguna cantidad de alcohol durante la gestación y al consumo excesivo episódico durante ese período.

Palabras clave: Actitudes; Alcohol; Gestación; Información.

Correspondencia: Mariana Beatriz López
E-mail: nanablopez@gmail.com

La exposición intrauterina a alcohol es una de las principales causas evitables de retraso mental, problemas neurológicos y del desarrollo. El *Síndrome de Alcoholismo Fetal* (SAF), caracterizado por problemas de crecimiento anteriores y posteriores al parto, dismorfia cráneo-facial y disfunción del Sistema Nervioso Central (Sokol & Clarren, 1989), es la consecuencia más severa de la exposición a alcohol durante la gestación. Sin embargo, la exposición intrauterina a alcohol puede dar lugar a distintos problemas y esos problemas pueden tener, a su vez, diferentes niveles de severidad. El término *Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal* (TEAF), se utiliza para englobar todos ellos (Sokol, Delaney-Black & Nordstorm, 2003).

El consumo regular de grandes cantidades de alcohol durante el embarazo, relacionado con serios problemas en el desarrollo del feto (O'Leary, 2002; NIAAA, 2003), no es el único patrón de consumo –cantidad y frecuencia– que podría ser perjudicial. Hace algunos años, una revisión de investigaciones puso en evidencia que aún el consumo de cantidades moderadas de alcohol durante la gestación puede ser asociado con problemas conductuales y neuro-cognitivos en el niño (Gunzerath, Faden, Zakhari, & Warren, 2004). El consumo de una unidad estándar –10 o 12 gr. de alcohol– por día en la gestación temprana se encontró asociado a un aumento en el riesgo de aborto espontáneo y mortalidad perinatal, a un menor peso al nacer y a dificultades de crecimiento postnatal, y a problemas en el desarrollo intelectual (Lewis et al., 2012; Streissguth, Barr, Sampson, & Bookstein, 1994; Windham, Fenster, & Swan, 1992). Por otro lado, el consumo según un patrón de uso irregular o esporádico de cantidades altas de alcohol, usualmente denominado *binge drinking*, que estaría siendo observado en mujeres jóvenes en el medio local (Munné, 2005), ha sido relacionado con consecuencias adversas independientemente del promedio del volumen total consumido (Maier & West, 2001).

Las consecuencias de la exposición prenatal a alcohol sobre el niño no sólo dependerían de la cantidad total consumida por la madre o de su patrón de consumo, sino que estarían además mediadas por factores tales como el momento del proceso gestacional en el que se consume alcohol; la edad, las características metabólicas y el estado nutricional de la madre; y las características genéticas del feto y de la madre (Abel & Sokol, 1986; Carter, Jacobson, Sokol, Avison, & Jacobson, 2013; Lee et al., 2005; Maier, Miller, Blackwell, & West, 1999; Schneider, Moore, Barr, Larson, & Kraemer, 2011; Zeisel, 2011)

En conjunto, estos hallazgos justifican la creciente tendencia por parte de los organismos de salud internacionales y los cuerpos de profesionales a modificar las recomendaciones oficiales respecto del consumo de alcohol durante la gestación - que hace unas décadas eran mayoritariamente el consumo moderado- hacia la abstinencia. La recomendación oficial de países como Australia, Canadá, Francia, Países Bajos, Nueva Zelanda, España y Estados Unidos es la abstinencia

(*International Center for Alcohol Policies*, 1999). En Argentina, el Centro Nacional de Genética Médica creó en el año 2000 un servicio de información gratuita sobre agentes teratógenos con el nombre *Salud Fetal* (<http://www.anlis.gov.ar/inst/CeNaGeM/saludfetal/todo.htm>) para asesorar a profesionales de la salud y a la población en general. El organismo recomienda abstenerse del consumo de alcohol durante el embarazo.

Sin embargo, la mayor parte de los estudios que exploran la información que poseen las mujeres respecto al consumo de alcohol durante la gestación y las actitudes que tienen hacia el consumo de alcohol durante ese período han hallado que, aunque en general tienen conocimiento de que el alcohol puede alterar el desarrollo del feto, la mayoría de las mujeres piensa que algún consumo durante la gestación es aceptable (Kesmodel & Schioler Kesmodel, 2002; Lelong, Kaminski, Chwalow, Bean & Subtil, 1995).

Algunas investigaciones que han analizado la relación entre información, actitudes y consumo de alcohol durante la gestación, subrayan la importancia de las actitudes frente a la información, por su relación con el consumo. Kesmodel y Schioler Kesmodel (2002), en un estudio llevado a cabo en Dinamarca, hallaron que las mujeres que creían que una mujer gestante debería abstenerse del consumo de alcohol eran significativamente más propensas a abstenerse del consumo durante ese período, mientras que el nivel de aceptación del consumo se encontró asociado con el consumo excesivo episódico. Las autoras no encontraron una relación entre el nivel de aceptación del consumo durante la gestación y el conocimiento sobre la recomendación oficial de abstinencia, o el hecho de que la mujer hubiera hablado con personal de salud respecto del consumo de alcohol durante la gestación.

Buscando contribuir a la comprensión de la problemática del consumo de alcohol durante la gestación en nuestro contexto, en el presente artículo presentamos los resultados de un estudio exploratorio y descriptivo sobre la información respecto de las consecuencias del consumo de alcohol durante la gestación en mujeres puérperas, y analizamos las relaciones entre la disposición de información, las actitudes hacia el consumo durante la gestación y el consumo de alcohol durante ese período.

METODOLOGÍA

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 641 mujeres puérperas, entrevistadas en dos centros de atención perinatal de la ciudad de Santa Fe, uno público y el otro privado. En el centro de atención privado se entrevistaron 164 mujeres, mientras que en el centro público se entrevistaron 477. La edad media de las mujeres entrevistadas fue de 25,6 (SD: 6,6), oscilando entre los

13 y los 44 años. El 59% de las mujeres se encontraba conviviendo con una pareja –unión de hecho– y el 24,6% manifestó estar casada al momento de la entrevista; el 64,3% tenía hijos anteriores. La mayoría de las mujeres tenía menos de 13 años de educación formal –61,9%– y era Ama de Casa –53,7%. Sólo el 19,3% tenía un empleo de tiempo parcial y el 14,3% tenía un empleo de tiempo completo.

Instrumentos

Este trabajo forma parte de un estudio de mayor dimensión en el cual se utilizó un cuestionario semi-estructurado para evaluar: a. Patrones de consumo de alcohol y problemas vinculados al consumo; b. Información y actitudes respecto al consumo de alcohol durante la gestación, y; c. Información general respecto del embarazo y datos socio-demográficos. La cantidad y frecuencia del consumo de alcohol durante la gestación se evaluó mediante el método de Cantidad-Frecuencia; la regularidad del consumo y el consumo episódico de cantidades altas de alcohol se evaluaron mediante el método de Frecuencia Graduada. El apartado del cuestionario sobre información y actitudes respecto del consumo se construyó *ad hoc*, tomando como base estudios anteriores sobre el tema (Kesmodel & Schioler Kesmodel, 2002; Raymond, Beer, Glazebrook, & Sayal, 2009). Se incluyeron en él:

- 1) Preguntas respecto a la información brindada por el médico que atendió a la mujer durante la gestación.
 - a. ¿Habló con su médico sobre el consumo de alcohol durante el embarazo? (Sí/No)
 - b. ¿Quién de los dos (usted o el médico) introdujo el tema? (El médico-La entrevistada).
 - c. ¿Le hizo recomendaciones específicas respecto a la cantidad que debería beber? (Sí/No). En caso de sí, ¿cuál fue la recomendación? (Respuesta abierta).
- 2) Preguntas sobre información respecto a los efectos positivos y negativos del consumo durante la gestación.
 - a.1. Recibió alguna vez información sobre un potencial efecto beneficioso del consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo? (Sí/No). En caso de sí: ¿Qué información? (Respuesta abierta).
 - a.2. ¿De quién o de dónde obtuvo esa información? (Pre-categorizada).
 - b.1. Recibió alguna vez información sobre un potencial efecto adverso –dañino o perjudicial– del consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo? (Sí/No). En caso de sí: ¿Qué información? (Respuesta abierta).
 - b.2. ¿De quién o de dónde obtuvo esa información? (Pre-categorizada).
- 3) Preguntas sobre actitudes frente al consumo durante la gestación.
 - a. ¿Cree usted que es importante prestar atención al consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo?, es decir, ¿cree que una mujer embarazada tendría que limitar su consumo de bebidas alcohólicas? (Sí/No/No sé).
 - b. ¿Cuánto cree usted que debería tomar una mujer durante la gestación? (Pre-categorizada).
 - c. ¿Cree que podría ser dañino para el feto si la madre tomara más de 5 tragos en una sola ocasión (por ejemplo...)? (Sí/No/No sé).

Procedimiento

Se realizó un muestreo probabilístico sistemático por conglomerados. Los conglomerados fueron seleccionados por conveniencia. Las entrevistas personales tuvieron una extensión promedio de 20 minutos, y se realizaron durante las 48 hs posteriores al parto. La participación en el estudio fue voluntaria y los datos se recolectaron de forma anónima.

Se solicitó consentimiento informado a todas las participantes. En el caso de ser menores de edad, además de invitar a las mujeres a participar, se le requirió el consentimiento al familiar a cargo. A modo de retribución por la participación, se les entregó un folleto sobre el tema “lactancia y alcohol”, conteniendo información básica al respecto y un listado de lugares donde obtener mayor información y asistencia para problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias. Este estudio contó con el aval del Comité de Ética del Centro Interdisciplinario de Investigación en Psicología Matemática y Experimental (CIIPME), unidad ejecutora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) de la Argentina.

Análisis de datos

El análisis de datos se realizó utilizando como soporte los programas SPSS, versión 17, y ATLAS-TI, versión 6.0.15. Se realizó análisis de contenido de las respuestas abiertas sobre información respecto a los efectos positivos y negativos del consumo de alcohol durante la gestación, llevando a cabo codificación *en vivo* (Saldaña, 2009), generando temas de modo inductivo, a partir de los datos, y teniendo en cuenta los resultados de investigaciones previas en el análisis de los mismos.

Se realizó un análisis descriptivo de las preguntas con respuestas precategorizadas respecto a Información y Actitudes. Para analizar la asociación entre Información,

Actitudes y Consumo se utilizaron los estadísticos Chi cuadrado y V de Cramer. Para este análisis se consideró como *Información sobre efectos negativos* cualquier información de cualquier fuente que la persona hubiera manifestado poseer. Respecto a las actitudes se consideraron tres aspectos: 1. La actitud general hacia el consumo durante la gestación expresada en la pregunta sobre la necesidad de limitarlo; 2. La actitud considerando distintos niveles de consumo, y; 3. La actitud respecto al consumo excesivo esporádico durante la gestación. Se analizó la relación entre la Información y las Actitudes, así como la relación de cada una de estas variables, por un lado, y el consumo de alcohol durante la gestación por el otro, teniendo en cuenta dos categorías: 1. Consumo de alguna cantidad de alcohol durante la gestación –desde que supo del embarazo– y, 2. Consumo excesivo esporádico durante el embarazo, es decir, consumo de 5 o más tragos –unidades estándar de 12 gramos de alcohol– en la misma ocasión.

RESULTADOS

Información brindada por el médico que atendió a la mujer durante la gestación

De las mujeres entrevistadas, menos de la mitad (44,5%) refirió haber hablado con el profesional de la salud que la atendió por el embarazo –en Argentina suele ser un médico, generalmente especialista en Ginecología y Obstetricia– respecto del consumo de alcohol durante la gestación. De las mujeres que sí habían hablado con su médico sobre el tema, en el 96% de los casos el tema había sido introducido por el médico, quien les había preguntado si consumían bebidas alcohólicas.

A partir de las preguntas respecto de las recomendaciones específicas que el médico les había hecho, se realizó una categorización de las respuestas que se presenta en la Figura 1.

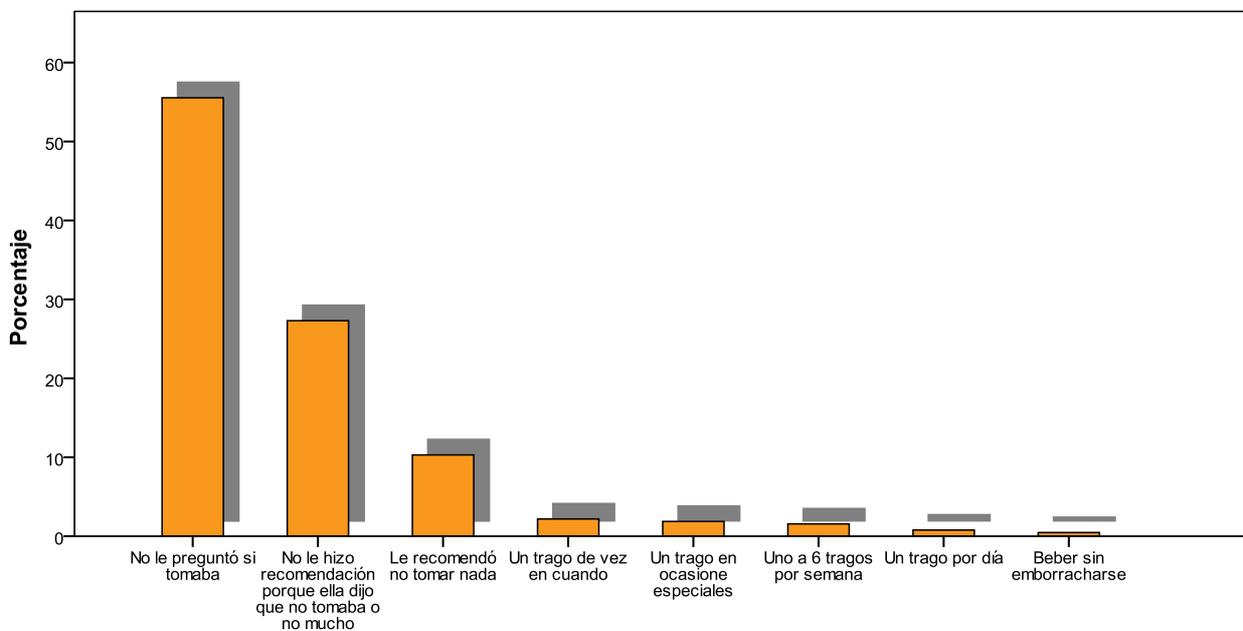


Figura 1. Recomendaciones médicas respecto del consumo durante la gestación

Como se deduce de la Figura 1, de acuerdo con lo manifestado por las mujeres entrevistadas, en la mayoría de los casos en que el médico habló con ellas respecto del consumo, sólo les preguntó si tomaban y frente a la respuesta negativa no realizó ninguna recomendación o comentario al respecto. Teniendo en cuenta que el 55,5% de las mujeres no habló con su médico sobre el consumo de alcohol durante la gestación y al 27,3% sólo le preguntaron si tomaba pero frente a la respuesta negativa no le brindaron ninguna información al respecto, sólo el 17,2% recibió de su médico una recomendación específica sobre el consumo de alcohol durante la gestación. De ese 17,2%, la mayoría recibió la recomendación

de beber un trago –unidad estándar: 10 a 12 gr– de vez en cuando o el ocasiones especiales (4,1%) y el 1,6% la de beber menos de un trago por día. Las recomendaciones menos frecuentes fueron las de beber un trago por día o beber sin emborracharse –0,8% y 0,5% respectivamente.

Información respecto a los efectos positivos del consumo durante la gestación

El 71,9% de las mujeres manifestaron no poseer información de ninguna fuente respecto a efectos positivos del consumo de alcohol durante la gestación. Entre el 28,1%

restante, las fuentes de información más referidas fueron los familiares y amigos, y entre ellos, las abuelas o “los viejos” – personas mayores.

De acuerdo al análisis de contenido de las respuestas abiertas, las bebidas a las que se les atribuye efectos positivos son cuatro, en orden de prevalencia: cerveza (14,5% del total) y cerveza negra (9,4%), vino (2,2%) y fernet –aperitivo a base de hierbas– (0,2%). Algunas mujeres mencionan los ingredientes de esas bebidas a los que les atribuyen los efectos positivos. En el caso de la cerveza se mencionan la malta, la cebada y la levadura (1,9% en total); y en el caso del fernet, las hierbas.

Los efectos positivos más mencionados refieren a las propiedades positivas de la cerveza en relación a la lactancia: “...es linda para que baje la leche”; “...tiene cebada y eso produce leche”; “para tener un poco de leche”; “...decían que era bueno para los pechos”. En la Figura 2 presentamos el análisis de contenido de las respuestas incluyendo los efectos atribuidos por bebida. Además de la información sobre los Efectos Positivos se incluye en la figura el Nodo *Esta información no es creída/ no guía la acción* para incorporar en el análisis las aclaraciones de algunas mujeres que manifestaron que, aunque habían escuchado sobre algún efecto positivo, no creían que fuera cierto y/o no habían actuado en consecuencia (ver Figura 2).

Algunas condiciones que moderarían el efecto positivo de las bebidas completan el análisis de la información sobre efectos positivos del consumo de bebidas alcohólicas durante la gestación y la lactancia. En primer lugar la cantidad: de acuerdo con algunas mujeres hace bien si se bebe “un poco” o “un vaso” – y no más– (n: 7); en segundo lugar el momento del día o del desarrollo: con la comida (n: 6) y a la mañana (n: 1).

Información respecto a los efectos negativos del consumo durante la gestación

El 29,6% de las mujeres manifestaron no poseer información de ninguna fuente respecto a efectos negativos del consumo de alcohol durante la gestación. Entre el 70,4% restante, las fuentes de información sobre efectos negativos más referidas fueron los familiares –16,4% del total de entrevistadas– y la televisión –14,4%–. La fuente pre-categorizada *Médico* sólo fue mencionada por el 6,1% del total de las entrevistadas.

El análisis de las respuestas respecto a efectos negativos del consumo resultó más complejo que el de las respuestas respecto a efectos positivos, debido a la diversidad de efectos negativos que se atribuyeron. La mayoría de las mujeres, sin embargo, no hablaron de efectos específicos porque sólo sabían “que hace mal” o “que es malo”; o “que hace mal al bebé”. Este tipo de respuestas, contenidas en los códigos *Que hace mal/ que es malo* y *Hace mal o afecta al bebé/ es malo para el bebé*, representan en conjunto alrededor del 50% de el total de

respuestas de las mujeres que manifestaron tener algún conocimiento sobre efectos negativos del consumo durante la gestación o la lactancia. En la Figura 3 se presenta el resultado del análisis de contenido excluyendo lo que denominamos respuestas específicas en relación con los efectos del alcohol en el niño o en el desarrollo del feto. Estas respuestas, por la extensión que implica su análisis –aunque su prevalencia es menor que la de las respuestas más generales– se presentan separadas en la Tabla 1.

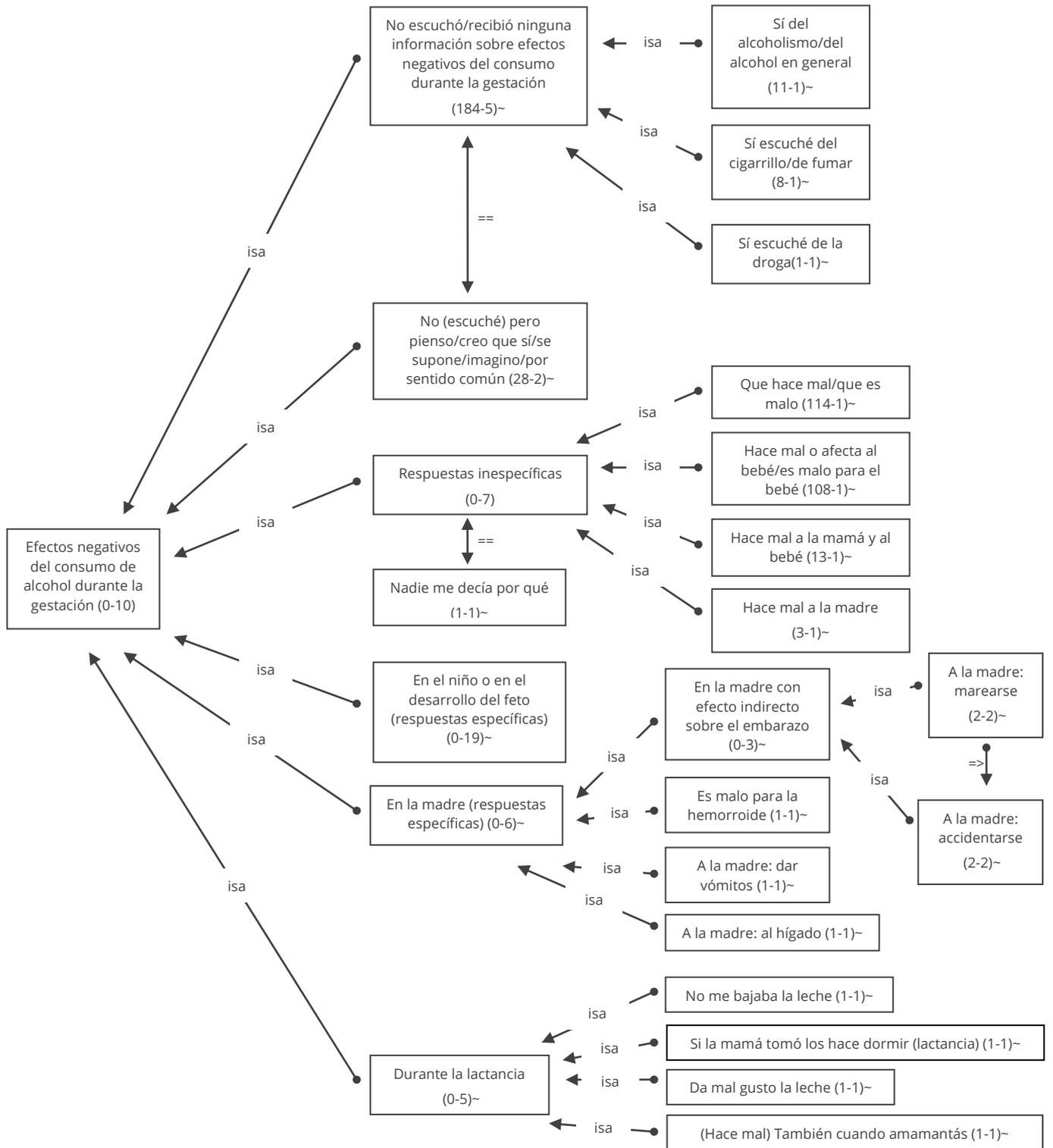
Entre las respuestas más específicas las de mayor prevalencia fueron las que referían a problemas en el crecimiento o desarrollo, problemas vinculados al cerebro o al sistema nervioso central y problemas vinculados a la formación (Malformaciones) –8,6%, 6,2% y 5,3% de todas las entrevistadas, respectivamente. Estos tres tipos de problemas se corresponden con los tres síntomas principales del *Síndrome de Alcoholismo Fetal* (SAF): problemas de crecimiento anteriores y posteriores al parto, dismorfia cráneo-facial y disfunción del Sistema Nervioso Central, y podrían agruparse en un mismo Tema denominado *SAF* y *TEAF*. Entre las 641 entrevistadas, ninguna mencionó específicamente el SAF, lo más cercano fueron dos respuestas: “...escuché de un síndrome, en el Discovery...” y; “...de un síndrome de alcoholemia o algo así...” que se agruparon en la categoría *Síndrome* junto al código Síndrome de Down (n: 3). Esta categoría, junto a otras que describen síntomas o signos característicos de los TEAF, como *Problemas en el desarrollo y la coordinación motriz* y *Retraso General/Discapacidad*, podrían incluirse en este mismo Tema.

Luego de las primeras categorías vinculadas a los tres síntomas principales del SAF siguen en prevalencia las categorías *Alcoholización al feto* y *Dependencia de alcohol en el feto*. Estas categorías, así como las de *Problemas en el sistema digestivo*, *Pérdida de conciencia* y *Sobre activación o alteración*, refieren a experiencias vinculadas al consumo o consecuencias del mismo, que puede experimentar cualquier persona: desde la alcoholización a la abstinencia, los trastornos por uso (dependencia) y los problemas de salud provocados por el consumo, agrupándose en un segundo Tema.

Algunas categorías incluyen problemas que no parecen tener una relación directa con el consumo de alcohol, por ejemplo, la categoría *Respuestas extrañas o no categorizadas* y *Problemas de placenta*. Otras categorías, como *Problemas respiratorios/ en los pulmones* no se vinculan con el consumo de alcohol pero sí con el consumo de otras sustancias, como el cigarrillo.

Actitudes respecto del consumo durante la gestación

Al consultarlas sobre su opinión con respecto a la importancia de prestar atención al consumo de bebidas alcohólicas durante la gestación, el 83,8% de las mujeres manifestó que pensaba que era importante limitarlo, sólo una mujer contestó que no y el 16,1% respondió que no sabía.



Nota:

El primer número entre paréntesis es la frecuencia del código, el segundo indica el número de relaciones con otros códigos o categorías. Las categorías no tienen frecuencia por ser abstracciones teóricas de segundo orden respecto a los códigos.

Tipos de relaciones:

ISA: "Es un" ==: "Asociado a" ==>: "Consecuencia de"

Figura 3. Consecuencias negativas del consumo de alcohol durante la gestación.

Tabla 1. Consecuencias negativas del consumo de alcohol durante la gestación en el niño o en el desarrollo del feto: Respuestas Específicas

Categorías	Códigos (Frecuencia)
Problemas en el crecimiento o desarrollo. Frecuencia: 55. Porcentaje del total: 8,6%	Al desarrollo/ En el Desarrollo (14); Al crecimiento/ En el crecimiento (26); Bajo peso (14); y, Nació con bajo peso y no aumenta (1).
Problemas vinculados al cerebro o al sistema nervioso central. Frecuencia: 40. Porcentaje del total: 6,2%	Al sistema neurológico/ Problemas neurológicos/al SN/ a las neuronas (14); A la cabeza/ cabecita (5); Al desarrollo del cerebro/ al cerebro (6); Derrame cerebral (1); Problemas Mentales (1); Que trastorna la mente del bebé (1); Salen locos (1); Retraso mental (6); y, Al crecimiento/ desarrollo mental/ intelectual (3). Este último código se vinculó a su vez con: Problemas de aprendizaje (1); y, El hablar (1).
Problemas en la formación (Malformaciones). Frecuencia: 34. Porcentaje del total: 5,3%	Malformaciones/ Nacer deforme (29); y, Para la formación del bebé (5).
Alcoholización al feto Frecuencia: 19. Porcentaje del total: 3%	Le va al bebé/ atraviesa la placenta/ ellos toman en la panza (17); y, Va a estar todo mareado/ boleado ahí adentro (2).
Dependencia de alcohol en el feto /bebé Frecuencia: 14. Porcentaje del total: 2,2%	Adicción al bebé/ Nacer alcohólicos (14).
Problemas en el curso del embarazo Frecuencia: 9. Porcentaje del total: 1,4%	Pérdida del embarazo/ muerte (del feto) (5); y, Parto prematuro (4).
Sobre activación/ alteración Frecuencia: 9. Porcentaje del total: 1,4%	Le hace latir mucho el corazón/ Taquicardia (3); A los nervios/ Alteración de los nervios (3); Hiperactividad (1); Sobre estimular (1); y, Los altera (1).
Problemas en el sistema digestivo Frecuencia: 7. Porcentaje del total: 1,1%	Problemas de hígado (4); Al estómago (2); y, Porque no tienen el hígado desarrollado (1).
Problemas respiratorios/ en los pulmones Frecuencia: 7. Porcentaje del total: 1,1%	Problemas respiratorios/ en los pulmones (7).
Problemas en el corazón o la sangre Frecuencia: 7. Porcentaje del total: 1,1%	Al corazón/ En el corazón (6); y, Le hace mal a la sangre (1).
Retraso general/ Discapacidad Frecuencia: 6. Porcentaje del total: 0,9%	Retraso/s general/es (4); Problemas de maduración (1); y, Que nazcan con alguna discapacidad (1).
Síndrome Frecuencia: 5. Porcentaje del total: 0,8%	Síndrome de Down (3); Escuché de un síndrome (1); y, Síndrome de Alcoholemia (1).
Respuestas extrañas o no categorizadas Frecuencia: 5. Porcentaje del total: 0,8%	Manchas en la cara (1); Nació sin pielcita de la cintura para abajo (1); Es oxidante (1); Salió débil/ se enferma mucho (1); y, Le va matando las células (1).
Problemas en otros órganos/sistemas Frecuencia: 4. Porcentaje del total: 0,6%	A los oídos (1); A la vista (1); A los riñoncitos (1); y, Para el crecimiento de los huesos (1).
Problemas en el desarrollo y la coordinación motriz Frecuencia: 3. Porcentaje del total: 0,5%	Al desarrollo psicomotriz (2); y, El caminar (1).
Malestar al bebé Frecuencia: 3. Porcentaje del total: 0,5%	Malestar al bebé (3).
Pérdida de conciencia Frecuencia: 2. Porcentaje del total: 0,3%	Quedan inconcientes adentro (1); y, Han nacido bebés con coma alcohólico (1).
Problemas con la placenta Frecuencia: 2. Porcentaje del total: 0,3%	La placenta se daña (1); y, No deja crecer la placenta (1).

En la Tabla 2 puede verse la distribución de respuestas a la pregunta por la cantidad de alcohol que debería tomar una mujer gestante. Cabe aclarar que las categorías *Depende de cada uno* y *Beber pero no emborracharse* no formaban parte de las opciones precategorizadas, pero fueron las dos respuestas que aparecieron cuando las mujeres no podían optar por una categoría preestablecida.

Tabla 2. Actitud hacia el consumo en función de la cantidad de alcohol

¿Cuánto cree usted que debería tomar una mujer durante la gestación?		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
No debería tomar alcohol	223	34,8
Un trago de vez en cuando/ en ocasiones festivas	169	26,4
1 a 3 tragos por mes	31	4,8
1 a 6 tragos por semana	49	7,6
1 trago por día	31	4,8
Beber pero no emborracharse	16	2,5
Depende de cada uno	12	1,9
No sé	110	17,2
Total	641	100,0

Al preguntarles si creían que tomar cinco o más tragos en la misma ocasión –consumo excesivo episódico– podía ser dañino, el 76,9% respondieron que sí, el 5,6% que no y el 17,5% que no sabían. Parece importante resaltar que el número de mujeres que manifestó que esta cantidad de bebida podría ser dañina es menor al que manifestó que creían importante limitar el consumo durante la gestación.

Información, Actitudes y Consumo durante la gestación

Información y consumo

No encontramos asociación entre haber recibido información –de cualquier fuente– respecto a un potencial efecto negativo del consumo de alcohol durante la gestación, y el consumo de alcohol –en cualquier cantidad– desde que la mujer supo del embarazo. Sin embargo, sí se halló una asociación, aunque débil, entre la información y el consumo excesivo episódico –5 o más tragos– durante la gestación ($X^2=6,12$, $gl=1$, $p=0,013$; Phi de Cramer= 0,098).

Actitudes y consumo

La actitud general hacia el consumo durante la gestación, expresada en la pregunta respecto a la necesidad de limitarlo, no se asoció con el consumo de alguna cantidad de alcohol durante la gestación, pero sí lo hizo, aunque de modo débil, con el consumo excesivo episódico ($X^2=18,18$, $gl=1$, $p<0,001$; Phi de Cramer 0,168).

La actitud respecto al consumo evaluada como la cantidad de alcohol que debería consumir una mujer durante la gestación se encontró asociada moderadamente tanto con el consumo de alguna cantidad de alcohol durante la gestación ($X^2=56,07$, $gl=4$, $p<0,001$; Phi de Cramer= 0,296), como con el consumo excesivo episódico ($X^2=49$, $gl=4$, $p<0,001$; Phi de Cramer= 0,276).

Por último, la actitud respecto al consumo excesivo episódico no se encontró asociada al consumo de alguna cantidad de alcohol durante la gestación pero sí, de un modo débil, al consumo excesivo episódico ($X^2=27,2$, $gl=2$, $p<0,001$; Phi de Cramer=0,206).

Información y Actitudes

La información respecto a efectos perjudiciales del consumo de alcohol durante la gestación se encontró fuertemente asociada con las actitudes en las tres dimensiones analizadas: 1. Actitud general hacia el consumo durante la gestación ($X^2=161,51$, $gl=1$, $p<0,001$; Phi de Cramer= 0,502); 2. Actitud vinculada al nivel de consumo ($X^2=176,08$, $gl=4$, $p<0,001$; Phi de Cramer= 0,524) y; 3. Actitud hacia el consumo excesivo episódico ($X^2=142,57$, $gl=2$, $p<0,001$; Phi de Cramer= 0,472).

DISCUSIÓN

De acuerdo con lo referido por las mujeres entrevistadas en relación a las recomendaciones médicas sobre el consumo de alcohol durante la gestación, sólo en el 44,5% de los casos los médicos les preguntaron si consumían alcohol, y sólo el 17,2% del total de mujeres recibió una recomendación de su médico respecto a cuánto consumir durante este período. En la mayoría de esos casos la recomendación fue beber un trago –unidad estándar– de vez en cuando o en ocasiones especiales. Estudios realizados en otros países han reportado también que muchas mujeres gestantes no reciben ninguna recomendación respecto al consumo de alcohol durante la gestación de sus médicos o parteras (Kesmodel & Schioler Kesmodel, 2002; Raymond et al., 2009).

En lo que respecta a la información sobre las consecuencias del consumo de alcohol durante la gestación, el 28,1% de las mujeres manifestó haber recibido información sobre efectos positivos del consumo durante ese período. Los efectos positivos fueron atribuidos principalmente a la cerveza y estuvieron en relación con la producción de leche para la lactancia. Las fuentes más citadas de dicha información fueron los familiares y amigos. La creencia en la capacidad de la cerveza y/o de las bebidas alcohólicas en general de aumentar la producción de leche durante la lactancia es una creencia popular ampliamente extendida en distintos países. Sin embargo, las investigaciones no han podido confirmar el mencionado efecto (Mannella & Beauchamp, 1993; Mannella, Pepino, & Teff, 2005).

El 70,4% manifestó haber recibido alguna información sobre efectos negativos del consumo durante la gestación, las fuentes principales fueron la familia y la televisión. Alrededor del 50% de las mujeres que manifestaron haber recibido información sobre efectos perjudiciales de alguna fuente, sólo tenían información muy general del tipo "hace mal" o "es malo". Las respuestas específicas de mayor prevalencia se vinculan a alguno de los principales síntomas del SAF, pero sólo el 20% de las mujeres dieron este tipo de estas respuestas. Ninguna de las 641 entrevistadas, entre las que se hallaban algunas profesionales de la salud –enfermeras y médicas–, mencionó al SAF o los TEAF.

Estudios realizados en otros medios hallaron mayor disponibilidad de información específica sobre las consecuencias del consumo durante la gestación entre las mujeres, por ejemplo, en un estudio realizado en Australia en población de mujeres no gestantes de entre 18 y 45 años, encontraron que el 55,3% de las mujeres había escuchado sobre el SAF (Peadon et al., 2010). Sin embargo, algunas investigaciones han señalado que incluso los médicos reclaman material educativo para ellos mismos y para sus pacientes respecto al SAF (Elliot, Payne, Haan & Bower, 2006; Gahagan, Telfair Sharpe, Brimacombe, Fry-Johnson & Levine, 2006).

Por otro lado, llamó la atención la referencia al tabaco y a consecuencias del consumo de tabaco frente a la pregunta sobre consecuencias negativas del consumo de alcohol durante la gestación. Esto podría deberse a una mayor divulgación de los efectos negativos de fumar durante el embarazo frente a los de consumir de alcohol durante ese período. De hecho, muchas mujeres manifestaron que el médico sí les había advertido respecto al consumo de tabaco aunque no les había preguntado sobre el consumo de alcohol. En relación con esta hipótesis, Lelong et al. (1995) encontraron que los médicos eran más propensos a recomendar la reducción del consumo de tabaco que la de alcohol.

Nuestros resultados ponen de manifiesto que la información disponible en nuestro medio es escasa y confusa. La calidad de la información ha sido señalada ya en estudios anteriores como una de las posibles causas de que las mujeres no presten atención a las recomendaciones respecto del consumo. Raymond et al. (2009) encontraron que la mayoría de las mujeres juzgaban la información y las recomendaciones respecto de niveles seguros de consumo durante la gestación como confusas y faltas de evidencia.

En relación con la calidad de la información, es importante considerar las fuentes. Al igual que en nuestro estudio, otras investigaciones hallaron que la mayoría de las mujeres había recibido la información sobre efectos negativos del consumo de los medios de comunicación (Kesmodel & Schioler Kesmodel, 2002) o de sus familiares (Kesmodel & Schioler Kesmodel, 2002; Raymond et al., 2009) y amigos (Raymond et al., 2009), aunque la mayoría creía que esa información debería ser comunicada

por personal de salud (Kesmodel & Schioler Kesmodel, 2002; Lelong et al., 1995).

En el análisis de las actitudes, la información y su relación con el consumo, encontramos similitudes y diferencias respecto a lo reportado por estudios anteriores. La principal diferencia se encontró en la relación entre la información y las actitudes respecto al consumo durante la gestación.

Aunque el 83,8% de las mujeres manifestó que pensaba que era importante prestar atención al consumo de alcohol durante la gestación, sólo el 34,8% consideró que una mujer gestante debería abstenerse del consumo. El 76,9% consideró que el consumo excesivo episódico –5 o más unidades estándar en la misma ocasión– podía ser perjudicial, y el 5,6% que no lo era. Estas cifras son similares a las reportadas por Kesmodel y Schioler Kesmodel (2002), quienes hallaron que sólo el 24% de las mujeres creía que una mujer gestante debería abstenerse y el 85% consideraba el consumo de 5 o más unidades estándar por ocasión como perjudicial.

La creencia en la necesidad de limitar el consumo de alcohol durante la gestación se asoció negativamente, con una fuerza de asociación débil, con el consumo excesivo episódico. La actitud en función de la cantidad de alcohol se asoció de modo más significativo tanto con el consumo de alguna cantidad de alcohol durante la gestación como con el consumo excesivo episódico. De este modo, entre quienes creían que una mujer gestante debería abstenerse del consumo la frecuencia de abstinencia fue mayor a la esperada, mientras que la frecuencia de consumo de alguna cantidad de alcohol y la de consumo excesivo episódico fueron menores a las esperadas. Entre quienes creían que el consumo excesivo episódico podría ser dañino durante la gestación la frecuencia de consumo excesivo episódico fue menor a la esperada.

Otros estudios han encontrado asociaciones similares entre las actitudes hacia el consumo durante la gestación y el consumo durante ese período en mujeres gestantes, o la intención de consumo durante ese período en mujeres no gestantes. Por ejemplo Kesmodel y Schioler Kesmodel (2002) hallaron que la abstinencia durante la gestación era más probable entre las mujeres que creían que una mujer gestante debería abstenerse del consumo durante ese período y Peadon et al. (2011) encontraron una asociación entre las actitudes neutras o positivas hacia el consumo durante la gestación y la intención de consumir alcohol durante este período en mujeres en edad reproductiva.

Sin embargo, a diferencia de lo reportado en otros estudios (Kesmodel & Schioler Kesmodel, 2002; Peadon et al., 2010), la información respecto a las consecuencias negativas del consumo durante la gestación y las actitudes respecto al consumo durante ese período se encontraron fuertemente asociadas. Esta diferencia podría deberse a diferencias en el concepto de información. Otros estudios consideraron como

información sólo al conocimiento de la recomendación oficial de su país o a la información recibida por el médico o personal de salud sobre el tema, mientras que nosotros utilizamos una concepción más amplia, no limitada a información correcta o específica.

Teniendo en cuenta esta perspectiva amplia de información, la misma puede considerarse como uno de los factores constitutivos de las actitudes (Ajzen & Fishbein, 2005), en las que confluyen los aspectos cognitivo-representacionales y experienciales-emotivos ligados a un objeto social, lo cual explicaría la fuerte relación encontrada entre esas variables. Desde este punto de vista, las experiencias directas e indirectas –a través de otros, por ejemplo: información, recomendaciones y relatos– con el alcohol, que implican ambas la dimensión afectiva, confluyen en la conformación de actitudes, a su vez ligadas a una intención de acción y a la conducta propiamente dicha. Al estudiar los factores que influyen en la conducta social, parece importante considerar la información en este sentido amplio, sea como componente integrante del concepto de actitud o como categoría independiente, ya que la misma es un factor constitutivo en la dimensión evaluativa de objetos sociales que en general se rescata en el estudio de las actitudes.

Considerando estos resultados, creemos que la investigación futura debería profundizar el análisis con respecto al tipo de información –brindada por quién, con qué grado de precisión y en qué contexto interpersonal– que podría ser más influyente en la formación de actitudes y en la toma de decisiones vinculadas al cuidado de la salud. Por ejemplo, como conclusión de su estudio, Raymond et al. (2009) señalan que darles a las mujeres la posibilidad de tomar responsabilidad por su salud y tomar decisiones basadas en el consentimiento informado requiere claridad y consistencia en las recomendaciones de profesionales de la salud y responsables de políticas de salud. En este sentido, el esclarecimiento de los vínculos entre información, actitudes y consumo de alcohol durante la gestación requiere superar el análisis exploratorio presentado en este trabajo. El desarrollo de un instrumento estandarizado para la evaluación de actitudes hacia el consumo de alcohol durante la gestación podría contribuir al estudio de esas relaciones, facilitando la investigación comparativa.

Comprender los factores psicosociales que se relacionan con el consumo de alcohol durante la gestación y que podrían influir en la toma de decisiones al respecto es fundamental para el desarrollo de programas de prevención. Al igual que los de estudios anteriores, nuestros resultados ponen en evidencia la necesidad de intervenciones más activas de los profesionales de la salud durante la atención prenatal, y sugieren que la base de la intervención deberían ser las recomendaciones de profesionales de la salud sustentadas en información precisa y fundamentada.

REFERENCIAS

- Abel, E. L., & Sokol, R. J. (1986). Maternal and fetal characteristics affecting alcohol's teratogenicity. *Neurobehavioral Toxicology and Teratology*, 8(4), 329-334.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behaviour. En Albarracín, D., Johnson, B. T., & Zanna, M. P. (Eds.), *The handbook of attitudes* (173-221). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Carter, R. C, Jacobson, J. L., Sokol, R. J., Avison, M. J., & Jacobson, S. W. (2013). Fetal alcohol-related growth restriction from birth through young adulthood and moderating effects of maternal prepregnancy weight. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37(3), 452-462. doi: 10.1111/j.1530-0277.2012.01940.x
- Elliott, E. J., Payne, J., Haan, E., & Bower, C. (2006). Diagnosis of foetal alcohol syndrome and alcohol use in pregnancy: A survey of paediatricians' knowledge, attitudes and practice. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 42, 698-703. doi:10.1111/j.1440-1754.2006.00954.x
- Gahagan, S., Telfair Sharpe, T., Brimacombe, M., Fry-Johnson, Y., Levine, R., Mengel, M., O'Connor, M., Paley, B., Aduabato, S., & Brennehan, G. (2006). Pediatricians' knowledge, training, and experience in the care of children with Fetal Alcohol Syndrome. *Pediatrics*, 118(3), 657-668. doi: 10.1542/peds.2005-0516
- Gunzerath, L., Faden, V., Zakhari, S., & Warren, K. (2004). National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism report on moderate drinking. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 28, 829-847. doi: 10.1097/01.ALC.0000128382.79375.B6
- Kesmodel, U., & Schioler Kesmodel, P. (2002). Drinking during pregnancy: Attitudes and knowledge among pregnant Danish women, 1998. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 26(10), 1553-1560. doi: 10.1111/j.1530-0277.2002.tb02455.x
- Lee, R. D., An, S. M., Kim, S. S., Rhee, G. S., Kwack, S. J., Seok, J. H., et al. (2005). Neurotoxic effects of alcohol and acetaldehyde during embryonic development. *Journal of Toxicology and Environmental Health Part A*, 68(23-24), 2147-2162. doi: 10.1080/15287390500177255
- Lelong, N., Kaminski, M., Chwalow, J., Bean, K., & Subtil, D. (1995). Attitudes and behavior of pregnant women and health professionals towards alcohol and tobacco consumption. *Patient Education and Counseling*, 25(1), 39-49. doi: 10.1016/0738-3991(94)00695-1
- Lewis, S. J., Zuccolo, L., Davey Smith, G., Macleod, J., Rodriguez, S., Draper, E. S., et al. (2012). Fetal alcohol exposure and IQ at Age 8: Evidence from a population-based birth-cohort study. *PLoS ONE* 7(11): e49407. doi:10.1371/journal.pone.0049407
- Maier, S. E., Miller, J. A., Blackwell, J. M., & West, J. R. (1999). Fetal alcohol exposure and temporal vulnerability: Regional differences in cell loss as a function of the timing of binge-like alcohol exposure during brain development. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23(4):726-734. doi: 10.1111/j.1530-0277.1999.tb04176.x
- Maier, S. E., & West, J. R. (2001). Drinking patterns and alcohol-related birth defects. *Alcohol Research and Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 25(3), 168-174.
- Mennella, J. A., & Beauchamp, G. K. (1993). Beer, breast feeding and folklore. *Developmental Psychobiology*, 26, 459-466. doi: 10.1002/dev.420260804
- Mennella, J. A., Pepino, M. Y., & Teff, K. L. (2005). Acute alcohol consumption disrupts the hormonal milieu of lactating women. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90(4), 1979-1985. doi: 10.1210/jc.2004-1593
- Munné, M. (2005). Social consequences of alcohol consumption in Argentina. En Obot, I. & Room, R. (Ed) *Alcohol, gender and drinking problems*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (2003). *State of the science report on the effects of moderate drinking*, NIAAA.
- O'Leary, C. (2002). Fetal alcohol syndrome. A literature review. *Department of Health and Ageing: Commonwealth of Australia*.
- Peadon, E., Payne, J., Henley, N., D'Antoine, H., Bartu, A., O'Leary, C., Bower, C., & Elliott, E. J. (2010). Women's knowledge and attitudes regarding alcohol consumption in pregnancy: a national survey. *BMC Public Health, 10*, 510. doi:10.1186/1471-2458-10-510
- Peadon, E., Payne, J., Henley, N., D'Antoine, H., Bartu, A., O'Leary, C., Bower, C., & Elliott, E. J. (2011). Attitudes and behaviour predict women's intention to drink alcohol during pregnancy: the challenge for health professionals. *BMC Public Health, 11*, 584. doi:10.1186/1471-2458-11-584
- Raymond, N., Beer, C., Glazebrook, C., & Sayal, K. (2009). Pregnant women's attitudes towards alcohol consumption. *BMC Public Health, 9*, 175-192.
- Saldaña, J. (2009). *The coding manual for qualitative researchers*. London: SAGE.
- Schneider, M. L., Moore, C. F., Barr, C. S., Larson, J. A., & Kraemer, G. W. (2011). Moderate prenatal alcohol exposure and serotonin genotype interact to alter CNS serotonin function in rhesus monkey offspring. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 35*(5), 912-920. doi: 10.1111/j.1530-0277.2010.01421.x
- Sokol, R. I., & Clarren, S. K. (1989). Guidelines for use of terminology describing the impact of prenatal alcohol on the offspring. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 13*, 597-598.
- Sokol, R. J., Delaney-Black, V., & Nordstrom, B., (2003). Fetal alcohol spectrum disorder. *JAMA, 290*(22), 2996-2999.
- Streissguth, A. P., Barr, H. M., Sampson, P. D., & Bookstein, F. L. (1994). Prenatal alcohol and offspring development: The first fourteen years. *Drug Alcohol Depend, 36*(2), 89-99.
- Windham, G. C., Fenster, L., & Swan, S. H. (1992). Moderate maternal and paternal alcohol consumption and the risk of spontaneous abortion. *Epidemiology, 3*(4), 364-370.
- Zeisel, S. H. (2011). What choline metabolism can tell us about the underlying mechanisms of fetal alcohol spectrum disorders. *Molecular Neurobiology, 44*(2), 185-191. doi: 10.1007/s12035-011-8165-5

DOLOR Y ADICCIÓN EN EL SÍNDROME DE GARDNER - DIAMOND

PAIN AND ADICTION GARDNER SYNDROME - DIAMOND

Francisco Pascual Pastor¹, Calixto Sánchez Pérez² y Natalia Pastor Tomás³

¹Unidad de Conductas Adictivas, Alcoi

²Servicio de Anestesia, Hospital General de Elda

³Servicio de Dermatología, Hospital General de Elda

Abstract

A 39 years old patient who present eritematose's patch and hard poliarticulation pain, diagnosed with a Gardner Diamond syndrome has pain which does not stop with usual analgesic and AINEs (no steroid anti-inflammatory). He begins to take opioids and he develops dependence.

Nowadays he needs the support of UCA (Unidad de Conductas Adictivas) and he has been detoxified in a hospital, monitoring the addiction. However, the pain comes back with hematomas and exudes sometimes. With big controlling difficulties.

The article wants to make a revision, keeping a record and evaluation of this case trying to give an answer to this syndrome with a complicate therapeutic solution with a big tendency to iatrogenia and self-medication.

The rear treatment with regulator medicines for mood, antiseptics and psychotherapist support, makes the pain goes down, spreads outbreaks and reduces the painkiller needs, improving the quality of patient life.

Keywords: Autoerythrocyte sensitization syndrome, Gardner Diamond Syndrome, psychogenic purpura, pain treatment, opiates addiction.

Resumen

Paciente de 39 años que presenta placas eritematosas con exudado y fuertes dolores poliarticulares, diagnosticado de Síndrome de Gardner Diamond los dolores no ceden con los analgésicos y AINEs habituales y empieza a tomar opioides sintéticos y termina haciendo un cuadro por dependencia a opiáceos. En ese momento requieren apoyo de la Unidad de Conductas adictivas para después de hacer una desintoxicación hospitalaria mantener la abstinencia y realizar un seguimiento posterior de la adicción. No obstante el cuadro de dolor vuelve a repetirse y los hematomas y exudados se exacerban en determinados momentos. Siendo difícil su control.

Pretendemos, en este artículo, hacer una descripción del cuadro clínico, valorar la patología concomitante al síndrome de Gardner Diamond y hacer un mantenimiento de la abstinencia analgésicos y un control del cuadro psíquico, dermatológico y del dolor, evitando de nuevo un abuso de opiáceos.

El objetivo del artículo es hacer una revisión, seguimiento y evaluación de este caso para intentar dar una respuesta a un síndrome con difícil resolución terapéutica con tendencia a la iatrogenia y a la automedicación. El tratamiento posterior con fármacos reguladores del estado de ánimo, antipsicóticos y apoyo psicoterapéutico, disminuye el dolor, espacia los brotes y disminuye la necesidad de analgésicos, mejorando la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: Actitudes; Síndrome de sensibilización autoeritrocitaria, Síndrome de Gardner Diamond, púrpura psicógena, tratamiento del dolor, adicción a opiáceo.

Correspondencia: Francisco Pascual
Unidad de Conductas Adictivas
Avda. La Alameda, 41 03803
Alcoi, Alicante (España)
e-mail: fr.pacualp@coma.es

El síndrome de Gardner-Diamond es una vasculopatía autoinmune con sensibilización a un componente del estroma eritrocitario, la fosfatidilserina. En la mayoría de los casos, la enfermedad se desarrolla después del estrés psíquico o trabajos físicos duros y se caracteriza por la aparición de unas lesiones cutáneas, edematosas, dolorosas que progresan a equimosis en las siguientes 24 horas. Las lesiones también pueden aparecer tras intervenciones quirúrgicas o pequeños traumatismos. Los trastornos psicoemocionales son signo clínico importante en el diagnóstico ya que su asociación con ellos es frecuente y se relaciona con antecedentes de sufrimiento psicológico y estrés, especialmente cuando se han producido abusos en la infancia (Hagemeier, 2011).

Este síndrome es más frecuente en mujeres, aunque puede darse también en varones, con una proporción de 9/1 (Millán, 2008) y se trata de un trastorno caracterizado por dolor espontáneo recurrente, hematomas en pacientes con psicosis y neurosis subyacente (Puetz y Fete, 2005), un síndrome con previsible aparición de moratones precedida de dolor y calor en el sitio del moratón, a menudo asociada con el estrés físico o psicológico (Meeder y Bannister, 2006). Denominado también Púrpura Psicogénica, el síndrome de Gardner-Diamond presenta aparición recurrente y espontánea de equimosis y dolor después de distintos estados de tensión emocional o traumas menores.

Aunque el mecanismo exacto de este síndrome se desconoce, además de lesiones en la piel, han sido descritos diferentes tipos de hemorragia, tales como epistaxis, sangrado gastrointestinal y hemorragia de los canales del oído y los ojos. Se puede asociar a cuadros psiquiátricos tales como, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno obsesivo-compulsivo.

A pesar del hecho de que su etiología y el tratamiento no se conocen claramente, hay que señalar que los factores psicológicos juegan un papel importante en esta enfermedad y, por tanto, los enfoques psicofarmacológico y psicoterapéutico pueden ser eficaces. (Ozyildirim, 2010).

El diagnóstico suele basarse en datos típicos de anamnesis, presentación clínica (dolorosas lesiones inflamatorias de la piel, que progresaron a equimosis en las siguientes 24 horas) y positivos en las pruebas de diagnóstico con inyecciones intracutáneas del 80% de solución de lavado eritrocitos autólogos (Figura 1).

Se observan estas lesiones (Figura 2) a las 24 horas de la realización del test con los propios hematíes lavados. No obstante no hay hallazgos patológicos de los parámetros de coagulación de sangre. Las evaluaciones histopatológicas de las biopsias revelaron lesiones sin cambios específicos. No se ha descrito un tratamiento claro, ya que se desconoce, pero han sido probados con distinta suerte y más bien escaso resultado

fármacos como los corticoides, antibióticos o la terapia hormonal.



Figura 1. Prueba diagnóstica de autoinmunidad eritrocitaria



Figura 2. Lesión eritematosa violácea miembro superior (24h del test)

Teniendo en cuenta la alta frecuencia de trastornos psíquicos en relación con los síntomas dermatológicos, la terapia con fármacos psicotrópicos y la psicoterapia son métodos terapéuticos efectivos que deben ser proporcionados junto con la terapia sintomática. (Ivanov, 2009).

Por lo tanto estamos hablando de un síndrome con una etiología no aclarada, sintomatología basada en las lesiones vasculares y la exudación, dolor y con difícil tratamiento, ya que la clínica es variable dependiendo del sujeto en que se suele observar un patrón de estrés anterior o de alteraciones psicológicas previas.

DESCRIPCIÓN CASO CLÍNICO

Antecedentes personales

Paciente varón de 39 años de edad que ingresa de forma repetitiva en urgencias, por dolor abdominal, articular, torácico, etc... y con lesiones eritematosas con exudado sanguinolento.

No reacciones alérgicas a medicamentos, antecedente de seminoma mediastínico con metástasis pleurales, intervenido en 1999 en seguimiento por oncología en fase de remisión completa, tratado con quimioterapia y radioterapia. Insuficiencia Renal crónica leve e hipoacusia secundaria a la quimioterapia. Extirpación de pilomatrixoma supraclavicular en febrero de 2008. El dolor incoercible le provoca estados de ansiedad y comportamiento violento, con intento de autolisis.

Historia clínica

El cuadro clínico del paciente debutó en el 2002 con gonalgia bilateral progresiva (Figura 3) hasta hacerse muy incapacitante por lo que en 2005 se le realizó una Resonancia Nuclear Magnética que evidenció una bursitis prepatelar en la rodilla derecha con un quiste subcondral en la epífisis tibial. El diagnóstico fue el de condropatía femoro patelar. El dolor le obligaba a tomar analgesia diariamente (fentanilo, tramadol y paracetamol), obteniendo solo una analgesia parcial.



Figura 3. Hematoma en relación con la gonalgia

En 2010 tuvo que ser ingresado en el servicio de reumatología por gonalgia severa junto a tumefacción articular y lesiones equimóticas dolorosas en los miembros inferiores (Figura 4). El servicio de reumatología descartó la presencia de artritis.



Figura 4. Equimosis edematosa en miembros inferiores

A inicios de 2011, se pidió interconsulta con el servicio de dermatología al presentar placas eritematosas a nivel de las rodillas, muslos y gemelos, algunas de reciente aparición y otras en un tono más eritemavioláceo de aspecto equimótico y edematoso incluso en miembro superior. Las lesiones iniciales, más rojizas, se transformaban al cabo de 2 – 3 días en lesiones tipo hematoma.

El paciente si bien negaba traumatismo, si que relacionaba la aparición de lesiones con diferentes esfuerzos y estrés, en ese momento se realizó gammagrafía ósea que descartó metástasis. Se realizó al mismo tiempo biopsia cutánea, la cual no reveló alteraciones ni en epidermis ni en dermis. Tampoco un estudio analítico de trombofilia relevó alteraciones al respecto.

Las lesiones iban desapareciendo al cabo de unos días coincidiendo con el reposo y volvían a aparecer con cualquier esfuerzo, teniendo aspecto flictematoso en ocasiones (Figura 5)



Figura 5. Flictenas

El servicio de dermatología, basándose en el cuadro clínico y los datos analíticos determinó que el cuadro era compatible con el síndrome de autosensibilización eritrocitaria (Síndrome de Gardner - Diamond).

En repetitivos ingresos por cuadros similares, el paciente es valorado por Oncología comprobando que los marcadores tumorales son normales y no se aprecian recidivas. Psiquiatría diagnostica un cuadro depresivo tratado con antidepressivos tricíclicos y luego con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina.

El servicio de Nefrología comprueba la insuficiencia renal leve, sin clínica y ligeras alteraciones analíticas, relacionada posiblemente con las altas dosis de opiáceos y fármacos psicótrópos. El paciente fue remitido a la Unidad de dolor, donde describen al paciente como paciente joven, fuerte, con un componente de excitación y ansiedad muy importante que se queja de dolor insoportable que no cede con nada, de carácter migratorio y que afecta a hemicerpo derecho, brazo y hombro derecho, rodillas y cara anterior de ambos muslos.

Cuando presenta cuadros severos, se le desarrollan flictenas hemorrágicas en la piel sobre la zona dolorosa.

En las primeras visitas presenta aspecto muy violento y su mujer se encuentra muy asustada, ya que piensa que cuando intenta controlarle puede matarla. Se coordina la actuación médica con el servicio de dermatología quienes tras los estudios hematológicos y biopsia diagnostican el síndrome de Gardner - Diamond.

Tratamiento

Estaba tomando Morfina de liberación continua 100mgr (desconociendo la dosis total que tomaba), fentanilo transdérmico 200 mcg/72 horas; hidromorfona 32 mgr. Además de múltiple ingesta de analgésicos de diferentes grupos terapéuticos, de forma descontrolada, automedicación.

La Unidad de dolor le redujo y controló la medicación e informó sobre los problemas del abuso de opiáceos, se observó una ligera mejoría clínica aunque con un ligero cuadro de depresión respiratoria, se pautó ingreso para Desintoxicación Rápida a Opiáceos (DRAO). La desintoxicación se hizo con midazolam, propofol y clonidina.

Posteriormente se solicitó colaboración del servicio de psiquiatría y de la Unidad de Conductas Adictivas, para valorar el componente psíquico y mantener la abstinencia a opiáceos.

Antecedentes personales - familiares

El paciente refiere que tiene sentimientos de maltrato desde que tiene uso de razón, hasta que su madre pudo divorciarse y apartarse de su padre, cuando tenía unos 7 años. Sufrió palizas permanentes junto a sus otros 2 hermanos mayores. Vio agresiones permanentes a su madre.

Vivió con miedo todo el tiempo que su padre obligó a su madre a prostituirse cuando eran pequeños, y era consciente de todos los hombres que llegaban a su casa a mantener relaciones sexuales con su madre, los cuales también la maltrataban. Su padre intentó asesinar a su madre, y él se puso en medio para proteger a su madre cuando su padre la acuchilló, arrancándole un ojo con el cuchillo.

Al preguntarle, el paciente achaca el dolor a las secuelas del seminoma mediastínico y el dolor hace insoportable su vida. Abandonó el taller mecánico donde trabajaba y buscaba un subsidio por enfermedad ante la impotencia que siente para desarrollar un trabajo.

Actuación Unidad de Conductas Adictivas

Pautamos con el servicio de Anestesia la DRAO, interconsulta en hospital y seguimiento ambulatorio con ajuste de medicación, sin opiáceos. En análisis destaca ligero aumento

de transaminasas, leucocitosis e incremento leve de la creatinina.

Estuvo una semana ingresado, con anterioridad había estado tomando hasta 3, 4 comprimidos de Alprazolam de 3 mgr, además de los opiáceos comentados y Fentanilo Citrato como terapia de rescate.

En la primera visita, intrahospitalaria, tras desintoxicación el dolor desapareció, e iniciamos tratamiento con Naltrexona 50 mgr. /24 horas, como antagonista opiáceo. Se le asoció Escitalopram 20 mgr. /24 horas, y siguió tomando Clonidina /24 horas, que mantuvimos 15 días tras alta hospitalaria, Alprazolam 0'5 (2-1-2) que logramos retirar a los 45 días, vit. B y Omeprazol 20 mgr. cada 24 horas.

En la intervención psicoterapéutica, hablamos de su niñez, de los malos tratos e iniciamos unas sesiones periódicas de psicoterapia, durante las que hemos ido revisando algunos aspectos relevantes de su vida, bajo la perspectiva cognitivo - conductual y la entrevista motivacional.

El paciente además era ex consumidor de cocaína y abusos de alcohol que fueron tratados con cianamida cálcica. Revisamos sus hobbies, la cocina, el billar, los coches y su perro, como apoyo emocional.

En cuanto a la relación de pareja y familiar constatamos que la relación es buena y hemos podido contar con su apoyo. Finalmente se pautaron seguimientos mensuales.

Evolución

Al mes del alta hospitalaria seguía abstinentes a todo tipo de sustancias, y decidimos mantener la misma pauta farmacológica hasta la siguiente visita, además la Tensión arterial y exploración cardio pulmonar fueron normales, al mismo tiempo se pautaron controles analíticos periódicos.

No obstante, poco tiempo después, los brotes de dolor vuelven a aparecer, en relación con situaciones de stress, preocupación por el trabajo, la economía doméstica y sobreesfuerzos físicos. Tuvo que ser atendido en distintas ocasiones en el servicio de urgencias hospitalario, donde le pautan analgésicos menores, tales como paracetamol, ibuprofeno o metamizol.

En otras ocasiones incluso vuelven a parecer las lesiones cutáneas, con exudado hemático y seroso. No obstante, siguiendo con la pauta terapéutica y el apoyo psicoterapéutico, los análisis se van normalizando y los dolores se van espaciando. Para evitar otro tipo de analgésicos, se le asoció diclofenaco tópico.

A pesar del tratamiento, al menos una o dos veces al mes sufre dolor, articular, o de parrilla costal, espalda, zona lumbar, etc..., en ocasiones con sensación de falta de aire, alteraciones

en transaminasas e incremento de la creatín fosfocinasa (CK) lo que lleva al diagnóstico de dolor de características osteomusculares, que mejora con analgésicos, o relajantes musculares, en los servicios de urgencia.

Otras veces aparece edema en miembros inferiores, que requieren vendaje compresivo. Pero a nivel analítico, en todo caso las elevaciones de creatinina, CK, Proteína C Reactiva (PCR) o transaminasas siempre son muy ligeras y tienden a normalizarse al cabo de 20 – 30 días.

En una de estas ocasiones el dolor fue muy urente y le prescriben en urgencias, dolantina subcutánea, lo que tuvo que ser reconsiderado en vistas posteriores para no volver a tener el riesgo del uso desmesurado de opiáceos.

Ante el cuadro de alteración del estado de ánimo, la falta de facilidad para descansar y la persistencia del dolor, cambiamos el Escitalopram por Agomelatina (2 por la noche) y le asociamos Quetiapina 25 mgr, (1-2-0). Para el dolor pautamos Tetraxepam y Tramadol + Paracetamol, bajo el control de la esposa.

La respuesta a la quetiapina fue más bien escasa e intentamos tratamiento con Asenapina, que no funcionó por producir efectos secundarios y escasa actividad terapéutica por lo que fue retirada a los tres días por secundarismos, finalmente cambiamos los neurolépticos señalados por Aripiprazol 10 mgr /12 horas.

Evaluación

Durante el proceso terapéutico, intentamos descartar otro tipo de problemas, debido a los cuadros de ansiedad y a la impulsividad / depresión del paciente y le aplicamos distintos test, tales como el minimental, test del reloj y escala autoaplicada (ASRS-V1.1) para el déficit de atención e hiperactividad en adultos, descartando tanto el deterioro mental como el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el adulto.

Se le realizó una biopsia muscular, la cual arrojó el siguiente resultado: no hay alteraciones morfológicas relevantes ni cambios de vasculitis a nivel de vasos sanguíneos, en cambio la prueba con inyecciones intracutáneas de solución de lavado eritrocitos autólogos dio positiva (Figura 1), lo que confirmaba el diagnóstico de Síndrome de Gardner - Diamond al considerarlo conjuntamente con la clínica, pero no nos aportó más datos sobre el paciente.

Tras revisar la bibliografía existente, ver los resultados a los test biopsia y la respuesta al tratamiento, ajustamos la medicación durante el último trimestre, aunque hemos seguido con cambios en los fármacos. Se han utilizado antidepresivos (Escitalopram, venlafaxina, mirtazapina); neurolépticos (Aripiprazol, quetiapina, asenapina, paliperidona); Ansiolíticos (alprazolam, tetraxepam); Anticomiciales (pregabalina) y

analgésicos (paracetamol, dexketoprofeno, tramadol...) y finalmente la pauta que mantiene al paciente con menos dolor, menos brotes y mejor calidad de vida es la siguiente:

- Doluxetina 60 mgr (1-0-0)
- Paliperidona 9mgr (1-0-0)
- Quetiapina 300: 0-0-1
- Pregabalina 300: 1-0-1

Para el dolor se van combinando distintos Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y analgésicos, reservando los opiáceos para momentos muy puntuales, e incluso en caso de brote agudo hemos utilizado la Prednisona 50 mgr/ reduciendo en 5 días, con buenos resultados.

Resultados

Con esta pauta el paciente ha ido un poco mejor, se han espaciado los brotes sigue más tranquilo, el dolor no es tan urente, y puede realizar actividades sin demasiado esfuerzo, en alguna ocasión le asociamos un venotónico, lo que le permite una sensación de alivio. Intentamos además el apoyo motivacional para que vaya avanzando en la calidad de vida, ocupar el tiempo libre y realización de ejercicio moderado, todo ello con el soporte familiar adecuado.

Futuro

Es difícil saber cual será la evolución del paciente, no obstante en cuanto al tratamiento hemos querido abordar los distintos aspectos a tener en cuenta en este cuadro sindrómico, por un lado el dolor, por otro el estado de ánimo y las alteraciones de carácter, por último el propio síndrome, todo ello apoyado de unas sesiones de psicoterapia, individual y de pareja con componente cognitivo conductual y con un enfoque motivacional.

Se trata pues de controlar el dolor, mejorar la calidad de vida y la capacidad del paciente para hacer distintas actividades, incrementar la autoestima y la propia autopercepción, así como controlar la aparición de brotes equimóticos.

La propia aceptación de la patología y el tratamiento sintomático probablemente no nos permitan que el síndrome desaparezca, pero si al menos controlar las sucesivas exacerbaciones, especiarlas en el tiempo y permitir que el paciente pueda tener una calidad de vida aceptable. Ahora el problema estriba en los fármacos a utilizar para mitigar el dolor sin que ello suponga el riesgo de volver de nuevo al comportamiento adictivo.

DISCUSIÓN

Estamos delante de una rara enfermedad que cursa con una clínica muy llamativa y molesta, que a la vez no tiene un tratamiento específico y que se relaciona, con el estrés, el ejercicio y el sufrimiento psicológico en edades tempranas. Se incluyen en este cuadro síntomas médicos de origen inexplicable en que los factores psicosociales desempeñan un papel importante (Meeder, 2006).

Se trata de una enfermedad autoinmune de origen no muy claro y que por lo tanto no podemos ubicar en una especialidad concreta, dermatología, nefrología, reumatología, hematología, unidad del dolor, etc..., en el caso que presentamos con el agravante de haber desarrollado una dependencia a analgésicos opiáceos. La dificultad en el abordaje estriba en tener un referente común para poder hacer un correcto tratamiento, aunque sea sintomático y un seguimiento pautado.

Era importante en esta ocasión romper con la adicción a opiáceos y tratar además de la sintomatología, aquellos aspectos psicopatogénicos que hayan podido ayudar a desarrollar el cuadro tan abigarrado.

Parece que no hay un fármaco exclusivo, ni siquiera un tratamiento único y que solo un enfoque multidisciplinar a la vez que multiorgánico puede resultar adecuado en la mejora de este tipo de pacientes, que probablemente no curen su síndrome pero si que lo pueden hacer más llevadero.

Teniendo en cuenta la relación con alteraciones psíquicas, la psicoterapia junto con fármacos psicótrópos, además del tratamiento sintomático completaría la terapéutica a utilizar en estos casos (Ivanov, 2009).

CONCLUSIÓN

El tratamiento de las adicciones siempre se ha caracterizado por un enfoque multidisciplinar, cuando estudiamos este caso, a partir de la dependencia a opiáceos y revisamos el síndrome con toda la clínica acompañante, pudimos observar que con la multidisciplinariedad el paciente iba mejorando y que completar la atención por parte del servicio de anestesia, dermatología, medicina interna, psiquiatría, dermatología y adictología, nos ha permitido un enfoque más completo del cuadro, con el consiguiente beneficio clínico para el paciente.

REFERENCIAS

- Aomar Millán, Ismael Francisco; Pérez Fernández, Laura; Calleja Rubio, José Luis; Ortego Centeno, Norberto. Síndrome de Gardner-Diamond o purpura por auto sensibilización eritrocitaria. Publicado en Med Clin (Barc). 2008;130:120. - vol.130 núm 03.
- Cansu D, Kaşifoğlu T, Paşaoğlu O, Korkmaz C. Autoerythrocyte sensitization syndrome (Gardner-Diamond syndrome) associated with cutaneous vasculitis. *Joint Bone Spine*. 2008 Dec;75(6):721-4.
- Gardner FM, Diamond LK. Auto-erythrocyte sensitization. A form of purpura producing painful bruising following auto sensitization to red blood cells in certain women. *Blood* 1955;10:675-90.
- Hagemeier L.; Schyma C.; Zillhardt H.; Noeker M.; Bieber T.; Madea B. Gardner-Diamond syndrome: a rare differential diagnosis of child abuse. *Br. J. Dermatol*. 2011 Mar; 164 (3): 672-3.
- Ivanov OL, Lvov AN, Michenko AV, Künzel J, Mayser P, Gieler U. Autoerythrocyte sensitization syndrome (Gardner-Diamond syndrome): review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009 May;23(5):499-504. Epub 2009 Feb 2.
- Meeder R, Bannister S. Gardner-Diamond syndrome: Difficulties in the management of patients with unexplained medical symptoms. *Paediatr Child Health*. 2006 Sep;11(7):416-9.
- Ozyildirim I, Yücel B, Aktan M. Psychogenic purpura with hematuria and sexual pain disorder: a case report]. *Turk Psikiyatri Derg*. 2010 Spring;21(1):85-9.
- Puetz J.; Fete T. Platelet function disorder in Gardner-Diamond síndrome: a case report and review of the literatura. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2005; 27 (6): 323-5.
- Rico González, J. Diagnóstico de un exantema purpúrico. *JANO* 18-24 febrero 2005. Vol. LXVIII N.º 1.552.
- Silny W, Marciniak A, Czarnecka-Operacz M, Zaba R, Schwartz RA. Gardner-Diamond syndrome. *Int J Dermatol*. 2010 Oct;49(10):1178-81

EL EFECTO DEL ABSENTISMO Y EL FRACASO ESCOLAR EN EL CONSUMO DE TABACO, EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES DE 3º Y 4º DE LA EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA

THE EFFECT OF ABSENTEEISM AND SCHOOL FAILURE IN THE CONSUMPTION OF SNUFF IN A SAMPLE OF STUDENTS IN 3RD AND 4TH OF SECONDARY EDUCATION

Beatriz Corbí Gran y Miguel Ángel Pérez Nieto

Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Psicología, Universidad Camilo José Cela, Madrid.

Abstract

Objectives: This study aims to see the relationship between sex, school absenteeism and grade repetition by the consumption of snuff in adolescents 3^o and 4^o ESO.

Method: Participants in this study were a total of 688 adolescents. These participants were drawn from the total population (N = 7832) of teenagers from 3rd and 4th of ESO of Vitoria (Alava). To collect the data we used the National Survey on Drug Use in Secondary Education (ESTUDES).

Results: The results of the study show a prevalence of snuff increased by females compared with males. Also, those subjects who made more consumption are the ones who miss class or who obtain a higher school failure repeating one or more courses.

Conclusions: The negative consequences experienced by the consumption of snuff reflect the high risk of failure or truancy. Consequences should consider preventive upcoming programs in order to harm reduction.

Keywords: Tobacco, school failure, adolescence, gender, truancy.

Resumen

Objetivos: El presente estudio tiene como objetivo ver la relación existente entre el sexo, el absentismo escolar y la repetición de curso junto al consumo de tabaco en adolescentes de 3º y 4º de la ESO.

Método: Los participantes de este estudio fueron un total de 688 adolescentes. Dichos participantes fueron extraídos de la población total (N= 7.832) de adolescentes de 3º y 4º de la ESO de Vitoria (Álava). Para recoger dichos datos se utilizó el cuestionario de la Encuesta Estatal sobre uso de drogas en Enseñanza Secundaria (ESTUDES).

Resultados: Los resultados del estudio muestran una prevalencia de consumo de tabaco mayor por parte del sexo femenino en comparación con el masculino. Así mismo, aquellos sujetos que realizan un mayor consumo son quienes más faltan a clase o quienes obtienen un mayor fracaso escolar repitiendo uno o varios cursos.

Conclusiones: Las consecuencias negativas experimentadas por el consumo de tabaco reflejan el alto riesgo de fracaso o absentismo escolar. Consecuencias que se deberían tener en cuenta en los próximos programas preventivos con el objetivo de la reducción del daño.

Palabras clave: Actitudes; Tabaco, fracaso escolar, adolescentes, sexo, absentismo escolar.

Correspondencia: Dra. Beatriz Corbí Gran
Facultad de Ciencias de la Salud
Departamento de Psicología
Calle Castillo de Alarcón 49, 28692
Madrid (España)
E-mail: bcorbi@ucjc.edu

La adolescencia es la etapa marcada por notables cambios y alteraciones psicofísicas, cognitivas, sexuales, emocionales, sociales, que da paso progresivamente a la adquisición de la autoestima e independencia personal, tanto como a la adaptación social (Martínez y Álvarez, 2005).

La adolescencia es una etapa evolutiva en la que los adolescentes toman decisiones independientemente de sus progenitores, mientras desarrollan patrones de comportamiento diferentes a los de la infancia. Algunos de ellos pueden ser considerados de riesgo porque pueden tener repercusiones negativas tanto en su bienestar como en su salud futura (Meneses, Romo, Uroz, Gil, Markez, Giménez y Vega, 2009; Peñafiel, 2009; Ruíz-Risueño, Ruíz-Juan y Zamarripa, 2012).

Dicha etapa es un período clave para la adopción de las pautas de uso de sustancias adictivas. En efecto, se trata del período en el que tiene lugar la experimentación con el tabaco y el alcohol, y durante su curso se perfilan las actitudes ante las drogas de uso no institucionalizado (Franzkowiak, 1987; Elzo, 1989; Alcalá, Azañas, Moreno y Gálvez, 2002; Moral y Ovejero, 2003). Por ejemplo, en 2008, el 14,8% de los adolescentes españoles se consideraba fumador habitual (Ruíz-Risueño, Ruíz-Juan y Zamarripa, 2012).

Retomando este último dato, debemos hacer hincapié en el hecho de que el inicio del consumo de tabaco se relaciona, en buena parte, con su presencia en el entorno social y con presiones externas a su consumo (Hansen, et al., 1987; Needle, et al., 1986). Del mismo modo, cabe destacar que el consumo de tabaco continúa siendo la principal causa aislada de muerte evitable en nuestro país, pese a la importancia que han adquirido el sida y otros motivos de muerte prematura (Tormo, 1997; Varela y Becoña, 2012). Por ello, la prevención del tabaquismo cobra vital importancia. Evitar el inicio del tabaquismo en adolescentes debería ser un objetivo prioritario (Villabí, Barniol, Nebot, Díez y Ballestín, 1999).

El consumo de tabaco ha demostrado ser un proceso, más que un hecho simple, en el que los adolescentes y jóvenes se mueven desde la experimentación hasta la consolidación, para llegar finalmente al consumo regular que caracteriza el tabaquismo adulto (Pallonen, Prochaska, Velicer, Prokhorov y Smith, 1998). Las influencias de los amigos parecen ser el desencadenante más potente del inicio del hábito tabáquico. Hay investigaciones que corroboran que el inicio de la conducta se da a menudo como un acto de mimetismo de lo que hacen los demás, especialmente de aquellos inmediatamente mayores, como un afán de ser mayor o de la rebeldía propia de la edad (Jarvis, 2004).

Los adolescentes fumadores tienen el mismo riesgo a largo plazo que los fumadores adultos con riesgo de cáncer, enfermedad cardiovascular y enfermedad pulmonar obstructiva

crónica pero además se han de valorar también los efectos del tabaco para los fumadores pasivos (Galbe, et al., 2006).

A todo ello hay que sumarle la evolución sufrida en las diferencias tradicionales entre ambos géneros, ya que el uso de sustancias adictivas está sufriendo cambios acelerados. Por ejemplo, el uso del tabaco, tradicionalmente mayor entre los varones, ha aumentado notablemente entre las mujeres (De Onis y Villar, 1991; Villabí, Nebot y Ballestín, 1994; Varela y Becoña, 2004). La epidemia de tabaquismo en España se encuentra en lo que los expertos denominan la fase III o en el intervalo entre la III y la IV (Alonso de la Iglesia, Ortiz, Saltó y Toledo, 2006). Esta fase de la epidemia se caracteriza por un declive del tabaquismo entre los hombres, dándose mayores datos en las clases sociales altas y un nivel muy alto de consumo entre las mujeres de cualquier clase social. Es especialmente importante prestar atención a las diferencias de sexo, puesto que los comportamientos y las situaciones de riesgo se perciben y se gestionan de forma muy diferente (Meneses et al., 2009).

Del mismo modo, otro de los aspectos que se deben tener en cuenta respecto a las posibles consecuencias que tenga el consumo de sustancias es el rendimiento y el absentismo escolar. En diversos estudios se ha comprobado la existencia de diferencias en las actitudes hacia el consumo de drogas entre los adolescentes que padecen crisis personales y de identidad, y su conexión al absentismo escolar (Moral, Rodríguez y Sirvent, 2006). El consumo de drogas, además de su asociación con accidentes de tráfico, homicidios y suicidios, también se las relaciona con una actividad sexual temprana, fracaso escolar, trastornos mentales y delincuencia (Hidalgo y Júdez, 2007).

Las variables escolares más significativas relacionadas con la aparición de consumo de drogas serían: la insatisfacción escolar, el fracaso escolar y las características de la escuela (Barca, Otero, Mirón y Santórum, 1986). Los estudiantes que consumen drogas suelen ser menos comprometidos con las normas del colegio (Elliot y Morse, 1989). En este sentido, el estudio 'Jóvenes y Drogas', promovido por la Diputación Provincial de Cádiz destaca que el consumo de drogas está estrechamente ligado al fracaso escolar, con una tasa de repetidores de ESO del 20,1%.

Considerando lo reflejado por estudios anteriores respecto al sexo, el absentismo escolar y la repetición de curso y el consumo de tabaco se plantea el siguiente objetivo de estudio: explorar el efecto las variables sexo, el absentismo escolar y la repetición de curso sobre el consumo de tabaco en adolescentes de 3º y 4º de la ESO. Sobre este objetivo y de acuerdo a la literatura revisada anteriormente las hipótesis del estudio serían: 1) En relación a la variable sexo esperamos encontrar un mayor consumo de tabaco en las mujeres. 2) Sobre el absentismo escolar esperamos encontrar un mayor consumo de tabaco en aquellos que presentan una mayor ausencia en las aulas. 3) En relación a la variable repetición de

curso esperamos encontrar resultado que nos indiquen un mayor consumo en los alumnos que más han repetido curso.

MÉTODO

Participantes

Los encuestados que formaron parte de nuestro estudio fueron un total de 688 adolescentes. De los cuales más de la mitad eran mujeres (52% frente a un 48% de hombres). El (47,8%) pertenecientes a 3º de la ESO, y el (52,2%) cursaban 4º de la ESO. El rango de edad de los participantes oscila entre un breve rango de 14 a 18 años. La edad media de la muestra es de 15 años.

Todos ellos participaron voluntariamente y de forma anónima. Dichos participantes fueron extraídos de la población total (N= 7.832) de adolescentes de 3º y 4º de la ESO de Vitoria (Álava).

El método de selección para escoger los centros escolares fue incidental. Finalmente, se eligieron 688 participantes, con un error de muestreo de 3,57% sobre la población de referencia.

Instrumentos

El instrumento de evaluación cumplimentado por los alumnos fue seleccionado, teniendo en cuenta tanto los criterios que se persiguen con el objetivo del estudio. Dado el tiempo disponible para poder acceder a la muestra se buscaba un instrumento de fácil comprensión y que abarcara las variables a estudiar. Es decir consumo de tabaco por parte de los adolescentes, absentismo escolar, fracaso escolar y el sexo entre los mismos. Para recoger dichos datos se utilizó el cuestionario de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Secundaria "ESTUDES 2006". El Plan Nacional sobre Drogas realiza, cada dos años, esta encuesta para adolescentes de 14 a 18 años en España. Este instrumento consta de 78 ítems y contiene preguntas sobre datos del alumno y familia, relacionadas con el tiempo libre, con el consumo de tabaco, y otras drogas, problemas que ha podido tener el adolescente (accidentes, peleas, etc.), relacionadas con la información que tienen o cómo la reciben sobre las drogas y terminan con preguntas para saber la opinión de los encuestados sobre el test. Nos centramos en las variables del estudio. La fiabilidad de los ítems seleccionados del ESTUDES 2006 en la investigación, nos ha dado un Alfa de Cronbach de 0,635 cogiendo los 43 ítems del test, suficiente si atendemos a la homogeneidad de nuestro grupo y también a las dificultades que su uso ha representado para investigación, ya que el modo de responder a cada uno de los ítems, a menudo está en variables ordinales, y categóricas o nominales con múltiples opciones. Este tipo de encuesta pertenece más a estudios sociodemográficos, sin embargo, estos ítems permiten comparar nuestros datos con los utilizados en el Plan Nacional

Sobre Drogas (PNSD), lo que aumenta la utilidad de los mismos. La fiabilidad de los ítems seleccionados en la investigación, nos ha dado un Alfa de Cronbach de 0,635 cogiendo los 43 ítems del test. Al ser ítems pertenecientes a una encuesta estatal no se dispone de datos de validez convergente, divergente y de constructo.

Procedimiento

Se accedió a la muestra, tras la colaboración de los respectivos Departamentos de Orientación y las Asociaciones de Padres de Alumnos (APA). El equipo de investigación pudo disponer de las aulas en horario de tutorías donde el grupo podía libremente responder al cuestionario. Se hizo especial hincapié en que los datos formaban parte de una investigación y por tanto se necesitaba de su colaboración para responder a los ítems con la máxima sinceridad. De forma anónima y voluntaria los adolescentes iban rellenando el cuestionario y cualquier cuestión se les iba solucionando. Para ello, mostraron más inquietud en solucionar sus dudas al no estar presente trabajadores del centro como sus profesores.

Análisis estadísticos

Una vez recogidos los cuestionarios se procedió a la eliminación de aquellos de los que se sospechaba que no habían sido correctamente cumplimentados. A posteriori, se codificaron las variables de nuestro estudio introduciendo los resultados en la bases de datos creada para ello. Para este cometido, se utilizó el paquete estadístico SPSS v.18.0. Los análisis que se llevaron a cabo responden a la naturaleza de las variables. Para analizar la asociación entre género y fumar en los últimos 12 meses se realizó una tabla de contingencia obteniendo el estadístico χ^2 y los residuos corregidos. Para comprobar las dos primeras hipótesis se realizó un ANOVA tomando como único factor, sucesivamente, la variable género y absentismo escolar sobre la variable dependiente (número de cigarrillos consumidos en la vida). Y por último en relación a la tercera hipótesis para la variable Repetición de Curso (3 niveles) se calculó un ANOVA de un factor con pruebas post-hoc de Tukey.

RESULTADOS

En la tabla 1 se observan los estadísticos descriptivos (media y desviación típica) del número de días de consumo de cigarrillos en la vida en las condiciones de las variables género, absentismo escolar y repetición de curso.

Los resultados de la tabla de contingencia (tabla 2) muestra que las variables género y fumar en los últimos 12 meses no presentan una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=3,411$, $gl=1$; $p < 0.65$), lo cual concuerda con el hecho de que los residuos corregidos (Tabla 2) no alcancen el umbral de significación (± 2).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos (Medía y Desviación típica) del consumo de tabaco (Número de días de consumo de cigarrillos en la vida) por género, absentismo escolar y repetición de curso

Variable	Condiciones	Media	Desviación Típica
Género	Hombre	3,01	3,24
	Mujer	3,59	3,42
Absentismo Escolar	Ha faltado en los últimos días a una o más clases	4,30	3,65
	No ha faltado en los últimos días a una o más clases	2,64	2,94
Repetición de curso	No	2,69	2,98
	1 curso	4,95	3,66
	2 o más cursos	5,11	3,82

Tabla 2. Relación entre el género y fumar en los últimos 12 meses

			Fumar últimos 12 meses		
			Sí	No	Total
Género	Hombre	Recuento	86	47	133
		Residuos corregidos	-1,8	1,8	
	Mujer	Recuento	128	44	172
		Residuos corregidos	1,8	-1,8	
Total	Recuento	214	91	305	

No obstante, sí aparece que los resultados apuntan en la dirección de mayor consumo del esperado por parte de las mujeres (residuos positivos) y, por el contrario, un menor número de varones de los esperados (residuos negativos) que hayan fumado en los últimos doce meses.

Tabla 3. ANOVA de un factor (Género) sobre el número de cigarrillos consumidos en la vida

Niveles	Media	F	Sig.	Eta
Hombre	3,01	5,06	,02	,00
Mujer	3,59			

Tabla 4. ANOVA de un factor (Absentismo escolar) sobre el número de cigarrillos consumidos en la vida

Niveles	Media	F	Sig.	Eta
Ha faltado en los últimos días a una o más clases	4,30	42,78	,00	,06
No ha faltado en los últimos días a una o más clases	2,64			

Respecto a las dos primeras hipótesis, en la tablas 3 y 4 aparecen los ANOVA tomando sucesivamente como factor el género y el absentismo escolar. Se observa que la diferencia de cigarrillos consumidos a favor de las mujeres es significativa.

Igualmente, la mayor media de consumo mostrada por los adolescentes que han faltado en los últimos días a una o más clases también es significativa.

Tabla 5. ANOVA de un factor (Repetición de Curso) y pruebas Post-hoc de Tukey^(a)

Niveles	Media	ANOVA				TUKEY		
		F	Sig. <	No	1 curso	2 o más cursos		
No	2,69	34,56	,00	2,25	0,17			,00
1 curso	4,95							,94
2 o más cursos	5,11							

(a) Aparecen reflejadas las diferencias de medias en valor absoluto (diagonal inferior) y la significación (diagonal superior)

Finalmente, la tabla 5, que hace referencia a nuestra tercera hipótesis, muestra el efecto significativo del factor Repetición de curso sobre el número de cigarrillos consumidos en la vida. Analizando los contrastes post-hoc de Tukey se comprueba que las diferencias se deben a que los alumnos que no han repetido curso fuman significativamente menos que aquellos que han repetido uno ó dos o más cursos. Sin embargo, no hay diferencias entre aquellos que han repetido un solo curso, y los que han repetido dos o más.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Algunas características de la etapa adolescente facilitan el consumo de tabaco y otras drogas, que en la mayoría de los casos se inicia durante dicho periodo (Alfonso, Huedo-Medina y Espada, 2009). Los factores implicados en dicho consumo sugieren la conveniencia de intervenir a tres niveles: familiar, escolar y social (Espada, Griffin, Botvin y Méndez, 2003). Aún así no debemos olvidar que todos los niveles como el comunitario cobran también relevancia en este ámbito y no sería conveniente dejarlo al margen (Corbí, 2011).

El abuso de drogas constituye, junto a los accidentes de tráfico, uno de los problemas de salud pública más importante entre los adolescentes. Ningún otro problema de salud, a esta edad, conduce a tan trágicos efectos en términos de mortalidad, morbilidad, afectación del potencial futuro y los devastadores efectos en la familia y el joven (Hidalgo y Redondo, 2007).

A pesar de que en un principio el consumo de tabaco estaba ligado al sexo masculino, en la actualidad, el tabaquismo entre las mujeres es un fenómeno a analizar. Aunque se ha detectado una prevalencia creciente del consumo de tabaco entre las mujeres españolas desde los años cincuenta, la tasa de fumadoras diarias no comenzó a superar el 10% hasta 1975. Continuó creciendo hasta alcanzar el 22,5% en 1995 (Fernández,

Schiaffino, García, Saltó, Villalbí y Borrás, 2003). A partir de 1995, las estimaciones de la Encuesta Nacional de Salud muestran una estabilización (en torno al 25%) de la tasa de mujeres fumadoras diarias (Infante y Rubio-Colavida, 2004). Así se expone en los últimos datos obtenidos en 2006 donde el porcentaje de fumadores es del 31,6% en los hombres y del 21,5% en las mujeres (ENS, 2006). Una de las consecuencias directas del aumento de consumo por parte del sexo femenino ha sido el interés de la industria tabaquera, que ha puesto a la mujer como punto de mira de sus campañas promocionales (Mendoza y López, 2007; Mendoza, López y Sagrera, 2007). Según los datos obtenidos por la encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanza secundaria (ESTUDES-2010), la edad media de inicio del consumo de tabaco es de 13,5 años seguida del alcohol con una edad de inicio de 13,7. El consumo diario de tabaco está más extendido entre las mujeres con un 13,6% que entre los hombres con un 11%. Estos son los datos obtenidos por el Plan Nacional de Drogas (PNSD, 2010). Así mismo, podemos observar en dicho estudio donde vemos una prevalencia de consumo de tabaco mayor en las adolescentes que en los sujetos del sexo masculino.

Como hemos dicho anteriormente, el problema del abuso de sustancias posee un origen multicausal, además de consecuencias que se deben tener en cuenta para una mayor y mejor prevención e intervención. En este caso estamos hablando tanto del absentismo como del fracaso escolar. Este último es un factor de riesgo para el alto consumo de alcohol y tabaco. A la hora de mencionar factores de riesgo en el ámbito de las drogodependencias se resaltan dentro del ámbito escolar, el fracaso escolar o poca dedicación a la escuela (Pettersson, Hawkins y Catalano, 1992); fracaso escolar o abandono de la escuela, dificultades en el paso de un curso a otro (Hawkins, Catalano y Miller, 1992) y fracaso escolar y absentismo (Becoña, 2002). Por lo tanto podemos observar como en la variable sexo vemos diferencias con años posteriores pero como con el absentismo y el fracaso escolar siguen siendo relevantes actualmente. Existen múltiples modelos y teorías donde cada uno de ellos destaca una línea principal de trabajo en el ámbito de la prevención (Pettersson et al., 1992; Jessor, 1993; Becoña y Vázquez, 2000). Si consideramos como la (OMS) Organización mundial de la salud, la salud como un modelo biopsicosocial y no como ausencia de enfermedad podemos partir de un criterio unánime y aunar los diferentes modelos donde cada una de sus variables son aspectos relevantes a abordar en el trabajo de la prevención.

A la vista de los resultados obtenidos en este y otros estudios, parece necesario tener en cuenta estas variables (absentismo escolar, repetir curso y sexo) en el consumo de tabaco en los adolescentes para detectar o prevenir su consumo.

REFERENCIAS

- Abad, J. R. R., Ruiz-Juan, F. y Rivera, J. I. Z. (2012). Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(3), 211-220.
- Alcalá Cornide, M., Azañas Ruiz, S., Moreno Torres, C. y Gálvez Alcaraz, L. (2002). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes, estudio de dos cortes. *Medicina de Familia*, 2, 81-87.
- Alfonso, J.P., Huedo-Medina, T.B. y Espada, J.P. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de droga durante la adolescencia. *Anales de Psicología*, 25(2), 330-338.
- Alonso de la Iglesia, B., Ortiz Marrón, H., Saltó Cerezuela, E. y Toledo Pallarés, J. (2006). Epidemiología del tabaquismo: efectos sobre la salud, prevalencia de consumo y actitudes. Estrategias de prevención y control. *Prevención del Tabaquismo*, 8(1), 2-10.
- Altet Gómez, M.N. y Alcaide Megías, J. (2006). Prevención y control del tabaquismo: un reto para las unidades de pediatría. *Prevención de Tabaquismo*, 8(1), 25-36.
- Ariza, C. y Nebot, M. (2002). Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida. *Revista Española Salud Pública*, 76, 227-238.
- Barca Lozano, A., Otero López, J. M., Santorum Paz, R. y Mirón Redondo, L. (1986). Determinantes familiares, escolares y grupales del consumo de drogas en la adolescencia: Implicaciones para el tratamiento. *Estudios de psicología* 25, 103-109.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña Iglesias, E. y Vázquez-González, F.L. (2000). Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género. *Revista Española de Salud Pública*, 74, 13-23.
- Bolzán, A. y Peleteiro, R. (2003). Tabaquismo durante la adolescencia temprana. Estudio en escolares argentinos. *Jornal de Pediatria*, 79(5), 461-466.
- Caballero-Hidalgo, A., González, B., Pinilla, J. y Barber, P. (2005). Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes. *Gaceta Sanitaria*, 19(6), 440-447.
- Clemente, M. L., Alonso, J. A., Córdoba, R., Cortada, J., Grandes, G., Nebot, M. y Tormo, J. (1999). Descripción de las guías disponibles en España para el abordaje del tabaquismo en atención primaria. *Atención Primaria*, 24, 101-108.
- Corbí, B. (2011). Ansiedad, estrategias de afrontamiento y la impulsividad en el consumo de alcohol entre los adolescentes. Tesis Doctoral.
- De Onís, M. y Villar, J. (1991). Hábitos de salud. Consumo de alcohol. La mujer y la salud en España. *Informe Básico*, 1, 275-303.
- Elliot, D.S. y Morse, J.B. (1989). Delinquency and Drug Use as Risk Factors in Teenage Sexual. *Activity Youth & Society* 21, 32-60.
- Elzo, J. (1989). *Los jóvenes y su relación con las drogas*. Vitoria: Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Encuesta Nacional de Salud. [Archivo de datos]. (2006). Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias. [Archivo de datos]. (2010). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Espada, J.P., Méndez, X., Botvin, G.J., Griffin, K.W., Orgilés, M. y Rosa, A. (2002). ¿Éxito o fracaso de la prevención del abuso de drogas en el contexto escolar? Un meta-análisis de los programas en España. *Psicología Conductual*, 10(3), 581-602.
- Fernandez, E., Schiaffino, A., Borrás, J. M., Shafey, O., Villalbi, J. R. y La Vecchia, C. (2003). Prevalence of cigarette smoking by birth cohort among males and females in Spain, 1910-1990. *European Journal of Cancer Prevention*, 12(1), 57-62.

- Franzkowiak, P. (1987). Risk taking and adolescent development. *Health Promotion*, 2, 51-60.
- Galbe, J., Córdoba, R. y García Sánchez, N. (2009). Prevención del tabaquismo activo y pasivo en la infancia. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 11(17), 359-369.
- Galbe, J., Magallón, J., Clemente, L., Oliván, B., Galve, Z., Aiaga, Y., Navarra, B., Duplá, M., Jiménez, V., Torres, S., Martínez, A., Cazorla, A., Ibarrondo, I., Andrés, P. y Traver, P. (2006). ¿Cuánto fuman nuestros adolescentes? Estudio epidemiológico sobre consumo de tabaco en Zaragoza. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria*, 36(2), 54-60.
- Hansen, W. B., Graham, J. W., Sobel, J. L., Shelton, D. R., Flay, B. R., y Johnson, C. A. (1987). The consistency of peer and parent influences on tobacco, alcohol, and marijuana use among young adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*, 10(6), 559-579.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-115.
- Herrera-Vázquez, M., Wagner, F., Velasco-Mondragón, E., Borges, G. y Lázcano-Ponce, E. (2004). *Salud Pública de México*, 46(2), 132-140.
- Herrero Yuste, N. (2003). Adolescencia, grupo de iguales consumo de drogas y otras conductas problemáticas. *Revista de Estudios de Juventud*, 62, 81-93.
- Hidalgo Vicario, M.I. y Redondo Romero, AM. (2007). Adolescentes y drogas. Un reto para los profesionales sanitarios. *Evidencias en Pediatría*, 3, 60-66.
- Iglesias, E.B., Casete, L., Lloves, M., Nogueiras, L., Lage, M., Gutiérrez, M., Baamonde, Gloria., Lorenzo, C., Suárez, S., González, N., Vázquez, M.J. y Míguez, M.C. (2004). Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: una visión desde la clínica. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 9-19.
- Infante, C. y Rubio-Colavida, J. M. (2004). La prevalencia del consumo de tabaco en España. *Adicciones*, 16(2), 59-73.
- Jarvis, M. J. (2004). Why people smoke. *British Medical Journal*, 328 (7434), 277-279.
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist*, 48(2), 117.
- Lloret, D., Segura, MC. y Carratalá, E. (2008). Relaciones y reacciones familiares y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes en población rural. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 8(2), 119-135.
- Luque, M.J., Mesas, A., Alberro, J., Palma, S., Ortiz, F., Cáliz, A. y Gálvez, L. (2002). ¿Qué piensan los niños sobre el tabaco? *Medicina de Familia*, 3, 184-189.
- Martínez González, A.E., Inglés Saura, C.J., Piqueras Rodríguez, J.A. y Ramos Linares, V. (2010). Importancia de los amigos y los padres en la salud y el rendimiento escolar. *Electronic Journal Of Research in Educational Psychology*, 8(1), 11-138.
- Martínez González, R.A. y Álvarez Blanco, L. (2005). Fracaso y abandono escolar en Educación Secundaria Obligatoria: implicación de la familia y los centros escolares. *Aula Abierta*, 85, 127-146.
- Mendoza, R. y López Pérez, P. (2007). El consumo de tabaco en el alumnado español pre-adolescente y adolescente: diferencias de género. *Adicciones*, 19(4), 341-356.
- Mendoza, R., López Pérez, P. y Sagra, M. R. (2007). Diferencias de género en la evolución del tabaquismo adolescente en España (1986-2002). *Adicciones*, 19(3), 273-287.
- Mena, L., Fernández Enguita, M. y Riviére, J. (2010). Desenganchados de la educación: procesos, experiencias, motivaciones y estrategias del abandono y del fracaso. *Revista de Educación*, 1, 119-145.
- Meneses, C., Romo, N., Uroz, J., Gil, E., Markez, I., Giménez, S. y Vega, A. (2009). Adolescencia consumo de drogas y comportamiento de riesgo: diferencias por sexo, etnicidad y áreas geográficas en España. *Trastornos Adictivos*, 11(1), 51-63.
- Moral, M. V. y Ovejero, A. (2003). Actitudes ante el consumo de sustancias psicoactivas y mentalidades del usuario en adolescentes. *Entemu. UNED Centro Asociado de Asturias*, 15, 151-175.
- Moral, M., Rodríguez Díaz, F.J. y Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 8(1), 52-58.
- Nebot, M., Tomás, Z., Ariza, C., Valmayor, S. y Mudde, A. (2001). Factores asociados con la Intención de fumar y el inicio del hábito tabáquico en escolares: resultados del estudio ESFA en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 16(2), 131-138.
- Needle, R., McCubbin, H., Wilson, M., Reineck, R., Lazar, A. y Mederer, H. (1986). Interpersonal influences in adolescent drug use-the role of older siblings, parents, and peers. *Substance Use & Misuse*, 21(7), 739-766.
- Pallonen, U. E., Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Prokhorov, A. V. y Smith, N. F. (1998). Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking: an empirical integration. *Addictive Behaviors*, 23(3), 303-324.
- Peñafiel, E. (2009). Factores de riesgo y de protección en grupos de adolescentes policonsumidores. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 9, 63-84.
- Peterson, P.L., Hawkins, J.D. y Catalano, R. (1992). Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions. Design challenges and recommendations. *Evaluation Review*, 16, 579-602.
- Peterson, L., Homer, A. L. y Wonderlich, S. A. (1982). The integrity of independent variables on behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15, 477-492.
- Plan Nacional Sobre Drogas 2010. [Archivo de datos]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Rodríguez, J., Hernández, E. y Fernández, AM. (2007). Descripción del consumo de drogas lícitas e ilícitas por género a través de la metodología de pares. *Revista Médica Chile*, 135, 449-456.
- Ruiz-Risueño, J., Ruiz-Juan, F. y Zamarripa, J.I. (2012). Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(3), 211-220.
- Tercedor, P., Martín-Matillas, M., Chillón, P., Pérez-López, I.J., Ortega, F.B., Wärnberg, Ruiz, J.R., Delgado, M. y grupo AVENA. (2007). Incremento del consumo de tabaco y disminución del nivel de práctica de actividad física en adolescentes españoles. Estudio AVENA. *Nutrición Hospitalaria*, 22(1), 89-94.
- Tormo Molina, J. (1997). *Abordaje del tabaquismo en medicina familiar*. Granada: SAMFYC
- Urquillo, S. (2002). Auto-concepto y desempeño académico en adolescentes. Relaciones con sexo, edad e institución. *Psico-USF*, 7(2), 211-218.
- Valdivia, G., Simonetti, F., Cumsille, P., Ramírez, V., Hidalgo, C., Palma, B. y Carrasco, J. (2004). Consumo de tabaco en población menor de 18 años: estudio de prevalencia en escolares de Chile. *Revista Médica Chile*, 132, 171-182.
- Varela, M.C. y Becoña, E. (2004). El consumo de tabaco en estudiantes de Psicología a lo largo de 10 años (1996-2006). *Psicothema*, 21(4), 573-578.
- Vicario, M. H. y Júdez, J. (2007). Adolescencia de alto riesgo. Consumo de drogas y conductas delictivas. *Pediatría Integral* 11(10), 895-910.
- Villalbí, J.R., Nebot, M. y Ballestín, M. (1995). Los adolescentes ante las sustancias adictivas: tabaco alcohol y drogas no institucionalizadas. *Medicina Clínica*, 14(20), 784-788.

PARENT AND PEER INFLUENCE MODELS IN THE ONSET OF ADOLESCENT SMOKING

MODELOS DE INFLUENCIA DE PADRES Y AMIGOS EN EL INICIO DEL CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES

Daniel Lloret Irlés¹, Mónica Gázquez Pertusa¹, Álvaro Botella Guijarro² and María José Ferri Carbonell²

¹Universidad Miguel Hernández

²Fundación AEPA, Alicante

Abstract

Tobacco is the second most commonly used drug among adolescents. Aim. The aim is to analyse the influence of different socializing agents: parents and peers, in the use and the intention of use among adolescents. Methods. Cross-sectional study in a school setting in Spain. 5,828 youngsters (50.2% males, 49.8% females) recruited in Secondary Education Centres (mean age 14.15). Main outcome measures: Self-reported tobacco use (ever and current use of cigarettes), attitudes toward tobacco and influence groups tobacco use. Findings. There is a relative importance of parent influence to adolescent smoking onset. Peer tobacco use is the variable that increases the most the probability of use. Smoking is more likely among those subjects whose friends smoke (odds ratio 7.16, 95% confidence interval 5,5 - 9,3), than among those whose friends are non-smokers. Conclusions. Peer behaviour plays a predominant role in the onset and regular use of tobacco. Girls are more vulnerable to social pressure, the use or intention to use increases more sharply among girls in the presence of friends who smoke than among boys.

Keywords Tobacco; adolescent; family; peer; predictive models.

Resumen

El tabaco es la segunda droga más utilizada por los adolescentes. Objetivo. Analizar la influencia de diferentes agentes de socialización: padres y compañeros, en el uso y en la intención de uso por los adolescentes. Método: Estudio transversal en ámbito escolar. N=5,828 jóvenes (50.2% chicos, 49.8% chicas) estudiantes de Centros de Educación Secundaria (media de edad=14.15). Medidas: Consumo auto-informado de cigarrillos, actitudes hacia el tabaco y uso de tabaco por el grupo de influencia. Resultados: El consumo de tabaco por los compañeros es la variable que más incrementa la probabilidad y la intención de uso. Fumar es más probable entre los sujetos cuyos amigos fuman (odds ratio 7.16, I.C. 95% 5,5-9,3), que entre aquellos cuyos amigos no son fumadores. Conclusiones: La conducta de los compañeros juega un papel predominante en el inicio y mantenimiento del hábito tabáquico. Las chicas son más vulnerables a la influencia social. En consecuencia, la probabilidad de uso o intención de uso es mayor entre las chicas que entre los chicos ante la presencia de amigo/as que fuman.

Palabras clave: Tabaco; adolescentes; familia; grupo de pares; modelos predictivos.

Correspondencia: Daniel Lloret Irlés
Health Psychology Department.
Universidad Miguel Hernández.
Ctra. de Valencia s/n 03550
Sant Joan d'Alacant, Alicante (España)
E-mail: daniel.lloret@umh.es
Tfno: +34 965 919 406 - 965 919 319
Fax.- +34 965 919 566

Tobacco is the second most commonly used drug among adolescents. In Europe the tobacco use rate slightly decreases since ESPAD, European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, (Hibell, Guttormsson, Ahlström, Balakireva, Bjarnason, Kokkevi y Kraus, 2012) data is collected. In the adolescent population, the prevalence of use "at least once in a lifetime" is on average 55% (56% in boys and 54% in girls) in the 36 European countries that participated in the last ESPAD pool. Approximately 56% of those that tried tobacco, smoked during the last 30 days. The proportion of students that start smoking daily when they are 13 years old is 7%, and it can reach 14% in some countries.

In Spain, research carried out with similar populations of adolescents of either gender with a mean age of 16 years, shows that "last 30 days use" has dropped five points during the last decade up to 26.2% in 2010 (Observatorio Español sobre Drogas, 2010). The mean age for onset is 13.5 years, that has not varied in the last 10 years. The starting age for daily consumption comes one year later (14.3 years old). Although tobacco smoking has been traditionally associated with boys, nowadays no gender differences are reported.

First smoking experiences occur in the early years of adolescence when two important socializing agents converge: family and peers (Baker *et al.*, 2004; Bauman *et al.*, 2001; De Vries *et al.*, 2003; Kristjansson *et al.*, 2010). Indeed young people refer to their first use during early adolescence, when family influence still has a privileged position in attitude shaping and the development of new behaviour (Bricker *et al.*, 2007). Over recent decades a large number of studies aimed at analysing the relation between drug use (and other problematic behaviours) and family features have been carried out. Special attention has been paid to family conflict, low family cohesion, poor communication, educational styles or even the family structure itself. These factors have a general character and are the basis of a wide range of problematic behaviour patterns rather than just tobacco and drug use.

On the other hand, some research indicates that parental influence on adolescent behaviour may be moderated by the quality of emotional relations and the gender of the young person. In fact an analysis of these variables concludes that the group of adolescents with parents who smoked and low emotional bonds registers a higher prevalence of use. The difference is even more notable in girls than in boys (Wen *et al.*, 2005). However, the smoking habit of the parents in itself, taken as a model of tobacco use, represents a specific risk factor and is, therefore, more important in explaining the tobacco use of the children. The theory of Social Learning (Bandura, 1973) proposes an explanation both for onset and a regular smoking habit among young people, based on the presence of a parental model of smoker. This hypothesis is supported by numerous studies which conclude that tobacco use by parents contributes to the onset of smoking among their children, even where parents are health-conscious in family management, defend an

anti-smoking stance and do not smoke in front of their children (Espada *et al.*, 2008; Hill *et al.*, 2005). It has also been shown that, apart from tobacco use, parental attitudes towards smoking are also closely related to smoking among their children (Alfonso *et al.*, 2009; Lloret *et al.*, 2008; Wen *et al.*, 2005).

The other influence group consists of their peers. Tobacco use among the peer group is considered an important risk factor for the onset of smoking and a regular smoking habit. The use of tobacco as social facilitator is widespread among adolescents. Indeed some authors maintain that group pressure adopts different forms of influence; from an explicit invitation to smoke to the sense of rejection of those who resist the majority and chose not to smoke. The favourable attitude of the group of friends towards alcohol, tobacco and cannabis is an important factor in the first experiment with cannabis (Agrawal *et al.*, 2007; Fujimoto, Unger, and Valente, 2012). Nonetheless, peer group pressure is affected by social relations, such as the degree of dependence on the group or other personal character factors like the social skills of the young person, their self-esteem, degree of assertiveness and so on.

On the other hand, use by the peer group does not seem to have the same influence when the users are not direct friends. De Vries *et al.* (2003), having analysed a sample of 7,102 adolescents from six European countries, conclude that there is no evidence to show that use by other young people of the same age represents a predictor of use. Instead, young people choose their friends according to their similar cannabis user habits.

Risk can be understood as a measurable probability of something happening with harmful consequences or negative effects (Farré, 2005). Although there is still a lack of conceptual definition (García del Castillo, 2013), low perception of risk associated with use is supported by research results as one of the main risk factors. Consequently, the lower the perception of risk, the higher the prevalence of use (de la Villa Moral, Rodríguez y Sirvent, 2006; Hibell *et al.*, 2012; OED, 2010). Some studies suggest that informal control mechanisms, such as lower levels of use among group of friends, friends' influence, the perception of low accessibility, are powerful inhibitors of use. The influence of friends is associated with a lessened perception of risk (Romer & Hennessy, 2007).

Finally, when comparing the influence between family and peer use models, results suggest that both agents play an important role in the onset and habitual use of tobacco (Glynn, 1981, Eunyoung, Dae-Hoon & Minwoo, 2010). However, data do not support the argument that both variables, parents and peers, are related. There is no evidence to sustain that the offspring of parents who smoke are more likely to establish friendship with other adolescents who smoke (Engels *et al.*, 2004).

Considering previous research results, the aim is to determine the influence of both socializing agents: parents and peer, in the use and the intention of use among adolescents, moreover to analyse its role in the attitude towards tobacco. Furthermore, we seek to analyse the explanatory and predictive weight of each selected variable from a gender perspective.

We hypothesize that different socializing agents, as well as attitudes toward tobacco use, will play a similar role either for use or intention to use in the future. Likewise, the predictive weight of each variable will be independent of the gender. In order to verify those objectives we carried out a cross sectional design and a *ex post facto* prospective research.

METHOD

Participants

The sample was obtained from 43 secondary education public centres of a coastal region of Spain. In order to guarantee that cultural and socio-economic diversity was properly represented, the centres were randomised selected from different socio-economic areas.

Table 1. Items level of completion. Frequencies and percentages

Variables	% of completion	Frequency		%	
		Yes	No	Yes	No
Regulations	100	4910	1107	81.6	18.4
Buying	100	1746	4272	29.0	91.0
Father smokes	99.8	2542	3463	42.2	57.8
Mother smokes	100	2291	3725	38.0	62.0
Friends smoke	99.9	4413	1599	73.3	26.7
Teachers smoke	98.8	5399	547	89.7	9.0
Do you smoke?	100	1167	4851	19.4	80.6
Frequency	20.8	1250			
Every day		398		6.6	
Some times a week		343		5.7	
Only when I go out		325		5.4	
Some times a year		183		3.0	
I used to, but not now.	96.9	520	5311	8.6	88.2
Intention to smoke.	97.7	968	4916	16.0	81.7
Attitude					
	% of completion	Mean		Standard Deviation	
Attitude	100	6.94		1.84	
Age	100	14.5		1.45	

Within each educational centre, the sampling process was realized by conglomerates, taking the class as the sample unit. The participating classes in each year of Secondary Education and Professional Training were selected randomly. The survey was administered in each of the educational centres by the teachers themselves.

The sample was made up of 5,828 youngsters (50.2% males and 49.8% females) with an age range from 12 to 17 years old. The mean age was 14.15 years, with a standard deviation of 1.45. In terms of the distribution of the sample according to the main variables of the study, and with reference to smoking among parents, 23% stated that both parents smoked, 34% reported that only one parent smoked and 43% stated that neither parent smoked. Most participants (73%) reported that some friend used tobacco. Table1 shows the frequencies and percentages of each variable analysed.

Analysed variables were measured with a 22-item survey on habits, beliefs and attitudes towards tobacco use by the adolescent population. The survey was drawn up ad hoc by our research team, and it was reviewed to ensure the proper linguistic adaptation to the target population. The survey consisted of four areas to be explored:

The first area regards tobacco use by parents and peers. Tobacco use by parents was measured by two items. One related to the father and the other to the mother: "Does your father / mother smoke?" Dichotomic answer yes/no. Peer's tobacco use was measured by one item. "Do any of your friends smoke?" Dichotomic answer yes/no.

Second area, "Attitude toward tobacco" was measured with a true/false 10 item scale. The final score offers a continuous value from 0 for very favourable to 10 for very against tobacco use.

The third area "Intention to smoke" was measured by a single question with a dichotomic answer: yes/no. "Do you think that you will smoke in the future?"

And finally, to measure "Current tobacco use", we used a single question with a dichotomic answer: yes/no. "Do you smoke?"

Predictive variables were tobacco use of the father and the mother, peers' tobacco use, attitudes towards tobacco, gender and age. Result variables were adolescent tobacco use which took two forms: smokers and non-smokers. In the second case, the criterion was the intention to smoke in the future, which also split the sample in two groups: those that intended to smoke in the future and those that did not.

Procedure

Once the Ethical Committee approved the procedure and the consent of each of the 43 educational centres and the

respective Parents Associations had been obtained, we proceeded to identify the groups of young people that would participate in the study. In each centre, we selected groups from different ages.

All participating students fulfilled an anonymous survey during a 50-minute session, whereas the fulfilment average time was 25 minutes. At the proposal of the centres, the survey was administered by the teachers themselves, following the same protocol, set out in the "guidelines for administration of the survey", drawn up for that purpose. At the beginning of each session, every collaborator described the aim of the study and explained that all data were confidential. The following text was read aloud: "You have a survey containing a list of items, please read them accurately and answer them honestly. The survey is completely anonymous. It is necessary that you answer each item with absolute honesty. This is not a test, so there are no right or wrong answers. If you don't find the answer that fits exactly with your opinion, you should mark the closest one. When you finish please do not hand in your survey, but leave it on your table and I will pick it up. Many thanks for your collaboration."

Data analysis and statistical method

In order to evaluate the influence of the tobacco use of the different socializing agents in adolescent smoking behaviour and in their intention to smoke in the future, we carried out multivariate analysis with simultaneous logistic regression method.

In the first case, the criterion was adolescent tobacco use. In the second case, the criterion was the intention to smoke in the future. In both cases, the predictive variables were: tobacco use of the father and the mother, peers' tobacco use and attitudes towards tobacco and age.

At first both models (tobacco use and future intention) were tested with the whole sample. Later, separate models were formulated for boys and girls, in order to analyse the predictive weight of the studied variables in terms of gender. Finally, in order to correctly classify subjects in both models, we have determined the optimal cutting point using the receiving operating characteristic curve (ROC).

All analyses were carried out with IBM SPSS19 statistical software, assuming a 95% level of confidence for error type I.

RESULTS

The model for smoking in terms of the socialisation agents (parents and peers), and the attitudes towards smoking and age allows a correct classification of 68,9% (sensitivity=68,6% ; specificity= 68,9%) of all cases ($\chi^2 = 797,989$; $p < .001$), giving as adjustment estimator a Nagelkerke's statistic R^2 equal to .205.

With reference to the odds ratio, smoking is more likely among those subjects whose friends smoke (5.09 times more probable) than among those whose friends are non-smokers and among older subjects (OR=1.41). In the same way, the likelihood of smoking is approximately 1.3 times higher among those subjects whose parents smoke (Father: OR= 1.35; Mother: 1.37) than among those parents do not smoke. Furthermore, the results show that an attitude against smoking reduces the probability of acquiring the habit (OR= .8).

If we consider the differences between the sexes, the model for smoking among young males gives a correct classification of 69.1% (sensitivity=70.6% ; specificity= 72.3%; $\chi^2 = 426.456$, $p < .001$). In this sense, the Nagelkerke's statistic R^2 gives an adjustment value of .916 for the boys' model and .217 for the girls.

Table 2. Results of binary logistic regression for smoking

Variables	Beta	E.T.	Wald	p	OR	IC 95%	
<i>Total Sample</i>							
Father smokes	0.30	0.07	15.99	0.00	1.35	1.17	1.56
Mother smokes	0.31	0.08	17.11	0.00	1.37	1.18	1.58
Peer smoke	1.63	0.14	144.49	0.00	5.09	3.90	6.63
Attitudes	-0.23	0.02	138.14	0.00	0.80	0.77	0.83
Age	0.34	0.03	173.68	0.00	1.41	1.34	1.48
Constant	-6.48	0.41	247.88	0.00	0.00		
<i>Boys</i>							
Father smokes	0.38	0.11	12.67	0.00	1.47	1.19	1.81
Mother smokes	0.21	0.11	3.65	0.06	1.23	0.99	1.52
Peer smoke	1.44	0.18	61.18	0.00	4.21	2.94	6.03
Attitudes	-0.21	0.03	61.14	0.00	0.81	0.77	0.85
Age	0.37	0.04	99.28	0.00	1.45	1.35	1.56
Constant	-6.91	0.59	135.54	0.00	0.00		
<i>Girls</i>							
Father smokes	0.23	0.10	4.69	0.03	1.25	1.02	1.54
Mother smokes	0.40	0.10	14.90	0.00	1.50	1.22	1.84
Peer smoke	1.83	0.20	82.98	0.00	6.23	4.20	9.23
Attitudes	-0.24	0.03	77.11	0.00	0.79	0.75	0.83
Age	0.31	0.04	74.58	0.00	1.36	1.27	1.46
Constant	-6.08	0.57	112.91	0.00	0.00		

S.E.= standard error; p= associated probability; OR= odds ratio; I.C. 95%: confidence interval

Thus, the factors which best predict smoking among young males are, in this order, tobacco use by their friends (OR= 4.21), tobacco use by the father (OR= 1.47), age (OR=1.45) and tobacco use by the mother (OR=1.23). Having an unfavourable attitude to smoking reduces the likelihood of tobacco use (OR= .81). On the other hand, the factors which increase the likelihood of

smoking among young females are, in order of relevance: tobacco use by their friends (OR= 6.23) and by their mother (OR= 1.50), age (OR=1.36) and tobacco use by the father (OR=1.25). Among girls, an unfavourable attitude towards smoking reduces the likelihood of tobacco use (OR= .79). In table 2 we show the components of the models through logistic regression analysis.

Intention of smoking in the future

With reference to the intention of smoking in the future the model is correct in 66.2 % of the cases (sensitivity=66.6% ; specificity=66.1; $\chi^2 = 526.61$; $p < .001$) and includes the following variables: tobacco use by agents of socialisation (father, mother and friends) and attitudes ($R^2 = .15$).

In this sense, the odds ratio shows us that likelihood of an intention to smoke in the future is 6.5 times greater for those subjects whose friends smoke. Moreover, the probability of an intention to smoke increases 1.77 times where the father smokes and 1.55 times where the mother is a smoker. Once again, an anti-tobacco attitude reduces the likelihood of an intention to smoke in the future (OR= .83).

Table 3. Results for binary logistic regression for intention to smoke

Variables	Beta	S.E.	Wald	p	OR	I.C. 95%	
<i>Total sample</i>							
Father smokes	0.57	0.08	53.99	0.00	1.77	1.52	2.06
Mother smokes	0.44	0.08	31.84	0.00	1.55	1.33	1.81
Peer smoke	1.88	0.14	174.37	0.00	6.54	4.95	8.64
Attitudes	-0.18	0.02	85.20	0.00	0.83	0.80	0.86
Age	-0.02	0.03	0.70	0.40	0.98	0.93	1.03
Constant	-2.09	0.42	25.15	0.00	0.12		
<i>Boys</i>							
Father smokes	0.56	0.11	25.30	0.00	1.75	1.40	2.17
Mother smokes	0.26	0.11	5.68	0.02	1.30	1.05	1.62
Peer smoke	1.60	0.18	74.72	0.00	4.94	3.44	7.09
Attitudes	-0.15	0.03	30.05	0.00	0.86	0.81	0.91
Age	0.00	0.04	0.00	0.98	1.00	0.93	1.08
Constant	-2.33	0.59	15.50	0.00	0.10		
<i>Girls</i>							
Father smokes	0.60	0.11	29.46	0.00	1.81	1.46	2.25
Mother smokes	0.61	0.11	31.10	0.00	1.84	1.49	2.28
Peer smoke	2.22	0.22	97.88	0.00	9.22	5.94	14.31
Attitudes	-0.22	0.03	56.61	0.00	0.81	0.76	0.85
Age	-0.05	0.04	1.59	0.21	0.95	0.89	1.03
Constant	-1.90	0.59	10.33	0.00	0.15		

S.E.= standard error; p= associated probability; OR= odds ratio; I.C. 95%: confidence interval

In the differential analysis of an intention to smoke according to sex, the models are correct in 64.6% of cases among young men (sensitivity=64.4% ; specificity=64.6 $\chi^2 = 202.235$; $p < .001$) and in 68.7% in cases among young women (sensitivity=68.9% ; specificity=68.7; $\chi^2 = 337.19$; $p < .001$). The adjustment value of the models gives an Nagelkerke's statistic R^2 equal to .12 in the case of young men and .19 in the case of young women. Regarding the variables which best predict the intention to smoke, in the young man's model the likelihood of smoking in the future was five times more if they had friends who were smokers (OR= 4.94) than if they did not and the likelihood also increased if both parents were smokers (Father: OR=1.74; Mother: OR=1.30). On the other hand, an anti-smoking stance played a protector role (OR= .86). In the young women's model, having friends who smoked increased 9.21 times the likelihood of an intention to smoke in the future. The probability of an intention to smoke in the future increased 1.8 times if both parents smoked (Mother: OR=1.84; Father: OR=1.81). Once again, as reflected in earlier models of the likelihood of an intention to smoke in the future decreases if there is an anti-smoking attitude (OR= .81).

In table 3 we detail the components of the models set up through the logistic regression analysis for the intention to smoke in the future.

DISCUSSION

The aim of this work is to analyse the influence of different socialising agents (parents and peers) in the use of tobacco by adolescents and their intention to use tobacco in the future. It was thought particularly important to know the future intention of tobacco use, taking into account that a third of the sample was 13-years-old or below, and European epidemiological studies state that this is the onset age for smoking.

Results suggest that peer tobacco use is the variable that most increases the probability of use as well as the intention of use in the future. Our findings indicate the predominant role of peer behaviour in the onset and regular use of tobacco. Our data agree with those found in similar research where peer influence is higher than that of parents (Blokland *et al.*, 2007; Kristjansson *et al.*, 2010; Smet *et al.*, 1999).

With the arrival of adolescence, the family loses influence as a behaviour model to peer pressure. Taking into account that onset age is around 13 years old, the same age as the beginning of adolescence, we should ask ourselves whether parents' influence is higher in early-adolescence than in the later stages of adolescence. Among the group of participants under 14 years old, a high level of parental influence is observed. Fourteen per cent of children of this age whose parents smoke, use tobacco as well. When parents do not smoke, only 5% of children under 14 years old use tobacco. That means that three times more

children smoke if their parents do, which requires serious consideration of the effect of parental influence in the design of prevention programmes addressed at the early adolescent population. The difference between family and peer relevance, according to the stage of adolescence has been described by Kandel and Lesser (1972) as a hydraulic process, through which the level of peer influence increases, while the family influence decreases.

Furthermore, these results are in line with the Social Learning Theory that holds that the closer the model is perceived, the greater the influence it has. In this sense, there are many studies that show a firm association between drug use prevalence and friends that use drugs (Agrawal *et al.*, 2007; Brook *et al.*, 1990; Díaz & Sanabria, 1993; Espada *et al.*, 2008; Fujimoto, Unger, and Valente, 2012; Jessor & Jessor, 1977; Kandel *et al.*, 1990; Otero *et al.*, 1989).

Secondly, when we analyse the differential influence of each of the variables in gender terms, we observe how patterns of use in the family have a different effect according to the sex of the parent and of the minor. We can see that use by the mother is more closely related to use among girls, while use by the father is similarly closely related to use among boys. Peer influence also shows differences according to the sex of the minor. The results indicate that girls are more vulnerable to social pressure and thus the likelihood of use or intention to use increases more sharply among girls in the presence of friends who smoke than among boys.

The results call for a reflection on key aspects in the design of prevention programmes, such as the relation between the smoking habit of friends and the smoking habit of the adolescent and his/her intention to smoke in the future, as well as the gender differences in the model of parental influence on smoking: fathers on sons and mothers on daughters. Prevention programmes should incorporate components and activities which modify the influence that parents and peers exercise through modelling and peer pressure mechanisms. The results suggest that programmes designed for the very young should put special emphasis on the reactions and attitudes of the family towards smoking.

The study has some limitations which must be taken into account in order to ensure a cautious interpretation of the results. The data were collected by means of a self-administered survey, completed in class while the teacher was present in the classroom. This type of study does produce a tendency towards a socially desired response, which supposes bias in the validity of the results. We did not obtain other measurements which might have served to validate or contrast the data collected.

Another limitation of the study was the cross-sectional design used, as it does not allow us to determine whether the relationship between adolescent use and peer group use is unidirectional or reciprocal. In other words, whether the minor

who smokes is more likely to choose friends among other smokers or whether, on the contrary, it is the use of tobacco by others which causes the minor to begin smoking. Longitudinal studies are required to monitor a cohort from the age of 11 until the age of 17.

ACKNOWLEDGEMENT OF FUNDING AND CONFLICT OF INTEREST

This research has been funded by Dirección General de Salud Pública, Valencian Government.

Authors declare no conflict of interest.

REFERENCES

- Agrawal, A., Lynskey, M.T., Bucholz, K., Madden, P. and Heath, A. (2007). Correlates of cannabis initiation in a longitudinal sample of young women: The importance of peer influences. *Preventive Medicine*, 45, 31-34.
- Alfonso, J.P., Huedo-Medina T.B. and Espada J.P. (2009) Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de psicología*, 25 (2), 330-338.
- Bauman, K.E., Carver, K. and Gleiter, K. (2001). Trends in parent and friend influence during adolescence: the case of adolescent cigarette smoking. *Addictive Behaviours*, 26, 349-361.
- Baker, T.B., Brandon, T.H. and Chassin, L. (2004). Motivational influences on cigarette smoking. *Annual Review of Psychology*, 55, 463-491.
- Bandura, A. y Walters, R.H. (1973). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Universidad. (1st edition of 1963).
- Blokland E.A.W., Hale W.W., Meeus W. and Engels R.C.M.E. (2007) Parental support and control and early adolescent smoking: a longitudinal study. *Substance Use and Misuse*, 42, 2223-2232
- Bricker, J.B., Peterson, A.V., Sarason, I.G., Andersen, M.R. and Rajan, K.B. (2007). Changes in the influence of parents' and close friends' smoking on adolescent smoking transitions. *Addictive Behaviours*, 32, 740-757.
- Brook, J. S., Gordon, A. S., Whiteman, M. and Cohen, P. (1986). Some models and mechanisms for explaining the impact of maternal and adolescent characteristics on adolescent stage of drug use. *Developmental Psychology*, 22, 460-467.
- de la Villa Moral Jiménez, M., Rodríguez Díaz, F.J. and Sirvent Ruiz, C. (2006) Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18, 52-58.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2010). *Encuesta estatal sobre el uso de drogas en estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006-2010*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Retrieved January the 10, 2013, from <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>
- De Vries, H., Engels, R., Kremers, S., Wetzels, J. and Mulde, A. (2003). Parents' and friends' smoking status as predictors of smoking onset: findings from six European countries. *Health Education Research*, 18, 627-636.
- Díaz, O. and Sanabria, M.A., (1993). Variables relacionadas con el inicio del consumo de tabaco. *Adicciones*, 5, 287-304.
- Engels, R.C., Vitaro, F., Blokland, E.D.E., Kemp, R. and Scholte, R.H.J. (2004) Influence and selection processes in friendships and

- adolescent smoking behaviour: The role of parental smoking. *Journal of Adolescence*, 27, 531-544.
- Espada, J.P., Pereira, J.R. and García-Fernández, J.M. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 20, 531-537.
- Eunyoung, K., Dae-Hoon, K. and Minwoo, Y. (2010) Investigating the effects of peer association and parental influence on adolescent substance use: A study of adolescents in South Korea. *Journal of Criminal Justice*, 38, 17-24.
- Farré, J. (2005). Comunicación de riesgo y espirales del miedo. *Comunicación y Sociedad*, 3, 95-119.
- Fujimoto, K, Unger, J. and Valente, T.W. (2012).: Assessing the influences of teammates' smoking on adolescent smoking. *Child Development*, 83, 442-451.
- Glynn, T.J. (1981). From Family to Peer: Transitions of Influence Among Drug-Using Youth. In Lettieri D. Ludford J. *Drug Abuse and the American Adolescent*. NIDA Research Monograph 38
- García del Castillo, J.A. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 12, 133-151.
- Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A. & Kraus L. (2012) *The 2011 ESPAD Report*. The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN). Stockholm
- Hill, K.G., Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Abbott ,R.D. and Guo, J. (2005) Family influences on the risk of daily smoking initiation. *Journal of Adolescent Health*, 37, 202-210.
- Jessor, R. and Jessor, S.L. (1977). *Problem behaviour and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. San Diego, CA: Academic Press.
- Kandel, D., Davies, M. and Baydar, N. (1990). The creation of interpersonal context: Homophily in dyadic relationships in adolescence and Young adulthood. In Robins, L. and Rutter, M. (Eds.). *Stright and devious pathways from childhood to adulthood* (pp. 221-241). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kandel, D. and Lesser, G.S. (1972). *Youth in two worlds*. San Francisco: Jossey Bass.
- Kristjánsson, A.L., Sigfusdóttir, I.D., James, J.E., Alegrente, J.P. and Helgason, A.R. (2010). Perceived parental reactions and peer respect as predictors of adolescent cigarette smoking and alcohol use. *Addictive behaviours*, 35, 256-259.
- Lloret, D., Segura, M. and Carratalá E. (2008). Relaciones y reacciones familiares y consumo de alcohol y tabaco en adolescents en población rural. *Health and addictions/Salud y Drogas*, 8, 119-135.
- Otero, J. M, Miron, L. and Luengo, A. (1989). Influence of family and peer group on the use of drugs by adolescents. *The international Journal of the Addictions*, 24, 1065-1082.
- Romer, D. and Hennessy, M. (2007). A Biosocial-Affect Model of Adolescent Sensation Seeking: The Role of Affect Evaluation and Peer-Group Influence in Adolescent Drug Use. *Prevention Science*, 8, 89-101.
- Smet, B., Maes, L., of Clercq, L., Haryantic, K. and Djati Winarno, R. (1999). Determinants of smoking behaviour among adolescents in Semarang, Indonesia. *Tobacco Control*, 8, 186-191.
- Wen, C. P., Tsai, S.P., Cheng, T.Y., Hsu, C.C., Chen, T. and Lin, H.S. (2005) Role of parents and peers in influencing the smoking status of high school students in Taiwan. *Tobacco Control*, 14(Supl. I), 10-15.

EL PAPEL DE LAS ACTITUDES, LAS PERCEPCIONES Y EL DINERO DISPONIBLE EN EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES

ATTITUDES, PERCEPTIONS AND AVAILABLE MONEY EXPLAINING DRUG CONSUMPTION IN ADOLESCENTS

Jesús Varela Mallou, Sara Marsillas Rascado, Manuel Isorna Folgar y Antonio Rial Boubeta

Universidad de Santiago de Compostela

Abstract

The development of patterns of drug consumption among adolescents, strongly rooted in leisure habits, justifies current level of public alarm. In recent years, different risk and protection factors have been studied, and several theoretical models of drug consumption have been proposed. The aim of this paper is to explore some of them from adolescent's perception as well as the influence of available money by the adolescents. Conducting interviews with 477 adolescents in Galicia among 14 and 18 years old and using structural equation analysis allows to present a simple explanation model of drug consumption among adolescents. The results serve to demonstrate the relevance of variables such as *health orientation*, *attitudes towards drugs* and to expose the role of *available money*, besides allowing a better understanding of the relationship between these variables.

Keywords: drug consumption, health orientation, attitudes towards drugs, available money, adolescents.

Resumen

La evolución experimentada en los patrones de consumo de drogas entre los adolescentes, fuertemente vinculados a los hábitos de ocio, justifica el nivel de alarma social actual. En los últimos años, se han estudiado en profundidad diferentes factores de riesgo y protección y se han propuesto diversos modelos teóricos explicativos del consumo de drogas. El presente trabajo pretende explorar algunos de ellos desde la percepción de los propios adolescentes, así como estudiar la influencia del dinero disponible por los mismos. La realización de entrevistas a 477 adolescentes gallegos de entre 14 y 18 años y el uso del análisis de Ecuaciones Estructurales permiten presentar un modelo explicativo sencillo del consumo de drogas entre los jóvenes. Los resultados obtenidos sirven para poner de manifiesto la relevancia de variables como la *orientación hacia la salud* o las *actitudes hacia las drogas* sobre el consumo de drogas y exponer el papel que juega el *dinero disponible*, además de permitir una mejor comprensión de la relación entre estas variables.

Palabras clave: consumo de drogas, orientación hacia la salud, actitudes hacia las drogas, dinero disponible, adolescentes.

Correspondencia: Prof. Dr. Antonio Rial Boubeta
Facultad de Psicología
Universidad de Santiago de Compostela
Campus Vida s/n. 15786.
Santiago de Compostela, A Coruña (España)
E-mail: antonio.rial.boubeta@usc.es

El consumo de drogas entre adolescentes constituye una realidad compleja sobre la que inciden numerosos condicionantes (Rial, Torrado y Varela, 2008). A pesar de los esfuerzos realizados en materia de prevención y los progresos constatados en los últimos años, son varios los elementos que justifican todavía cierta alarma social. En primer lugar, la aparición de nuevas sustancias de las que apenas se conocen sus efectos o consecuencias está generando un incremento importante de la morbilidad y mortalidad entre los jóvenes (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2011). En segundo lugar, la edad de inicio al consumo de drogas ha ido disminuyendo en los últimos años hasta situarse entre los 13 y los 15 años para la mayoría de las sustancias, siendo el tabaco y el alcohol aquellas cuyo inicio se produce en edades más precoces (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías [OED], 2011). Otro elemento a destacar es la extensión de un patrón de consumo que ha terminado por alcanzar a todos los estratos de la sociedad, a modo de *epidemia social*, sin que sea posible establecer un perfil de consumidor *tipo*. Alcohol, tabaco o cannabis son consumidos independientemente del género, la edad o el estatus socioeconómico, dificultando con ello la identificación de individuos en riesgo (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2001, 2002; Moral, 2002).

Se ha constatado además un marcado policonsumo (Calafat, Fernández, Juan, Bellis, Bohrn, Hakkarainern, Kilfoyle-Carrington, Kokkevi, Maalsté, Mendes, Siamou, Simon, Stocco y Zavatti, 2001) siendo habitual entre los estudiantes de secundaria un patrón que se inicia en el alcohol y se va complementando con sustancias como el tabaco (46,1%), cannabis (38,5%), cocaína (1,8-3,7%) o éxtasis (2,4%) (OED, 2011). Los datos recogidos en el *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (2007) advierten también de un incremento del consumo realizado de modo intensivo y que generalmente deriva en intoxicación. En concreto, se constata un aumento de la ingesta de alcohol de alto riesgo (*binge-drinking*), caracterizado por un consumo excesivo en períodos muy cortos de tiempo que culmina en embriaguez (Herring, Berridge y Thom, 2008; Parada, Corral, Caamaño, Mota, Crego, Rodríguez y Cadaveira, 2011).

En este contexto, uno de los principales objetivos de las investigaciones realizadas hasta el momento ha sido la elaboración de modelos explicativos que recojan las principales variables predictoras y/o moduladoras del consumo en la población adolescente (López y Rodríguez, 2010; Muñoz y Graña, 2001; Salamó, Gras y Font, 2010), junto a la identificación de diferentes factores de riesgo y de protección (Becoña, 1999; Clayton, 1992; Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Muñoz, 1998). En la literatura científica es posible encontrar numerosos trabajos que estudian la relación entre el consumo de drogas y diferentes variables, algunas de ellas con importante aval teórico y empírico, como las actitudes hacia las drogas (Ballester, Gil y Guirado, 2000; Barkin, Smith y DuRant, 2002; Moral, Rodríguez y Ovejero, 2010), el nivel de información

disponible (Collins, Sussman, Rauch, Dent, Johnson, Hansen y Flay, 1987; Macià, 1986; Moral y Ovejero, 2005), la percepción de riesgo (Becoña, López-Durán, Fernández, Martínez, Fraga, Osorio, Arrojo, López-Creciente y Domínguez, 2012; Calafat, Fernández, Juan y Becoña, 2005; Pascual, 2002), el autoconcepto académico (Fuentes, García, Gracia y Lila, 2011; Martínez-Lorca y Alonso-Sanz, 2003; Shulenberg, Bachman, O'Malley y Johnston, 1994), la orientación hacia la salud (Rial et al., 2008), la relación con los padres (López y Rodríguez, 2010; Martínez, Fuertes, Ramos y Hernández, 2003; Muñoz y Graña, 2001; Otero, Mirón y Luengo, 1989), la relación con los pares (Moral et al., 2010) o el dinero disponible durante el fin de semana (Calafat et al., 2005; Gil y Gil, 2009).

En algunos casos, el análisis de la relación entre dichas variables y el consumo se ha llevado a cabo mediante el contraste empírico de diferentes modelos teóricos. Buena parte de dichos modelos tienen sus raíces en conocidas teorías, como la *Teoría de la Conducta Problema de Jessor y Jessor* (1977) -que posteriormente derivó en la *Teoría para la Conducta de Riesgo de los Adolescentes* de Jessor (1991)-, la *Teoría de la Acción Razonada de Ajzen y Fishbein* (1980), el *Modelo del Desarrollo Social de Catalano y Hawkins* (1996) y la *Teoría de la Influencia Triádica de Flay y Petraitis* (1994). No obstante, a pesar de la abundante literatura existente, a día de hoy sigue sin existir un único modelo capaz de explicar con éxito el consumo de drogas entre los adolescentes y que, al mismo tiempo, goce del consenso de investigadores y profesionales.

El objetivo del presente trabajo consiste precisamente en explorar el soporte empírico de un modelo teórico ecléctico, práctico y parsimonioso. El modelo planteado concede especial importancia a las actitudes y percepciones de los propios adolescentes y su influencia en las prácticas de consumo. En concreto, incluye factores como las actitudes hacia las drogas, el nivel de información percibido, la percepción de riesgo asociado al consumo de diferentes drogas, la orientación hacia la salud y la valoración de la relación con los padres, los pares y el entorno escolar, con el fin de analizar la influencia de estas variables sobre el consumo de drogas. Dado que no todas las sustancias incluidas en el concepto de *drogas* son iguales, estas se pueden clasificar siguiendo diferentes criterios, como el tipo de dependencia que provocan o su peligrosidad. Es precisamente este criterio en el que está basada la distinción clásica entre las *drogas blandas* y *duras* (Freixa, 1982; Laraña, 1986; Marti y Murcia, 1988), aunque en la actualidad esta resulta un tanto obsoleta, optando por otro tipo de categorizaciones, como *drogas legales vs. no legales* o *institucionalizadas vs. no institucionalizadas*. No obstante, para abordar los objetivos planteados en el presente trabajo hemos considerado de interés seguir una distinción similar a la clásica *drogas blandas vs. drogas duras*, atendiendo en este caso a las percepciones sobre las consecuencias de éstas, tomando como referencia trabajos como el de Cunill, Planes y Gras (1998). En un primer grupo (denominado *Drogas A*) se ha incluido el alcohol y el tabaco, junto al cannabis/marihuana, dada su

estrecha relación en términos de consumo (OED, 2011; Organización Mundial de la Salud, 2005; Villatoro, Medina-Mora, Hernández, Fleiz, Amador y Bermúdez, 2005), así como por su posición intermedia en la progresión del mismo (Kandel y Faust, 1975; Stenbacka Allebeck y Romelsjö, 1993; Werch y Anzalone, 1995). En un segundo grupo (denominado *Drogas B*) se ha incluido la cocaína, las anfetaminas y los alucinógenos.

El modelo propone que el consumo de *Drogas A* incide directamente en el consumo de *Drogas B*, hipótesis que concuerda con los planteamientos de Becoña et al. (2012), Bobes, Bascarán, González y Sáiz (2000), Calafat, Juan, Becoña, Fernández, Gil, Palmer y Torres (2000), Kandel (1975) o Ramos y Moreno (2010), quienes advierten que el consumo de alcohol, tabaco, marihuana y cannabis durante la adolescencia constituye en muchos casos la *puerta de entrada* al consumo de otro tipo de drogas. Por último, se pretende comprobar también si la capacidad explicativa del modelo mejora con la incorporación de una variable de naturaleza diferente (aunque con suficiente aval en la literatura), como es el *dinero disponible* (Caballero-Hidalgo, González, Pinilla y Barber, 2005; Calafat et al., 2005; Gil y Gil, 2009). En concreto, se pretende analizar tanto su papel como variable explicativa, como la relación con otras variables del modelo, lo que permitiría una mejor comprensión de las prácticas de consumo en la población objeto de estudio.

MÉTODO

Participantes

Para dar cuenta del objetivo planteado se recurrió a una metodología selectiva, consistente en la realización de una encuesta entre los adolescentes gallegos con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años. Para ello, se utilizó un muestreo polietápico: por *conglomerados* para la selección de las unidades de primer nivel (municipios) y por *cuotas*, según Provincia, Género y Grupo de Edad (14-16 y 17-18 años) para la selección final de individuos. La muestra final, tras excluir 15 cuestionarios por incongruencias y omisiones en sus respuestas, estuvo compuesta por un total de 477 adolescentes ($\bar{X}=16,11$; $S_x=1,314$), de los cuales el 51,4% eran hombres y el 48,6%, mujeres. De ellos, el 94,9% estudiaban, el 4,5% trabajaban y el 0,6% ni estudiaban ni trabajaban. Para comprobar la independencia de las variables Género y Edad (homogeneidad de la distribución de frecuencias) se aplicó un contraste chi-cuadrado ($\chi^2=2,86$; $p=0,58$). A continuación se presenta una tabla en la que se incluye la distribución de la muestra según ambas variables.

Tabla 1: Distribución de la muestra según Género y Edad

		Edad					Total
		14	15	16	17	18	
Género	Hombre	41	41	62	54	47	245
	Mujer	30	48	58	57	39	232
	Total	71	89	120	111	86	477

Instrumentos

Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario de nueve bloques, encaminados a operativizar las variables objeto de estudio. En el caso de la *orientación a la salud* se utilizó una escala bidimensional de siete ítems, elaborada a partir de los trabajos de Snell, Johnson, Lloyd y Hoover (1990) y Rial et al. (2008). Para evaluar la percepción respecto a la *relación con los padres* se recurrió a una escala unidimensional de cuatro ítems, construida tomando información de los trabajos de Lamborn, Mounts, Steinberg y Dornbusch (1991) y Martínez-Lorca y Alonso-Sanz (2003). Con el fin de evaluar las *actitudes hacia las drogas* se utilizaron seis ítems, adaptados de trabajos como el de Macià (1986) y Moral, Rodríguez y Sirvent (2006). En cuanto al *riesgo percibido del consumo de drogas*, se construyó otra miniescala basada en los trabajos de Espada, Méndez e Hidalgo (2003), formada por seis ítems agrupados en dos dimensiones: el riesgo percibido del consumo de Drogas A y el riesgo percibido del consumo de Drogas B, con tres ítems cada una. Finalmente, el *consumo de drogas* se evaluó mediante seis ítems con los que se informaba sobre la frecuencia de consumo de diferentes sustancias, distinguiendo entre *Drogas A* (tabaco, alcohol y cannabis/marihuana) y *Drogas B* (cocaína, anfetaminas y alucinógenos). Se añadieron algunos ítems adicionales que evaluaban la percepción del adolescente respecto a su integración en el grupo de pares, la percepción de su rendimiento académico, el nivel de información percibido sobre las drogas así como la disponibilidad de dinero. En la tabla 2 se describen las variables incluidas en el modelo y su operativización, la redacción de cada ítem y el formato de respuesta utilizado en cada caso.

Procedimiento

Los datos fueron recogidos mediante una entrevista individual de una duración aproximada de 20 minutos. Estas fueron realizadas en la calle, en zonas próximas a centros de enseñanza, así como áreas comerciales y recreativas, garantizándose en todo caso el anonimato y

la confidencialidad de los participantes. Se llevó a cabo también una sesión formativa previa para el manejo y pilotaje del cuestionario, con el fin de unificar criterios y procedimientos a la hora de recoger la información.

Tabla 2. Operativización de las variables del modelo

Variables	Dimensiones	Redacción ítems	Nº ítems	Formato
Orientación a la salud	Orientación actitudinal	(1) La salud para mi es... (2) Suelo ser consciente de los cambios que experimenta mi propia salud (3) Me inquieta pensar en mi propia salud (4) Mi salud depende de lo que me cuide	4	Likert de 1 "Nada" a 5 "Mucho"
	Orientación comportamental	(1) Me cuido (2) Me esfuerzo por mantenerme en forma (3) Me preocupo por tener un aspecto saludable, una buena apariencia física	3	
Relación con los padres		(1) Siento que mis padres me apoyan de forma incondicional (2) Tengo suficiente confianza con mis padres para hablar de cualquier tema (3) Siento que mis padres se preocupan por mí (4) La relación con mis padres es	4	Likert de 1 "Nada" a 5 "Mucho"
Actitud hacia las Drogas		(1) Consumir alguna droga puede ser agradable (2) Probar las drogas puede resultar muy peligroso (3) Consumir alguna droga, siempre que sea muy de vez en cuando, puede ser divertido (4) Tomar unas copas o fumar un porro te ayuda a desinhibirte (5) Cuando los amigos nos emborrachamos juntos lo pasamos muy bien (6) Tomar unas copas o fumar un porro es algo normal	6	Likert de 1 "Nada" a 5 "Mucho"
Percepción de Riesgo	Riesgo A	(1) Riesgo alcohol (2) Riesgo tabaco (3) Riesgo marihuana/cannabis	3	Likert de 1 "Nada" a 5 "Mucho"
	Riesgo B	(1) Riesgo cocaína (2) Riesgo anfetaminas (3) Riesgo alucinógenos	3	
Consumo de drogas	Drogas A	(1) Frecuencia consumo Alcohol (2) Frecuencia consumo Tabaco (3) Frecuencia consumo Marihuana/Cannabis	3	Escala: "0" no consumo, "1" consumo experimental "2" consumo ocasional "3" consumo habitual
	Drogas B	(1) Frecuencia consumo Cocaína (2) Frecuencia consumo Anfetaminas (3) Frecuencia consumo Alucinógenos	3	
Dinero semanal		(1) Dinero del que disponen semanalmente	1	1" menos de 10 euros" 2 "entre 10 y 19 euros" 3 "entre 20 y 29 euros" 4 "entre 30 y 39 euros" 5 "entre 40 y 49 euros" 6 "más de 50 euros"
Información drogas		(1)¿Te sientes informado sobre el consumo, efectos y consecuencias de las drogas?	1	Likert de 1 "Nada" a 5 "Mucho"
Integración		(1)¿Te sientes integrado?	1	Likert de 1 "Nada" a 5 "Mucho"
Colegio		(1)¿Cómo te van las cosas en los estudios?	1	Likert de 1 "Muy mal" a 5 "Muy bien"

Tabla 3. Descriptivos de los 33 ítems que componen el modelo

ELEMENTOS DEL MODELO		Media	D.T.	Asimetría	Curtosis
ORIENTACIÓN ACTITUDINAL					
OR1	La salud para mi es importante	4,34	,73	-8,05	3,56
OR2	Suelo ser consciente de los cambios que experimenta mi salud	3,47	,95	-3,22	,15
OR3	Me inquieta pensar en mi propia salud	3,06	1,23	-,74	-4,00
OR4	Mi salud depende de lo que me cuide	4,07	,85	-5,58	-,02
ORIENTACIÓN COMPORTAMENTAL					
OR5	Me cuido	3,43	,89	-2,67	,16
OR6	Me esfuerzo por mantenerme en forma	3,19	1,14	-1,34	-3,24
OR7	Me preocupo por tener un aspecto saludable, una buena apariencia física	3,61	,99	-4,51	-,19
RELACIÓN PADRES					
P1	Siento que mis padres me apoyan de forma incondicional	4,06	,99	-8,62	2,21
P2	Tengo suficiente confianza con mis padres para hablar de cualquier tema	3,42	1,24	-2,57	-3,72
P3	Siento que mis padres se preocupan por mí	4,53	,74	-15,32	16,19
P4	La relación con mis padres es	4,09	,67	-1,43	-2,31
ACTITUDES HACIA LAS DROGAS					
AC1	Consumir alguna droga puede ser agradable	2,34	1,26	3,33	-4,78
AC2	Probar las drogas puede resultar muy peligroso	1,72	,99	11,53	5,41
AC3	Consumir alguna droga, siempre que sea muy de vez en cuando, puede ser divertido	2,40	1,33	3,60	-4,77
AC4	Tomar unas copas o fumar un porro te ayuda a desinhibirte	2,75	1,43	1,17	-5,56
AC5	Cuando los amigos nos emborrachamos juntos lo pasamos muy bien	3,27	1,44	-2,83	-5,26
AC6	Tomar unas copas o fumar un porro es algo normal	2,63	1,31	2,04	-4,78
RIESGO HACIA LAS DROGAS					
R1	Riesgo alcohol	3,08	,95	-1,20	-1,56
R2	Riesgo tabaco	3,32	1,09	-2,35	-2,58
R3	Riesgo tabaco	3,74	1,07	-4,87	-1,34
R4	Riesgo cocaína	4,59	,67	-17,76	27,01
R5	Riesgo anfetás	4,64	,65	-24,09	47,48
R6	Riesgo alucinógenos	4,56	,73	-19,23	27,07
CONSUMO DE DROGAS					
DRO1	Frecuencia consumo Alcohol	2,20	,94	-8,85	,67
DRO2	Frecuencia consumo Tabaco	1,52	1,21	,80	-6,48
DRO3	Frecuencia consumo Marihuana/Cannabis	,81	1,03	8,38	-1,71
DRO4	Frecuencia consumo Cocaína	,20	,58	26,89	40,81
DRO5	Frecuencia consumo Anfetaminas	,05	,28	52,07	168,64
DRO6	Frecuencia consumo Alucinógenos	,11	,39	32,97	61,98
DINERO	Dinero semanal	2,6	1,37	9,63	4,39
INFOR	¿Te sientes informado sobre el consumo, efectos y consecuencias de las drogas?	4,00	,85	-6,27	2,10
INTEGR	¿Te sientes integrado?	4,48	,63	-6,50	-1,69
COLEGIO	¿Cómo te van las cosas en los estudios?	3,57	,86	-5,37	2,31
Mardia					58,59

RESULTADOS

En primer lugar, se calcularon los descriptivos para cada uno de los 33 elementos del modelo, estudiando su asimetría y curtosis (tabla 3). En segundo término, fue necesario probar el modelo de medida para las diferentes variables latentes recogidas en el mismo. Para ello se ejecutaron diferentes Análisis Factoriales Confirmatorios, obteniendo niveles de ajuste adecuados en todos los casos (tabla 4). De igual modo, se calculó la consistencia interna de cada subescala, obteniendo valores α de Cronbach aceptables (tabla 5), si bien en el caso del componente actitudinal de la *Orientación hacia la Salud* el valor obtenido fue relativamente bajo (0,58). La mayoría de los ítems presentaron valores estandarizados de asimetría superiores a 3 en términos absolutos, al igual que la curtosis. Por su parte, el

coeficiente de Mardia fue de 58,59, lo que indica que la hipótesis de normalidad multivariante debía ser rechazada.

Tabla 4. Ajuste estructural (AFC) de las diferentes escalas utilizadas

Escalas	χ^2	gl	p	χ^2/gl	GFI	AGFI	NFI	CFI
Orientación hacia la salud								
Relación padres	31,90	13	<,01	2,45	,98	,96	,94	,96
Actitud drogas	22,65	2	<,001	11,33	,97	,86	,96	,96
Percepción de Riesgo	26,34	7	<,001	3,76	,98	,94	,98	,98
Consumo drogas	27,12	7	<,001	3,87	,98	,94	,97	,98
	35,95	8	<,001	4,49	,97	,93	,95	,97

Tabla 5. Consistencia interna de las diferentes escalas/subescalas del modelo

Orientación Actitudinal	Orientación Comportamental	Riesgo A	Riesgo B	Actitud Drogas	Relación Padres	Consumo Blandas	Consumo Duras
,58	,73	,74	,83	,86	,77	,75	,71

A continuación, una vez validado el modelo de medida, se procedió a realizar un Análisis Causal de Estructuras de Covarianza a partir del modelo teórico inicial (figura 1). Se disponía de un modelo causal recursivo, con seis variables latentes exógenas (Orientación Actitudinal, Orientación Comportamental, Riesgo A, Riesgo B, Actitud Drogas y Relación Padres) y dos variables latentes endógenas (Drogas A y Drogas B), cada una con tres indicadores. El modelo incluía también tres variables observadas exógenas (Información, Colegio e Integración). En él se plantea que la Orientación Actitudinal, la Orientación Comportamental, el Riesgo de las Drogas A, el Riesgo de las Drogas B, la Relación con los Padres, la Actitud hacia las Drogas, la Información, el Colegio y la Integración tienen un efecto directo tanto sobre el consumo de Drogas A como de Drogas B, y que el consumo de Drogas A tiene a su vez, un efecto directo sobre el consumo de Drogas B.

submuestras obtenidas a partir de la división aleatoria de la base de datos original en dos mitades. Los análisis fueron realizados con el programa Amos 18.

Para la evaluación del ajuste, tal y como recomiendan diferentes autores (Brown, 2006; Byrne, 2009; Hu y Bentler, 1999; Kline, 2005), se consideraron de manera simultánea varios índices: χ^2 , χ^2/gl , GFI (*Goodness of Fit Index*), AGFI (*Adjusted Goodness of Fit Index*), CFI (*Comparative Fit Index*), NFI (*Normed Fit Index*) y TLI (*Tucker Lewis Index*) y RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*). Siguiendo las recomendaciones de Steiger (1998) en el caso del RMSEA se incluyeron también los intervalos de confianza para el 90%.

A pesar de la ausencia de normalidad, para la estimación de parámetros se utilizó el método de Máxima Verosimilitud (ML), habida cuenta de que trabajos como el de Curran, West y Finch (1996), Rial, Varela, Abalo y Lévy (2006) o Tomás y Oliver (1998) señalan que dicho método es razonablemente robusto ante el incumplimiento de normalidad cuando se trabaja con muestras relativamente grandes como es nuestro caso (n=477) y, de cualquier modo, el posible sesgo en la estimación suele informar de un ajuste peor del real. No obstante, se utilizaron de manera complementaria otros procedimientos (GLS, ULS y ADF), obteniendo resultados muy similares e incluso con mejores niveles de ajuste. Para intentar garantizar, en la medida de lo posible, la estabilidad de los resultados se realizó una *validación cruzada*, comparando el ajuste del modelo para dos

Tal y como se recoge en la tabla 6, los diferentes índices muestran un ajuste a nivel global realmente pobre y muchos de los parámetros estimados estandarizados no fueron estadísticamente significativos (figura 1). Todo ello, junto con una revisión detallada de los índices de modificación ofrecidos por el programa, llevó a una reespecificación progresiva del modelo hasta alcanzar niveles de ajuste aceptables y valores estadísticamente significativos para todos los parámetros. El modelo reespecificado se muestra en la figura 2.

Los resultados obtenidos indican que únicamente permanecen en el modelo dos de las nueve variables explicativas iniciales, siendo la *actitud hacia las drogas* ($\gamma=,75$) la que muestra un mayor efecto sobre el consumo de *drogas A*. Dicho efecto es positivo, de manera que cuanto más favorable es la actitud de los jóvenes hacia las drogas, mayor es también su frecuencia de consumo.

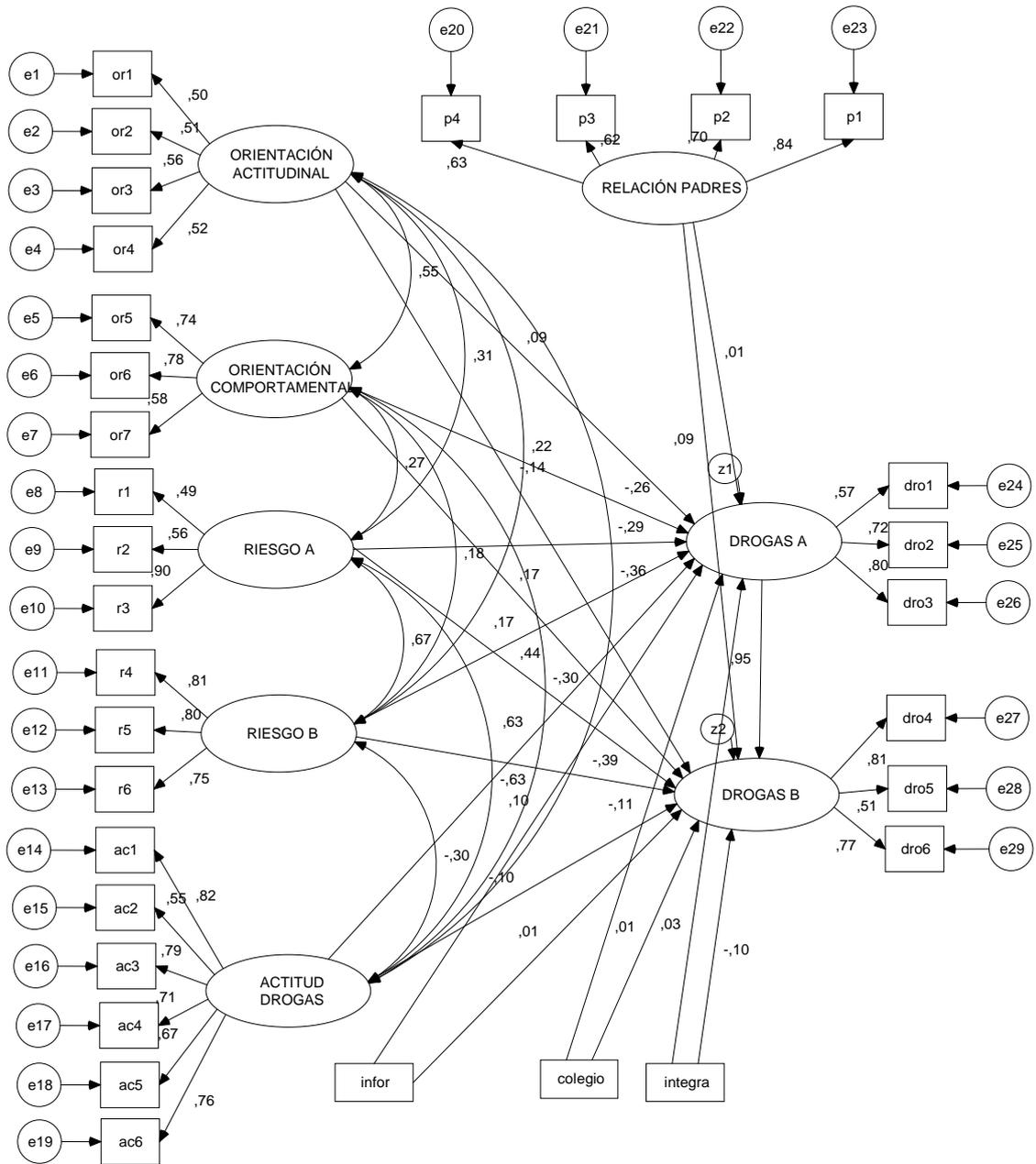


Figura 1. Parámetros estimados estandarizados del modelo inicial

Tabla 6. Indicadores de bondad de ajuste del modelo

	χ^2	gl	p	χ^2/gl	GFI	AGFI	CFI	NFI	TLI	RMSEA [IC]*
Modelo inicial										
Muestra global	1313,78	469	<,001	2,08	,84	,81	,83	,76	,81	,065 [0,061-,069]
Modelo Reespecificado										
Muestra global	173,87	82	<,001	2,12	,95	,92	,96	,93	,95	,051 [0,04-,062]
Modelo final										
Muestra global	207,66	94	<,001	2,21	,95	,92	,96	,93	,95	,052 [0,042-,061]
Mitad 1	147,58	94	<,001	1,57	,93	,90	,96	,90	,95	,050 [0,034-,065]
Mitad 2	161,76	94	<,001	1,72	,92	,88	,95	,90	,94	,056 [0,041-,071]

* Intervalo de Confianza para el estadístico RMSEA para el 90%

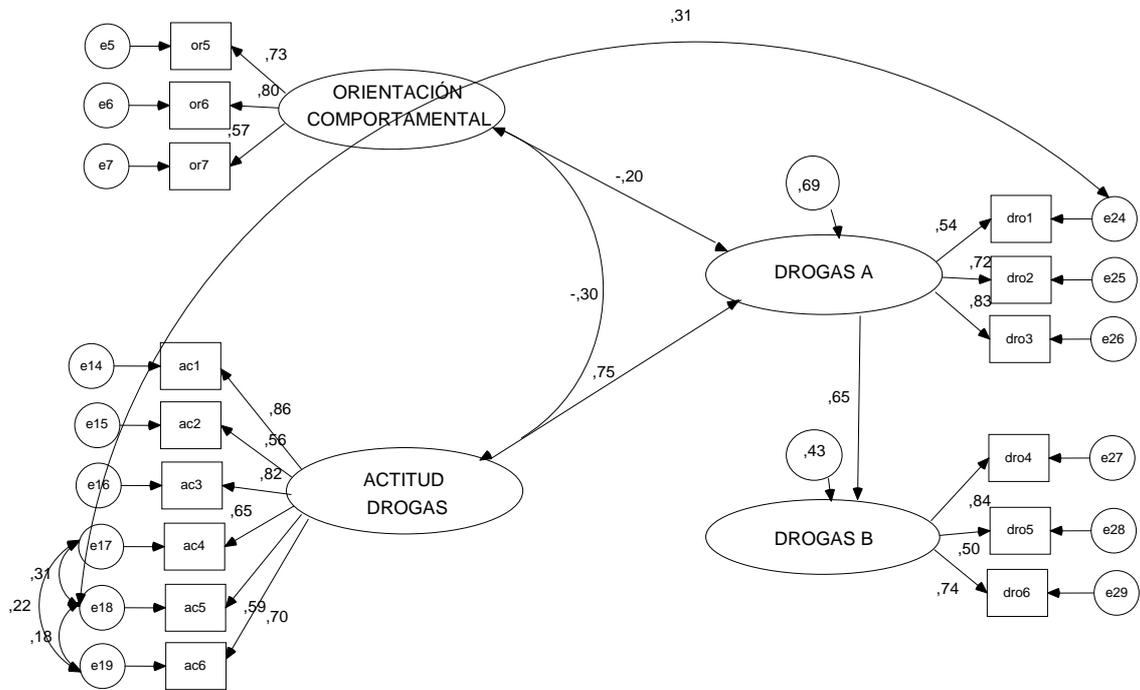


Figura 2. Parámetros estimados estandarizados del modelo reespecificado

Conviene advertir, no obstante, que el efecto encontrado solamente se refiere al consumo de las denominadas *Drogas A*, sin que se pueda constatar empíricamente el mismo efecto sobre el consumo de *Drogas B*. Algo similar puede decirse respecto a la *orientación comportamental* hacia la salud, cuyo peso es algo menor y de signo negativo ($\gamma=-,22$), por lo que cuanto más se cuidan los sujetos menor tendería a ser el consumo. Ambas variables consiguen explicar de manera conjunta el 69% de la varianza del Consumo de Drogas A ($R^2=,69$), y este a su vez el 43% de la varianza de Consumo de Drogas B ($R^2=,43$). En cuanto al ajuste del modelo, este puede considerarse más que aceptable, con valores de los índices GFI, CFI y TLI superiores a 0,95 y de AGFI y NFI superiores a 0,90. Algo similar puede decirse del valor de RMSEA (0,52), inferior al valor 0,06 recomendado por Hu y Bentler (1999).

A continuación se volvió a ejecutar el análisis causal inicial incluyendo una nueva variable observada exógena: el Dinero disponible, tratando así de probar su efecto directo tanto sobre el consumo de Drogas A como de Drogas B, tal y como se ve reflejado en la figura 3. Los valores de los diferentes índices de ajuste son prácticamente idénticos a los obtenidos para el modelo anterior y, por otra parte, el ajuste encontrado en las dos submuestras aleatorias fue muy similar (ver tabla 6).

Como se puede comprobar la variable *Dinero disponible* permanece en el modelo como una variable explicativa a tener en cuenta, con un efecto directo significativo y positivo hacia el consumo de Drogas A ($\gamma=,20$). La *actitud hacia las drogas* sigue manteniendo un peso comparativamente mayor que las otras variables ($\gamma=,70$), aunque algo menor respecto al modelo anterior, lo mismo que sucede con la *orientación comportamental* hacia la salud ($\gamma=-,19$). Estas tres variables en su conjunto logran explicar el 74% de la varianza del Consumo de Drogas A ($R^2=,74$), y este, a su vez, el 43% de la varianza del Consumo de Drogas B ($R^2=,43$).

Cabe resaltar también que el *Dinero disponible* mantiene una relación negativa con la *orientación comportamental* hacia la salud ($\phi=-,11$) y positiva con la *actitud hacia las drogas* ($\phi=,29$). Por su parte, es interesante señalar la relación encontrada entre los errores asociados a los ítems 18 y 24 ($\delta_{18,24}=.31$), que se refieren respectivamente a “*Cuando los amigos nos emborrachamos juntos lo pasamos muy bien*” y “*Frecuencia de consumo de alcohol*”. La liberación de dicho parámetro resulta de interés para comprender el tipo de asociaciones que parecen establecerse en la mente de los adolescentes y que, en buena medida, subyacen a su comportamiento de consumo.

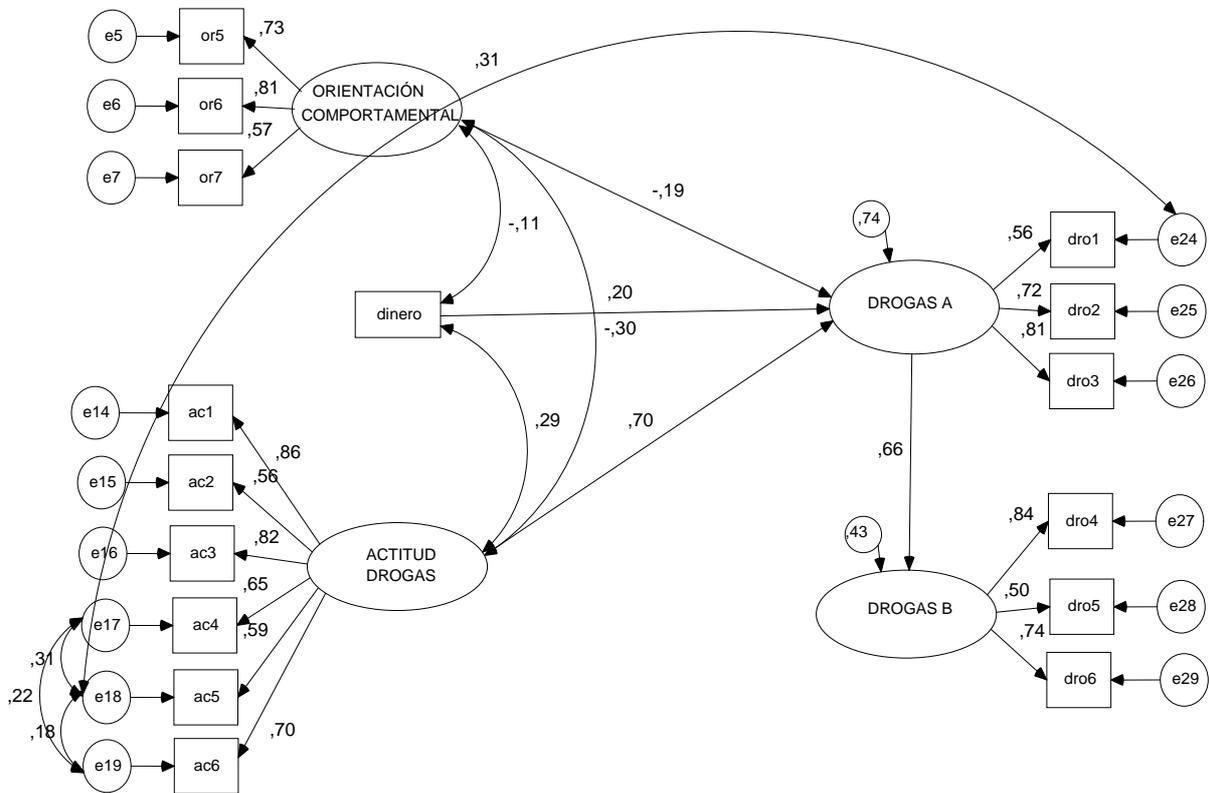


Figura 3. Parámetros estimados estandarizados del modelo final

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El consumo de drogas entre los adolescentes es un fenómeno sin duda complejo y a la vez dinámico, con elementos en constante evolución, que se ha vinculado a los espacios, tiempos y prácticas de ocio. La aparición de nuevas sustancias con efectos y consecuencias poco conocidos, la disminución progresiva en la edad de inicio al consumo, la heterogeneidad de consumidores (extendiéndose a todos los estratos sociales), el policonsumo y los altos niveles de consumo de alcohol detectados son elementos que han terminado por crear una suerte de alarma social, impulsando así el desarrollo y puesta en marcha de todo tipo de programas y medidas de prevención.

Aunque el modelo explicativo puesto a prueba en este trabajo no resulta novedoso y, en términos generales, los resultados son esperables y congruentes con los hallazgos de otros autores (Ballester et al., 2000; Barkin et al., 2002; Calafat et al., 2005; Gil y Gil, 2009; Rial et al., 2008), sí que aporta algunos elementos de interés a nivel aplicado.

En primer lugar, es necesario destacar la pertinencia de distinguir entre una *orientación hacia la salud* de carácter *actitudinal* y otra de carácter *comportamental*, confirmando así los hallazgos de otros trabajos, como el de Rial et al. (2008), al constatarse una vez más la disonancia entre actitudes

favorables hacia la salud y el comportamiento, en términos de frecuencia de consumo. El análisis realizado revela que únicamente uno de los dos componentes de la orientación hacia la salud (el *comportamental*) incide significativamente en el consumo. Por ello, de cara a las acciones de tipo preventivo, se recomienda apostar por esta diferenciación y mejorar tanto la evaluación como el trabajo práctico con los jóvenes respecto a este segundo componente. Se hace evidente también la importancia de romper el vínculo de congruencia entre llevar una vida normal y saludable y consumir drogas como el tabaco, alcohol y/o cannabis, que parecen compartir algunos adolescentes. Ítems como *“Cuando los amigos nos emborrachamos juntos lo pasamos muy bien”*, *“Tomar unas copas o fumar un porro te ayuda a desinhibirte”* o *“Tomar unas copas o fumar un porro es algo normal”* presentan promedios elevados y correlacionan significativamente con el consumo de *drogas A*, reflejando así su interpretación más en términos de ocio que de salud, lo que revela el componente lúdico y social que subyace al consumo.

En segundo lugar, la realización de un trabajo empírico con casi quinientos adolescentes ha servido para constatar y precisar el papel que juega el *Dinero* en el consumo de drogas. Autores como Calafat et al. (2005) o Gil y Gil (2009) defendían ya la existencia de una relación directa y positiva entre el dinero disponible por los adolescentes y el consumo. Los resultados obtenidos corroboran estos planteamientos y permiten además

observar que el *dinero disponible* mantiene una relación negativa con la *orientación comportamental* hacia la salud y una relación positiva con las *actitudes hacia las drogas*. Así, los jóvenes que cuentan con más dinero mostrarían una actitud más favorable al consumo y menos comportamientos saludables. Este resultado debe servir como “llamada de atención” para que padres, educadores y profesionales del ámbito de la prevención ejerzan un mayor control a este nivel.

En tercer lugar, es necesario destacar que estas tres variables ejercen un efecto directo y significativo únicamente sobre el consumo de las denominadas *drogas A*, mientras que para el consumo de *drogas B* sería necesario recurrir a otro tipo de explicaciones. Tal y como recogen trabajos empíricos precedentes (Bobes et al., 2000; Calafat et al., 2000; Kandel, 1975), dicho resultado refuerza la idea de que las *drogas A* funcionan como “puerta de entrada” al consumo de otras sustancias psicoactivas. Se defiende, por tanto, una progresión en el consumo que suele iniciarse con el alcohol y el tabaco, y que continuaría con la experimentación con otras drogas, como el cannabis o los alucinógenos (Becoña et al., 2012; Kandel, 1975; Ramos y Moreno, 2010). Llegado este punto, se podría decir que el criterio de agrupación de las sustancias utilizado en este trabajo (*Drogas A* y *Drogas B*) permite un mejor conocimiento de la relación entre las variables estudiadas y el consumo de cada grupo de sustancias. Es posible que esta distinción sea compartida por los adolescentes, lo que explicaría el actual consumo de tabaco, alcohol y cannabis. En términos de prevención, cabría resaltar la necesidad de promover una mayor orientación comportamental hacia la salud, tratando de que los adolescentes diferencien e interpreten de forma adecuada el consumo de las sustancias mencionadas. A tenor de los resultados obtenidos se insta también a ejercer un mayor control sobre el dinero del que disponen los adolescentes, así como intentar “desmontar” las actitudes favorables hacia las drogas, dada la importancia que ambas variables han demostrado.

En cuanto a las limitaciones del presente trabajo, conviene señalar que, a pesar de que la muestra utilizada es relativamente grande y se han intentado respetar las cuotas poblacionales existentes en la comunidad gallega, sería de sumo interés disponer de una muestra de adolescentes de toda España, controlando así el posible sesgo cultural de determinadas prácticas de consumo y proporcionando al modelo mayor robustez y validez externa. Por otra parte, la operativización o medida de algunas de las variables incluidas en el modelo debería ser mejorada, estableciendo más y mejores indicadores. Con ello estaríamos en disposición de garantizar que el hecho de que una variable o constructo no forme parte del modelo final como un papel significativo, no se deba a sesgos o déficits en la medida.

REFERENCIAS

- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Ballester, R., Gil, M.D. y Guirado, M.C. (2000). Comportamientos y actitudes relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes de 15 a 17 años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 110, 855-895.
- Barkin, S.L., Smith, K.S. y DuRant, R.H. (2002). Social skills and attitudes associated with substances use behaviors among young adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 30, 448-454.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E., López-Durán, A., Fernández del Río, E., Martínez, Ú., Fraga J., Osorio, J., Arrojo, M., López-Creciente, F. y Domínguez, M.N. (2012). ¿Podemos predecir el uso de psicoestimulantes en jóvenes? Un estudio a partir de un modelo de ecuaciones estructurales. *Adicciones*, 24(4), 339-346.
- Bobes, J., Bascarán, M.T., González, M.P. y Sáiz, P.A. (2000). Epidemiología del uso/abuso de cannabis. *Adicciones*, 12, 31-40.
- Brown, T.A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford Press.
- Byrne, B.M. (2009). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming*. (2ª ed.). London: Psychology Press.
- Caballero-Hidalgo, A., González, B., Pinilla, J. y Barber, P. (2005). Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes. *Gaceta Sanitaria* [online], 19 (6), 440-447.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A. y Torres, M.A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Bellis, M.A., Bohrn, K., Hakkarainern, P., Kilfoyle-Carrington, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Siamou, I., Simon, J., Stocco, P. y Zavatti, P. (2001). *Risk and control in the recreational drug culture*. Sonar Project. Palma de Mallorca: IREFREA.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. y Becoña, E. (2005). Gestión de la vida recreativa: ¿Un factor de riesgo determinante en el uso reciente de drogas? *Adicciones*, 17(4), 337-347.
- Catalano, R.F. y Hawkins, D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior. En J.D. Hawkins (Ed), *Delinquency and crime. Current theories* (pp 198-235). New York: Cambridge University Press.
- Clayton, R.R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Collins, L.M., Sussman, S., Rauch, J.M., Dent, C.W., Johnson, C.A., Hansen, W.B. y Flay, B.R. (1987). Psychosocial predictors of young adolescent cigarette smoking: a sixteen-month, three-wave longitudinal study. *Journal of Applied Social Psychology*, 17(6), 554-573.
- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2011). *Drogas Emergentes. Informe de la Comisión Clínica*. Madrid del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Recogido el 20 de septiembre de 2012 en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeDrogasEmergentes.pdf>
- Cunill, M., Planes, M. y Gras, M.E. (1998). Creencias sesgadas respecto al grado de “dureza” de algunas drogas en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 10(3), 233-238.
- Curran, P.J., West, S.G. y Finch, J.F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods*, 1, 16-29.

- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2001). *Informe 4. Observatorio Español sobre Drogas. Marzo 2001*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2002). *Informe 5. Observatorio Español sobre Drogas. Julio 2002*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Espada, J.P., Méndez, F.X. e Hidalgo, M.D. (2003). Cuestionario de consumo. En J.P. Espada y F.X. Méndez: *Programa Saluda*. Madrid: Pirámide.
- European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)(2007). *The 2007 ESPAD Report*. Substance use among students in 35 European countries. Recogido el 1 de marzo de 2012 en http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL_091006.pdf
- Flay, B.R. y Petraitis, J. (1994). The theory of triadic influence: A new theory of health behavior with implications for preventive interventions. *Advances in Medical Sociology*, 4, 19-44.
- Freixa, F. (1982). *El fenómeno de la droga*. Barcelona: Aula Abierta Salvat.
- Fuentes, M.C., García, F., Gracia E. y Lila, M. (2011). Autoconcepto y consumo de sustancias en la adolescencia. *Adicciones*, 23(3), 237-248.
- Gil, M. y Gil, A.I. (2009). Consumo de drogas de diseño entre los adolescentes españoles: Determinantes demográficos y psicosociales. *Persona*, 12, 137-152.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Miller, J.L. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Herring, R., Berridge, V. y Thom, B. (2008). Binge drinking: an exploration of a confused concept. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62, 476-479.
- Hu, L. y Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- Jessor, R. y Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development*. New York: Academic Press.
- Kandel, D. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190(4217), 912-914.
- Kandel, D. y Faust, R. (1975). Sequence and stages in patterns of adolescent drug use. *Archives of General Psychiatry*, 32, 923-932.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (2º ed.). New York: The Guilford Press.
- Lamborn, S., Mounts, N., Steinberg, L. y Dornbusch, S. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62, 1049-1065.
- López, S. y Rodríguez, J. L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22, 568-573.
- Macià, D. (1986). Cuestionario de actitudes acerca del alcohol y Cuestionario de información. *Método Conductual de Prevención de Drogodependencias*. Valencia: Promolibro.
- Marti, J.L. y Murcia, M. (1988). *Aspectos fundamentales en Drogodependencias*. Barcelona: Herder.
- Martínez-Lorca, M. y Alonso-Sanz, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación? *Adicciones*, 15(2), 145-158.
- Martínez, J.L., Fuertes, A., Ramos, M. y Hernández, A. (2003). Consumo de drogas en la adolescencia: importancia del afecto y la supervisión parental. *Psicothema*, 15(2), 161-166.
- Moral, M.V. (2002). Jóvenes, consumo de sustancia psicoactivas e identidad. Una propuesta de prevención e intervención psicosocial y comunitaria. Tesis Doctoral no publicada. Oviedo: Universidad de Oviedo.
- Moral, M.V. y Ovejero, A. (2005). Análisis Diferencial por Niveles de Edad de las Actitudes hacia el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes Españoles. *Revista Interamericana de Psicología*, 39(3), 325-338.
- Moral, M.V., Rodríguez, F.J. y Ovejero, A. (2010). Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Salud Pública de México*, 52(5), 406-415.
- Moral, M.V., Rodríguez F.J. y Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18(1), 52-58.
- Muñoz, M. (1998). *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología.
- Muñoz, M.J. y Graña, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 87-94.
- Observatorio Español de la Droga y la Toxicomanía (2011). *Informe 2011. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Recogido el 27 de septiembre de 2012 en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Informe Mundial sobre las Drogas*. Oficina contra la droga y el delito.
- Otero, J.M., Mirón, L. y Luengo, A. (1989). Influence of family and peer group on the use of drugs by adolescents. *The International Journal of the Addictions*, 24, 1065-1082.
- Parada, M., Corral, M., Caamaño, F., Mota, N., Crego, A. Rodríguez, S., y Cadaveira, F. (2011). Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking). *Adicciones*, 23, 53-63.
- Pascual, F. (2002). Percepción del alcohol entre los jóvenes. *Adicciones*, 14(Supl. 1), 123-132.
- Ramos, P. y Moreno, C. (2010). Situación actual del consumo de sustancias en los adolescentes españoles: tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilegales. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 10(2), 13-36.
- Rial, A., Torrado, N. y Varela, J. (2008). Orientación hacia la salud y consumo de drogas en la población juvenil. ¿Es realmente eficaz la prevención actual? *Health and Addictions/Salud y drogas*, 8(2), 173-188.
- Rial, A., Varela, J., Abalo, J., y Lévy, J. (2006). El análisis factorial confirmatorio. En J.P. Lévy y J.Varela (coord.): *Modelización con estructuras de covarianzas en Ciencias Sociales. Temas esenciales, avanzados y aportaciones especiales*. A Coruña: Netbiblo.
- Salamó, A., Gras, M.E. y Font, S. (2010). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*, 22, 189-195.
- Shulenberg, J., Bachman, J. G., O'Malley, P. M. y Johnston, L. D. (1994). High School Educational Success and Subsequent Substance Use: A Panel Analysis Following Adolescents into Young Adulthood. *Journal of Health and Social Behavior*, 35(1), 45-62.
- Snell, W.E, Johnson, G., Lloyd, P.J. y Hoover, M.W. (1990). Measuring Social-Psychological Tendencies Associated with Health: The Health Orientation Scale. *Contemporary Social Psychology*, 14, 69-82.
- Steiger J. H. (1998). A note on multiple sample extensions of the RMSEA fit index. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 5(4), 411-419.

- Stenbacka, M., Allebeck, P. y Romelsjö, A. (1993). Initiation into drug abuse: The pathway from being offered drugs to trying cannabis and progression to intravenous drug abuse. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 21, 31-39.
- Tomás, J. M. y Oliver, A. (1998) Efectos de formato de respuesta y método de estimación en el análisis factorial confirmatorio. *Psicothema*, 10(1), 197-208.
- Villatoro, J.A., Medina-Mora, M. E., Hernández, M., Fleiz, C., Amador, N.G. y Bermúdez, P. (2005). La encuesta de estudiantes de Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad de México: Noviembre de 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, 28(1), 38-51
- Werch, C.E. y Anzalone, D. (1995). Stage theory and research on tobacco, alcohol, and other drug use. *Journal of Drug Education*, 25, 81-98.

ABUSO DE ALCOHOL Y ANSIEDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

ALCOHOL ABUSE AND ANXIETY IN PATIENTS UNDERGOING SURGERY

María Jesús Cardoso-Moreno¹ y Lucía Tomás-Aragonés²

¹ Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza

² Facultad de Educación, Universidad de Zaragoza

Abstract

The influence of high levels of anxiety prior to surgery has been sufficiently researched as a symptom to be considered in all surgical processes. It is necessary to observe its possible influence in patients as well as in the different surgery protocols. Alcoholics frequently suffer psychiatric syndromes, particularly anxiety and depression. The objective of this work is to examine the possible relationship between anxiety and alcohol abuse in patients that are about to undergo a surgical procedure. The study was based on the voluntary participation of 42 hospital patients awaiting surgery at the Infanta Cristina Hospital in Badajoz, Spain. They completed the State-Trait-Anxiety-Inventory (STAI) and the MCMI-II questionnaire before the surgical intervention took place. Results indicated that scores on the alcohol abuse scale are higher in patients with a greater degree of anxiety.

Keywords: alcohol abuse, anxiety, STAI, MCMI-II.

Resumen

El papel de la elevada ansiedad preoperatoria está suficientemente documentado por la investigación para ser considerado con síntoma en todo proceso quirúrgico y por tanto es necesario considerar su posible influencia en los distintos pacientes y en los distintos protocolos de cirugía. Los pacientes alcohólicos suelen presentar síndromes psiquiátricos asociados, sobre todo ansiedad y depresión. El objetivo del presente trabajo es estudiar la posible relación entre ansiedad y abuso de alcohol en pacientes que se van a someter a una intervención quirúrgica. En el presente trabajo participaron de forma voluntaria 42 pacientes hospitalizados para ser intervenidos en el servicio de Cirugía del Hospital Infanta Cristina de Badajoz. Se administró el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) y el Cuestionario de Personalidad MCMI-II antes de la intervención quirúrgica. Los resultados nos indican que las puntuaciones en la escala de abuso de alcohol son mayores en aquellos pacientes con un elevado grado de ansiedad.

Palabras clave: abuso de alcohol, ansiedad, STAI, MCMI-II.

Correspondencia: María Jesús Cardoso-Moreno
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Zaragoza
C/ Domingo Miral s/n. C.P.: 50009
Zaragoza (España)
E-mail: mcarmor@unizar.es

El papel de la elevada ansiedad preoperatoria está suficientemente documentado por la investigación para ser considerado con síntoma en todo proceso quirúrgico (Lemon y Edelman, 2007), y por tanto es necesario considerar su posible influencia en los distintos pacientes y en los distintos protocolos de cirugía. El sujeto que se va a someter a una intervención quirúrgica es trasladado al hospital, lo que supone para el individuo un esfuerzo adicional de adaptación en aspectos tales como cambios en los hábitos de comer, interacciones con extraños, confusión, frecuente sentido de pérdida de control. Otro de los factores que influyen es la falta de intimidad que experimenta el paciente durante con ingreso hospitalario. La circulación de personas, tanto profesionales como familiares de otros pacientes, contribuye a esta falta de intimidad experimentada por el paciente, la cual se hace más patente en los pacientes quirúrgicos. Además, nos encontramos con el miedo que el paciente manifiesta ante la aplicación de diversas técnicas. Es bastante común que el individuo manifieste miedo a no despertar tras la anestesia, despertar antes de que termine la intervención o de que ésta empiece antes de estar dormido, miedo a lo nuevo o a lo desconocido, miedo a sentir vómitos o malestar tras la intervención y finalmente, miedo a hablar y decir cosas no deseadas durante la intervención. También es preciso tener en cuenta el grado de invasividad que implica la propia técnica quirúrgica, de manera que cuanto más invasiva sea la técnica mayor es la ansiedad experimentada por el paciente. Así pues, encontramos que los pacientes que se van a someter a una intervención quirúrgica muestran un aumento del grado de ansiedad.

Son muchos los estudios que relacionan ansiedad e ingesta de alcohol (Bradizza, Stasiewicz y Paas, 2006; Cosci, Schruers, Abrams y Griez, 2007; M. G. Kushner, Abrams y Borchardt, 2000; McKay y Weiss, 2001; Piazza y Le Moal, 1998; Roberts, 2000). Más concretamente, diversos estudios han descrito una relación entre la ansiedad experimentada por el sujeto antes de la operación y la aparición de una ingesta elevada de alcohol (Linnen, Krampe, Neumann, Weiss-Gerlach y Heinz, 2011; Tsapakis, Tsiridis, Hunter, Gamie y Georgakarakos, 2009). Estos autores sugieren que algunas personas consumirían alcohol para aliviar los síntomas de ansiedad prequirúrgica, ya que, como han mostrado algunos trabajos, la exposición a dosis moderadas de etanol tiene un efecto ansiolítico (Koob, Ahmed, Boutrel, Chen, Kenny, Markou, Sanna, 2004; Kushner, Abrams y Borchardt, 2000).

En base a lo anteriormente expuesto, el objetivo del presente trabajo es estudiar la posible relación entre ansiedad producida por la situación de tener que ser intervenido quirúrgicamente y una mayor puntuación en la escala de abuso de alcohol en pacientes que se van a someter a una intervención quirúrgica. También estudiamos si la posible relación entre ansiedad e ingesta de alcohol podía estar mediatizada por la gravedad de la intervención y por el género del sujeto.

MÉTODO

Participantes

En el presente trabajo participaron de forma voluntaria los pacientes hospitalizados para ser intervenidos en el servicio de Cirugía del Hospital Infanta Cristina de Badajoz. La muestra estaba compuesta por 42 pacientes (38,10 % hombres y 61,90 % mujeres). Se comprobó que ninguno presentaba alteración cognitiva a través de la aplicación del Mini-Examen Cognitivo y que no hubieran sido intervenidos anteriormente de la misma patología. El 52,39 % de los pacientes fueron intervenidos de colecistitis y el 47,61% de la resección de un tumor de colón o mama. Se dividieron en dos grupos en base a la patología. En un primer grupo se incluyeron aquellos pacientes con patología leve (colecistitis) y en un segundo grupo se incluyeron los pacientes con una patología grave (resección de un tumor). Se controló que el equipo sanitario fuera el mismo para cada patología y que el paciente tuviera suficiente información sobre el proceso quirúrgico. Además, la información recibida fue estándar para todos los pacientes, en función de su patología.

Instrumentos

El nivel de ansiedad de los sujetos en estudio se evaluó mediante el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) (López-Jornet, Camacho-Alonso y Sanchez-Siles, 2013), que es considerado un instrumento útil para estudiar la ansiedad mediante una autoevaluación de dos conceptos independientes de la misma. La función de este cuestionario es evaluar la Ansiedad Estado y la Ansiedad Rasgo tanto en población normal como en pacientes de diversos grupos clínicos. La Ansiedad Estado (A/E) se conceptualiza como una condición emocional transitoria caracterizada por tensión, aprensión e hiperactivación del Sistema Nervioso Autónomo. Puede variar en intensidad y fluctuar a lo largo del tiempo. El sujeto contesta a cada ítem, valorando entre 0 y 3 cómo se siente en ese momento. En las instrucciones se aclara que unas respuestas no son más correctas que otras. La Ansiedad Rasgo (A/R) se caracteriza por una propensión ansiosa de forma estable debido a la tendencia por parte del sujeto a percibir las situaciones cotidianas como amenazadoras, provocando así un aumento del grado de ansiedad. El sujeto contesta a cada ítem, valorando entre 0 y 3 cómo se siente en general.

Además, se administró el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II). Aunque el principal objetivo del MCMI-II es proporcionar información en tareas de evaluación y tratamiento de personas con dificultades emocionales y personales, también es importante su uso en proyectos de investigación (Pedrero, Puerta, Lagares y Saez, 2003). El MCMI-II mide los patrones de personalidad a través de 13 escalas basadas en los criterios del DSM-IV-R. En nuestro estudio únicamente utilizamos la escala de abuso de alcohol. Son numerosos los estudios que han constatado su fiabilidad y validez (Pedrero, Puerta, Lagares y Saez, 2003).

Aunque existen diversos instrumentos que evalúan la dependencia al alcohol, consideramos que el MCMI-II es una escala que se puede administrar con facilidad en pacientes hospitalizados. Nuestro objetivo era constatar si un elevado grado de ansiedad puede relacionarse un perfil que refleje un posible aumento en la ingesta de alcohol, sin que en ningún caso llegara a ser patológico. Nos pareció necesario utilizar este cuestionario ya que intenta explicar la estructura y los estilos de personalidad con referencia a modos de adaptación ecológica.

Procedimiento

La recogida de datos se realizó entre febrero y junio de 2012 y se llevó a cabo por psicólogos del Hospital Infanta Cristina de Badajoz. Los sujetos aceptaban participar en el estudio de forma voluntaria, firmando un consentimiento informado. En un primer momento, se aplicaba un cuestionario diseñado para este estudio donde se registraban datos personales, datos sobre salud general y sobre la medicación utilizada. También se anotaba el tipo de intervención.

Tras haber obtenido los datos generales sobre el paciente, y 24 horas antes de la intervención quirúrgica, se administraba el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon.

Análisis estadístico

Una vez finalizada la recogida de los datos, se procedió al análisis de los mismos. Los datos obtenidos fueron analizados a través del programa SPSS versión 19.0. Las técnicas estadísticas utilizadas comprenden técnicas descriptivas (media aritmética y desviación estándar) y Análisis de la Varianza (ANOVA). Los valores p referenciados en este manuscrito corresponden a la significación estadística de pruebas con dos colas, considerándose como significativos los valores de p iguales o inferiores a 0,05. Ninguno de los pacientes mostraron puntuaciones que pudieran considerarse patológicas en el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo ni en el Inventario Clínico Multiaxial de Millon.

RESULTADOS

Dividimos las puntuaciones obtenidas en el STAI en dos grupos. En el primer grupo, denominado “ansiedad elevada” (n = 17) se incluyeron a los pacientes cuyas puntuaciones en el STAI superaban la media de nuestra muestra. En el segundo grupo, denominado “ansiedad baja” (n = 25) se incluyeron a los pacientes cuyas puntuaciones en el STAI se encontraban por debajo de la media. Para el análisis de los datos realizamos un análisis de varianza con cuatro variables. La primera variable se denominó ansiedad y tenía dos niveles: “ansiedad baja” y “ansiedad alta”. La siguiente variable, denominada abuso de alcohol, contenía los valores obtenidos en dicha escala del

MCMI-II. La tercera variable se denominó patología y tenía dos niveles: “patología leve” y “patología grave”. En la categoría de “patología leve” incluimos a los pacientes que se intervenían de una colecistitis, mientras que en la “patología grave” se incluyeron a los pacientes que se sometían a la resección de un tumor. La cuarta variable hacía referencia al género de los pacientes. Encontramos diferencias significativas en el grado de ansiedad relacionado con las puntuaciones en la escala de abuso de alcohol, patología y género (F = 15,525; p = 0.000). Nuestros datos indican que los pacientes que mostraron un elevado grado de ansiedad antes de someterse a la intervención quirúrgica mostraron mayores puntuaciones en la escala de abuso de alcohol ($\chi = 37.9$; $\sigma = 5.8$) en comparación con lo pacientes que mostraron menores niveles de ansiedad ($\chi = 31.6$; $\sigma = 4.6$) (Tabla 1) (Figura1)

Tabla 1. Media, desviación estándar, t de Student y tamaño del efecto de las puntuaciones obtenidas en la escala de abuso de alcohol en función del grado de ansiedad

Nivel de ansiedad (n)	Media (DE)	t	p	Tamaño del efecto
Bajo (25)	31.6 (4.6)	2.52	0.031	0.5
Alto (17)	37.9 (5.8)			

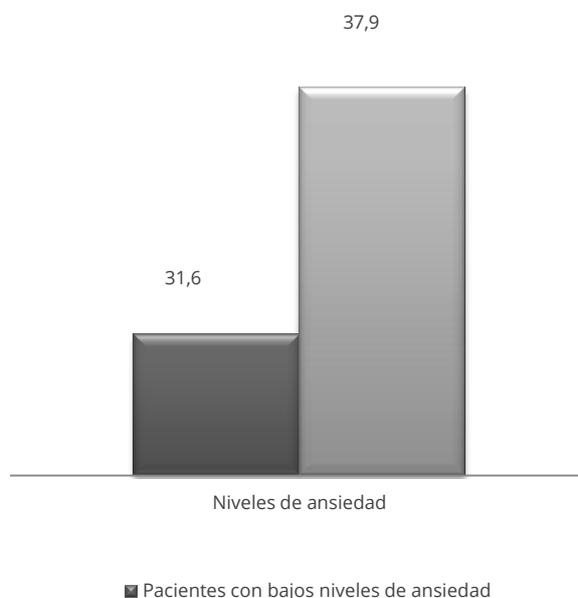


Figura 1. Puntuaciones en la Escala abuso de alcohol en pacientes con elevado grado de ansiedad

Los pacientes que fueron intervenidos de una patología grave presentaron mayores puntuaciones en la escala de abuso de alcohol ($\chi = 25.9$; $\sigma = 5.7$) que los pacientes que fueron intervenidos con una patología leve ($\chi = 19.6$ $\sigma = 4.1$) (Tabla 2) (Figura 2)

Tabla 2. Media, desviación estándar, t de Student y tamaño del efecto de las puntuaciones obtenidas en la escala de abuso de alcohol en función del grado de ansiedad

Patología (n)	Media (DE)	t	p	Tamaño del efecto
Leve (22)	19.6 (4.1)	2.05	0.047	0.7
Grave (20)	25.9 (5.7)			

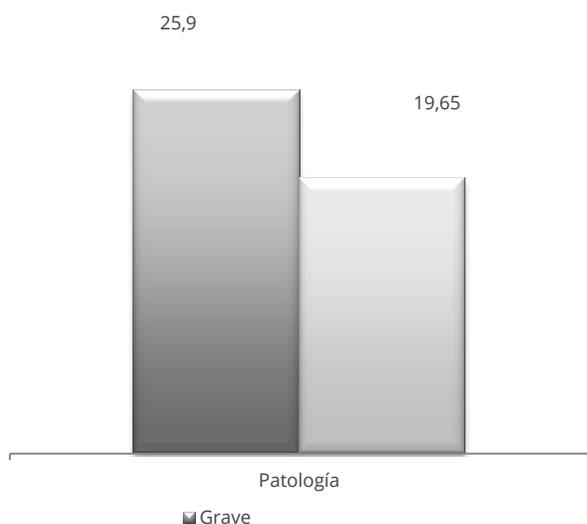


Figura 2. Puntuaciones en la Escala abuso de alcohol en patología leve y grave

Encontramos que los varones presentan mayores puntuaciones en la escala de abuso de alcohol ($\chi = 38.7$ $\sigma = 7.5$) que las mujeres ($\chi = 32.1$ $\sigma = 3.7$). (Tabla 3) (Figura 3)

DISCUSIÓN

Como comentamos anteriormente, el objetivo del presente trabajo es estudiar la posible relación entre ansiedad producida por la situación de tener que ser intervenido quirúrgicamente y una mayor puntuación en la escala de abuso de alcohol en pacientes que se van a someter a una intervención quirúrgica. También estudiamos si la posible relación entre ansiedad e ingesta de alcohol podía estar mediatizada por la gravedad de la intervención y por el género del sujeto. Nuestro objetivo no era estudiar a personas con patología psiquiátrica, por lo que se controló que ningún sujeto puntuara de forma elevada en ninguna escala. De esta forma, el MCMI-II nos permite comprobar la existencia de patología y a su vez, evaluar el consumo de alcohol.

El personal médico y de enfermería era el mismo en todos los casos y se controló que la información facilitada fuera la misma en cada patología. Una limitación de nuestro estudio es el tamaño de la muestra.

Tabla 3. Media, desviación estándar, t de Student y tamaño del efecto de las puntuaciones obtenidas en la escala de abuso de alcohol en función del género

Género (n)	Media (DE)	t	p	Tamaño del efecto
Hombre (16)	38.6 (7.52)	2.12	0.040	0.3
Mujer (26)	32.1 (3.73)			

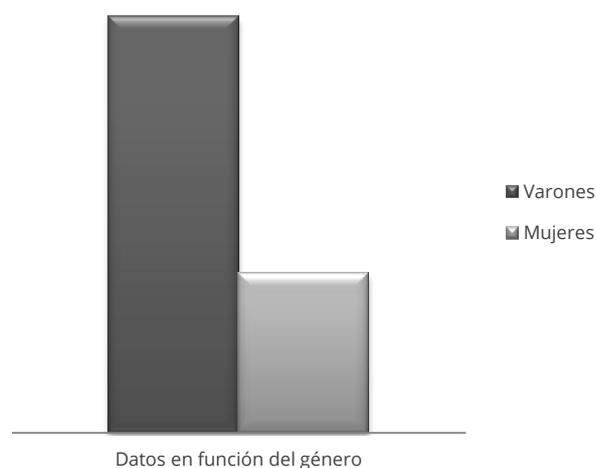


Figura 3. Puntuaciones en la Escala abuso de alcohol en hombres y mujeres

Nuestros datos indican que los pacientes con un mayor grado de ansiedad presentan mayores puntuaciones en la escala de abuso de alcohol. Estos resultados son coherentes con diversos estudios en los que existe una relación entre trastorno de ansiedad y consumo de alcohol (Charriau, Elyakoubi, Millet, Drapier, Robin, D. y Moirand, 2013; Kushner, Abrams, Thuras, Hanson, Brekke y Sletten, 2005). Diversos estudios concluyen que los pacientes con trastorno de ansiedad presentan 2,5 a 4,3 veces más riesgo para presentar un abuso de alcohol que la población general (Chignon y Papeta, 1999). Según un estudio prospectivo realizado por (Kushner, Sher y Erickson, 1999) existe una relación causal recíproca entre los trastornos de ansiedad y el alcoholismo. Estos autores consideran que los pacientes con síntomas psiquiátricos podrían recurrir a beber, como auto-medicación de sus síntomas de ansiedad.

En cuanto al tipo de intervención al que se someten los pacientes, nuestros datos indican unas mayores puntuaciones en la escala de abuso de alcohol en los sujetos con una patología grave.

En lo referente a la relación entre género y consumo de alcohol, nuestros datos indican que los varones presentan

mayores puntuaciones en la escala de abuso de alcohol que las mujeres. Estos resultados coinciden con los estudios que indican que las mujeres consumen alcohol de menor graduación, menos mezclas, menos cantidades y en menor frecuencia (Altell y Plaza, 2005).

La muestra de nuestro estudio es algo limitada, por lo que serían necesarios nuevos datos que repliquen estos hallazgos, para así prevenir e intervenir, dotando al paciente de todos los recursos que puedan incidir de forma positiva en el proceso quirúrgico.

REFERENCIAS

- Altell, G. y Plaza, M. (2005). Abuso de alcohol y violencia doméstica desde una perspectiva de género. *Health and Addictions/Salud Y Drogas*, 5(2), 99-116.
- Bradizza, C. M., Stasiewicz, P. R. y Paas, N. D. (2006). Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance use disorders: A review. *Clinical Psychology Review*, 26(2), 162-178. doi: 10.1016/j.cpr.2005.11.005
- Charriau, V., Elyakoubi, M., Millet, B., Drapier, D., Robin, D. y Moirand, R. (2013). Generalized anxiety disorder is under-recognized in clinical practice in patients with alcohol dependence in France. *Alcohol*, 47(1), 15-19.
- Chignon, J. y Papeta, D. (1999). Comorbidity des troubles anxieux et alcooliques. *Alcoolologie*, 21(1), 43-55.
- Cosci, F., Schruers, K., Abrams, K. y Griez, E. (2007). Alcohol use disorders and panic disorder: A review of the evidence of a direct relationship. *J Clin Psychiatry*, 68(6), 874-880.
- Koob, G. F., Ahmed, S. H., Boutrel, B., Chen, S. A., Kenny, P. J., Markou, A., Sanna, P. P. (2004). Neurobiological mechanisms in the transition from drug use to drug dependence. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 27(8), 739-749. doi: 10.1016/j.neubiorev.2003.11.007
- Kushner, M., Abrams, K., Thuras, P., Hanson, K., Brekke, M. y Sletten, S. (2005). Follow-up study of anxiety disorder and alcohol dependence in comorbid alcoholism treatment patients. *Alcohol Clin Exp Res*, 29(8), 1432-1443.
- Kushner, M., Sher, K. y Erickson, D. (1999). Prospective analysis of the relation between DSM-III anxiety disorders and alcohol use disorders. *Am J Psychiatry*, 156(5), 723-732.
- Kushner, M. G., Abrams, K. y Borchardt, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: A review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 149-171. doi: 10.1016/S0272-7358(99)00027-6
- Lemon, J. y Edelman, S. (2007). Psychological adaptation to ICDs and the influence of anxiety sensitivity. *Psychol Health Med*, 12(2), 163-171.
- Linnen, H., Krampe, H., Neumann, T., Weiss-Gerlach, E. y Heinz, A. (2011). Depression and essential health-risk factors in surgical patients in the preoperative anesthesiological assessment clinic. *Eur J Anaesthesiol*, 28, 733-741.
- López-Jornet, P., Camacho-Alonso, F. y Sanchez-Siles, M. (2013). Assessment of general pre and postoperative anxiety in patients undergoing tooth extraction: A prospective study. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 25(266), 272.
- McKay, J. y Weiss, R. (2001). A review of temporal effects and outcome predictors in substance abuse treatment studies with long-term follow-ups. preliminary results and methodological issues. *Eval Rev*, 25(2), 113-161.
- Pedrero, E., Puerta, C., Lagares, A. y Saez, A. (2003). Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 5, 241-255.
- Piazza, P. y Le Moal, M. (1998). The role of stress in drug self-administration. *Trends Pharmacol Sci*, 19(2), 67-74.
- Roberts, A. (2000). Psychiatric comorbidity in white and african-american illicit substance abusers: Evidence for differential etiology. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 667-677. doi: 10.1016/S0272-7358(99)00020-3
- Tsapakis, E., Tsiroidis, E., Hunter, A., Gamie, Z. y Georgakarakos, N. (2009). Modelling the effect of minor orthopaedic day surgery on patient mood at the early post-operative period: A prospective population-based cohort study. *Eur Psychiatry*, 24, 112-118.

NORMAS DE PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

1. La revista *Health and Addictions/Salud y Drogas* aceptará trabajos de carácter empírico con rigor metodológico y trabajos de naturaleza teórica o de revisión, que estén relacionados con los objetivos generales de la revista. Por criterios de calidad se publicarán artículos de revisión hasta un 25% del total de artículos de cada número.
2. Sólo se publicaran artículos inéditos, no admitiéndose aquéllos que hayan sido publicados total o parcialmente, ni los que estén en proceso de publicación. Se admitirán trabajos en español e inglés.
3. Los artículos de investigación constarán de los epígrafes característicos de la investigación científica a) Título, autores e institución a la que pertenecen b) Resúmenes en español e inglés c) Texto organizado en 1) Introducción 2) Método 3) Resultados 4) Discusión y Conclusiones 5) Referencias.
4. Los artículos de revisión constarán de a) Introducción b) Desarrollo del tema c) Discusión y Conclusiones d) Referencias.
5. Los trabajos tendrán una extensión máxima de 30 páginas incluidas figuras y tablas, a doble espacio, por una sola cara, con márgenes de 3 cm y numeración en la parte superior derecha.
6. Idioma: se admitirán trabajos en español e inglés.
7. Para la preparación de los manuscritos deben seguirse las normas de publicación de la APA (Publication Manual of the American Psychological Association, 2010, 6ª edición).
8. En la primera página aparecerá el título en español e inglés, los nombres y filiación de los autores y la dirección para correspondencia sobre el artículo. En la segunda y tercera página se incluirá un resumen en español e inglés no superior a 200 palabras con los siguientes apartados: a) Fundamentación b) Objetivos c) Metodología d) Resultados e) Conclusiones, y un máximo de cinco palabras clave en español e inglés ordenadas alfabéticamente.
9. Las figuras y tablas (una en cada hoja) irán al final del manuscrito y deberán estar numeradas correlativamente, indicándose su ubicación aproximada en el texto. Tienen que estar en un formato editable y el texto tendrá que ir con la fuente Open Sans, interlineado sencillo y espacio posterior a 3 puntos.
10. Para subir los trabajos originales deben seguirse los pasos especificados en la página web de la revista.
11. Los manuscritos se revisarán anónimamente por expertos independientes mediante la modalidad doble ciego. Con el fin de mantener dicho anonimato, el nombre y filiación de los autores aparecerán únicamente en la primera página. Los autores evitarán que el texto contenga claves o sugerencias que los identifiquen.
12. Tras la recepción del manuscrito el sistema dará acuse de recibo del trabajo al primer autor, enviando respuesta de aceptación o rechazo en un plazo máximo de 2 meses. Eventualmente la aceptación definitiva podría depender de mejoras o modificaciones del trabajo que los consultores o el consejo editorial propongan al autor.
13. Si se acepta un trabajo para su publicación, los derechos de impresión y de reproducción por cualquier forma y medio pasan a ser de la revista *Health and Addictions/Salud y Drogas*, que no rechazará cualquier petición razonable por parte de los autores para obtener el permiso de reproducción de sus contribuciones.
14. Las opiniones expresadas en los artículos son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen la opinión y política científica de la revista. Las actividades descritas en los trabajos publicados estarán de acuerdo con los criterios generalmente aceptados de ética, tanto por lo que se refiere a experimentación animal como humana, así como en todo lo relativo a la deontología profesional.
15. Los nombres y direcciones de correo-e y otros datos introducidos en esta revista se usarán exclusivamente para los fines declarados por esta revista y no estarán disponibles para ningún otro propósito o persona.