

Health and Addictions

Salud y Drogas

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)

Ruiz Fernández, Javier

Ayuntamiento de Portugalete (España)

Sanchís Fortea, Manuel

Hospital Psiquiátrico de Bétera (España)

Secades Villa, Roberto

Universidad de Oviedo (España)

Health and Addictions

Salud y Drogas

DIRECTOR

José A. García del Castillo Rodríguez
Universidad Miguel Hernández

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 Toxicodependência (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 College Cornell University (USA)

Guerri 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, Luis
Montclair State University (USA)

Nájera Morondo, 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)

Torres Hernández, Miguel Ángel
Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana (España)

Objetivos

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

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

Frecuencia

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

Idioma

El idioma de publicación puede ser el español e inglés.

Separatas

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

Copyright y permisos

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

Papel

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

Diseño y maquetación

Jesús Segarra Saavedra

Indexada en

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

Dirección Postal

Instituto de Investigación de Drogodependencias.

Universidad Miguel Hernández

Ctra. de Valencia s/n

03550 San Joan d'Alacant ALICANTE (España)

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

Web: www.haaj.org

Correo electrónico: haaj@haaj.org

ISSN: 1578-5319

Depósito legal: MU-1305-2001

Edita: Instituto de Investigación de Drogodependencias.

ÍNDICE

1. EDITORIAL

Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones

José A. García del Castillo 133-151

2. ORIGINALES

Análisis de factores que influyen sobre el uso de alcohol de niños: un path análisis prospectivo

Angelina Pilatti, Juan Carlos Godoy y Silvina Alejandra Brussino . 155-192

Familia, Escuela y Deporte (FEDE), tres áreas en la vida de los estudiantes del Estado de Jalisco (México): Análisis de la relación del uso del tiempo de ocio y del uso o abuso de las drogas

Jorge Alberto Godínez García y Gabriela Belén Gómez Torres 193-226

O significado do uso de drogas no discurso de jovens consumidores portugueses

Mariana Bernardo y Maria Carmo Carvalho 227-252

Tratamiento psicosocial de las adicciones basado en el Modelo Matrix en un centro público: un estudio piloto

Jesús Martí Esquitino, José Luis Carballo Crespo, Inmaculada Cárceles Arnau, Ana María García Ruíz y Rosa María Gómez Sánchez 253-272

INDEX

1. EDITORIAL

Concept of risk perception and its impact on addictions

José A. García del Castillo 133-151

2. ORIGINALS

Family, School and Sports (FEDE), three areas in the lives of students in the State of Jalisco (Mexico): Analysis of the use of leisure time and the use or abuse of drugs

Angelina Pilatti, Juan Carlos Godoy y Silvina Alejandra Brussino .155-192

Polysubstance use and associated effects at raves parties

Jorge Alberto Godínez García y Gabriela Belén Gómez Torres 193-226

O significado do uso de drogas no discurso de jovens consumidores portugueses

Mariana Bernardo y Maria Carmo Carvalho. 227-252

Psychosocial addictions treatment based on Matrix Model in a public center: a pilot study

Jesús Martí Esquitino, José Luis Carballo Crespo, Inmaculada Cárcelos Arnau, Ana María García Ruíz y Rosa María Gómez Sánchez 253-272

EDITORIAL

CONCEPTO DE PERCEPCIÓN DE RIESGO Y SU REPERCUSIÓN EN LAS ADICCIONES

CONCEPT OF RISK PERCEPTION AND ITS IMPACT ON ADDICTIONS

José A. García del Castillo

Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID).

Universidad Miguel Hernández de Elche.

RESUMEN

Podemos considerar que la percepción de riesgo ha estado presente en todos los estudios preventivos relacionados con las drogodependencias y otras adicciones, considerándose una de las variables de mayor impacto en la iniciación al consumo y en el mantenimiento del mismo. De hecho se considera que puede llegar a ejercer una influencia capital a la hora de que una persona se plantee probar una nueva sustancia o empezar a consumir cualquier cosa que sea susceptible de generar adicción. No obstante no está clara en la literatura científica su conceptualización teórica, la forma o formas en la que se puede medir o cómo se podría influir sobre ella para que supusiera una barrera eficaz como factor de

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

protección al consumo. Se especula que los jóvenes con alta percepción de riesgo tienen menor probabilidad de comenzar a consumir frente a los que tienen una percepción de riesgo baja, por el hecho, no demostrado, de que ejerza de reguladora de la motivación de consumo. Se analiza el concepto de percepción de riesgo en base a diferentes teorías de la psicología social, presentando algunos modelos desde donde dar explicación a esta variable con el objeto de intentar contextualizarla en el marco de las conductas adictivas.

Palabras clave: Percepción de riesgo, teorías, jóvenes, adicciones.

ABSTRACT

We can assume risk perception has been always considered in all prevention studies about both drug dependency and addictions as an important variable with a high impact within initiation and maintenance of consumption. In fact is considered risk perception could influence decision making of tasting a new substance or something liable to create addiction. Nevertheless theoretical conceptualization is not clear enough in scientific literature nor measures and influence ways to create an effective barrier against consumption either. It is speculated youth with high risk perception are less likely to begin a consumption against youth with less risk perception through the not demonstrated fact of a regulatory function in the consumption motivation. It is analysed risk perception concept based on several theories of social psychology, showing models explaining this variable in order to contextualize it into an addictive disorders framework.

Keywords: Risk perception, theories, youth, addictions.

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de las conductas adictivas, sobre todo desde las adicciones químicas, ha sido una constante considerar la percepción de riesgo como una variable capital en la iniciación y el mantenimiento del consumo de drogas. Se suele asumir a priori, que la adolescencia y la juventud son periodos evolutivos donde se percibe el riesgo de una forma diferente,

entendiéndose que tienen una baja percepción del peligro que acarrearía someterse a determinados comportamientos en comparación con una persona adulta que los percibiría con un alto riesgo hacia su salud. Cualquier conducta que pueda entrañar consecuencias arriesgadas, como los llamados deportes de riesgo (salto base, paracaidismo, *puenting*, *body-board*, etc.) o algunos consumos (tabaco, alcohol u otras drogas) estarían incluidas en este espectro. Desde este punto de vista, podríamos analizar una gran cantidad de comportamientos de nuestro estilo de vida, que serían susceptibles de entrañar riesgo de salud en función de la intensidad y la frecuencia, independientemente de la percepción que tengamos de los mismos (tabla 1).

Tabla 1. Conductas de riesgo de salud.

Conductas Alimentarias	• Comer en exceso • Dejar de comer • Abusar de alimentos dulces o salados • Comer demasiado rápido • “Picar” entre comidas • Hacer un número inadecuado de comidas • Abusar de alimentos grasos • Tomar bebidas gaseosas • No seguir una dieta equilibrada • No vigilar el peso
Consumo de drogas	• Fumar • Beber alcohol • Tomar medicamentos • Consumir otras drogas: cocaína, heroína, cannabis, etc.
Actividad y descanso	• No hacer ningún tipo de ejercicio físico • Hacer esfuerzos físicos bruscos • Llegar al agotamiento físico • Practicar deportes de alto riesgo • Trasnocar • Dormir pocas horas • Romper las rutinas de sueño
Higiene personal	• Descuidar la higiene corporal diaria • No lavarse las manos para comer • No cepillarse los dientes después de las comidas • Descuidar la limpieza de la ropa

Relaciones sexuales	• Relaciones poco placenteras • Mala planificación • Inestabilidad y falta de seguridad e higiene • Promiscuidad
Conducta laboral	• Deficiente organización del tiempo de trabajo • Falta de comunicación con los compañeros • Participación en conflictos laborales • Desarrollar actividades laborales que generen insatisfacción • Deterioro de la comunicación con mandos y empleados
Pareja y familia	• Falta de comunicación • Discusiones frecuentes • Incompatibilidad de aficiones • No afrontar los problemas cotidianos
Amigos y entorno social	• No disponer de tiempo para las relaciones sociales • Ruptura de la comunicación con vecinos y conocidos • Desinterés por las actividades de tipo lúdico
Otros comportamientos de riesgo	• Conducción temeraria de vehículos • Falta de medidas de seguridad en el trabajo • Comportamientos de riesgo doméstico (electricidad, productos tóxicos, etc.) • Divorcio • Desempleo • Muerte de parientes y amigos

Si partimos de una situación normal en la vida, la probabilidad de tener un accidente que dañe la salud será igual para todos, dado que no habrá exposición a ningún tipo de riesgo añadido. Sufrir un atropello fortuito, una caída o una agresión, en condiciones normales tiene una baja probabilidad de ocurrencia y la percepción de riesgo ante ellas, para jóvenes o menos jóvenes, será baja.

Una de las tendencias más generalizadas en el comportamiento normal de consumo es el de intentar controlar el riesgo. Está ampliamente demostrado (Cortés, Espejo, Giménez, Luque, Gómez y Motos, 2011; García del Castillo y Días, 2007; Jiménez-Muro, Beamonte, Marqueta, Gargallo y Nerín, 2009; Melo y Castanheira, 2010; Pascual, 2002) que ante el consumo de sustancias se mantiene una alta sensación de control del consumo, el llamado mito del control, lo que hace que disminuya aún más la percepción de riesgo. En sentido estricto el riesgo se configura a partir de la información y de las experiencias que una persona va acumulando. De ahí que la percepción de riesgo

vaya aumentando significativamente con la edad. Aunque no siempre es tan lineal la progresión, dado que pueden intervenir otras variables que alteren el proceso normal, siendo las personas más arriesgadas pensando que el azar jugará a su favor, o manteniendo la falsa creencia de superioridad en referencia a un acontecimiento determinado, que se afrontará con la certeza de que no se corre riesgo alguno, minimizando las posibles consecuencias adversas.

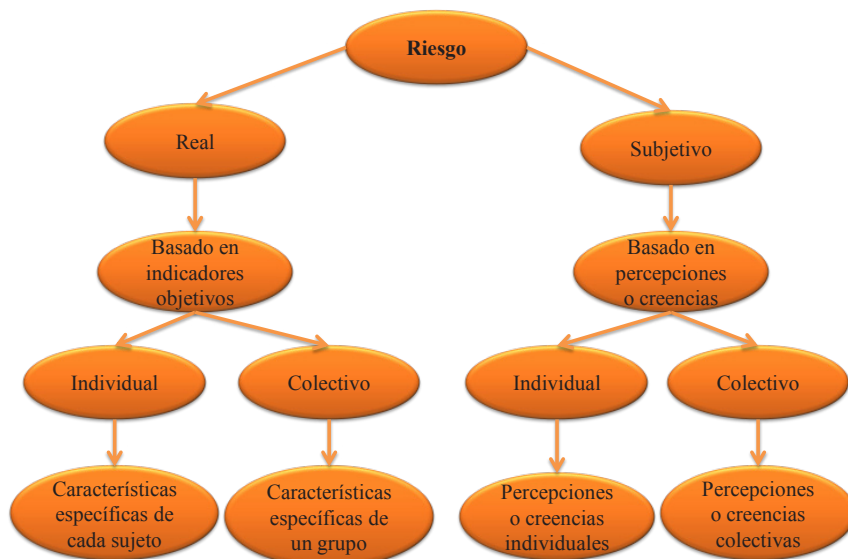
CONCEPTO DE RIESGO

Las definiciones sobre riesgo en la literatura son escasas y no encontramos ninguna que de un sentido unitario al concepto. El riesgo lo podemos entender desde dos planos diferentes, el real y el subjetivo, y podemos valorarlo desde una vertiente individual o colectiva. Por ejemplo, el riesgo de catástrofe lo entenderíamos desde una visión real y colectiva si estamos frente a un acontecimiento natural que puede ser susceptible de provocar un cataclismo en una población determinada, que sería diferente pero asimilable a una epidemia o pandemia también como riesgo real y colectivo frente a un virus. Estos riesgos los podríamos considerar basados en indicadores objetivos pero incontrolables, dado que no podemos ejercer ningún tipo de control sobre las catástrofes o la expansión y el contagio de un virus desconocido. En cambio serían riesgos predecibles, si comparamos la cantidad de alcohol que ingiere un hombre o una mujer y su repercusión en la salud, sabiendo que las mujeres tienen más vulnerabilidad al alcohol que los hombres (Izquierdo, 2002).

Por otra, parte en el plano del riesgo real-individual, una persona puede ser más vulnerable a determinadas enfermedades que otra, lo que la predispone a un riesgo objetivo mayor. Si a esta predisposición le añadimos un comportamiento arriesgado, la probabilidad de que las consecuencias sean más adversas aumenta significativamente.

Si analizamos el riesgo desde un plano subjetivo, la valoración del riesgo de forma individual, se verá significativamente diversificada, ya que el concepto se sustenta en las creencias o percepciones de las personas, teniendo por ello una gran variabilidad. En cuanto a la perspectiva de riesgo subjetivo-colectivo contará con la percepción o creencia que asuma unitariamente todo el colectivo (Figura 1).

Figura 1. Concepto de riesgo.



CONFIGURACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO

El concepto de percepción lo entendemos y explicamos desde la vertiente subjetiva, unido a conceptos como creencia y actitud. Según Pastor (2000) se trata de un proceso cognitivo que descansa en la información de cada persona acerca de diferentes cuestiones como contextos, otras personas, objetos, y que procesa de forma inmediata organizándose un juicio o valor. Podríamos añadir que ese juicio o valor condicionará su comportamiento.

La percepción de riesgo estaría ubicada también en el plano subjetivo. Algunos de los factores que intervienen en su configuración serían los siguientes:

- Perceptivos.
- De historia personal (experiencias).
- Cantidad y calidad de la información.
- Creencias y actitudes.

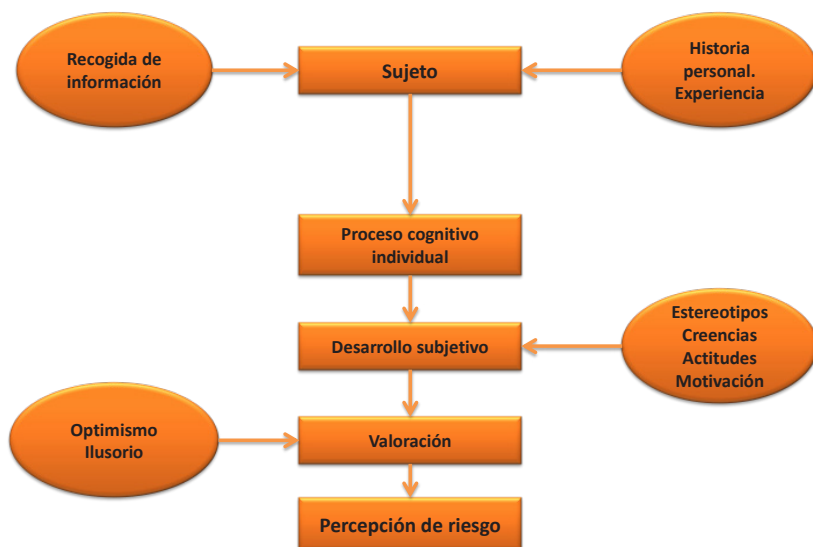
- Estereotipos.
- Motivación.

Todos estos factores estarán expuestos a los procesos de atribución individuales, haciendo que el sujeto asuma o no el riesgo, en función de las características expositivas de cada situación. Por ello, los posibles perfiles de riesgo subjetivo serán tantos como sujetos a evaluar. Podemos plantear, por ejemplo, un supuesto de consumo de alcohol donde un joven puede percibir bajo riesgo porque en su experiencia personal, en ocasiones anteriores, ha podido comprobar que no ha sufrido ningún tipo de malestar o peligro por el consumo. Además puede estar bien informado de que una cantidad de alcohol determinada no es necesariamente perjudicial si no tiene que realizar actividades que entrañen peligros adicionales (como por ejemplo conducir un coche). Sus creencias y actitudes son positivas hacia el consumo de alcohol en pequeñas cantidades y de una forma “controlada” y se siente muy motivado a beber en esta ocasión concreta porque es similar a otras anteriores que fueron realmente exitosas para él.

Para aproximarnos a una concepción más realista y operativa de la percepción de riesgo, tendríamos que conjugar los elementos de ambos conceptos: riesgo y percepción, integrando todos aquellos elementos que intervienen en su configuración final. Tendríamos que incluir todas las características intervinientes (Figura 2):

- Es un proceso cognitivo individual.
- Se desarrolla en el plano subjetivo.
- En su configuración intervienen otros procesos básicos: creencias, actitudes, motivación, etc.
- Una vez procesado, se convierte en una evidencia para el sujeto.

Figura 2. Configuración de la Percepción de Riesgo (Modificado de García del Castillo-López, 2011).



No cabe duda, que desde el comienzo del proceso de elaboración que hace el sujeto para llegar a una toma de decisiones final, se mueve entre argumentos subjetivos y factores que pueden estar distorsionando la realidad de su posición ante el problema. De hecho la información recogida acerca de cualquier acontecimiento puede venir de distintas fuentes entre las que pueden estar las fidedignas y contrastadas o bien aquellas de poca o baja credibilidad, pero todas ellas junto a su experiencia personal conformarán las creencias y las actitudes fundamentalmente, así como los motores motivacionales que le pueden llevar a una acción determinada.

Según Concha, Bilbao, Gallardo, Páez y Fresno (2012) la forma de pensar, lo que estamos llamando proceso cognitivo individual, está sesgada en referencia a la información externa, dicho de otra forma, a diferencia de lo que nos dice la creencia popular, las personas no

suelen ser capaces de ejercer control racional acerca de la información que reciben a la hora de tomar una decisión personal. En el paso decisivo del proceso que es la valoración, interviene el concepto optimismo ilusorio (Sánchez-Vallejo, Rubio, Páez y Blanco, 1998; Weinstein, 1980, 1982) con el que la persona genera expectativas de futuro optimistas. De los estudios de Weinstein y otros anteriores (Kirscht, Haefner, Kegeles y Rosenstock, 1966; Harris y Guten, 1979; Rosenstock, 1974), así como estudios posteriores (Dillard, Midboe y Klein, 2011; Gold, 2008; McGee y Cairns, 2009; Patton, Tollit, Romaniuk, Spence, Sheffield y Sawyer, 2011) se desprende la importancia que tiene este concepto en relación con la salud. En los estudios más clásicos se demuestra que el optimismo ilusorio hace que se perciba el riesgo hacia la salud de una forma muy amortiguada aumentando la confianza de los sujetos a asumir riesgos por sentirse poco o nada vulnerables, tanto en situaciones supuestas como probables.

APUNTES DE LA CONFIGURACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO DESDE DIFERENTES TEORÍAS

Cuando revisamos la literatura científica en relación con la percepción de riesgo, observamos que gran parte de los modelos se desarrollan en el marco psicosocial cognitivo. Entre los más destacados habría que mencionar el Modelo de Creencias de Salud (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1974), la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein, 1967, 1980; Fishbein y Ajzen, 1972, 1975, 2009, 2010), la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1985, 1988, 2001, 2006, 2008), la Teoría de la Motivación Protectora (Harris, 1996; Harris y Middleton, 1994; Prentice-Dunn y Rogers, 1986; Rogers, 1975, 1983, 1985).

CONFIGURACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO DESDE EL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD

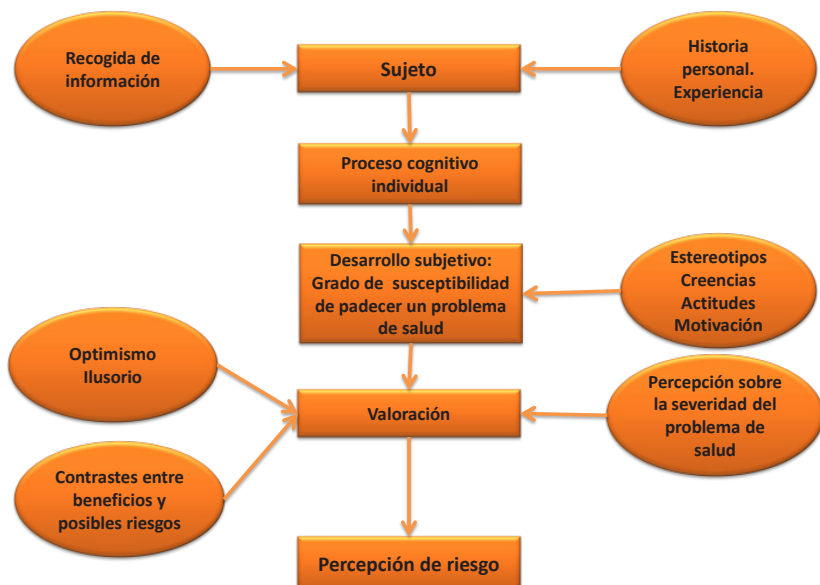
A partir de las formulaciones de Rosentock (1974) el Modelo de Creencias de Salud (MCS) se consolidó como uno de los más potentes y utilizados para estudiar la conducta de salud a partir de la predicción del comportamiento. El modelo se fundamenta en la explicación

y predicción de los comportamientos saludables que se generan en función de una serie de creencias que las personas elaboran a partir de acontecimientos relacionados con la salud. Se centra en la decisión bajo incertidumbre, persiguiendo la evitación o decremento de las conductas de riesgo de salud, intentando aumentar al máximo los comportamientos de protección. Para ello tendrán que interactuar diferentes elementos que conseguirán que una persona persiga un comportamiento saludable o uno de riesgo, según la cantidad de motivación por mantenerse sano y cómo perciba algunas creencias (Medina y León, 2004; Valencia, Londoño, Amézquita, Cortés, Guerra, Hurtado y Ordoñez, 2009):

- La susceptibilidad o vulnerabilidad con que el sujeto percibe la probabilidad de enfermar.
- La gravedad percibida de las posibles consecuencias en caso de enfermar, es decir, si el proceso de enfermedad será lo suficientemente importante como para repercutir en su vida.
- Los beneficios y costes percibidos en función de que pueda reducir los riesgos de salud adoptando conductas saludables y que las barreras psicológicas, físicas, sociales, etc., sean minimizadas.

Siguiendo el Modelo de Creencias de salud, podríamos reajustar la configuración del concepto de percepción de riesgo (Figura 3).

Figura 3. Configuración de la percepción de riesgo en base al MCS (Modificado de García del castillo-López, 2011).



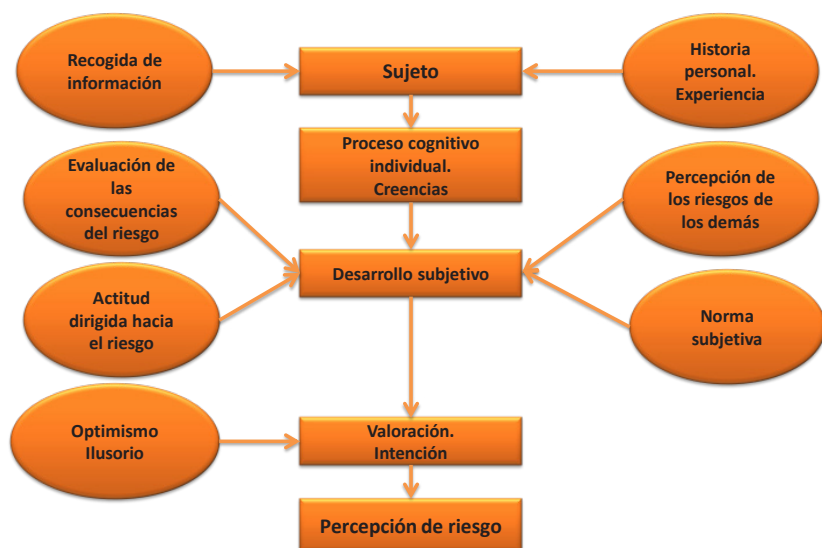
Como podemos observar en la figura se añaden a la configuración aquellas variables que posibilitan llegar a una valoración subjetiva que evalúe el grado de susceptibilidad atribuido a un proceso de enfermedad, la percepción atribuida a la severidad del problema de salud y los costes beneficios posibles que una vez contrastados llevarán a una percepción de riesgo de mayor o menor nivel.

CONFIGURACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO DESDE LA TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA Y LA CONDUCTA PLANEADA

Desde los planteamientos más clásicos de la teoría de las actitudes, el concepto de actitud se ha enmarcado en el ámbito social dado que surge de la interrelación entre el sujeto y su entorno. A partir de la década de los sesenta del pasado siglo aparecen los denominados 'modelos de componente único afirmando que solamente existe un componente en la actitud, el que se determina como evaluativo. Desde esta orientación las teorías de la Acción Razonada y la Conducta Planeada, tuvieron como planteamiento primario intentar dar una explicación empírica al comportamiento social, y posteriormente se derivaron al estudio de la conducta de salud, siendo uno de los objetos de estudio la prevención del consumo de tabaco y alcohol (Medina y León, 2004).

La Teoría de la Acción razonada persigue la predicción del comportamiento a través de la norma subjetiva y las actitudes, medidas mediante la intención. Siguiendo este esquema podríamos configurar la percepción de riesgo incluyendo los elementos de la teoría donde el desarrollo subjetivo estaría mediado por la evaluación de las consecuencias del riesgo, las actitudes dirigidas hacia el riesgo, la percepción de riesgo de los demás y la norma subjetiva (Figura 4).

Figura 4. Configuración de la percepción de riesgo desde la Teoría de la Acción Razonada.



CONFIGURACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO DESDE LA TEORÍA DE LA MOTIVACIÓN PROTECTORA

La Teoría de la Motivación Protectora de Rogers (1975, 1983, 1985) y Harris y Middleton (1994) parte de la premisa básica de que el miedo a las consecuencias mediatiza el comportamiento final de las personas, motivándolas a buscar medidas de protección. Según Medina y León (2004), la teoría afirma que podemos aumentar significativamente la intención de mantener una conducta de salud si conseguimos infundir el suficiente miedo en el sujeto, siempre y cuando le demos también salidas posibles y eficaces para evitar el proceso de enfermedad. Una vez que el sujeto está motivado hacia la protección los comportamientos que lleve a cabo irán en consonancia con la evitación del riesgo. Las variables fundamentales que determinan la motivación de la protección son dos:

- La valoración de la amenaza que está en función de la capacidad de adaptación a la amenaza menos la cantidad de amenaza recibida y el grado de vulnerabilidad del sujeto hacia esa amenaza.
- La valoración de la respuesta de afrontamiento, que está en función de la eficacia de la respuesta y la autoeficacia menos los costes adaptativos.

Para configurar una propuesta del concepto de percepción de riesgo desde esta teoría, introducimos la mediación de la motivación protectora en el desarrollo subjetivo y en la valoración las dos variables fundamentales del modelo (Figura 5).



A MODO DE CONCLUSIÓN

Todos aquellos procesos que se encuentran en el plano de lo subjetivo son difíciles de universalizar. Aunque intentemos darle forma y contenido colectiva, finalmente son los procesos cognitivos individuales los que procesan la información, la filtran a través del plano perceptivo y actúan en consecuencia. La percepción de riesgo se encuentra entre estos procesos, con la particularidad de que es un elemento fundamental en la adquisición y mantenimiento de los comportamientos relacionados con la salud individual y grupal. En estos momentos no podemos obviar la cualidad que tiene esta variable en la iniciación y mantenimiento del consumo de alcohol de los jóvenes. Los intentos por aumentar la percepción de riesgo al consumo de tabaco, alcohol u otras drogas desde los programas de prevención, las campañas de promoción de salud, el marketing de salud y otros recursos preventivos, han sido hasta el momento infructuosos, lo que no quiere decir que se deba abandonar la investigación.

Son muchas las estrategias que se han puesto en marcha para intentar aumentar la percepción de riesgo en población joven, o bien para contrarrestar los posibles beneficios, también subjetivos, que puedan atribuirles los jóvenes a beber alcohol, fumar o consumir otras drogas independientemente de sus tasas de riesgo percibido. Una de las más utilizadas en los programas y campañas de promoción de salud son las estrategias de recurso al miedo, que en principio hemos visto que estarían en consonancia con una de las premisas básicas que promulga la teoría de la Acción Protectora, que hemos expuesto anteriormente.

La información que les llega a los jóvenes sobre el alcohol puede caer en la contradicción. Por ejemplo la promoción de bebidas alcohólicas desarrolladas desde las compañías productoras de alcohol es de una alta calidad para inducir al consumo, utilizando el mensaje positivo como estrategia de venta y persuasión, asociándose el comportamiento de beber con situaciones positivas, tanto de corte social como individual y presentando modelos consumidores que reflejan madurez, seguridad, éxito social y personal (García del Castillo, Gázquez, López-Sánchez y García del Castillo-López, 2012). Las advertencias explícitas obligadas por la ley para el caso del tabaco, utilizando el recurso al miedo en gran cantidad de los mensajes de las cajetillas

de tabaco, como por ejemplo “Fumar mata”, no son obligatorias por la ley en el caso de las bebidas alcohólicas, que únicamente regulan estos mensajes con leyendas mucho menos agresivas e intimidantes como “Bebe con moderación. Es tu responsabilidad”, que como se puede comprobar no inspira ningún tipo de miedo o amenaza y apela más al sentimiento de compromiso consigo mismo. El comportamiento de beber alcohol en el mundo adulto es patente en todos los ámbitos sociales, por lo que refuerza aún más el “derecho” a beber una vez cumplidos los 18 años de edad.

Tendremos que continuar profundizando en el estudio de esta variable, con el fin de intentar encontrar un mecanismo que permita aumentar la percepción de riesgo en los momentos más críticos del proceso de adicción, que se corresponden con la iniciación al consumo y el mantenimiento del mismo en sus primeras fases.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl y J. Beckmann (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Chicago: Dorsey Press.
- Ajzen, I. (2001). Nature and Operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 27-58.
- Ajzen, I. (2006). Theory of Planned Behavior [Electronic Version]. Retrieved 7 de marzo de 2011, from <http://people.umass.edu/ajzen/tpb.html>
- Ajzen, I. (2008). Consumer attitudes and behavior. In C. P. Haugtvedt, P. M. Herr y F. R. Cardes (Eds.), *Handbook of Consumer Psychology* (pp. 525- 548). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and prediction social behavior*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bansal-Travers, M., Hammond, D., Smith, P. y Cummings, K.M. (2011). The Impact of Cigarette Pack Design, Descriptors, and Warning Labels on Risk Perception in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(6), 674-682.
- Bejarano, J., Ahumada, G., Sánchez, G., Nora, M., Hynes, M. y Cumsille, F. (2011). Perception of Risk and Drug Use: An Exploratory Analysis of Explanatory Fac-

- tors in Six Latin American Countries. *The Journal of International Drug, Alcohol and Tobacco Research*, 1(1), 9-17.
- Concha, D., Bilbao, M.A., Gallardo, I., Páez, D. y Fresno, A. (2012). Sesgos cognitivos y su relación con el bienestar subjetivo. *Salud y Sociedad*, 3 (2), 115-129.
- Cortés, M.T., Espejo, B., Giménez, J.A., Luque, L., Gómez, R. y Motos, P. (2011). Creencias asociadas al consumo intensivo de alcohol entre adolescentes. *Health and Addictions/Salud y drogas*, 11(2), 179-202.
- Dillard, A.J., Midboe, A.M. y Klein, W.M.P. (2011). The dark side of optimism: Unrealistic optimism about problems with alcohol predicts subsequent negative event experiences. *Pers. Soc. Psychol.*, 35(11), 1540-1550.
- Fishbein, M. (1967). Attitude and the prediction of behavior. In M. Fishbein (Ed.), *Reading in attitude theory and measurement*. New York: Wiley.
- Fishbein, M. (1980). A theory of reasoned action: some applications and implications. In M. M. Page (Ed.), *Belief, attitudes and values*. Lincoln, MA: University of Nebraska Press.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1972). Attitudess and options. *Annual Review of Psychology*, 32, 487-544.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (2009). *Predicting and Changing Behavior. The Reasoned Action Approach*. New York: Psychology Press.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. New York: Psychology Press.
- García del Castillo, J. A. y Días, P. (2007). Análisis relacional entre los factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas. *Health and Addictions/Salud y drogas*, 7(2), 309-332.
- García del Castillo, J.A., Gázquez, M., López-Sánchez, C. y García del Castillo-López, A. (2012). Análisis del consumo de alcohol desde una perspectiva preventiva. En F. Pascual y J. Guardia (coords.). *Monografía sobre el alcoholismo* (333-380). Madrid: Socidrogalcohol.
- García del Castillo-López, A. (2011). *Elaboración de un modelo psicosocial multidimensional explicativo del consumo de alcohol desde la inteligencia emocional*. Tesis Doctoral. Alicante: Universidad Miguel Hernández de Elche (inédito).
- Gil, E., González, J.R. y Meneses, C. (2010). Percepción del riesgo y dinámicas promotoras de salud en adolescentes: una mirada de género. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 297-308.

- Gold, R.S. (2008). Unrealistic optimism and event threat. *Psychology, Health & Medicine*, 13 (2), 193-201.
- Harris, D. M. y Guten, S. (1979). Health protective behavior: An exploratory study. *J. Health Soc. Behav.* 20, 17-29.
- Harris, P. (1996). Sufficient grounds for optimism? The relationship between perceived controllability and optimistic bias. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 9-52.
- Harris, P. y Middleton, W. (1994). The illusion of control and optimism about health: on being less at risk but no more in control than others. *British Journal of Social Psychology*, 33, 369-386.
- Hochbaum, G. M. (1958). *Public participation in medical screening programs: A sociopsychological study*. Washington, D.C: U.S. Government Printing Office.
- Izquierdo, M. (2002). Intoxicación alcohólica aguda. *Adicciones*, 14 (1), 175-193.
- Jiménez-Muro A., Beamonte, A., Marqueta, A., Gargallo, P. y Nerín, I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, 21(1), 21-28.
- Kelly, E., Darke, S. y Ross, J. (2004). A review of drug use and driving: epidemiology, impairment, risk factors and risk perceptions. *Drug and Alcohol Review*, 23, 319-344.
- Kirscht, J. P., Haefner, D. P., Kegeles, S. S. y Rosenstock, I. M. (1966). A national study of health beliefs. *J. Health Hum. Behav.* 7, 248-254.
- McGee, H.M. y Cairns, J. (2009). Unrealistic optimism: a behavioural sciences classroom demonstration Project. *Medical Education*, 28 (6), 513-516.
- Medina, S. y León, J.M. (2004). Modelos explicativos de la psicología de la salud. En J.M. León, S. Medina, S. Barriga, A. Ballesteros y I.M. Herrera. *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Melo, D.S. y Castanheira, L. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 18, 655-662.
- Moral, M.V. y Ovejero, A. (2011). Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles: tendencias emergentes y percepciones de riesgo. *Universitas Psychologica*, 10(1), 71-87.
- Pastor, G. (2000). *Conducta interpersonal: ensayo de Psicología Social sistemática*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia.
- Patton, G.C., Tollit, M.M., Romaniuk, H., Spence, S.H., Sheffield, J. y Sawyer, M.G. (2011). A prospective study of the effects of optimism on adolescent

- health risks. *Pediatrics* 127(2), 308 -316. (doi: 10.1542/peds.2010-0748).
- Prentice-Dunn, S. y Rogers, R. W. (1986). Protection Motivation Theory and preventive health: beyond the Health Belief Model. *Health Education Research*, 1(3), 153-161.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 91(1), 93-114.
- Rogers, R.W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. En J.R. Cacioppo y R.E. Petty (eds.). *Social Psychology: a source book* (153-156). Nueva York: Guilford Press.
- Rogers, R.W. (1985). Attitude change and information integration in fear appeals. *Psychological Reports*, 56 (1), 179-182.
- Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
- Sánchez-Vallejo, F., Rubio, J., Páez, D. y Blanco, A. (1998). Optimismo ilusorio y percepción de riesgo. *Boletín de Psicología*, 58, 7-17.
- Valencia, C., Londoño, C., Amézquita, M., Cortés, J., Guerra, M., Hurtado, A. y Ordoñez, J. (2009). Diseño del cuestionario de creencias referidas al consumo de alcohol para jóvenes universitarios. *Diversitas*, 5 (2), 337-347.
- Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 806-820. doi: 10.1037/a0020997.
- Weinstein, N. D. (1982). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems. *Journal of Behavioral Medicine*, 5(4), 441-460.
- Weinstein, N. D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7(4), 355-386.
- Zimmermann, G. (2011). Risk perception, emotion regulation and impulsivity as predictors of risk behaviours among adolescents in Switzerland. *Journal of Youth Studies*, 13(1), 83-99.

ORIGINALES

ANÁLISIS DE FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE EL USO DE ALCOHOL DE NIÑOS: UN PATH ANÁLISIS PROSPECTIVO

ANALYSES OF FACTORS THAT INFLUENCE ALCOHOL USE AMONG CHILDREN: A PROSPECTIVE PATH ANALYSIS

Angelina Pilatti, Juan Carlos Godoy y Silvina Alejandra Brussino
Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba.
Córdoba, Argentina

(Received/Recibido: 31/10/2012

Accepted/Aceptado: 30/11/2012)

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivos analizar el impacto que diferentes factores de riesgo y un factor de protección tienen sobre la frecuencia de consumo de alcohol de los niños. Además, se buscó analizar el rol mediador de las expectativas hacia el alcohol en la relación que antecedentes más distales mantienen sobre el uso de alcohol. Finalmente, se examinó qué manera el uso de alcohol inicial influye sobre las expectativas hacia el alcohol posteriores. Para esto, se empleó un diseño prospectivo con más de un eslabón causal. Participaron 267 niños (63% mujeres; Media

Correspondencia

Angelina Pilatti
Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba
Enrique Barros y Enfermera Gordillo s/n. Ciudad Universitaria. (5000)
Córdoba, Argentina
angepilatti@gmail.com

de edad al inicio del estudio= 10.52; DT = 1.22) asistentes a colegios privados y públicos de educación primaria (desde tercer hasta sexto grado) de la ciudad de Córdoba (Argentina). En la mayoría de las provincias Argentinas la educación primaria consta de 6 niveles, cada uno de un año de duración. Se emplearon instrumentos para medir los rasgos de personalidad, expectativas hacia el alcohol, motivos de consumo de alcohol, percepción del consumo de alcohol de pares y padres, apoyo parental percibido y consumo de alcohol de los niños. Se realizaron dos administraciones de todos los instrumentos, una medición inicial y otra medición doce meses después. Como paso previo del path análisis se realizaron análisis preliminares. En primer lugar se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio de las escalas utilizadas en este estudio, para obtener evidencia estadística que respalde el uso de cada medida. Luego, se realizaron análisis de varianza (ANOVA) y se calculó el grado de asociación entre las variables señaladas como predictoras de la frecuencia de consumo de alcohol. Finalmente, para determinar el efecto de los factores de riesgo y del factor de protección sobre la frecuencia de consumo de alcohol de niños, se aplicó un path análisis. Las variables que mejor explicaron la frecuencia de consumo de alcohol un año después fueron la frecuencia de consumo de alcohol inicial, los motivos de consumo en contextos parentales y el consumo de alcohol de los pares. El resto de las variables, menos el factor de protección (apoyo social parental), influyeron de manera significativa, aunque explicaron un menor porcentaje de la varianza. Los rasgos responsabilidad y extroversión fueron menos relevantes para explicar la frecuencia de consumo de alcohol.

Palabras clave: Consumo de alcohol, niños, estudio longitudinal, predictores del uso de alcohol.

ABSTRACT

The present study was aimed to analyze the impact of different risk factors and one protective factor on the frequency of alcohol consumption in children. In addition, it was sought to analyze the mediational role of alcohol expectancies in the relation between more distal factors and alcohol use. Finally, it was examined how initial use of alcohol affected initial alcohol expectancies. A prospective design with more than two causal

links was used. Participants were 267 children (63% female, Mean age at baseline = 10.52, SD = 1.22) attending public and private schools for primary education (from third to sixth grade) from the city of Córdoba (Argentina). Different scales were used to measure personality traits, alcohol expectancies, drinking motives, perceived peer alcohol use, perceived parental alcohol use, participants' alcohol use, and perceived parental social support. There were two administrations of all instruments, a baseline and twelve months after another measurement. First, a confirmatory factor analysis was conducted for each of the scales, to obtain statistical evidence to support the use of each scale. Next, analysis of variance (ANOVA) and bivariate analyses were performed between the variables identified as predictors of frequency of alcohol consumption. Finally, to determine the effect that each of the factors included in the study had on frequency of alcohol consumption, a path analysis was conducted. The variables that best explained the frequency of alcohol use one year later were frequency of initial alcohol use, drinking motives in parental and peer contexts. All the remaining variables, but not the protective factor (parental social support), explained a smaller proportion of the total variance. Contentiousness and extroversion traits were less relevant to explain the frequency of alcohol use in children.

Keywords: Alcohol consumption, children, longitudinal study, predictors of drinking.

INTRODUCCIÓN

La conducta de consumo de alcohol y sus consecuencias negativas pueden enmarcarse desde una perspectiva de desarrollo. La conducta de uso de alcohol y los problemas relacionados con esta droga exhiben cambios significativos en función de la edad (Masten, Faden, Zucker y Spear, 2009; Windle et al, 2009). Asimismo, la edad modula el rol de distintos factores de riesgo y de protección asociados con una mayor o menor probabilidad de uso y abuso de alcohol (Masten et al., 2009; Windle et al, 2009). Los efectos de la administración aguda y crónica de alcohol también se diferencian según la etapa de desarrollo (Brown et al., 2009; Masten et al, 2009; Zucker, Donovan, Masten, Mattson y Moss, 2009).

El consumo de alcohol entre los niños es principalmente experimen-

tal (Bekman, Goldman, Worley y Anderson, 2011; Cameron, Stritzke y Durkin, 2003; Gunn y Smith, 2010, McIntosh, MacDonald y McKeganey, 2008). La prevalencia de consumo presenta diferencias en función de los distintos indicadores de consumo utilizados. Por ejemplo, Cameron et al. (2003) encontraron que aproximadamente el 70% de los niños de 8 a 10 años probó alcohol alguna vez, mientras que Chen et al. (2011) observaron que alrededor del 50% de los niños de entre 9 a 12 años había tomado alguna vez tragos pequeños de alcohol. Por su parte, Gunn y Smith (2011) encontraron que el 11% de los niños de 10 y 11 años tomaba alcohol (en este estudio un trago equivalía a tomar al menos uno o dos sorbos de alcohol). A su vez, Andrews, Tildesley, Hops, Duncan y Severson (2003) encontraron que el 24% de los niños de 8 años y 90% de los niños de 12 años había probado alcohol alguna vez. En resumen, estos trabajos muestran que un porcentaje elevado de niños ha tenido experiencias directas de consumo de alcohol, mientras que la prevalencia de una modalidad de consumo regular e intensivo es baja. Estas investigaciones y otras similares reflejan la importancia de examinar las conductas de consumo de alcohol de los niños utilizando indicadores sensibles y adecuados.

Estos estudios también ponen de manifiesto los desafíos asociados al estudio del consumo de alcohol en niños. Por ejemplo, para asegurar que las respuestas de los niños y niñas acerca del uso de alcohol y sus efectos sean confiables se recomienda emplear preguntas de reconocimiento de bebidas alcohólicas que evalúen la capacidad de los niños para identificar las bebidas con alcohol (Dunn y Goldman, 2000; Wiers, Sergeant y Boudewijn Gunning, 2000).

Existen otras razones por las cuales resultan necesarios más estudios sobre el consumo de alcohol en niños. Por ejemplo, el uso y abuso temprano de alcohol puede alterar funciones cerebrales u otros aspectos del desarrollo, todo lo cual seguramente disminuirá las probabilidades de éxito en la vida académica, laboral, de pareja y tendrá un impacto en la salud (Masten et al., 2009). Por otro lado, el inicio temprano del uso de alcohol se asocia de manera marcada con la aparición de problemas por el consumo de alcohol (McGue y Iacono, 2008). Esto ha llevado a un incremento del número de investigaciones centradas en el inicio del consumo en niños menores de 12 años. Así, se ha logrado identificar una serie de factores de riesgo y de protección que incrementan o disminuyen, respectivamente, la vulnerabilidad de los niños a iniciarse de manera temprana

en el uso de alcohol (Bekman et al., 2011; Cranford, Zucker, Jester, Puttler y Fitzgerald, 2010).

Entre los factores de riesgo se incluyen rasgos de personalidad, las expectativas hacia el alcohol, la exposición a modelos de consumo de alcohol parentales y del grupo de pares, y los motivos de consumo. Al respecto, distintos estudios han dado cuenta de la relación entre los rasgos de personalidad que refieren a la falta de control de impulsos como desinhibición (Anderson et al., 2005), agresividad (Hampson, Tildesley, Andrews, Luyckx, y Mroczek, 2010), extroversión (Hampson, Andrews, Barckley y Severson, 2006) y un mayor consumo de alcohol en niños. Por otro lado, las expectativas hacia el alcohol son definidas como las creencias acerca de los efectos positivos y negativos del alcohol sobre el comportamiento, estado de ánimo y las emociones (Goldman, Brown, Christiansen y Smith, 1991). Las expectativas hacia el alcohol positivas se relacionan con la iniciación y la escalada del consumo de alcohol (Mackintosh et al., 2006; Randolph, Gerend y Miller, 2006), mientras que las expectativas negativas son más importantes para detener, o retrasar el consumo (Urbán, Kökönyi y Demetrovics, 2008; Tush y Wiers, 2007). Por otro lado, se ha observado que en general los niños comienzan a tomar alcohol por motivos y situaciones que involucran a los padres (Andrews et al., 2003; Johnson, Greenlund, Webber y Berenson, 1997; McIntosh et al., 2008), mientras que hacia el final de la niñez, aumenta el uso de alcohol por motivos de facilitación social. Este consumo es, a su vez, validado y alentado por los pares (McIntosh et al., 2008). Asimismo, la exposición a modelos de consumo de alcohol de padres y pares es una de las variables con mayor efecto sobre el uso de alcohol de los niños. Al respecto, la influencia del consumo parental parece ser más importante en las etapas iniciales del consumo, mientras que el consumo de pares parece influir en el inicio y también en la escalada del consumo (Capaldi et al., 2009; Duncan, Duncan y Strycker, 2006).

Son factores de protección el apoyo social (Gancy y van Dulmen, 2010), el monitoreo parental (Goldstein, Davis-Kean y Eccles, 2005), la adecuada comunicación y el tiempo de interacción en la díada padres-hijos (Goldstein et al., 2005; Kuntsche y Kuending, 2006), y la religiosidad (Brown et al., 2009; Windle et al., 2009), entre otros. Para una revisión más completa de los diferentes factores asociados al uso de alcohol en la niñez y adolescencia ver revisiones de Brown et al., 2008, 2009; Masten et al.,

2009; Windle et al., 2009; Zucker et al., 2008, 2009.

Asimismo, se ha buscado analizar de manera conjunta variables de diferentes dominios conceptuales como variables de personalidad y variables cognitivas y sociales. Por ejemplo, en un estudio longitudinal, Hampson et al. (2006) observaron que, los niños con un mayor nivel de hostilidad y de sociabilidad, percibían entre sus pares un mayor consumo de alcohol. Los autores también observaron que un mayor nivel de sociabilidad predecía un mayor desarrollo de actitudes positivas hacia el consumo. Los autores concluyen que los rasgos de personalidad influyen de manera indirecta sobre la intención de tomar alcohol de los niños (Hampson et al., 2006).

Por otra parte, el Modelo de Preparación Adquirida plantea que diferencias individuales en el rasgo desinhibición se relacionan con el desarrollo de expectativas hacia el alcohol (Anderson et al., 2005; Gunn y Smith, 2010). La evaluación de este modelo en niños ha permitido verificar la relación directa que la desinhibición y las expectativas positivas mantienen con el uso de alcohol (Anderson et al., 2005) y también el rol mediador de las expectativas hacia el alcohol en la relación que la desinhibición mantiene con el consumo (Gunn y Smith, 2010). En un estudio posterior (Bekman et al., 2011) se incluyó, además, el efecto de variables de influencia social, como el consumo de pares y padres, y se encontró que el efecto de búsqueda de sensaciones sobre el desarrollo de las expectativas positivas se encuentra mediado por la exposición a modelos de consumo del grupo de pares.

El interés por estudiar los factores asociados al consumo de alcohol en población menor de 12 años es más bien reciente, y se destaca la necesidad de desarrollar modelos conceptuales más amplios, que permitan integrar y comprender el aporte conjunto de influencias de diferentes dominios (Bekman et al., 2011). En este marco, la presente investigación analizó el impacto que diferentes factores de riesgo (rasgos de personalidad, expectativas hacia el alcohol, consumo de alcohol de pares y padres, motivos de consumo de alcohol) y un factor de protección (apoyo social parental) identificados como predictores del consumo de alcohol, tienen sobre la frecuencia de consumo de alcohol de los niños. Además, se analizó el rol mediador de las expectativas hacia el alcohol en la relación que antecedentes más distales mantienen sobre el uso de alcohol. Finalmente, se examinó de qué manera las experiencias iniciales con el alcohol influ-

yen sobre las expectativas posteriores (Hipwell et al., 2005).

En función de los antecedentes revisados, y de acuerdo con los objetivos del estudio, se plantearon las siguientes hipótesis: 1) se esperaba encontrar un efecto prospectivo directo (Hampson et al., 2010; Zucker et al., 2008), e indirecto, mediado por la exposición a modelos de consumo de pares (Bekman et al., 2011; Hampson et al., 2010) de los rasgos de personalidad; 2) se esperaba encontrar un efecto directo y positivo de la exposición a modelos de consumo de alcohol parentales (Cranford et al., 2010; Tildesley y Andrews, 2008) y del grupo de pares (Capaldi et al., 2009; Duncan et al., 2006) sobre un mayor consumo posterior de alcohol; 3) se esperaba encontrar un efecto directo y negativo de las expectativas negativas (Hipwell et al., 2005) y directo y positivo de las expectativas positivas (Cameron et al., 2003; Cranford et al., 2010); 4) se esperaba observar un efecto directo y positivo del consumo inicial de alcohol sobre el consumo posterior de alcohol (Hipwell et al., 2005) y también sobre las expectativas posteriores (Callas et al., 2004); 5) se esperaba encontrar un efecto negativo de apoyo parental sobre el posterior uso de alcohol (Wills et al., 2004), y sobre la cantidad de amigos bebedores (Goldstein et al., 2005); y 6) se esperaba observar un efecto positivo de la edad sobre la cantidad de amigos bebedores (D'Amico y Smith, 2006; Hampson et al., 2006).

MÉTODO

PARTICIPANTES

Para conformar la muestra se invitó a diferentes colegios de educación primaria, públicos y privados, de la ciudad de Córdoba (Argentina) a participar de este estudio. El criterio de selección de los colegios fue su accesibilidad. Entre los colegios que colaboraron, se seleccionaron los cursos que participaron en esta investigación. Luego se contactó a los padres o tutores de los niños por medio de una notificación donde se informaba acerca de la importancia de la realización de este tipo de estudios, y en qué consistía la participación de los menores. Quedaron excluidos aquellos niños cuyos padres o encargados no dieron su consentimiento activo para que participen del estudio. La muestra final estuvo conformada por 267 niños (63% mujeres) de entre 8 y 12 años al

inicio del estudio (Media de edad al inicio del estudio= 10.52; DT = 1.22).

DISEÑO

Se empleó un diseño prospectivo con más de un eslabón causal (Montero y León, 2007) que permite estudiar el efecto de un conjunto de variables independientes en al menos dos eslabones causales. Así, se encuentran variables (como las expectativas hacia el alcohol) que son independientes o causales en relación a la variable dependiente pura (frecuencia de consumo de alcohol), pero a la vez son dependientes de otras variables que se encuentren ubicadas en un eslabón causal anterior (como los rasgos de personalidad). Aunque este tipo de diseños no implica la manipulación de las variables independientes, lo que imposibilita establecer relaciones de causalidad, se puede explorar de qué modo influyen las variables independientes sobre la dependiente (Montero & León, 2007). Se planificaron dos administraciones de todos los instrumentos, una al inicio y la segunda doce meses después. Este lapso temporal es uno de los más empleados para evaluar el efecto que los rasgos de personalidad y las expectativas hacia el alcohol mantienen sobre el posterior consumo de alcohol (Barnow et al., 2004; George et al., 2010).

INSTRUMENTOS

A continuación se presenta un detalle de los instrumentos de evaluación que se utilizaron para recabar la información acerca de las variables contempladas en esta investigación. En la mayoría de los casos las pruebas contaban con estudios de validez y confiabilidad realizados con población local (adolescentes o niños). Teniendo en cuenta que uno de los aspectos críticos del path análisis es la selección de medidas psicométricamente adecuadas (Kline, 2011), se realizaron análisis preliminares como requisitos previos a la aplicación del path análisis. Específicamente, se realizaron análisis factoriales confirmatorios (AFCs) y se volvió a calcular el coeficiente Alfa de Cronbach. De esta manera se obtuvo evidencia que respaldó el uso de cada una de las escalas empleadas. Los resultados de los AFCs indicaron un adecuado ajuste de los datos (para una descripción detallada de estos análisis y los resultados ver Pilatti, 2012).

Reconocimiento de bebidas alcohólicas: para evaluar la capacidad de los niños para distinguir entre bebidas con y sin alcohol, se empleó una

pregunta de reconocimiento de bebidas alcohólicas (más detalles de este procedimiento en Pilatti, Godoy y Brussino, 2010).

Datos socio-demográficos: se incluyeron preguntas referidas al género y a la edad.

Cuestionario de los Cinco Factores para Adolescentes (CCF-A, Cupani y Ruarte, 2008): En función de estudios previos (George, Connor, Gullo, y Young, 2010; Kuntsche, von Fischer y Gmel, 2008), en esta investigación se midieron únicamente los rasgos extroversión y responsabilidad. El CCF-A fue adaptado a la población local con una muestra de adolescentes de 13 a 15 años donde se registraron adecuados valores de consistencia interna (desde $\alpha = .70$ hasta $\alpha = .78$). En el presente estudio se utilizó una versión abreviada y adecuada al vocabulario de los niños del CCF-A. Para determinar qué ítems mostraban mejor adecuación a las características evolutivas de los participantes, se realizó un estudio piloto con quince niños. Como resultado de este procedimiento quedaron 8 ítems por cada escala (cada escala de la adaptación está formada por 13 ítems). Para completar el cuestionario, cada niño respondió empleando una escala Lickert de cinco opciones (desde nunca hasta siempre) con qué frecuencia le sucedía lo que describía cada frase. Los índices de confiabilidad obtenidos en el presente trabajo fueron de bajos a moderados en el tiempo 1 (α extroversión= .57; α responsabilidad= .74) y en el tiempo 2 (α extroversión= .58; α responsabilidad= .77), pero aceptables para este tipo de población (Lemos, 2006).

Escala de Impulsividad: se construyó una escala *ad hoc* de 10 ítems seleccionados de un estudio exploratorio de la Escala de Impulsividad de Barratt para Adolescentes (BIS-11-A, Reyna, Sánchez y Ivacevich, 2009) realizado con adolescentes del medio local. El índice de confiabilidad para la escala total fue de $\alpha = .72$ (Reyna et al., 2009). Se realizaron los ajustes necesarios para adecuar la redacción de los ítems seleccionados al vocabulario de los niños. El cuestionario se respondió con una escala Lickert de cinco opciones de respuesta. Los índices de confiabilidad encontrados para esta escala en el presente trabajo fueron adecuados, tanto con los datos de la primera ($\alpha = .75$) como de la segunda medición ($\alpha = .77$).

Escala de Conductas Agresivas: se construyó una escala *ad hoc* de 10 ítems seleccionados a partir de dos instrumentos locales (Brussino, 2003; Ison y Fachinelli, 1993). Los valores de consistencia interna encontrados en estos estudios con niños argentinos fueron adecuados tanto en el estu-

dio de Ison y Fachinelli ($\alpha = .88$) como en el de Brussino ($\alpha = .91$). Para completar el cuestionario, cada niño respondió con una escala Lickert de cinco opciones cuántas veces realizaba lo que describe cada frase. Un mayor puntaje fue considerado un indicador de mayor agresividad. Los índices de confiabilidad encontrados en el presente trabajo fueron buenos, tanto con los datos de la primera ($\alpha = .80$) como de la segunda medición ($\alpha = .78$).

Cuestionario de Apoyo Social para Niños y Adolescentes (CAS-NA): se utilizó una versión adaptada al español de la escala de apoyo parental de la *Child and Adolescent Social Support Scale* (CASSS, Malecki y Demaray, 2003), que mide el apoyo que niños y adolescentes perciben en relación a cuatro fuentes. La versión original en inglés de la CASSS fue validada en una muestra de niños y adolescentes de entre 8 y 17 años, mostrando adecuados valores de confiabilidad (entre $\alpha = .93$ y $\alpha = .96$ para las cuatro sub-escalas). A los fines de la presente investigación, se seleccionó la escala correspondiente a la medición del apoyo social parental. Luego, tres profesionales psicólogos competentes en lengua inglesa realizaron traducciones al español de los 12 ítems correspondientes, y posteriormente, otros tres especialistas realizaron la traducción nuevamente al inglés. Se compararon las tres traducciones al inglés con el cuestionario original, y se retuvieron aquellas frases que presentaron mayor semejanza con la versión original, pero utilizando expresiones idiomáticas con un vocabulario más cotidiano para nuestra población. La escala quedó compuesta por 12 ítems que miden diferentes formas de apoyo social (dar información y reconocimiento, apoyo emocional y apoyo instrumental). Los niños respondieron utilizando una escala Lickert de cinco opciones, donde un mayor puntaje es interpretado como un indicador de la percepción de mayor nivel de apoyo parental. El análisis de consistencia interna en el presente estudio mostró adecuados valores de confiabilidad, tanto en las mediciones realizadas en el tiempo 1 ($\alpha = .88$), como en el tiempo 2 ($\alpha = .90$).

Percepción del consumo de alcohol de los amigos: para obtener una medida del consumo de los pares se usaron indicadores basados en la estimación de los participantes sobre este consumo (D'Amico y McCarthy, 2006; Duncan et al., 2006). Luego, se sumaron las repuestas a estas preguntas: (a) ¿cuántas de tus amigas toman bebidas con alcohol? (desde 1= ninguna hasta 5= todas) y (b) ¿cuántos de tus amigos toman bebidas

con alcohol? (desde 1= ninguno hasta 5= todos) para obtener un indicador global de la cantidad de amigos bebedores.

Percepción del consumo de alcohol de los padres: de manera similar que para medir el consumo de los pares, se determinó el consumo de alcohol parental a partir de la estimación de los niños acerca del uso de alcohol de sus padres y madres (Bekman et al., 2011; Chen et al., 2011): (1) ¿tu papá toma bebidas con alcohol? (si, no, no se); (2) ¿tu mamá toma bebidas con alcohol? (si, no, no se); (3) ¿cuánto alcohol toma tu papá?; (4) ¿cuánto alcohol toma tu mamá? (1= nada, 2= poco, 3= mediano, 4= bastante, hasta 5= mucho). Luego, y siguiendo en parte procedimientos realizados en otros estudios (por ejemplo Koning, Engels, Verdurmen y Vollebergh, 2010), se recodificaron las respuestas dadas por los participantes a las preguntas 3 y 4, y se formó una variable ordinal de cuatro puntos. Esta variable describe diferentes niveles de consumo de alcohol parental: desde ausencia de consumo de alcohol por parte de los padres hasta el consumo elevado de al menos uno de los padres (0= ambos padres abstemios, 1= ambos padres con poco consumo, 2= al menos uno de los padres con consumo mediano, 3= al menos uno de los padres con consumo elevado -bastante o mucho).

Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol para Niños (CEA-N; Pilatti et al., 2010): 30 ítems agrupados en cinco escalas que valoran los efectos positivos (sociabilidad, relajación, coraje con sentimientos de seguridad y confianza) y negativos (riesgo y agresividad, percepción de estados negativos) que los niños anticipan como consecuencia del consumo de alcohol de las personas. Para completar el cuestionario, cada niño respondió con una escala de Lickert de cinco opciones de respuesta cuántas veces después de tomar alcohol las personas se sienten y se comportan del modo que describe cada ítem. Un mayor puntaje en cada una de las escalas se considera un indicador de una mayor anticipación de efectos referidos a esa dimensión. El análisis de consistencia interna mostró adecuados valores de confiabilidad en la primera (α sociabilidad= .72; α relajación= .77; α coraje= .79, α riesgo y agresividad= .92, α estados negativos= .69), y en la segunda medición (α sociabilidad= .78; α relajación= .80; α coraje= .79, α riesgo y agresividad= .90, α estados negativos= .73).

Motivos de Consumo de Alcohol caracterizados por la presencia de Padres y de Amigos: A partir de resultados de un estudio exploratorio

(Pilatti, manuscrito no publicado), se construyeron dos escalas para valorar los motivos de consumo en contextos parentales (4 ítems) y los motivos de consumo en contextos con amigos (5 ítems). Los niños respondieron con una escala Lickert de cinco opciones indicando con qué frecuencia tomaban bebidas con alcohol por alguno de esos motivos o situaciones. Un puntaje más alto fue interpretado como un indicador de una mayor motivación para tomar alcohol en el contexto respectivo. Al respecto, el análisis de consistencia interna mostró adecuados valores de confiabilidad para las dos escalas, tanto en el tiempo 1 ($\alpha_{\text{Mot.Amigos}} = .90$; $\alpha_{\text{Mot.Parentales}} = .75$), como en el tiempo 2 ($\alpha_{\text{Mot.Amigos}} = .80$; $\alpha_{\text{Mot.Parentales}} = .74$).

Indicadores de Consumo de Alcohol para Niños: se utilizó un cuestionario de consumo de alcohol para niños (CCA-N) que incluye una serie de indicadores sensibles a las modalidades de uso de alcohol típicas de esta población (Donovan, 2007). Específicamente, se indaga sobre: (a) haber probado alguna vez bebidas con el alcohol; (b) uso posterior a la primera experimentación; (c) uso reciente de alcohol (último mes y último fin de semana); (d) frecuencia y cantidad de consumo de alcohol. *Probar bebidas con el alcohol:* a cada niño se les preguntó si alguna vez había probado alcohol: (1) ¿Alguna vez has probado una bebida alcohólica? *Consumo de bebidas alcohólicas:* tres preguntas se utilizaron para evaluar el consumo de alcohol luego de la primera experimentación y el uso reciente de alcohol (2): ¿A veces tomas bebidas alcohólicas? (3) ¿Has tomado bebidas alcohólicas en el último mes?, (4) ¿Has tomado bebidas alcohólicas en la última semana? Frecuencia y cantidad: (5) ¿Cada cuánto tomas bebidas con alcohol? (una vez al año, 2-4 veces al año, 5-8 veces al año, 2-3 veces al mes, una vez semana, 2-3 veces a la semana), y (6) ¿qué cantidad tomas? (1-2 sorbos, medio vaso, un vaso, 2 vasos, 3 vasos, 4 vasos, más de 4 vasos). Las respuestas a las dos primeras preguntas se codificaron en una nueva variable ordinal que representa tres diferentes niveles de experiencia con el alcohol (ninguno = 1, probó = 2 bebidas = 3).

Procedimiento:

Los datos correspondientes a la primera medición de este estudio longitudinal se recogieron entre 2009 y 2010, mientras que la segunda toma se realizó entre 2010 y 2011, respetando en cada caso el periodo de un año entre cada una de las dos administraciones. Con los niños de 8

a 10 años se trabajó de manera individual en el espacio cedido por cada colegio. El investigador a cargo leyó a cada participante las instrucciones y las preguntas, registrando por escrito las respuestas dadas por los niños. Para completar cada uno de los cuestionarios con un formato de respuesta tipo Lickert, con cinco opciones de respuesta, se siguió parte de la técnica empleada por Dunn y Goldman (1996). Específicamente, se utilizó una plantilla con cinco rectángulos con diferentes superficies sombreadas, cada uno equivalente a una de las opciones de respuesta. Luego de que el entrevistador leía cada ítem, el niño debía señalar en la plantilla el rectángulo correspondiente a su respuesta. La opción de respuesta “nunca” estaba representada por un rectángulo blanco, “pocas veces” por un rectángulo parcialmente sombreado, “algunas veces” por un rectángulo con el 50% sombreado, “muchas veces” por dos tercios de la figura sombreados y “siempre” por el rectángulo completamente sombreado.

Con los niños de 11 y 12 años la administración fue colectiva y tuvo lugar en el aula de clases. Si bien las instrucciones y las preguntas fueron leídas por el investigador, los participantes completaban el cuestionario encerrando el casillero correspondiente a su respuesta. Las opciones de respuesta se presentaban en una escala tipo Lickert con cinco opciones de respuesta, y estaban sombreadas con una intensidad que iba en aumento en función de la frecuencia que indicaba.

Durante el tiempo de administración de los cuestionarios los docentes no estuvieron en las aulas. El tiempo de administración de los instrumentos fue de aproximadamente 30 minutos para la aplicación individual y de 45 minutos para la aplicación grupal. Con el objeto de minimizar efectos de fatiga en los encuestados, al llegar a la mitad de la encuesta el entrevistador realizaba estas dos preguntas: ¿estas(n) bien?, ¿podemos seguir? a los niños (tanto en la entrevista individual y también en la administración colectiva).

Para poder igualar los datos de ambas mediciones manteniendo el anonimato de los participantes, se utilizaron diferentes códigos no cambiantes de identificación (por ejemplo, iniciales de nombre y apellido, fecha de nacimiento). Se enfatizó la naturaleza voluntaria de la participación. Los participantes recibieron instrucciones de no escribir sus nombres en la encuesta y fueron informados que los docentes, directivos y padres no tendrían acceso a sus respuestas. La recolección de datos estuvo a

cargo del investigador principal con la colaboración de profesionales psicólogos.

ANÁLISIS DE DATOS

Con la finalidad de determinar el efecto que los factores de riesgo y el factor de protección analizados en este estudio mantenían sobre el patrón de consumo de alcohol de los adolescentes, se aplicó la técnica de path análisis. Esta es una técnica de análisis multivariado que permite identificar los efectos de diversas variables predictoras y comprender el modo en que un grupo de variables se interrelaciona en patrones complejos. Mediante esta técnica se pueden evaluar modelos derivados de la teoría que incluyen, además de relaciones directas entre las variables, relaciones indirectas y sus contribuciones sobre la variable dependiente (Kline, 2011). Los efectos directos refieren a un efecto directo desde una variable hacia otra, mientras que los efectos indirectos indican que la relación entre dos variables se encuentra mediada por la presencia de una o más variables adicionales.

La variable que es parcialmente explicada por otras, es denominada variable dependiente o variable endógena, mientras que aquellas variables que son señaladas como causa de la variable dependiente, son denominadas variables independientes, exógenas o explicativas (Cupani, 2008). El path análisis es utilizado en aquellos casos en los que se busca probar el ajuste de la matriz de correlación con dos o más modelos teóricos puestos en comparación. Los pesos de regresión predichos por el modelo son comparados con la matriz de correlaciones de las variables, y se calculan además índices de bondad de ajuste. De esta manera, el modelo que mayor ajuste presenta es el seleccionado como el mejor modelo teórico entre los modelos propuestos. Respecto a este último punto, vale la pena mencionar que el path análisis posibilita analizar los efectos de una variable sobre otras, aunque debido a la naturaleza correlacional de estos modelos, no es posible establecer relaciones de causa efecto. Por lo tanto, el path análisis no corresponde a un modelo causal, sino que es una técnica para evaluar la viabilidad de un modelo teórico determinado, donde otros modelos podrían ser también perfectamente factibles (Cupani, 2008).

A partir de los antecedentes teóricos y de los resultados del análisis de diferencia de grupos se realizó el modelado de los paths. Se pusieron a prueba dos modelos A-L y B-L. Cada uno de estos modelos buscó explicar el efecto que variables de diferentes dominios conceptuales tienen sobre la frecuencia de consumo de alcohol de los niños. Puntualmente, en los modelos desarrollados se evaluó el efecto de antecedentes más distales (rasgos de personalidad y consumo de alcohol parental y del grupo de pares), sobre las expectativas hacia el alcohol positivas y negativas y sobre la frecuencia de uso de alcohol en la línea de base (Tiempo 1) y sobre las expectativas positivas y negativas, sobre los motivos de consumo y sobre la frecuencia de uso de alcohol encontrados un año después (Tiempo 2). Por otra parte, y de acuerdo con los objetivos planteados, se evaluó el efecto que las expectativas hacia el alcohol y la frecuencia de consumo al inicio del estudio mantienen sobre las expectativas hacia el alcohol, los motivos de consumo y la frecuencia de consumo doce meses después.

Los modelos difieren en función de la inclusión del apoyo social y género en el Modelo A-L. Al respecto, aunque la mayoría de los estudios previos no encontraron diferencias en el consumo de alcohol entre varones y mujeres (Bekman et al., 2011; Gunn y Smith, 2010; Hampson et al., 2010), en un estudio local se encontró que los niños tomaban con mayor frecuencia que las niñas (Pilatti, Godoy y Brussino, 2011). Con relación al apoyo social parental, algunos estudios encontraron un efecto negativo sobre el uso de alcohol (Kuntsche y Kuendig, 2006; van der Zwaluw et al., 2008), mientras que en otros estudios no se ha encontrado efecto alguno (Catanzaro & Laurent, 2004). En la figura 1 se presenta el modelo path A-L y en la figura 2 el modelo B-L.

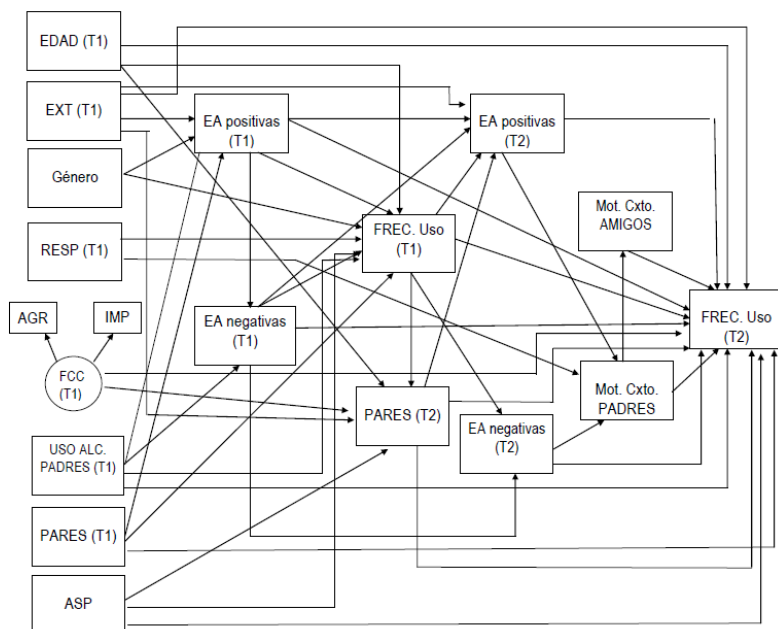


Figura 1. Modelo modelo path A-L de consumo de alcohol. Edad= edad de los niños al inicio del estudio; Ext (T1)= extroversión al inicio; Género= género de los participantes; Res (T1)= responsabilidad al inicio; BU (T1)= falta de control conductual (behavioural undercontrol en inglés) al inicio; Uso Alc. Padres (T1)= percepción del uso de alcohol de los padres (variable ordinal que da cuenta del mayor nivel percibido de uso de alcohol parental) al inicio; Pares (T1)= percepción del consumo de alcohol del grupo de pares; ASP= apoyo parental percibido; EA positivas (T1)= expectativas hacia el alcohol positivas (escalas sociabilidad y relajación) al inicio; EA negativas (T1)= expectativas hacia el alcohol negativas (escala riesgo y agresividad) al inicio; Frec. Uso (T1)= frecuencia de consumo de alcohol al inicio; Pares (T2)= percepción del consumo de alcohol del grupo de pares doce meses después; EA positivas (T2)= expectativas hacia el alcohol positivas (escalas sociabilidad y relajación) doce meses después; EA negativas (T2)= expectativas hacia el alcohol negativas (escala riesgo y agresividad) doce meses después; Mot. Cxto. Amigos (T2)= contextos de consumo con amigos doce meses después; Mot. Cxto. Padres (T2)= contextos de consumo parentales doce meses después; Frec. Uso (T2)= frecuencia de consumo de alcohol al final del estudio.

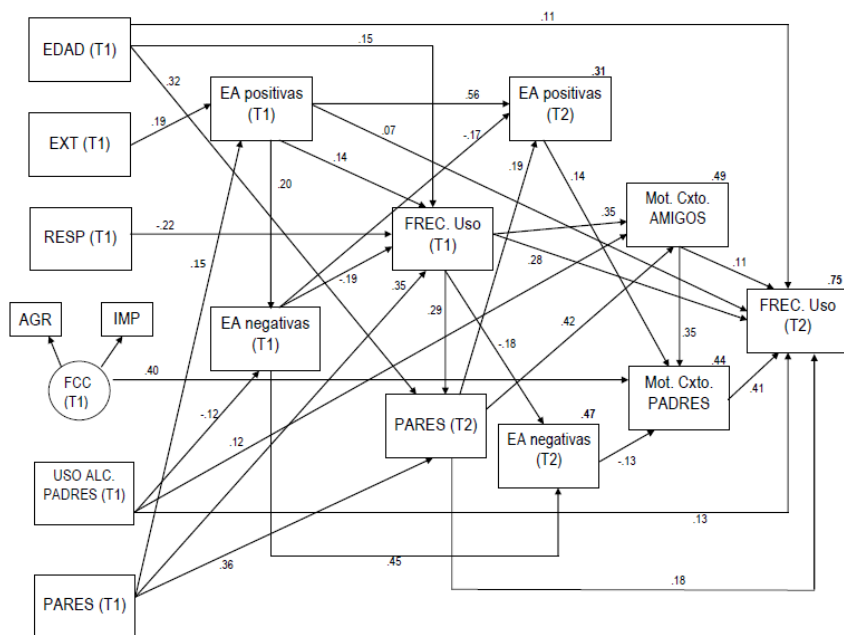


Figura 2. Modelo modelo path B-L final de consumo de alcohol. Solo los paths significativos se presentan. Edad= edad de los niños al inicio del estudio; Ext (T1)= extroversión al inicio; Res (T1)= responsabilidad al inicio; BU (T1)= falta de control de impulsos (behavioural undercontrol en inglés) al inicio; Uso Alc. Padres (T1)= percepción del uso de alcohol de los padres (variable ordinal que da cuenta del mayor nivel percibido de uso de alcohol parental) al inicio; Pares (T1)= percepción del consumo de alcohol del grupo de pares; EA positivas (T1)= expectativas hacia el alcohol positivas (escalas sociabilidad y relajación) al inicio; EA negativas (T1)= expectativas hacia el alcohol negativas (escala riesgo y agresividad) al inicio; Frec. Uso (T1)= frecuencia de consumo de alcohol al inicio; Pares (T2)= percepción del consumo de alcohol del grupo de pares doce meses después; EA positivas (T2)= expectativas hacia el alcohol positivas (escalas sociabilidad y relajación) doce meses después; EA negativas (T2)= expectativas hacia el alcohol negativas (escala riesgo y agresividad) doce meses después; Mot. Cxto Amigos (T2)= contextos de consumo con amigos doce meses después; Mot. Cxto Padres (T2)= contextos de consumo parentales doce meses después; Frec. Uso (T2)= frecuencia de consumo de alcohol al final del estudio.

Se utilizó el método de estimación de Máxima Verosimilitud (Kline, 2011), mediante el programa AMOS 16 para SPSS. Para la evaluación del ajuste de los modelos propuestos se emplearon los siguientes indicadores de bondad de ajuste: el estadístico Chi-cuadrado, la razón de Chi-cuadrado sobre los grados de libertad (CMIN/DF), el índice de ajuste comparativo (CFI), el índice de Tucker-Lewis (TLI) y el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) (Hu y Bentler, 1995). Los valores recomendados como indicadores de bondad de ajuste considerados en este trabajo fueron: la razón de Chi cuadrado sobre los grados de libertad con valores inferiores a 3.0 (Kline, 2005); para los índices CFI y TLI valores entre .90 y .95 son considerados como valores de ajuste entre aceptables y excelentes, para el índice RMSEA valores entre .05 y .08 son considerados como aceptables y menores a .05 como óptimos.

RESULTADOS

ANÁLISIS PRELIMINARES

Se llevaron adelante una serie de análisis que constituyen pasos previos para tomar decisiones sobre las variables a incluir en el modelado de los paths. Para esto, se realizaron análisis de varianza (ANOVA), para explorar diferencias en las variables incluidas en esta investigación en función del género y de la experiencia con el alcohol (ninguna, probó, toma). Seguidamente, se calculó el grado de asociación entre las variables señaladas como predictoras del consumo de alcohol y los indicadores de consumo de alcohol, y entre estas variables entre sí. Mediante estos análisis se obtuvo evidencia estadística acerca de la asociación entre las variables predictoras y la variable criterio frecuencia de consumo de alcohol, y además, acerca de diferencias en función de la experiencia de consumo de alcohol en los puntajes medios de las variables implicadas.

A continuación se presentan los resultados obtenidos al analizar el ajuste de los modelos teóricos desarrollados para comprender la frecuencia de consumo de alcohol los niños (path análisis). Se describe primero, mediante porcentajes, la prevalencia encontrada para cada uno de los indicadores de consumo de alcohol considerados en este estudio (tanto en el tiempo 1 como en el tiempo 2).

PREVALENCIA DE USO DE ALCOHOL

Los datos obtenidos en la medición inicial mostraron que casi el 60% de los niños dijo haber probado bebidas con alcohol alguna vez. Asimismo, uno de cada tres niños reportó haber vuelto a tomar bebidas con alcohol más allá de la primera experimentación, mientras que uno de cada diez niños dijo haber tomado alcohol en los últimos 30 días. Con relación a la frecuencia y a la cantidad de uso de alcohol, en la mayoría de los casos (23%), los participantes reportaron tomar uno o dos sorbos (tragos pequeños) entre una y pocas veces por año (27.3%). Doce meses después, se observó un incremento en la prevalencia de uso de alcohol en todos los indicadores empleados. Estos resultados se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Prevalencia de uso de alcohol en adolescentes para el tiempo 1 y para el tiempo 2

Consumo			Frecuencia			Cantidad		
	T 1	T 2		T 1	T 2		T 1	T 2
Probó	59.2%	67%	2-3 por mes a semanal	3.7%	7.3%	2 vasos	2.3%	5.6%
Toma	34.5%	38.2%	mensual	3.3%	8.1%	1 vaso	3.4%	4.5%
Último mes	10.1%	15.7%	pocas por año	13.1%	17.2%	½ vaso	6%	15%
Semana	3.7%	4.5%	1 por año	14.2%	7.1%	1-2 tragos pequeños	22.8%	13.5%
			No toma	65.5%	61.4%	no toma	65.5%	61.4%

PATH ANÁLISIS

Preliminarmente, la inclusión de las escalas de impulsividad y agresividad como factores independientes no mostró buen ajuste. Considerando los estudios previos donde se define la falta de control conductual como un constructo amplio (Anderson et al., 2005) y el uso de una medida de agresividad como indicador de impulsividad (ver por ejemplo, Barnow et al., 2004), se resolvió formar una variable latente de falta de control conductual (FCC) con dos indicadores correspondientes a los puntajes de cada una de las escalas. Cabe mencionar, que en el presente trabajo, la correlación encontrada entre la escala de impulsividad y la escala de agresividad fue elevada ($r = .60$ en el tiempo 1; $r = .64$ en el tiempo 2).

Al analizar el ajuste de estos modelos se observó que el modelo A-L (figura 1) no mostró un ajuste adecuado a los datos ($\chi^2(84, N = 262) = 403.222, p \leq .001$; CMIN/DF = 4.800; TLI = .644; CFI = .805 y RMSEA = .121). Asimismo, los factores apoyo social parental y género no presentaron path significativos hacia alguna de las variables endógenas del modelo.

Se analizó el ajuste del modelo alternativo B-L (sin apoyo social parental y género, y re-especificado en función de las sugerencias de los índices de modificación que se correspondan con la teoría, [figura 2]), y se encontró que presentaba un adecuado ajuste a los datos ($\chi^2(72, N = 262) = 161.592, p \leq .001$; CMIN/DF = 2.244; TLI = .902; CFI = .941 y RMSEA = .069).

La proporción de varianza explicada de la variable endógena pura frecuencia de consumo de alcohol a partir de todas las variables incluidas en el modelo fue del 75%, para los motivos de consumo en contextos parentales fue del 49%, y en contextos con amigos del 44%. Para las expectativas hacia el alcohol positivas en el Tiempo 2 fue 31%, y para las negativas fue del 47%.

Luego se analizaron los coeficientes path para contrastar las hipótesis derivadas de los estudios previos. Respecto al efecto que los rasgos de personalidad presentan sobre el posterior uso de alcohol, aunque no se observó un efecto directo y positivo, la falta de control conductual (FCC) influyó de manera indirecta a través de los motivos de consumo en contextos parentales. Con respecto a extroversión, no se encontró evidencia empírica acerca de un efecto directo sobre la variable dependiente, ni tampoco sobre un efecto indirecto mediado por la cantidad de amigos bebedores de extroversión. Sin embargo, se observó un efecto indirecto mediado por las expectativas positivas iniciales. El factor responsabilidad también presentó un efecto indirecto sobre el consumo posterior mediado por el consumo inicial de alcohol. En la tabla 2 se presentan los efectos directos, indirectos y totales de los rasgos de personalidad sobre la variable endógena pura frecuencia de uso de alcohol en el Tiempo 2.

Con relación al efecto de las variables de influencia social, se corroboró la hipótesis acerca del efecto del consumo de alcohol parental sobre el uso de alcohol de los niños doce meses después. Además, el consumo de los padres influyó de manera indirecta sobre la frecuencia final de consumo a través de los motivos de consumo en contextos con amigos y de las expectativas negativas iniciales. A su vez, aunque el consumo

de los amigos al inicio del estudio no influyó de manera directa sobre la frecuencia de uso posterior, tuvo un efecto indirecto mediado por las expectativas positivas iniciales, la frecuencia inicial de consumo, y la cantidad de amigos bebedores en la segunda medición. El efecto total de la cantidad de amigos bebedores en el Tiempo 2 sobre la frecuencia de consumo está basado en su efecto directo y también indirecto a través de las expectativas positivas en el Tiempo 2, y de los motivos de consumo en contextos con amigos. En la tabla 2 se presentan los efectos directos, indirectos y totales de las variables de influencia social sobre la variable endógena pura frecuencia de uso de alcohol.

Tabla 2. Efectos directos, indirectos y totales de rasgos de personalidad, consumo parental y consumo de pares

Efectos	Directos			Indirectos			Totales		
	Cof	CI 95%		Cof	CI 95%		Cof	CI 95%	
		Inf	Sup		Inf	Sup		Inf	Sup
Desde FCC. T1									
Mot. Cxto. Parental T2	.399**	.275	.505	.000	.000	.000	.399**	.275	.505
Frec. de Consumo T2	.000	.000	.000	.162**	.106	.228	.162**	.106	.228
Desde Responsabilidad T1									
Frec. de Consumo T1	-.216***	-.325	-.112	.000	.000	.000	.399**	.275	.505
Consumo Amigos T2	.000	.000	.000	.162**	.106	.228	.162**	.106	.228
Mot. Cxto. Amigos T2	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.399**	.275	.505
Expec. negativas T2	.000	.000	.000	.162**	.106	.228	.162**	.106	.228
Expec. positivas T2	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.399**	.275	.505
Mot. Cxto. Parental T2	.000	.000	.000	.162**	.106	.228	.162**	.106	.228
Frec. de Consumo T2	.000	.000	.000	.162**	.106	.228	.162**	.106	.228
Desde Extroversión T1									
Expec. positivas T1	.186**	.068	.300	.000	.000	.000	.186*	.068	.300
Expec. negativas T1	.000	.000	.000	.037**	.012	.081	.037**	.012	.081
Frec. de Consumo T1	.000	.000	.000	.019*	.000	.053	.019**	.000	.053
Consumo Amigos T2	.000	.000	.000	.005*	.000	.017	.005**	.000	.017

Mot. Cxto. Amigos T2	.000	.000	.000	.009*	.000	.027	.009**	.000	.027
Expec. negativas T2	.000	.000	.000	.013*	.003	.034	.013*	.003	.034
Expec. positivas T2	.000	.000	.000	.099**	.041	.166	.099**	.041	.166
Mot. Cxto. Parental T2	.000	.000	.000	.016**	.004	.038	.016**	.004	.038
Frec. de Consumo T2	.000	.000	.000	.027**	.009	.065	.027**	.009	.065

Desde Consumo Parental T1

Expec. negativas T1	-.117*	-.221	-.001	.000	.000	.000	-.117*	-.221	-.001
Frec. de Uso T1	.000	.000	.000	.022*	.001	.056	.022**	.001	.056
Consumo Amigos T2	.000	.000	.000	.006*	.001	.016	.006*	.001	.016
Mot. Cxto. Amigos T2	.119**	.024	.204	.010*	.001	.027	.129**	.034	.215
Expec. negativas T2	.000	.000	.000	-.056*	-.113	-.001	-.056*	-.113	-.001
Expec. positivas T2	.000	.000	.000	.021*	.001	.053	.021*	.001	.053
Mot. Cxto. Parental T2	.000	.000	.000	.055**	.020	.092	.055**	.020	.092
Frec. de Consumo T2	.127**	.060	.194	.044**	.017	.077	.171**	.097	.241

Desde Consumo Pares T1

Expec. positivas T1	.149*	.020	.263	.000	.000	.000	.149*	.020	.263
Expec. negativas T1	.000	.000	.000	.030**	.007	.068	.030**	.007	.068
Frec. de Consumo T1	.348**	.244	.446	.015*	.000	.045	.363**	.267	.461
Consumo pares T2	.360**	.265	.456	.104***	.066	.161	.464**	.375	.555
Mot. Cxto. Amigos T2	.000	.000	.000	.323**	.262	.394	.323**	.262	.394
Expec. negativas T2	.000	.000	.000	-.051*	-.103	-.008	-.051*	-.103	-.008
Expec. positivas T2	.000	.000	.000	.167**	.090	.251	.167**	.090	.251
Mot. Cxto. Parental T2	.000	.000	.000	.142***	.101	.191	.142***	.101	.191
Frec. de Consumo T2	.000	.000	.000	.292**	.230	.364	.292**	.230	.364

Desde Extroversión T1

Mot. Cxto. Amigos T2	.424**	.321	.519	.000	.000	.000	.424**	.321	.519
Expec. negativas T2	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Expec. positivas T2	.193**	.085	.287	.000	.000	.000	.193**	.085	.287
Mot. Cxto. Parental T2	.000	.000	.000	.174***	.125	.239	.174***	.125	.239
Frec. de Consumo T2	.181***	.094	.276	.118**	.073	.171	.299***	.220	.388

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$. Coef.= coeficiente estandarizado; CI= intervalo de confianza; Inf= límite inferior; Sup= límite superior; FCC= falta de control conductual; Expec. Positivas= expectativas hacia el alcohol positivas; Expec. Negativas= expectativas hacia el alcohol negativas; Frec. De Consumo= frecuencia de consumo de alcohol; Mot. Cons. Parental= Motivos de consumo en contextos parentales; Mot. Cons. Amigos= Motivos de consumo en contextos con amigos.

Por otra parte, se pudo corroborar el efecto de la edad sobre la frecuencia de consumo doce meses después, y sobre la cantidad de amigos bebedores. La edad influye además de manera indirecta mediada por la frecuencia inicial de uso de alcohol. En la tabla 3 se presentan los efectos directos, indirectos y totales de la edad sobre la variable endógena pura frecuencia de uso de alcohol.

Los datos apoyaron la hipótesis del efecto de las expectativas positivas iniciales sobre el posterior uso de alcohol, pero no del efecto de las expectativas negativas. Asimismo, las expectativas positivas iniciales presentaron un efecto indirecto a través de la frecuencia de uso en el Tiempo 1, y de las expectativas positivas en el Tiempo 2. El efecto de las expectativas positivas en el tiempo 2 sobre el consumo fue indirecto y positivo, mediado por los motivos de consumo en contextos parentales.

Las expectativas hacia el alcohol negativas no tuvieron un efecto directo sobre el consumo posterior de alcohol. Sin embargo, se pudo observar que las expectativas hacia el alcohol negativas iniciales influyeron de manera indirecta y negativa, a través del uso de alcohol inicial y de las expectativas hacia el alcohol negativas y negativas del Tiempo2. A su vez, las expectativas negativas en el Tiempo 2 tuvieron un efecto indirecto y negativo sobre la frecuencia final de uso de alcohol a través de los motivos de consumo en contextos parentales. A su vez, los motivos de consumo en contextos parentales y con amigos influyeron de manera directa y positiva sobre la frecuencia de uso de alcohol. Además, los motivos de consumo en contextos con amigos influyeron de manera indirecta y positiva, a través de los motivos de consumo en contextos parentales. En la tabla 3 se presentan los efectos directos, indirectos y totales de las expectativas hacia el alcohol y de los motivos de consumo sobre la variable endógena pura frecuencia de uso de alcohol. Finalmente, los datos apoyaron la hipótesis sobre el efecto directo y positivo de la frecuencia inicial de consumo sobre la frecuencia posterior. Asimismo,

la frecuencia de uso de alcohol inicial también influyó de manera indirecta a través de los motivos de consumo en contextos con amigos, y de las expectativas negativas en el Tiempo 2. En la tabla 3 se presentan los efectos directos, indirectos y totales del consumo inicial de alcohol sobre la variable endógena pura frecuencia de uso de alcohol.

Tabla 3. Efectos directos, indirectos y totales de edad, expectativas positivas y negativas, motivos de consumo y frecuencia inicial de consumo de alcohol

Efectos	Directos			Indirectos			Totales		
	Cof	CI 95%		Cof	CI 95%		Cof	CI 95%	
		Inf	Sup		Inf	Sup		Inf	Sup
Desde Edad									
Frec. de Consumo T1	.153**	.039	.245	.000	.000	.000	.153**	.039	.245
Consumo Amigos T2	.319**	.218	.409	.044**	.012	.079	.363**	.267	.452
Mot. Cxto. Amigos T2	.000	.000	.000	.207**	.138	.269	.207**	.138	.269
Expec. negativas T2	.000	.000	.000	-.027**	-.059	-.006	-.027**	-.059	-.006
Expec. positivas T2	.000	.000	.000	.070***	.032	.114	.070***	.032	.114
Mot. Cxto. Parental T2	.000	.000	.000	.085**	.053	.125	.085**	.053	.125
Frec. de Consumo T2	.114**	.036	.190	.167**	.106	.227	.281**	.183	.363
Desde Expec. Positivas T1									
Expec. negativas T1	.201**	.090	.329	.000	.000	.000	.201**	.090	.329
Frec. de Consumo T1	.138*	.028	.243	-.037**	-.080	-.013	.100*	.008	.198
Consumo Amigos T2	.000	.000	.000	.029	-.002	.065	.029	-.002	.065
Mot. Cxto. Amigos T2	.000	.000	.000	.047	-.003	.102	.047	-.003	.102
Expec. negativas T2	.000	.000	.000	.072*	.015	.142	.072*	.015	.142
Expec. positivas T2	.559**	.458	.639	-.029*	-.068	-.003	.530**	.431	.608
Mot. Cxto. Parental T2	.000	.000	.000	.084**	.023	.147	.084**	.023	.147
Frec. de Consumo T2	.073*	.004	.132	.073*	.013	.135	.146**	.064	.233
Desde Expec. Negativas T1									
Frec. de Consumo T1	-.187**	-.285	-.078	.000	.000	.000	-.187**	-.285	-.078
Consumo Amigos T2	.000	.000	.000	-.054**	-.098	-.024	-.054**	-.098	-.024
Mot. Cxto. Amigos T2	.000	.000	.000	-.088**	-.145	-.039	-.088**	-.145	-.039
Expec. negativas T2	.446***	.351	.544	.033**	.012	.067	.479**	.380	.573

Expec. positivas T2	-.170**	-.271	-.067	-.010**	-.023	-.004	-.180**	-.281	-.074
Mot. Cxto. Parental T2	.000	.000	.000	-.116**	-.176	-.057	-.116**	-.176	-.057
Frec. de Consumo T2	.000	.000	.000	-.120**	-.178	-.062	-.120**	-.178	-.062
<i>Desde Mot. Cons. Amigos T2</i>									
Mot. Cxto. Parental T2	.346***	.247	.442	.000	.000	.000	.346***	.247	.442
Frec. de Consumo T2	.113*	.025	.201	.140***	.097	.201	.253**	.160	.350
<i>Desde Mot. Cons. Parentales T2</i>									
Frec. de Consumo T2	.405**	.314	.494	.000	.000	.000	.405**	.314	.494
<i>Desde Frec. Consumo T1</i>									
Consumo Amigos T2	.287**	.191	.391	.000	.000	.000	.287**	.191	.391
Mot. Cxto. Amigos T2	.348***	.245	.448	.122**	.074	.176	.469**	.378	.560
Expec. negativas T2	-.178**	-.289	-.064	.000	.000	.000	-.178**	-.289	-.064
Expec. positivas T2	.000	.000	.000	.055***	.025	.102	.055***	.025	.102
Mot. Cxto. Parental T2	.000	.000	.000	.192***	.133	.268	.192***	.133	.268
Frec. de Consumo T2	.284**	.186	.374	.183***	.132	.254	.467**	.381	.552

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$. Coef.= coeficiente estandarizado; CI= intervalo de confianza; Inf= límite inferior; Sup= límite superior; FCC= falta de control conductual; Expec. Positivas= expectativas hacia el alcohol positivas; Expec. Negativas= expectativas hacia el alcohol negativas; Frec. De Consumo= frecuencia de consumo de alcohol; Mot. Cons. Parental= Motivos de consumo en contextos parentales; Mot. Cons. Amigos= Motivos de consumo en contextos con amigos.

DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo principal intentar responder por qué los niños se inician tempranamente en el uso de alcohol. Específicamente, se analizó el efecto prospectivo que diferentes factores, identificados como predictores del inicio y de la escalada del consumo de alcohol, mantienen sobre las experiencias de consumo de alcohol de una muestra de niños. Para esto, se desarrollaron modelos teóricos incluyendo variables de distintos dominios conceptuales y, mediante la técnica de path análisis, se evaluó su efecto prospectivo sobre la frecuencia de uso de alcohol de los niños.

En primer lugar, se observó que un elevado porcentaje de niños

menores de 12 años ha tenido algún tipo de experiencia directa de uso de alcohol. Estas experiencias, de manera similar a los resultados de estudios previos con esta población, se caracterizan por ser de una baja frecuencia y una baja cantidad (Cameron et al. 2003; Chen et al., 2011; Pilatti et al., 2011).

Por otro lado, y respecto al efecto de las variables implicadas en los modelos teóricos desarrollados, se encontró que las tres variables que mejor explicaron la frecuencia con que los niños tomaron alcohol un año después fueron la frecuencia inicial de consumo, el consumo de alcohol del grupo de pares y los motivos de consumo en contextos parentales. Efectivamente, estas variables son las que mayor aporte realizaron a la varianza total explicada por el modelo. Específicamente, la frecuencia inicial explicó un 22%, los motivos parentales explicaron un 16% y el consumo de los pares explicó un 17% de la conducta de consumo de alcohol. El resto de las variables consideradas también influyó de manera significativa, aunque aportaron en menor medida a la varianza total explicada por el modelo. Puntualmente, la falta de control conductual, el consumo de alcohol parental, los motivos de consumo en contextos con amigos y las expectativas hacia el alcohol aportaron entre un 3% a un 6% a la varianza total explicada, mientras que los rasgos responsabilidad, y en especial, la extroversión, parecen ser menos relevantes a la hora de entender por qué estos niños toman alcohol con mayor frecuencia.

Respecto a los rasgos de personalidad, la extroversión es el factor que presenta un menor efecto total sobre el consumo de los niños, explicando menos del 1% de la varianza total. Esto puede estar relacionado, entre otras cosas, con cierto beneficio asociado a este rasgo ya que los niños más sociables pueden favorecerse a partir de tempranas experiencias con pares con conductas pro-sociales (Bukowski, Brendgen y Vitaro, 2007).

Finalmente, respecto a los rasgos de personalidad, el rasgo responsabilidad parece actuar como un factor de protección, disminuyendo la probabilidad de uso de alcohol entre los niños que presentan un mayor grado de auto-control (Wills et al., 2004). Al respecto, es posible que estos niños más responsables tengan una mayor adherencia a las normas y a los valores convencionales, dentro de los cuales el consumo de alcohol a esa edad no forma parte de las actividades permitidas (Wills et al., 2004).

Los resultados del presente estudio aportaron mayor evidencia acerca del inicio y escalada del uso de alcohol como consecuencia de la exposición a modelos de consumo de alcohol parentales y de pares. Este

aprendizaje parece darse, al menos en parte, por acción del modelado parental y del grupo de pares (Capaldi et al., 2009; Duncan et al., 2006; Van Der Vorst, Vermulst, Meeus, Deković y Engels, 2009), y también mediante el aprendizaje vicario de las expectativas hacia el alcohol (Cameron et al., 2003; Dunn y Goldman, 2000). Al respecto, existe gran sustento acerca de un predominio de las expectativas negativas entre los niños (Hipwell et al., 2005; Randolph et al., 2006), y de cómo estas se van modificando, entre otras cosas, a partir de la exposición a los modelos de uso de alcohol de los pares y de los padres (Martino et al., 2006). En este trabajo, los niños que perciben un mayor consumo en sus padres anticipan menos efectos negativos del consumo (Cranford et al., 2010), mientras que los niños expuestos a un mayor consumo del grupo de pares mantienen más expectativas positivas (Bekman et al., 2011; Martino et al., 2006). Aquí, vale la pena destacar que, aunque el efecto observado en el presente trabajo fue bajo, las expectativas positivas iniciales influyeron de manera directa y positiva sobre la frecuencia de consumo encontrada doce meses después (Cameron et al., 2003; Cranford et al., 2010), subrayando la influencia prospectiva de esta variable cognitiva. Por otro lado, si bien no se pudo confirmar el efecto directo de las expectativas negativas sobre el uso futuro de alcohol (Hipwell et al., 2005), esto pudo deberse, al menos en parte, a diferencias metodológicas y teóricas entre los estudios que se discutirán más adelante.

Los niños que perciben un mayor consumo de alcohol de sus padres y pares mostraron, también, una mayor motivación para tomar alcohol en contextos con amigos. Aunque no se disponía de antecedentes de estudios con niños que den cuenta de estas relaciones, es esperable que los niños con más amigos bebedores tomen alcohol por motivos caracterizados por la presencia de pares, ya que durante esta etapa, los niños comienzan a ser cada vez más influidos por sus pares, tanto en la manera de pensar como también de comportarse. En este contexto, no sorprende que los niños que ven a sus amigos tomar alcohol se sientan más motivados a hacer lo mismo. Por otro lado, la relación entre el consumo parental y los motivos de consumo en contextos con amigos puede vincularse con una mayor disponibilidad de alcohol en el hogar de estos niños (Komro, Maldonado-Molina, Tobler, Bonds y Muller, 2007), y también con una mayor permisividad respecto al uso de alcohol y a la falta de regulaciones acerca del uso de alcohol (van der Vorst et al., 2009). Sumado a esto, estudios con adolescentes indican que

el consumo parental modera la influencia del consumo intensivo de los pares. Efectivamente, los adolescentes cuyos amigos toman una elevada cantidad de alcohol tienen una mayor probabilidad de desarrollar modalidades de abuso de alcohol si sus padres presentan problemas con el alcohol (Jones et al., 2008).

A su vez, apoyando los modelos motivacionales de consumo de alcohol (Kunstche et al., 2006), se observó que los motivos de consumo en contextos parentales fueron, con los motivos de consumo en contextos con amigos, el antecedente próximo de la frecuencia de consumo, y uno de los más relevantes. Específicamente, estos motivos describen situaciones donde los padres dan alcohol o permiso a los niños para que tomen, o donde los niños toman imitando la conducta de los padres. Esto coincide con numerosos estudios previos que indican que, en la mayoría de los casos, los niños comienzan a tomar alcohol en ambientes familiares (Komro et al., 2007; McIntosh et al., 2008; Pilatti et al., 2012; Zucker et al., 2008).

Los niños que al inicio tomaban alcohol con mayor frecuencia anticiparon, doce meses después, menos efectos negativos del consumo, corroborando que las expectativas hacia el alcohol son causa y también consecuencia del uso de alcohol (Bot et al. 2004; Catanzaro y Laurent, 2004). Teniendo en cuenta que estos niños, en general, toman alcohol con baja frecuencia, es posible que no hayan experimentado muchas consecuencias negativas, lo cual también pudo disminuir la percepción negativa sobre el consumo. Si bien en este trabajo no se han evaluado los problemas o consecuencias negativas que los niños experimentaron al tomar alcohol, una consecuencia posible del uso de alcohol a esta edad es estar “en problemas con los padres” (Anderson et al., 2005). Quizás entre estos niños, que además perciben un mayor consumo de alcohol parental, el uso de alcohol no sea prohibido ni penado por los padres, eliminando una potencial fuente de consecuencias negativas. El consumo inicial, sin embargo, no influyó de manera directa sobre las expectativas positivas en el tiempo 2, posiblemente, por el papel mediador del consumo de pares. Efectivamente, los niños que tomaron alcohol al inicio tuvieron más amigos bebedores un año después, y esto incrementó las expectativas positivas de los niños.

Finalmente, la frecuencia de consumo inicial hallada en el presente trabajo no sólo influyó de manera directa sobre el uso de alcohol encontrado doce meses después (Hipwell et al., 2005), sino que fue

el predictor más importante, indicando que una vez que los niños comienzan a tomar alcohol es muy probable que lo sigan haciendo. Considerando las consecuencias negativas asociadas al inicio temprano del consumo de alcohol (McGue y Iacono, 2008), estos resultados señalan la importancia de retrasar la edad en la que los niños comienzan a tomar alcohol.

En conjunto, estos resultados encierran implicancias tanto para futuras investigaciones como para potenciales intervenciones. En primer lugar, la evidencia acerca del inicio y el aumento del uso de alcohol entre niños menores de 12 años apoya la sugerencia de diferentes autores de realizar más estudios en períodos anteriores a la aparición de las conductas de abuso de alcohol (Bekman et al., 2011; Cranford et al., 2010). Por otra parte, se subraya la importancia de contemplar el efecto de variables de diferentes dominios a la hora de intentar explicar y modificar la conducta de consumo de alcohol, ya que los modelos que refieren exclusivamente a aspectos sociales, cognitivos o de la personalidad, parecen ofrecer una explicación limitada de este fenómeno.

En tercer lugar, los resultados encontrados en este trabajo, en correspondencia con estudios realizados en otros países, sugieren que los padres pueden activamente disminuir el riesgo de que sus hijos se inicien de manera temprana en el uso de alcohol, disminuyendo así la probabilidad de que desarrollen modalidades abusivas de consumo. En este sentido, disminuir el uso de alcohol parental en presencia de los hijos, controlar el acceso a bebidas con alcohol en el hogar, y la implementación de normas claras que regulen el uso de alcohol, aparecen como algunas medidas que los padres pueden llevar adelante con la finalidad de evitar que los niños se inicien de manera temprana en el uso de alcohol.

Por otra parte, la influencia del grupo de pares parece ser determinante en el consumo de los niños. En este contexto, una potencial vía de intervención refiere a programas centrados en el grupo de pares y con la finalidad de utilizar la influencia de este grupo social para reducir el consumo de alcohol. Intervenciones realizadas con adolescentes han buscado disminuir el uso de alcohol a través del conocimiento de los riesgos asociados al consumo y de una percepción más ajustada del nivel de consumo entre los adolescentes (Schulte, Monreal, Kia-Keating y Brown, 2010) y también mediante programas educativos interactivos (Cimini et al., 2009). Los resultados encontrados en este tipo de intervenciones aportan evidencia acerca de cambios en el consumo

de alcohol en función de un ajuste en la percepción del consumo entre el grupo de pares.

Finalmente, a partir de la relación negativa entre el rasgo responsabilidad y el uso de alcohol encontrada en este estudio, la promoción de logros académicos y un mayor nivel de compromiso con las actividades escolares podría ser una estrategia de intervención para reducir el consumo (Clark, Belgrave y Nasim, 2008; Rhoades y Maggs, 2006).

Por otro lado, las inconsistencias encontradas entre los resultados del presente estudio y de otros estudios aquí analizados pueden estar relacionadas, entre otras razones, con diferencias teóricas y metodológicas que se discuten a continuación. En primer lugar, en un modelo integral, el efecto de una variable sobre otra varía, al menos en parte, por la presencia del resto de las variables. De esta manera, incorporar o no determinadas variables al modelo, puede modificar las relaciones y los efectos encontrados.

Además, es factible que diferencias metodológicas entre el presente trabajo y otros estudios sean otra posible causa de esta variabilidad. Por ejemplo, la definición conceptual y operacional de impulsividad utilizada en este trabajo y en otros trabajos (Bekman et al., 2011; Gunn y Smith, 2010) no es uniforme, por lo tanto, es probable que las diferencias en los resultados obtenidos se relacione con la medición de diferentes aspectos o dimensiones de la impulsividad (Winstanley, Olausson, Taylor y Jentsch, 2010). Algo similar podría ocurrir con relación a las expectativas hacia el alcohol, ya que diferentes estudios (Bekman et al., 2011; Cranford et al., 2010; Gunn y Smith, 2010) emplean diferentes escalas (con diferentes indicadores) para medir las creencias que los niños y los adolescentes mantienen respecto a los efectos del alcohol.

Sumado a esto, los participantes no tienen las mismas edades en todos los estudios analizados. Por ejemplo, en el estudio de Hipwell et al. (2005) sólo participaron niñas y, además, en lugar de evaluar el uso futuro de alcohol, la variable dependiente fue la intención de consumo. Por otro lado, las niñas tenían 8 años al inicio del estudio y 10 años al finalizar, mientras que los participantes de la presente investigación tenían entre 8 y 12 años.

Finalmente, es importante tener en cuenta que en este trabajo se obtuvo una medida del consumo parental y del consumo de los pares a partir de la percepción de los niños acerca de este consumo. Al respecto, si bien es un procedimiento común evaluar el consumo de amigos y padres de

esta forma, esta medida puede ser más susceptible a ciertos sesgos. Por ejemplo, la atención de los niños a las claves sobre el alcohol puede estar determinada por su propio uso de la sustancia (Chen et al., 2011). Sumado a estas características particulares de cada investigación, algunos autores indican que la falta de consistencia en los resultados puede deberse a la gran complejidad de la relación entre el consumo parental y el de los niños (Bekman et al., 2011; Chen et al., 2011).

Por otro lado, es importante señalar las limitaciones que presenta este estudio. En primer lugar, en tanto que la muestra no es representativa de los niños de la ciudad de Córdoba, la posibilidad de generalizar estos resultados se encuentra acotada. Aún cuando se buscó que la muestra fuese equitativa en relación al tipo de institución educativa (pública y privada), los colegios fueron elegidos en base a la disponibilidad de contactos y a la accesibilidad a los mismos.

En cuanto al modelo de consumo utilizado, aunque se buscó incluir variables procedentes de diferentes niveles conceptuales, existe una diversidad de factores que no fueron considerados, como por ejemplo la religiosidad, el establecimiento de normas para el uso de alcohol, la comunicación parental, los estilos parentales, entre otras.

Respecto a los modelos de influencia social, en algunos trabajos se han encontrado diferentes efectos en relación al consumo de los padres y de las madres (van der Vorst et al., 2009) y de los amigos y de las amigas (Gaughan, 2006) que no fueron analizadas en este modelo de consumo. Respecto al apoyo parental, la ausencia de un efecto significativo sobre el consumo de alcohol puede estar relacionada con la ausencia de otras variables en el modelo que parecen mediar o moderar el efecto de esta variable de protección, como el establecimiento de normas, la comunicación y la estructura familiar.

Por otra parte, y en cuanto a las expectativas hacia el alcohol y los motivos de consumo, en este trabajo sólo se consideraron algunas de las dimensiones que componen a cada una de estas variables cognitivas. Con relación a los motivos de consumo, considerando que un elevado porcentaje de niños no toma alcohol, sería adecuado incluir en el modelo motivos por los cuales no se consume alcohol. Estudios realizados en esta línea (por ejemplo Strizke y Butt, 2001) indican que niños de 10 a 12 años no toman alcohol porque temen las consecuencias negativas del consumo, por restricciones familiares, y por restricciones religiosas, entre otros motivos.

Por otro lado, cada una de las variables incluidas en este modelo fue medida a partir de un único indicador, mientras que la opción de incluir múltiples indicadores es un procedimiento que permite obtener mayor certeza de los resultados. Sumado a esto, si bien es cierto que en este trabajo se prestó especial cuidado de disminuir el error de medición en cada una de las medidas empleadas, algunas pruebas no fueron diseñadas para ser utilizadas con poblaciones con las mismas características que los participantes de este estudio.

Otra limitación refiere a la ausencia, en este trabajo, de estudios comparativos en función del género y del nivel socioeconómico. En este marco, sería adecuado realizar nuevos estudios que contemplen estas limitaciones. Al respecto, una aproximación más adecuada para lograr comprender el inicio y el incremento del consumo de alcohol debería incluir no sólo aquellas variables no analizadas en este estudio, sino también diferentes indicadores para medir cada uno de los factores. Además, y aún cuando los estudios preliminares no mostraron diferencias importantes asociadas al género de los participantes y, en los modelos paths, el género no tuvo efectos significativos sobre ninguna de las variables, sería valioso realizar estudios que permitan poner a prueba el modelo en mujeres y varones por separado. De esta manera se podría corroborar si las mismas variables explican el uso y abuso de alcohol en mujeres como en varones.

Más allá de las limitaciones reseñadas, cabe destacar que la principal contribución del presente trabajo radica en que constituye el primer trabajo sistemático dirigido a evaluar en niños argentinos el efecto que antecedentes de diferentes dominios conceptuales mantienen sobre la conducta futura de consumo de alcohol. Por su parte, el estudio pone de manifiesto la importancia de continuar identificando los factores que conducen al inicio y al desarrollo del consumo de alcohol en niños, y este es un desafío en el que la Psicología (y las ciencias del comportamiento) tienen un importante papel que jugar.

RECONOCIMIENTOS

El presente trabajo ha sido financiado con subsidios de investigación y desarrollo otorgados por SECyt-UNC, FONCYT y MINCYT a Juan Carlos Godoy, y por becas de postgrado otorgadas por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET, Argentina) a

Angelina Pilatti.

Los autores agradecen a Ricardo Marcos Pautassi por su valiosa colaboración en la revisión de este artículo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no tenemos conflictos de intereses que declarar.

REFERENCIAS

- Anderson K.G., Smith, G.T., McCarthy, D.M., Fischer, S.F., Fister, S., Grodin, D., Boerner, L.M. y Hill, K.K. (2005). Elementary school drinking: the role of temperament and learning. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, 21-27.
- Andrews, J.A., Tildesley, E., Hops, H., Duncan, S. y Severson, H.H. (2003). Elementary school age children's future Intentions and use of substances. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 32, 556-567.
- Barnow, S., Schultz, G., Lucht, M., Ulrich, I., Ulrich, W, P. y Harald, J, F. (2004). Do alcohol expectancies and peer delinquency /substance use mediate the relationship between impulsivity and drinking behavior in adolescence? *Alcohol and Alcoholism*, 39, 213-219.
- Bekman, N.M., Goldman, M.S., Worley, M.J. y Anderson, K.G. (2011). Pre-adolescent alcohol expectancies: Critical shifts and associated maturational processes. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 19, 420-432.
- Bot, S.M., Engels, R.C.M.E. y Knibbe, R.A. (2005). The effects of alcohol expectancies on drinking behaviour in peer groups: observations in a naturalistic setting. *Addiction*, 100, 1270-1279.
- Brown, S.A., McGue, M., Maggs, J., Schulenberg, J., Hingson, R., Swartzwelder, S., Martin, C., Chung, T., Tapert, S.F. y Sher, K. (2008). A Developmental Perspective on Alcohol and Youths 16 to 20 Years of Age. *Pediatrics*. 121, 290-310.
- Brown, S.A., McGue, M., Maggs, J., Schulenberg J., Hingson, R., Swartzwelder, S., Martin, C., Chung, T., Tapert, S.F., Sher, K., Winters, K.C., Lowman, C. y Murphy, S. (2009). Underage alcohol use. *Alcohol Research y Health*, 32, 41-52.
- Brussino, S.A. (2002). Análisis causal del comportamiento agresivo infantil: pautas de crianza, estilo atribucional, capacidad intelectual y habilidad social. Tesis doctoral no publicada. Universidad Nacional de Córdoba.
- Bukowski, W.M., Brendgen, M. y Vitaro, F. (2007). Peers and socialization: effects on externalizing and internalizing problems. En J.E. Grusec y P.D. Hastings

- (Eds). Handbook of socialization: *Theory and research* (pp. 355-381). New York: Guide Press
- Callas, P.W., Flynn, B.S. y Worden, J.K (2004). Potentially modifiable psychosocial factors associated with alcohol use during early adolescence. *Addictive Behaviors*, 29, 1503-1515.
- Cameron C.A., Stritzke W.G.K. y Durkin K. (2003). Alcohol expectancies in late childhood: An ambivalence perspective on transition toward alcohol use. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 687-698.
- Capaldi, D.M., Stoolmiller, M., Kim, H.K. y Yoerger, K. (2009). Growth in alcohol use in atrisk adolescent boys: Two-part random effects prediction models drug and alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 105, 109-117.
- Catanzaro, S.J. y Laurent, J. (2004). Perceived family support, negative mood regulation expectancies, coping, and adolescent alcohol use: Evidence of mediation and moderation effects. *Addictive Behaviors*, 29, 1779-1797.
- Chen, C.Y., Storr, C.L., Liu, C.Y., Chen, K.H., Chen, W.J. y Lin, K.M. (2011). Differential relationships of family drinking with alcohol expectancy among urban school children. *BMC Public Health*, 8, 87-96.
- Cimini, M.D., Martens, M.P., Larimer, M.E., Kilmer, J.R., Neighbors, C. y Monse-
rrat, J.M. (2009). Assessing the Effectiveness of Peer-Facilitated Interventions
Addressing High-Risk Drinking Among Judicially Mandated College Stu-
dents. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 16, 57-66
- Clark, T.T., Belgrave, F.Z. y Nasim, A. (2008). Risk and protective factors for sub-
stance use among urban African American adolescents considered high-risk.
Journal of Ethnicity in Substance Abuse, 7, 292-303.
- Cranford, J.A., Zucker, R.A., Jester, J.M., Puttler, L.I. y Fitzgerald, H.E. (2010).
Parental alcohol involvement and adolescent alcohol expectancies predict
alcohol involvement in male adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24,
386-396.
- Cupani, M. (2008). Modelo Social-Cognitivo del rendimiento académico en mate-
mática. Contribución explicativa de los rasgos de personalidad. Tesis Doctoral.
- Cupani, M. y Ruarte, M. (2008). Propiedades psicométricas del Cuestionario de
los Cinco Factores para Niños (BFQ-C) en una muestra de adolescentes argen-
tinos. *Estudios de Psicología*, 29, 351-364.
- D'Amico, E.J., y McCarthy, D.M. (2006). Escalation and Initiation of Younger
Adolescents' Substance Use: The Impact of Perceived Peer Use. *Journal of Ado-
lescent Health*, 39, 481-487.
- Donovan, J.E. (2007). Really underage drinkers: the epidemiology of children's

- alcohol use in the United States. *Prevention Science*, 8, 192-205.
- Duncan, S.C., Duncan, T.E. y Strycker, L.A. (2006). Alcohol use from ages 9 to 16: A cohort-sequential latent growth model. *Drug and Alcohol Dependence*, 81, 71-81.
- Dunn, M.E. y Goldman, M.S. (1996). Empirical modeling of an alcohol expectancy memory network in elementary school children as a function of grade. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 209-217.
- Gancy, E.A. y van Dulmen, M.H.M. (2010). Fathers do make a difference: parental involvement and adolescent alcohol use. *Fathering*, 8, 93-108.
- Garmiene A, Zemaitiene N. y Zaborskis A. (2006). Family time, parental behaviour model and the initiation of smoking and alcohol use by ten-year-old children: an epidemiological study in Kaunas, Lithuania. *BMC Public Health*, 6, 287-296.
- Gaughan, M. (2006). The gender structure of adolescent peer influence on drinking. *Journal of Health and Social Behavior*, 47, 47-61.
- George, S.M., Connor, J.P., Gullo, M.J. y Young, R.Mc.D. (2010). A prospective study of personality features predictive of early adolescent alcohol misuse. *Personality and Individual Differences*, 49, 204-209.
- Goldman, M.S., Brown, S.A., Christiansen, B.A. y Smith, G.T. (1991). Alcoholism and memory: Broadening the scope of alcohol- expectancy research. *Psychological Bulletin*, 110, 137-146.
- Goldstein, S.E., Davis-Kean, P.E. y Eccles, J.S. (2005). Parents, peers and problem behavior: A longitudinal investigation of the impact of relationship cognitions and characteristics on the development of problem behavior. *Developmental Psychology*, 41, 401-413.
- Gunn, R.L., y Smith, G.T. (2010). Risk factors for elementary school drinking: Pubertal status, personality, and alcohol expectancies concurrently predict fifth grade alcohol consumption. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24, 617-627
- Hampson, S.E., Tildesley, E., Andrews, J.A., Luyckx, K., y Mroczek, D.K. (2010). The Relation of Change in Hostility and Sociability During Childhood to Substance Use in Mid Adolescence. *Journal of Research in Personality*, 44, 103-114.
- Hampson, S.E., Andrews, J.A., Barckley, M. y Severson, H.H. (2006). Personality predictors of the development of elementary-school children's intentions to drink alcohol: The mediating effects of attitudes and subjective norms. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 288-297.
- Hipwell, A.E., White, H.R., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Chung, T. y Semboer, M.A. (2005). Young girls' expectancies about the effects of alcohol,

- future intentions and patterns of use. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 630-639.
- Hu, L. y Bentler, P. (1995). Evaluating model fit. En R. Hoyle (Ed.). *Structural equation modelling: Concepts, issues and applications* (pp. 76-99). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Ison, M.S. y Fachinelli, C.C. (1993). Guía de Observación Comportamental para Niños (Behavioral Observation Guide for Children). *Interdisciplinaria*, 12, 11-21.
- Johnson, C.C., Greenlund, K.J., Webber, L.S. y Berenson, G.S. (1997). Alcohol first use and attitudes among young children. *Journal of Child and Family Studies*, 6, 359-372.
- Jones, D.J.; Hussong, A.M.; Manning, J. y Sterrett, E. (2008). Adolescent alcohol use in context: the role of parents and peers among African American and European American youth. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14, 266-273.
- Kline, R.B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Kline, R.B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Komro, K.A., Maldonado-Molina, M.M., Tobler, A.L., Bonds, J.R. y Muller, K.E. (2007). Effects of home access and availability of alcohol on young adolescents' alcohol use. *Addiction*, 10, 597-608.
- Koning, I.M., Engels, R.C.M.E., Verdurmen, J.E.E. y Vollebergh, W.A.M. (2010). Alcohol-specific socialization practices and alcohol use in Dutch early adolescents. *Journal of Adolescence*, 33, 93-100.
- Kuntsche E, von Fischer M. y Gmel G. (2008). Personality factors and alcohol use: A mediator analysis of drinking motives. *Personality and Individual Differences*, 45, 796-800.
- Kuntsche E., Knibbe R., Gmel G. y Engels R. (2006). Who drinks and why? A review of socio-demographic, personality, and contextual issues behind the drinking motives in young people. *Addictive Behaviors*, 31, 1844-1857.
- Kuntsche, E.N. y Kuendig, H. (2006). What is worse? A hierarchy of family-related risk factors predicting alcohol use in adolescence. *Substance Use & Misuse*, 41, 71-86.
- Lemos, V. (2006). La deseabilidad social en la evaluación de la personalidad infantil. *Suma Psicológica*, 13, 7-14.
- Malecki, C.K. y Demaray, M.K. (2003). What type of support do they need? Investigating student adjustment as related to emotional, informational, appraisal, and instrumental support. *School Psychology Quarterly*, 18, 231-252

- Martino, S.C., Collins, R.L., Ellickson, P.L., Schell, T.L. y McCaffrey, D (2006). Socio-environmental influences on adolescents' alcohol outcome expectancies: a prospective analysis. *Addiction*, 101, 971-983.
- Masten, A.S., Faden, V.B., Zucker, R.A. y Spear, L.P. (2009). A developmental perspective of underage alcohol use. *Alcohol Research y Health*, 32, 3-15.
- McGue, M. y Iacono, W.G. (2008). The adolescent origins of substance use disorders. *International Journal of Methods in Psychiatrist Research*, 17, 30-38.
- McIntosh J., MacDonald F. y McKeganey N. (2008). Pre-teenage children's experiences with alcohol. *Children y Society*, 22, 3-15.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Pilatti, A (2012). Factores de riesgo para el consumo de alcohol de niños y adolescentes: Un modelo explicativo integral. Tesis Doctoral, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba: Córdoba, Argentina.
- Pilatti, A., Godoy, J.C. y Brussino, S.A. (2010). Construcción y valoración psicométrica del Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol para Niños de Argentina (CEA-N). *Adicciones*, 22, 113-24
- Pilatti, A., Godoy, J.C. y Brussino, S.A. (2011). Alcohol expectancies and alcohol use among children and adolescents from Argentina. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 11, 13-32.
- Pilatti, A., Godoy, J.C. y Brussino, S.A. (2012). Underage drinking: prevalence and risk factors associated to drinking experiences among Argentinean children (manuscrito enviado a la Revista Alcohol para considerar su publicación).
- Randolph, K.A., Gerend, M.A. y Miller, B.A. (2006). Measuring alcohol expectancies in youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 33, 939-948.
- Reyna, C. Sánchez, A. y Ivacevich, M.G. (2009). Diferencias de género y relación entre agresión y búsqueda de sensaciones en adolescentes. II Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de La Plata.
- Rhoades, B.L. y Maggs, J.L. (2006). Do Academic and Social Goals Predict Planned Alcohol Use Among College-Bound High School Graduates? *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 913-923.
- Schulte, M.T., Monreal, T.K., Kia-Keating, M. y Brown, S.A. (2010). Influencing adolescent social perceptions of alcohol use to facilitate change through a school-based intervention. *Journal of Child y Adolescent Substance Abuse*, 19, 372-390.
- Spear, L.P. (2000). The adolescent brain and age related behavioral manifestations. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 417-463.

- Stritzke, W.G. y Butt, J.C. (2001). Motives for not drinking alcohol among Australian adolescents: development and initial validation of a five-factor scale. *Addictive Behaviors*, 26, 633-649.
- Tildesley, E.A. y Andrews, J.A. (2008). The Development of Children's Intentions to Use Alcohol: Direct and Indirect Effects of Parent Alcohol Use and Parenting Behaviors. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 326-339.
- Tush, C. y Wiers, R.W. (2007). Explicit and Implicit alcohol-related cognitions and the prediction of future drinking in adolescents. *Addictive Behaviors*, 32, 1367-1383.
- Urbán, R., Kökönyi, G. y. Demetrovics, Z. (2008) Alcohol outcome expectancies and drinking motives mediate the association between sensation seeking and alcohol use among adolescents. *Addictive Behaviors*, 33, 1344-1352.
- Van Der Vorst H., Vermulst A.A., Meeus W.H., Deković, M. y Engels R.C. (2009). Identification and prediction of drinking trajectories in early and mid-adolescence. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 38, 329-341.
- Van der Zwaluw, C.S., Scholte, R.H.J., Vermulst, A., Buitelaar, J.K., Verkes, R.J. y Engels, R.C.M.E. (2008). Parental problem drinking, parenting, and adolescent alcohol use. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 189-200.
- Volkow, N.D. y Li, T.K. (2005). Drugs and alcohol: Treating and preventing abuse, addiction and their medical consequences. *Pharmacology and Therapeutics*, 108, 3-17.
- Wiers, R.W., Sergeant, J.A. y Boudewijn Gunning, W. (2000). The assessment of alcohol expectancies in school children: measurement or modification? *Addiction*, 95, 737-746.
- Wills, T.A., Resko, J.A., Ainette, M.G. y Mendoza, D. (2004). Role of parent support and peer support in adolescent substance use: a test of mediated effects. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 122-134.
- Windle, M., Spear, L.P., Fuligni, A.J., Angold, A., Brown, J.D., Pine, D., Smith, G.T., Giedd, M.D. y Dahl, R.E. (2009). Transitions into underage and problem drinking. *Alcohol Research y Health*, 32, 30-40.
- Winstanley, C.A., Olsson, P., Taylor, J.R. y Jentsch, J.D. (2010). Insight into the relationship between impulsivity and substance abuse from studies using animal models. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34, 1306-1318.
- Zucker, R.A., Donovan, J.E., Masten, A.S., Mattson, M.E. y Moss, H.B. (2008). Early developmental processes and the continuity of risk underage drinking and problem drinking. *Pediatrics*, 121, 121-252.

FAMILY, SCHOOL AND SPORTS (FEDE), THREE AREAS IN THE LIVES OF STUDENTS IN THE STATE OF JALISCO, MEXICO: ANALYSIS OF THE USE OF LEISURE TIME AND THE USE OR ABUSE OF DRUGS

FAMILIA, ESCUELA Y DEPORTE (FEDE), TRES ÁREAS EN LA VIDA DE LOS ESTUDIANTES DEL ESTADO DE JALISCO, MÉXICO: ANÁLISIS DE LA RELACIÓN DEL USO DEL TIEMPO DE OCIO Y DEL USO O ABUSO DE LAS DROGAS

Jorge Alberto Godínez García¹ y Gabriela Belén Gómez Torres²

¹Researcher for the State Council Against Addictions in Jalisco (in Spanish: Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco [CECAJ]), Mexico.

²State Coordinator for the National Information Campaign for a New Life, and member of the Ethics and Research Committee of the State Council Against Addictions in Jalisco, Mexico. Teacher at the Institute for Teaching Research and Education (in Spanish: Instituto Superior de Investigación y Docencia para el Magisterio) in Jalisco, Mexico.

(Received/Recibido: 07/11/2012)

Accepted/Aceptado: 15/12/2012)

Correspondencia

Lago Tequesquitengo 2600, Col. Lagos del Country
CP 45177, Zapopan, Jalisco México
Telephone: +52 33 3823 2020
cecaj@jalisco.gob.mx.

ABSTRACT

The State Council Against Addictions in Jalisco offers a great opportunity to initiate interventions that contribute to the prevention of drug abuse. These strategies should be designed and planned in response to addictive behavior epidemiological phenomenon. To define this behavior has conducted a statistical analysis tool t-Student test of the data collected in the *School Survey on Addictions in the State of Jalisco 2009*, with the aim of identifying the dimensions that most can support prevention of abuse in consumption youth drug Secondary Education and Higher Secondary Education in Jalisco, Mexico and identify variables free time use that promote and / or prevent abuse drugs. As a result of this detailed analysis shows that certain student activities during their leisure time have direct effects on the use and abuse of addictive substances and stand out above the rest those that involve spending time with the family, focusing on study and sport-related activities. Therefore planning drug prevention strategies in this population sector should seek to create common activities that allow young people to spend more time with the family shared, extracurricular activities and enable study mechanisms and places where they can play sports (Family, Education and Sport, FEDE for the acronym in spanish).

Keywords: Drugs, Prevention, School Survey, Statistical Analysis, Use of Spare Time.

RESUMEN

El Consejo Estatal contra las Adicciones en Jalisco (CECAJ) ofrece una gran oportunidad para iniciar las intervenciones que contribuyen a la prevención del consumo abusivo de drogas. Estas estrategias deben ser diseñadas y planificadas en respuesta al comportamiento epidemiológico del fenómeno adictivo. Se ha llevado a cabo un análisis estadístico con la herramienta *t* de Student de los datos recabado en la *Encuesta Escolar sobre Adicciones en el Estado de Jalisco 2009*, con el objetivo de identificar las dimensiones que más pueden favorecer la prevención del abuso en el consumo de drogas en los jóvenes de Educación Secundaria y Bachillerato de Jalisco, México e identificar las variables del uso del tiempo

libre que promueven y/o evitan el abuso en el consumo de drogas. Como resultado de este análisis pormenorizado se observa que ciertas actividades de los estudiantes durante su tiempo libre tienen efectos directos en el uso y abuso de sustancias adictivas y se destacan por encima del resto aquellas que implican compartir tiempo con la FAMILIA, las que se centran en el ESTUDIO y las actividades relacionadas con el DEPORTE. Por tanto la planificación de estrategias de prevención de drogas en este sector poblacional debe ir encaminada a crear actividades comunes que permitan a los jóvenes pasar más tiempo libre compartido con la familia, realizar actividades de estudio extraescolares y habilitar mecanismos y lugares donde se puedan practicar deportes (Familia, Educación y Deporte).

Palabras clave: Drogas, Prevención, Encuesta Escolar, Análisis Estadístico, Uso del Tiempo Libre.

BACKGROUND

Throughout its existence, the State Council Against Addictions in Jalisco (CECAJ, for the acronym in spanish) has proposed to generate strategies that contribute to the prevention of abusive drug consumption, which is a factor that affects the health of Jalisco. Seeking to ensure that they are effective and promote good health, these strategies are designed and planned in response to the epidemiological behavior of the addictive phenomenon in the country and the State.

It is for this reason that the present document gives an account of the statistical analysis carried out, in order to establish actions to take in planning prevention strategies for drug consumption based on the School Survey on Addictions in the State of Jalisco (Chávez, Villatoro, Robles y Bretón, 2009). This was a survey carried out in 2009 under a State Government initiative through the State Council Against Addictions in Jalisco, in conjunction with the Mexican National Institute of Psychiatry "Ramón de la Fuente Muñiz" (INPRFM), the Jalisco Secretary of Education, through the Directorate of Psychopedagogy, and the University of Guadalajara, under the Directorate of Student Services.

The Survey demonstrates the prevalence of the use and abuse of addictive substances in male and female students in Middle and High School

education; a population which, due to its social, psychological, and developmental characteristics, is considered vulnerable to start using and abusing drugs.

Therefore, recognizing the importance of the data that this survey provided, it was decided to systematically analyze the results, in order to be in a position to indicate areas that could favor future preventative mechanisms in this population, bearing in mind the contextual conditions.

The study is guided by the pursuit of the following objectives:

1. Identify the factors that can best favor the prevention of abusive drug consumption in young people in Middle and High School Education.
2. Identify the variables in the use of spare time that promote and/or prevent abusive drug consumption.

RATIONALE

Abusive drug consumption is a phenomenon present in countries all over the world. Its physical, emotional, or social effects (such as illness, anxiety, or isolation) can not only adversely impact the health of substance abusers, but also those around them. In Mexico there is evidence that abusive drug consumption generates problems of a psychological, physical, and social nature, for example (El Informador, 2011):

In the past decade, as preliminary investigations into crimes related to narcotraffic increased, so too did the number of people who had tried drugs, according to official figures.

From 2000 to 2009, enquiries into crimes related to narcotraffic increased by 163.14%, from 24,095 to 63,404, according to the records of the Federal Jurisdiction's Criminal Incidents report, produced by the Executive Secretariat of the National Public Security System (in Spanish: *Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública* [SESNSP]).

At the same time, and after comparing results from surveys on addiction in 1998 and 2008, the number of people who consumed illegal drugs at some time in their life went from 2.5 million to 4.2 million in 10 years, suggesting a 68 percent increase.

The phenomenon of the use and abuse of drugs (Table 1) is not just present in the adult population; it also manifests itself in the population of

children, adolescents, and young people, as shown in the School Survey on Addictions in the State of Jalisco 2009 (Chávez et al., 2009).

Tabla 1. Consumption in middle and high school students in Jalisco in 2009.

s= At some time in their life

Y= Within the past year

m= Within the past month

Ab= Abusive consumption (in terms of alcoholic beverages, having consumed five units or more on a single occasion in their life. A standard shot is the unit that measures the quantity of pure alcohol contained in a drink, generally equivalent to 12g of pure alcohol per unit)

Color key:

 = Consumption below the statistical average

 = Consumption within the statistical average

 = Consumption above the statistical average

Drug	ALCOHOL				TOBACCO			ANY DRUG			MEDICAL DRUGS			ILLEGAL DRUGS		
Pattern	s	Y	m	Ab	s	Y	m	s	Y	m	s	Y	m	s	Y	m
Mean	65.1	52.6	35.8	21	34.9	18.6	8.6	16.5	11.1	5.8	6.1	5.1	2.7	11.4	7.8	4.0
REGION I (COLOTLÁN)					REG. I			REG. I			REG. I			REG. I		
REGION II LAGOS DE MORENO					REG. II			REG. II			REG. II			REG. II		
REGION III TEPATITLÁN					REG. III			REG. III			REG. III			REG. III		
REGION IV LA BARCA					REG. IV			REG. IV			REG. IV			REG. IV		
REGION V TAMAZULA					REG. V			REG. V			REG. V			REG. V		
REGION VI ZAPOTLÁN EL GRANDE					REG. VI			REG. VI			REG. VI			REG. VI		
REGION VII AUTLÁN					REG. VII			REG. VII			REG. VII			REG. VII		
REGION VIII PUERTO VALLARTA					REG. VIII			REG. VIII			REG. VIII			REG. VIII		
REGION IX (AMECA)					REG. IX			REG. IX			REG. IX			REG. IX		
REGION X ZAPOPAN					REG. X			REG. X			REG. X			REG. X		
REGION XI (TONALA)					REG. XI			REG. XI			REG. XI			REG. XI		
REGION XII TLAQUEPAQUE					REG. XII			REG. XII			REG. XII			REG. XII		
REGION XIII GUADALAJARA					REG. XIII			REG. XIII			REG. XIII			REG. XIII		

Source: (Chávez et al., 2009)

For this reason it is imperative to draw up a plan of action with a solid and scientific base, in order to plan strategies for the prevention of abusive drug consumption which allows the consolidation of assertive, systematic, and appropriate strategies.

METHODS (TWO PARTS)

The paths (methods) are commonly devised and based on investigations that have been carried out beforehand, which create directions of research to generate new studies. This happens because:

Method is a passage, a prolonged trial of a way of thinking. It is a journey, a challenge, a crossing, a strategy that is studied in order to arrive at a conclusion which is thought out; imagined, and at the same time unusual, unforeseen, and distant. It is not the passage of self-confident thought; it is a pursuit that invents and continually remakes itself (Morin, Roger y Mota, 2003, 17).

Such is the case of this document, which, through a statistical analysis, seeks to suggest lines of action to take for the generation of strategies for prevention of abusive drug consumption. It is a study that is established based on the School Survey on Addictions in the State of Jalisco 2009, which establishes prevalence in drug use among the school community. What follows is a description of the methodologies employed in both studies.

METHODOLOGY EMPLOYED IN CARRYING OUT THE SCHOOL SURVEY ON ADDICTIONS IN THE STATE OF JALISCO 2009 (FIRST PATH)

The School Survey on Addictions in the State of Jalisco 2009 came about with the object of comparing with other studies the prevalence in the use of drugs in students; hence, the methodology employed in the Survey follows logical aspects present in measurements previously carried out on students at Middle and Secondary level education, the last one having been carried out in November 2006 in Mexico City by researchers from the National Institute of Psychiatry "Ramón de la Fuente Muñiz" (Villatoro et al., 2009). This method favored the comparison and assessment of tendencies in the consumption of alcohol, tobacco, and other drugs in the school population, as well as the detection of changes in the risk factors

associated with substance consumption. The objectives of the Survey are set out as follows:

General Objective:

Evaluate the prevalence of alcohol, tobacco, and other drug use, as well as consumption tendencies in the Middle and High school student population.

Specific Objectives:

- Obtain knowledge of the distribution of the use of drugs, alcohol, and tobacco in the Middle and High School student population.
- Evaluate the relationship between risk factors and environmental, interpersonal, familial, and personal protection with experimental, constant, and problematic use of drugs, alcohol, and tobacco.
- Develop and evaluate models for prediction of drug, alcohol, and tobacco consumption, with the object of influencing the performance of prevention programs.
- Provide feedback to the health and education sectors, with a view to developing and strengthening preventative measures for the use of drugs, alcohol, and tobacco.

Subjects and sampling frame

The sample for the survey was made up of students from various public and private schools in the State of Jalisco, enrolled in the 2008-2009 academic year. Two study domains were observed for analysis:

1. Male and female students in Middle School (Table 2).
2. Male and female students in High School (Table 3).

Table 2. For Middle School the distribution of the corresponding sample.

Middle School	Men		Women		Total	
	<i>N</i> Sample	<i>N</i> Population	<i>N</i> Sample	<i>N</i> Population	<i>N</i> Sample	<i>N</i> Population
Colotlán	286	2,425	315	2,314	601	4,739
Lagos de Moreno	336	9,758	358	10,163	694	19,921
Tepatitlán	389	8,840	419	9,606	808	18,446
La Barca	378	12,463	379	12,478	757	24,941
Tamazula	358	2,758	326	2,985	684	5,743
Ciudad Guzmán	367	8,776	367	9,012	734	17,788
Autlán	414	7,514	457	7,748	871	15,262
Puerto Vallarta	330	9,208	331	9,358	661	18,566
Ameca	366	9,695	360	9,653	726	19,348
Zapopan	379	31,249	297	29,949	676	61,198
Tonalá	322	16,068	340	16,307	662	32,375
Tlaquepaque	404	23,795	366	22,408	770	46,203
Guadalajara	350	44,131	364	46,102	714	90,233
Subtotal	4,679	186,680	4,679	188,083	9,358	374,763

Source: (Chávez, 2009).

Table 3. Sample distribution in the High School level population

High School	Men		Women		Total	
	<i>N</i> Sample	<i>N</i> Population	<i>N</i> Sample	<i>N</i> Population	<i>N</i> Sample	<i>N</i> Population
Colotlán	519	687	657	962	1,176	1,649
Lagos de Moreno	595	1,178	897	1,635	1,492	2,813
Tepatitlán	626	2,107	812	2,965	1,438	5,072
La Barca	501	3,444	615	4,170	1,116	7,614
Tamazula	452	646	564	849	1,016	1,495
Ciudad Guzmán	639	2,139	742	2,744	1,381	4,883
Autlán	704	3,376	795	4,012	1,499	7,388
Puerto Vallarta	685	1,287	821	1,619	1,506	2,906

Ameca	621	2,928	733	3,703	1,354	6,631
Zapopan	480	11,746	618	14,076	1,098	25,822
Tonalá	657	3,711	762	4,514	1,419	8,225
Tlaquepaque	673	1,152	778	1,682	1,451	2,834
Guadalajara	627	13,226	745	16,619	1,372	29,845
Subtotal	7,779	47,627	9,539	59,550	17,318	107,177
Total	12,458	234,307	14,218	247,633	26,676	481,940

Source: (Chávez, 2009).

With respect to previous lines of investigation, as in the case of Villatoro, the sample of students was taken based on the official records of the educational community of the two study domains. The Universe of study had a total population of 481,940 students (The universe of study means all the population, which will be studied, but the sampling techniques allow us the possibility that not interview all individuals of the universe), from which a sample was taken that included 26,676 cases which projected the valuation of tendencies of drug use among students, and indicated the level that each region contributes towards the problem.

The elements that were considered to determine the sample size of the Survey were the positioning of drugs use by gender, age group, and later on the school level of the students and lapse in dedication to studies. A stratified probability sampling technique was used, as it allowed the division of the population into strata and the selection of a sample for each stratum. Furthermore, the stratification of the study population increases the accuracy of the sample, and allows preliminary deliberation of the different sample sizes, according to the requirements of each stratum, with the intention of reducing the variation of each unit in the average of the sample (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

As in surveys carried out in 2003 (Villatoro et al. 2005) and 2006 (Villatoro et al., 2009), the coefficients of variation (CV) in the use of marijuana, cocaine, and inhaled drugs were shown to have a design effect of 2, and with these parameters a non-response rate of 20% was noted, similar to that discovered by previous studies. Therefore the level of confidence in the sample was 95%, giving an average absolute error of 0.004, and the lowest prevalence considered was 2%.

In the absence of a formula for the sample size in the official documents

of the School Survey (Chávez et al., 2009), this has been reconstructed as follows (Kish, 1982; Lohr, 2000):

$$n_{mas} = \frac{Z_{\alpha/2}^2 CV^2(y)}{\varepsilon^2 + \frac{Z_{\alpha/2}^2 CV^2(y)}{N}} \quad \therefore$$

$$n = \frac{(Deff)(n_{mas})}{1 - TNR}$$

n=Sample size
 n_{mas} =Sample size from a Simple Random Sampling
 $Z_{\alpha/2}^2=1.96$ =Valor de la abscisa en una prueba de dos colas=95% confianza
 ε =Statistical error=0.004
 $CV(y)$ =Coefficient of Variation
 N = Size of the Group
 $Deff$ =Design Effect=2
 TNR =Non Response Rate =20%

Regarding the accuracy of the estimations, the calculation of the confidence intervals of the true value of prevalence in the Survey was performed using version 9.0 of the STATA statistical analysis program (Villatoro et al., 2009). The option chosen was for complex samples with the group number as the primary sampling unit, given that this form of analysis allows for smaller intervals in relation to those employed in previous investigations in 2000 (Villatoro et al., 2005; Villatoro et al., 2009). Even when the method of analysis has changed, a comparison is possible because any comparison can be made with prevalence, which is why the confidence interval was used with the aim of identifying whether or not there had been a representative change. The consumption of each drug is also appended; the intervals are limited to the legal, illegal, or medical use of any drug; the use of any illegal drug; the use of any medical drug; and alcohol abuse.

INSTRUMENT

The instrument used to carry out the Survey; the questionnaire, is used constantly to obtain data on the unit of analysis of an object of study (Bernal, 2010). It is defined as "*a set of questions related to one or more variables*" (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, 263), and it is preferred because it allows reference to be made to the personal information, knowledge, ideas or opinions held by people about a specific topic (Pérez, 2004); in this case, the school age community's thoughts with respect to their experience of drug consumption.

The questionnaire acts as a reflection or translation of the assumptions, beliefs, models, or starting awareness used by subjects in order to explain

reality from their own conceptual framework (Galindo, 1998); in the case of this Survey, the questionnaire was standardized, as it had already been used and validated previously (Villatoro et al., 2009). In Jalisco (Chávez et al., 2009) seven indicators are included and are shown in Table 4.

Table 4. Definitions of sections in the survey.

SECTION	INDICATORS
Socio-demographic information	Questions regarding gender, age, school year, time spent on study, if they have held a paid job, and the education level of the head of the family.
Tobacco, alcohol and drug consumption	Questions on the most common drugs to study: amphetamines, tranquilizers, marijuana, cocaine, crack, hallucinogens, inhalants, methamphetamines, heroine, and sedatives. Key aspects questioned for each drug were: use at some time during their life, use within the past two months, use and frequency of use within the past 30 days (prevalence), number of times and how often they had used the drug (incidence). Also questioned were the circumstances surrounding the start of consumption, such as the age of the subject, where they got it, and the person who sold it to them. Furthermore, in the case of alcohol, they were questioned about the occasions of consumption, the prevalence at some time in their lives, within the past year, and within the past month. Also questioned were the frequency of consuming five units or more, and the frequency of drunkenness, as well as indicators of problematic consumption measured with the AUDIT Scale (Alcohol Use Disorders Identification Test) (11).
Problems related to drug consumption	Problems on risk behaviors that have a direct relation to drug consumption.
Antisocial behavior	The frequency with which the student had committed delinquent acts, such as taking money, hitting people, and stealing cars was investigated.
Social environment	Questions on the social tolerance, availability, and risk perception of drug, alcohol, and tobacco consumption, as well as the social disorganization (delinquency and violence) perceived by the subject in the area in which they live.

Interpersonal environment	Questions on the subject's family composition and the parenting styles present in the family. This section contributes a greater understanding of the family aspect and its relation to drug consumption. Its validity, reliability, and adequacy for the school-age population have already been proven. Furthermore, questions were asked on drug consumption and problems with alcohol within the family. In terms of the peer group, questions were included on the consumption of drugs and alcohol by friends of the interviewee in different contexts.
Personal environment	Questions on whether or not they had finished studying, their level of self esteem, stress levels, whether they had attempted suicide, and whether they had suffered sexual abuse.

Source: (Chávez, 2009).

METHODOLOGY EMPLOYED IN CARRYING OUT STATISTICAL ANALYSIS IN ORDER TO GENERATE STRATEGIES THAT HELP IN THE PREVENTION OF ABUSIVE DRUG CONSUMPTION (SECOND PATH)

As a starting point, the School Survey (Chávez, Villatoro, Robles y Bretón, 2009) allows knowledge of the trends in alcohol, tobacco, and other drug consumption in the student population, and reading it led to forming the following research questions:

What are the factors that can best favor the formation of strategies for the prevention of abusive drug consumption in young people in Middle and High School Education?

What is the possible influence of the use of spare time in making decisions about using, abusing, or abstaining from drugs?

Derived from the questions was analyzed from the School Survey, drawing from this its database.

STUDENT'S T DISTRIBUTION AS A STATISTICAL TOOL FOR DATA ANALYSIS

The survey data was analyzed in relation to the use of spare time, a factor that draws attention because of its possible influence over the choice to use, abuse, or abstain from drugs. Later, on a local level, the data was analyzed in relation to being in a position to suggest factors that can guide the planning of strategies for addiction prevention and health promotion.

Unlike the resource used for Survey data, the SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) program version 17.0 was used for this study, which is useful for carrying out descriptive and/or predictive statistical analysis through accessing, management, preparation, and analysis of data. This makes it feasible to find a correlation between the use of spare time and the consumption of drugs.

Determining the type of test feasible for the study was guided by the *F* (*Fisher*) test, a signification test that contrasts an *F*-tabulated statistic (Serrano, 2003)

In accordance with the (Pagano, 2009) design of independent groups, experiments are included in which two or more conditions are used. The *Student's t* test is used to determine the differences between two averages in the sample.

The *t* test is useful (Moncada, 2006; González y Pérez, 2009) for evaluating hypotheses in terms of a method.

CONTEXT OF THE PROBLEM

The most commonly used drug in Mexican youth is alcohol, this should be taken into consideration, because the majority of students both in Middle and High School are underage minors, which means that their physical, psychological, and social development are put at risk, increasing the possibility of developing illness and injury, given that alcohol consumption is strongly related to the presence of more than 60 types of illness and injury (Monteiro, 2007,1): *...ranging from those that are the result of excessive consumption of alcohol during pregnancy and which affect the fetus, to intentional and non-intentional injuries, cancers, cardiovascular disorders, liver diseases, and neuropsychiatric conditions, including dependency...Its consumption affects the consumer themselves and those around them, due to its association with domestic violence, fatal traffic accidents (both for passengers and the driver), and interpersonal violence. The harmful consumption of alcohol is also related to social and economic problems, with individuals, families, and the community.*

The phenomenon occurs despite Article 2 of the Law Regulating Sales and consumption of Alcoholic Beverages in the State of Jalisco (Gobierno del Estado de Jalisco, 2006) indicating that:

1. It is in the interests of the State to fight against excessive consumption of alcoholic beverages.
2. The sale of alcoholic beverages to those under the age of eighteen is prohibited in the State of Jalisco.

People under 18 years of age are affected because after this age in Mexico they are considered to be adult citizens of Mexico (Diario Oficial de la Federación, 2012), granting them all the rights and obligations provided by law, among them the decision of whether or not to consume alcohol. The majority of young students who were surveyed were still underage minors; specifically, persons who were still at a stage of adolescent development, defined by UNICEF as the transformations in cognitive, emotional, sexual, social, and psychological characteristics that take place during adolescence, which demand the responsible support of adults in the home, at school, in Government Institutions, and in communities. The socially and culturally established conceptions, images, critiques and taboos towards adolescents can counteract the provision of information and the possibility of participation-construction of healthy environments. It is a global task to enable or take the opportunity to develop the resources and knowledge for people to protect themselves against various psychosocial risks, given that for many *"this knowledge arrives too late, if it arrives at all, when the course of their lives has already been decided and their development and wellbeing has been ruined"* (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2011, 6) which has even more relevance when taking into account that the earliest ages for starting drug consumption in Jalisco is between 10 and 14 years (Secretaría de Salud, 2009).

Moreover, at a global level it is estimated that 7% of adolescent females and 12% of adolescent males smoke tobacco (World Health Organization, 2010), this puts them at risk not only due to their developmental stage, but also because it increases the likelihood of death as a result of their consumption, given that it is thought that more than 5 million people around the world die due to tobacco consumption, a million of those in the Americas, and above all in countries at the same economic level as Mexico. Passive smoking also causes some 600.000 premature deaths (World Health Organization, 2009).

The illegal drug to which the population of Mexico is most exposed. As the years have passed its consumption has increased; worryingly, half of

marijuana consumers begin their consumption while they are underage (Secretaría de Salud, 2009), an age at which the majority of students are found in Middle and High School Education. The consumption of marijuana or its derivatives to which this percentage of students is exposed can cause primary effects such as a feeling of relaxation, calm, and sleepiness, understood as *the heaviness and dulling of the senses caused by sleep and a lack of activity* (Real Academia Española, s.f.), but it can also diminish motor reflexes and balance, thereby increasing the likelihood of suffering or causing accidents, because their reaction abilities are altered. Further effects could be dry mouth, lips, and throat, accelerated heart rate, as well as alterations in the sense of time, distance and judgment, which causes disorientation. Finally, one of its specific effects is the reddening of the eyes.

If marijuana consumption later becomes a habit in students, it can cause low academic achievement, as it produces changes in personality and disorders of psychological processes that are important for learning, such as memory. It can sometimes cause feelings of persecution, panic, and hallucinations of sight, sound, taste, smell, and touch. Long-term consumption can cause a deterioration of the airways, with effects ranging from catarrh to emphysema, bronchitis, and an increased risk of cancer of the tongue, mouth, larynx, and lungs (Consejo Nacional contra las Adicciones, s.f.).

The cocaine which is the illegal drug with the second highest consumption by the Mexican population (Consejo Nacional contra las Adicciones, 2009). It is important to note that 36.4% of people who consume cocaine in the country start to do so while still underage; a factor which increases the risk of dependency as well as vulnerability to consequences from consumption, an especially smoked derivative of cocaine, also known as base cocaine or rock (alkaline salt). The term "*crack comes from the sound the compound makes when heated*" (Organización Mundial de la Salud, 2008, 24). It comes in the form of white splinters or stones, and it causes the same effects as cocaine, but more rapidly and for shorter periods, which increases its risk and potential for addiction (Velasco Fernández, 2008). A quarter of cocaine users consume crack (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2009).

Inhalants are substances of chemical and industrial origin breathed in through the respiratory system, as in the case of glues, paint thinner,

gasoline, paints, some analgesics in a gaseous state such as ethylene and nitrous oxide, or volatile liquids like ether, chloroform, flouroxene, and halothane, which are used by doctors to anaesthetize or manage pain (Consejo Nacional contra las Adicciones, s.f.). To quote the System for Epidemiological Vigilance of Addictions in Jalisco (in Spanish: *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones en Jalisco* [SISVEA]) (Chávez, 2008), for 6.5% of drug consumers, inhalants are the first substance they come into contact with, making them the drug of the fifth highest consumption in Jalisco after alcohol, marijuana, cocaine, and tobacco. Furthermore, together with sedatives, marijuana, and methamphetamines, inhalants form part of the 'early start' group of drugs; that is, those that are most often started in adolescence.

Tranquillizers (Organización Mundial de la Salud, 2008) are medications that have a calming effect. They are generally a group of medicines used in the treatment of various mental disorders. Tranquillizers principally affect people's psychomotive processes; they only alter consciousness or thought when ingested in high doses.

CURRENT STATE

Lapses of time available are considered to be spare time, as opposed to time spent meeting obligations, working, and on activities that cover necessary basics such as dressing, eating, or living arrangements. In spare time, voluntary and gratifying activities are carried out (Victoria, 1995), it is possible for this time to fall vulnerable to actions that put the health of young people at risk, such as abusive drug consumption, which, through promotion, publicity, or social distribution has become an object of consumption associated with recreational, fun, or pleasurable activities, or as an escape from daily commitments.

Below are referenced research papers have addressed the subject matter of this document, realizing the possible relationship between the use of leisure time and the use, abuse or drug use prevention.

García del Castillo y López-Sánchez (2005) explore some of the reasons why young people use drugs in their spare time could be, the six main reasons for consumption are:

1. Exclusion or few alternatives for spare or leisure time that encoura-

ge health and recreation

2. Inequalities in social, health, educational, economic spheres, and of opportunity
3. Reduced regulatory framework for the advertisement, consumption, and sale of legal and illegal drugs
4. Drugs as an element of integration with peer group
5. Little or no opportunity for decision, construction, or opinion on recreational activities and spare time
6. Loose coordination between administrations, institutions, and sectors in addressing the needs of young people

Focused on prevention, Espínola, Cangas and Iribarne (2011) present an investigation where they build and apply three-dimensional virtual environments as a tool for early detection of drug consumption behaviors, bullying and mental disorders in school settings, family and leisure in secondary school students. The program called Mii-School, realistically recreates the contexts of drug use, bullying and difficulties in family relationships that usually occur during adolescence. The Mii-School consists of seventeen scenarios where various characters interacting provoke conflict situations, the participant must choose how to deal with these.

Also, Expósito, Garcia-Moreno, Sanhueza y Angulo (2009) perform an analysis of leisure activities in first year students of the Faculty of Education in relation to possible behavioral effects associated with alcohol consumption during the weekend. They do so from a questionnaire to 705. They found that higher alcohol consumption in the weekend, there is an increase in the percentage of smokers, illegal drug users, memory complaints and difficulty waking up, also detect changes in some attitudes and emotional reactions.

With an interest similar to Moral y Ovejero (2009) in their study found relationship further experimentation of alcohol and snuff, and to a lesser extent other drugs with youth leisure patterns characterized by overactivation, linking group and hedonic satisfaction in practices of recreational culture. Their study is exploratory secondary school students aged between twelve and eighteen. Your goal is to build a unique profile of consumption based on age levels. In their findings show a trend of consumption with higher weekend rate habituation and experimentation at higher levels.

In a study that used a bivariate analysis, which consisted of two phases,

the first phase in a survey on social perception of drug to 147 people, and in the second phase was applied to 610 people. Toratajada et al. (2008), guided by the objective of obtaining information on drug use in relation to leisure habits and knowledge of community resources for the prevention of addiction in Latin American immigrant population in Spain, found 40.1% consume alcohol on a regular basis, that 31.3% consumed snuff and 3.4% marijuana and that the main reason for ordinary consumers is to have fun. Existing relationship between leisure habits and drug use. Distinguished addition to the family has a role in prevention.

Meanwhile, Dos Santos y Machado (2007) conducted research with secondary school students between fourteen and twenty years old, in Brazil. In the study, the objective is to understand leisure activities of adolescents who use drugs and those who use them, used a questionnaire that allowed them to know that the main attractions who use drugs are assisting clubs and beaches, hanging out with friends, and going to bars, however, the most common leisure activities in who are not using drugs, attendance at religious services, playing sports and hanging out with family.

In alignment with this, Rodríguez (2005) conducted research in order to describe and categorize the types of leisure aged 15 and 30 years of age and their relationships with different drug consumption. The study was conducted using a household survey of 3000 people in the community of Castilla-La Mancha, Spain, also had 12 groups designed strata based on age, sex and size of the municipality. In the study, based on their characteristics and use of leisure time, young people were grouped in four different styles, Traditional, cyber, cultural and enjoyers, which are then compared with the patterns of drug use in the past twelve months. The result found that all types of young people have intakes in all substances covered. And regarding the characteristics studied in relation to leisure, there are important nuances between types. This differential dimension verifies that there are certain factors that favor the presence of consumption. One of them, pointing to the lower age groups.

Tapia-Conyer, Cravioto, De la Rosa, Galván y Medina-Mora (2003), in the city of Chihuahua (Mexico), interviewed 225 cocaine users over 14, 150 of the subjects selected by a non-probabilistic sampling shares in rehabilitation centers, the other 75 incorporated via the snowball method in high-risk areas. Among its main findings found that 99% had

a previous history of drug use, mainly snuff, alcohol and marijuana. Moreover, the average age of first drug use was 12.5 years in age, 61% entered the fifth drug cocaine, smoking initiation of this was on average 21 years of age associated circle of friends, celebrations, and leisure. So they concluded that cocaine use incorporate it more those starting with alcohol and snuff that those who do with marijuana. The onset of drug use at an early age, so that prevention strategies should consider that peer pressure and friends on holiday and leisure environments play an important role in the first contact with cocaine.

Through the review of data from different studies, Agulló, Agulló y Rodríguez (2003) performed an analysis of the evolution of leisure in youth, focusing on attitudinal changes and the emergence of new recreational activities. They observed a change in the concept of youth, which includes a sector increasingly broader and heterogeneous population, however, noted that the youth leisure tends to progressive homogenization as both activities at the site, especially the end week, considering that this form of entertainment is closely associated with a substantial consumption of alcohol and other illegal drugs, attributing a value socializing.

Paniagua, García, Castellanos, Sarrallé y Redondo (2001) in order to know the age of contact with snuff, alcohol and illegal among adolescents, their use and their relationships with the environment and living habits conducted a descriptive cross-sectional study, where 2.178 surveyed adolescents 12 to 16 years old in Cantabria, Spain. They found that 69.2% have tried alcohol and 37% are drinkers, of that percentage, 92.9% drink at weekends, where friends with the family and 54.1% with 16.4% are the pioneers in this habit. Consumption is associated with older age, environment and consumer entertainment given pattern. The logistic regression analysis allowed to identify the account of snuff and alcohol abuse is a protective factor for consumption are risk factors and other drugs, get drunk and have a consumer environment thereof. They conclude that early adolescents have a contact and a disturbing snuff consumption, alcohol and illegal drugs and the environment and living habits are related to these risk behaviors.

RESULTS

When the variable of (occasional or frequent) drug consumption was related to the use of spare time, it was shown that playing sports was a factor that contributed to avoiding drug consumption. In respect of what is inferred in terms of alcohol, 57.2% of students have tried alcohol, even though they do not go out to drink with their friends. 80.3% of students confirmed having consumed alcohol and also going out to drink it with their friends. This consumption places alcohol as the drug of highest consumption and excessive episodic consumption (Chávez, Villatoro, Robles y Bretón, 2009; Monteiro, 2007) in young people.

When a contrast is made between the answer to the question “how do you use your spare time?” and the percentage that consume alcohol in Table 5, it is found that out of the students that do not play sports, 74.2% advised having consumed alcohol. With a difference of 11.9%, out of those who play sports only 62.4% reported having consumed alcohol, then we can say that playing sports makes a difference to avoid alcohol, however, the point estimates could be misleading and therefore intends to use the t-student to know whether there is a significant difference and also the t-Student value as a parameter, the force with which the significance is measured. The Table 5 gives several interesting examples to understand the scope of using the value of the t-Student, for example, students who go out for walks with their family, 62.1% advised having consumed alcohol and students who don't go out for walks with their family, 71.4% reported having consumed alcohol, the difference is 9.3%; students who do homework or study, 62.8% advised having consumed alcohol and students who don't homework or study, 74.7% reported having consumed alcohol, the difference is 11.9%. Ostensibly, doing homework or study is better than going out for walks with my family to prevent the consumption of alcohol, but the t-Student, show us that there are some variations that they're not detected in the estimators, thereby, with the *t*-Student test, we can differentiate beyond descriptive estimates. Finally we can assume that, is better going out for walks with my family than doing homework or study to prevent the consumption of alcohol, because the t-Student value is 29.338 for going out for walks with my family and 29.316 is the value of the t-Student for doing homework or

study to prevent the consumption of alcohol.

The significance p , is a variable to not take too seriously, as they invariably for this particular case, when the value of the t -Student exceeds 2.56, the value is significant and converges to 0.0000, also does not allow us to differentiate whether significant value is positive or negative, that is why we consider only the t -Student in the analysis.

Table 5. Table of analysis of alcohol vs. use of spare time with t -Student.

No.	Use of Spare Time	Yes	No	t -Student	p
1	I play a sport	62.4%	74.2%	33.483	0.0000
2	I go out for walks with my family	62.1%	71.4%	29.338	0.0000
3	I do homework or study	62.8%	74.7%	29.316	0.0000
4	I play Nintendo, Xbox, or Playstation	62.1%	67.0%	17.865	0.0000
5	I watch television at home	63.4%	73.1%	15.921	0.0000
6	I help with housework	63.3%	70.0%	15.609	0.0000
7	Other (specify)	60.5%	64.5%	13.685	0.0000
8	I attend art classes	62.2%	65.3%	11.414	0.0000
9	I play on "slot machines" or arcade games	62.1%	65.2%	11.182	0.0000
10	I do nothing; I'm bored	65.4%	63.2%	-7.922	0.0000
11	I play or go out with my friends	64.5%	59.2%	-11.787	0.0000
12	I go to the movies	65.8%	60.6%	-18.460	0.0000
13	I go to parties	65.9%	57.3%	-25.921	0.0000
14	I listen to music	65.1%	49.7%	-26.514	0.0000
15	I talk on the phone	67.0%	56.1%	-35.637	0.0000
16	I go to drink alcohol with my friends	80.3%	57.2%	-88.304	0.0000

Smoking tabaco which is a figure that is reflected in the students surveyed in Jalisco (Chávez, Villatoro, Robles y Bretón, 2009), where tobacco was the drug of second highest consumption. This outlook invited an analysis of the relation between tobacco consumption and sports, and it was found that tobacco consumption is a possible factor that influences an absence of playing sports. There was a difference of 12 percentage

points between the answers, in such a way that 45.1% of students who smoked did not play sports, and 32.5% did, according to Table 6. It should be noted that the variable that most strongly indicated the prevention of tobacco consumption was helping with housework.

Table 6. Table of analysis of tobacco vs. use of spare time with *t*-Student.

No.	Use of Spare Time	Yes	No	<i>t</i> -Student	<i>p</i>
1	I help with housework	32.3%	54.4%	48.087	0.0000
2	I go out for walks with my family	31.4%	45.4%	41.051	0.0000
3	I do homework or study	32.7%	51.5%	40.955	0.0000
4	I watch television at home	33.3%	55.3%	32.398	0.0000
5	I play a sport	32.5%	45.1%	31.973	0.0000
6	I attend art classes	31.8%	36.1%	15.968	0.0000
7	I play or go out with my friends	34.4%	35.5%	2.550	0.0108
8	I listen to music	34.3%	35.7%	2.528	0.0115
9	I play Nintendo, Xbox, or Playstation	34.4%	34.6%	0.800	0.4239
10	I go to parties	34.6%	34.0%	-1.938	0.0526
11	Other (specify)	34.4%	33.8%	-1.941	0.0523
12	I talk on the phone	35.0%	32.3%	-8.976	0.0000
13	I go to the movies	35.3%	32.8%	-9.075	0.0000
14	I play on "slot machines" or arcade games	37.5%	32.8%	-17.128	0.0000
15	I do nothing; I'm bored	37.5%	32.1%	-20.077	0.0000
16	I go to drink alcohol with my friends	53.3%	26.2%	-92.384	0.0000

Some students in the Survey advised smoking marijuana, it was found that the activities that most contributed to avoiding the consumption of this drug were those related to academia and family life, as demonstrated in Table 7.

Table 7. Table of analysis of marijuana vs. use of spare time with *t*-Student.

No.	Use of Spare Time	Yes	No	<i>t</i> -Student	<i>p</i>
1	I do homework or study	5.5%	13.6%	26.379	0.0000
2	I help with housework	5.5%	13.1%	25.062	0.0000
3	I go out for walks with my family	5.2%	9.5%	22.165	0.0000
4	I talk on the phone	5.4%	7.6%	13.894	0.0000
5	I play Nintendo, Xbox, or Playstation	5.4%	7.4%	13.649	0.0000
6	I watch television at home	5.9%	11.8%	13.646	0.0000
7	I play a sport	5.7%	8.5%	12.583	0.0000
8	Other (specify)	5.1%	6.0%	6.565	0.0000
9	I listen to music	6.1%	6.2%	0.415	0.6778
10	I do nothing; I'm bored	6.4%	5.8%	-4.342	0.0000
11	I play or go out with my friends	6.4%	5.4%	-4.641	0.0000
12	I go to parties	6.3%	5.3%	-7.005	0.0000
13	I attend art classes	7.0%	5.4%	-11.143	0.0000
14	I go to the movies	6.8%	4.8%	-15.066	0.0000
15	I play on "slot machines" or arcade games	7.5%	5.2%	-16.085	0.0000
16	I go to drink alcohol with my friends	13.0%	3.4%	-52.828	0.0000

In the Survey (Chávez, Villatoro, Robles y Bretón, 2009), 6.2% of students advised that they had consumed marijuana at some time in their lives, 4.3% had consumed it at some time during the past year, and 2.0% within the past month.

Another drug analyzed in relation to the use of spare time was cocaine, in the Survey (Chávez, Villatoro, Robles y Bretón, 2009), 2.9% of the population had consumed cocaine at least once in their lives, 1.7% within the past year, and 0.7% within the past month. 1.2% advised that at some time in their lives they had consumed crack. As shown in Table 8, academic and family activities such as taking walks and watching television are actions that can favor the prevention of cocaine consumption. In contrast, going out to drink with friends makes students vulnerable to its consumption.

Table 8. Table of analysis of cocaine vs. use of spare time with *t*-Student.

No.	Use of Spare Time	Yes	No	<i>t</i> -Student	<i>p</i>
1	I do homework or study	2.3%	7.8%	22.905	0.0000
2	I go out for walks with my family	2.2%	4.8%	18.855	0.0000
3	I watch television at home	2.4%	9.7%	18.205	0.0000
4	I talk on the phone	2.1%	4.2%	17.397	0.0000
5	I help with housework	2.5%	6.1%	16.801	0.0000
6	I play a sport	2.4%	5.0%	15.905	0.0000
7	I listen to music	2.6%	7.0%	15.076	0.0000
8	I play Nintendo, Xbox, or Playstation	2.6%	3.1%	5.163	0.0000
9	I play or go out with my friends	2.8%	3.2%	2.258	0.0240
10	Other (specify)	2.8%	2.9%	0.878	0.3800
11	I do nothing; I'm bored	2.7%	2.8%	0.361	0.7182
12	I go to parties	2.9%	2.6%	-2.548	0.0108
13	I go to the movies	3.1%	2.4%	-7.499	0.0000
14	I attend art classes	3.2%	2.4%	-8.690	0.0000
15	I play on "slot machines" or arcade games	3.5%	2.5%	-10.447	0.0000
16	I go to drink alcohol with my friends	5.5%	1.7%	-30.924	0.0000

As such, 5.5% of young people and adolescent students in Jalisco have tried them at least once in their lives (Chávez, Villatoro, Robles y Bretón, 2009), 3.5% advised having taken them once in the past year, and 1.8% of those surveyed advised consuming them within the past month.

According to results of the analysis in Table 9, the options that can avoid the consumption of inhalants could be activities related to family life, followed by academic activities. Drinking alcohol with friends and going to places where there are videogames could cause risk of consumption.

Table 9. Table of analysis of inhalants vs. use of spare time with *t*-Student.

No.	Use of Spare Time	Yes	No	<i>t</i> -Student	<i>p</i>
1	I go out for walks with my family	4.9%	9.0%	21.380	0.0000
2	I help with housework	5.2%	11.1%	20.727	0.0000
3	I do homework or study	5.4%	9.4%	15.263	0.0000
4	I talk on the phone	5.4%	7.0%	10.625	0.0000
5	I play a sport	5.7%	6.6%	4.908	0.0000
6	I watch television at home	5.7%	7.3%	4.576	0.0000
7	Other (specify)	5.2%	5.7%	4.115	0.0000
8	I play Nintendo, Xbox, or Playstation	5.8%	5.9%	1.010	0.3126
9	I play or go out with my friends	5.7%	5.5%	-0.676	0.4993
10	I do nothing; I'm bored	6.0%	5.7%	-1.900	0.0574
11	I attend art classes	5.8%	5.6%	-2.084	0.0372
12	I go to parties	6.0%	4.4%	-11.219	0.0000
13	I listen to music	5.8%	3.2%	-12.733	0.0000
14	I go to the movies	6.4%	4.3%	-16.697	0.0000
15	I play on "slot machines" or arcade games	7.3%	4.6%	-19.972	0.0000
16	I go to drink alcohol with my friends	10.1%	4.0%	-36.538	0.0000

These medicines have the potential to be addictive. According to the Survey (Chávez, Villatoro, Robles y Bretón, 2009), 5.5% of young people have taken tranquillizers at some time in their lives, 3.7% advised having taken them within the past year, and 1.9% expressed having consumed them within the past month.

In the case of tranquillizers, the statistical analysis in Table 10 identified family walks as the primary factor in the prevention of consumption, followed by playing a sport, and finally, completing homework. The activity most associated with the consumption of tranquillizers was going out to drink alcohol with friends.

Table 10. Table of analysis of tranquilizers vs. use of spare time with *t*-Student.

No.	Use of Spare Time	Yes	No	<i>t</i> -Student	<i>p</i>
1	I go out for walks with my family	4.6%	10.0%	27.437	0.0000
2	I play a sport	4.9%	10.3%	23.366	0.0000
3	I do homework or study	5.3%	10.8%	19.432	0.0000
4	I play Nintendo, Xbox, or Playstation	4.8%	7.4%	18.486	0.0000
5	I help with housework	5.3%	9.4%	15.520	0.0000
6	I watch television at home	5.6%	7.7%	5.705	0.0000
7	I play or go out with my friends	5.7%	6.7%	4.693	0.0000
8	I play on "slot machines" or arcade games	5.6%	5.8%	1.849	0.0644
9	I go to parties	5.7%	5.9%	1.641	0.1007
10	Other (specify)	5.8%	5.3%	-3.286	0.0010
11	I attend art classes	6.0%	5.4%	-4.560	0.0000
12	I go to the movies	6.0%	5.2%	-6.598	0.0000
13	I talk on the phone	5.9%	4.9%	-6.894	0.0000
14	I do nothing; I'm bored	6.5%	5.0%	-11.564	0.0000
15	I listen to music	6.0%	3.2%	-13.372	0.0000
16	I go to drink alcohol with my friends	8.8%	4.7%	-25.213	0.0000

Through the results of the analysis, it can be seen that the five activities that can most contribute to avoiding or preventing the consumption of drugs (not including alcohol and tobacco) are: helping with housework, going for walks with the family, academic activities, watching television at home, and playing a sport (Table 11).

Table 11. Table of drugs in general, not including Tobacco and Alcohol, vs. use of spare time with *t*-Student.

No.	Use of Spare Time	Yes	No	<i>t</i> -Student	<i>p</i>
1	I help with housework	15.9%	30.6%	35.223	0.0000
2	I go out for walks with my family	15.4%	24.8%	32.678	0.0000
3	I do homework or study	16.2%	28.7%	30.324	0.0000

4	I watch television at home	16.9%	28.2%	18.548	0.0000
5	I play a sport	16.6%	21.9%	16.470	0.0000
6	I play Nintendo, Xbox, or Playstation	16.5%	19.1%	11.899	0.0000
7	I talk on the phone	17.0%	17.7%	2.888	0.0039
8	I play or go out with my friends	17.3%	17.4%	0.331	0.7406
9	Other (specify)	17.3%	16.4%	-4.032	0.0001
10	I listen to music	17.5%	14.3%	-7.815	0.0000
11	I do nothing; I'm bored	18.4%	16.4%	-9.397	0.0000
12	I go to parties	17.8%	15.3%	-9.972	0.0000
13	I attend art classes	18.5%	16.2%	-11.091	0.0000
14	I play on "slot machines" or arcade games	19.5%	16.1%	-15.430	0.0000
15	I go to the movies	19.4%	13.5%	-28.530	0.0000
16	I go to drink alcohol with my friends	29.1%	12.4%	-65.162	0.0000

In contrast, the activities associated with a greater risk of consumption are: going out to drink alcohol with friends, going to the movies, going to places where there are videogames.

For Table 12, having taken any drug classified as such was sufficient to be considered as having tried drugs. For example, of those who played a sport, 66.5% had tried at least one drug, and of those who did not play a sport, 76.7% had tried at least one drug.

Table 12. Table of drugs in general, including Tobacco and Alcohol, vs. use of spare time with *t*-Student.

No.	Use of Spare Time	Yes	No	<i>t</i> -Student	<i>p</i>
1	I play a sport	66.5%	76.7%	29.813	0.0000
2	I do homework or study	66.7%	78.1%	29.221	0.0000
3	I go out for walks with my family	66.0%	74.9%	29.087	0.0000
4	I help with housework	67.1%	75.2%	20.042	0.0000
5	I watch television at home	67.5%	77.1%	16.736	0.0000
6	I play Nintendo, Xbox, or Playstation	66.7%	70.0%	12.529	0.0000
7	I attend art classes	67.0%	68.6%	5.994	0.0000
8	I play on "slot machines" or arcade games	67.2%	68.4%	4.546	0.0000

9	Other (specify)	66.3%	67.4%	4.182	0.0000
10	I play or go out with my friends	68.2%	64.1%	-9.444	0.0000
11	I do nothing; I'm bored	70.1%	66.6%	-13.518	0.0000
12	I listen to music	68.6%	57.4%	-19.546	0.0000
13	I go to parties	69.6%	62.2%	-22.797	0.0000
14	I go to the movies	70.1%	63.9%	-22.901	0.0000
15	I talk on the phone	70.4%	61.1%	-30.975	0.0000
16	I go to drink alcohol with my friends	83.8%	61.2%	-90.816	0.0000

Finally, the three spare time activities that most contribute as a greater-measure to prevent abusive consumption of any type of drug (including alcohol and tobacco) are sport, study, and family. A campaign is therefore recommended based around these three elements: "*Spend your spare time on FAMILY, STUDY and SPORTS*".

This implies not only that young students should be involved with principal agents of prevention, but that there should also be constant feedback and activity with schools, teachers, and families, in such a way that activities that interest and satisfy young people are able to stem from the school or family unit.

It is important to encourage sport, providing the spaces and training necessary for young people to be able to play within a safe environment. Sport for recreation and fitness can be promoted by schools, also taking into account that study is a relevant factor for prevention.

CONCLUSIONS

The ideal, therefore, is the encouragement of useful periods of spare time, with actions that contribute to the care and preservation of health. From the analysis of the relationship between use of spare time and drug consumption, the three factors that contribute most positively towards preventing abusive drug consumption are:

F = Family (*Familia* in Spanish)

E = Study (*Estudio* in Spanish)

DE = Sports (*DEporte* in Spanish)

It is therefore suggested that the construction of preventative strategies are based on these factors. It could even lead to the creation of a charac-

ter based on FEDE (because they are the letters which begin in Spanish), which invites young people to get involved with the three factors. The activities should be attractive to young people and not imposed upon them or threatening in any way; young people should feel actively involved in them. If this is not the case, the time spent and success will be considerably reduced. The character could also inform young students about the options and activities offered that they could do in their spare time. A useful proposal would be to motivate heads of cultural, sporting, and artistic organizations to reach out to organizations in the health sector with their installations, programs, and offers.

To avoid the consumption and abuse of alcohol, which is the drug with the highest consumption among students, it is recommended firstly to encourage the playing of any sport, and also provide family recreation and leisure activities.

Videogames are also an element of protection against alcohol consumption. In contrast, going out to drink with friends was the activity with the highest risk; it would therefore be pertinent to intensify promotion of healthy behaviors and awareness that allows young people to reflect on the risks of abusive substance consumption and make decisions that enable them to protect themselves against identified risks.

Although playing videogames avoids the consumption of alcohol, it is a factor that possibly increases the risk of tobacco and marijuana consumption; for this reason, this activity could be encouraged in public spaces and areas free of tobacco and hence marijuana, which could reduce the likelihood of students associating this leisure activity with the consumption of the same.

Young people generally grow up surrounded by a wide range of information and communication technology; they are assiduous users of these technologies, and the most utilized media is television and computer with internet. These should not be viewed as appliances which deactivate young brains; rather, the reasons for use, and whether or not their use is of benefit should be questioned, as Umberto Eco suggests: what is the public doing to communication media? (Eco, 1982), including the television. Young students advised that watching television in their spare time is something they enjoy very much, therefore instead of avoiding it, educational television should therefore be provided, modeled on the following (Cabero y Romero, 2002, 6):

“content that has some form of learning and/or educational interest, but which for some reason is not included in the school curriculum and which is directed at the entire population. It should affect the learning of the viewers, changing their knowledge, behavior, attitudes, etc...it should have an educational influence”.

This requires the responsible and committed participation of television companies and a relationship with health, education, and leisure institutions, in order to produce a higher quantity of informative, educational, cultural, and preventative messages or programming.

Finally, it is important to consolidate inter-institutional activities among the educational, health, and particularly recreational spheres, which should be duly systematized and supported, given that mere incidental learning, observation, and imitation of models, or the individual maturing and experience of adolescents is not enough for the development of positive socio-personal or self-caring attitudes (Sudera, 2001). In order to achieve this, deliberate and programmed instruction is necessary that bears these objectives in mind.

Those who coordinate and implement these actions should serve as health promoters, and to quote the Pan-American Health Organization (PAHO), they should also have the following minimum characteristics (Leena, Vince y Posner, 2001, 31):

1. Aptitude for group processes; someone who can enrich, and simultaneously center and guide the group.
2. Ability to act as a guide, as opposed to being dominant.
3. Respect for adolescents and their freedom of choice and self-determination.
4. Personal traits that include: cordiality, supportiveness, and enthusiasm.

This could enable the free joining and participation of young people, to encourage reflection and awareness about the risks and consequences associated with abusive drug consumption, explicitly and implicitly fostering values of caring for life, health, and social respect.

Young students also require the space and infrastructure that allows them to use their spare time in activities which favor a healthy lifestyle, giving them the opportunity to spend their leisure time without needing to turn to abusive drug consumption in order to enjoy themselves. Along with homes, educational, health, and sport institutions can represent safe spaces, which will involve incorporating and assigning places, resources,

programs, and times for young people to use under supervision, in order to foster good health and recreation.

AUTHOR'S CONTRIBUTION

Authors JAGG and GBGT developed the content of this article and data analysis. All authors approved the final manuscript.

COMPETING INTERESTS

The authors declare that they have no competing interests.

ACKNOWLEDGES

We appreciate the invaluable assistance of Mr. Secretary Technical State Council on Addictions of Jalisco (CECAJ) Mr. Joel Salvador Chavez Rivera, because without their help this work could not have been done.

We also thank the Asesoría Editorial Byblios for their support in writing this manuscript.

REFERENCES

- Agulló, E., Agulló, M. y Rodríguez, J. (2003). Jóvenes, fin de semana y uso recreativo de drogas. Evolución y tendencias del ocio juvenil. *Revista de sociodrogalcohol*, 15(2), 7-33.
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la Investigación* (Tercera ed.). Colombia: Pearson.
- Cabero, J. y Romero, R. (15 de Junio de 2002). *Violencia, juventud y medios de comunicación*. Recuperado el 03 de Setiembre de 2012, de <http://tecnologiaedu.us.es/revistaslibros/violencia.html>
- Carmona, J., Espínola, M. y Cangas, A. (2011). MII-School: A 3d videogame for the early detection of abuse of substances, bullying, and mental disorders in adolescents. *European Journal of Education and Psychology*, 4(1), 75-85.

- Chávez, F. R. (2008). Drogas Estatal. *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones en Jalisco*.
- Chávez, J., Villatoro, J., Robles, L. y Bretón, M. (2009). *Encuesta escolar sobre adicciones en el Estado de Jalisco*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Chávez, J., Villatoro, J., Robles, L., Bretón, M., Sánchez, V., Gutiérrez, M. y López, V. (2009). En M. Medina Mora, *Encuesta escolar sobre adicciones en el Estado de Jalisco*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones (2009). *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Consejo Nacional contra las Adicciones (s.f.). ¿Qué es la Mariguana? México: Consejo Nacional contra las Adicciones.
- Consejo Nacional contra las Adicciones (s.f.). *Preguntas frecuentes sobre el uso y abuso de drogas*. Recuperado el 10 de Septiembre de 2010, de http://www.conadic.salud.gob.mx/pib/faqs_drogas.html
- Consejo Nacional contra las Adicciones (2009). *Encuesta Nacional de Adicciones 2008, Resultados por entidad federativa, Jalisco*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Diario Oficial de la Federación (2012). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917. Texto vigente. Última reforma publicada DOF 25-06-2012*. México: Diario Oficial de la Federación.
- Eco, U. (1982). ¿El público perjudica a la televisión? En M. Moragas, *Sociología de la comunicación de masas* (págs. 286-303). España: Gustavo Gili.
- El Informador (28 de junio de 2011). Aumentan 68% los casos de consumo de drogas. *El Informador*, págs. <http://www.informador.com.mx/mexico/2011/303013/6/aumentan-68-los-casos-de-consumo-de-drogas.htm>.
- Expósito, J., García Moreno, L., Sanhueza, C. y Angulo, M. (2009). Leisure Activities of First-Year Students at the School of Education: Analysis of Behavioural Implications of Alcohol Consumption. *Magazine complutense education*, XX(2), 403-431.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011). *Estado Mundial de la Infancia 2011. La adolescencia, una época de oportunidades*. (D. Anthony, Ed.) Estados Unidos de América: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Galindo, L. (1998). *Técnicas de investigación en sociedad cultura y comunicación*. México: Logman.

- García del Castillo, J.A., y López-Sánchez, C. (2005). *Manual de estudios sobre cocaína y drogas de síntesis*. España: EDAF.
- Gobierno del Estado de Jalisco (2006). *Ley para Regular la Venta y el Consumo de Bebidas Alcohólicas del Estado de Jalisco*. México: Gobierno del Estado de Jalisco.
- González, M., & Pérez, A. (2009). *Estadística aplicada. Una visión instrumental*. España: Díaz de Santos.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGrawHill.
- Kish, L. (1982). *Muestro de encuestas*. México: Trillas.
- Leena, M., Vince, C. y Posner, M. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Estados Unidos de América: Organización Panamericana de la Salud.
- Lohr, S. (2000). *Muestreo: Diseño y análisis*. México: International Thompson Editores.
- Machado, E. y Dos Santos, M. (2007). Leisure and the Use of Psychoactive Substances in Adolescence: Possible relations. *Psychology: Theory and Research*, XXIII(1), 43-52.
- Moncada, J. (2006). *Estadística para ciencias del movimiento humano*. Costa Rica: San José.
- Monteiro, M. (2007). *Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.
- Moral, M. y Ovejero, A. (2009). Psychoactive substances experimentation in spanish adolescents: Consumption profile by levels of age. *Latin American Journal of Psychology*, XLI(3), 533-553.
- Morin, E., Roger, E. y Mota, R. (2003). *Educación en la Era Planetaria*. España: Gedisa.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. España: Ministerio de Sanidad y Consumo de España.
- Pagano, R. R. (2009). *Estadística para las ciencias del comportamiento*. México: Cengage Learning.
- Paniagua, H., García, S., Castellano, G., Sarrallé, R. y Redondo, C. (2001). Consumo de tabaco, alcohol y drogas no legales entre adolescentes y relación con los hábitos de vida y el entorno. *Anales Españoles de Pediatría*, 55(2), 121-128.
- Pérez, G. (2004). *Modelos de Investigación Cualitativa en Educación Social y Animación Sociocultural. Aplicaciones prácticas*. España: NARCEA.

- Real Academia Española (s.f.). *Somnolencia*. Recuperado el 18 de Julio de 2012, de www.rea.com
- Rodríguez, E. (2005). La investigación sobre el ocio juvenil en relación con los consumos de drogas. En F. p.-L. Mancha, *Observatorio de drogodependencias de Castilla-La Mancha* (págs. 43-56). España: Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha.
- Secretaría de Salud (2009). *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Secretaría de Salud (2009). *Jalisco. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. Informe 2009*. Recuperado el 01 de Agosto de 2012, de Secretaría de Salud
- Serrano, R. (2003). Introducción al análisis de datos experimentales: Tratamiento de datos en bioensayos. España: Universitat Jaume.
- Sudera , I. (2001). *Cómo mejorar el autoconcepto*. España: CCS.
- Tapia-Conyer, R., Cravioto, P., De la Rosa, B., Galván, F. y Medina-Mora, M. (2003). Historia natural del consumo de la cocaína: El caso de ciudad Juárez, Chihuahua. *Mental Health*, 26(2), 12-21.
- Tortajada, S., Valderrama, J., Castellano, M., Lorens, N., Agulló, V., Herzog , B. y Benavent, R. (2008). Consumo de drogas y su percepción por parte de inmigrantes latinoamericanos. *Psicothema*, 20(3), 403-407.
- Velasco Fernández, R. (2008). *La Familia ante las Drogas*. México: Trillas.
- Victoria, J. (1995). *Importancia del uso del tiempo libre*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Villatoro, J., Gutiérrez, M., Quiroz, N., Moreno, M., Amador, N., Gaytán, L. y Medina-Mora, M. (Julio-Agosto de 2009). Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, 32(04), 287-297.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M., Hernández, M., Bautista, C., Amador, N. 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.
- World Health Organization (2009). *WHO Report on the global tobacco epidemic, 2009. Implementing smoke-free environments*. France: World Health Organization.
- World Health Organization (2010). *World No Tobacco Day 2010. Theme: Gender and tobacco with an emphasis on marketing to women*. Recuperado el 08 de Febrero de 2010, de <http://www.who.int/tobacco/wntd/2010/announcement/en/index.html>

O SIGNIFICADO DO USO DE DROGAS NO DISCURSO DE JOVENS CONSUMIDORES PORTUGUESES

EL SIGNIFICADO DEL USO DE LAS DROGAS EN EL DISCURSO DE LOS JÓVENES CONSUMIDORES PORTUGUESES

Mariana Bernardo¹ y Maria Carmo Carvalho²

¹Bolseira de investigação - Universidade do Minho, Braga

*²Professora Assistente - Faculdade de Educação e Psicologia – Universidade
Católica Portuguesa, Porto*

(Received/Recibido: 24/10/2012)

Accepted/Aceptado: 18/12/2012)

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo principal entender los significados que una muestra de jóvenes asocia a sus consumos de drogas. El proceso de muestreo se llevó a cabo a través del método *snowball sampling*. La muestra consta de 22 individuos de entre 20 y 34 años de edad que tienen o han tenido contacto con algún tipo de droga. Se utilizó una metodología cualitativa y una entrevista semi-estructurada, siguiendo el Guión de la Historia de Vida y Utilización de Drogas, adaptados de McAdams (2000), Fernandes y Carvalho (2003) y Matos (2008). Los datos fueron analiza-

Correspondencia

Maria Carmo Carvalho
Faculdade de Educação e Psicologia
Universidade Católica Portuguesa
R. Diogo Botelho, 1327
4169-005 Porto - PORTUGAL
email: mccarvalho@porto.ucp.pt

dos utilizando los principios de la *Grounded Theory* y con la ayuda de un software para el análisis de datos *QSRNVivo* 8. Se destaca el significado marcadamente negativo y de degradación físicos, psicológicos y sociales, atribuidas a la heroína y la transversalidad de *cannabis*, que es de rutina y estandarizado. También la cocaína es una de las drogas con mayor expresión y oscila entre los polos de la diversión-degradación. En general, se observó una necesidad de identificar y compartir un código cultural común que une a los sujetos, los experimentos de consumo y sus significados.

Palabras clave: Jóvenes, consumo de drogas, significados, metodología cualitativa.

ABSTRACT

The goal of this study is to understand the meanings that a youth sample associates to their drug consumption. The sampling process was conducted using a snowball sampling. The sample was composed by a group of 22 individuals aged between 20 and 34 years old, that have had or still have experience with some kind of drug. We used a qualitative method and a semi-structured interview following the Guide For Life Story and Drug Uses, which is an adaptation from McAdams (2000), Fernandes and Carvalho (2003), and Matos (2008). The data was analysed under the principles of Grounded Theory and using the *Software QSRN-vivo* 8, a software for qualitative data analysis. We highlight the extremely negative meanings, like physical, psychological and social degradation that were connected to heroin and the generalization of the cannabis use to all individuals, which acquires a day-to-day dimension. Cocaine also appears among the substances with more expression in our sample, and it is located between the concepts of degradation and leasure. In general terms, we found, during this study, that the drug use seems to be connected to the idea of a shared common cultural code that links individuals, experience and meaning of their drug uses.

Key words: Youth; drug uses; meanings; qualitative methodology.

RESUMO

Este estudo tem como principal objetivo compreender os significados que uma amostra jovem associa aos seus consumos de drogas. O processo de amostragem foi realizado através do método *snowball*. A amostra é constituída por 22 indivíduos entre os 20 e os 34 anos de idade que têm ou já tiveram contacto com algum tipo de droga. Foi utilizada uma metodologia qualitativa e uma entrevista semi-estruturada, seguindo o Guião de História de Vida e Usos de Drogas, adaptado de McAdams (2000), Fernandes e Carvalho (2003), e Matos (2008). Os dados foram analisados seguindo os princípios da *Grounded Theory* e com o auxílio do software para análise de dados QSRNVivo 8. Salientam-se os significados marcadamente negativos, de degradação física, psicológica e social, atribuídos à heroína e a transversalidade do consumo de cannabis, que assume um carácter rotineiro e normalizado. Também a cocaína figura entre as drogas com maior expressão e surge oscilando entre os polos degradação-divertimento. Em termos gerais, observámos um consumo de drogas assente na necessidade de identificação e partilha de um código cultural comum que une os sujeitos, as experiências de consumo e os seus significados.

Palavras-chave: Jovens, consumo de drogas, significados, metodologia qualitativa.

INTRODUÇÃO

O PROCESSO DE SIGNIFICAÇÃO LIGADO AO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

O consumo de substâncias psicoativas (SPA) pode ser estudado a partir de uma grande variedade de ângulos de visão, tendo em conta determinado aspeto ou dimensão específica. Estudar a experiência e significado associados ao consumo de drogas por jovens contribui para que se conheça de forma mais aprofundada o processo subjetivo associado ao uso de substâncias. São múltiplos os discursos a que assistimos acerca do uso de substâncias, mas são poucos aqueles que atribuem um papel fundamental à escuta do discurso dos sujeitos acerca da sua própria experiência, desligada de uma vivência problemática destes consumos. Adotaremos,

pois, o ponto de vista que Tinoco (2000, 64) designou de “apreciativo”, procurando escutar os indivíduos e auscultar a forma como eles desenvolvem a sua própria “gramática desviante” (idem), atribuindo significados às suas experiências psicoativas.

Como refere Calado (2007, 22), “não basta saber que determinada população consome certas substâncias, deve procurar entender-se as motivações, os propósitos, os riscos, as tendências que enquadram e explicam esses consumos”. Novas abordagens, perspectivas e técnicas configuram-se urgentes na investigação acerca dos consumos de substâncias por uma população tão específica quanto a população jovem (McCaughan, Carlson, Falck y Siegal, 2005).

Ao estudar o processo de atribuição de significado ao consumo de drogas, é prioritário perceber a dimensão social em que este está envolvido. Como tal, considera-se que, para além do uso da substância por um indivíduo com uma personalidade evidentemente singular, características como a cultura, as expectativas do sujeito, o seu saber prévio, e as formas como a substância é ingerida desempenham um papel fundamental no modo como a significação é construída em torno deste uso. De facto, não poderíamos falar de experiência sem referir o papel fundamental que a cultura desempenha na sua elaboração e integração. Como refere Escotado (1992, 24), para além do seu efeito quimicamente determinado, o uso de drogas, “depende enormemente do que se pensa sobre elas em cada tempo e lugar” sendo que, “junto à química está o cerimonial, e junto ao cerimonial, as circunstâncias que caracterizam cada território em cada momento da sua história”. A título de exemplo, e segundo o mesmo autor, sabemos que na época em que o café era uma substância proibida na Rússia, surgiam frequentemente consumos excessivos, com resultados que se afastavam daqueles que um consumo moderado provocaria. Da mesma forma, a cocaína é entendida por muitos como uma droga presente fundamentalmente em classes mais elevadas da sociedade e o LSD é considerada uma substância mais associada ao paganismo e à ideia de retorno à natureza. A ideia é de que o contexto, os grupos e a posição que dada cultura assume perante o uso de uma droga, influenciam a forma como esta é experienciada pelo sujeito (Escotado, 1992; Peele, 1980).

Essa ênfase para a dimensão social inerente ao processo de atribuição de significações também surge associada, na literatura, a padrões de uso mais recentes que têm o *ecstasy* como protagonista. Gourley (2004) refere

que as teorias das subculturas da desviância oferecem um enquadramento fundamental para compreender o consumo recreativo atendendo a que o seu uso representa uma manifestação do envolvimento social mais alargado numa subcultura de uso de drogas. Especificamente, a autora conclui que as significações emergem do contexto oferecido pelas normas de comportamento partilhadas no seio da subcultura de uso em que estão a ser aprendidas.

Podemos falar, deste modo, na existência de um “carácter supra-individual no recurso às drogas” (Agra, 1993, 67) na medida em que, ao consumir determinada substância, o indivíduo insere-se num padrão cultural pré-existente, através de um processo de aprendizagem que dita a forma como este uso deve ser feito. Trata-se de uma espécie de código cultural a que o sujeito adere e que lhe dá a conhecer aspetos característicos das substâncias e dos seus usos, moldando desta forma as expectativas que o sujeito desenvolve em relação aos efeitos de cada substância. Note-se, no entanto, que este processo de adesão a um código cultural pré-existente não pressupõe uma reprodução na sua totalidade, um processo impessoal de replicação do que a cultura oferece ao sujeito. Este processo de inserção do sujeito num padrão social que lhe pré-existe inclui uma integração das características do próprio sujeito, que lhe conferem uma adesão, se quisermos, personalizada.

Os sujeitos, “portadores de categorias sociais” (Martí, 2000, 68), interpretam a sua experiência com base na participação em grupos sociais específicos, em subculturas com características e rituais próprios. Como refere Agra (2000, 42), “a vivência da experiência da droga decorre de um mundo simbólico relacionado com uma subcultura específica e com as expectativas acerca da vivência do efeito das drogas e do simbolismo transmitido pela subcultura”. É esta experiência que vai ser incorporada nos esquemas de significação que o indivíduo possui: à experiência do consumo é, posteriormente, atribuído um significado próprio.

Percebemos, então, que há uma tradição do estudo do domínio das significações no campo do uso de drogas. Manita, Negreiros, Agra e Guerra (1997) estudaram como estas são determinantes da evolução de uma trajetória de toxicodependência, já que ao mediar a relação do indivíduo consigo próprio, com a sua ação e com os outros, permitem explicar como é que condutas relativamente semelhantes desenvolvem posições de significação variadas (e até potencialmente opostas entre si). Deste modo,

o estudo das significações explica a formação da diversidade de trajetórias perante um mesmo comportamento, de que o consumo de drogas é um exemplo. Esses contributos ofereceram vasto enquadramento para a investigação da trajetória de toxicodependentes, e até mesmo de dimensões específicas do consumo problemático - como a abstinência (Mendes y Manita, 2006) ou a influência do género (Cardoso y Manita, 2004).

No entanto, importantes transformações no fenómeno do uso de drogas tiveram lugar nas últimas décadas. Essas transformações, postas em evidência pelos estudos epidemiológicos, denotam no caso português uma tendência geral de aumento do consumo (Balsa, Urbano, Vital y Pascueiro, 2008), acompanhada de uma diminuição do consumo problemático (Negreiros y Magalhães, 2009). A mesma tendência já havia sido registada uma década antes no contexto britânico. Nessa altura, essa tendência foi interpretada como um sinal de que o consumo de psicoativos ilegais se configurava progressivamente como um fenómeno cada vez mais arredado da esfera da desviância e transgressão, e aproximado do que se designou por um comportamento socialmente normalizado (Parker, Aldridge y Measham, 1998).

Neste contexto, a investigação da dimensão das significações entre jovens utilizadores que protagonizam tendencialmente uma relação não problemática com o uso de substâncias (Cruz y Machado, 2010) mantém-se grandemente inexplorada. De entre os dados disponíveis percebemos que tem sido particularmente desenvolvida uma abordagem às significações associadas às SPA que protagonizam a transformação dos padrões de uso entre os jovens. Assim, o estudo das significações associadas com o *ecstasy* tem sido considerada útil para refletir sobre a compreensão da relação com o risco associado ao consumo, e adequação das estratégias de intervenção dirigidas a esta população.

Hansen, Maycock e Lower (2001) investigaram os padrões de uso e os significados associados com o uso, a perceção do risco e as estratégias para reduzir o risco numa amostra de utilizadores de *ecstasy* na Austrália. Concluíram pela importância de compreender as crenças que influenciam a adoção (ou não) de estratégias de redução de risco e de como estas podem variar consideravelmente entre utilizadores com padrões de uso heterogéneos. O estudo mostrou que os utilizadores apresentavam um grau de controlo considerável sobre o seu uso e incorporavam uma série de estratégias de redução dos riscos, ainda que de forma inconsistente.

Os autores concluíram que à medida que os utilizadores se tornavam mais experientes tendiam a diminuir a sua preocupação relativamente à redução dos riscos, e aumentavam mesmo os seus comportamentos de risco.

Bahora, Sterk e Elifson (2009) estudaram qualitativamente as significações para o uso recreativo de *ecstasy* numa amostra de jovens utilizadores norte-americanos. Verificaram que esse padrão de uso estava a ser associado com uma dimensão de controlo, que determinava o *timing* e o *setting* da utilização. Perceberam, adicionalmente, que a elevada acessibilidade e acomodação social do fenómeno estava a contribuir para uma aceitação do uso desta SPA como integrando uma dimensão normativa da vida dos jovens. Este dado, que reforça a tese da normalização a que já aludimos, estava a condicionar as percepções do risco já que podiam encontrar-se concomitantemente baixas percepções sobre o risco e as consequências para a saúde associadas ao uso de *ecstasy* entre os participantes. Os autores concluem pela importância de considerar o uso recreativo na perspectiva dos utilizadores quando se pretende desenvolver esforços preventivos e estratégias de intervenção bem sucedidas.

Cruzando a importância de estudar as significações que os sujeitos atribuem aos seus consumos e a necessidade de colmatar esta insuficiência na exploração das trajetórias de consumo não problemáticas, pretendemos estudar a forma como os sujeitos, na primeira pessoa, descrevem os seus usos de drogas. Procuramos, com efeito, aceder a uma dimensão mais subjetiva dos consumos, numa abordagem que, apesar de enquadrada nas tendências estatísticas dos padrões de consumos, dá ênfase ao discurso direto do indivíduo. Pretendemos, deste modo, conhecer os significados associados às diversas SPA cuja experiência de consumo faz parte da trajetória dos participantes da amostra. Assumindo, à partida, que a literatura se tem centrado na exploração da dimensão dos significados na sua relação com as percepções e práticas de risco dos utilizadores, pretendemos perceber que outras significações associadas às diversas SPA emergem no discurso dos participantes.

MÉTODOS

O PROCESSO DE AMOSTRAGEM

O processo de amostragem, que decorreu entre setembro e novembro de 2008, não procurou alcançar a representatividade dos jovens consumidores portugueses. A amostragem foi desenvolvida com recurso a um procedimento intencional e gradual que visava reunir um grupo de indivíduos experientes, reconhecidos como ‘peritos experienciais’ relativamente ao fenómeno do consumo, e que estivessem em boa posição para oferecer acesso ao estudo das significações individuais associadas ao seu consumo de drogas.

Recorreu-se, especificamente, a uma identificação dos participantes através de um método de amostragem em cadeia - *osnowball sampling* ou *amostragem em bola-de-neve*. Este tipo de amostragem acontece quando se parte de um indivíduo com o qual o investigador tem já contacto e se solicita a nomeação de outros sujeitos que preencham os mesmos critérios de amostragem (Fernandes y Carvalho, 2003). Este processo vai sendo repetido, aumentando exponencialmente o número de indivíduos contactados. Desta forma, foi a partir da ativação das redes pessoais das investigadoras que se foram desenvolvendo cadeias, atingindo uma amostra recolhida em forma de “árvore”. Os critérios de amostragem foram ter idade não inferior a 20 anos e experiência de contacto com, pelo menos, uma SPA ao longo do seu percurso de vida cujo padrão de uso fosse superior à “experiência única”. As entrevistas foram realizadas em ambiente naturalista, em locais selecionados pelos participantes que oferecessem condições mínimas de privacidade (como cafés ou jardins públicos com pouco movimento), o que permitiu a criação de um contexto propício ao desenrolar das mesmas. No início de cada entrevista foram esclarecidos aspetos relacionados com a confidencialidade dos dados, anonimato do entrevistado e autorização para gravação áudio. As investigadoras recolheram ainda notas breves acerca da postura do entrevistado perante o procedimento que foi, na maioria dos casos, aberta e colaborante. As entrevistas tiveram a duração média de 2 horas e meia a 3 horas e foram posteriormente transcritas de forma integral antes de terem sido submetidas à análise do seu conteúdo.

Este processo resultou numa amostra final de 22 participantes com idades compreendidas entre os 20 e os 34 anos. Dos 22 participantes, naturais de várias cidades do Norte de Portugal, quinze são do sexo masculino e sete do sexo feminino. A maior parte dos participantes situava-se na faixa etária dos 20 aos 25 anos (n=15). No que diz respeito à formação

académica, n=16 participantes são estudantes do ensino superior ou já terminaram a sua licenciatura. Os restantes indivíduos não completaram o ensino superior.

INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

Para acedermos aos significados do consumo das diferentes substâncias psicoativas, optámos pela realização de entrevistas semi-estruturadas em profundidade.

É a McAdams (2000) e à sua investigação sobre histórias de vida que vamos buscar o fundamento teórico que orienta a construção do guião utilizado neste trabalho: o Guião de História de Vida e Usos de Drogas (Carvalho, 2008). Neste estudo, a exploração da história de vida e de consumo dos participantes foi a forma encontrada para aceder e explorar a dimensão dos significados, não sendo considerada a trajetória individual como um objetivo em si mesmo, abordagem desenvolvida no âmbito de uma outra investigação (Trigueiros y Carvalho, 2010). Nesta medida, optámos por aprofundar as experiências no percurso do indivíduo relacionadas especificamente com os seus consumos de substâncias. A título de exemplo, também Matos (2008) usou no seu estudo com jovens reclusas uma versão adaptada deste guião. É o próprio McAdams (2000) a reconhecer que os estudos em que é utilizado este guião podem não se centrar no total da história de vida do sujeito, mas antes procurar estudar a narrativa produzida acerca de episódios e momentos particulares do seu percurso. O conceito de *episódios nucleares*, “memórias subjetivas de eventos particulares” (McAdams, 1993, 296) apresenta, aqui, particular relevância. Alguns eventos assumem, no todo da história de vida de um indivíduo, um significado particular, passando a designar-se *episódios nucleares*. São estes episódios nucleares que procurámos abordar durante a nossa entrevista e que tentámos adaptar aos consumos dos indivíduos, explorando o significado que lhes é subjacente.

A construção das categorias de análise com auxílio do *Software QSR Nvivo 8*, através de um processo semi-indutivo e exploratório, obedeceu às linhas orientadoras da *Grounded Analysis*, colocando este estudo num polo oposto aos processos hipotético-dedutivos. Desta forma, é ao longo do processo de interpretação dos dados e através deste que vão surgindo categorias de significado de definição e complexidade crescentes.

A unidade de análise usada foi a frase, uma vez que desta forma, como

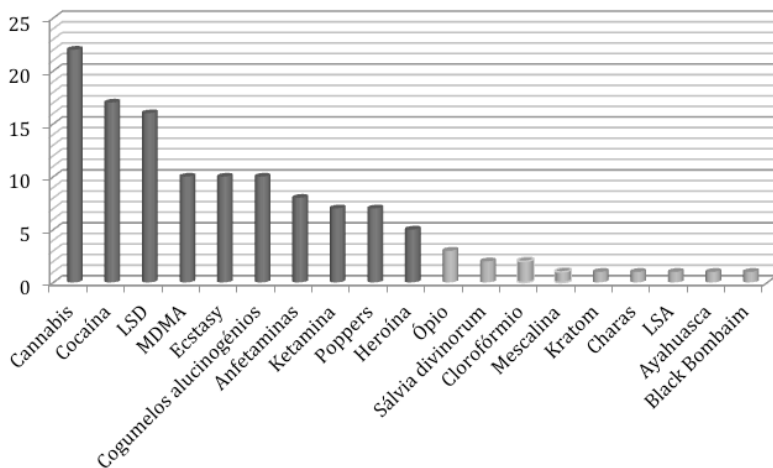
refere Machado (2000, 365, cit. in Matos, 2008), ultrapassamos a possibilidade de “fragmentação de significados” que pode acontecer nos casos em que a unidade de análise é, por exemplo, cada linha da transcrição. Adotámos ainda um dos princípios básicos da *Grounded Theory* que nos diz que “a associação de cada conceito a uma categoria (...) não é mutuamente exclusiva” (Fernandes y Maia, 2001, 49). Assim, associámos cada unidade de análise ao maior número de categorias possível.

Tendo analisado os dados recolhidos numa lógica substância a substância, procedemos à criação de subcategorias de cariz descritivo que remetiam para dados relativos a dimensões objetivas dos consumos, aliás coincidentes com algumas dimensões do guião da entrevista (e.g. padrão de utilização). Após esta análise, foram criadas, para cada substância, outras categorias relativas aos significados relatados.

RESULTADOS

AS SUBSTÂNCIAS E OS PADRÕES DE CONSUMO ENCONTRADOS

Durante o processo de análise dos dados, apercebemo-nos de que surgiram, no que diz respeito ao tipo de substâncias consumidas, dois grandes grupos. Percebemos que algumas substâncias (cannabis, cocaína, LSD, MDMA, ecstasy, cogumelos alucinogénios, anfetaminas, ketamina, *poppers* e heroína) ocupavam um lugar principal na trajetória de consumos e o seu uso distinguia-se por ser vulgarizado nas experiências dos sujeitos. Um segundo grupo de SPA (ópio, sálvia *divinorum*, clorofórmio, mescalina, kratomⁱⁱⁱ, charas^{iv}, LSA^v, Ayahuasca e *black bombaim*^{vi}) distinguiu-se pela sua menor expressão nos históricos de consumo e pelo carácter pontual com que são normalmente consumidas. Este grupo de drogas apresenta tipicamente formas de acesso menos vulgarizadas e características associadas a um certo exotismo quando comparadas com as drogas principais (e.g. nas formas de preparação e consumo).



Numa amostra que se caracteriza por um padrão de policonsumos, a *cannabis* é a única substância que está ou esteve presente no percurso de todos os sujeitos (N=22). Em termos numéricos, esta substância surge seguida da cocaína (n=17) e do LSD (n=16). O MDMA, o *ecstasy* e os cogumelos alucinogénios surgem referidos por n=10 participantes. Exemplos de substâncias menos presentes na nossa amostra são, por exemplo, a heroína (n=5), a *sálvia divinorum* (n=3) e a *ayahuasca* (n=1).

No que diz respeito ao seu padrão de utilização, a *cannabis* destaca-se novamente das restantes substâncias (tabela 1). De todas as substâncias referidas pelos sujeitos, é apenas no que diz respeito à *cannabis* que o consumo é descrito, pela maioria dos sujeitos, como regular. Este dado torna-se particularmente relevante quando observamos que não são reportados consumos diários para mais nenhuma substância. Para além disso, relativamente aos consumos diários de *cannabis* sabemos que, em alguns casos, estes acontecem várias vezes ao longo do dia.

Tabela 1. Padrão de utilização das principais drogas (n)

	N	Consumo regular		Consumo não regular			Ex-consumidores
		Diário	Não diário	Esporádico	Único	Ocasões Especiais	
<i>Cannabis</i>	22	5	7	3	-	2	5
<i>Cocaína</i>	17	-	1	6	3	-	5
<i>LSD</i>	16	-	1	3	5	2	4
<i>MDMA</i>	10	-	2	2	1	1	4
<i>Ecstasy</i>	10	-	-	3	1	-	6
<i>Cogumelos</i>	10	-	-	7	2	-	-
<i>Anfetaminas</i>	8	-	2	3	-	-	1
<i>Poppers</i>	7	-	-	-	-	-	7
<i>Ketamina</i>	7	-	-	3	1	1	-
<i>Heroína</i>	7	-	-	3	1	1	-

Relativamente à cocaína, apenas n=1 participante reporta consumos regulares e n=5 participantes dizem ser ex-consumidores. Dos indivíduos com consumos não regulares de cocaína, n=6 usam esta substância esporadicamente e n=3 reportam exclusivamente a existência de um consumo único. Apenas n=1 dos indivíduos refere a utilização da injeção como técnica de consumo desta droga, e esta acontecia associando a cocaína com a heroína (*speedball*).

Apesar de n=16 participantes já terem estado em contacto com LSD, a maioria deles reserva o seu consumo para ocasiões especiais e apenas n=1 mantém um consumo regular desta substância. A par com o *ecstasy*, os cogumelos alucinogénios, vulgarmente conhecidos por “cogumelos mágicos”, são a substância que apresenta menor frequência de consumo: apenas são reportados consumos esporádicos e experiências únicas relacionadas com esta SPA. Menos de metade dos indivíduos entrevistados já tiveram contacto com a ketamina e com anfetaminas, *speed*. As anfetaminas

minas, no entanto, são consumidas regularmente por n=2 participantes e, para a ketamina, são apenas apontados consumos únicos, esporádicos ou em ocasiões especiais. No que diz respeito aos n=5 participantes que referiram a heroína no seu historial de consumos, sabemos que apenas um mantém os seus consumos atualmente. Um dos participantes refere ter tido um contacto único e n=3 assumem-se como ex-consumidores, que são também indivíduos que reportaram um passado de consumo problemático.

Como referido anteriormente, optámos por incluir neste estudo drogas como o ópio, a sálvia *divinorum*, o clorofórmio, a mescalina, a kratom, as charas, o LSA, a Ayahuasca e o *black bombaim* na medida em que foram exploradas no estudo todas as SPA cujo uso estava a ser reportado pelos participantes. Como se pode verificar, algumas destas drogas destacam-se por serem de utilização pouco comum. São exemplo disso as charas, a kratom, o LSA e o *black bombaim*. No que diz respeito ao seu padrão de utilização na amostra, são relatadas experiências únicas com estas substâncias. Surge exceção para a sálvia *divinorum* e para o *black bombaim*, que são consumidas de forma esporádica.

É precisamente o carácter quase excecional que estas substâncias ocupam no universo dos consumos que as torna num elemento de interesse a nível da investigação pela possibilidade de a elas estarem associados outros significados que divergem daqueles encontrados para as SPA mais frequentes.

OS SIGNIFICADOS

O SIGNIFICADO MARCADAMENTE NEGATIVO ASSOCIADO À HEROÍNA

No grupo dos sujeitos que tiveram contacto com a heroína, do qual fazem parte, como já se disse, indivíduos com um passado de uso abusivo desta substância, é vulgar ver-se associado o seu uso a momentos cruciais do percurso de vida. Quando questionado acerca do pior momento da sua vida (*low point*), um dos participantes estabelece claramente essa relação: “Provavelmente foi quando dei por mim completamente enterrado na heroína, quando me apercebi que tinha destruído toda a minha vida à minha volta, a minha vida familiar, amorosa, académica” (sexo masculino, 29 anos).

Esta centralidade com uma tónica negativa que a heroína assume no percurso de vida dos indivíduos surge também quando o maior desafio ou o maior obstáculo da vida do sujeito é a ela associado - “O maior pro-

blema foi estar completamente dependente da heroína, o maior desafio era ter que me safar daquilo de alguma forma” (sexo masculino, 29 anos).

Também o ponto de viragem na vida dos indivíduos é associado de forma espontânea a acontecimentos relacionados com a heroína. Nestes casos, o ponto de viragem indica a rutura com os consumos, o começo de uma nova era no percurso de vida dos sujeitos, com a heroína mais uma vez a constituir um fator central - *“Aos dezanove anos, quando decidi tratar-me, isso foi um ponto de viragem completo. Deixei o estilo de vida que tinha a cem por cento e comecei uma de novo”* (sexo masculino, 24 anos).

A descrição da vivência dos consumos de heroína é marcada pela intensidade negativa. Quando questionado acerca dos contextos que rodeavam este tipo de consumo, um dos sujeitos refere - *“Degredo... amigos... já sozinho, mais para o fim, mas degredo, vida de degredo. Na estação, sítios maus, maus sítios”* (sexo masculino, 26 anos).

É interessante notar, no que diz respeito ao grupo dos participantes que não reportaram nenhum consumo de heroína ao longo da sua vida, a mesma presença da atribuição de significados negativos. Isto acontece mesmo nos sujeitos com trajetórias de consumos variadas que incluem, por vezes, a cocaína. Surge no discurso deste grupo de participantes de forma recorrente a vontade expressa de não experimentar esta SPA, um significado ligado à ideia de evitamento- *“uma opção que eu já decidi há muito tempo, há muito mesmo, é que há uma que nunca hei de experimentar, que é a heroína”* (sexo feminino, 24 anos).

Sobressai ainda a importância de uma distinção entre a heroína e os outros tipos de drogas. Falamos da preocupação que os sujeitos demonstram em fazer uma clara dissociação entre o tipo de substâncias que eles consomem e a heroína, como se esta última se situasse num patamar, de conotação altamente negativa, em tudo diferente das restantes substâncias. A heroína surge demarcada de todas as outras substâncias, distanciada da dimensão recreativa e de busca de prazer - *“[...] é a maior estupidez do planeta [...], aquilo nem é mesmo uma droga, aquilo é uma coisa que te consome, não te dá euforia nenhuma... Tu queres é mocar, que é mesmo assim, e aquilo deixa-te num estado mesmo estúpido”* (sexo feminino, 24 anos).

NORMALIZAÇÃO E INSTRUMENTALIZAÇÃO DO USO DA CANNABIS: “UMA ROTINA INQUESTIONADA”

Um dos significados mais associados à *cannabis* diz respeito à sua funcionalidade, ou seja, à forma como a *cannabis* se situa na vida dos sujeitos de forma a, por exemplo, auxiliar na realização de algumas tarefas. Esta substância surge, assim, com uma importante função utilitária no quotidiano quando, por exemplo, é descrita como uma inspiração criativa que tem por função incutir maior bem-estar a algumas atividades banais do dia a dia - *"Eu consumo para fazer algumas coisas, percebes? Caso não consumisse ia fazê-las na mesma, talvez com não tanto prazer"* (sexo masculino, 29 anos).

Da mesma forma, o uso da *cannabis* parece, para alguns indivíduos, vir colmatar aspetos que estão ausentes das suas vidas. Esta substância parece, assim, cumprir uma função terapêutica de preencher uma lacuna a nível emocional ou psicológico, como se de um fármaco se tratasse. A propósito do haxixe, é referido numa das entrevistas - *"Mas eu sei que há uma falta muito grande de alguma coisa, estás a ver? Que isto [o haxixe] está a suprir de alguma maneira [...]"* (sexo feminino, 24 anos)

Constatamos ainda que o seu uso está banalizado e é transversal a diversos contextos, com características muito distintas - *"Consumo com amigos, ou à porta de um café com os copos ou em casa e com copos ou em casa antes de ir dormir dou uma passinha [...]"* (sexo feminino, 24 anos). A diversidade de contextos espelha-se na amplitude de ambientes preferenciais de consumo: se, por um lado, há sujeitos que o associam a um ato social, outros consideram que o consumo desta substância deve ser feito em ambientes intimistas ou socialmente isolados.

Independentemente do tipo de contexto de eleição para o uso desta substância é comum à maioria dos indivíduos da amostra o facto de não atribuírem um significado específico e intenso ao uso da *cannabis*. De facto, talvez por se tratar de um ato rotineiro, vemos surgir uma desvalorização do significado destes consumos, como se, ao contrário do que acontece com outras substâncias, os indivíduos nunca tivessem refletido seriamente acerca destes consumos - *"É mais uma rotina minha, percebes? Inquestionada"* (sexo feminino, 24 anos).

Os significados que, mesmo assim, emergiram são quase sempre negativos por estarem relacionados com a dependência desta substância e com os seus efeitos a longo prazo. Alguns sujeitos reconhecem que a correta gestão da frequência de consumos dificilmente é alcançada e que, a determinada altura, sentem efeitos indesejáveis relacionados sobretudo

com as dimensões da memória e concentração - *“Eu queria sempre acreditar e provar para mim própria, para mim mesma que eu conseguia controlar. Nunca conseguia”* (sexo feminino, 24 anos).

COCAÍNA: “EM BASE, MUITO, MUITO RARO (...) DÁ MUITO TRABALHO E É POUCO CHIQUE”

A cocaína, mais do que qualquer outra substância analisada, parece ser um fator de ligação entre indivíduos com características absolutamente distintas e transversal a contextos que nada têm em comum, muitas vezes situados nos polos opostos degradação-divertimento.

A forma como a substância é ingerida parece ser a grande característica diferenciadora do tipo de significado atribuído à sua vivência. Por um lado, temos a cocaína fumada e injetada, a associação com o uso de heroína, os ambientes degradados, a toxicodependência; por outro, a cocaína inalada ou sniffada, o divertimento, as festas e a não problematização. Para ilustrarmos esta ideia, podemos ver como dois indivíduos da amostra significam de forma tão distinta a sua experiência com a cocaína. Um dos sujeitos, com um passado de consumos problemáticos em que a injeção era uma das formas de consumo utilizadas, associa à cocaína os seguintes episódios - *“Uma depressão, fui para a clínica, roubei dinheiro, perdi um ano inteiro de vida na clínica”* (sexo masculino, 26 anos).

Por outro lado, um dos sujeitos que apenas consumiu cocaína recreativamente e que não descreveu um padrão de consumo problemático, é capaz de centrar o seu discurso nos aspetos positivos da substância, neste caso referindo-se à sua associação com álcool - *“Conseguimos tirar do álcool só aquilo que ele tem de bom, que é aquela euforia, mas o corpo deixou de andar mole e então foi aquela combinação: a euforia e o relax da mente do álcool, com a potência da cocaína. Foi o ponto de partida...”* (sexo masculino, 35 anos).

De uma forma geral, o ato de fumar cocaína com o auxílio de papel de prata é associado a consumos problemáticos da substância distanciados da dimensão recreativa. Ao contrário, o *snif* desta substância surge ligado a um meio não degradado, de divertimento e de quase normatividade. A cocaína, como tão bem explica um dos sujeitos, surge assim como uma droga não exclusiva de um contexto ideal, ou de um grupo específico de indivíduos - *“A cocaína é mais fácil... todos os contextos. Já estive na residência universitária, já estive [...] no mesmo sítio em que consumia heroína, já estive... é diferente... já estive em bares”* (sexo masculino, 26 anos).

Associadas à cocaína estão sensações de maior resistência, maior autoconfiança e mais energia física. Por isso, os sujeitos atribuem ao consumo de cocaína a ideia de prolongamento da diversão, eliminação dos sintomas físicos de cansaço e sensação de bem-estar geral - “[...] *basicamente dá-me mais confiança, acho que é isso... torna-me mais enérgico, com vontade de fazer tudo e mais alguma coisa*” (sexo masculino, 27 anos).

ALUCINOGÊNIOS: “O PODER ASSUSTADOR DA EXPERIÊNCIA”

Os significados atribuídos ao LSD parecem estar relacionados com os efeitos intensos e inesperados percebidos após a toma desta substância. Estes efeitos parecem não ser agradáveis para a maioria dos indivíduos e talvez por isso se assista a um discurso de receio e a uma atitude de controlo em relação à frequência dos consumos. Também a possibilidade de ocorrência de uma bad trip, juntamente com o tempo longo de duração dos efeitos, parece dissuadir os sujeitos a fazer tomas frequentes desta substância - “[...] *queria controlar-me e não conseguia, estás a ver? [...] estive no chão a olhar para as estrelas durante horas até me conseguir pôr de pé e sair dali para um sítio mais calmo. Só ao fim de doze horas é que comecei a melhorar*” (sexo masculino, 20 anos).

A junção destes fatores faz com que alguns sujeitos optem por consumir LSD em locais escolhidos propositadamente para o seu uso e que, por apresentarem características específicas que evitam o surgimento dos efeitos negativos, são vistos como ideais para o seu consumo. Falamos de espaços abertos, ligados à natureza e de um grupo restrito de pessoas, afastados da euforia que aparece de forma comum associada às restantes drogas - “*Cheguei àquela conclusão que é uma droga muito forte para mandar em festas de trance [...] Começo a perder completamente a noção onde estou e então passei a mandar com duas, três pessoas no máximo. Em espaços livres, montes, para que o consumo não tenha tantos aspetos negativos*” (sexo masculino, 20 anos).

Os significados positivos emergem principalmente quando ao LSD são associados momentos de intensa alegria e de experiências sensoriais fortes - “*Um dos efeitos foi a sensação de sair do meu próprio corpo e ver-me de cima, outro foi de fundir com o chão, com a terra [...], no dia seguinte, quando acordei, tive a sensação que foi das coisas mais importantes da minha vida porque achava que tinha entendido a essência do universo [...]*” (sexo masculino, 33 anos).

Em relação aos cogumelos alucinogénios podemos ver que surgem com mais frequência significados de cariz positivo e descrições do efeito menos expressivas do que no caso do LSD. A experiência de consumo de cogumelos alucinogénios é descrita como sendo menos intensa do que no caso dos “ácidos”, embora surjam também descrições de intensificação sensorial e de perda de noção temporal. O conceito de *bad trip* parece não surgir como uma preocupação no que diz respeito aos cogumelos alucinogénios. Um dos indivíduos descreve a sua experiência com esta droga da seguinte forma - *“Bastante positiva porque é um bocadinho aquilo que falei dos ácidos, mas não tão pesado... é sem dúvida das boas experiências que tive”* (sexo masculino, 33 anos).

O VAZIO DE SIGNIFICADO DA KETAMINA

Não foi encontrado, no discurso dos indivíduos, qualquer significado positivo em relação ao uso de Ketamina. De facto, para além dos significados de cariz negativo, apenas a descrição das sensações físicas intensas proporcionadas por esta substância surgem com alguma expressão na análise dos dados. Esta é, para a maioria dos sujeitos, uma substância cujo significado não se insere de forma especial no seu historial de consumos e não parece ter uma importância relevante quando comparada com a experiência de consumo de outras substâncias.

As experiências negativas relatadas com esta substância estão quase sempre relacionadas com as propriedades anestésicas da mesma, que provocam alterações nas capacidades de locomoção, impedindo muitas vezes os sujeitos de caminhar. Surge a ideia de que esta substância encerra um vazio de conteúdo, que em nada enriquece a experiência dos indivíduos - *“Uma pessoa perde o controlo do corpo, [...] caís a torto e a direito, estás sempre a cair [risos], não te equilibras direito e fazes assim umas figuras um bocado tristes e por isso é que... já não acho muita piada”* (sexo masculino, 23 anos). *“É a prova de que às vezes a droga vale por si... e por outro lado não vale por nada...”* (sexo masculino, 29 anos).

MDMA E ECSTASY: “ENERGIA E FELICIDADE ACIMA DE TUDO”

Para muitos indivíduos, o ecstasy surge associado a uma dimensão de dependência que parece, no entanto, não apresentar as mesmas características do conceito de dependência associado ao consumo de heroína ou mesmo de cocaína. Neste caso, a dependência parece surgir a um nível

psicológico ou emocional, não de procura desenfreada do próximo consumo, mas dos sintomas depressivos e da instabilidade emocional entre cada episódio - “[...] talvez uma pequena dependência psicológica de passares a semana já um bocado mais em baixo, mais... talvez à espera da próxima, percebes? [...] Não ficávamos a ressacar nem nada, mas notava-se que às vezes andávamos todos um bocado mais em baixo durante a semana, mas não era uma coisa muito visível” (sexo masculino, 29 anos).

Os efeitos que surgem imediatamente depois do consumo parecem, na maior parte dos casos, desagradáveis. Apesar de serem referidas por alguns sujeitos sensações de felicidade extrema, as consequências físicas negativas (e.g. bruxismo) aparecem com maior expressão e parecem ser relevantes quando se trata de ponderar benefícios e malefícios do consumo de *ecstasy*. Também a impossibilidade de prever qual o conteúdo químico exato de cada pastilha parece ser um fator que leva a que muitos indivíduos não apreciem particularmente o uso de *ecstasy*.

Se o *ecstasy* é consumido pelos indivíduos exclusivamente em contextos recreativos, o mesmo não acontece com o MDMA. Apesar de a maioria dos indivíduos consumir também MDMA em festas ou festivais, surgem neste caso relatos de consumos feitos em períodos after-party ou em casa, com o companheiro ou companheira. De facto, a maior parte dos sujeitos concorda que o MDMA está fortemente ligado à dimensão da intimidade amorosa - “[...] estar em casa com o E. ou sair à noite com ele e depois, beber uns copos e depois ir para casa, mandamos aquela merda e estamos lá, na marmelada e tal (risos), fixe, a curtir um com o outro” (sexo feminino, 23 anos).

O MDMA surge também associado a uma dimensão de felicidade, de uma visão mais agradável das coisas, em muito devido aos seus efeitos a nível sensorial - “Claro, as coisas brilham muito mais, torna tudo muito mais bonito. Aposto que aquilo não é tão bonito como eu vi. Ou se calhar é e nós com a nossa «visão não MDMA» não conseguimos ver” (sexo masculino, 29 anos).

ANFETAMINAS: “UMA PESSOA TEM MESMO QUE ESTAR EM MOVIMENTO”

O discurso acerca das anfetaminas ou speed parece diluir-se no discurso acerca de outras substâncias como a cocaína e o MDMA, ocupando um lugar pouco central. Muitas vezes, as anfetaminas são vistas como uma alternativa mais barata ao consumo de MDMA e com efeitos que podem ser considerados semelhantes. De qualquer forma, não lhe são atribuídos significados importantes, na medida em que as anfetaminas, tal como

acontece com a ketamina, parecem não ocupar um lugar de destaque no historial de usos de drogas dos sujeitos. O que parece ser unânime entre os sujeitos consumidores de anfetaminas é o facto de surgir uma tendência para fazer consumos abusivos desta substância e de o seu uso provocar danos inevitáveis nos indivíduos - *“O problema é que as pessoas que consomem ficam um bocado dementes! Não ficam boas da cabeça, queima muito a cabeça!”* (sexo masculino, 35 anos).

OS POPPERS E A SEXUALIDADE

No caso dos *poppers*, vemos surgir um significado muito específico que está, invariavelmente, ligado à sexualidade. Apesar de esta ser uma substância a que os indivíduos não atribuem relevância especial no total do seu historial de consumos, é evidente a referência aos seus efeitos afrodisíacos - *“[...]poppers encaixa um bocado nisso, é o uso de drogas para a sexualidade. Porque não dá propriamente uma moca, dá uma moca de um minuto [...]. Depois acaba, para, deixa-te é com uma profunda excitação sexual [...] acho que o poppers me fez um bocadinho esta ligação ou pelo menos está incluído nessa relação sexual do ser humano com as drogas”* (sexo masculino, 29 anos).

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os consumos dos participantes neste estudo acompanham, de forma geral, as tendências atuais de usos de drogas nível nacional e internacional. Os resultados que encontramos vão de encontro às conclusões do Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (2011) e do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias na População Portuguesa (2007) que apontam a heroína como uma das drogas com menor prevalência de consumo. Da mesma forma, vemos que os consumos dos participantes neste estudo se elevam no que diz respeito ao ecstasy, uma tendência que também é mencionada por estas fontes.

Neste estudo, e apesar de a amostra reunida ter em comum a predominância de uma relação recreativa e não-problemática com uma ampla variedade de SPA, regista-se ainda uma presença acentuada do discurso sobre a heroína. Essas referências enfatizam a associação ao consumo problemático evocado como uma experiência passada, à semelhança do que aconteceu em estudos anteriores sobre o consumo problemático entre utilizadores socialmente diferenciados (e.g. Fernandes y Carvalho, 2003). No estudo realizado por Fernandes e Carvalho (2003), a possibi-

lidade de ver ultrapassada a experiência da toxicodependência parecia estar claramente associada à origem socio-económica e à rede de suporte social daí decorrente. Essa dinâmica parece-nos presente também entre os participantes da nossa amostra e poderá explicar os significados específicos que surgem associados a esta substância. Efetivamente, a heroína é entendida pelos indivíduos como uma droga com características diferentes de todas as outras. São-lhe atribuídos, invariavelmente, significados marcadamente negativos que fazem também com que ela surja referida nos momentos centrais do percurso de vida dos sujeitos que com ela tomaram contacto. A esta substância são associados sobretudo significados de intensa degradação física, psicológica e social, também coincidentes desse ponto de vista com aqueles encontrados por Fernandes e Carvalho (2003) e por Fonte e Manita (2003).

Carvalho (2007), no seu estudo sobre o consumo de substâncias psicoativas em ambientes recreativos, chama também a atenção para a grande diferença que os atores juvenis identificam entre si e a figura do heroínómano de rua. Por tudo isto, encontramos a heroína num polo oposto a todas as outras substâncias e associada, como nos diz um dos sujeitos, a “um ambiente mais pesado” que nada tem de comum com o significado que é atribuído às restantes drogas.

Também a transversalidade e elevada frequência de consumos de cannabis presentes na amostra parecem não contrariar a evolução histórica dos consumos desta substância (García y Sánchez, 2006) e as estatísticas oficiais que nos dizem que a cannabis continua a ser a droga ilegal mais consumida no mundo e que o seu uso se situa especificamente numa camada jovem adulta da população (OEDT, 2011). Muitas vezes, ao longo da nossa análise de dados, fica a ideia de que a cannabis é fumada pelos sujeitos como se de tabaco se tratasse, até porque a sua disponibilidade parece estar verdadeiramente disseminada.

O facto de o consumo de *cannabissurgir* de modo tão transversal na experiência dos participantes e do seu uso ser percebido como ‘vulgarizado’ reforça a tese de que o padrão de uso de SPA entre jovens na atualidade encoraja uma interpretação do fenómeno próxima da tese da normalização (Parker, Aldridge y Measham, 1998).

Salientamos ainda a forma como a cocaína figura com grande expressão entre todas as drogas presentes na amostra afastando-se do tipo de significado que é atribuído à heroína. Na nossa amostra, e associados ao

consumo de cocaína, surgem significados de lazer e divertimento muito diferentes daqueles associados à heroína. A exceção surge quando são referidas experiências com cocaína fumada e consumida em conjunto com heroína: aqui os significados passam a ser, tal como para a heroína, negativos.

Relativamente às drogas menos comuns (e.g. LSA, Kratom), a escassez de significados que emergem através do discurso dos sujeitos, deixa claro que estas substâncias ainda não encontraram o seu “lugar cultural” no meio da população juvenil. Embora não saibamos se alguma vez estas vão ocupar um lugar tão destacado como as drogas que considerámos principais, aspetos relacionados com a sua acessibilidade e formas de preparação e ingestão fazem prever que não. Percebemos, porém, que o estudo oferece dados sobre as significações associadas a SPA relativamente às quais a literatura corrente é particularmente escassa. Esse é o caso não só destas SPA que acabámos de referir, como também da cocaína ou do LSD, por exemplo. Mais investigação é necessária para perceber e aprofundar o conhecimento sobre práticas e dinâmicas que rodeiam o uso e suas motivações. Este investimento é particularmente necessário se atendermos a que a experiência juvenil de consumo, na atualidade, apresenta a diversidade e o policonsumo como características centrais que tornam necessária a valorização de uma ampla gama de produtos.

Uma das limitações que podemos assinalar neste estudo é o facto de algumas cadeias desenvolvidas através do método *snowball* não terem evoluído para além do primeiro nível, o nível zero. Seria prioritário, numa eventual continuação do estudo, a tentativa de reativação dessas cadeias ou a opção por formar cadeias em que a progressão por mais níveis estivesse assegurada. O facto de as cadeias terem, como se esperava, progredido através de indivíduos com características socio-culturais semelhantes pode ser apontado como outra limitação. Seria pertinente, em estudos posteriores, desenvolver cadeias de contacto que assegurassem maior variabilidade entre os indivíduos (e.g. no grau de escolaridade e nos interesses), nomeadamente através do estabelecimento de contactos com indivíduos pertencentes a subculturas ou grupos sociais diferentes entre si. O olhar que está a ser produzido sobre as significações e experiências de consumo das diversas SPA a partir dos nossos dados está a surgir de um ponto de vista acentuadamente individual, o que torna útil um investimento de outros estudos visando aprofundar o conhecimento

sobre a questão da integração soio-cultural no processo de produção e atribuição de significados.

No final deste estudo, apercebemo-nos de que o uso de drogas parece surgir invariavelmente associado à necessidade de uma identificação e partilha de experiências que são comuns a determinado grupo de indivíduos: trata-se do processo de adesão a um código cultural pré-existente que havíamos referido. A heroína é exceção mais uma vez, parecendo existir, no seu caso, um “vazio cultural”. Parece que o consumo desta substância representa a quebra total dos vínculos sociais e culturais que estão associados aos outros consumos. Salientamos, neste processo de identificação com um padrão ou código cultural de consumo, a especificidade do significado que é atribuído a cada substância. Num panorama de práticas de consumo caracterizado pela mutação constante, vemos que a escolha de determinada droga parte, em primeiro lugar, do significado que o próprio sujeito lhe atribui e da dimensão que este sujeito procura alcançar ao consumir. O estudo permite perceber, nomeadamente nos casos específicos da cannabis e da cocaína, que uma grande diversidade de perfis, contextos e motivações estão a rodear o comportamento associado à sua utilização, que é comum a vários participantes. Reforçámos, deste modo, a ideia de que o estudo das significações encoraja a compreensão da forma como comportamentos de configurações aparentemente comuns, têm na verdade associadas motivações potencialmente muito variadas (Manita et al., 1997).

Existe uma consideração que pode ser desenvolvida a respeito das implicações dos dados para a questão do risco, que é, como vimos, uma dimensão central da literatura que se tem dedicado ao estudo das significações associadas ao consumo. O nosso estudo coloca em evidência que as dificuldades e os riscos potencialmente associados ao consumo não se podem balizar pela centração nas SPA de uso mais frequente. Se tomarmos, por exemplo, o caso do uso do LSD percebemos que apesar de configurar uma experiência excecional, traz consigo diversas referências ao risco que emerge de uma má experiência (*bad trip*). Este dado remete-nos também para a necessidade de se desenvolverem estratégias de intervenção focadas na crise que permitam lidar com estes episódios, e que têm um impacto potencialmente muito grave e prolongado sobre a saúde mental dos participantes.

Ainda, e apesar de acedermos às significações de teor mais negativo

que são associadas aos diversos produtos e que informam indiretamente sobre as percepções do risco entre os participantes, não temos evidência sobre como é que os participantes estão a lidar com esta dimensão. Tal constitui-se como uma limitação dos nossos dados para a reflexão sobre as implicações para a intervenção. É útil, assim, um enfoque futuro no estudo dos significados que aprofunde a relação com o risco.

Cremos, com este estudo, ter contribuído para o entendimento do consumidor jovem enquanto produtor de sentido dos seus próprios atos de consumo. Não recusamos a relevância que as entidades estatísticas e abordagens quantitativas possuem na compreensão do fenómeno, mas acreditamos que é ao ouvir os consumidores que esta compreensão fica completa. Trata-se de dar voz àquele que é o principal ator da dinâmica de consumo de drogas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Agra, C. (1993). *Dizer a Droga, Ouvir as Drogas. Estudos teóricos e empíricos para uma ciência do comportamento adictivo*. Porto: Radicário.
- Agra, M. (2000). *Subjectivação nos Utilizadores de Drogas e Normatividade Terapêutica*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Comportamento Desviante (Toxicodependências) não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Bahora, M., Sterk, C. y Elifson, W. (2009). Understanding recreational ecstasy use in the United States: a qualitative study. *International Journal of Drug Policy*, 20(1), 62-69.
- Balsa, C., Pascueiro, L., Urbano, C. y Vital, C. (2008). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral*. Lisboa: Instituto da Drogas e da Toxicodependência.
- Calado, V. G. (2007). Trance psicadélico, drogas sintéticas e paraísos artificiais. Representações: uma análise a partir do ciberespaço. *Revista Toxicodependências*, 13(1), 21-28.
- Cardoso, S. y Manita, C. (2004). Mulheres toxicodependentes - o género e a desviância. *Revista Toxicodependências*, 10(2), 13-25.
- Carvalho, M.C. (2008). *Guião de História de Vida e Usos de Drogas*. Porto: Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa. (não publicado).

- Carvalho, M. C. (2007). *Culturas Juvenis e Novos Usos de Drogas em Meio Festivo: o trance psicadélico como analisador*. Porto: Campo das Letras.
- Cruz, O. y Machado, C. (2010). Consumo não-problemático de drogas ilegais. *Revista Toxicodependências*, 16(2), 39-47.
- Díaz, A. (1998). *Hoja, Pasta, Polvo y Roca. El consumo de los derivados de la coca*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Escotado, A. (1992). *Para una fenomenología de las drogas*. Madrid: Mondadori.
- Fernandes, L. y Carvalho, M. C. (2003). *Consumos Problemáticos de Drogas em Populações Ocultas*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Fernandes, L. y Carvalho, M. (2000). Por onde anda o que se oculta: o acesso a mundos sociais de consumidores problemáticos de drogas através do método snowball. *Revista Toxicodependências*, 6(3), 17-28.
- Fernandes, E. y Maia, A. (2001). Grounded Theory. In E. Fernandes y L. Almeida (Eds.). *Métodos e Técnicas de Avaliação: contributos para a prática e investigação psicológicas*. Braga: Universidade do Minho.
- Fonte, C. y Manita, C. (2003). Consumos de Drogas em Estudantes da Universidade do Minho: Construções de Significados. *Revista Toxicodependências*, 9(3), 61-74.
- García, E. C. y Sánchez, J. P. (2006). Una revisión histórica sobre los usos del cannabis y su regulación. *Salud y drogas*, 6(1), 47-70.
- Gourley, M. (2004). A subcultural study of recreational ecstasy use. *Journal of Sociology*, 14(1), 59-73.
- Hansen, D., Maycock, B. y Lower, T. (2001). 'Weddings, parties, anything...', a qualitative analysis of ecstasy use in Perth, Western Australia. *International Journal of Drug Policy*, 12, 181-199.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) – Núcleo de Estatística (2011). *Relatório Anual-2011: A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.
- Manita, C., Negreiros, J., Agra, C. y Guerra, P. (1997). *Planos existenciais droga-crime*. Lisboa: GPCCD.
- Martí, O. (2000). El fenómeno de la dependencia: Su carácter poliédrico y su inserción en la dialéctica biología/cultura. In Grup Igia (2000). *Contextos, Sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Pla d'Acció sobre drogues de Barcelona (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción).
- Matos, R. (2008). *Vidas Raras de Mulheres Comuns – Percursos de Vida, Significações do Crime e Construção da Identidade em Jovens Reclusas*. Coimbra: Almedina.

- McAdams, D. (2000). *The Person. An Integrated introduction to personality psychology* (3aEd.). Fort Worth: Harcourt College Publishers.
- McAdams, D. (1993). *The Stories we live by. Personal Myths and the Making of the Self*. Nova Iorque: The Guilford Press.
- McCaughan, J., Carlson, R., Falck, R. y Siegal, H. (2005). From "Candy Kids" to "Chemi-Kids": A Typology of Young Adults Who Attend Raves in the Midwestern United States. *Substance Use & Misuse*, 40, 1503-1523.
- Mendes, F. y Manita, C. (2006). Vivências da abstinência: as significações do uso de drogas ao longo da trajetória de ex-consumidores de drogas duras. *Revista Toxicodependências*, 12(3), 37-48.
- Negreiros, J. y Magalhães, A. (2009). *Estimativa da Prevalência do Consumo Problemático de Drogas - Portugal 2005*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) (2011). *Relatório Anual 2011: A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- Parker, H., Aldridge, J. y Measham, F. (1998). *Illegal Leisure: the normalization of adolescent recreational drug use*. London: Routledge.
- Peele, S. (1980). Addiction to an Experience: A Social-Psychological-Pharmacological Theory of Addiction. In D. Lettieri, M. Sayers y H. Pearson (Eds.). *Theories on Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives* (pp. 142-146). Washington: U.S Government Printing Office.
- Tinoco, R. (2000). *Vivências de si na toxicodependência. Análise qualitativa de relatos de heroinómanos recolhidos em meio institucional*. Dissertação de Mestrado em Psicologia não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Trigueiros, L. y Carvalho, M. C. (2010). Novos usos de drogas: um estudo qualitativo a partir das trajetórias de vida. *Revista Toxicodependências*, 16(3), 29-44.

TRATAMIENTO PSICOSOCIAL DE LAS ADICCIONES BASADO EN EL MODELO MATRIX EN UN CENTRO PÚBLICO: UN ESTUDIO PILOTO

PSICHOSOCIAL ADDICTIONS TREATMENT BASED ON MATRIX MODEL IN A PUBLIC CENTER: A PILOT STUDY

Jesús Martí Esquitino¹, José Luis Carballo Crespo², Inmaculada
Cárceles Arnau³, Ana María García Ruíz³ y Rosa María Gómez
Sánchez³.

¹*Fundación para la formación y la investigación sanitarias (FFIS).*

²*Universidad Miguel Hernández de Elche.*

³*Centro de Atención a Drogodependencias de Murcia.*

(Received/Recibido: 10/10/2012

Accepted/Aceptado: 18/12/2012)

RESUMEN

El Modelo Matrix (MM) está recomendado por el Instituto Nacional de Drogas y Abuso de EEUU (NIDA) como uno de los tratamientos efectivos para la adicción a cocaína, sin embargo, todavía no hay estudios en la sanidad pública española. El objetivo fue medir la efectividad del

Correspondencia

Jesús Martí Esquitino

Fundación para la formación y la investigación sanitarias (FFIS).

Camino de las Terreras N°7, Bajo A, Algezares.

CP: 30157

jm.esquitino@gmail.com

tratamiento basado en el Modelo Matrix adaptado a la sanidad pública murciana sobre la calidad de vida percibida, deseo de consumo, consumo real y autoinformado, retención y criterios de dependencia. Se trata de un estudio prospectivo pre experimental pre-post sin grupo control, llevado a cabo en el Centro de Atención a Drogodependencias (CAD) de Murcia, entre Octubre de 2011 y Mayo de 2012 con 9 pacientes consumidores de cocaína. Todos los cuestionarios mejoraron la puntuación, siendo estadísticamente significativos los cambios en criterios de dependencia y nivel de calidad de vida percibido. La retención fue muy alta y el consumo descendió, se concluye que aumenta la retención para los sujetos estudiados respecto de otros estudios, mejora el nivel de calidad percibida, se mantiene la abstinencia y disminuye el craving; así, el tratamiento mejora la gravedad del consumo y la retención en este estudio.

Palabras clave: tratamiento cognitivo-conductual, cocaína, tratamiento grupal, intensivo, ambulatorio.

ABSTRACT

National Institute on Drug Abuse (NIDA) of USA recommends Matrix Model among other effective treatments on addiction to cocaine, however, there is no studies on the spanish public health system yet. The objective was to measure effectiveness of a psychosocial treatment based on Matrix Model, adapted to the murcian public health system on: quality of life, craving, reported and actual use, retention and dependence criteria. Prospective pre-experimental pre-post study with no control group was used, not linked to drug, conducted October, 2011 to May, 2012 at the Center of Attention to Drug Dependency (CAD) in Murcia, among 9 cocaine users. All questionnaires improved their score, changes in dependence criteria and perceived quality of life reached statistical significance. Retention was high, with only one participant lost and general cocaine use decreased or ceased. Retention and quality of life have been improved, abstinence maintained and craving decreased; thus, this treatment reduces addiction severity.

Keywords: cognitive-behavioral treatment, cocaine, group treatment, intensive, ambulatory.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de consumo de cocaína en Europa está entre el 1% y el 3% y España está entre los países en los que más se consume. Según el Observatorio Español sobre Drogas (Plan Nacional Sobre Drogas, 2009) el consumo de la población entre 15 y 64 años se ha estabilizado en los últimos años alrededor del 3% lo cuál es alarmante dado que el consumo de cocaína puede producir alteraciones en las funciones cognitivas superiores como memoria, atención, concentración, aprendizaje, memorias visual y verbal e integración visomotora (Ochoa, Madoz-Gúrpide y Caballero, 2011). Aunque en otras sustancias hay tratamientos farmacológicos específicos (Colme para alcohol Metadona para heroína), no existe ningún fármaco en la actualidad aprobado para evitar el consumo de cocaína.

Los tratamientos psicológicos sí se han mostrado eficaces en el manejo de la adicción a psicoestimulantes, en concreto los cognitivo-conductuales centrados en habilidades de afrontamiento, manejo de contingencias, prevención de recaídas o la aproximación del refuerzo comunitario así como programas más complejos como el Modelo Matrix (MM) o las comunidades terapéuticas (Dutra et al., 2008; National Institute on Drug Abuse, 2010; Pedrero et al., 2008; Rawson et al., 2004), además, estudios recientes concluyen que no se requiere un tratamiento específico para cocaína puesto que los resultados de los tratamientos entre consumidores de estimulantes son similares (Vocci y Montoya, 2009).

Debido a que uno de los mayores problemas de la intervención en consumidores de cocaína es la retención al tratamiento (Stotts et al., 2007), en un principio surgieron diferentes modelos centrados en mejorar la retención, un ejemplo de estos es el MM, que se están complementando en los últimos años con estudios sobre los componentes concretos que mejoran la eficacia terapéutica (Stulz, Gallop, Lutz, Wrenn y Crits-Christoph, 2010).

El tratamiento psicosocial del MM nació en el instituto Matrix de Los Ángeles, California, EEUU, como resultado de la experiencia clínica en los años 80 con el objetivo de hacer frente a la primera oleada de perso-

nas con adicción a la cocaína que hubo en dicha década. Aunque en un principio era denominado como modelo neurobiológico, se fue haciendo más complejo hasta el modelo actual que conocemos como Modelo Matrix (Obert et al., 2000). Se fundamenta en varios pilares: la intervención psicoeducativa respecto a las diferentes sustancias adictivas; un estilo basado en la entrevista motivacional; el apoyo de los grupos de autoayuda (Alcohólicos Anónimos y diferentes grupos de los 12 pasos); la intervención familiar; la intensidad del tratamiento en su inicio; un material y sesiones estructuradas que permiten formación de terapeutas y aplicación reglada de los procedimientos; análisis de orina semanales y como marco teórico un enfoque cognitivo-conductual (Obert et al., 2000). Además, el MM afronta la adicción con la perspectiva de un trastorno mental crónico, en la línea de (Leshner, 1997; McLellan, Lewis, O'Brien y Kleber, 2000).

En concreto, se han encontrado siete constructos principales (Obert et al., 2000) que definen el modelo: (1) establecer una relación terapéutica motivacional, positiva y colaboradora con el paciente; (2) desarrollo de una organización explícita, basada en expectativas realistas; (3) enseñanza psico-educativa a pacientes y familiares; (4) adiestramiento y entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales; (5) refuerzo positivo de conductas deseables; (6) implicación familiar; (7) participación en grupos de autoayuda, y finalmente; (8) monitorización semanal del consumo.

El MM ha sido probado en múltiples estudios en los que se ha visto que los pacientes reducen significativamente el consumo de alcohol y otras drogas, mejoran en los indicadores psicológicos y aumentan la retención al tratamiento hasta en un 38% respecto a otros tratamientos así como hasta un 31% las probabilidades de dar resultados negativos en test de orina (Rawson et al., 1995; Rawson, Huber, McCann, et al., 2002; Rawson, Huber, Brethen, et al., 2002; Rawson et al., 2004; Shoptaw, Frosch, Rawson y Ling, 1997). El NIDA (National Institute on Drug Abuse, 2010) lo recomienda para el tratamiento de sustancias estimulantes por su trayectoria empírica ya que ha sido evaluado y validado en múltiples ocasiones desde sus inicios hasta la fecha (Rawson, 2009).

Dado el recorrido histórico de los tratamientos grupales y las actuales restricciones económicas impuestas por la realidad, se hace indispensable contar con tratamientos psicológicos grupales para los trastornos adictivos con suficiente apoyo empírico, además se persigue aumentar la retención a los tratamientos. El tratamiento del MM cumple con todas las

condiciones. Sin embargo, aunque ha probado su efectividad en diversos contextos y otras culturas (Obert, Rawson, McCann, Ling y Minsky, 2006), no ha sido así en el contexto cultural español en la sanidad pública.

El objetivo principal de este estudio exploratorio es medir la efectividad del tratamiento basado en el MM adaptado a la sanidad pública murciana sobre la calidad de vida percibida, deseo de consumo, consumo real y autoinformado, retención y criterios de dependencia.

Las hipótesis principales son: (a) Los pacientes en este tratamiento intensivo grupal reducirán significativamente su consumo de cocaína y otras sustancias, incluido el alcohol; (b) Los pacientes tendrán, al final del tratamiento, una mejoría clínica en su calidad de vida percibida; (c) Los pacientes reducirán su deseo de consumo; (d) Al finalizar el tratamiento, los pacientes cumplirán un menor número de criterios de dependencia.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Los sujetos del estudio fueron nueve pacientes que consultaron por consumo de cocaína en el CAD de Murcia desde Octubre de 2011 a Febrero de 2012, ambos incluidos. El 77,8% (7) eran hombres con una media de edad de 34,55 (DT=6,167) años. El 44,4% eran solteros (n=4) con estudios básicos (77,8%, n=7) y trabajaban en el sector servicios (77,8%, n=7).

Todos los participantes cumplieron los criterios de inclusión: (a) Mayor de 18 años, (b) abuso y/o dependencia de estimulantes como droga de elección, (c) primeras visitas al centro o reacogidas, (d) nivel cultural de EGB al menos, (e) voluntad de acudir a tratamiento intensivo grupal durante 4 meses. Y los criterios de exclusión: (a) Mayor de 60 años, (b) patología dual (esquizofrenia, trastorno de personalidad grave, trastorno bipolar, depresión mayor), (c) consumidor de heroína, (d) intentos previos de tratamiento sin abstinencia mayor de 6 meses, (e) inteligencia límite o retraso mental, (f) pacientes derivados a tratamiento por orden judicial. Los criterios elegidos responden a la necesidad de tener una muestra homogénea con nivel cultural mínimo para trabajar el material escrito y con pocas variables extrañas como comorbilidades comunes o procesos judiciales, dado el carácter exploratorio del estudio.

Respecto a las características previas del consumo de sustancias de los

pacientes del estudio, todos los pacientes del estudio cumplían los criterios de dependencia de cocaína según DSM-IV-TR (López-Ibor y Valdés, 2002), la edad del primer consumo de alcohol fue de 16,33 años (1,8), que está por encima de la media actual en España, el número de años que han consumido regularmente, con una frecuencia igual o superior a tres veces por semana se situó en 4,78 (3,96) y el número de años en los que estas tres o más veces por semana han supuesto cinco o más bebidas alcohólicas cada día fue de 1, asimismo, la edad media del primer consumo de cocaína y marihuana se situó en 21,78 (4,94) y 18,71 (4,89) años respectivamente y el número de años de consumo regular tanto de cocaína como de marihuana fue de 4,11 (3,78) y 1,44 (2,45) respectivamente (ver Tabla 1).

Tabla 1. Datos de historia de consumo de alcohol, cocaína y marihuana

	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Edad primer consumo Alcohol	16,33	1,803	13	19
Años =>3v/s Alcohol	4,78	3,962	0	10
Años 5/4 =>3 v/s Alcohol	1	2	0	5
Edad primer consumo (Marihuana)	18,71	4,889	15	29
Años consumo => 3 veces por semana (Marihuana)	1,44	2,455	0	7
Edad Primer consumo (Cocaína)	21,78	4,944	15	28
Años consumo => 3 veces por semana (Cocaína)	4,11	3,48	0	10

VARIABLES E INSTRUMENTOS

Se utilizaron una serie de cuestionarios, pruebas objetivas y una entrevista para valorar las siguientes variables:

- *Variables relacionadas con el consumo*: Se valoró la gravedad de la adicción, el consumo autoinformado, el consumo mediante análisis de orina, los criterios de dependencia de la cocaína y el deseo de consumo (craving). *La gravedad de la adicción* se midió principalmente con la subescala de drogas del ASI6, que ha probado niveles aceptables de validez concurrente, fiabilidad test-retest y predicción de la retención según gravedad de la adicción, y se acepta como un instrumento válido y sensible al cambio terapéutico (Cacciola, Alterman, Habing y McLellan, 2011; Díaz Mesa et al., 2010). Se utilizó la *subescala de drogas*, en la que el paciente da una

estimación de las características de su consumo de diferentes sustancias, incluido alcohol tanto en el último mes como en los últimos seis meses respecto a su frecuencia e intensidad. Se entiende que a mayor número de sustancias consumidas, mayor será la gravedad de la adicción.

Por otro lado, se realizaron 2 análisis de orina semanales durante los cuatro meses de tratamiento como *medida objetiva del consumo* para corroborar los datos autoinformados del ASI6 (Bobes et al., 2007).

Los criterios de dependencia, que también son un indicador de la gravedad de la adicción, se midieron a través de una versión modificada del cuestionario AUDADIS (Ruan et al., 2008), adaptado para cocaína, que recoge los criterios diagnósticos de abuso y dependencia para sustancias del DSM-IV-TR. Se diagnostica dependencia de la sustancia si se cumplen 4. En total la escala cuenta con 7 ítems de dependencia más 4 de abuso, los ítems están formulados en formato afirmativo y se responde sí o no a cada uno; el cuestionario ha probado su eficacia en numerosos estudios y muestra en su formato original una validez y fiabilidad altas en diferentes culturas, tanto en población clínica como general (Canino et al., 1999; Hasin, Carpenter, McCloud, Smith y Grant, 1997; Pull et al., 1997; Ustün et al., 1997).

Por último, el deseo de consumo o *craving* se midió a través del cuestionario de Craving de Weiss (Weiss et al., 1997) que no tiene validación en castellano pero es un buen indicador del deseo del paciente en momentos concretos y puede predecir la probabilidad de consumir en el siguiente día (Weiss et al., 2003). Consiste en una escala de 5 ítems sobre el deseo de consumir en las últimas 24 horas cuya puntuación total varía de 0 a 45 (de 0 a 9 por ítem).

- *Calidad de vida percibida*: El nivel de calidad de vida percibido en las últimas dos semanas se midió con el cuestionario WHOQOL-BREF, versión reducida del desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Skevington, Lotfy y O'Connell, 2004) y se compone de 26 ítems divididos en 4 dominios: (a) Dominio 1. Salud física; (b) Dominio 2. Salud Psicológica; (c) Dominio 3. Relaciones Sociales y (d) Dominio 4. Entorno físico. Los ítems se puntúan de 1 a 5.

- *Retención al tratamiento*: Por último, se evaluó la retención mediante hojas de registro de asistencia a las sesiones.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

El tratamiento basado en el MM pertenece al ámbito de las intervenciones terapéuticas cognitivo-conductuales de tipo grupal ambulatorio, con grupos de 4 a 12 personas. El objetivo principal del tratamiento es la retención dado que en las adicciones hasta el 40% de los pacientes abandona el tratamiento (McLellan, 2002). Además se persigue la abstinencia de sustancias y la mejora de la calidad de vida. Por todo ello el enfoque del tratamiento tiene un estilo de entrevista motivacional, evitando la confrontación con los pacientes.

El MM es un de tratamiento complejo que tiene 3 componentes principales: (a) el grupo de Habilidades de Recuperación Temprana (HRT), que cuenta con 8 sesiones, dos por semana, y está pensado para los pacientes que llevan poco tiempo en abstinencia; las sesiones son sencillas, orientadas al conocimiento de las habilidades básicas para no consumir; conceptos sencillos como el de “disparador”, que se trabajan en periodos de 45 minutos en grupos pequeños de 4 a 8 personas. Se tiene en cuenta que tras el cese del consumo de cocaína algunas funciones cognitivas como la atención y la memoria requieren de un tiempo mínimo de un mes para recuperarse. (b) el grupo de Prevención de Recaídas (PR) está compuesto por 32 sesiones de 90 minutos cada una repartidas también en 2 días por semana por lo que llega hasta el cuarto mes. Aquí los grupos son más numerosos, de 8 a 12 personas, dado que durante los cuatro meses se pueden juntar los pacientes de cuatro grupos de HRT en el mismo grupo de PR. (c) el grupo educativo de familias (FAM), que tiene como objetivo facilitar al entorno social del paciente la comprensión de su proceso, mejorando las relaciones con su entorno, haciendo más fácil su recuperación. Este grupo está originalmente compuesto por 12 sesiones semanales pero en la adaptación para esta intervención se han realizado 10. A dichas sesiones están invitados tanto los pacientes como cualquier familiar o persona cercana que esté implicada activamente en su recuperación (Zarza González et al., 2011a, 2011b, 2011c).

PROCEDIMIENTO

Se utilizó un diseño pre-post sin grupo control, no ligado a fármaco, donde la intervención y las evaluaciones fueron llevadas a cabo por el investigador. El procedimiento se dividió en cuatro fases:

Fase I: Selección de la muestra. Tras la aprobación del proyecto por el Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC) del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia (HGURS), se comenzó con la selección de participantes. Se aceptaron para este trabajo los pacientes que acudieron y fueron evaluados entre octubre de 2011 y febrero de 2012. Los pacientes vinieron derivados por su Médico de Atención Primaria (MAP), una vez en el centro, Enfermería de Salud Mental realizó una entrevista y recogida de datos y les dio cita con Psicología Clínica, Psiquiatría y Trabajo Social. Bien su psiquiatra o su psicólogo clínico de referencia los derivaron al grupo siguiendo los criterios de inclusión y exclusión.

Fase II: Evaluación pretratamiento. Los pacientes se citaron tras la derivación para la primera valoración (PRE). Se realizó una primera entrevista individual en la que se proporcionó primero una hoja de información, consentimiento y confidencialidad al paciente, después se realizaron las pruebas descritas en el apartado de variables e instrumentos. Tras la entrevista se exploró la intención del paciente respecto al tratamiento y se le informó de las características básicas del grupo (información que ya estaba en la hoja que se llevaban a casa). Tras la corrección de las pruebas se hizo un informe de devolución y que se transmitió telefónicamente.

Fase III: Intervención. Una vez dentro del grupo, iniciaron tratamiento la siguiente semana a la evaluación, junto con las analíticas de orina dos veces por semana, que eran realizadas en un baño adaptado a tal efecto, con la supervisión a través de un espejo unidireccional por parte de una auxiliar del centro. Comenzaron en los grupos HRT y PR y más tarde en el grupo FAM (cuando estuvo constituido puesto que no todas las familias están implicadas en el proceso de recuperación de los pacientes). El primer mes (8 sesiones) fueron a tratamiento martes y viernes a HRT y PR, y miércoles a FAM. Tras dicho periodo acudieron solo a PR y FAM. Al finalizar las 10 sesiones de FAM vinieron dos días por semana a PR y al finalizar el tratamiento comenzaron a venir al grupo de apoyo social (seguimiento hasta completar el año).

Aproximadamente a los 2 meses de iniciar el tratamiento tuvieron una entrevista con su psicóloga clínica de referencia en la que se hizo un repaso del estado actual del paciente. Poco antes del cuarto mes realizaron otra entrevista para hacer un balance del tratamiento, de su recuperación y planificar cómo seguir el tratamiento, no se dio ningún alta puesto que en el CAD normalmente se sigue a los pacientes durante al menos un año.

Durante todo este tiempo se fueron registrando los análisis de orina de los pacientes. El número total de sesiones grupales es de 50 y el número de análisis de orina posibles es de 32, dos por semana.

Fase IV: Evaluación postratamiento. Finalmente se realizó una segunda entrevista de valoración POST con las mismas pruebas que en la evaluación PRE.

ANÁLISIS DE DATOS

Para el estudio se obtuvieron primero datos sociodemográficos y se han calculado los estadísticos descriptivos de la muestra, más tarde, a partir de los datos obtenidos de las pruebas pre y post se utilizó la prueba no paramétrica para muestras relacionadas W de Wilcoxon para comprobar las diferencias antes y después del tratamiento. Para todo ello se utilizó el paquete de análisis estadístico PASW versión 18. El nivel de confianza utilizado fue del 95%.

RESULTADOS

En primer lugar, se analizó la efectividad de la intervención sobre el consumo, en la Tabla 2 se presenta el número de consumos informados en el último mes y máxima frecuencia de consumo en los últimos 4-6 meses (en los seis meses anteriores a la evaluación pre y los 4 del tratamiento, post). Se aprecia un claro descenso en el consumo de drogas ilegales (incluidas marihuana y cocaína) y legales (alcohol).

Tabla 2. Perfil de consumo autoinformado pre y post tratamiento

	PRE (n=9)			POST (n=9)		
	Media	DT	Media	DT	Za	P
Consumo alcohol último mes	2	2,693	1,56	1,59	-0,256	,798
Mes de mayor consumo alcohol en últimos 4-6 meses	1,67	1,118	1,11	0,782	-1,186	,236
Consumo marihuana último mes	3,44	9,235	3,33	7,071	-0,272	,785
Consumo cocaína último mes	1,89	3,621	0	0	-1,604	,109

Drogas ilegales último mes	5,22	9,217	3,33	7,071	-1,084	,279
Consumo drogas 4-6 últimos meses	2,78	1,302	0,89	1,269	-2,219	,026

* $p < 0,05$

En segundo lugar se presentan en la Figura 1 los datos objetivos de consumo de los pacientes a lo largo de toda la intervención. El sujeto número 3 no tiene resultados porque no realizó ninguna prueba de orina, el resto realizó al menos el 60% de los análisis posibles. Los datos indican que sólo un 6,5% de los 200 análisis practicados fueron positivos, siendo la media de análisis omitidos de 4,25 sobre 32 (13,2%). De los tres pacientes que dieron positivo en algún test solo uno dio más de un positivo.

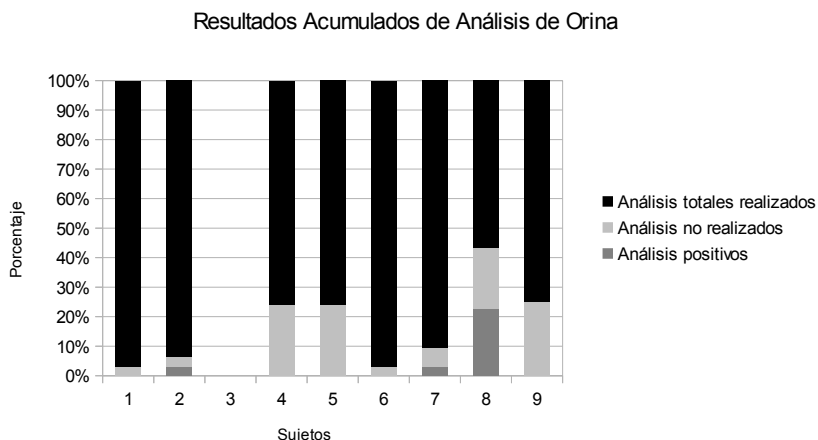


Figura 1. Resultados acumulados de análisis de orina

La Tabla 3 muestra los datos obtenidos en los cuestionarios: AUDADIS, Craving de Weiss y WHOQOL-BREF. Todas las pruebas tienen cambios clínicamente significativos, es decir, todas las puntuaciones mejoran y la potencia del contraste indica que con una muestra mayor los cambios tendrían significación estadística, además, los cambios en los cuestionarios AUDADIS ($Z^a = -2,68$; $p < .05$) y Craving de Weiss ($Z^a = -2,243$; $p < .05$) son estadísticamente significativos y ningún participante cumplía criterios de dependencia al finalizar el tratamiento. Por otra parte, tanto la pun-

tuación total del cuestionario WHOQOL-BREF ($Z^a=-2,243$; $p<.05$) como los dominios 1 (salud física) y 2 (salud psicológica) obtuvieron cambios estadísticamente significativos y los pacientes percibieron mejoría en su calidad de vida.

Tabla 3. Diferencias en calidad de vida, dependencia y deseo pre y post

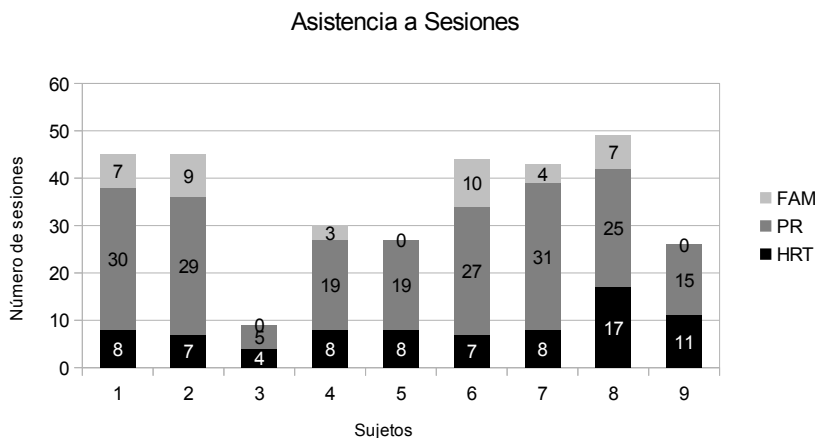
	PRE		POST		Za	P
	Media	DT	Media	DT		
AUDADIS	5,56	1,424	1,11	0,333	-2,68	,007*
Craving	7,78	5,805	1,67	1,803	-2,243	,025*
WHOQOL-BREF	51,96	11,588	59	8,22	-2,666	,008*
Dominio 1	12,83	2,772	15,24	1,34	-2,316	,021*
Dominio 2	12,74	2,952	14,37	1,703	-2,217	,027*
Dominio 3	12,89	3,771	14,22	3,59	-1,276	,202
Dominio 4	13,5	3,391	15,17	2,291	-1,863	,063

Nota: Dominio 1: Salud física; Dominio 2: Salud psicológica; Dominio 3: Relaciones Sociales; Dominio 4: Entorno físico

* $p<0,05$

Por último, se analizó la asistencia a tratamiento con el objetivo de valorar la retención en el mismo. La Figura 2 muestra el número de sesiones grupales a las que asistieron los participantes, contando con el máximo de 50 totales, 8 en HRT, 32 en PR y 10 en FAM, y contando con que el grupo de familias no era obligatorio. Dos participantes superaron el número de sesiones requeridas para HRT porque junto con los terapeutas, estimaron que era necesario fortalecer algunos conceptos y la estructura que da ese módulo. Solo un participante acudió a todas las sesiones de psicoeducación familiar.

Figura 2. Datos de asistencia de los pacientes a las sesiones de tratamiento



DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio exploratorio fue valorar la efectividad de un tratamiento psicosocial de corte cognitivo-conductual, grupal, en un centro de atención ambulatoria público tomando medidas para ello sobre retención y gravedad de la adicción, reflejadas en la calidad de vida percibida, deseo de consumo, criterios diagnósticos de dependencia, consumo objetivo y consumo autoinformado.

Respecto a las hipótesis, se encuentran resultados dispares. La retención terapéutica es comparativamente superior a la encontrada en estudios con otros tratamientos de la adicción a cocaína cognitivo-conductuales (Dutra et al., 2008; Higgins et al., 1993; Kobayashi et al., 2008; Sánchez Hervás et al., 2008) dado que en nuestro estudio 8 de los 9 pacientes terminaron el tratamiento completo de 4 meses. Uno de los puntos fuertes del tratamiento basado en el MM es su elevada estructuración e intensidad al comienzo, que ayuda a los pacientes a recuperar hábitos de vida saludables y mejora la retención.

Los participantes que estaban abstinentes mantuvieron la abstinencia durante todo el tratamiento y quienes estaban consumiendo redujeron su

consumo no sólo de cocaína, también de alcohol y marihuana. Además, la mayor parte de los pacientes acudieron a más de 40 sesiones de las 50 posibles y todos excepto uno superaron el 50% de las sesiones. Aún teniendo en cuenta el carácter exploratorio del estudio y dado el tamaño de la muestra, podemos comprobar en otros estudios que la tendencia es similar, el tratamiento aumenta la retención hasta en un 38% respecto a otros tratamientos (Rawson et al., 2004), este es un punto fuerte del tratamiento y un punto importante en la atención en la sanidad pública.

Es de esperar que las medidas no bajen mucho en cuanto al consumo del último mes dado que algunos de los pacientes manifestaron antes de empezar el grupo llevar más de un mes de abstinencia. Los pacientes que han seguido el tratamiento grupal tenían en las medidas iniciales índices bajos de consumo de alcohol, marihuana y cocaína por lo que la reducción posterior ha sido pequeña, aunque en algunos casos como en el de la cocaína se ha reducido a cero durante los meses de tratamiento. Desde el punto de vista de las adicciones como trastornos similares en algunos aspectos (adherencia, retención al tratamiento o recurrencia de la sintomatología) a enfermedades crónicas como el asma, la hipertensión o la diabetes, lo esperable es que durante el tratamiento los niveles de consumo se reduzcan o mantengan muy bajos y tras retirar el tratamiento vuelvan algunos de los síntomas, en este caso el consumo. Es decir, lo esperable es que unos niveles que ya están bajos al iniciar el tratamiento se mantengan bajos o se reduzcan mientras dure el tratamiento (McLellan, 2002).

Los resultados del cuestionario de criterios diagnósticos AUDADIS muestran una reducción estadísticamente significativa además de que ningún paciente cumple criterios de dependencia de la cocaína al final del tratamiento, mientras que al inicio todos lo cumplían a pesar de llevar un tiempo de abstinencia, además el cuestionario de craving de Weiss tiene cambios clínicos que no llegan a ser estadísticamente significativos. Estos resultados siguen la línea de otros estudios con el Modelo Matrix (Vocci y Montoya, 2009).

Los resultados en la calidad de vida percibida (WHOQOL-BREF) siguen la misma línea que los del consumo de sustancias. Los pacientes tenían un nivel de calidad de vida percibido más alto que la media de la población general atendiendo a los baremos del cuestionario, a pesar de eso, en conjunto la percepción ha mejorado y las diferencias son estadísticamente significativas incluso en dos de los dominios individuales a pe-

sar de que las puntuaciones PRE eran altas. Los propios sujetos manifestaron que el tiempo de abstinencia había mejorado mucho su vida. Este estudio piloto tiene limitaciones que podrían ser subsanadas en futuras investigaciones. Además de las limitaciones del propio diseño, para este estudio el número de pacientes disponibles ha sido reducido, de modo que una muestra pequeña impide hacer generalizaciones sobre los resultados y contribuye en gran medida a que los cambios clínicos observados no se hayan visto reflejados en la significación estadística de los datos.

Por último, el hecho de que los resultados de las muestras de orina tengan un retraso de una semana respecto a la toma reduce mucho el efecto del refuerzo positivo de la comprobación de la orina limpia de tóxicos y dificulta el trabajo sobre los resultados de tóxicos positivos por lo que el componente de manejo de contingencias no desarrolla todo su potencial.

Para estudios posteriores sería muy recomendable ampliar la muestra a al menos 30 sujetos o cambiar el diseño del estudio e incluir aleatorización y un grupo control equivalente. Sin cambiar el diseño también es posible mejorar este trabajo incluyendo las medidas de seguimiento a un año, en enero de 2013, y cambiar el tipo de análisis de orina, incluyendo tiras reactivas para poder utilizar el refuerzo contingente a la orina, esto previsiblemente mejoraría los resultados (Carroll et al., 2006; Rawson, 2009). Además se pueden flexibilizar los criterios de inclusión y aumentar la validez del estudio.

En conclusión, el estudio indica que el tratamiento es efectivo en la muestra estudiada, reduciendo el consumo de sustancias, previniendo la recaída y mejorando el craving y calidad de vida percibida de los pacientes, y sigue la línea de mejora de la retención en la atención a drogodependencias en la sanidad pública; aporta una primera experiencia de validación del tratamiento Matrix a la cultura española y abre la puerta a futuros estudios que ahonden en las conclusiones; no obstante es muy recomendable ampliar el número de sujetos e incorporar un grupo control equivalente en futuros estudios. Sería interesante incorporar a dichos estudios análisis pormenorizados de los factores que tienen mayor efecto en el tratamiento psicosocial de las adicciones, como ya se está haciendo en algunos trabajos (Aharonovich et al., 2006; Moeller et al., 2001; Siqueland et al., 2004; Stulz et al., 2010).

AGRADECIMIENTOS

Gracias al Dr. José Luis Carballo Crespo por su ayuda en el desarrollo de este trabajo, su orientación y buen humor, al equipo del CAD de Murcia el haber tenido la oportunidad de contribuir a introducir este tratamiento en el centro y lo que he aprendido en el proceso con ellas, a los doctores D. Juan Jiménez Roset y D. Julián Oñate Gómez que hicieron posible el inicio de este camino y que han hecho todo lo que está en sus manos por ayudarme en el proceso y a la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de Murcia (FFIS).

REFERENCIAS

- Aharonovich, E., Hasin, D. S., Brooks, A. C., Liu, X., Bisaga, A. y Nunes, E. V. (2006). Cognitive deficits predict low treatment retention in cocaine dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 81(3), 313-322.
- Becona, E., Cortés, M., Pedrero, E., Fernández, J., Casete, L., Bermejo, M. y Secades, R. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones* (1a ed., Vol. 8). Valencia: Socidrogalcohol.
- Bobes, J., Bascarán, M. T., Bobes-Bascarán, M. T., Carballo, J. L., Díaz Mesa, E., Flórez, G. y García-Portilla, M. P. (2007). *Valoración de la gravedad de la adicción: Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos* (1a ed.). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Cacciola, J. S., Alterman, A. I., Habing, B. y McLellan, A. T. (2011). Recent status scores for version 6 of the Addiction Severity Index (ASI-6). *Addiction*, 106(9), 1588-1602.
- Canino, G., Bravo, M., Ramírez, R., Febo, V. E., Rubio-Stipec, M., Fernández, R. L. y Hasin, D. (1999). The Spanish Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS): reliability and concordance with clinical diagnoses in a Hispanic population. *Journal of studies on alcohol*, 60(6), 790-799.
- Carroll, K. M., Easton, C. J., Nich, C., Hunkele, K. A., Neavins, T. M., Sinha, R. y Ford, H. L. (2006). The use of contingency management and motivational/skills-building therapy to treat young adults with marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 955-966.
- Díaz Mesa, E. M., García-Portilla, P., Sáiz, P. A., Bobes Bascarán, T., Casares, M. J., Fonseca, E. y Carreño, E. (2010). [Psychometric performance of the 6th version

- of the Addiction Severity Index in Spanish (ASI-6)]. *Psicothema*, 22(3), 513-519.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B. y Otto, M. W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 165(2), 179-187.
- Hasin, D., Carpenter, K. M., McCloud, S., Smith, M. y Grant, B. F. (1997). The alcohol use disorder and associated disabilities interview schedule (AUDADIS): reliability of alcohol and drug modules in a clinical sample. *Drug and alcohol dependence*, 44(2-3), 133-141.
- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Hughes, J. R., Foerg, F. y Badger, G. (1993). Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. *The American Journal of Psychiatry*, 150(5), 763-769.
- Kobayashi, O., Matsumoto, T., Otsuki, M., Endo, K., Okudaira, K., Wada, K. y Hirayasu, Y. (2008). Profiles associated with treatment retention in Japanese patients with methamphetamine use disorder: preliminary survey. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(5), 526-532.
- Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278(5335), 45-47.
- López-Ibor Aliño, J. J. y Valdés Miyar, M. (2002). *DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado*. Barcelona: Elsevier Masson.
- McLellan, A T, Lewis, D. C., O'Brien, C. P. y Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 284(13), 1689-1695.
- McLellan, A Thomas. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97(3), 249-252.
- Moeller, F. G., Dougherty, D. M., Barratt, E. S., Schmitz, J. M., Swann, A. C. y Grabowski, J. (2001). The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(4), 193-198.
- National Institute on Drug Abuse. (2010). *Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Institutos Nacionales de la Salud, Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas.
- Obert, J. L., McCann, M. J., Martinelli-Casey, P., Weiner, A., Minsky, S., Brethen, P. y Rawson, R. (2000). The Matrix Model of outpatient stimulant abuse treatment: History and description. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(2), 157-164.
- Obert, J. L., Rawson, R., McCann, M. J., Ling, W. y Minsky, S. (2006). *Matrix Model; Culturally Designed Client Handouts for American Indians/Alaskan Natives*. Los

Ángeles: Matrix Institute.

Ochoa, E., Madoz-Gúrpide, A. y Caballero, L. (2011). Trastornos adictivos con sustancias: Cocaína. En J. Bobes, M. Casas y M. Gutiérrez Fraile (Eds.), *Manual de Trastornos Adictivos* (2a ed., pp. 457-463). Enfoque Editorial, S.C.

Plan Nacional Sobre Drogas. (2009). *Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales. Recuperado a partir de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Domiciliaria2007.pdf>

Pull, C. B., Saunders, J. B., Mavreas, V., Cottler, L. B., Grant, B. F., Hasin, D. S. y Blaine, J. (1997). Concordance between ICD-10 alcohol and drug use disorder criteria and diagnoses as measured by the AUDADIS-ADR, CIDI and SCAN: results of a cross-national study. *Drug and Alcohol Dependence*, 47(3), 207-216.

Rawson, R A, Shoptaw, S. J., Obert, J. L., McCann, M. J., Hasson, A. L., Marinelli-Casey, P. J. y Brethen, P. R. (1995). An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment. The Matrix model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12(2), 117-127.

Rawson, R. A., Marinelli-Casey, P., Anglin, M. D., Dickow, A., Frazier, Y., Gallagher, C. y Galloway, G. P. (2004). A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction*, 99(6), 708-717.

Rawson, R.A. (2009). Treatments for methamphetamine dependence: Contingency management and the matrix model. *Interventions for Amphetamine Misuse*, 7, 83.

Rawson, R.A., Huber, A., McCann, M., Shoptaw, S., Farabee, D., Reiber, C. y Ling, W. (2002). A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59(9), 817-824.

Rawson, Richard A, Huber, A., Brethen, P., Obert, J., Gulati, V., Shoptaw, S. y Ling, W. (2002). Status of methamphetamine users 2-5 years after outpatient treatment. *Journal of Addictive Diseases*, 21(1), 107-119.

Ruan, W. J., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Smith, S. M., Saha, T. D., Pickering, R. P. y Dawson, D. A. (2008). The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV (AUDADIS-IV): Reliability of New Psychiatric Diagnostic Modules and Risk Factors in a General Population Sample. *Drug and alcohol dependence*, 92(1-3), 27-36.

Sánchez Hervás, E., Secades Villa, R., Zacarés Romaguera, F., García Rodríguez, O., Fernández Hermida, J. y Santonja Gómez, F. (2008). Tratamiento psicológico para dependientes a la cocaína en la red sanitaria pública. *Trastornos Adictivos*,

10(4), 275-283.

- Shoptaw, S., Frosch, D., Rawson, R. A. y Ling, W. (1997). Cocaine abuse counseling as HIV prevention. *AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education*, 9(6), 511-520.
- Siqueland, L., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., Connolly Gibbons, M. B., Gallop, R., Griffin, M. y Frank, A. (2004). What aspects of treatment matter to the patient in the treatment of cocaine dependence? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(2), 169-178.
- Skevington, S. M., Lotfy, M. y O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13(2), 299-310.
- Stotts, A. L., Mooney, M. E., Sayre, S. L., Novy, M., Schmitz, J. M. y Grabowski, J. (2007). Illusory predictors: Generalizability of findings in cocaine treatment retention research. *Addictive Behaviors*, 32(12), 2819-2836.
- Stulz, N., Gallop, R., Lutz, W., Wrenn, G. L. y Crits-Christoph, P. (2010). Examining differential effects of psychosocial treatments for cocaine dependence: An application of latent trajectory analyses. *Drug and Alcohol Dependence*, 106(2-3), 164-172.
- Ustün, B., Compton, W., Mager, D., Babor, T., Baiyewu, O., Chatterji, S. y Cottler, L. (1997). WHO Study on the reliability and validity of the alcohol and drug use disorder instruments: overview of methods and results. *Drug and alcohol dependence*, 47(3), 161-169.
- Vocci, F. J. y Montoya, I. D. (2009). Psychological treatments for stimulant misuse, comparing and contrasting those for amphetamine dependence and those for cocaine dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(3), 263-268.
- Weiss, R. D., Griffin, M. L., Hufford, C., Muenz, L. R., Najavits, L. M., Jansson, S. B. y Kogan, J. (1997). Early prediction of initiation of abstinence from cocaine. Use of a craving questionnaire. *The American Journal on Addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*, 6(3), 224-231.
- Weiss, R. D., Griffin, M. L., Mazurick, C., Berkman, B., Gastfriend, D. R., Frank, A. y Barber, J. P. (2003). The relationship between cocaine craving, psychosocial treatment, and subsequent cocaine use. *The American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1320-1325.
- Zarza González, M. J., Botella Guijarro, A., Vidal Infer, A., Ribeiro Do Couto, B., Bisetto Pons, D. y Martí, J. (2011a). *Modelo Matrix: tratamiento ambulatorio intensivo del consumo de sustancias estimulantes. Manual del usuario* (Primera.). Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social.

Zarza González, M. J., Botella Guijarro, A., Vidal Infer, A., Ribeiro Do Couto, B., Bisetto Pons, D. y Martí, J. (2011b). *Modelo Matrix: tratamiento ambulatorio intensivo del consumo de sustancias estimulantes. Manual del terapeuta: sesiones psicoeducativas para usuarios* (Primera.). Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social.

Zarza González, M. J., Botella Guijarro, A., Vidal Infer, A., Ribeiro Do Couto, B., Bisetto Pons, D. y Martí, J. (2011c). *Modelo Matrix: tratamiento ambulatorio intensivo del consumo de sustancias estimulantes. Manual del terapeuta: sesiones educativas para familias* (Primera.). Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

Ejemplos de citación.

a) Para *libros*:

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

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

b) Para *capítulos de libros*:

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

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

c) Para revistas:

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

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

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

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