



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

**FACULTAD DE EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

TESIS DOCTORAL

**EL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A
Y SU RELACIÓN CON LAS CONDUCTAS ADICTIVAS**

DOCTORANDA

GISELE BELMONTE STEIBEL

DIRECTORES DE TESIS

ROSARIO RUIZ-OLIVARES

VALENTINA LUCENA JURADO

CÓRDOBA

2017

TITULO: *El patrón de conducta tipo A y su relación con las conductas adictivas*

AUTOR: *Gisele Belmonte Steibel*

© Edita: UCOPress. 2017
Campus de Rabanales
Ctra. Nacional IV, Km. 396 A
14071 Córdoba

www.uco.es/publicaciones
publicaciones@uco.es



**TÍTULO DE LA TESIS: EL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A Y SU RELACIÓN
CON LAS CONDUCTAS ADICTIVAS**

DOCTORANDA: GISELE BELMONTE STEIBEL

INFORME RAZONADO DE LAS DIRECTORAS DE LA TESIS:

D^a Rosario Ruiz-Olivares Profesora Titular del Departamento de Psicología de la Universidad de Córdoba y D^a Valentina Lucena Jurado profesora asociada del Departamento de Psicología de la Universidad de Córdoba,

INFORMAN:

Que la presente tesis es fruto de un largo proyecto y labor realizadas en el seno del Grupo de investigación HUM-775: Comportamientos de riesgo, salud y seguridad laboral. Ésta reúne las condiciones de calidad científica y de forma necesarias para su presentación y defensa. En un primer momento se hace una descripción teórica de los temas que se abordan en la investigación: las conductas adictivas en jóvenes y su relación con el Patrón de Conducta Tipo A. Así, a lo largo de los 3 primeros capítulos se justifica la necesidad de realizar más trabajos de investigación que relacionen las variables de la personalidad con conductas adictivas de consumo de sustancias como el tabaco, el alcohol, etc. y las conductas susceptibles de ser adictivas: compras, juego, etc. Posteriormente en la parte empírica se exponen los resultados surgidos del planteamiento de los objetivos, expresados de forma ordenada y siguiendo el orden de las hipótesis planteadas. Los resultados tienen una clara aplicación predictiva, ya que se ha podido observar la probabilidad de identificar qué conductas adictivas están más relacionadas con el PCTA o el PCTB. Además, parte de los resultados de esta Tesis se han publicado en la revista *Acción Psicológica*. Por último, es necesario destacar que las conclusiones han sido redactadas de forma parsimoniosa y sintética.

Por todo ello, autorizamos la presentación de esta Tesis Doctoral.
Córdoba 29 de junio de 2017

Firma de las directoras:

Fdo. M. Rosario Ruiz-Olivares

Fdo. Valentina Lucena Jurado

**EL PATRON DE CONDUCTA TIPO A
Y SU RELACIÓN CON LAS CONDUCTAS ADICTIVAS**

**Por
Gisele Belmonte Steibel**

**Tesis presentada como parte de los requerimientos para optar al grado de
Doctor por la Universidad de Córdoba**

**Programa de Doctorado en Psicología Aplicada
Línea de Investigación: Análisis e Intervención Conductual Aplicados a Salud, Seguridad
Laboral, Malos Tratos y Discapacidad**

**Facultad de Ciencias de la Educación
Departamento de Psicología**

**Universidad de Córdoba
2017**

Los resultados presentados en esa tesis han dado lugar a un artículo publicado en una revista de impacto en el campo de la investigación y a dos comunicaciones a congresos internacionales. Las referidas publicaciones son las siguientes:

Steibel, G., Ruiz-Olivares, R, Herruzo Cabrera J. **Patrón de conducta Tipo A y B, y su relación con las adicciones conductuales.** Acción Psicológica. 13: 1, 119-128, junio, 2016.

Steibel, G. B., Herruzo J., Ruiz-Olivares, R. **Comportamentos adictivos com substancias e sem substancias em jovens da Universidade de Córdoba, Espanha.** V Congresso Internacional sobre Drogas e II Seminário de Pesquisa e Extensão sobre Álcool e Drogas: “Drogas Oe Direitos Humanos. São João del Rey, Brasil. Noviembre, 2015.

Lucena, V., Ruíz-Olivares, R., Pino, M. J., Raya, A. F., Sánchez-Guarnido, A. J., Herruzo, C., Belmonte Steibel, G., Herruzo, J., **Internet addiction between university students and non-university youths and its relation with Type A Behavior Pattern: a comparative study. I** International Congress of Educational Sciences and Development. Granada, España. Octubre, 2013.

AGRADECIMIENTOS

Mis profundos y sinceros agradecimientos:

A mis directoras de tesis Rosario Ruiz Olivares y Valentina Lucena, además de Javier Herruzo, por haber apostado y confiado en mí, y por darme la oportunidad de trabajar juntos.

A los compañeros de trabajo del CAPS-AD en el nombre de la coordinadora Neila Bierhals. De forma muy especial a Grabiela Haack y Maria do Carmo Ledesma por la ayuda a cualquier momento, gracias por el apoyo.

Al Gobierno del Estado del Rio Grande do Sul, Brazil, y la Secretaría de Salud, en la persona de Elemar Sand, por propiciarme esa experiencia extraordinaria.

A mis muchísimas amigas y amigos, como Tania, Lirio, Frederico y Dalva por sus palabras y presencias animadoras. A Londero, Dulce y Carlos por su ayuda y amistad.

A mi familia, que ha suportado momentos difíciles de una estudiante de doctorado, a mis padres, Renato y Vilma, por la presencia y soporte constante, a mis suegros, Vera y en especial Paulo (in memoria), por el apoyo y confianza.

A mi hijos Arthur y Paula, de quienes tengo mucho orgullo y cuento con su constante presencia.

A mi esposo Luis Fernando, a quien dedico este trabajo, por el apoyo, cariño, amistad, compañerismo y presencia constante en todos los momentos de mi trayectoria.

A todos, me faltan las palabras para expresar la gratitud que siento.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	1
PARTE I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	4
CAPITULO 1. EL FENÓMENO DE LAS ADICCIONES.....	4
1. EL FENÓMENO A LO LARGO DE LA HISTORIA.....	4
1.1. CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	4
1.2. ADICIONES CONDUCTUALES.....	9
2. ADICCIÓN Y DEPENDENCIA: DOS CARAS DE LA MISMA MONEDA.....	11
2.1. CONCEPTO DE DEPENDENCIA.....	13
2.2. CONCEPTO DE ADICCIÓN.....	15
2.3. SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE DEPENDENCIA Y ADICCIÓN.....	18
2.4. PROBLEMAS DEL USO VARIADO DE LA TERMINOLOGÍA.....	19
2.5. OPCIÓN PARA ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	19
2.6. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TRASTORNO POR ABUSO DE SUSTANCIAS SEGÚN EL DSM-5.....	20
3. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA ADICCIÓN.....	22
3.1. EL MARCO DEL MODELO BIOPSICOSOCIAL.....	27
4. DETERMINANTES PSICOSOCIALES IMPLICADOS EN EL FENOMENO DE LAS DROGODEPENDENCIAS.....	28
4.1. FACTORES DE RIESGO.....	30
4.2. FACTORES DE PROTECCIÓN.....	33
5. CONCLUSIONES.....	34
CAPITULO 2. LAS ADICCIONES EN LOS JOVENES.....	36
1. DROGAS.....	36
1.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS SUSTANCIAS ADICTIVAS.....	36
1.2. CLASIFICACIÓN Y TIPOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	39
1.3. FORMAS DE CONSUMO.....	41
2. COMPORTAMIENTO ADICTIVO EN LOS JÓVENES.....	43

2.1. DATOS EPIDEMIOLOGICOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	49
3. ADICCIÓN A LAS TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN Y DE LA COMUNICACIÓN Y OTRAS ADICCIONES SIN SUSTANCIA.....	55
3.1. ADICCIÓN A LAS TECNOLOGÍAS.....	62
3.1.1. ADICCIÓN A LA INTERNET.....	63
3.1.2. ADICCIÓN AL MÓVIL.....	68
3.2. ADICCIÓN AL JUEGO.....	70
3.3. ADICCIÓN A COMPRAS.....	73
4. ADICCIONES SIN SUSTANCIAS EN JÓVENES.....	76
4.1. DATOS EPIDEMIOLOGICOS DE ADICCIÓN CONDUCTUAL EN JÓVENES.....	77
5. CONCLUSIONES.....	81
CAPITULO 3. PERSONALIDAD Y ADICCIÓN.....	83
1. INTRODUCCIÓN A LA TEORIA DE LA PERSONALIDAD.....	83
1.1. DEFINICIÓN DE PERSONALIDAD.....	84
1.2. TEORIA Y CONCEPTOS RELACIONADOS.....	86
1.3. TEORIA DE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD.....	88
2. LA PERSONALIDAD COMO PREDICTOR	90
2.1. PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A.....	91
2.2. PATRON DE CONDUCTA TIPO B.....	94
3. PERSONALIDAD Y ENFERMEDAD.....	95
4. PERSONALIDAD Y ADICCIONES.....	99
4.1. PERSONALIDAD TIPO A Y ADICCIONES.....	105
5. CONCLUSIONES.....	109
PARTE II. INVESTIGACIÓN EMPIRICA.....	112
JUSTIFICACIÓN.....	112
1. OBJETIVOS.....	114
1.1. OBJETIVOS GENERALES.....	114
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	114
1.3. HIPÓTESES.....	115

2. METODOLOGÍAS.....	116
2.1. PARTICIPANTES.....	116
2.2. INSTRUMENTOS.....	121
2.3. PROCEDIMIENTO.....	122
2.4. DISEÑO.....	123
2.5. ANÁLISIS DE DATOS.....	123
3. RESULTADOS.....	127
PARTE III. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	160
1. DISCUSIÓN.....	160
2. CONCLUSIONES.....	168
PARTE IV. REFERENCIAS.....	172
PARTE V. ANEXOS.....	188

RESUMEN

El Patrón de Conducta Tipo A y su Relación con las Conductas Adictivas

El objetivo principal de esta investigación fue evaluar la posible relación entre el patrón de conducta tipo A (PCTA) en jóvenes de la provincia de Córdoba (España) con la posibilidad de presentar adicciones. Se evaluaron adicciones con sustancias, como tabaco, alcohol, cannabis, tranquilizantes, cocaína y alucinógenos, y adicciones conductuales, como uso abusivo de Internet, juego, compras y teléfono móvil. Se aplicó un diseño prospectivo *expost-facto* y un cuestionario elaborado *ad hoc*, además de otros cuestionarios complementares, como el Test de adicción a las compras, el Test de adicción a Internet de Echeburúa (2003), el Cuestionario Breve de Juego Patológico de Fernández-Montalvo, Echeburúa y Baéz (1997) y algunos ítems sobre el uso del teléfono móvil y el cuestionario de PCTA de Jenkins (1992). Se recogió información de 3815 jóvenes de la provincia de Córdoba (España), con un rango de edad entre los 18 y 29 años. Los resultados revelaron que las diferentes dimensiones del JASE-H (impaciencia, hostilidad, competitividad y sobrecarga laboral) en los jóvenes estudiados están todas significativamente relacionadas al PCTA ($p < 0,05$). Esos jóvenes manifiestan ser los que más consumen tabaco, alcohol, cannabis, tranquilizantes, cocaína y alucinógenos, además de ser los que más compran, juegan, se conectan a Internet y usan el móvil. Se ha verificado mayor riesgo de los jóvenes con PCTA presentar ciertas adicciones que los jóvenes con PCTB. Para poder incluir en el análisis a la mayoría de los participantes se optó por realizar un análisis de Clúster a partir de las variables de la personalidad que caracterizan el PCTA: impaciencia, hostilidad, competitividad y sobrecarga laboral. Se observó que los rasgos del PCTA se correlacionan positivamente con el mayor consumo de sustancias adictivas y con adicciones conductuales, con un mayor riesgo de desarrollar un consumo problemático o un trastorno adictivo que los PCTB. Investigar sobre qué variables influye en el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias y/o conductas adictivas contribuirá en la construcción de mejores estrategias de prevención y de intervención en población general.

Palabras clave: Patrón de conducta tipo B, sustancias adictivas, adicciones conductuales sin sustancia, jóvenes.

ABSTRACT

The Type A Behavior Pattern and its Relation to Addictive Behaviors

The main objective of this research was to evaluate the possible correlation between Type A Behavior Pattern (PCTA) among young people of the province of Cordoba (Spain) with the possibility of presenting addictions. We evaluate addictions with substances, such as tobacco, alcohol, cannabis, tranquilizers, cocaine, and hallucinogens. We also evaluate behavioral addictions, such as abusive use of the Internet, gambling, shopping, and mobile phone. A prospective ex-post-facto design and an *ad hoc* questionnaire were applied, in addition to other complementary questionnaires, such as the Addiction to Shopping Test, the Internet Addiction Test of Echeburúa (2003), the Brief Questionnaire on Pathological Gambling of Fernández-Montalvo, Echeburúa and Baéz (1997), and some items on mobile phone use, and the PCTA Questionnaire of Jenkins (1992). Data were collected from 3815 young people from the province of Córdoba (Spain) in a range of age between 18 and 29 years old. The results revealed that the different dimensions of JASE-H (impatience, hostility, competitiveness and labor overload) in the studied young people are all significantly related to the PCTA ($p < 0.05$). This PCTA people showed the highest consumption of tobacco, alcohol, cannabis, tranquilizers, cocaine and hallucinogens. In addition, they buy, play, connect to the Internet and use the mobile more than others. We verified a greater risk of young people with PCTA presenting certain addictions than young people with PCTB. In order to include most of the participants in the analysis, we opted for a Cluster analysis based on the personality variables that characterize the PCTA: impatience, hostility, competitiveness and labor overload. We found that the PCTA traits correlate positively with increased consumption of addictive substances and with behavioral addictions, leading to a greater risk of young people with PCTA developing problematic consumption or an addictive disorder than those with PCTB. We consider that research on which variables influence the onset and maintenance of substance use or addictive behaviors will contribute to the construction of better prevention and intervention strategies in the general population.

Key words: Type B Behavior Pattern, addictive substances, behavioral addictions without substance, young people.

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Criterios de diagnóstico según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) y según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).....	21
Tabla 2. Modelos explicativos de la adicción.....	27
Tabla 3. Factores de riesgo para uso de sustancias químicas y conductas adictivas.....	32
Tabla 4. Factores de protección contra el uso de sustancias químicas y conductas adictivas.....	34
Tabla 5. Definición y características de diferentes drogas.....	38
Tabla 6. Clasificación de las drogas de acuerdo con sus diferentes aspectos.....	40
Tabla 7. Ejemplos de sustancias psicoactivas que alteran el sistema nervioso central, agrupadas de acuerdo con sus efectos sobre el mismo.....	40
Tabla 8. Tipologías de consumo de drogas (Clasificación de Siegel).....	43
Tabla 9. Poli consumo de sustancias psicoactivas comparativo entre hombres y mujeres entre 15 y 24 años de edad.....	46
Tabla 10. Poli consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes.....	46
Tabla 11. Prevalencia de <i>binge drinking</i> en los últimos 30 días.....	47
Tabla 12. Criterios para clasificar conductas adictivas.....	61
Tabla 13. Características de la conducta adictiva para adicción a Internet.....	66
Tabla 14. Criterios diagnósticos de la adicción a Internet.....	66
Tabla 15. Criterios diagnósticos de la adicción al móvil.....	69
Tabla 16. Criterios diagnósticos para adicción al juego.....	72
Tabla 17. Criterios diagnósticos para adicción a videojuegos.....	72
Tabla 18. Ciclo de la conducta adictiva para adicción a compras.....	75
Tabla 19. Características del PCTA.....	92
Tabla 20. Características del PCTB.....	95

Tabla 21. Correlaciones de Pearson entre las variables impaciencia, hostilidad, competitividad y sobre carga laboral.....	124
Tabla 22: Conglomerados finales y N por grupos.....	126
Tabla 23. Análisis de Varianza, entre los jóvenes con PCTA y PCTB y el consumo de sustancias como el tabaco, el alcohol, los tranquilizantes, el cannabis, la cocaína y los alucinógenos.....	142
Tabla 24. Análisis de Varianza entre los jóvenes con PCTA y PCTB, y conductas adictivas como las compras, el juego y el uso de Internet y el móvil.	144
Tabla 25. Análisis de regresión logística entre el PCTA y PCTB y adicciones conductuales.....	145
Tabla 26. Análisis de regresión logística entre el PCTA y PCTB y el consumo de sustancias.....	146
Tabla 27. Análisis de varianza entre el consumo de sustancias y los grupos de personalidad <i>ad hoc</i>	159
Tabla 28. Análisis de varianza entre conductas adictivas y los grupos de personalidad <i>ad hoc</i>	160
Figura 1. Jóvenes de la UCO distribuidos en función de las macro área de conocimiento de la carrera en curso.....	117
Figura 2. Jóvenes de la UCO en función de la edad.....	117
Figura 3. Jóvenes de la UCO en función del sexo.....	118
Figura 4. Jóvenes distribuidos por mancomunidades de la provincia de Córdoba, España.....	118
Figura 5. Jóvenes de la provincia en función de la edad.....	119
Figura 6. Jóvenes de la provincia en función de la variable sexo.....	119
Figura 7. Jóvenes de la provincia de Córdoba en función de la variable actividad.....	120
Figura 8. Jóvenes de la provincia de Córdoba en función de la variable edad.....	120
Figura 9. Jóvenes participantes de la UCO y del entorno rural en función de la variable PCTA y PCTB.....	128
Figura 10. Jóvenes con PCTA y PCTB en función de la variable sexo.....	129
Figura 11. Jóvenes con PCTA y con PCTB en función de la variable edad.....	129
Figura 12 Jóvenes con PCTA y con PCTB en función de la variable situación laboral de los padres.....	130

Figura 13. Jóvenes con PCTA y con PCTB en función de la situación laboral de la madre...	131
Figura 14. Jóvenes con PCTA y con PCTB en función de estudios completados del padre...	131
Figura 15. Jóvenes con PCTA y con PCTB en relación a estudios completados de la madre..	132
Figura 16. Jóvenes con PCTA y PCTB en relación al trabajo remunerado realizado en los últimos 30 días.....	132
Figura 17. Jóvenes con PCTA y con PCTB en relación a la cantidad de dinero disponible en euros por semana.....	133
Figura 18. Jóvenes con PCTA y con PCTB en relación a la variable creencias religiosas.....	134
Figura 19 Jóvenes con PCTA y con PCTB en relación a la variable opción política.....	134
Figura 20. Jóvenes con PCTA y con PCTB en función del consumo de tabaco.....	135
Figura 21. Jóvenes con PCTA y con PCTB en función del consumo de tranquilizantes.....	136
Figura 22 Jóvenes con PCTA y con PCTB en función del consumo de alcohol.....	136
Figura 23. Jóvenes con PCTA y con PCTB en función del consumo de cannabis.....	137
Figura 24. Jóvenes con PCTA y con PCTB en función del consumo de cocaína.....	137
Figura 25 Jóvenes con PCTA y con PCTB en función del consumo de alucinógenos.....	138
Figura 26. Jóvenes con PCTA y con PCTB en función de la variable juego.....	139
Figura 27. Jóvenes con PCTA y con PCTB en función de la variable compras.....	139
Figura 28. Jóvenes con PCTA y con PCTB función de la variable Internet.....	140
Figura 29. Jóvenes con PCTA y con PCTB en función de la variable uso del móvil.....	140
Figura 30. Descripción de consumo de tabaco en los diferentes grupos de personalidad.....	147
Figura 31. Descripción de consumo de tranquilizantes en los diferentes grupos de personalidad.....	148
Figura 32. Descripción de consumo de alcohol en los diferentes grupos de personalidad.....	149
Figura 33. Descripción de consumo de cannabis en los diferentes grupos de personalidad....	150
Figura 34. Descripción de consumo de cocaína en los diferentes grupos de personalidad.....	151

Figura 35. Descripción de consumo de alucinógenos en los diferentes grupos de personalidad.....	152
Figura 36. Descripción de la conducta de comprar en los diferentes grupos de personalidad.....	153
Figura 37. Descripción del uso de internet en los diferentes grupos de personalidad.....	154
Figura 38. Descripción de conducta de juego en los diferentes grupos de personalidad.....	155
Figura 39. Descripción del número de horas de uso del móvil en los diferentes grupos de personalidad.....	156
Figura 40. Descripción de resultados de adicción al móvil en los diferentes grupos de personalidad.....	157

EL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A Y SU RELACIÓN CON LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

PRESENTACIÓN

El tema de la Adicción está muy presente en la actualidad y trata de perniciosas relaciones de dependencia de las personas a sustancias o comportamientos que terminan por perjudicarles en sus rutinas y capacidades físicas y mentales, relaciones éstas cada vez más comunes en la sociedad de consumo. El fenómeno de las adicciones es un tema complejo y antiguo, pero en nuestra época encuentra especial oportunidad de difusión y de manifestación. En los últimos años, las adicciones se han incrementado de modo acusado, convirtiéndose en un problema que va en aumento sin estabilizarse, donde se destaca la adicción conductual (Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009) que camina junto con el progreso de la sociedad.

El uso de sustancias que causan sensaciones de placer, de relajación, que disminuyen el dolor o cambian la percepción de la realidad, ocurre desde hace muchos siglos y opera como una forma de estímulo, alivio o apoyo para facilitar la convivencia social. En términos de salud pública, es un tema de alta pertinencia por sus efectos devastadores no solo en el individuo, sino en la familia, en la educación y en la vida laboral y en grupo.

La Organización Mundial de Salud (2001) apunta que los trastornos de comportamiento, así como los mentales, tienen ocurrencia relativamente común durante la infancia y la adolescencia, pero no son detectados y representan un coste inestimable a la sociedad, generando carga agregada de enfermedades y resultando en acontecimientos mayores en un contexto familiar y social. El uso de drogas, por ejemplo, tiene relación directa con el agravo de la salud, de accidentes de tráfico, de la violencia, de disturbios de conducta y de comportamientos de riesgo. Todavía las drogas actualmente son más potentes y diversificadas que en épocas anteriores y amenazan el desenvolvimiento de los jóvenes que puede interferir en la memoria, las sensaciones, la percepción y en la pérdida del control. Interfieren también

en la capacidad del cerebro en recibir, seleccionar y sintetizar información o sea está expuesto a grandes riesgos.

También la tecnología, como Internet, móvil y otros medios, son un sistema de comunicación de una potencia incomparable con las tecnologías anteriores y permiten intercambiar informaciones y representaciones de forma prácticamente instantánea (Coll y Monereo, 2008). Abreu, Eisenstein e Estefenon (2013) destacan que actualmente un tercio de la población vive conectada. Esta especial libertad para manifestarse, desinhibirse, protestar y transgredir, también puede ser susceptible de producir una adicción en los individuos. Ni todas las personas se hacen adictas, cada caso debe de ser analizado y considerado los diversos elementos referentes a la adicción, con o sin sustancia, su forma de consumo y su contexto personal y social. Así, conocer qué variables influyen en el inicio de conductas aditivas puede contribuir a diseñar mejores estrategias de prevención y de intervención en población general.

Dentro de los factores psicológicos, parece interesante profundizar en el estudio de las características de la personalidad de las personas consumidoras, como por ejemplo el patrón de conducta Tipo A, y así posibilitar construir más conocimiento y herramientas de diagnóstico e intervención. Hasta ahora apenas hay estudios que relacionen el patrón de conducta tipo A (PCTA) con el consumo de drogas, otras conductas comportamentales en población joven. Así, el objetivo general de este trabajo de investigación es identificar la posible relación entre el Patrón de Conducta Tipo A/B (PCTA/PCTB) y los comportamientos adictivos (ya sea consumo de sustancias o adicciones comportamentales) manifiestos en jóvenes, ampliando el conocimiento de las características personales de estos individuos.

En este sentido, el objetivo que se pretende con este trabajo puede llegar a tener una implicación importante a nivel preventivo, puesto que los factores de personalidad pueden medirse y detectarse antes de que ocurran ciertos problemas, identificando de una forma más adecuada las poblaciones diana con las que aplicar planes preventivos más específicos. Diagnósticos tempranos contribuyen para la prevención, juegan un papel fundamental en el pronóstico de las adicciones y amplían la perspectiva de promoción para la salud.

Esta tesis doctoral se estructura en dos partes fundamentales. En la primera parte, se realiza una revisión de la evolución histórica del consumo de drogas hasta nuestra actualidad,

así como del uso de la tecnología que a lo largo de los siglos XX y XXI tanto impacto ha tenido en la humanidad. A continuación, en el primer capítulo, se revisa la definición de adicción, y su controversia con el término dependencia y los modelos explicativos más importantes que tratan de arrojar luz a este fenómeno que tanta preocupación social suscita.

En el segundo capítulo, se aborda tanto el consumo de sustancias como el comportamiento adictivo con la tecnología de los jóvenes en España, sus características y algunos datos epidemiológicos sobre cada una de las adicciones del tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, alucinógenos, tranquilizantes, juego, compras, Internet y móvil abordadas en el presente trabajo. En el tercer capítulo de la fundamentación teórica se aborda la personalidad y la adicción tanto a sustancias como a comportamientos. Se define personalidad y se relaciona con problemas de salud, concretamente con el consumo de drogas y otros comportamientos susceptibles de adicción, llegando a la conclusión que son muy escasos los trabajos que relacionan variables de la personalidad con comportamientos adictivos.

La segunda parte del trabajo comprende el apartado empírico, donde se exponen los objetivos de la investigación, el método y los resultados más destacados obtenidos durante la elaboración de esta tesis, que en su conjunto consta de dos estudios diferentes. Concretamente en el Estudio 1, se analiza la relación existente entre el consumo de sustancias como tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, alucinógenos, tranquilizantes, y el PCTA/PCTB en jóvenes de la provincia de Córdoba. En el Estudio 2, se analiza la relación entre posibles conductas susceptibles de adicción como juego, compras, Internet y móvil con el PCTA/PCTB.

Para finalizar, se presenta un apartado de discusión general, donde se comparan los principales resultados obtenidos en los diferentes estudios, y un apartado de conclusiones finales y limitaciones del trabajo.

PARTE I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO 1. EL FENÓMENO DE LAS ADICCIONES

La experimentación con sustancias, la búsqueda de cambios, inventos, juegos y descubrimientos son parte del desarrollo humano, en algún momento de su vida. Como el hombre prehistórico que fue en búsqueda de nutrientes y descubrió vegetales que se ingerían o se frotaban sobre la piel, aliviaban el cansancio, disminuían el dolor y hacían la vida más tolerable. A partir de estos experimentos busco-se entonces otras plantas, hojas y hongos que promuevan la misma sensación de bien estar, así como se desarrolló comportamientos y juegos. Es indiscutible que las sustancias han cambiado la forma de sentir a lo largo de la historia y que las tecnologías también han cambiado nuestras vidas de manera drástica en la última década. Los efectos de las sustancias o de los comportamientos se han convertido, para algunas personas, en vías de escape para sus dificultades o problemas. Así, la historia del uso de drogas y de las tecnologías retrata de alguna manera el comportamiento del ser humano en la sociedad.

1. EL FENÓMENO A LO LARGO DE LA HISTORIA

1.1. CONSUMO DE SUSTANCIAS

Según Gamble (2002), el pasado hace parte de nuestras vidas y nos ayuda a construir la vida moderna. El uso de sustancias psicoactivas es muy antiguo, pero solamente hace unas pocas décadas que pasó a ser considerado una enfermedad.

Antiguamente estas sustancias eran utilizadas más para rituales religiosos o de paso y en la actualidad las drogas se han transformado en producto de consumo. Estos fármacos, que además de alivio producen placer, han sido utilizados por la humanidad desde los inicios de sus formaciones culturales.

Los fermentados de caña de azúcar, de maíz, de cereales, las infusiones de setas, de plantas como el café o la guaraná, el extracto o el humo de cáñamo, de coca o de púpula y muchas otras sustancias psicoactivas representaron diversos papeles en las culturas y en la historia de la humanidad. Algunas de ellas fueron importantes analgésicos, para el dolor tanto del cuerpo como del alma, aliados contra la falta de sueño, energéticos o combatientes de las incomodidades del día a día.

Empezaremos a analizar el fenómeno del consumo de drogas por registros antiguos, como los del tiempo de las cavernas, que demuestran que el ser humano hace más de 1 millón y medio de años ya utilizaba miel y algunas sustancias vegetales en la producción de fermentados alcohólicos (Crane, 1980). La receta más antigua para hacer cerveza tiene ocho mil años a.C., y proviene de los sumárianos (Araújo, 2012). La Biblia cuenta que el patriarca Noé, después de salvar los animales y sobrevivir al diluvio, con su arca, ingirió una gran cantidad de vino. Hubo un momento en que el alcohol adquirió un papel negativo importante en la sociedad humana empezando alrededor de los años 1800 en Inglaterra.

Con el inicio de la Revolución Industrial un escenario de intensa explotación del trabajador, bajos salarios y condiciones infrahumanas de producción, el alcohol pasa a ser utilizado de manera abusiva por los trabajadores como una manera de compensar las malas condiciones de trabajo y la baja calidad de vida. En la década de 1850 el consumo de alcohol pasó a ser percibido como algo problemático. En esta época el término alcoholismo fue puesto en circulación por el sueco Magnus Huss. En los Estados Unidos la sociedad comienza a organizarse en favor de este nuevo dilema social, con la creación de grupos de “Alcohólicos Anónimos”, que se expandió por el mundo (Escohotado, 2008). Cien años después, en 1959, Fouquet definió algunas características sobre los paciente alcohólicos y Jelinek, en 1960, empezó a definir la enfermedad del alcoholismo (Fernández, 1992).

Antropólogos, arqueólogos y otros estudiosos del tema admiten que las personas han utilizado plantas alucinógenas para embriagarse hasta cuarenta mil años atrás, a pesar de que las evidencias más concretas aparecen solamente en sitios arqueológicos de ocho mil años a.C. (Araújo, 2012). Cuando aparecieran las primeras civilizaciones, el ser humano ya estaba bien familiarizado con el uso de la droga. Hace seis mil años, los sumárianos, que habitaban el área hoy conocida como Irán, cultivaban la planta de opio. Inglaterra y China fueron a la guerra dos veces, en 1839-1842 y en 1856-1860, por no estar de acuerdo sobre el comercio de

opio. En el siglo XVIII, la ciencia pasó a estudiar más libremente las sustancias químicas y los farmacéuticos pasaron a buscar la esencia fundamental en las drogas tradicionales, el ingrediente responsable de sus efectos terapéuticos. Así se puede observar como la humanidad ha hecho un proceso similar con cada una de las sustancias, primero hace un descubrimiento, después sintetiza y entonces produce, hace uso médico, recreativo y después abusa para, finalmente, prohibir o restringir dicho consumo.

Hay escritos de dos mil y ochocientos años a. C de que el emperador chino argumentaba que los frutos de la marihuana consumidos en abundancia producían alucinaciones. Textos sagrados de los hindús de dos mil años a.C. consideraban la marihuana una de las cinco plantas sagradas (Araújo, 2012). La marihuana fue difundida gradualmente desde la China, para la India y Occidente, llegando a Europa en el final del siglo XVIII e inicio del siglo XIX. Desde ahí, fue llevada para el norte de África y finalmente a las Américas, pero en este período era utilizada principalmente por sus propiedades textiles y medicinales. Desde mediados del siglo XIX hasta los años 1940, la marihuana constaba en la farmacopea de varios países (Silva, Silva y Medina, 2012). En los años 1960 se localiza el pico de consumo de marihuana más alto con objetivos recreativos.

En cuanto al tabaco, su uso es muy antiguo hay registros de los griegos y romanos que lo mezclaban con vino y mirra en ocasiones especiales (Araújo, 2012). En la cultura de los indígenas de la América del Norte el consumo del tabaco estaba muy enraizado: cuando en el siglo XV fueron llevados para Londres se hicieron presentar con tabaco (Silva, Silva y Medina, 2012).

Al norte del imperio Inca, en la época que Colón llegó en las Américas, los indígenas de México cataban y usaban setas, así como el cacto del peyote (Araújo, 2012). Hasta la actualidad, los hongos han sido utilizados en infusiones para llevar a los consumidores a acceder a sus contenidos inconscientes. El ácido lisérgico fue separado en 1938 por el laboratorio Sandoz y puesto a disposición de los médicos. Por lo menos en los primeros diez años de su estudio jamás se imaginó que su administración produjera una psicosis. La síntesis del ácido lisérgico dietilamina, el LSD, a partir del hongo *Claviceps purpurea* permitió la difusión de su consumo, especialmente en la década de 1960 por el movimiento hippie y el psicodelismo. Empezó a ser utilizada como psicotrópico por escritores y artistas a mediados del siglo XIX. Cuando los científicos identificaron los efectos colaterales se prohibió su

consumo en muchos países. El punto alto de su consumo fue al final de la década de 1970, habiendo una disminución desde entonces.

La cocaína es una droga relativamente reciente en el arsenal de las sustancias de origen vegetal, pero desde hace milenios está a disposición de las personas. En América del Sur, por lo menos hace 1.200 años, las hojas de coca ya eran utilizadas por los nativos, con el fin de obtener fuerza física. Con la conquista de las Américas por los españoles en 1536, la coca se hizo popular (Silva, Silva y Medina, 2012). En Europa, la cocaína se volvió popular a partir de 1860. De las hojas de coca se producía un vino muy popular en 1863. Artículos científicos fueron escritos por Sigmund Freud, que se convirtió en un consumidor de cocaína y en 1884 describió varios problemas relacionados con su uso. Muchos laboratorios utilizaban la cocaína para confeccionar jarabes. En cirugía era aplicado como anestésico local, lo que acarreó un elevado consumo. Los médicos no tardaron en darse cuenta que la cocaína despertaba en los usuarios un consumo compulsivo igual al que habían descubierto en algunos de los consumidores de opio y alcohol (Araújo, 2012). Los primeros relatos sobre intoxicaciones por cocaína tienen fecha de 1891, pero su prohibición sólo ocurrió en 1914.

El uso de la cocaína tuvo su primer apogeo en la década de 1920 e inicios de los años 1930. Durante la primera guerra mundial se hizo famoso el uso de cocaína por los soldados del frente de batalla. Una legislación más rigurosa por parte de los Estados Unidos, seguida por los principales países europeos, llevó al declive de su consumo entre los años 1930 y 1960. Pero, en la década de los 1970, el uso de la cocaína se intensificó por la noción infundada de ser una droga segura. En los años 1990 la cocaína fue consumida en polvo o intravenoso, siendo responsable por la transmisión de enfermedades. Se inicia una época en la que se tratan de cubrir necesidades a partir de objetos de consumo y comienza una década caracterizada por la velocidad y la producción del consumismo vinculado a la libertad y el bien-estar. Es cuando las drogas pasan a ocupar un espacio mayor en el tiempo de ocio y diversión quedándose más accesible y facilitando el poli-consumo. En el 2000 la droga más popular fue la coca fumada (Escohotado, 2008).

En cuanto a la heroína, ésta fue sintetizada por la compañía Bayer en Alemania en el año 1895. Es una droga relativamente reciente de origen vegetal, está a disposición de las personas desde hace milenios. Utilizada como analgésico y aliviar la tos de los niños, pudo

comprobar su gran poder adictivo. En la década de 1970 proliferó como droga inyectable, llevando a una crisis al área de la salud pública tras el surgimiento del SIDA en los años 1980.

Las anfetaminas fueron preparadas por primera vez en 1887, y sintetizadas al final de la década de 1920, siendo introducida en la práctica médica en 1936. Fue utilizada en la segunda guerra mundial, al mismo tiempo que las autoridades médicas británicas en 1943; prohibieron su utilización. Con el final de la guerra, en 1945, el mundo occidental fue invadido por las anfetaminas.

En los años 1950 hubo un auge de los barbitúricos. En este periodo, surgieron los primeros fármacos eficaces para diversos trastornos psiquiátricos reduciendo los procesos alucinatorios y delirantes y controlando la agitación y la agresión de estos pacientes (Barlow y Durand, 2010). Los barbitúricos fueron ampliamente utilizados como sedantes, pero con un elevado riesgo de suicidio.

Otras drogas alucinógenas, como las fenciclidinas, quetaminas, cicloexamina y dizocilpina también fueron desarrolladas, inicialmente como anestésicos en los años 1950 y comenzando a venderse en las calles en los años 1960 (American Psychiatric Association, 2014). A partir de los años 1960, el consumo de drogas se transformó en una preocupación mundial. Estos fueron años de trasgresión y de ruptura, como la revolución sexual, las libertades individuales y las autonomías (Pérez-del-Río, 2011a).

En los años 1970 fue el período de los depresores como la heroína y los benzodiacepinas para reducir la ansiedad (Barlow y Durand, 2010). A partir de la década de los años 90 donde proliferan las drogas sintéticas como el éxtasis, la metanfetamina, el ácido gama-hidroxi-butírico (GHB) y la cetamina (“spacial K”). Esas sustancias eran consumidas solas, mezcladas entre sí o con otras sustancias que incluso potencializan sus efectos.

Con todo esto parece que el consumo de drogas ha sido una actividad del ser humano desde la antigüedad hasta nuestros días. Escohotado (2008) refuerza la importancia del estudio antropológico de la droga como un indicador sutil del tipo de sociedad y de conciencia que ocurre en el periodo en que sucede la situación. Así, se tiene constancia de la presencia de fármacos y de su uso recreativo sobre todo desde el principio de los años 60 hasta los días actuales.

1.2 ADICIONES CONDUCTUALES

Las innovaciones tecnológicas a lo largo de la historia han sido muchas, desde el primer instrumento de trabajo hasta llegar a las ondas del telégrafo y de la radio; en el siglo XIX. También los principales conceptos desarrollados en áreas de conocimiento como las matemáticas, la física y la química fueron los precursores de la tecnología fundamental utilizada en la creación de aparatos de televisión. En 1920, se creó uno de los primeros modelos de televisión que alcanzó la viabilidad en la década de 1930 (Asimov, 2013). Desde entonces, la televisión se ha estado perfeccionando y, según Echeburúa, Labrador y Becoña (2009), es la tecnología más pionera, la más utilizada y la más impactante en la sociedad.

Abreu, Eisenstein y Estefenon (2013) señalan que la televisión es el medio de comunicación utilizado por más tiempo, especialmente para los niños más pequeños, que ha suscitado interés por saber hasta qué punto su influencia estaba siendo positiva o negativa. La tecnología siempre ha sido objetos de críticas y caracterizada como "demoniacas" por parte de algunos sectores de la población, es decir, se le ha atribuido el origen y/o la causa de todos los problemas del mundo. Por ejemplo, eso pasó con la llegada de la televisión, ya que su impacto en las familias hizo responsable la falta de diálogo que empezó a detectar entre sus miembros. Lo mismo ha pasado más recientemente con ordenadores y móviles, también con las maquinas, que dejaron a miles de personas sin empleo (Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011).

El teléfono fue inventado alrededor de 1870 por Graham Bell (Asimov, 2013). Así se ha aproximado las personas que viven en sitios diferentes y facilitado la comunicación. Más de 100 años después de la invención del teléfono, llegó el primer dispositivo móvil. Los teléfonos móviles traen beneficios sociales y evolutivos, porque facilitan la comunicación de todos con todos, incluso aquellas poblaciones más vulnerables.

El primer hombre en imaginar y construir un ordenador fue Charles Babbage, que construyó un modelo simple. Se puede decir que el inicio del Internet se dio a partir de la primera computadora electrónica digital, creada en 1946 (Asimov, 2103). Pero, hasta llegar a

este punto, mucho se ha estudiado. La década de 1960 sirvió para estabilizar los cimientos de Internet y los diez años siguientes fueron para crear conceptos básicos de la red. En 1961, la transmisión de datos ganó velocidad en la conexión. El concepto conocido en la actualidad como Internet surgió en 1962. El primer éxito en la transmisión de un mensaje a través de la red fue en 1969. Hasta que en los años 1980, Internet ya estaba bien avanzado, no fue hasta bien entrados los años 90 cuando los alcances de la red fueron desarrollados y expandidos, llegando a la población general.

El concepto del ordenador de una sola máquina para llevar informaciones a múltiples personas en un mismo momento, ganó impulso incluso en la industria. La idea fue sin duda mejorada y en 1981 fue lanzado el acceso múltiple para investigaciones académicas, con varios usuarios con los mismos intereses (Duarte, 1977).

En cuanto al surgimiento de los videojuego se ubica en 1972 (Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009), pero el juego es una actividad muy antigua. Abreu, Tavares y Cordás (2008) refieren que hay registros de juegos de azar entre las ruinas de Babilonia que datan de tres mil años a.C. Un hueso del pie, que fue utilizado como dado para jugar, data de quinientos mil años (Padilha, Slavutzky y Burd, 1995). El juego posee una función lúdica que contribuye para el desarrollo de los individuos, pero puede tornarse patológico. Esta patología fue reconocida como un trastorno mental con los juegos de azar y en las apuestas en 1980, en la tercera edición del *Manual diagnóstico e Estadístico de Trastornos Mentales* (DSM-3) (Becoña y Cortéz, 2011). Fue clasificado en la categoría de trastornos del control de impulsos que tiene que ver con la sobrevaloración del dinero, con la acumulación y con la posibilidad de obtener más cosas (Pérez-del-Río, 2011a). Hay muchos tipos de juegos, practicados tanto por niños cuanto por adultos, pero sólo es patológico el que implica apuestas y donde existe la posibilidad de ganar o perder dinero.

El final de década de 1990 es el periodo en el cual se desarrollan muchas de las tecnologías (Pérez-del-Río, 2011a). El siglo XXI es de las tecnologías, de la rapidez y del estímulo al lúdico, al ocio, y a la búsqueda por satisfacción individual. Empieza el uso y abuso de las tecnologías, donde también se inicia el estudio de estas nuevas adicciones (Pérez-del-Río, 2011a).

Desde los principios de los años 1970 el concepto sobre adicción fue expandido, siendo utilizado para adicción a sustancias químicas y pasando a incluir comportamientos susceptibles de llevar a la adicción, como el exceso de alimentación, el juego, el sexo, compras, trabajo, uso de móvil, Internet, entre otros (Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011). La adicción sin sustancia o no química también tiene una busca de placer, que puede ser reconocido por la demanda excesiva de tal experiencia (Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011).

Pero lo que parece ser el mayor riesgo de las drogas químicas o conductas adictivas es su capacidad para crear adicciones que representen una verdadera dependencia y falta de control sobre sus comportamientos. Se espera que el individuo establece una relación diferente con su "droga de elección" - como la comida, el sexo, las compras, el ordenador y el camino del amor, el deporte, el juego entre otras - ya que la mayoría de estas actividades es esencial para nuestra vida cotidiana y nuestras necesidades vitales (Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011). Las tecnologías de comunicación e información, así como las sustancias, pueden causar perjuicios a los usuarios, pues la etiología de la adicción tiene un carácter multidisciplinario.

2. ADICCIÓN Y DEPENDENCIA: DOS CARAS DE LA MISMA MONEDA

El consumo de sustancias y mismo las conductas adictivas son muy antiguos y se pierden en la historia de la humanidad. No obstante, son recientes los cuestionamientos e investigaciones acerca de los síntomas, los efectos y las causas de la adicción o de la dependencia. También son muy recientes los intentos de conceptualizar adicción y dependencia, pues cómo denominar a personas que dependen de un objeto, de alguien o de sustancias. Según Pérez-del-Río (2011b), en el siglo XIX se utilizó el término de toxicomanías o vicio, actualmente se utiliza drogodependencia, pero popularmente se ha generalizado el término adicción que el autor defiende que absorbe las dependencias con sustancias y sin sustancias. Para Oliva, Antolín-Suárez, Ramos, Jiménez, Jiménez-Iglesias, Moreno e Hidalgo (2014) la pérdida de control y la dependencia, entendida como la necesidad subjetiva de

realizar la conducta, serían los factores claves para etiquetar un comportamiento como adictivo.

Hay que considerar que cualquier actividad que sea repetida con un fin específico como alterar la disposición de ánimo de una persona (Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011), trae potencialidad de abuso. Los términos adicción y dependencia son utilizados frecuentemente como sinónimos, tanto en el ámbito académico-científico, como práctico. La mayoría de las definiciones de adicción y de dependencia incluyen descripciones como "sujetos completamente dominados", caracterizándose por un uso o conducta compulsiva, además de diversos síntomas o criterios que reflejan la pérdida de control sobre la repetición del consumo de sustancias o de determinadas conductas. Inalba y Cohen (1991) usan el término vicio como sinónimo de adicción. El Diccionario de Psicología (2016) define a la palabra drogadicción como un neologismo técnico que significa adicción a las drogas.

Según Figlie, Bordin y Laranjeiras (2010), la dependencia, o la adicción propiamente dicha, es el consumo sin control y generalmente asociado a graves problemas para el usuario. Como apunta Araújo (2012) todos los dependientes de sustancias son adictos, pero ni todos los adictos consumen sustancias químicas, pudiendo ser adictos al juego, compras, móvil, Internet entre otros.

Buscando disminuir esa problemática de la ambigüedad o sobre-posición de los términos, en 1960 la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó que el término adicción se abandonase a favor de dependencia, con el argumento de que esa segunda puede existir en diferentes grados de severidad (Bertolote, 2006) y que la primera tenía una definición vaga y una connotación potencialmente negativa. El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) optó por el término trastorno para el uso de sustancias y el juego, y consideró que las otras adicciones todavía no presentan evidencias suficientes para establecer criterios diagnósticos. El término adicción dejó de existir en El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), aunque sea muy utilizado en diversos países para describir los problemas de consumo compulsivo y habitual de sustancias. Cambió a un término más neutral, que es el uso de sustancias o el trastorno por uso. Pero, con muchas definiciones es difícil definir la terminología en libros, tesis e investigaciones, perjudicando inclusive los diagnósticos y tratamientos (Matute, 2014). Para posibilitar mejores diagnósticos, en la década de 1960 la

OMS organizó mejor los criterios, parámetros y estableció los patrones de uso de sustancias psicoactivas con el objetivo de estudiar y establecer programas de tratamientos.

Cuanto a los criterios para conducta, Becoña y Cortéz (2011) argumentan que son los mismos establecidos por el CIE-10 en el apartado de los Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas, F10-19 (Organización Mundial de Salud, 1993) y DSM-5 en el apartado de los Trastornos relacionados a sustancias y Trastornos Adictivos, de 227-282 (American Psychiatric Association, 2014). Pero, para evaluar si una persona es adicta o dependiente hay que conocer su historia personal, escolar, social, familiar y biológica, además de sus relaciones y grupo de amigos. Desde el primero uso, hasta que empieza el problema, el usuario suele pasar por diferentes etapas en su relación con la droga, donde la adicción química o no, es siempre resultante de la combinación de muchas variables. Sin embargo, es difícil definir claramente los límites entre el uso, el abuso y la dependencia, tanto en relación a una sustancia como a una actividad concreta.

Por esas razones, se discute cual sería la mejor terminología para utilizarse en esta investigación. A seguir serán abordados inicialmente los conceptos de dependencia y de adicción. Luego se analizarán las diferencias y las similitudes de esos conceptos, definiéndose la terminología que mejor se adecua al presente trabajo para después profundizarse en ella.

2.1 CONCEPTO DE DEPENDENCIA

El término dependencia se encuentra aplicado de forma genérica en relación a todas las drogas psicoactivas, y viene a significar una necesidad imperiosa de llevar a cabo un comportamiento de consumo de drogas que no tiene en cuenta las consecuencias nocivas para el individuo y su entorno familiar, laboral y social (Becoña, 2002; Edwards, Marshall y Cook, 2003; Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009; Fernández, Ladero, Leza y Lizasoain, 2009; Figlie, Bordin y Laranjeiras, 2010), además de una mayor tolerancia a la droga en cuestión y una asociación con el síndrome de abstinencia cuando ocurre su privación (Organización Mundial de Salud, 1993; Schuckit, 1991). Sus características en particular se refieren específicamente a cada fármaco o clase de fármacos (Bertolote, 2006).

En ese sentido, la dependencia es comprendida como un patrón patológico de comportamiento asociado al consumo de sustancias, una enfermedad crónica que requiere mucho tiempo de tratamiento (Edwards y Lader, 1994; Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011). De acuerdo con el CIE-10 (Organización Mundial de Salud, 1993), dependencia se quedó definida como un conjunto de fenómenos psico-fisiológicos que se desarrollan después del consumo repetido de una sustancia psicoactiva, es decir un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética (Organización Mundial de Salud, 1964) y caracterizado por un deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, una tendencia a incrementar la dosis, una dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga, además de efectos nocivos para el individuo y para la sociedad (Becoña, 2002; Edwards, Marshall y Cook, 2003; Figlie, Bordin y Laranjeiras, 2010; Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011; Becoña y Cortéz, 2011).

Por esa razón, dependencia es históricamente tratada como sinónimo de drogodependencia (Cuerno-Clavel, 2013). Más actualmente, se pasó a utilizar el término dependencia de drogas o dependencia de sustancias, aunque sea lo mismo a nivel semántico, ya que drogo-dependencia es equivalente a dependencia de drogas (Becoña, 2002; Edwards, Marshall y Cook, 2003; Figlie, Bordin y Laranjeiras, 2010; Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011; Pérez-del-Río, 2011b).

El uso de la sustancia que viene de fuera y se incorpora a la persona, hasta que la necesite químicamente. De ahí, muchos problemas físicos y emocionales son desencadenados. La dependencia física, indica que el cuerpo está adaptado fisiológicamente al uso crónico de la sustancia, pasando a sufrir un malestar físico al interrumpir de pronto su uso. Dependencia física se refiere a la tolerancia y al síndrome de abstinencia (Schuckit, 1991; Bertolote, 2006; Marangoni, 2007), donde se entiende como tolerancia el fenómeno responsable por la necesidad creciente por el consumo de la droga (Figlie, Bordin y Laranjeiras, 2010; Araújo, 2012; Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011; Antidrogas, 2016).

Por abstinencia, o síndrome de abstinencia, se entiende el concepto utilizado en medicina para describir un conjunto de signos y síntomas que siente la persona al retirarse o interrumpirse el consumo de la droga, aunque ni todos los síntomas estén presentes a la vez. Esos síntomas físicos, a su vez, son los que caracterizan el diagnóstico, importantes desde un

punto de vista clínico, pues las manifestaciones del síndrome de dependencia provocan múltiples cambios somáticos y requieren intervención médica (Edwards, Marshall y Cook, 2003; Figlie, Bordin y Laranjeiras, 2010; Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011; Araújo, 2012; Antidrogas, 2016).

La dependencia se aplica tanto a los elementos físicos como a los elementos psicológicos, pues, como uso compulsivo o de habituación, implica una necesidad psicológica y física de las drogas (Schuckit, 1991; Pérez-del-Río, 2011b; Silva, Silva y Medina, 2012). Algunas dependencias pueden mismas resultar del abuso de sustancias que no tienen propiedades para causar dependencia física, pero sí psicológica. Aunque las manifestaciones psicológicas características de dependencia estén normalmente presentes en todos los cuadros de dependencia, la dependencia psicológica por sí sola no recibe el diagnóstico de trastorno. El consumo, en la dependencia psicológica, parece como un mecanismo para aliviar las frustraciones resultantes de la inhabilidad de ajustamiento de la persona con sus conflictos (Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011; Araújo, 2012), donde el deseo de tomar otra dosis se convierte en necesidad irreprimible de repetir el comportamiento, lo que se denomina *craving* (Pérez-del-Río, 2011b; Marangoni, 2007). Ese fenómeno de dependencia psicológica es una característica de todas las drogas de abuso, donde la persona siente necesidad de la sustancia para alcanzar un mejor nivel de funcionamiento o una sensación de bienestar (Edwards y Lader, 1994).

2.2 CONCEPTO DE ADICCIÓN

El término adicción se aplica a la dependencia de sustancias o actividades nocivas para la salud o el equilibrio psíquico. Afición extrema a alguien o algo (Real Academia Española, 1992).

Adicción abarca un espectro amplio de conductas, lo que aumenta la posibilidad de que la exposición al riesgo esté relacionada con el uso de sustancias o no (Gigliotti y Guimarães, 2007), y está estrechamente relacionada con los componentes psicológicos. Las adicciones son fundamentalmente psicológicas (Pérez y Martín, 2007) pues los comportamientos

adictivos poseen características impulsivo-compulsivas en relación a las diferentes actividades, como juegos, Internet, sexo o compras, entre otras. En estudios realizados con los administradores de Opiáceos, Edwards y Lader (1994) observaron que el término adicción no era sinónimo de dependencia física porque el deseo continuaba incluso después de períodos prolongados sin uso y sin los síntomas de abstinencia de drogas. Eso porque el comportamiento adictivo viene de la persona, de cómo se relaciona con su medio exterior, y es desencadenado por un sentimiento que puede ir desde un deseo moderado hasta una obsesión intensa en una conducta que repite muchas veces hasta tornarse una compulsión, con sus problemas, además de físicos, también psicológicos, como la pérdida de interés por otras actividades que anteriormente le resultaban satisfactorias (Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010).

Adictas son aquellas personas que muestran una determinación muy fuerte para, de todas las formas posibles, satisfacer un deseo o necesidad (Bertolote, 2006), pues adicción es un término que significa servidumbre. Adicción proviene del latín, *adictun*, que refiere a la esclavitud por deuda, o al estar “obligado por el cuerpo” (Mandragos, 1996) o al dejarse dominar por un hábito o sustancia. La adicción establece una relación de dependencia muy alienante que aparece en diversas áreas de la vida de una persona como la familia, el trabajo, los amigos, entre otras, y eso la diferencia de la habituación. Es decir, la persona pasa la mayor parte de su tiempo a obtener, utilizar o pensar acerca de la droga, una compulsión, que se convierte en lo más importante en su vida (Inalba y Cohen, 1991). Sin embargo la compulsión, la pérdida de control, el uso continuado a pesar de las consecuencias dañinas y el intento fallido de control de la conducta por sí mismo (Pérez y Martín, 2007; Becoña y Cortéz, 2011; Oliva et al., 2014; NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, 2014) se han tornado los nuevos criterios para determinar el problema de la adicción (Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011), incluyéndose el *craving*, que es la compulsión o deseo irresistible para el consumo de una determinada sustancia o para la realización de una determinada actividad (Becoña y Cortéz, 2011; Pérez-del-Río, 2011b; Araújo, 2012).

La adicción a las tecnologías (móvil, internet, video juego), de la misma manera que el uso, abuso y adicción a las drogas, se puede evaluar en las personas conforme sus conductas individuales, como Pérez y Martín (2007) defienden que la compulsión es la conducta motivada para tentar evitar un estado interno desagradable una de las cuestiones sociales, a su origen genética, a los factores familiares, psíquica y a la conjunción de todo (Pérez y

Martín, 2007; Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009; Berruecos, 2010; Becoña y Cortéz, 2011; Díaz y Lorenzo, 2012). Siendo que estas características son fundamentales para discriminar la presencia de una adicción o no, como por ejemplo la intensidad, frecuencia o cantidad y también el grado de perjuicio en las relaciones personales, familiares entre otras. No obstante, es importante separarlos, facilitando su identificación, diagnóstico, prevención y tratamiento (Pérez y Martín, 2007; Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009; Oliva et al., 2014).

Araújo (2013) destaca que las conductas adictivas son hábitos hiper aprendidos y no adaptativos seguidos de satisfacción inmediata. Son hiper aprendidos porque se han realizado en numerosas ocasiones en la vida y acontecen casi automáticamente, y son comportamientos desadaptativos porque no se ajustan a la integridad física y a las buenas condiciones mentales o sociales del sujeto (Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010).

Adicción incluye comportamientos de refuerzo (Pérez y Martín, 2007; Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010), que promueven cambios comportamentales, mismo que no implican el consumo sustancias y aun así desencadenan una necesidad compulsiva de repetición, o sea, mueven la persona a una acción de búsqueda, obtención y consumo de la sustancia o conducta, como es la adicción a personas, a actividades o a alguna emoción en particular de manera que la persona se queda condicionada (Gutiérrez, Valladolid y Fonseca, 2013), que es diferente para cada persona y que pueden generar daños físicos, mentales o sociales futuros donde la persona pierde el control de lo que hace o consume (Inalba y Cohen, 1991; Pérez y Martín, 2007).

La adicción es una forma patológica de ser, de actuar y de pensar, producto de una compleja interrelación de factores orgánicos, psicológicos y ambientales, lo que depende de las características individuales de personalidad de cada persona, bien como de las circunstancias socio-culturales que la rodean. Así, adicción es una enfermedad biopsicosocial, en la cual los factores sociales y culturales son de suma importancia para su reconocimiento y tratamiento (Pérez y Martín, 2007; Berruecos, 2010; Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011; Pérez-del-Río, 2011b). Existen las adicciones químicas y adicciones comportamentales, las dichas adicciones sin sustancias, como las que caracterizan las personas adictas al juego de azar, al trabajo, al sexo, a las compras compulsivas, etc.

Los síntomas son característicos de la enfermedad y se hacen presentes sea la adicción de carácter conductual o químico (Pérez y Martín, 2007). Su diagnóstico tiene como punto de partida, como destacan Becoña y Cortéz (2011), los criterios de dependencia de sustancias psicoactivas, que son establecidos en el CIE-10 (Organización Mundial de Salud, 1993) y DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014).

Según define el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2014), puede considerarse adicción como equivalente a un grave trastorno por uso de sustancias, pero ya no se refiere solo a las personas que consumen sustancias psicoactivas, sino que se refiere también al juego y a otros comportamientos de exceso, por veces denominada adicciones comportamentales.

El diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias suele basarse en el patrón patológico de la conducta relacionada con su uso. Se realiza mediante la observación de un conjunto de síntomas de origen biológico y psicológico, donde se considera que la característica esencial del trastorno por uso de alguna sustancia psicoactiva es la presencia de un agrupamiento específico de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indica que el individuo, a pesar de tener problemas significativos, sigue utilizando la sustancia (American Psychiatric Association, 2014).

2.3. SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE DEPENDENCIA Y ADICCIÓN

Las similitudes entre dependencia y adicción son que ambos los conceptos presentan en el aspecto psicológico la compulsión o el *craving*, la pérdida de control (Becoña y Cortéz; 2011; Pérez-del-Río, 2011b), y poseen influencias biológicas, físicas y psicológicas para iniciar o desarrollar una dependencia o adicción.

La dependencia es la conducta motivada para buscar gratificación de las necesidades a través del uso de alguna sustancia química, siendo así más centrada en la droga en sus efectos, síntomas e consecuencias físicas que son más objetivamente descritas en el CIE10 y DSM-5.

La adicción, a su vez, se distingue por la búsqueda de efectos agradables por medio de alguna sustancia o alguna actividad placentera adictiva (Pérez y Martín, 2007), más centrada en el psicológico y comportamental, en su personalidad y emociones subjetivas con menos criterios establecidos.

2.4. PROBLEMAS DEL USO VARIADO DE LA TERMINOLOGÍA

Un término único facilitaría publicaciones y trabajos de investigación en ese campo, aunque exigirá equipararse en la sintomatología física o médica a los síntomas psicológicos. Estandarizarse el uso de nomenclaturas de acuerdo con como el Código Internacional de Enfermedades (CIE) y el Diagnostic and Statistical Manual of Disorders (DSM) en uso, que trae ventajas y, como apuntan Edwards y Lader (1994), permite hacer mejores comparaciones bajo condiciones controladas y mejores descripciones de trabajos.

La conceptualización de la adicción y de dependencia es más que un ejercicio académico. En contraste con los enfoques tradicionales, el análisis del comportamiento refuerza en la importancia del conocimiento y control sobre el comportamiento individual por contingencias ambientales. Esto tiene implicaciones para que el programa de tratamiento sea más eficaz y debe considerar todos los factores ambientales que mantienen el uso o la conducta.

2.5. OPCIÓN PARA ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

En ese trabajo optamos por el término adicción pues la adicción es toda una serie de comportamientos que producen cambios cognitivos, conductuales y fisiológicos que llevan a que algunas personas desarrollen abuso o dependencia de los mismos, además de otros efectos como intoxicación, síndrome de abstinencia y grave afectación en la vida personal, profesional o familiar (Becoña y Cortéz, 2011).

Así, la Adicción conlleva en una síntesis de la compulsión y la dependencia, y es la única expresión que puede caracterizar adecuadamente un modelo de comportamiento, por ejemplo compras, que incluye la gratificación y la fuga del mal estar interno. El término adicción es un término más amplio o sea, es un concepto dinámico, varía con la realidad individual y abarca las conductas adictivas bien como las dependencias, pero sin necesariamente la persona ser dependiente pues, como explica El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), la tolerancia y el síndrome de dependencia son resultados comunes en personas que usan medicamentos, aunque no necesariamente corresponden a una adicción.

2.6. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TRASTORNO POR ABUSO DE SUSTANCIAS SEGÚN EL DSM-5

El DSM-5 ha clasificado cuatro grupos de exposición de acuerdo con el número de criterios (tabla 6) presentados por el sujeto: de 1 a 4, como bajo control; de 5 a 7, como deterioro social; de 8 a 9, como uso arriesgado; y de 10 a 11, como criterios farmacológicos. El trastorno por consumo de sustancias es una necesidad psíquica, y algunas veces física, capaz de alterar los reflejos. Sus características son la compulsión, la tolerancia y el síndrome de abstinencia, asociadas a efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.

Los criterios diagnósticos para el trastorno relacionado a sustancia, o trastorno adictivo, son el patrón desadaptativo en el uso de sustancias, que trae perjuicio o sufrimiento clínicamente significativo, que se manifiesta por tres o más de los criterios técnicos establecidos, y que tiene lugar a cualquier momento en un periodo de 12 meses (American Psychiatric Association, 2014).

De una manera más simplificada, el CIE-10 (Organización Mundial de Salud, 1993) propone el un diagnóstico definitivo de dependencia cuando el sujeto presente tres o más de los seis criterios propuestos por el CIE-10 (tabla 1) en algún momento del último año.

Tabla 1: Criterios de diagnóstico según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) y según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

DSM-5 (APA, 2014)	CIE-10 (OMS, 1993)
<ul style="list-style-type: none"> -Bajo control del sujeto sobre el uso de la sustancia; -Puede consumir la sustancia o cantidades más grandes durante un período de tiempo más largo de lo previsto; - Puede expresar un deseo persistente de reducir o regular el uso de la sustancia y puede reportar varios esfuerzos fallidos para disminuir o suspender el uso; - Puede pasar mucho tiempo para obtener la sustancia, para utilizar o recuperarse de sus efectos; - La fisura se expresa por un intenso deseo o necesidad de drogas puede ocurrir en cualquier momento; - El consumo recurrente de sustancias puede resultar en incumplimiento de las principales obligaciones en el trabajo, en la escuela o en la casa; - El individuo puede continuar el uso de sustancias a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o interpersonales causados o exacerbados por sus efectos; -Importantes actividades de carácter social, profesional o de recreo se pueden dar hacia arriba o reducirse por el uso; - Puede tomar la forma de consumo recurrente de sustancias en situaciones de riesgo a la integridad física; - El individuo puede seguir utilizando a pesar de ser consciente de que presenta un problema físico o psicológico persistente o recurrente que fue probablemente causado o agravada por la sustancia; - Tolerancia se señala cuando se necesita una dosis marcadamente superior de la sustancia para el efecto deseado o cuando el efecto es reducido en la dosis habitual; -La abstinencia se produce cuando la concentración de una sustancia en el sangre o tejidos disminuye en un individuo que tenía uso intenso y prolongado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fuerte deseo de compulsión para consumir la sustancia; - Dificultad en controlar el comportamiento de consumir la sustancia, en términos de inicio, finalización y niveles de consumo; - Estado de abstinencia fisiológica, cuando el uso de la sustancia cesa o es disminuido, como evidenciado por el síndrome de abstinencia característica de cada sustancia, o por el uso de la misma con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia; - Evidencia de tolerancia, de tal forma que dosis crecientes de la sustancia psicoactiva son requeridas para alcanzar los efectos originalmente producidos por dosis más bajas; - Abandono progresivo de placeres e intereses alternativos, en favor de una sustancia psicoactiva, con aumento de la cantidad de tiempo necesario para obtener, para ingerir la sustancia o para superar sus efectos; - Persistencia en el uso por parte del paciente, a pesar de la evidencia clara de sus manifestaciones nocivas, tales como daño al hígado por consumo de bebida alcohólica, estados de humor deprimido o comprometimiento del funcionamiento cognitivo. En estos casos se debe determinar si el usuario era realmente consiente de la naturaleza y la extensión del daño.

Organización Mundial de Salud (1993) y American Psychiatric Association (2014) definen la dependencia o trastorno de sustancias como una pérdida total de libertad, tornándose prioritaria la droga y anulando la personalidad del individuo. Hay similitudes entre los criterios, ambos describen la tolerancia, pérdida de control, síndrome de abstinencia, negligencia de actividades, tiempo gasto y uso a pesar de perjuicios con la droga.

No obstante, hay diferencias, en las clasificaciones el CIE -10 (Organización Mundial de Salud, 1993), diferencia la dependencia física de la dependencia psicológica y apunta la compulsión, así como el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) destaca el involucramiento de la persona con la droga. También diferencia en la terminología el CIE-10 clasifica la persona con problemas en “uso nocivo”, “perjudicial” o dependencia y el DSM-5 clasifica en “abuso” o dependencia”.

3. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA ADICCIÓN

Encontrar un modelo teórico que pueda explicar la etiología del consumo de drogas no es una tarea sencilla. Basado en registros, los expertos autores (Rassool y Gafoor, 1997; Allen, 1993; Manson y Ritson, 1984) que desarrollaran varios modelos para la comprensión del problema del consumo dimensiones alcohol y drogas.

El tema de la adicción es una problemática compleja, que se viene abordando desde muchas perspectivas, tanto biológicas/personales como contextuales/familiares, así como otras relativas al contexto de la cultura y moral de la sociedad en su conjunto (Rassool y Gafoor; 1997; Allen, 1993; Manson y Ritson, 1984; Costa-Rosa, 2000; Berruecos, 2010; Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011; Pérez-del-Río, 2011b). Existe el modelo ético/legal que, según Manson y Ritson (1984), Allen (1993), Rassool y Gafoor (1997) y Costa-Rosa (2000), considera el problema un acto de transgresión y requiere la interferencia en función de aplicar sanciones legales, sin profundizar el análisis de la dependencia de sustancias y los procesos que la determinan. La cuestión de las drogas y su consumo es importante y requiere atención

debido a los graves daños a las personas y a la sociedad. Debe estar vinculada a los profesionales de derecho y de la seguridad social.

Otro modelo es el moral, donde los individuos se consideran responsables por el problema, que es una cuestión de fuerza de voluntad. Los modelos explicativos contemporáneos responsabilizan y estigmatizan las personas, llevando a sentirse culpables por el desarrollo del problema.

Las teorías biológicas investigan aspectos genéticos y neurobiológicos, atribuyendo a la adicción una vulnerabilidad biológica. La herencia y la vulnerabilidad biológica interactúan con las características de la sustancia (Edwards y Lader, 1994; Figlie, Bordín y Laranjeiras, 2010; Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011; Araújo, 2013). Los riesgos de adicción están muchas veces en las cadenas genéticas, en el ADN, que determina que la persona tiene más o menos receptores para las drogas. No obstante, los factores hereditarios predisponen pero no determinan que la persona desarrollará una adicción (Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011; Araújo, 2012; Araújo, 2013). El modelo biomédico se basa en que la dependencia de sustancias psicoactivas es distinta entidad de la enfermedad con síntomas clínicos y requiere tratamiento médico. Este modelo diagnostica, medica y sana a los enfermos (Fernández-Hermida, Carballo, Secades y García-Rodríguez, 2007), donde el tema del abuso y adicción de sustancias ha sido siempre abordado por una óptica psiquiátrica o médica. Así, lo que se ofrece son tratamientos medicamentosos y hospitalocéntricos (Delgado, 1991).

Por otro lado, el modelo psicológico o psicosocial (Rassool y Gafoor; 1997; Allen, 1993; Manson y Ritson, 1984) incluye el aprendizaje social, la interacción familiar y los rasgos de personalidad del individuo. Sugiere que el comportamiento social se aprende a través de la observación y de la imitación.

El modelo sociológico, a su vez, interpreta el problema de las drogas como resultado de una serie de fuerzas sociales. La explicación sobre el uso de sustancias enfatiza el entorno cultural a sus creencias, valores y actitudes (Rassool y Gafoor; 1997; Allen, 1993; Manson y Ritson, 1984).

Autores como Inalba y Cohen (1991) y Bernardo (2014), por otro lado refieren como modelos explicativos acerca de la adicción, el modelo académico, el modelo de la enfermedad de la adicción y el modelo del comportamiento y ambiente. El modelo académico afirma que

la adicción es una adaptación del cuerpo a los efectos tóxicos de la droga en el nivel bioquímico celular. Describe que ocurren cuatro cambios: uno de la tolerancia, donde el organismo pasa a necesitar más dosis; uno de la dependencia a la droga, para mantener el equilibrio en los tejidos; otro el síndrome de abstinencia, que con una parada abrupta causa malestar físico y emocional; y otro en la dependencia psíquica, que se produce por la influencia directa de los fármacos sobre la química del cerebro.

El modelo de la enfermedad de la adicción afirma que esa es una condición incurable, recurrente crónica progresiva y potencialmente mortal. La enfermedad se desencadena por deficiencias orgánicas y genéticas que alteran el metabolismo, la química del cerebro y la operación de los neurotransmisores. También se desencadena por la prueba de fármacos en un organismo susceptible y en un entorno favorable al abuso de drogas (National Institute On Drug Abuse, 2014).

El modelo del comportamiento y ambiente, a su vez afirma que las influencias ambientales, como presión y estrés, y del desarrollo también pueden causar cambios en las hormonas del cerebro, y con eso llevar al individuo a buscar, usar y mantener continúa la adicción. Ese modelo divide el consumo de drogas en cinco niveles: 1- El uso experimental, cuando la persona no busca la droga, pero tiene curiosidad o está influenciada por amigos y eventualmente desarrolla un patrón de uso que no presenta consecuencias negativas, porque el uso es limitado a algunas ocasiones; 2- El uso social-recreativo, cuando la persona quiere experimentar el efecto de la droga para fines sociales, pero no establece un uso estándar frecuente, sino esporádico y con poco impacto en la vida personal; 3- El uso habitual, cuando la persona ya tiene un patrón de uso definido y claramente muestra que perdió el control, incluso si no utiliza la droga con frecuencia; 4- El abuso de drogas, cuando realiza el uso continuado de un fármaco, a pesar de las consecuencias adversas de su uso; 5- La adicción, que es un patrón de comportamiento compulsivo de consumo drogas, caracterizado por el dominio que tiene sobre la persona, la necesidad de garantizar la reserva y una fuerte tendencia a recaídas después de la interrupción, a pesar de las consecuencias negativas que esto trae consigo.

Figlie, Bordin y Laranjeiras (2010), a su vez, presenta el tema de los modelos explicativos de las adicciones en cinco grupos teóricos: el modelo de la enfermedad, que comprende la adicción como un trastorno primario e independiente de otras condiciones; el

modelo del comportamiento aprendido, que reconoce las adicciones como comportamientos condicionados; el modelo psicoanalítico, que comprenden el uso de sustancias como un intento de volver a estados de placer como los vividos en la infancia; el modelo familiar, que postula la drogodependencia como una enfermedad familiar; el modelo biopsicosocial que concibe la adicción como un fenómeno biológico, psicológico y social, y propone que se debe considerar todas las áreas involucradas y que interactúan con los varios aspectos de la vida de las personas (Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011; Secretaria Nacional de Drogas, 2013).

Por otro lado, las teorías psicológicas investigan los aspectos de la personalidad y del aprendizaje, conectándolos a la predisposición a las adicciones. Para el tratamiento psicoterápico, Becoña y Cortéz (2011) refieren que los marcos teóricos más utilizados para los problemas de abuso y dependencia de drogas son los cognitivo-conductuales, sistémicos y psicodinámico, que son marcos teórico modernos. Hay los marcos teóricos de los humanistas y post-modernos que son modelos construccionistas y constructivistas.

Los modelos explicativos espirituales poseen una pequeña influencia en la actualidad, como en los grupos de alcohólicos anónimos y de comunidades terapéuticas, de igual manera que los modelos explicativos sociales, basados en que los componentes de forma individualizada no comprenden la complejidad del fenómeno de trastornos por abuso de sustancias. Se debe tener en cuenta los factores psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales, pues los mismos poseen un papel importante en la causa, en el curso y en los resultados del desorden de la adicción, y por lo tanto deben ser tratados desde un punto de vista multidisciplinar (Laespada, Iraurgi, y Aróstegi, 2004; Edwards, Marshall y Cook, 2003; Figlie, Bordin y Laranjeiras, 2010; Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011; Araújo, 2013). En el siglo XX hubo el entrelazamiento de los enfoques físicos y psicológicos, cuando la terminología adicción como un simple concepto de enfermedad fue severamente criticada, médicos pasaran a argumentar que no había ningún fundamento farmacológico en la adicción y sin bases sociales y psicológicas (Edwards y Lader, 1994).

Un nuevo modelo explicativo de adicción, basado en la reforma social sanitaria y con implicaciones sociales, psicológicas, políticas y económicas surgió. Son modelos de la salud pública y del eclecticismo informado, que son modelos teóricos que busca relacionar diverso elementos, variables o factores que pueden explicar o influenciar la adicción y deben ser considerado para una comprensión global del problema. Se generan principalmente a partir de

los resultados que se encuentran constantemente en varios estudios empíricos (Edwards y Lader, 1994; Bucher, 1992; Figlie, Bordin y Laranjeiras, 2010; Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011).

La política de salud pública ha evolucionado en cada país para humanizar el atendimento de los usuarios en general y de drogas, con la intención de que la persona pueda apropiarse de su tratamiento, que participe de la construcción de las alternativas, como la prevención de recaídas, los cambios en el estilo de vida, el entrenamiento en habilidades sociales, la intervención familiar y la motivación (Franco, Bueno y Merhy, 1999; Edwards y Lader, 1994; Bucher, 1992; Secretaria Nacional de Drogas, 2013). Esa nueva propuesta mira la persona en su plenitud, sin perder de vista su dimensión de ciudadanía. Deja así de tratar la adicción como una enfermedad, como una causa única del cuerpo, pasible únicamente de internación y medicalización (Delgado, 1991).

Para fortalecer modelos explicativos de la adicción que no simplemente buscan las "causas" que hacen las personas consumir o no, pero sí definen aquellas variables que pueden aumentar o disminuyen el riesgo de realizar este tipo de comportamientos (Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011), los llamados modelos de salud pública o de eclecticismo informado. Desde ahí, se recoge la importancia de promover la responsabilidad individual social y el mantenimiento de la salud, entendiéndose salud como un proceso de desarrollo continuo, con factores de riesgo y protección a nivel físico, psíquico y social (Delgado, 1991; Pérez, Vasquéz y Fernandez, 2009; Becoña y Cortéz, 2011).

Con base en el enfoque multidimensional con marcos conceptuales complejos, se pasó a integrar todas las informaciones existentes sobre la persona (Tabla 2), construyéndose un modelo donde se siga una perspectiva amplia, tanto en el sentido evolutivo de la persona cuando en las distintas etapas de la adicción, factores de riesgo y protección relacionadas con la propia evolución física, psicológica, afectiva y social de esa persona (Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011; Secretaria Nacional de Drogas, 2013). Ese es el modelo del presente trabajo, el modelo biopsicosocial, que abarca la esencia de las principales características de los demás modelos, como una consecuencia evolutiva de los enfoques anteriores.

Tabla 2. Modelos explicativos de la adicción.

	Moral	Enfermedad	Comportamiento	Psicosocial
Etiología	Debilidad de carácter	Factores biológicos y genéticos	Trastornos del comportamiento y aprendizaje	Factores ambientales y sociales

Fuente: Rassool y Gafoor (1997)

3.1 EL MARCO DEL MODELO BIOPSIICOSOCIAL

El modelo biopsicosocial se basa en una perspectiva multidimensional, considera el conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales como los determinantes de la adicción, para investigar la problemática de la adicción de una persona, comprendiendo así el proceso de salud-enfermedad como resultante de procesos complejos y decurrentes de construcciones, diversas durante la vida de la persona (Fernández-Hermida, Carballo, Secades, García-Rodríguez, 2007; Figlie, Bordin y Laranjeiras, 2010; Kail y Cavanaugh, 2011; Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011; Secretaria Nacional de Drogas, 2013). Es un modelo que reorganiza el proceso de trabajo, quitando del médico el eje central y pasando para una equipo multi profesional, que se responsabiliza por oír las personas en el ámbito general de la salud, trabajo, familia con parámetros humanitarios y solidario (Franco, Bueno y Merhy, 1999). Pues todos aspectos cognitivos, afectivos y ambientales definen la realidad del sujeto, o sea sus factores individuales e interactúan con los componentes biológicos y sociales, determinando su desarrollo y conducta (Kail y Cavanaugh, 2011; Whitbourne y Halgin, 2015). Es una teoría unificadora que trata de integrar aportaciones del modelo de la enfermedad, del modelo del comportamiento aprendido, del modelo psicoanalítico y del modelo familiar.

Hay que considerar que algunas personas son más vulnerables que otras a desarrollar adicciones, y esa diferencia está relacionada con los factores genéticos, con la edad inicial de la exposición a las drogas, con las influencias ambientales, como los patrones familiares, la

personalidad, las relaciones sociales, los factores de riesgo y de protección, entre otros (Kail y Cavanaugh, 2011; Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011; NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, 2014). Por lo tanto es importante mirar de una forma integral a las personas que tienen problemas de adicción, no sólo bajo un aspecto, sino bajo múltiples factores pre disponibles (Berruecos, 2010; Díaz-Costa y Lorenzo, 2012).

4. DETERMINANTES PSICOSOCIALES IMPLICADOS EN EL FENOMENO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

La adolescencia y la juventud son épocas en las que los **amigos** ejercen gran influencia en la conducta. Los jóvenes comparten con sus pares las mismas preocupaciones, tienen la posibilidad de exponer sus inseguridades, sus conflictos internos, expresar sus emociones, compartir sus dudas y sus dolores sin ser juzgados. Cuando un joven encuentra esta respuesta de aceptación en un grupo, lo más importante es encajar, sentirse parte de este colectivo, creando su identidad alrededor de este y sabiendo que es parte de algo, que pertenece a una entidad de la cual es alguien importante. Cuando un grupo se forma, se crea de igual manera una identidad propia. Esta puede ser desde cómo se visten, hasta cómo actúan; se generan normas de convivencia interna y se plantea que un ser diferente a los demás, es alguien que es observado por los otros y que no merece estar con ellos, porque no cumple con los cánones de pertenencia (Gómes, 2009; Diehl et al., 2011; Cuerno-Clavel, 2013).

Esta necesidad de identidad y sentido de pertenencia a un grupo, amenaza las **carencias psicoemocionales** de los adolescentes y jóvenes, y en muchos casos es un factor social que puede conducir al consumo de sustancias. Y si a esto se agrega, como factores probables de cierta inconformidad social, bajo rendimiento académico, rebeldía, búsqueda de sensaciones nuevas, falta de atención en la familia, el machismo cultural y un liderazgo negativo, entre otros puntos, es difícil no caer en la auto administración de drogas, y más cuando el grupo

toma esta actitud como parte de su identidad (Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011; Cuerno Clavel, 2013).

El consumo de sustancias psicoactivas y las conductas adictivas ha tomado un papel relevante en la vida de los jóvenes, mediando en las situaciones adversas y en las que no tienen control. No contar con estrategias de confrontación, de ajuste y de manejo de situaciones conflictivas en la vida cotidiana que ayuden a la resolución de conflictos, hace que la persona experimente altos niveles de incertidumbre y angustia, considerando a las sustancias y otras conductas como los canales para responder a estas situaciones sociales o como los contactos sexuales, donde se sientan inhibidos o incapaces de responder de manera adecuada (Jáuregui, 2007; Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009).

También, la frustración no tolerada, el consumismo impulsado por falta de perspectivas de futuro de los jóvenes, el deseo de experiencias cada vez más intenso, el aislamiento, la pérdida de lazos afectivos y/o sociales que terminan contribuyendo a una sensación de vacío existencial favorece el uso de drogas como un afrontamiento a estas dificultades.

El consumidor trae consigo no sólo el comportamiento aprendido, sino también su carga genética, su momento de insatisfacción con su calidad de vida, la falta de informaciones adecuadas o el acceso fácil a las drogas, hasta su personalidad frágil, la ansiedad, la curiosidad o la necesidad de autoafirmación.

Aquí influye también la sociedad donde vive el individuo, la familia de donde proviene, el inicio temprano y el consumo de los amigos, el mayor número de horas de ocio en fin de semana aumenta el riesgo de consumo. Además de una personalidad frágil o afectada por serios problemas personales o familiares, colaboran para el ingreso de la persona en la drogadicción. Pueden ser momentos propicios, una fiesta, una pelea, la presión de amigos, desencadenando relación con alguna sustancia psicoactiva o con conductas adictivas (Becoña, 2002; Larrosa y Palomo, 2010; Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011; Aleixandre, Dols, Serrano y Navarro, 2011; Silva, Silva y Medina, 2012; Araújo, 2012).

4.1 FACTORES DE RIESGO

A los factores que contribuyen o previenen al uso, abuso y adicción, se llaman de factores de riesgo y protección respectivamente. Es importante destacar que, nunca un factor de riesgo aislado conduce a la adicción y que los factores de riesgo en las diferentes etapas de la vida no son estáticos, sino que varían en el tiempo (Hoffman, Scott y Hall, 1995; Araújo, 2013), bien como los factores de protección no son suficientes para evitar la adicción y que éste también varía. En la actualidad, aumenta la comprensión de que la familia está implicada en el desarrollo de sus miembros y que los factores familiares son posibles determinantes de riesgo o de protección para adolescentes y adultos (Carter y McGoldrick, 2001; Schenker y Minayo, 2005; Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009).

Desde el enfoque del modelo biopsicosocial, se entiende por factores de riesgo el conjunto de circunstancias, hechos y elementos personales, sociales o relacionados con la adicción y que aumentan la probabilidad de que una persona se inicie y se mantenga en una adicción. El concepto de factores de riesgo es sobre todo importante en el ámbito de la prevención no solo por el riesgo en sí, sino por aumentar la vulnerabilidad de la persona frente a la adicción (Becoña, 2002; Schenker y Minayo, 2005; Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009; Secretaria Nacional de Drogas, 2011; Araújo, 2013). Son influencias ambientales y representan factores importantes y predominantes para el inicio del consumo drogas o uso de Internet, compras, juego y uso de móvil (Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009), la familia, la escuela, la pareja, el barrio y la comunidad (Becoña, 2002). Son factores de riesgo en casa las discordias familiares y de pareja, las rupturas de la estructura familiar, la exclusión y el rechazo, además del uso habitual de alguna conducta o uso de sustancia en el ambiente familiar.

De igual manera que el grupo de familiares, el grupo de amigos y de colegas, son considerados como modelos y pueden presentar una actitud de aprobación con respecto al uso, caracterizándose como un factor de riesgo (Pedrosa, 2009; Figlie, Bordin y Laranjeiras, 2010; Cuerno-Clavel, 2013; Araújo, 2013).

Existen aspectos relacionados al ambiente escolar, que pueden inducir al uso de drogas, como la dificultad de desempeño llevando al fracaso escolar. Son frecuentes contextos escolares negligentes que promueven conductas adictivas como el uso del móvil, debido al

hecho de que la escuela es un área donde se producen interacciones personales frecuentes. Según López-Larrosa y Rodríguez-Arias (2012), factores de riesgo como el fracaso escolar, la implicación en bandas, las actitudes favorables y la iniciación a la conducta antisocial, son predictores comunes del consumo de sustancias. También son factores de riesgo, la accesibilidad de obtención de la sustancia, el poder adquisitivo de la persona, los medios de comunicación, los prejuicios sociales, la intolerancia a la diversidad y el uso desmedido de la tecnología (Becoña, 2002; Figlie, Bordin y Laranjeiras, 2010; Cuerno-Clavel, 2013; Araújo, 2013). El estudio de los factores de riesgo psicológicos, remite al análisis de los estados anímicos de la persona. Por lo general el abuso por cuestiones psicológicas viene de la necesidad de encontrar una manera de escapar a las cuestiones de la vida que le angustian. Las características individuales de carácter psicológico destacan aspectos como la curiosidad, la inseguridad, la insatisfacción con la vida, los síntomas depresivos y la búsqueda de placer o la necesidad de disminuir algún dolor, o sea caracterizan aspectos de la personalidad y de la conducta de la persona (Becoña, 2002).

Por la complejidad del modelo biopsicosocial, es importante estudiar distintos factores de riesgo de forma individualizada sin nunca perder de vista sus relaciones con las demás, en el sentido de facilitar su identificación, diagnóstico, prevención y tratamiento (Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009).

De acuerdo con Secretaria Nacional de Drogas (2013), los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales pueden ser presentados como en la tabla 3, presentada adelante.

Personas con algún sufrimiento, baja autoestima, tensión, ansiedad, frustración, estrés, impulsividad, vacío interior o angustia, poseen factores de riesgo de carácter individual que hace con que tengan riesgo a la hora de consumir sustancias o conductas adictivas (Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009). Como refieren Fernández-Montalvo y López-Goñi (2010), se trata de personas que carecen de un afecto consistente y que intentan llenar esa carencia con sustancias químicas (drogas, alcohol o tabaco) o con conductas sin sustancias (compras, juego, internet o trabajo).

Como resumen Echeburúa, Labrador y Becoña (2009), un sujeto con una personalidad vulnerable, con una cohesión familiar débil y con unas relaciones sociales pobres corre un gran riesgo de hacerse adicto si cuenta con un hábito de recompensas inmediatas, tiene el

objeto de la adicción a mano, se siente presionado por el grupo y está sometido a circunstancias de estrés o de vacío existencial. Sin embargo, cuando las personas se sienten carentes o contrariadas en alguna de las varias facetas de la vida, pueden centrar sus atenciones para alguna otra de las facetas, como la más placentera, predisponiéndose a situaciones de adicción a sustancias químicas o comportamientos donde entran en juego los factores de riesgo (Becoña, 2002; Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009; Araújo, 2013).

Tabla 3. Factores de riesgo para uso de sustancias químicas y conductas adictivas.

BIOLÓGICOS	PSICOLÓGICOS	SOCIALES
Predisposición Genética	Trastornos del Desarrollo	Estructura familiar disfuncional: violencia doméstica, abandono, necesidades básicas no atendidas
Capacidad del cerebro para tolerar la presencia constante de la sustancia	Cambios o Problemas en el comportamiento, conductas anti-social	Exclusión y violencia social
Capacidad del cuerpo para metabolizar la sustancia	Comorbilidad psiquiátrica: ansiedad, depresión, déficit de atención, trastorno de hiperactividad y de personalidad	Baja educación; bajo rendimiento académico
Naturaleza farmacológica de la sustancia, tal como potencial toxicidad y dependencia, influenciados por la ruta de administración elegida	Baja resistencia y repertorio limitado de habilidades sociales	Pocas oportunidades y pobres opciones de ocio; desorganización comunitaria
Trastornos de ansiedad, depresivos e bipolares; de impulso; de conducta; enfermedades orgánicas heredadas y diabetes	Expectativa positiva sobre los efectos del abuso de sustancias	Presión del grupo para el consumo
Edad, sexo	Uso precoz < 13años	Entorno permisivo o estimulador de la sustancia

Fuente: adaptado de Becoña, (2002) y Secretaria Nacional de Drogas (2013)

Como circunstancias del estrés están el fracaso escolar, las frustraciones afectivas y la competitividad, y como vacío existencial están la inactividad, el aislamiento social y la falta de objetivos. Cuando hay un desequilibrio, en el que el individuo presenta más factores de

riesgo que factores de protección, la vulnerabilidad a los comportamientos no deseados, tales como el consumo de drogas y otras conductas adictivas, aumentan. Por lo tanto puede ser entendido, como destacan Diehl, Bordin y Laranjeiras (2011) y Becoña y Cortéz (2011), que problemas de consumo de las drogas se derivan de la combinación de elementos internos y externos del individuo.

Los factores de riesgo aumentan la susceptibilidad, sin embargo no determinan el comportamiento de forma aislada. Beconã (2002) apunta que hay que tener en cuenta la edad de la persona, su desarrollo, la comunidad, la escuela, los amigos y otros aspectos. A lo largo de la vida de un usuario, se desarrolla un patrón particular de consumo el cual está constantemente influenciado por una serie de factores protectores y de riesgo que se influye mutuamente. Esos factores pueden potenciar el riesgo o neutralizar los daños (Araújo, 2013).

4.2. FACTORES DE PROTECCIÓN

Desde una perspectiva muy general, se podría decir que las personas que mantienen un buen equilibrio físico y mental, o sea, que tienen un balance positivo de afectos, en el que los aspectos positivos sobrepasan a los negativos, son personas que poseen más probabilidad de no presentaren una adicción y de siguieren adelante con los factores de protección. Araújo (2013) destaca que las relaciones sociales hacen parte de la vida humana y es necesario que estas interacciones se produzcan adecuadamente. Sus distintas habilidades sociales hace toda la diferencia en cómo los individuos actúan y trabajan los acontecimientos en sus vidas la que caracteriza más un factor de protección para minimizar problemas futuros (Becoña, 2007b; Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011).

Características como buena autoestima, capacidad de darse cuenta (*'insight'*), motivación y competencia emocional, favorecen las personas a estar más protegido de las adicciones (Becoña, 2002; Contreras y Oliva, 2015). Funcionamiento familiar cohesivo y adaptado positivamente favorece la protección y prevención para las adicciones (Carter y McGoldrick, 2001; Schenker y Mayano, 2005; Echeburúa, Labrador y Laranjeiras, 2009; Echeburúa, 2012).

Factores de protección biológicos, psicológicos y sociales, como presentados en la tabla 4, pueden ser oriundos de la inclusión social de como las oportunidades que ha encontrado para trabajo, estudio, ocio y de los amigos que no consumen (Secretaría Nacional de Drogas, 2011; Contreras y Oliva, 2015). No obstante, también opera la herencia genética: una posible combinación de genes para digerir una sustancia con más o menos eficiencia influye directamente en la “tolerancia innata” de cada individuo (Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011; Araújo, 2012; Araújo 2013).

Tabla 4. Factores de protección contra el uso de sustancias químicas y conductas adictivas.

BIOLÓGICOS	PSICOLÓGICOS	SOCIALES
Tolerancia innata	Habilidades sociales y resiliencia	Funcionamiento familiar cohesivo y adaptado
	Autoestima	Inclusión social
	Autonomía	Ocio y deportes
		Oportunidades de trabajo
		Información

Fuente: Echueburúa, Labrador y Becoña (2009); Secretaría Nacional de Drogas (2013)

5. CONCLUSIONES

En este capítulo observase que la dependencia o adicción ocurre desde el inicio de la humanidad. Los seres humanos buscan alcanzar un nivel de satisfacción global en sus vidas, algo que normalmente obtienen en el trabajo, en las relaciones sociales y en el ocio, los cuales serían factores de protección al uso de sustancias químicas y a las conductas adictivas.

La adicción a sustancia química, así como la adicción conductual, se asocia a usos con perjuicios psicológicos o físicos. Eso significa que el usuario necesita el consumo constante

de la sustancia, o bien de la conducta, para conseguir bienestar o evitar sufrimiento, independientemente de los efectos dañinos que eso causa en su salud física, mental o relaciones sociales (Cuerno-Clavel, 2013).

Para auxiliar en la comprensión y tratamiento de las conductas adictivas, existen diversos modelos explicativos, que tratan de explicar el origen de los problemas de la adicción, que por si no son terapéuticos y deben considerar la persona como un todo, de una forma holística o global, o sea un ser biopsicosocial. Una persona con características propias, originario de una familia inserido en una escuela, sociedad, con relaciones y experiencias individuales.

CAPITULO 2. LAS ADICCIONES EN LOS JÓVENES

1. DROGAS

1.1. CARACTERISTICAS DE LAS SUSTANCIAS ADICTIVAS

El **tabaco** es responsable de muchas enfermedades y posee una gran capacidad adictiva (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Incentiva a nuevas dosis, crea tolerancia y síndrome de abstinencia (Araújo, 2012). Provoca dependencia psíquica severa y al dejar de fumar presenta síntomas físicos de abstinencia, incluyendo irritabilidad, náuseas, dolor de cabeza, malestar, fatiga, insomnio, ansiedad, baja concentración y aumento de peso (Silva, Silva y Medina, 2012). Más del 80% de las personas que utilizan el tabaco intentan dejar el hábito después de algún tiempo, pero el 60% sufren recaídas dentro de una semana, y por lo menos un 5% intentan mantener la abstinencia hasta el final de su vida (American Psychiatric Association, 2014).

El **alcohol** posee baja capacidad adictiva, en torno de 10%, y de estos en torno de 40 a 60% que se explica por la influencia genética, todavía los trastornos por consumo de alcohol son frecuentes y afectan el funcionamiento de las áreas de la vida, tales como conducir, operar maquinaria, frecuentar escuela, el trabajo, las relaciones interpersonales, la comunicación y la salud. Responsable por accidentes con traumatismos, violencias y muertes prematuras (OMS, 2014). La embriaguez perjudica la toma de decisiones y del registró nuevos acontecimientos. El uso regular del alcohol torna la persona tolerante a muchos de sus efectos y el uso continuo puede desencadenar su dependencia que ocurre lentamente, pasa del uso, para abuso, desarrollando la tolerancia y el síndrome de abstinencia que puede ser fatal (Araújo, 2012).

En el usuario de **cannabis** ocurren cambios en la estabilidad del ánimo, en los patrones de energía y en los patrones de alimentación. Jóvenes con puntuación más alta de desinhibición conductual presentan trastornos por uso con inicio temprano (American Psychiatric Association, 2014). Genera dificultades de aprendizaje y puede causar ansiedad o desencadenar problemas mentales en personas con predisposición. Puede causar trastornos de

la memoria, sudoración, sueño, apatía, desinterés, disminución de la motivación, deterioro de las relaciones interpersonales (Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas, 2015). Causa tolerancia y síndrome de abstinencia. El uso periódico y la intoxicación pueden afectar negativamente al funcionamiento conductual y cognitivo y así interferir en el rendimiento en el trabajo, en la escuela o poner en peligro su integridad física. Causa enrojecimiento de ojos, incremento de la frecuencia cardíaca, risa incontrolable sin motivo aparente, habla exagerada, exaltación de la fantasía, sueño, sensación de que el tiempo transcurre lentamente, hambre, sensación de bienestar y relajación. Hay riesgos respiratorios, cardíacos, reproductivos y al sistema inmune (Araújo, 2012).

El uso de **cocaína** puede desarrollar dependencia especialmente se utilizado por vía sanguínea, donde el riesgo es más alto que inalada o fumada (Araújo, 2012). La tolerancia se desarrolla rápidamente y al interrumpir el uso crónico aparecen síntomas del síndrome de abstinencia. (Araújo, 2012). Los efectos estimulantes de la cocaína parecen aumentar las capacidades físicas y mentales de los usuarios o que alientan el uso continuado de esta droga y la adicción (Figlie, Bordin y Laranjeiras, 2010). Es común también el poli-consumo, donde la gran mayoría de los consumidores de cocaína la utilizan con otras sustancias (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Los **alucinógenos** en general, pueden producir alteraciones graves de conducta innata o adquirida (Silva, Silva y Medina., 2012) y ni todas causan tolerancia. Algunas personas intensos sentimientos de ansiedad, depresión y estados psicóticos, mismo después de largos períodos sin uso. Los efectos alucinógenos de la fenciclidina pueden desencadenar un episodio psicótico persistente que recuerda a la esquizofrenia. Además puede conducir a déficits en la memoria, en habla, en la cognición, bien como ocurrir graves problemas físicos como cardiovasculares y neurológicos (American Psychiatric Association, 2014). Los adolescentes, en particular, están en mayor riesgo, pues se destacan como factores de riesgo entre los jóvenes el uso de drogas más fuertes por los compañeros y la búsqueda de sensaciones extremas (American Psychiatric Association, 2014).

Los **tranquilizantes** causan inestabilidad del estado de ánimo y del sueño que pueden permanecer durante varios meses. El uso continuado durante muchos años causa daños a la memoria y la cognición. Cuando se inyecta, sin consejo médico, puede llevar a complicaciones agudas peligrosas para el mantenimiento de la vida, como paro respiratorio y

cardíaco Su uso a largo plazo causa problemas de memoria y aprendizaje (Secretaría Nacional de Drogas, 2012). Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), el uso frecuentemente está asociado a otros trastornos por uso de sustancia, que costumbre ser utilizado para aliviar efectos indeseados de esta otra sustancia, pero su uso constante puede llevar a una intoxicación grave, causan dependencia, tolerancia y un síndrome de abstinencia bien acentuada y hasta la muerte (Araújo, 2012).

En la tabla 5 se describen las sustancias que son objetos de estudio en la presente tesis doctoral, se presenta la definición de cada sustancia y se describe las características de su acción sobre el usuario, bien como las consecuencias de cada una sobre el organismo del usuario.

Tabla 5: Definición y características de diferentes drogas.

Droga	Definición	Características	Consecuencias
a- Tabaco	Extraído de la hoja de fumo <i>Nicotiana tabacum</i>	Aumenta estado de alerta, mejora concentración, atención y la memoria, sensación de placer (Figlie, Bordin y Laranjeiras, 2010).	Reduce el apetito. Uso prolongado provoca problemas cardíacos, pulmonares y circulatorios, cáncer de pulmón y vejiga. Aumenta el riesgo de parto prematuro, niños con bajo peso y aborto involuntario. Enfermedades relacionadas al uso activo y uso pasivo.
b- Alcohol	Fermentación o destilación. El etanol varía su concentración	Sensación de placer y relajación dejando la persona eufórica, desinhibida y comunicativa. Después se inicia la sedación, trastornos del habla, pierde el equilibrio y la coordinación motora tiene más sueño.	Uso excesivo puede causar náuseas, vómitos, temblores, sudoración, dolor de cabeza, mareos, liberación de agresividad, disminución de capacidad de concentración, atención y reflejos. Puede causar cirrosis hepática y atrofia cerebral.
c- Cannabis	Sustancia extraída de hojas y flores de la planta hembra <i>Cannabis sativa</i> y Hachís elaborada de la resina de flores y hojas de esa planta (Araújo, 2012).	Hachís más toxica que marihuana (Min San Cons, 2007; Escohoato, 2008). Cambios de conciencia y emocionales, como euforia y relajación moderada, alteración perceptiva, como distorsión del tiempo, y intensificación en experiencias sensoriales, como comer, ver películas, escuchar música, relaciones sexuales (Figlie et al, 2010).	Pérdida de atención y de la memoria para los acontecimientos recientes, algunas personas tienen alucinaciones, disminución de los reflejos, aumenta el riesgo de accidentes. En dosis altas produce ansiedad pánico paranoia y consternación.

d- Cocaína	Extraído de hojas del arbusto de coca <i>Erythroxylum coca</i> (Min. Sanidad y Cons., 2007).	Sensación de poder, excitación y euforia. Estimula la actividad física y mental. Inhibe el sueño y disminuí el cansancio. Cambia la percepción del mundo para más brillante.	Euforia, excitación, ansiedad, hablar con exageración, dilatación de pupilas, aumento de presión sanguínea, alucinaciones y delirios de persecución. Intoxicación grave puede generar pérdida de peso, debilidad física, convulsiones, alucinaciones, excitabilidad, trastornos circulatorios, perforación de tabique nasal y muerte por insuficiencia cardíaca.
e- Alucinógenos	Producidas en laboratorio, como el LSD, la fenciclidina, la mescalina, el éxtasis, y sustancias naturales	LSD induce dependencia psíquica, con efectos que aparecen en flashbacks produce alucinaciones visuales y auditivas, con perturbación psíquica, pierde la habilidad de percepción de situaciones de peligro (Araújo, 2012). Extasis (MDMA) genera diferentes efectos, debido a ser estimulante y alucinógeno (APA, 2014). Fenciclidina en pequeñas dosis produce la sensación de separación o disociación de la mente y el cuerpo; en dosis altas puede causar estupor y coma.	Puede ocurrir "malas viajes", con pánico, delirios y la ansiedad. Con éxtasis se produce percepción distorsionada y alucinaciones de sonido e imágenes. Puede aumentar la temperatura, ocurrir deshidratación y puede conducir a la muerte.
f- Tranquilizantes	Medicamentos conocidos como ansiolíticos.	Reducen la ansiedad, proporcionan relajación e inducen el sueño. A menudo se utilizan para aliviar los efectos no deseados del uso de otras sustancias (Araújo, 2012).	En dosis altas pueden causar una caída en la presión arterial cuando se usa con el alcohol aumenta los efectos pueden conducir al coma.

Adaptado de: American Psychiatric Association (2014) y Silva, Silva y Medina (2012).

1.2. CLASIFICACIÓN Y TIPOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Las drogas psicoactivas tienen la capacidad de modificar el comportamiento del individuo y, a lo largo del tiempo, su modo de ser. Entendiendo por droga, toda sustancia introducida en el organismo por cualquier vía de administración, y por droga psicoactiva aquella que puede alterar el sistema nervioso central del individuo que la consume, que puede

modificar pensamientos y/o conductas de la persona. (Araújo, 2012). Las drogas pueden ser clasificadas desde diversos criterios, como los presentados en la tabla 6.

Tabla 6: Clasificación de las drogas de acuerdo con sus diferentes aspectos:

Origen	Potencial	Aspecto jurídico	Aspecto farmacológico
Sintética	Fuerte	Legal	Estimulante
Semi-sintética	Moderado	Ilegal	Depresora
Natural	Flaco	Controlada	Alucinógena

Fuentes: Secretaria Nacional de Drogas (2011) y Araújo (2012).

Cada tipo de droga afecta de modo distinto al sistema nervioso central. Las drogas entran en el organismo por vía oral, aspiración, inhalación, intravenosa o contacto. La cantidad y la concentración de una sustancia que llega al cerebro, así como el tiempo que la misma tarda en llegar, cambia de acuerdo con su forma de uso, la cual también influye en sus efectos, como explica la tabla 7 abajo.

Tabla 7: Ejemplos de sustancias psicoactivas que provocan alteraciones el sistema nervioso central, agrupadas de acuerdo con sus efectos sobre el mismo:

Depresores	Estimulantes	Alucinógenas
Alcohol	Cocaína	Marihuana
Tranquilizantes	Tabaco	Extasis
Inhalantes	Anfetaminas	LSD
	Cafeína	

Fuente: Secretaria Nacional de Drogas (2011)

Las sustancias estimulantes aceleran el funcionamiento del cerebro, los medios de hiperexcitabilidad aumentan el estado de alerta, disminuyen el sueño y el apetito, aumentan la capacidad física para el trabajo deportivo, aunque el rendimiento sea lento. Cuando ocurren súper estímulos o estímulos continuos, las sustancias generan sentimientos de euforia y de

confianza, como sentirse capaz de hacer cualquier cosa (Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011; Araújo, 2012).

Las sustancias depresoras disminuyen el funcionamiento general del sistema nervioso central, dando lugar a somnolencia e incluso al coma, cuando se usa de forma excesiva. Son sustancias químicas que inducen efectos sedantes en diferentes partes del cerebro y de la médula espinal. Algunas reproducen las acciones sedantes de neurotransmisores inhibitorios naturales del cuerpo, mientras otras suprimen directamente las áreas estimulantes del cerebro (Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011; Araújo, 2012).

Alucinógenas son aquellas sustancias que provocan alteraciones en la percepción de la realidad. Pueden actuar como estimulantes, de alentadora, o como depresores de manera desalentadora, pero más a menudo las alucinógenas distorsionan la percepción de mundo del sujeto. Cuando la lógica pierde para la sensibilidad, las sensaciones se quedan intensificadas e interfieren en el equilibrio normal del cerebro. Sustancias alucinógenas hacen la imitación de algunos neurotransmisores que existen naturalmente en el cuerpo y desequilibran otros (Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011; Araújo, 2012).

1.3. FORMAS DE CONSUMO

En nuestra cultura y legalmente a partir de los dieciocho años, el consumo de ciertas sustancias, sobre todo el alcohol, es considerado normal. No por consumir ocasionalmente, uno tiene un problema con el alcohol. Por eso, en este punto, es importante hacer referencia a las distintas conductas de consumo que se pueden dar entre población joven y que será lo que marque posibles pautas de actuación o de intervención.

En este sentido, cabe diferenciar cinco tipos de conductas relacionadas con el consumo de sustancias (Ruiz-Olivares, 2010):

- Abstinente, no consume ninguna sustancia.

- Experimental (“lo pruebo”), es un consumo fortuito o durante un periodo de tiempo muy limitado o en una cantidad muy reducida. La persona prueba las sustancias que están a su alcance, de forma indiscriminada, determinada por la oferta de amigos o compañeros, pero que, por alguna razón, no las vuelve a consumir. Los motivos de este consumo pueden ser muy variados, curiosidad (conducta adolescente), sentirse adulto (conducta iniciática), sentirse parte de un grupo (conducta de integración). Y las razones por las que dejan de consumirlas son también muy diversas, por ejemplo, desde una fuerte intolerancia a la misma, con síntomas físicos desagradables (fuertes dolores de cabeza, vómitos, mareos, etc.), hasta que no le haya gustado demasiado la experiencia.

- Ocasional (“me divierte”), se trata de un consumo intermitente de cantidades, a veces importantes cuya principal motivación es la integración grupal, a través de mayores niveles de desinhibición personal. O pueden darse propósitos concretos como el deseo de obtener mayor rendimiento académico, deportivo, resistencia física, etc. La persona discrimina cuál es el tipo de droga y dónde quiere usarla. Este comportamiento puede significar un trastorno por abuso de sustancia psicoactiva.

- Habitual (“repito”), es decir, ya no es un consumo esporádico, sino que tiene lugar a diario o de forma continua, por ejemplo, un joven que consume cada vez que “sale de marcha” los fines de semana, o cada vez que tiene la ocasión. Se puede considerar como un consumo compulsivo, muy intenso, existiendo un trastorno muy importante del comportamiento que da lugar a una serie de consecuencias sociales importantes.

- Dependiente (“no sé parar”), aquel que consume habitualmente grandes dosis de droga, que deja de realizar otras actividades para poder consumir, que siente un deseo muy fuerte y una pérdida de control ante el consumo, etc. El propósito del consumo es mantener su funcionamiento basal y aliviar los síntomas de abstinencia que aparecen al dejar de consumir (Martín-del-Moral y Lorenzo-Fernández, 2009; Ruiz-Olivares, 2010).

La línea divisoria entre un consumo habitual o compulsivo y un consumo dependiente es realmente fina y delgada, conforme la tabla 8. Conocer qué factores propician el paso de un consumo a otro, resulta determinante para la prevención del mismo en jóvenes que se están iniciando en el consumo de sustancias psicoactivas de una forma u otra (Lucena-Jurado, 2013).

En las diferentes investigaciones realizadas, el tabaco y el alcohol aparecen como las sustancias que más consumen los jóvenes. Más alto y perjudicial es el consumo de alcohol entre los estudiantes fumadores hombres (Morales, Del-Valle, Belmar, Orellana, Soto y Ivanovic, 2011).

Tabla 8: Tipologías de consumo de drogas (Clasificación de Siegel, 1984):

Experimental		Episódico
Socio-recreativo	Ocasionales	Crónico
Circunstancial-situacional		
Habitual	Sistemáticos	
Compulsivo		

2. COMPORTAMIENTO ADICTIVO EN LOS JÓVENES

Consumir sustancias psicoactivas es una forma del comportamiento humano, y este es una combinación de actos complejos que incluyen sentimientos, pensamientos y motivos. A esto se le suma la relación que se tenga con los padres, institución escolar, institución religiosa, institución que trabaja, se refiere también a las enseñanzas filosóficas, ideológicas, políticas, es decir, que toda sociedad influye en el comportamiento humano desde que nacemos. El camino a la adicción con sustancias comienza con el acto voluntario de experimentar una droga y con la diferencia entre el uso puntual, esporádico y abusivo. Ocurre cuando el individuo pasa a hacer un uso más prolongado de la sustancia y se asocia a eso las consecuencias negativas de la drogadicción, como las alteraciones de conducta y de comportamiento que justifican la necesidad de comprender y prevenir el uso de drogas entre los jóvenes.

La adolescencia y la juventud son épocas en las que los amigos ejercen gran influencia en la conducta. Los jóvenes comparten con sus pares las mismas preocupaciones, tienen la posibilidad de exponer sus inseguridades, sus conflictos internos, expresar sus emociones, compartir sus dudas y sus dolores sin ser juzgados. Cuando un joven encuentra esta respuesta de aceptación en un grupo, lo más importante es encajar, sentirse parte de este colectivo, creando su identidad alrededor de este y sabiendo que es parte de algo, que pertenece a una entidad de la cual él es alguien importante. Cuando un grupo se forma, se crea de igual manera una identidad propia. Esta puede ser desde el cómo se visten, hasta cómo actúan; se generan normas de convivencia interna y se plantea un ser diferente a los demás, alguien que es observado por los otros y que no merece estar con ellos, porque no cumple con los cánones de pertenencia (Gómes, 2009; Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011; Cuerno-Clavel, 2013). Esta necesidad de identidad y sentido de pertenencia a un grupo, ameniza las carencias psicoemocionales de los adolescentes y jóvenes, es en muchos casos un factor social que puede conducir al consumo de sustancias (Aberastury, 1980; Waksma, Gikas y Maciel, 2005). Y si a esto se agrega, como factores probables de cierta inconformidad social, bajo rendimiento académico, rebeldía, búsqueda de sensaciones nuevas, falta de atención en la familia, el machismo cultural y un liderazgo negativo, entre otros puntos, es difícil no caer en la auto administración de drogas, y más cuando el grupo toma esta actitud como parte de su identidad (Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011; Cuerno-Clavel, 2013).

Además, cabe señalar que el perfil actual del joven consumidor está relacionado con una vida resuelta y estructurada a nivel familiar y personal. Viven y dependen de su familia y suelen estar estudiando, incluso suelen estar trabajando a edades más avanzadas. Lejos está ya la imagen asociada de la drogodependencia o el problema del abuso de sustancias con entornos desfavorecidos y familias desestructuradas (Ruiz-Olivares, 2010).

La frustración no es tolerada, se incentiva el consumismo impulsado por falta de perspectivas de futuro de los jóvenes, por el deseo de experiencias cada vez más intensa, por aislamiento, pérdida de lazos afectivos y sociales terminan contribuyendo a una sensación de vacío existencial que favorece el uso de drogas como un enfrentamiento a estas dificultades. Haciendo ese periodo de grande estrés y están bajo una fuerte carga de presión social, las condiciones de estrés son los principales factores que contribuyen para la adquisición y mantenimiento de conductas adictivas (Hoffman, Scott y Hall, 1996; Lambert y Kinsley,

2006; Pinsky y Bessa, 2004; Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011). En ese panorama es relativamente habitual que hagan múltiples adicciones de varias drogas al mismo tiempo. Los jóvenes del siglo XXI se caracterizan por ser poli consumidores (Griffith, Marshall y Cook, 2005; Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010; Nóbrega, Simich, Strike, Brands, Giesbrecht y Khenti, 2012; Pastor, Serecigni, Gómez y Garcia, 2013), y es cada vez más prevalente entre los jóvenes españoles (Hernández-Serrano, Font-Mayolas y Gras, 2015).

La adicción a sustancias comienza con el acto voluntario de experimentar con una droga; pasando de un uso puntual, esporádico a otro más abusivo y prolongado de consumo de la sustancia y esto es lo que se asocia a las consecuencias negativas de la adicción, como las alteraciones de conducta o comportamiento que justifican la necesidad de comprender y prevenir el uso de las drogas entre los jóvenes. En la actualidad alrededor del 10% de la población de los centros urbanos de todo el mundo consumen abusivamente sustancias psicoactivas, independientemente del sexo, edad, nivel de educación o poder adquisitivo.

La adicción es un tema y un problema de salud pública que se ha convertido en una de las grandes preocupaciones sociales en todo el mundo. Sobre todo, con los más jóvenes, porque la mayoría de las personas comienzan a consumir drogas en la juventud, apareciendo trastornos en el desarrollo y/o en la adolescencia que continúan manifestándose en la edad adulta (OMS, 2001; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Becoña, 2007b; Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009; Becoña y Cortéz, 2010; OMS, 2011; De-la-Villa-Moral y Ovejero, 2011; ONU, 2012; Kovalski, Azevedo, Fantin, Quandt, Pacheco, 2013; Salehan y Negahban, 2013; Abreu, 2016). El uso nocivo del alcohol entre los jóvenes o el uso del cannabis tiene especial relevancia y es motivo de creciente preocupación en numerosos países, por el impacto psicológico que presenta y principalmente en los jóvenes (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Actualmente existen nuevas formas de distribución de sustancias, como por medio de la Internet. Eso perjudica la vigilancia y prevención de sustancias conocidas y desconocidas que aparecen con insólita rapidez y el anonimato relativo en la red, la sencillez para la obtención, lo asequible del precio y la ausencia de un marco legal expanden y popularizan estas drogas (Segal, Ramírez, Rodríguez-Salgado, Alcón y Lauffer, 2014).

En la actualidad, el consumo de drogas en jóvenes está **asociado al uso y disfrute del ocio y tiempo libre** (De-la-Villa-Moral y Ovejero, 2011), considerando a las actividades placenteras aquellas que pueden llegar a crear dependencia. Echeburúa, Labrador y Becoña (2009) señalan que son los mecanismos psíquicos y fisiológicos que subyacen al placer los que pueden terminar de inducir a los jóvenes a actuar siempre de la misma forma y a buscar repetir la experiencia incesantemente de consumo.

Además, los jóvenes se caracterizan por ser **policonsumidores** (Griffith, Marshall y Cook, 2005; Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010; Nóbrega et al., 2012; Pastor et al, 2013). Cuando consumen, lo hacen con varias sustancias, según Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad (2015), 78% de nuevos consumidores son en situación de poli consumo experimental con cinco o más sustancias, por ejemplo, el que consume tabaco, también suele consumir alcohol y cannabis, y el que consume cocaína, suele consumir también éxtasis, anfetaminas y alucinógenos (Ruiz-Olivares, Lucena, Pino y Herruzo, 2010a). El poli consumo de sustancias psicoactivas comparativo entre hombres y mujeres entre 15 y 24 años de edad se puede observar en la tabla 9 y en estudiantes se puede observar en la tabla 10.

Tabla 9. Poli consumo de sustancias psicoactivas entre hombres y mujeres entre 15 y 24 años de edad.

	Ningún consumo	Una sustancia	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro sustancias o más
Hombres	12,9%	40,7%	23,5%	18,1%	4,8%
Mujeres	17,0%	42,6%	26,4%	10,6%	3,5%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad (2015).

Tabla 10. Poli consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes.

	Combinación de dos sustancias	Combinación de tres sustancias
Estudiantes	65,5%	27,0%

Fuente: Nóbrega et al. (2012).

Otra característica del consumo de drogas en jóvenes es que suelen consumir **en grupo y suele estar asociado a los entornos de ocio nocturno** (Pastor et al., 2013). Si el grupo de

iguales (los amigos) consume, las posibilidades de que el joven consuma, aumentan. En este sentido, la presión de grupo ejerce una influencia demoledora. Los jóvenes cuando la pareja o amigos fuman están más de seis veces predispuestos a fumar de manera experimental a intermitente, y son casi diez veces más propensos a convertirse en fumadores regulares (Calvete y Estévez, 2009; De-la-Villa-Moral, Rodríguez y Ovejero, 2010; Pérez, 2011; Lopes, Cunha, Zibetti y Bizarro, 2014; Rodrigues, Salvador, Lourenço y Santos, 2014; Silva, Santos, Silva, Leonidio, Araújo y Freitas, 2014). Los **medios de comunicación** también, influyen ferozmente en los jóvenes ya que dirigen e influyen el comportamiento de los mismos hasta tornarse consumidores con la formación de opiniones y/o la creación de paradigmas respecto a las drogas (Waksman, Gikas y Maciel, 2005). Aunque, en los últimos tiempos, se ha observado un aumento de consumidores en solitario que buscan experimentar nuevas sensaciones (Plan Nacional de Drogas, 2011).

Según los últimos informes del Observatorio Español sobre Drogas (Ministerio de Sanidad y Consumo, OED, 2011), ha aparecido en los últimos años un consumo intensivo sobre todo de alcohol, como un patrón de consumo intermitente, en forma de atracones, concentrado en pocas horas, asociado principalmente a las noches de fin de semana y que se realiza con grupos de iguales, además se caracteriza por picos de incidencia entre los jóvenes, igualación del consumo entre sexos y a edades muy tempranas y escasa percepción de riesgo (Ministerio de Sanidad y Consumo, OED, 2011; Martins, Carlson, Alexandre y Faleck, 2011; Intra, Gil Roales-Nietoy Moreno San Pedro, 2011; Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad, 2015). Es lo que se denomina *binge drinking* (Parada, Corral, Caamaño-Isorna, Mota, Rodríguez y Cadaveira, 2011) y se presenta en la tabla 11 adelante.

Tabla 11: Prevalencia de *binge drinking* en los últimos 30 días.

Edad	Hombres	Mujeres
15-19 años	24,4%	18,7%
20- 24 años	34,3%	21,5%
25-29 años	33,5%	16,0%
30-34 años	25,9%	16,0%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad (2015).

Este patrón no responde a criterios habituales de consumo de riesgo (ni cantidad ingerida, ni en frecuencia) sino a las consecuencias sociales y sanitarias derivadas del mismo. Apareciendo en la actualidad como un factor de riesgo para el desarrollo posterior de abuso/dependencia. Este patrón requiere de una delimitación precisa de sus características: consumo de 60 ó más gramos de alcohol en varones y de 40 o más gramos en mujeres, concentrado sobre todo en una sesión de consumo (habitualmente 4-6 horas), durante el que se mantiene un cierto nivel de intoxicación (alcoholemia no inferior a 0,8g/L) (Lucena-Jurado, 2013).

Los jóvenes poseen conciencia de los posibles riesgos de las adicciones, pero suelen defenderse con el '**mito del control**', y con eso tienden a experimentar conductas de alto riesgo como deportes violentos, promiscuidad, uso de sustancias psicoactivas, entre otros. (García-del-Castillo, 2013). Se percibe que el uso de drogas reduce la expectativa de vida del joven, ya que predispone los accidentes de tráfico, los episodios de violencia interpersonal, el comportamiento sexual de riesgo y el aumento del número de parejas sexuales. Además, como destacan Andrade, Duarte y Oliveira (2010), el uso de drogas puede causar daños académicos, trastornos del sueño, cambiar los hábitos alimentarios, perjudica el rendimiento deportivo, entre otros efectos negativos.

Silva, Borrego, Ferreira, Lavado, Melo, Rowland y Truninger (2015) apuntan que en Portugal, estudiantes de nivel superior han presentado consumo de los últimos 30 días de alcohol, destacando que el 37% de los estudiantes mujeres relatan ter consumido de cinco o más copos y los hombres, seis o más copos. Destacase que el 36,2% de los jóvenes iniciaran el uso antes de los 15 años, y que la franja de edad de 15-19 años es el período del uso inicial (13,7%).

En nuestra cultura y legalmente a partir de los dieciocho años, el consumo de ciertas sustancias, sobre todo el alcohol, es considerado normal. No por consumir ocasionalmente, uno tiene un problema con el alcohol. Por eso, en este punto, es importante hacer referencia a las distintas conductas de consumo que se pueden dar entre población joven y que será lo que marque posibles pautas de actuación o de intervención. En este sentido, cabe diferenciar cinco tipos de conductas en relación al consumo de sustancias (Ruiz-Olivares et al., 2010a).

Los comportamientos que tienen su comienzo en la juventud, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) están asociados a enfermedades, casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en adultos. El consumo de sustancias psicoactivas y las conductas adictivas ha tomado un papel relevante en la vida de los jóvenes, mediando las situaciones adversas y las que no tienen control.

No contar con estrategias de confrontación, de ajuste y manejo de situaciones en la vida cotidiana que ayuden a la resolución de conflictos, hace que la persona experimente altos niveles de incertidumbre y angustia, considerando a las sustancias y otras conductas como los canales para responder a situaciones sociales o a contactos sexuales, donde se sienten inhibidos o incapaces de responder de manera adecuada (Jáuregui, 2007; Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009). Así, comprender, detectar y evitar el uso de drogas entre los jóvenes es de suma importancia, ya que la mayoría de las personas que ya presentan un problema de consumo comenzaron a consumir drogas en la juventud o adolescencia (Becoña, 2007a; Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009; Araújo, 2013).

2.1. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) las personas entre 18 y 24 años de edad tienen tasas relativamente altas de prevalencia de uso de prácticamente todas las sustancias, pero el alcohol es la sustancia consumida con más frecuencia y que contribuye para la morbilidad y mortalidad. Alrededor del 3,8% de las muertes en todo el mundo son decurrentes del uso del alcohol. La prevalencia más alta de su uso está entre las personas de 18 y 29 años y es más común en hombres que en mujeres (Secretaría Nacional de Drogas, 2012; American Psychiatric Association, 2014).

El informe del Observatorio Español sobre Drogas (2004), informa que hubo un gran incremento del patrón de consumo con un aumento del 3,7% desde el 2002. En el último informe publicado por Observatorio Español sobre Drogas (2007), que es relativo a 2006, refiere que más de 10.000 encuestados, el 58% de los estudiantes de 14 a 18 años habían consumido alcohol en el último mes. De ellos, el 53,3% (47,3% mujeres y 59,8% hombres)

habían tomado al menos en una ocasión 5 o más bebidas alcohólicas. El 17,7% lo había hecho más de 5 días. En Galicia (Observatorio de Galicia sobre Drogas, 2006) el 44% de la población (47% de los hombres y 40% de las mujeres) empiezan a consumir alcohol entre los 14 y los 16 años y un 7,4% antes de los 14 años. Además, el 31,8% de los adolescentes de 12-18 años y el 35,5% de los jóvenes de 19-24 años contestan haber participado en botellón en los últimos seis meses.

En España, una minoría de los estudiantes universitarios no beben (16,5%), frente al 54,7% que lo hace habitualmente y el 28,8% que lo hace esporádicamente (Contreras y Oliva, 2015). En el año 2011, las sustancias psicoactivas que presentan una mayor prevalencia de consumo en todos los indicadores temporales considerados, son el alcohol y el tabaco. Entre las drogas ilegales, el cánnabis es la sustancia con mayor prevalencia de consumo alguna vez en la vida (27,4%) seguida de la cocaína en polvo (8,8%), con niveles que, si consideramos el consumo en los últimos 12 meses, descienden al 9,6% y 2,2% respectivamente (Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, 2011). Se destaca la evolución con relación a años anteriores es de los tranquilizantes, aumentan su consumo sustancialmente en todos los indicadores temporales considerados. El 17,1% de la población consultada ha consumido tranquilizantes alguna vez en su vida (incremento de 6,1 puntos porcentuales respecto al año 2009) y teniendo en cuenta los últimos 12 meses, el nivel de prevalencia se sitúa en 9,8% (incremento de 4,3 puntos porcentuales respecto al año 2009). Con este valor de consumo en los últimos 12 meses, el consumo de tranquilizantes supera por primera vez la prevalencia de consumo de cánnabis y, en este tramo temporal, los tranquilizantes son ya la tercera sustancia psicoactiva más consumida, tras el alcohol (76,6%) y el tabaco (40,2%). Centrándonos en el consumo de drogas en el último mes, los hipnosedantes (tranquilizantes y/o somníferos) constituyen por primera vez en la serie histórica contemplada, la tercera sustancia psicoactiva más extendida entre la población (8,3%), por encima del cánnabis, que pierde consumidores (-0,6 puntos) hasta llegar al 7,0% de prevalencia. La posición de los hipnosedantes se debe principalmente al incremento que muestran los tranquilizantes (que pasan de 4,0% a 6,9%) y secundariamente al que muestran los somníferos (que pasan de 2,7% a 3,4%).

Así como la media de edad inicial para el uso en España (Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad, 2015) es de 16,7años, su uso de alcohol en los últimos 12 meses entre 15-24 años es de 78,5% y entre 25-34 años es de 79,5%. El uso en los últimos 30 días es

de 61,9% entre 15 y 24 años y 64,9% entre 25 y 34 años. Respecto a las sustancias ilegales, la sustancia que se comienza a consumir más tempranamente continua siendo el cánnabis, situándose la edad de inicio en 18,7 años. Por otro lado, la sustancia que se comienza a consumir más tardíamente son los hipnosedantes (34,5 años) si bien cuando hablamos de hipnosedantes sin receta, la edad de inicio se reduce a los 27,8 años (Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad, 2011).

Portugal, presenta un estudio (Borrego, 2012) señala que el 37,0% de los estudiantes asume que se ha bebido 5 o más vasos (si es mujer) o 6 o más vasos (si es hombre) en la misma ocasión (bingebeer) y el 9,4% de los encuestados indican que tener bebido al menos una vez en los últimos 30 días.

En Brasil, la franja de edad de los 18 a los 24 años presenta el 78,6% para el uso de alcohol, con un 19,2% de dependencia para esa sustancia (Organização Brasileira de Informação sobre Drogas, 2011). La primera encuesta nacional sobre el uso de alcohol, tabaco y otras drogas gobierno federal de Brasil señala que el 86% de los estudiantes universitarios consumen alcohol y que es común el comportamiento de riesgo, como el abuso de drogas y el sexo sin protección (Organização Brasileira de Informação sobre Drogas, 2011). De los universitarios, el 70% ya se quedaron intoxicados con el consumo de cualquier bebida alcohólica y sólo el 27,8% nunca estuviera borracho. En cuanto al uso en la vida, drogas legales más frecuentes fueron: alcohol (94,3%), en los últimos 12 meses: el alcohol (77,2%), 3 últimos meses, el alcohol (73,1%); en los últimos 30 días, el alcohol (68,7%); Entre los estudiantes universitarios de sexo masculino, el más a menudo asociado con el consumo de drogas de moderado a alto riesgo, fueron el alcohol (47,5%); Entre las mujeres, las sustancias más relacionadas con el uso de moderado /alto riesgo el alcohol (52,5%) (Evangelista, 2013). Pastor et al., (2013) apuntan que nueve de cada diez estudiantes consumen alcohol (95,2%).

Para que se pueda comparar y analizar, ha sido verificado que en Colombia los jóvenes en la franja de edad de 18 a 24 años es la más susceptible al consumo y adicción a drogas (Mosquera, Artamónova y Mosquera, 2011). Esa misma franja de edad ha presentado en Brasil mayor uso de drogas entre estudiantes universitarios que en la población en general (Eckschmidt, Andrade y Oliveira, 2013). Se ha comprobado la mayor susceptibilidad a las drogas entre los universitarios que entre no universitarios.

En España, el consumo de drogas está más extendido entre las personas de 15 a 34 años tanto para las drogas ilegales como legales (Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad, 2011; Hernández-Serrano, Font-Mayolas y Gres, 2015) apuntan que el policonsumo de drogas está cada vez más presente entre jóvenes. El consumo de drogas psicotrópicas entre jóvenes universitarios alcanza el 73,2% en Brasil (Organização Brasileira de Informação sobre Drogas, 2011). En una universidad Colombiana, se verificó que la prevalencia total del consumo de una o más sustancias ilegales es de 16,5%, donde las sustancias de mayor prevalencia de utilización anual fueron marihuana (10,0%); inhalables (7,8%) y éxtasis (2,2%) (Mosquera, Artamónova y Mosquera, 2011).

El Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad (2011) refiere que la edad media de inicio de uso de éxtasis es de 20,8 años y de alucinógenos es de 20,5 años. Que entre 15 y 24 años nos últimos 12 meses el 1,3% ha usado alucinógenos, así como entre 25 y 34 años, el 0,6% ha usado. En los últimos 30 días, entre 15 y 24 años, el 0,6 % ha usado, y entre 25 y 34 años, el 0,1 % ha usado alucinógenos.

En cuanto al consumo de tabaco, la OMS (2014) estima que unos 150 millones de jóvenes son consumidores de tabaco en el mundo, con un gran aumento entre las mujeres. López et al., (2014) destacan que estudiantes universitarios fuman más que la población general. Contreras y Oliva (2015) apuntan que el 32,8% de los universitarios fuman tabaco habitualmente o esporádicamente y en España la edad media inicial es de 16, 5 años (Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad, 2011) y en los últimos 12 meses entre 15 y 24 años 40,6 % y entre 25 y 34 años 45,9% han usado tabaco. En los últimos 30 días entre 15 y 24 años 36,5% y de 25 hasta 34 años 42,9% usaran tabaco. En cuanto al uso en la vida, Evangelista (2013) apunta que el tabaco fue una de las drogas legales más frecuentes (56,8%). En los últimos 12 meses: tabaco (32,6%); los 3 últimos meses, tabaco (26,1%); en los últimos 30 días, tabaco (24,2%); entre los estudiantes universitarios de sexo masculino, el más a menudo asociado con el consumo de drogas de alto riesgo moderado, fue los productos de tabaco (41,7%) y entre las mujeres, las sustancias más relacionadas con el uso de moderado a alto riesgo fue tabaco y derivados (58,3%) (Evangelista, 2013).

En ese campo ingresa también el consumo de marihuana, que en los últimos años aparece como la droga más consumida por los jóvenes universitarios y es la droga ilegal de uso más extendido en el mundo. Silva, Silva y Medina (2012), ONU (2012) y Borrego (2012)

destaca que 40% de los estudiantes tienen consumido cannabis al menos una vez en la vida. El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) refiere que esa sustancia presenta prevalencia más alta entre personas de 18 a 29 años y que el inicio temprano del consumo de cannabis en España la media de edad de 18,7 años. En los últimos 12 meses entre la edad de 15 y 24 años 20,7% y entre 25 y 34 años, 14,6% han usado cannabis. Siendo que en los últimos 30 días entre 15 y 24 años 14,7% y entre 25 y 34 años 11,0% (Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad, 2011).

Evangelista (2013) refiere que entre los estudiantes universitarios de sexo masculino, el consumo de drogas de moderado a alto riesgo más frecuente fue la marihuana/hachís/skank (44,8%). Entre las mujeres, las sustancias más relacionadas con el uso de moderado alto riesgo /) fueron: tabaco y derivados (58,3%) y marihuana (55,2%). Acerca del uso de las drogas ilícitas en la vida, aparece marihuana (45,4%). En los últimos 12 meses, el cannabis (28,3%), mientras que los últimos 3 meses marihuana (25,1%). En los últimos 30 días, se consume cannabis (22,0%). Pastor et al. (2013) apuntan que nueve de cada diez estudiantes consumen cannabis (90,5%) de forma habitual.

Pastor et al. (2013) apunta que el 1% de los estudiantes son consumidores habituales de cocaína. SENAD (2012) destaca que la mayor concentración de usuarios de cocaína y crack (70%) está en las Américas y principalmente entre los 17 y 35 años de edad, pero no necesariamente universitarios. La media de edad en España es de 21,0 años, siendo que en los últimos 12 meses 7,1% ha usado entre 15 y 24 años de y 7,4% entre 25 y 34 años. Los últimos 30 días hicieron uso en la edad entre 15 y 24 años 3,3% y 3,6% entre la edad de 25 y 34 años (Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad, 2011). Evangelista (2013) ha encontrado que el uso de cocaína en la vida alcanza el 11,5% de las personas, pero en los últimos 30 días alcanza el 3,1%.

En cuanto al consumo de psicofármacos, donde según el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad, 2011) la media de edad es de 34,5 años con recetas y 27,8 años sin recetas y en los últimos 12 meses entre 15 y 24 años 4,8% y 7,6% entre 25 y 35 años han utilizado. En los últimos 30 días entre 15 y 24 años 2,1% y 4,0% entre 25 y 34 años han hecho uso (Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad, 2011). Contreras y Oliva (2015) apuntan que solo el 1,3% de los estudiantes universitarios lo hacen habitualmente y el 6,3% lo hacen esporádicamente. En cuanto al consumo de drogas por

indicación médica, el 6,2% y el 7% de los estudiantes hacen uso de benzodiazepinas de menos de 3 semanas y 3 semanas o más, respectivamente y acerca de uso en la vida de las drogas ilícitas, esta los tranquilizantes y ansiolíticos (16,7%). En los últimos 12 meses, se utilizó tranquilizantes (9,3%), mientras que los últimos 3 meses tranquilizantes y ansiolíticos (4,8%) (Evangelista, 2013). Se destaca la evolución con relación a años anteriores es de los tranquilizantes, aumentan su consumo sustancialmente en todos los indicadores temporales considerados. El 17,1% de la población consultada ha consumido tranquilizantes alguna vez en su vida (incremento de 6,1 puntos porcentuales respecto al año 2009) y teniendo en cuenta los últimos 12 meses, el nivel de prevalencia se sitúa en 9,8% (incremento de 4,3 puntos porcentuales respecto al año 2009). Con este valor de consumo en los últimos 12 meses, el consumo de tranquilizantes supera por primera vez la prevalencia de consumo de cánnabis y, en este tramo temporal, los tranquilizantes son ya la tercera sustancia psicoactiva más consumida, tras el alcohol (76,6%) y el tabaco (40,2%). Centrándonos en el consumo de drogas en el último mes, los hipnosedantes (tranquilizantes y/o somníferos) constituyen por primera vez en la serie histórica contemplada, la tercera sustancia psicoactiva más extendida entre la población (8,3%), por encima del cánnabis, que pierde consumidores (-0,6 puntos) hasta llegar al 7,0% de prevalencia. La posición de los hipnosedantes se debe principalmente al incremento que muestran los tranquilizantes (que pasan de 4,0% a 6,9%) y secundariamente al que muestran los somníferos (que pasan de 2,7% a 3,4%) (Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, 2011).

Evangelista (2013) refiere que más de la mitad de los estudiantes (50,7%) declaró haber consumido alguna sustancia psicoactiva (excepto los productos de alcohol o tabaco), al menos una vez en su vida, y algo más de un tercio de ellos (33,9%) en el último 12 meses, 30% utilizan los últimos 3 meses y más de un cuarto (26%) en los últimos 30 días. Acerca de uso en la vida de las drogas ilícitas, alucinógenos (13,7%). En los últimos 12 meses, la sustancia ilegal alucinógenos (9,3%), mientras que los últimos 3 meses alucinógenos (6,2%). En los últimos 30 días, se consume alucinógenos (6,2%).

3. ADICCIÓN A LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y DE LA COMUNICACIÓN Y OTRAS ADICCIONES SIN SUSTANCIA

Los seres humanos cambian sus formas de expresar el malestar, inventan nuevos síntomas adaptándolos a las realidades actuales, individuales y socioculturales, desarrollándose así síndromes, dolencias y enfermedades de cada época (Pérez-del-Río y Martín, 2007). Nuestra sociedad pasa por un período diferente de desarrollo y evolución en la actualidad. Vivimos una nueva etapa en cuanto a la comunicación entre las personas, la obtención de respuestas y resultados, y buscamos la satisfacción a cualquier precio, encontrando mucha oferta y gran facilidad para acceder al mundo de la tecnología y de la comunicación, donde las conexiones e informaciones nos llegan en tiempo real. Las personas tratan de buscar la felicidad con prisa y superficialidad. Empiezan el acumulo de objetos y generan expectativas de lograr disfrutar de esta acumulación. El consumismo crece y con ello la ansiedad, el individualismo, la inseguridad y otras patologías (Pérez-del-Río, 2011a; Young y Abreu, 2011).

Entre jóvenes están apareciendo cada vez más problemas de conducta, de aislamiento, de disminución en el rendimiento académico, de disforias o alternancias en el estado de ánimo, de exploración sexual, de dependencia de Internet y, aún, de aumento de la brecha clásica de generación con los padres. Gonçalves y Nuernberg (2012) apuntan que el sentimiento de omnipotencia de los jóvenes algunas veces es amplificado por el mundo virtual, como el Internet. Además desarrollase un período en el que se pone de moda gastar recursos financieros en cosas que no son imprescindibles. La exposición al mundo de las tecnologías es constante, diaria y globalizada, asociada a una presión de consumo sin límites, sin nacionalidad ni edad. El uso exagerado de las tecnologías de la información y comunicación puede caracterizar una conducta excesiva, que puede ocasionar consecuencias negativas, sobre todo en jóvenes y adolescentes (Young y Abreu, 2011).

Así, adicciones conductuales son adicciones sin sustancia, también conocida como comportamentales porque se refieren a la presencia de desajustes compulsivos en el comportamiento y la conducta (Pérez-del-Río y Martín, 2007, Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010; Laespada y Estevez, 2013). Conductas adictivas presentan efectos que están muy cercanos a lo que se consideran efectos de adicción a sustancias psicoactivas (Ruiz-Olivares, et al., 2010a). Las tecnologías también activan el centro de satisfacción del cerebro, la vía del

placer (Giedd, 2012), así como las drogas (Barlow y Durand, 2010). A pesar de que tradicionalmente el concepto, estudios y conocimientos sobre el tema de la adicción estaban relacionados únicamente al consumo de drogas, sin embargo el espectro que incluye el comportamiento adictivo es mucho más amplio y no exclusivo de las sustancias.

Adiciones conductuales, las adicciones sin drogas, funcionan en unos casos como conductas aprendidas, como comportamientos que traen consigo consecuencias negativas pero que se adquieren a fuerza de repetir conductas que en un principio resultan agradables. En otros casos, como apuntan Fernández-Montalvo y López-Goñi (2010), las adicciones conductuales funcionan como estrategias inadecuadas de afrontamiento para intentar hacer frente a problemas personales. Por ejemplo, el acudir al bingo o el comer en exceso para hacer frente a la ansiedad o al aburrimiento.

Para considerar un comportamiento como adictivo, son elementos esenciales la compulsión, la pérdida de control y la persistencia en una conducta, a pesar de las consecuencias negativas (Araújo, 2013; Oliva et al., 2014), sin llevar en cuenta el tiempo perdido ni tampoco las actividades que perjudican a las rutinas domésticas, de estudio o trabajo (Young y Abreu, 2011). La persona pierde el interés por las actividades antes placenteras, ocurre un deterioro en el ámbito escolar y de los amigos, y pasa a desarrollarse una fuerte dependencia psicológica cuanto a la conducta, incluso perjudicando las situaciones de ocio. Es al final, lo que mantiene la conducta adictiva, no es ya el efecto placentero, sino el alivio del malestar.

De este modo, como apuntan Echeburúa, Corral y Amor (2005) el comportamiento adictivo se convierte en la única vía para hacer frente al estrés, agravándose la conducta adictiva y exigiéndose de la persona un aumento de la conducta y su permanente repetición. Por lo tanto, adicciones conductuales tienen consecuencias graves en la vida de las personas: deterioran, afectan negativamente y destruyen sus relaciones, su salud física y mental y su capacidad de funcionar de manera efectiva (Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010; Silva, Silva y Medina, 2012; National Institute on Drug Abuse, 2014).

Tipos de adicciones sin drogas

Se pueden considerar como adicciones conductuales el juego patológico, la hiper sexualidad, la comida descontrolada, la dependencia de las compras, el ejercicio físico irracional, el abuso

de internet, el trabajo excesivo, el uso abusivo del móvil, entre otras conductas abusivas (Ruiz-Olivares, Lucena, Pino y Herruzo, 2010b; Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011; Araújo 2012; Abreu, 2016). En este trabajo las adicciones investigadas fueran el juego, las compras y las tecnologías, como la Internet y el móvil.

Es cierto que es necesario y beneficioso el jugar, el comprar y el usar las tecnologías de la información y comunicación. En el desarrollo de niños, adolescentes y jóvenes, posibilitan mejoras en la percepción visual, en el manejo y en el reconocimiento de situaciones futuras, en la planificación y en el desarrollo de estrategias personales, o mismo en el simple acceso a la información y comunicación (Young y Abreu, 2011; Oliva et al., 2014).

La Internet, por ejemplo, es un poderoso canal de comunicación, la red de redes, donde los consumidores pueden ponerse en contacto con otras personas y compartir sus experiencias, además de hacer sus compras y buscar informaciones. Para las personas con problemas de aprendizaje, trastorno por déficit de atención, trastornos de desarrollo, ansiedad y fobias sociales, la Internet se ha convertido en un sitio seguro, predecible y limitado, pues estando conectados no sufren presión de los profesores, amigos y familiares (Abreu, 2016). Pero, no sólo se le reconocen ventajas, sino también desventajas, ya que su uso puede presentar un poder adictivo importante y provocar efectos negativos en algunas de las personas que hacen uso intensivo de la Internet (Young y Abreu, 2011; Oliva et al., 2014).

De igual manera, para los jóvenes un videojuego es un desafío a superar, una provocación para superarse, para buscar soluciones cuanto a sus limitaciones personales. Favorece el costumbre de comentar con los demás sus dificultades y sus hallazgos, ejercitando un consumo socializante y también colaborativo. Abreu, Eisenstein y Estefenon (2013) argumentan que en el amplio mundo de la web viajarán en los próximos años una cantidad de información más grande que toda la información ya acumulada a lo largo de la historia, de manera que es inevitable que todos, especialmente los jóvenes, estén deslumbrados con las posibilidades de la red, aún en sus primeros pasos frente a una gran revolución en los medios de comunicación e información. Las pantallas poseen un poder muy fuerte, una intensa y permanente atracción con muchos estímulos audiovisuales. Satisfacen los sentidos de mirar, oír e interferir. Generan placer al permitir el disfrute de una interface que posibilita participar *online* en el programa o en el juego, desarrollando no sólo unas competencias sociales y lúdicas, sino también cognitivas y emotivas (Iribarría, Gómez y Oleffe, 2009).

Pero el juego patológico se trata de la más frecuente adicción conductual en nuestra sociedad, donde la práctica de jugar pierde la razón lúdica y pasa a ser un impulso incontrolable (Iribarría, Gómez y Oleffe, 2009; Abreu, 2016; Araújo, 2012; American Psychiatric Association, 2014; Estévez, Herrero y Sarabia, 2013). Las adicciones a las tecnologías de la información y comunicación están desarrollándose rápidamente, debido a las múltiples posibilidades existentes. No obstante, aunque sea verdad que la generación digital es mentalmente más rápida que las generaciones anteriores, su rapidez mental no significa ser más inteligente o más hábil cognitivamente (Abreu, Eisenstein y Estefenon, 2013). Además de su atractivo y funcionalidad, las tecnologías como la Internet cuentan con la facilidad de conexión en cualquier momento y cualquier lugar, llevando las personas a enredarse cada vez más en las actividades *on line*.

El móvil e la Internet se están convirtiendo en los medios de comunicación más importantes de la actualidad. Los jóvenes, en especial, se implicando de manera poderosa en las tecnologías de la información y comunicación, ya que ellos se adaptan rápidamente a estas innovaciones y, además, se sienten seguros en el entorno virtual, más que en las relaciones cara a cara. Esa es la razón, como apuntan Becoña (2006), López-Fernández, Honrubia-Serrano y Freixa-Blanxart (2012) y Puerta-Cortéz y Carbonell (2014), por lo que los jóvenes están más propensos a vulnerabilidades y riesgos al conectarse a esas tecnologías mientras ensayan sus primeros pasos en el mundo real.

De esta manera, las costumbres, las formas en que las personas se relacionan con las demás y el medio ambiente están cambiando. Carbonell, Fúster, Luser y Oberst (2012) denuncian que las tecnologías avanzan con rapidez y sus cambios influyen en el comportamiento funcional y disfuncional de las personas. El móvil, por ejemplo, ya posee múltiples funciones, además de facilitar la comunicación permite también conectarse al Internet. No obstante, puede dejar de ser un instrumento de apoyo a la interacción social para convertirse en un objeto que interfiere claramente en la realidad del usuario, incluso pasando a ser un juguete social, con unas funciones relacionales y lúdicas que conceden sentido a su posesión y su uso (Iribarría, Gómez y Oleffe, 2009).

Cuando se comprende cómo se utilizan los medios de comunicación y cómo los usuarios se ven afectados, surge la necesidad de replantear la naturaleza de las relaciones, sobre todo entre los jóvenes, ya que ellos están constantemente usando esos medios sin

conocer aún los perjuicios que pueden influir en su salud, su educación y sus relaciones (Abreu, Eisenstein y Estefenon, 2013). En el caso del móvil, independientemente de la conveniencia de las contribuciones que ese dispositivo ofrece en la vida cotidiana, han sido también asociados a ello algunos comportamientos considerados perjudiciales, convirtiéndole en potente reforzador para el desarrollo de adicciones (García-del-Castillo, 2013; Abreu, Eisenstein y Estefenon, 2013).

Factores de riesgo de las adicciones a las tecnologías en los jóvenes

La adolescencia es el período de la vida en el cual surgen muchas preguntas y miedos, además de una desconfianza de los modelos más antiguos. Pero también surge mucho coraje, asociado a la falta de noción del peligro y a la demasiada fe y seguridad en sí mismo y en su grupo de amigos, lo que predispone al joven al riesgo a las adicciones. En ese contexto, los riesgos para la adicción conductual pueden ser diversos, como advierten Becoña y Cortéz (2011), desde el huir de un simple malestar hasta la obtención de placer a través de la estimulación, lo que ya se puede considerar un ‘factor de riesgo’ para un comportamiento determinado (Alvarado-Sotomayor, González-Valles, Nieves y Cedeño, 2013).

Para las adicciones a las tecnologías y a las redes sociales entre los jóvenes, Echeburúa (2012) enumera como principales factores de riesgo la vulnerabilidad psicológica, el estrés, las disfuncionalidades familiares y la presión social. Como la mayoría de los adolescentes son curiosos e impulsivos, pierden la noción del tiempo, tienden a comunicarse con grupos de redes sociales o clubes de videojuegos, necesitan fantasear, buscar nuevas identidades, nuevos retos y experiencias. Todos esos son factores que ejercen grande influencia en las conductas.

La posibilidad de estar conectado a la red las 24 horas del día favorece la comunicación y relacionamiento, además de permitir consultar, comprar y buscar todo *online* y al instante. Pero, esto puede causar el deseo incontrolable de siempre estar conectado, lo que dificulta y perjudica las rutinas diarias (Young y Abreu, 2011; Abreu, Eisenstein y Estefenon, 2013; Abreu, 2016). Entre las personas más jóvenes, lo que aumenta el riesgo de adicción a las tecnologías y redes sociales virtuales, como apuntan Araújo (2012), Echeburúa (2012) y Delgado (2015), es su accesibilidad, su globalización, su disponibilidad, su intimidad, su alta estimulación y su anonimato, alcanzados tanto por móvil cuanto por *tablet* u ordenador.

Criterios diagnósticos

En la actualidad el uso abusivo de las tecnologías carece de criterios determinantes, que confirmen si es un trastorno o no, pero se hace hipótesis que determinadas características individuales y de personalidad pueden estar relacionados con esa posible adicción (Becoña, 2006; López-Fernández, Honrubia-Serrano y Freixa-Blanxart, 2012; Puerta-Cortéz y Carbonell, 2014). Para su diagnóstico y punto de partida, como destaca Becoña y Cortéz (2011) siempre son utilizados de los criterios de dependencia de sustancias psicoactivas. Las dependencias no químicas son un área de investigación todavía pequeña, pero se tratan de trastornos crónicos, que ocurren con recaídas y con síntomas de abstinencia que interfieren en la vida académica, personal y profesional, por lo tanto, requieren la necesidad de enfoques multidisciplinarios, como el caso de las dependencias químicas (Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011; Echeburúa, 2012).

Por ejemplo, se considera que el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación pueden producir una sintomatología similar a la de otras adicciones, como de disforia, de dependencia y tolerancia, lo que apoya la idea de que nos encontramos con un tipo de adicción pero comportamental (Gutiérrez, Valladolid y Fonseca, 2013; Echeburúa y Corral, 2010; Labrador y Villadongos, 2010; Oliva et al., 2014).

Se puede hacer un paralelismo en general para todas las conductas y también se puede hacer un paralelismo diagnóstico a los criterios del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) para el abuso de sustancias o de los criterios para la adicción al juego. Griffiths (citado en Echeburúa, Labrador y Becoña 2009), y Brown (citado en Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009), formularon seis criterios (tabla 12) que buscan servir de guía para clasificar cualquier comportamiento como conducta adictiva.

No obstante, las clasificaciones de la CIE -10 (OMS, 1993) han siempre diferenciado la dependencia física de la dependencia psicológica. En la dependencia física, los dos aspectos principales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia (Becoña y Cortéz, 2011; American Psychiatric Association, 2014). Por otro lado, para que se caracterice la dependencia psicológica, la persona debe presentar deseo irresistible o ansiedad que le dirija a la administración de la sustancia. La dependencia psicológica se puede caracterizar como dependencia conductual, que desenvuelve también síntomas físicos.

Lo que básicamente caracteriza los comportamientos adictivos (Tabla 12) es que el sujeto posee deseos que consumen sus pensamientos y sus comportamientos normales, actuando en aquellas actividades diseñadas para conseguir el producto deseado o para comprometerse en la actividad deseada. El malestar psicológico experimentado por adictos a las tecnologías es real y, como destacan Lemos, Abreu y Sougey (2014), se ha presentado como una demanda clínica porque trae daños a la calidad de vida de los sujetos afectados (Young y Abreu, 2011).

Tabla 12: Criterios para clasificar conductas adictivas.

Criterios
Relevancia de la actividad adictiva
Modificación del estado de ánimo
Tolerancia
Síntomas de abstinencia
Conflicto interpersonal o con otras actividades
Recaída

Existen en la actualidad evidencias clínicas suficientes en relación a las adicciones psicológicas. No obstante, son prácticamente inexistentes los estudios sobre la evaluación y el tratamiento de adicciones sin drogas (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1998; Young y Abreu, 2011). Así, esos tipos de trastornos aún no están todos clasificados y establecidos en la psiquiatría clásica (DSM-5 y CIE-10), hasta el momento el DMS-5 (American Psychiatric Association, 2014) incluye solamente el desorden del juego. Los otros patrones de comportamiento de exceso, como las apuestas por Internet, también se han descrito, pero la investigación sobre este y otros síndromes de comportamiento son menos claras.

Los comportamientos repetitivos llamados por adicciones de comportamiento, como la adicción sexual, adicción de ejercicios, o por adicción compras no se incluyen porque hasta la fecha no hay pruebas suficientes realizados por investigadores que determinen los criterios de

diagnóstico y las descripciones de cursos necesarios para identificar este tipo de comportamientos como trastornos mentales.

Así mismo, a pesar de verificarse en los sujetos las mismas características de las adicciones psicológicas y otros tipos de adicciones (Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009; Abreu, Eisenstein e Estefenon, 2013), no hay consenso en la comunidad científica sobre el fenómeno de la adicción a las tecnologías, deportes, sexo, compras entre otras. Las enfermedades derivadas de la conducta adictiva sin sustancia, que pueden comenzar en los años de la adolescencia, son factores que complican la calidad de vida de los jóvenes y conllevan a problemas futuros como los de las articulaciones (dolor de espalda, tendinitis, entre otros), que pueden comprometer sus futuras profesiones (Alvarado-Sotomayor et al., 2013).

De igual manera, Young y Abreu (2011) y Abreu, Eisenstein y Estefenon (2013) subrayan que personas que están en proceso de desarrollo y que hacen uso y abuso de las tecnologías pueden sufrir problemas de salud y adquirir malos hábitos alimenticios, presentar bajo rendimiento escolar, baja autoestima, inseguridad, falta de vínculos con la comunidad, comportamiento antisocial y agresión, consumo de drogas, trastornos mentales y del comportamiento, exposición a la sexualidad, abuso infantil, falta de valores, estilo de vida sedentario.

3.1. ADICCIÓN A LAS TECNOLOGÍAS

Definición y características

Tecnología es la técnica o el conjunto de técnicas de un dominio particular. Considerándose que las tecnologías se definen como el estudio sistemático de técnicas, procesos, métodos, medios e instrumentos de una o más profesiones o campos de la actividad humana, como la industria, la ciencia y otras, las tecnologías de comunicación y información consisten en una variada gama de instrumentos, herramientas, canales y soportes dedicados esencialmente al uso, manejo, presentación, comunicación, almacenamiento y recuperación

de informaciones, tanto analógicas como digitales (Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009). En el ámbito concreto de la adicción a las tecnologías, destacase el fenómeno de la Internet y el móvil, pues su uso y abuso puede llevar a desarrollar un patrón conductual adictivo en las personas.

3.1.1. ADICCIÓN A LA INTERNET

Definición y características

Internet es un mundo virtual con varios ambientes y contextos singulares y actividades, que van desde los correos electrónicos y consultas de compras a las apuestas en línea (Patrão, Pontes, Griffiths y Rita, 2015). La adicción a Internet, que es en la actualidad la adicción más estudiada y que más interés suscita, es un patrón adictivo denominado de distintas maneras, como ‘desorden de adicción’, ‘uso compulsivo de Internet’ o ‘Dependencia de Internet’ entre otros (Abreu, Eisenstein y Estefenon, 2013). Algunos autores recomiendan que se utilice términos más neutros como ‘uso problemático’ o ‘uso patológico’, como lo hace Matute (2014) y otros. Echeburúa (2003) y Sánchez-Carbonell et al., (2008) defienden que se puede hablar de dependencia psicológica a Internet cuando aparece preocupación por conectarse cuando no se está conectado.

Matute (2014) sugiere que los pocos casos incluidos en el grupo de uso problemático de Internet puedan en realidad ser debidos a un condicionamiento, más que una adicción. En el trabajo de Puerta-Cortés y Carbonell (2013) solamente un caso demostró adicción. No obstante, para adolescentes en Holanda ya aparece como un problema de salud mental (Kuss, et al., 2013), mostrándose una discusión difícil, pues cada trabajo de investigación utiliza métodos diferentes.

La capacidad adictiva de la Internet deriva de su difusión cada vez más generalizada, de su presencia en los lugares más significativos para cada persona (el hogar, el centro de trabajo o de estudio, los sitios de ocio, etc.), de su bajo coste y de sus inmensas posibilidades de relación sin exigir prácticamente nada a cambio (Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010). Internet, como refieren Kimberly, Young y Abreu (2011), sostiene la atención, presenta

un sinfín de noticias emocionantes, minimiza la interacción social en tiempo real, y ofrece recompensas sociales y de refuerzo personal. Es una herramienta anónima, sin contactos directos cara a cara y desinhibidora por naturaleza, lo que, como destacan Patrão et al. (2015), favorece las actividades que se realizan en ella por los jóvenes y puede llevar al desarrollo de la adicción al espacio virtual.

Además, algunas de las actitudes realizadas en línea sólo pueden ocurrir en el ciberespacio. Sus aplicaciones crecen principalmente entre adolescentes, entre los cuales la red se constituye un perfecto espacio facilitador, que en poco tiempo se convierte en el foco central de sus vidas. Una adicción conductual supone efectos negativos en la salud psicológica (Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009), además de potenciales riesgos al sujeto, como por ejemplo, la exposición a contenidos inapropiados, violentos, vulgares, ideológicamente inaceptables o que fomentan actividades peligrosas o ilegales (Waksman, Gikas y Maciel, 2005).

La dependencia de la Internet es un fenómeno relativamente reciente, que ha surgido en los 1980. Sin embargo, es una patología más común de lo que se imagina. Diehl, Cordeiro y Laranjeiras (2011) la describen como el uso de la computadora, en línea o fuera, de forma mal adaptada y en sobreesfuerzo, encima que las necesidades básicas, con impedimentos sociales y familiares, con desarrollo de tolerancia y síntomas de abstinencia que suelen manifestarse en ansiedad, ira y tensión. La adicción a Internet aún se puede definir por los tiempos de conexión anormalmente altos, aislamiento del entorno y desatención a las obligaciones laborales, académicas y sociales.

Entre los medios de comunicación, la Internet es el de mayor acceso en todos los estratos sociales (Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010; IAB-Brasil, 2014). Un instrumento de trabajo o estudio que se convierte en la parte central de la vida de la persona, una manera de buscar satisfacción inmediata y de huir de sus problemas. La adicción a internet puede darse en personas que cambian de una adicción a otra. Por ejemplo, dejar de ser trabajador compulsivo para ser adicto al ordenador, por poder utilizarlo todo el tiempo que quiera. O bien las personas que juegan a los videojuegos conectados en la Internet pueden adquirir también dependencia al ordenador (Echeburúa, 1999; Ko, Yen, Chen, Chen y Yen, 2005). Puede haber una superposición inclusive con sustancias químicas (Diehl, Cordeiro y

Laranjeiras, 2011). Ahí se incluyen la predisposición, la precipitación y la perpetuación del uso problemático de Internet (Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009).

Así, al concepto de adicción a internet a partir de las diferentes aplicaciones de uso de la red, se incluyen y se mezclan otras adicciones, otras patologías, además de las características de personalidad del individuo adicto (Patrão et al., 2015). Todo eso viene acompañado de unos cambios psicológicos adicionales: alteraciones de humor, ansiedad e impaciencia por la lentitud de las conexiones o por no encontrar lo que se busca o a quien se busca (por ejemplo, en un canal "chat" de conversación), estado de conciencia alterado (con una total focalización atencional), irritabilidad caso de interrupción, incapacidad para salirse de la pantalla (incluso para comer o atender una cita a la hora convenida) (Iribarría, Gómez y Oleffe, 2009; Patrão et al., 2015).

Por esa diversidad de posibilidades o causas de adicciones, se debe especificar qué tipo de adicción a Internet presenta el sujeto, teniendo en cuenta el enfoque principal o dependencia-objeto, como las apuestas en línea del juego de vídeo, redes sociales, compras, sexo, trabajo. Así, también debe distinguirse la propia dependencia de Internet de las distintas dependencias en la Internet. Como ocurre en todas las adicciones, las personas dependientes de internet tienden a negar o, en todo caso, a minimizar la dependencia de la red. Por lo tanto, el análisis de la adicción a Internet requiere una valoración cuidadosa, ya que el tiempo de conexión es una variable cuantitativa significativa, pero puede ser insuficiente si no se pone en relación con las necesidades objetivas (laborales y académicas) del usuario. La dependencia a Internet es considerada uno de los nuevos trastornos psiquiátricos del siglo XXI, aunque no esté presente en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) debido a la falta de criterios diagnósticos.

Criterios diagnósticos

Según Patrão et al. (2015), para caracterizarse la dependencia en el Internet debe estar presente algunos componentes clave, como presentado en la tabla 13 adelante.

Tabla 13: Características de la conducta adictiva para adicción a Internet.

Características	
Grado de importancia (PC, móvil o tableta como actividad dominante) denominado técnicamente jefe cognitivo y conductual	Cambios de humor (evitación de la interacción social, habilidades sociales)
tolerancia (aumentan tiempo en línea, inversión en la actividad, comportamientos para alcanzar niveles iniciales de placer/bienestar)	Síntomas de abstinencia (por ejemplo, irritabilidad, dolores de cabeza, inquietud y, a veces, agresión)
Conflictos inter e intra personales (pérdidas de control)	Recaída frente a los repetidos intentos de detener el uso

Criterios diagnósticos para la adicción a internet son establecidos por Golbert (citado en Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009), que considera ese trastorno como un patrón desadaptativo de uso de Internet que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses.

Yuong (citado en Abreu, Eisenstein y Estefenon, 2013) también propuso un esbozo conceptual utilizando como parámetro un conjunto de criterios derivados de la DSM-4 (American Psychiatric Association, 2002) para la dependencia de sustancias que son similares. Los criterios diagnósticos para adicción a Internet deben comprender por lo menos cinco de los descritos en la tabla 14.

Tabla 14: Criterios diagnósticos de la adicción a Internet.

Golbert (1996)	Yuong (1998)
Tolerancia- incrementar la cantidad de tiempo para lograr satisfacción y disminución de los efectos con el uso de la misma cantidad de tiempo en internet	Preocupación por internet
Abstinencia- síndrome de abstinencia y cesación o reducción de uso de Internet que ha sido grande y prolongado. Dos o más de la siguiente, desarrollados algunos días, durante o un mes antes: agitación psicomotora, ansiedad, pensamientos obsesivos, fantasía o sueños acerca de internet, movimiento de tecleo voluntarios o involuntarios; uso de Internet dirigido a aliviar o evitar los síntomas de abstinencia	Aumentar el tiempo de conexión (en línea) para tener la misma satisfacción; mostrar repetidos esfuerzos para reducir el uso del tiempo de Internet

Acceder a internet con más frecuencia por período más largos de lo que inicialmente se pretendía	Irritabilidad o depresión
Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el uso de internet	Labilidad emocional cuando el uso de Internet está restringido, pues la Internet se presenta como forma de regulación emocional
Emplear mucho tiempo en actividades relacionadas al uso de Internet	Permanecer más tiempo conectado (online) de lo previsto
Actividades sociales, ocupacionales o recreativas se dejan o reducen a causas del de Internet	Tener trabajo, familia y relaciones sociales en situación de riesgo por el uso excesivo
Continuara usando la Internet a pesar de saber que se tiene un persistente o recurrente problema físico, social, ocupacional o psicológico que parece ser causado o exacerbado por el uso de Internet	Mentir a los demás acerca de la cantidad de horas conectados a Internet

Consecuencias

Según Golbert (citado en Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009), los síntomas causan malestar o deterioro en las áreas sociales, laboral u otra área importante de funcionamiento como privación del sueño, dificultades maritales, llegar tarde a las citas por la mañana, abandono de los deberes profesionales, o sentimiento de abandono de personas significativas.

Abreu, Eisenstein y Estefenon (2013) apuntan que, para empeorar la situación, Internet ha adquirido muchísima movilidad, con dispositivos y "tablets" que ponen los usuarios en una situación de uso incontrolado y viral. En personas con esta problemática hay una tendencia a la exportación, a la búsqueda de nuevas sensaciones y de placer en el exterior. Para la mayoría de los usuarios, Internet disminuye y reduce los niveles de atención, interacción, riesgo emocional y conexión íntima necesarios en las relaciones sociales. Internet limita y simplifica las señales necesarias para la inteligencia social y emocional a nivel de interacciones más manejables.

3.1.2. ADICCIÓN AL MÓVIL

Definición y características

La telefonía móvil es otra tecnología susceptible de ser adictivo su uso. En principio el aparato telefónico hecho para mejorar la comunicación de las personas, ahora se destaca por la amplia utilización de la población en general, donde el mayor porcentaje de su uso se encuentra entre la población adolescente y joven. En ese grupo, el móvil tiene una función más allá de la función comunicativa, también es utilizado para entretenimiento y ocio (Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009; Abreu, 2016), aún más ahora con aparatos modernos que se comunican vía *WhatsApp* o cualquier otro aplicativo por Internet. Es una plataforma para acceder a múltiples aplicaciones, pero se ha asociado y descrito comportamientos adictivos a muchas de ellas. En ese caso, el móvil podría ser un vehículo, como sugieren Pérez, Monje y De-León (2012) y Salas (2014), para presentar más de una adicción.

Al igual de todas las conductas que se han descrito hasta ahora, el uso del móvil puede llegar a convertirse en un comportamiento disfuncional y su uso abusivo presentar algunas similitudes con la adicción a sustancias (Abreu, Eisenstein y Estefenon, 2013). Sin embargo, no está claro que ello represente realmente una adicción (Pérez, Monje y De-León (2012). Abreu, Eisenstein y Estefenon (2013) destacan que en el caso del móvil, el apego físico a algo puede ser amplificado porque se puede personalizar el objeto, pasando ello a reflejar las preferencias personales del usuario. Los síntomas de este comportamiento pueden complicarse, especialmente entre los jóvenes, porque ser dueño de un dispositivo celular ofrece prestigio y sentido de identidad frente a los colegas.

Criterios diagnósticos

Muños-Rivas y Agustín (citado en Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009), hacen una propuesta de criterios diagnósticos para definir la adicción al teléfono móvil. Esos criterios se aproximan de aquellos establecidos para la adicción a Internet. Para considerar que un paciente es adicto al móvil, han de aparecer dos o más de los siguientes síntomas en los últimos 12 meses. Autores como Brown, Griffiths y Hunt (citados en Abreu, Eisenstein y Estefenon, 2013) hacen referencia a una clasificación para dependencia del móvil que consiste en los criterios descritos en la tabla 15, presentada adelante.

Tabla 15: Criterios diagnósticos de la adicción al móvil.

Muños-Rivas y Agustín (2005)	Brown (1993), Griffiths y Hunt (1998)
Tolerancia: los estímulos pierden progresivamente su valor gratificante, y por ello, deben ser amplificados cada vez más.	Jefe cognitiva: cuando el uso del teléfono celular domina los pensamientos y comportamientos del individuo;
Abstinencia: la persona no puede utilizar el aparato móvil, experimenta síntomas similares a los del síndrome de abstinencia de otras sustancias (ansiedad, nerviosismo, malestar general);	Cambio en el estado de ánimo: euforia o alivio a corto plazo, es decir, un sentido de placer por estar usando el dispositivo móvil;
Mayor uso al pretendido inicialmente	Tolerancia: necesidades individuales de pasar más y más tiempo utilizando el móvil para obtener el mismo placer de antes;
Deseo de controlar o detener su uso	Síntomas de abstinencia: malestar aparece cuando el sujeto es impedido de utilizar su teléfono celular;
Disminución de actividades sociales y recreativas	Conflicto: el uso del teléfonos móvil crea conflictos con otras personas (la gente más cercanos como cónyuges y o familiares) y los conflictos también generan problemas con otras actividades diarias;
Mantenimiento de la conducta, a pesar de tener conciencia de los efectos negativos que conlleva.	Recaídas: la persona vive infructuosos intentos para reducir el uso del teléfono móvil y luego vuelve a utilizar con la misma frecuencia anterior o aumentar aún más su uso.

Consecuencias

En el caso de los adictos al móvil, el bienestar producido por los gestos de comunicación se pierde rápidamente, por lo que las conductas que resultan de refuerzo deben repetirse cada vez con más frecuencia. Por esa razón, según Muños-Rivas y Agustín (2005) en Echeburúa, Labrador y Becoña (2009), el uso del teléfono móvil puede convertirse en poco tiempo en algo imprescindible para la persona, que acaba invirtiendo en él más horas que las deseadas, porque puede llegar a tener importantes repercusiones en la vida social, familiar, laboral o escolar de la persona (Abreu, Eisenstein y Estefenon, 2013; Carbonell, 2013).

Algunos usuarios prueban con estrategias ineficaces como poner el teléfono en silencio, apagarlo, bloquear las llamadas entrantes. Sin embargo, al retirar estos mecanismos de control aparece la necesidad de contestar a las llamadas perdidas, a los mensajes recibidos.

Las personas están influenciadas por muchos y por todos los tipos de campo electromagnético aunque no los pueda escuchar, verlos o percibirlos de alguna manera, y pueden tener un profundo impacto en su salud, algunos se estudian como la posible ligación con cáncer y posiblemente otros que no hacemos ni idea. Abreu (2016) refiere la posible contaminación con las radiaciones de los móviles que hacen daño a salud, como perjuicio en el desarrollo del cerebro y en la parte cognitiva, siendo que en algunos países la recomendación es que se venda con auriculares, que no sea vendido para menores de 14 años y la propaganda es prohibida para menores de 6 años.

3.2. ADICCIÓN AL JUEGO

Definición y características

La adicción al juego es también denominada ludopatía, palabra que se origina parcialmente del latín, donde *ludus* significa juego, y del griego, donde *patos* significa afección, enfermedad o pasión. Se presenta como un impulso irreprimible de jugar sin importar las consecuencias de este y del deseo de detenerse. Al principio las personas juegan por recreación y por placer. El juego con apuesta es un fenómeno social muy extendido que forma parte de nuestra cultura. Cuando el juego se convierte en problemático, da lugar al juego patológico (Estévez, Herrero y Sarabia, 2013). Es un trastorno que ha recibido creciente interés por los investigadores y psicoterapeutas debido a que se ha convertido en un problema social, de salud y también económico, que involucra negocios e inversiones que dirigen su atención a públicos de diferente naturaleza. Fue reconocido como enfermedad por el DSM en 1980 como vimos en el capítulo 1 y en la última edición del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) la adicción al juego ha cambiado de nombre para trastorno de juego, el cual se incluye en el capítulo de sustancias relacionadas y desórdenes adictivos (American Psychiatric Association, 2014).

Existe gran variedad de juegos en casas especializadas hasta en puestos de venta en la calle, como las loterías y otros, conocida como juegos de azar. La adicción se caracteriza, de acuerdo con Salas (2014), cuando esas personas resultan dominadas por la necesidad de jugar y de ganar dinero o de recuperar lo perdido (Estévez, Herrero y Sarabia, 2013). El jugador patológico no tiene capacidad para controlarse, el juego es el centro de su vida. Otro problema asociado a las tecnologías es el juego en línea con múltiples jugadores, que siguen disponibles las 24 horas del día, 7 días a la semana, diseñados para mantener la gente a jugar. Por esas razones, jóvenes con uso patológico de las tecnologías ya están apareciendo en las clínicas, de acuerdo con Abreu, Eisenstein y Estefenon (2013), con los siguientes comportamientos: a) estar despierto toda la noche; b) optar por los juegos en línea, en detrimento de las oportunidades sociales, amigos y familiares; c) irritabilidad cuando no esté en línea, que se alivia cuando retornan a conectar; d) mentir o robar para mantener el hábito del juego.

El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) y Gutiérrez, Valladolid y Fonseca (2013), argumenta que las conductas de juego activan sistemas de recompensa similares a los que activan las drogas. Además producen algunos síntomas conductuales comparables a los producidos por sustancia. Así, el juego o el *gambling disorder* se incluyó en el capítulo de relacionadas a desorden adictiva. En esta sección también ha incluido el Trastorno por Juego en Internet (*Internet Gambling Disorder*) y se especificó que sólo se incluyen en ese trastorno los juegos de Internet sin apuestas. Carbonell (2014) destaca que fue muy importante ese cambio de sección desde control de los impulsos para el mismo apartado de las adicciones a sustancias, en la más reciente versión del DSM. Además sugiere que la adicción a los videojuegos en línea podría confirmarse como un verdadero trastorno. Desde un punto de vista clínico, el juego patológico se caracteriza por un patrón progresivo de comportamiento periódico (Tavares y Rossini, 2008), que se repite a pesar de los compromisos importantes de funcionamiento familiar, personal y profesional.

Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos del juego patológico citados en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) caracterizan un comportamiento de juego des adaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los ítems presentados en la tabla 16.

Tabla 16: Criterios diagnósticos para adicción al juego.

Criterios	
Preocupación por el juego	Necesidad de jugar para conseguir el grado de excitación deseada
Fracaso para controlar, interrumpir o detener el juego	Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego;
Utilizar el juego como estrategia para escapar de los problemas o síntomas	Después de perder dinero en el juego, vuelven para recuperarlo;
Engañar a los miembros de la familia, terapeutas para ocultar el juego	Arriesgar o perder relaciones interpersonales significativas, trabajo debido al juego;
Confiar en que los demás proporcionen dinero para mejor situación financiera causada por el juego	

En la sección III del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), se hace referencia a la necesidad de estudiar Trastorno por Juego en Internet (*Internet Gambling Disorder*), especificándose que sólo se incluyen en ese trastorno los juegos de internet sin apuestas.

El DSM-5 contempla hasta nueve síntomas posibles para el diagnóstico de la adicción a los videojuegos (Tabla 17), de los cuales es necesario cumplir al menos cinco, por un periodo continuado de 12 meses.

Tabla 17: Criterios diagnósticos para adicción a videojuegos.

Criterios	
Preocupación por los juegos de Internet	Síntomas de abstinencia cuando se retira el juego (irritabilidad, ansiedad o tristeza, pero no se evidencian síntomas psicofarmacológicos de abstinencia)
Tolerancia (tiempo)	Intentos fracasados de control
Pérdida de interés en otras actividades	Uso de los juegos se mantiene a pesar de los problemas psicosociales;
Engañar a familiares, terapeutas o amigos sobre el tiempo que juega	Usar internet para escapar o aliviar de un estado de ánimo negativo (desesperanza, culpa, ansiedad)
Haber puesto en peligro o perdido relaciones significativas, carrera profesional o educativa	

En esta actual versión del DSM-5, para que se pueda clasificar el juego como una adicción comportamental es necesario especificar si el trastorno tiene un carácter episódico o persistente y si el sujeto está en remisión temprana (abstinencia entre 3 y 12 meses) o mantenida (más de 12 meses). Además, es posible establecer el nivel de gravedad, considerando que el cumplimiento de 4-5 criterios sería leve, 6-7 moderado y 8-9 grave (American Psychiatric Association, 2014).

Consecuencias

Las posibles consecuencias que se pueden observar en el sujeto son el empeoramiento escolar y aislamiento social, y conflictos familiares que puede conllevar a una ruptura del vínculo social (Pérez-del-Río y Martín, 2007; Abreu, Eisenstein y Estefenon, 2013). Además, el uso de videojuegos aumenta la agresividad y la irritabilidad, y disminuyen la tolerancia a la frustración. Puede causar problemas físicos, como la obesidad junto con un estilo de vida sedentaria y ha contribuido a enfermedades como diabetes e hipertensión.

El juego en conexión con la Internet incrementa la interactividad entre los jugadores, que tienen lugar en tiempo real e incluso cuando no están jugando, este aspecto puede conducir a la necesidad de estar en línea por el mayor tiempo posible (Abreu, Eisenstein y Estefenon (2013). Puede también ocasionar problemas cognitivos, emocionales y conductuales que surgen como resultado del juego, entre otros, la pérdida del trabajo, los desfalcos, las deudas, la obtención de dinero a través de fuentes ilegales, fraudes y robos (Pérez-del-Río y Martín, 2007). Según Young y Abreu (2011) los jóvenes son dos veces más de alto riesgo que los adultos a cima de 16 años para desarrollar dependencia en Internet a través de los juegos *online*.

3.3. ADICCIÓN A COMPRAS

Definición y características

La compra compulsiva no es en realidad un trastorno del mundo contemporáneo, pues se describió por primera vez como un síndrome psiquiátrico a principios del siglo XX (Diehl, Cordeiro y Laranjeiras, 2011). También conocida como oniomanía (onio = comprar; y manía = locura), la compra compulsiva es una entidad clínica caracterizada por una preocupación

excesiva o deseo relacionado con la adquisición de los objetos, con el fracaso para resistir al impulso, tendencia o tentación a las compras, es decir, fracaso para controlar la compra y los costos financieros, pero sin el uso del objeto adquirido (Tonelli, Alvarez, Bertolucci y Rosa, 2008). En la sociedad industrializada y de consumo, estos hábitos son estimulados, de manera que la adicción a las compras compulsivas es un problema inicial (Rodríguez-Villarino, González-Lorenzo, Fernández-González y Lameiras-Fernández, 2005). Abreu (2016), relata que son más de 18 millones de americanos que sufren de este problema.

Una de las características es que presenta la persona que padece este problema es que compra cualquier cosa que ve, no por su utilidad, sino por el hecho de comprarla, sin llegar a precisarla. Eso acarrea quedarse sin dinero, tener que pedir créditos, y el impago de los mismos (Becoña, 2009; Ruiz-Olivares et al., 2010).

Los adictos a la compra se sienten estimulados por el puro placer de comprar, de sacar la tarjeta de crédito y de sentir la excitación de las bolsas en la mano. Lo que pone en marcha esta excitación son las ofertas, los escaparates, estrenar algo nuevo, etc. El sentimiento de autoestima y de poder se satisface con esta conducta. Sin embargo, hay una pérdida de aprecio por los productos una vez comprados. Pérez-del-Río y Martín (2007) y Abreu (2016) refieren que las compras por Internet o Ciber compras, son hechos por sujetos emocionalmente inmaduros, ingenuos, con problemas de aislamiento, insatisfechos, e indican que son personas influenciables por los anuncios y la publicidad en general.

Criterios diagnósticos

De acuerdo con Fernández-Montalvo y López-Goñi (2010) el ciclo habitual de la conducta compradora adictiva es el presentado en la tabla 18.

La compra adictiva presenta un ciclo repetitivo comparable a cualquier otra adicción, donde surge una situación de conflicto que genera ansiedad o bajo estado de ánimo, lo que lleva el sujeto a buscar algo para comprar, lo que genera gratificación, pero luego una sensación de vacío, que genera culpa y lleva el sujeto a buscar alivio en nuevas compras. Como destaca Boermans y Egger (2010) se trata de un síndrome clínico que posee características crónicas y repetitivas.

Tabla 18: Ciclo de la conducta adictiva para adicción a compras.

Etapas del Ciclo
Estado de ánimo disfórico (tristeza, ira, nervosismo)
Excitación ante las expectativas de comprar
Adquisición placentera de objetos superfluos
Arrepentimiento y auto reproches por el dinero gastado y pérdida de control
Repetición del ciclo para la superación del malestar. Intentos de resistir a los impulsos suelen ocurrir, pero habitualmente fallidos

Pueden caracterizarse por la frecuencia que ocurren: eventual, típico o inevitable (Kassaklian, 2004). Las compras pueden ocurrir de manera impulsiva o compulsiva. Las compras por impulso se producen cuando el individuo siente una necesidad repentina y persistente para comprar (Gutiérrez, Valladolid y Fonseca, 2013). La compra por impulso eventual sucede cuando repentinamente la persona compra algo que le interesa por ser una novedad. La compra por impulso típica sucede cuando la misma causa en la persona provoca una sensación de urgencia. La compra por impulso inevitable se caracteriza por la combinación de la reducción de autocontrol y el sentido de urgencia. Este tipo de compra es crónica y cíclica. Los individuos se comportan de forma tensa en el momento de la compra, luego pasan a sentirse culpables por actuar de esa manera (Kassaklian, 2004; Abreu, 2016).

Consecuencias

Salas (2104) comenta que la baja autoestima determina ciertas actitudes hacia la necesidad de posesión de bienes, a la vez que influye sobre el comportamiento de compra, bien como la presencia de la publicidad que alienta el consumismo como argumenta Abreu (2016), cerca de 3% da población americana puede llevar familias y sus cuentas bancarias a falencia. El fenómeno fue amplificado con la aparición del comercio electrónico, por lo cual diversos productos y servicios están más accesibles a las personas.

Actualmente las compras pueden realizar sea través de la Internet, lo que ha revolucionado, de acuerdo con Abreu, Eisenstein y Estefenon (2013), la forma de interactuar

y de relacionarse comercialmente. Una de las graves consecuencias son las deudas por las compras. Donde Abreu (2016), destaca que jóvenes adultos con deudas presentan más problemas de presión alta y que cuanto más alta la deuda más alto los niveles de estrese. Además de aumentar el estado de sentirse solo, preocupado con la apariencia y poseer objetos, afligido e infeliz.

4. ADICCIONES SIN SUSTANCIAS EN JÓVENES

Algunas actividades, como el juego, el trabajo, las compras, el ejercicio físico, la Internet o el móvil pueden llevar a la compulsión e pueden interferir y condicionar seriamente la vida de una persona y caracterizar el cuadro de dependencia (Oliva et al., 2014). Esas son las llamadas adicciones sin sustancias (Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009) o adicciones sin drogas, una conducta placentera que recompensa y lleva el adicto a tener aumento de los pensamientos referidos a dicha conducta en los momentos en que no está implicado en ella. Como argumentan Echeburúa, Corral y Amor (2005) y Young y Abreu (2011), la conducta tiende a hacerse cada vez más frecuente y la persona intenta negar la misma.

La adicción a las tecnologías ha sido definida en 1997 por Griffiths (Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009), como una adicción no química que involucra la interacción hombre-máquina. Adicciones no químicas pueden ser pasivas, como la televisión, o activas como los juegos de ordenador o Internet. La red permite al sujeto substituirse así mismo, le permite ejercer todas sus fantasías, sexuales o de otras naturalezas, y crear realidades alternativas. Además, el Internet podría desempeñar un importante papel en el desarrollo y mantenimiento de otras adicciones, tales como el juego, el sexo o las compras (Young y Abreu, 2011).

De acuerdo con Abreu (2016), el acceso a tecnología se ha transformado y estar conectado además de nada excepcional pasó a ser algo indispensable, que al mismo tiempo que la tecnología nos conecta también nos aísla. Pero para las personas en edad de

socialización cómo los jóvenes, estar al tanto de cambios, especialmente la información en las redes sociales es extremadamente importante.

4.1. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA ADICCIÓN CONDUCTUAL EN JÓVENES

Los datos abajo ejemplifican las adicciones conductuales en jóvenes. Los juegos electrónicos son conocidos y utilizados en todo el mundo, el 5% a 10% de los adolescentes, especialmente hombres (Abreu, Eisenstein y Estefenon, 2013). Oliva et al., (2015) encontraron en una muestra representativa de las provincias andaluzas de adolescentes y jóvenes que el 8,42% presenta adicción a juegos de computador. Cuanto a la diferencia de género y las conductas adictivas, Villella, Martinotti, Nicola, Cassano, Torre, Gliubizzi y Conte (2011), en un estudio hecho con 2.853 estudiantes, han demostrado que la prevalencia general del juego patológico es de 7% y es más común entre los hombres. En los resultados de algunas investigaciones parece que el 4,18% son probables jugadores patológicos, un 6,39% son de jugadores de riesgo, un 49,5% son de jugadores sin problema y un 39,9% son de sujetos que afirmaron no jugar (Jiménez-Tallón, García-Montalvo, Montero-Jiménez y Perea-Pérez, 2011).

Respecto a las diferencias de género, esos autores han obtenido datos que indican la presencia de más varones que mujeres como jugadores patológicos, que los varones practican más clases de juegos que las mujeres, que ellos gastan más dinero en jugar en un solo día y que son más criticados por jugar que ellas. En adultos se observan tasas muy elevadas de prevalencias y en jóvenes se encuentran tasas muy preocupantes. Cuanto la adicción al juego, se puede decir que el perfil del jugador ha variado en estos últimos años, pasando de ser un hombre de 40 años de edad, a un de joven de entre 15 a 30 años, muchos de ellos estudiantes, que juegan cada vez más horas (Estévez, Herrero y Sarabia, 2013). En un estudio llevado a cabo con estudiantes de secundaria en Galicia, un 5,6% de estudiantes de 14 a 21 años presentaron problemas graves, siendo mayor la prevalencia en hombres que en mujeres (con una relación de 7:1) y una predominancia entre las edades de 14 a 17 años, donde la conducta de juego es mayor, de acuerdo con Zapata, Torres y Montoya (2011).

En España, el 80% de los teléfonos móviles son ‘*smartphones*’ (Fundación Telefónica, 2015), teléfonos con múltiples funciones que se aproximan mucho de los ordenadores personales y permiten usos muy variados. Algunos de sus aplicativos alcanzan 23 millones de usuarios activos en España, con descargas diarias que superan 3,8 millones, aunque el mayor uso se encuentra en la mensajería instantánea, que, de acuerdo con Fundación Telefónica (2015), ha crecido un 206% en los últimos años. Se estima que para los más de 7 billones de personas en el planeta, existan unas 7,08 billones de líneas de teléfonos móviles (International Telecommunication Union, 2015), lo que demuestra la absoluta disponibilidad global de esa tecnología. De esas líneas telefónicas móviles existentes, el 80% es utilizado para acceder a Internet, y cada vez que tienen 5 minutos, el 31% de la población consulta su móvil (Fundación Telefónica, 2015).

Oliva et al. (2015) encontraron que el 9,04% de los adolescentes y jóvenes de las Provincias andaluzas presenta adicción al móvil. Cuanto a la diferencia de género y las conductas adictivas, Vilella et al. (2011), han demostrado que la prevalencia con el uso problemático del móvil es de 6,3% y el género que más utiliza es el femenino. La Agencia Nacional para la Sociedad de la Información (NIA, por sus siglas en Inglés) de Corea informó que el grupo fue identificado como "adictos a los teléfonos inteligentes" encabezó la adicción en Internet (7,8%) desde 2011 (Chen, Liang, Mai, Zhong y Qu, 2016). Los usuarios de *smartphones* mostraron excesiva un déficit general en el control inhibitorio en las primeras etapas del procesamiento de la información, sin relación con los estímulos relacionados con los teléfonos inteligentes. el presente estudio proporciona evidencia para definir exceso de *smartphone* como un tipo de adicción de comportamiento a los usuarios excesivas de teléfonos inteligentes tienen déficit en el control inhibitorio, lo cual era una discapacidad funcional (Chen, Liang, Mai, Zhong y Qu, 2016).

En el trabajo de Salehan y Negahban (2013) refiere que hay un aumento significativo en el número de uso móvil teléfonos especialmente entre los jóvenes. Esta tendencia es seguida por el rápido crecimiento en el uso de las redes sociales en línea servicios (SMS). Este estudio concluye que el uso de aplicaciones móviles como el SMS, son 209 sujetos (97%), es un predicho significativo de la adicción a móvil. En términos de género, el 39% de los encuestados eran mujeres y el 61% eran varones. En términos de edad, el 90% de los encuestados estaban con edades comprendidas entre 18 y 30 años. Abreu (2016), relata un

estudio brasileño que 18% es adicto a su móvil, las mujeres 21% y los jóvenes entre 16 y 24 años son 23% más adictos.

Los dispositivos móviles inteligentes se están convirtiendo cada vez más importantes en la economía digital y recientemente, en 2014, más usuarios han accedido a Internet a través de dispositivos móviles inteligentes que por ordenadores (Comissão Europeia, 2015).

Oliva et al. (2015) encontraron en una muestra representativa de las provincias andaluzas que el 22,64% de los adolescentes y jóvenes presentan algún tipo de adicción a la Internet. En Portugal, el 73,3% de la población de hasta 25 años muestra signos de adicción al mundo digital, de los cuales el 13% presenta niveles severos de dependencia (Jornal Publico, 2014). Los propios jóvenes parecen estar conscientes de ello, ya que más de la mitad, el 52,1% de los encuestados, se percibe como 'Internet dependientes'. En los casos más extremos, la adicción a Internet ha implicado en aislamiento, comportamiento violento y necesidad de tratamiento (Jornal Público, 2014).

En Portugal, en la educación superior el número de estudiantes que acceden a Internet es mayor con los años y el aumento de la escolaridad, y su frecuencia de uso viene creciendo. En 2002, el 68,6% de los estudiantes de educación superior utilizaba Internet, pero en 2013, ese porcentual aumentó para el 95.3% (Portada, 2013). No obstante, la asociación Acoger (2014) destaca que el perfil más común de afectados por adicciones virtuales son los jóvenes de 25 años adelante, aunque mujeres y más jóvenes también buscan ayuda. Cuanto a la diferencia de género y las conductas adictivas, Villella et al. (2011) en un estudio hecho con 2.853 estudiantes, y que en la adicción a Internet la prevalencia general es de 1,2%, sin diferencia por género.

Internet, como refieren Kimberly et al. (2011) en Europa, por ejemplo, solamente el 3% de los adolescentes nunca han usado Internet, o sea que aproximadamente 97% la utilizan. Entre los demás, el 90% la usan en casa: el 36,2% utilizan Internet entre una y cinco horas por semana, el 29,3% entre seis y diez horas por semana, el 18,7% entre once y veinte horas por semana y el 12,9% más que veinte horas, donde podemos observar la cantidad utilizada (Secades-Villa, Calafat, Fernández-Hermida, Juan, Duch, Skärstrand, Becoña y Talic, 2014).

En Corea, por ejemplo, hay registros de 250.000 jóvenes menores de 18 años en tratamiento activo por adicción a la Internet (Abreu, Eisenstein y Estefenon, 2013). En Corea, Taiwán y China, pacientes que sufren de trastorno de adicción a Internet reciben atención y tratamiento en centros de desintoxicación y hospitales especializados, lo que demuestra el grado de profundidad que esa enfermedad puede atingir. En el trabajo de Puerta-Cortés y Carbonell (2013), una muestra conformada por 595 estudiantes de la Universidad de Ibagué, de 16 a 34 años de edad, fueron separados en dos grupos: uno que hacía uso controlado de Internet (88 %) y otro con uso problemático (12 %), pero mismo en ese hubo sólo un caso donde se confirmó el uso adictivo o problemático de Internet, relaciono con el número de horas dedicado a redes sociales, chat, páginas de contenido para adultos y películas. El uso de estas aplicaciones de Internet generó interferencia en las actividades cotidianas. En otro trabajo, con 3.105 adolescentes, el 51,7% mujeres, los resultados indicaron que apenas el 3,7% es potencialmente adicto a Internet (Kuss, Van-Rooij, Shorter, Griffiths y Van-de-Mheen, 2013). En España, por ejemplo, Ramírez-Hernández y Jiménez-Leal (2013) han encontrado que el 66% de los hombres adultos y el 60% de las mujeres hacen compras en Internet, personas consideradas consumidoras activas con acceso a Internet desde lugares habituales como el hogar, sitio de trabajo, institución educativa, etc.

En otra investigación Puerta-Cortés y Carbonell (2014) con 411 jóvenes de tres universidades. De ellos, el 61.3% fueron mujeres y el 38,7% hombres; el 87,3% eran estudiantes de grado y el 12,6% de postgrado. Su edad media fue de 20,80 años ($DT= 3,77$; rango 18-28), 20,62 años, las mujeres ($DT= 3,23$) y 21,08 los hombres ($DT= 4,48$). El 90,2% ($n= 371$) de los participantes en el estudio tenían un uso controlado de Internet, el 9,7% ($n=40$) un uso problemático y ninguno presentó un uso adictivo.

La mayoría de las personas que compran de una forma adictiva, que suelen consumir cosas no planificadas que exceden normalmente sus posibilidades económicas tienen alrededor de 30 años, pero es en la juventud y adolescencia donde se inicia el problema, alrededor de los 18-20 años (Becona, 2007a, Ruiz-Olivares et al., 2010). En hombres, cuando se da la adicción a compras, puede llevarles a la ruina económica, especialmente si tienen una empresa y compran grandes cantidades de modo irracional respecto a la posibilidad de venta, o compran cosas superfluas que no son útiles o aplicables en la empresa. Pero el problema de la adicción a compras se da más frecuentemente en mujeres, por ser ellas las que suelen hacer

la mayor cantidad de compras en la vida diaria, para la alimentación, el hogar y para la familia (Ruiz Olivares et al, 2010; Salas, 2014). Villella et al. (2011) ya demostró que la prevalencia general de las compras compulsivas es de 11,3%, predominantemente entre estudiantes con menos de 18 años, sin diferencia entre géneros. Denegri, Sepulveda-Aravena y Godoy-Bello (2011) verificaran que estudiantes presentan una media mayor de impulsividad en comparación con los profesores en ejercicio, concluyéndose que los jóvenes presentan más impulsividad para compras.

En la comunidad autónoma de Andalucía, Oliva et al. (2014) han observado que solo un 0,76% de los jóvenes con edades comprendidas entre los 12 y 34 años de edad presentan un nivel grave de adicción. El 99,24% restante realiza un uso no adictivo de internet (77,35%) o presenta una adicción moderada (21,88%). Así, aunque apenas se detectan los casos clínicos, los mismos se hacen presentes entre la población en general.

Se percibe que las conductas adictivas están presentes en nuestras vidas y la fase más problemática es la adolescencia y juventud. Pero, la sociedad es incapaz de eliminar o disminuir de forma importante este consumo o que emerjan nuevas adicciones. Siempre surgen nuevas sustancias o situaciones que generan dependencia porque el usuario cambia o porque aparece una nueva sustancia susceptible de incrementar ese consumismo exagerado.

5. CONCLUSIONES

Las tecnologías de la información y comunicación son nuevas y las investigaciones en adicciones carecen de investigaciones en personalidad. Carece además de estudiar las características de personalidad también cuanto a criterios diagnósticos normalizados.

En las últimas décadas se han producido muchos cambios en la salud, educación, cultura, economía y sociedad y uno de ellos es la aceptación, la tolerancia y comprensión de las conductas adictivas. Las conductas adictivas son comparables entre si y mucho ya se ha

investigado. Toda esta situación hace que sea importante profundizar en el estudio de los factores que influyen en el inicio y mantenimiento de esa adicción como los factores de riesgo, criterios diagnósticos, consecuencias y datos epidemiológicos. Esas tecnologías de información y comunicación, que llevarán a grandes cambios sociales y comportamentales a partir de su surgimiento, se puede considerar que son adictivas, así como las sustancias químicas.

Las adicciones comportamentales importantes para esta investigación son: Compras, Internet, uso de móvil y juego que hasta ahora fue el único clasificado en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014). Hubo cambios inclusive en el DSM-5, pero todavía hace falta criterios diagnósticos e reconocimiento unánime de los investigadores, bien como se debería profundizar más el estudio sobre trazos de personalidad, el próximo capítulo de esta tesis, asociados a esas conductas.

CAPÍTULO 3. PERSONALIDAD Y ADICCIÓN

1. INTRODUCCIÓN A LA TEORIA DE LA PERSONALIDAD

La palabra personalidad, que deriva del latín *persona*, desde la antigüedad fue denominada máscara teatral y utilizada por los actores romanos para desempeñar papeles. Sin embargo, en la edad Media la personalidad pasa a ser entendida como algo propio del individuo (Bermúdez, Pérez y San Juan, 2003; Feist, Feist y Roberts, 2015) y en la actualidad, los psicólogos aplican el término para referirse a algo que va más allá de desempeñar papeles sino que son las características personales de los sujetos.

Personalidad representa esencialmente la noción de unidad integradora de una persona, con todas sus características diferenciales permanentes (inteligencia, carácter, temperamento, constitución, entre otras) y con sus modalidades únicas de comportamiento (Peña, 2011; Feist, Feist y Robert, 2015).

No obstante, existe una diversidad de conceptos relativos al término, sin una definición única que sea aceptada por todos los teóricos de la personalidad. En la tentativa de definir personalidad se emplean distintos conceptos que convergen en un patrón complejo de características psicológicas que surgen de una complicada interacción de determinantes biológicos y del aprendizaje (Beck y Freeman, 1993; Bayón y Cãna, 2004; American Psychiatric Association, 2014; Correa et al., 2006; Feist y Feist, 2006).

Así, las características de la personalidad que son los rasgos o los patrones de conducta de una persona, han sido objeto de análisis del comportamiento desde los principios de la Psicología. Muchos teóricos de los rasgos asumen que los mismos tienen ligación directa con el comportamiento, aun que cambie el modo como los dos se relacionan. Son factores importantes en el transcurrir del desarrollo de la vida de una persona, juntamente con las etapas esperadas en la misma, como la escolar, el enamoramiento, la salida de casa, la entrada en la universidad y la adultez (Magnusson y Torestad, 1993; Staats, 1997; Mendonza-Flores y Colon, 2006; Gómez-Fraguela, 2006;

Feist, Feist y Robert, 2015). Eysenck y Eysenck (1976) refiere que los rasgos, por su vez, serían más bien un grupo de actos correlacionados del comportamiento o unas tendencias para la acción. La teoría de los rasgos se embasa que los mismos puedan ser mensurados por estudios correlacionas, donde Eysenck afirmaba que la personalidad debe prever el comportamiento (Feist y Feist , 2006)

En la presente investigación centramos nuestro interés en el tipo de personalidad A y B (Friedman y Rosenman, 1974), presentados y discutidos en ese capítulo. En especial el Patrón de Conducta Tipo A (PCTA) (Friedman y Rosenman, 1974), que nos interesa, pues abarca y designa personas con un comportamiento que se caracteriza por una extremada ambición, impulsividad, competitividad, impaciencia, hostilidad y sensibilidad ante la urgencia de tiempo y a las presiones. No obstante, para empezar el abordaje sobre los patrones de conducta, se hace necesario presentar los distintos conceptos de personalidad, los modelos corrientes de personalidad y las cuestiones de la personalidad asociada a la salud, y de la personalidad asociada a la drogodependencia.

1.1. DEFINICIÓN DE PERSONALIDAD

Inicialmente, en la Grecia del siglo VI a.C., se relacionaba la personalidad, el carácter, el temperamento y demás características humanas a los fluidos corporales (Friedman y Schustack, 2004). Ese punto de vista se ha perpetuado hasta la Edad Media, pero bajo la influencia de la Iglesia Católica los estudios sobre la personalidad comenzaron a disociar el ser humano en dos polos: el bien y el mal.

A finales del siglo XIX se produjeron avances significativos en la organización, explicación y predicción de las acciones de los seres humanos. El surgimiento de la psicología como el estudio científico de la conducta humana marcó el inicio de un enfoque más sistemático al estudio de la personalidad (Feist, Feist y Roberts, 2015). Los primeros teóricos de la personalidad fueron Sigmund Freud, Alfred Adler y Carl Jung, que basándose en observaciones clínicas construyeron los modelos de conducta humana. Posteriormente, otros teóricos comenzaron a utilizar los estudios empíricos y la aplicación de instrumentos de investigación científica en el campo de la personalidad.

No existe una **definición** única del **término** “**personalidad**” que sea aceptada por todos los teóricos de la personalidad, se puede decir que la personalidad se refiere a un patrón de rasgos relativamente permanentes y de características singulares que confieren coherencia e individualidad al comportamiento de una persona (Roberts y Mroczek, 2008).

La personalidad es comprendida como una característica relativamente estable y general de la manera de ser de una persona, expresada en su modo de reacción ante las situaciones en la que se encuentra (Feist, Feist y Roberts, 2015). De acuerdo con Bermúdez, Pérez y San Juan (2003) y Feist, Feist y Roberts (2015) conviene tener en cuenta que no hay una única definición de personalidad correcta. Las personas pueden ser socializadas de manera semejante, sus genes pueden venir de familias muy próximas, incluso de la misma familia, y pueden pasar por los mismos procesos de educación y cultura (Beck y Freeman, 1993; Bayón y Cãna, 2004; American Psychiatric Association, 2014; Correa et al., 2006). Sin embargo, concierne siempre a los aspectos afectivos, emocionales y, por lo tanto, dinámicos. Así, la personalidad es dinámica, en un movimiento que depende de la interacción entre todos los aspectos del ser, que depende de los aspectos cognitivos, afectivos, fisiológicos y morfológicos del individuo (Feist y Feist, 2006). Como ya fue mencionado es un patrón complejo de características psicológicas que surgen de estas interacciones, pero no presentan idénticas personalidades (Pinker, 2004).

Aunque pasen por los mismos procesos, su socialización y el desarrollo de su personalidad serán diferentes. Los eventos que ocurren, las experiencias, alteran y generan diferencias en la personalidad de cada uno. Investigar sobre personalidad significa estudiar cómo los individuos piensan, cómo sienten, cómo actúan y cómo reaccionan, considerando el sujeto como un organismo total e integral. A partir de ahí, se intenta comprender cómo y por qué los individuos operan de determinado modo en determinadas condiciones, momentos o estadios de su vida (Davidoff, 1983; Magnusson y Torestad, 1993; Feist, Feist y Roberts, 2015).

Es cierto que hay que tener en cuenta los factores adquiridos del sujeto, pero también sus factores innatos (la herencia, el temperamento, el carácter, entre otros), no limitándose a concebir la personalidad como simple producto de elementos biológicos o de elementos sociales, ni eliminando el sujeto, como subraya Ribeiro (1999), lo que él tiene de más fundamental, su capacidad de autodominio.

Existen muchas teorías, como las psicodinámicas, humanistas, teoría de los rasgos, de comportamiento y aprendizaje, que responden por diferentes fundamentaciones teóricas. El significado de personalidad, no obstante, depende del modelo elegido para la definición de personalidad (Hall, Lindzey y Campbell, 2000; Feist, Feist y Roberts, 2015), que a su vez depende enteramente de la preferencia teórica y de las teorías enfocada en los aspectos clínicos y cualitativos de la psicología, como la psicoanalista, humanista y existencialista, o con inclinación para la psicología cuantitativa como la conductual, la teoría del aprendizaje social y la teoría de los rasgos (Davidoff, 1983; Magnusson y Torestad, 1993; Feist y Feist, 2006; Feist, Feist y Roberts, 2015).

Así, las diferentes definiciones de personalidad se pueden categorizar, según Bermúdez, Pérez y San Juan. (2003), relacionándolas con un teórico y un constructo hipotético, inferido por la observación de la conducta, que incluye rasgos, disposiciones internas, cogniciones y/o estados afectivos entre otros, y que es algo distinto y propio de cada individuo. Cada definición está relacionada con un enfoque investigador o teórico.

1.2. TEORIA Y CONCEPTOS RELACIONADOS

La clasificación propuesta por Bermúdez, Pérez y San Juan (2003) se hace según los factores de personas-situación:

a) **el modelo interaccionista**, dónde el comportamiento está determinado por la interacción de las características personales, con las variables situacionales. Conforme Bermúdez, Pérez y San Juan (2003), el principal representante es Mischel, que sostiene que cada persona debe ser estudiada de forma individual, analizando la persona en el contexto, así el análisis de la conducta dependiente de la integración de las características personales con las variables situacionales. Se destacan las teorías cognitivas-sociales como las más aceptadas.

b) **el modelo personalista**, dónde la conducta está determinada por variables personales constitutivas del individuo. Se espera que la conducta sea estable y consistente a través de distintas situaciones. En ese modelo, hay dos líneas teóricas distintas:

- **la teoría del Estado**, que argumenta que la conducta viene determinada por los estados internos del individuo, que serían los elementos afectivos y cognitivos, posiblemente en conflicto, a explicar el comportamiento. Según Bermúdez Pérez y San Juan (2003), pertenecen a ese modelo la Psicoanálisis de Freud, donde la personalidad se deriva del conflicto permanente entre sus tres componentes: el ello, el yo y el superyó. El desarrollo de la personalidad se explica como el desarrollo de la libido. Bermúdez Pérez y San Juan (2003), refiere que también pertenece a ese modelo la teoría de Jung, que propone cuatro funciones psicológicas fundamentales: pensar, sentir, intuir y percibir. Propone tipos psicológicos como categorías para clasificar los individuos, donde están los racionales, orientados por el pensar y el sentir, los irracionales, orientados para intuir y percibir, los extrovertidos y los introvertidos. Bermúdez, Pérez y San Juan (2003), relata que hay la psicología humanista de Rogers, que dice que la persona tiene recursos para el autoconocimiento y para dirigir por sí mismo su conducta, y la teoría de los constructos personales, de Kelly también citado por Bermúdez, Pérez y San Juan (2003).

- **la teoría de los Rasgos**, Bermúdez, Pérez y San Juan (2003), que propone que la conducta del individuo depende de una serie de patrones de respuestas, denominado rasgos. Estos son unas tendencias globales, que actúan independientemente de la situación. Existen diferentes teorías de los rasgos, pero todos los usan para explicar la consistencia de la conducta.

c.) **el modelo situacionista**, dónde el ambiente en el cual ocurre la situación es lo que determina la conducta. La estabilidad de la conducta se explicaría por la estabilidad del ambiente. Identificado con el conductismo, su principal representante, Skinner (Bermúdez Pérez y San Juan, 2003), argumenta que las variables relevantes de la conducta están en el medio ambiente, no en el individuo. La evaluación de la situación se hace distinguiendo la situación real y la situación percibida. La consistencia en la conducta es explicada por la similitud de las situaciones que vive el individuo.

Aunque no haya una definición de consenso, se puede decir que la personalidad es un patrón de características relativamente permanentes y únicas, dando al mismo tiempo consistencia e individualidad a la conducta de una persona. Las teorías de la personalidad asumen que hay características persistentes de los individuos, los ‘rasgos’ de personalidad, lo que sostiene o refleja su personalidad y que está por detrás del pensamiento, de los sentimientos, del comportamiento, de su forma de actuar y en sus actividades rutinarias. Los rasgos contribuyen para la existencia de diferencias en el comportamiento, de consistencia de comportamiento en el tiempo y de estabilidad del comportamiento entre las situaciones. Podrían considerarse factores preexistentes que rigen la elección de realizar una determinada conducta y perpetuar la realización de las mismas, o sea, de la personalidad o patrón de conducta (Le Bona et al., 2004; Feist y Feist, 2006).

Las experiencias y eventos que le ocurren a cada persona, alteran y generan diferencias en la personalidad de cada uno. Investigar sobre personalidad significa estudiar cómo los individuos piensan, cómo sienten, cómo actúan y cómo reaccionan, considerando el sujeto como un organismo total e integral. A partir de ahí, se intenta comprender cómo y por qué los individuos operan de determinado modo en determinadas condiciones, momentos o estadios de su vida (Davidoff, 1983; Magnusson y Torestad, 1993; Feist, Feist y Roberts, 2015). Es cierto que hay que tener en cuenta no solo los factores adquiridos del sujeto, sino también sus factores innatos (la herencia, el temperamento, el carácter, entre otros) y no limitarse a concebir la personalidad como un simple producto de elementos biológicos o de elementos sociales.

1.3. TEORÍA DE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD

Los rasgos contribuyen a las diferencias de comportamiento, la coherencia a lo largo del tiempo de dicho comportamiento y la estabilidad de este en distintas situaciones. Los rasgos pueden ser individuales, comunes a todos los miembros de una misma especie, pero el patrón es diferente en cada individuo, por tanto, aunque en ciertos aspectos muestre semejanzas con otros individuos, cada persona tiene una personalidad única. Las

características son cualidades exclusivas de un individuo que incluyen atributos como el temperamento, el aspecto físico y la inteligencia (Feist, Feist, Roberts, 2015).

Muchos teóricos de los rasgos asumen que los mismos tienen ligación directa con el comportamiento, aún cambie el modo como los dos se relacionan. Son factores importantes en el transcurrir del desarrollo de la vida de una persona y unidas a las etapas esperadas en la misma, como la escolar, el enamoramiento, la salida de casa, la entrada en la universidad y la adultez (Magnusson y Torestad, 1993; Staats, 1997; Mendonza-Flores y Colon, 2006; Gómez-Fraguela, 2006; Feist, Feist y Robert, 2015).

Muchos son los colaboradores para la teoría de los rasgos, como Carl Jung, que, en los años 1920, definió la extroversión y la introversión como disposiciones personales que en contacto con la realidad pueden caracterizar al individuo (Jung, 2003). Alfred Adler (1870 - 1937) establece cuatro tipos de temperamento y los define de acuerdo con el nivel de interés y de energía mostrados por las personas. El temperamento gobernante muestra agresión, tiranía y dominación. El temperamento dependiente es típico de personas sensibles que se instalan en una cáscara existencial para protegerse de los eventos externos y que tienen niveles bajos de energía, son crónicamente cansados y poco dispuestos. El temperamento evasivo representa las personas que tienden a huir al contacto directo entre sí y con las circunstancias, que tienen bajos niveles de energía y son predominantemente tristes. Por último, el temperamento considerado de “utilidad social”, que representa a personas sanas y que muestran interés social y energía, son atléticos y vigorosos (Adler, 1967).

En los años 1930, los rasgos fueron considerados por Allport como unidades capaces de determinar patrones de caracteres con cierta consistencia, a pesar de los individuos mostrar diferentes comportamientos, lo que destaca la singularidad del individuo (Feist, Feist y Roberts, 2015). También en los años 1930, Cattell compiló aproximadamente 18.000 nombres de rasgos de personalidad en inglés y fue una gran contribución a la teoría de los rasgos (Davidoff, 1983). En los años de 1940, esos rasgos fueron considerados por Cattell como estructuras mentales que resultan de la influencia de la observación del comportamiento y que responden por su regularidad o consistencia (Hall, Lindzey y Campbell, 2000). Cattell desarrolló escalas de personalidad que alcanzaron 16 factores, presentadas en el ‘Cuestionario Dieciséis Factores de Personalidad’ (16PF).

Concomitantemente, Eysenck (1991), también basa en los estudios de Allport, estableció dimensiones básicas de la personalidad, denominadas como introversión-extraversión, neuroticismo-estabilidad y psicoticismo-superego. Esa taxonomía fue fundamental en el desarrollo de la teoría de los cinco grandes factores (neuroticismo, extroversión, afabilidad, responsabilidad y apertura a la experiencia).

Así como Cattell, Eysenck también ha creado unos ‘Cuestionarios de Personalidad’, que profundizaron la evaluación de esos factores (Feist y Feist, 2006). A través de su investigación, Eysenck señaló la posibilidad de los factores de la personalidad estar relacionados con el estrés y la manera de hacer enfrentamiento al estrés y problemas (Eysenck, 1991). Propuso diferenciar ‘rasgos’ de ‘tipos’, donde el segundo se trata de un grupo de rasgos correlacionados. Los rasgos, por su vez, serían más bien un grupo de actos correlacionados del comportamiento o unas ‘tendencias para la acción’ (Feist y Feist, 2006). A su vez, Rosenman, Brandt, Jenkins, Wurm y Strauss (1975) trataron de establecer una taxonomía sobre la personalidad que se relaciona con los niveles generales de salud, de donde se pueden diferenciar el ‘tipo A’ y el ‘tipo B’. En esta investigación el instrumento fue el JASE- adaptado del Inventario Jenkins (Forma T) (Bermúdez, Sanchez-Elvira, Pérez, 1991).

Los rasgos son generales, comunes para algunos grupos o compartidos por toda una comunidad, pero su ‘patrón’ es diferente para cada individuo. Por lo tanto, cada persona, aunque similar a otras en muchos aspectos, tiene características de una personalidad exclusiva. Feist y Feist (2006) destacan que son cualidades únicas las que hacen y componen un individuo, como el temperamento, la psique y la inteligencia.

2. LA PERSONALIDAD COMO PREDICTOR

Un ‘patrón de conducta’ es un modelo que integra rasgos de personalidad, valores, creencias, actitudes, conductas y una determinada activación fisiológica (American Psychiatric Association, 2014). Así, los comportamientos son impulsados y motivados por los rasgos (Hall, Lindzey y Campbell, 2000) y los rasgos son características de las personas

que representan una predisposición a comportarse de determinada forma (Natividade, Aguirre, Bizzarro y Hutz, 2012)

2.1. PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A

El ‘Patrón de Conducta Tipo A’ (PCTA), establecido en la década de 1950 juntamente con el ‘Tipo B’, define un conjunto particular de acción-emoción que presentan personas comprometidas en una lucha crónica para lograr un ilimitado número de cosas en su ambiente, en el menor tiempo y contra los esfuerzos de otras personas o de su propio ambiente (Friedman y Rosenman, 1959; Perez-Del Rio y Martín, 2007). Entre las características atribuidas al PCTA se incluyen impaciencia, irritabilidad, competitividad, velocidad excesiva, orientación al trabajo, agresividad y hostilidad. Son personas que luchan permanentemente por obtener el control, aficionadas por la perfección, ambiciosas y no suelen disponer de un momento libre (Gutiérrez, 2001).

El PCTA es un complejo de respuestas emocionales y motoras que, como destacan Mota-Cardoso y Coelho (1980) y Geadá (1996), emergen en el individuo con la personalidad preformada, algunas veces desencadenadas por un conflicto con otros individuos, como un rival competitivo, un superior opresor, un miembro antagonista de la familia, pero el adversario más frecuente es la falta de tiempo para sí mismo.

En el campo de la psicología social y de la personalidad, de la psicología industrial y de la organización, de la psicofisiología, de la enfermedad cardiovascular y de la salud en el trabajo, se ha estudiado el PCTA. No obstante, fueron las investigaciones realizadas en el campo de la psicología social y de la personalidad que han arrojado considerable luz sobre el PCTA como concepto psicológico importante. Se ha comprobado que el PCTA se manifiesta en ciertos factores, que a su vez auxilian en su reconocimiento, como presentado en la tabla 19, presentada adelante. Exhibir una de esas características ya puede indicar la personalidad de los individuos.

Así, la persona PCTA demuestra prisa, urgencia, parcialmente frustrado o en conflicto. No acepta la derrota ni el conflicto, tiende a perseverar. Muestra una hostilidad oscilante y bien racionalizada, no admitiendo cualquier tipo de auto-comportamiento con

menos méritos. Los PCTA tienen una muy alta auto-exigencia, que puede ser una importante fuente de tensión interna. Además, la falta de tiempo y la acumulación de tareas son factores que también pueden generar estrés (Certo, 2009), situación muy estudiada y directamente relacionada con el PCTA (Morianana, 2002; Raya, Moriana y Herruzo; 2010).

Tabla 19. Características del PCTA.

PCTA según Sutil, Corbacho y Arias (1996), Palermo y García-León (1993), Pérez Del Rio y Martín (2007) y Lahan (2008)	PCTA según Gutiérrez (2001)
habla lenguaje rápido, ríspido, brusco y explosivo	casi siempre llega tarde a las citas
manifestaciones psicomotoras; postura de alerta; postura rígida; ritmo acelerado incluso latidos cardíacos; tensión facial; hacer tareas apresuradamente y gestos bruscos	hace cosas rápidamente; impacientarse; constante impresión de urgencia; dificultad de olvidarse del trabajo, casi siempre lleva para casa; trabaja durante muchas horas; dificultad para relajarse; incapaz de descansar; incapaz de delegar trabajo a un compañero; competitivo en demasía; siente compulsión de hacer más tareas, cada vez en menos tiempo
conductas interpersonales; no se preocupa con los demás para ejecutar una tarea; interrumpe los demás; intenta retárdalos	enfadase en exceso ante el más mínimo error, propio o ajeno; critica otras personas con dureza; enfados no justificados

El PCTA aparentemente no se debe a variables externas y es más bien una caracterización que se gesta y evoluciona en la influencia de los años de formación del individuo (Pulido y Fonseca, 2009), durante la infancia, quizás como consecuencia de una ligera influencia genética y de un estilo característico de educación, presentando cierta estabilidad temporal y situacional. El sujeto presenta ciertos rasgos de personalidad que, en conjunto con algunos acontecimientos en la vida o en el ambiente, producen dichas conductas (Friedman y Rosenman, 1959). Así, el PCTA está caracterizado por un marcado rasgo para la acción y emoción, resultando en una actitud de continuada y vigorosa lucha en dirección a los objetivos, minusvalorando las eventuales circunstancias adversas y apreciando el aprovechamiento laboral del tiempo.

Individuos con PCTA suelen ser descritos como quienes procuran al estrés, quienes tienen un estilo de vida que los coloca en situaciones llenas de acontecimientos estresantes (Certo, 2009). Sus conductas se caracterizan por comportamientos que traducen una

violencia interna, una voluntad de expresar abiertamente su cólera y su agresividad, un sentimiento de urgencia permanente y una actitud de desconfianza a respecto de los otros (Gutiérrez, 2001). Aunque no haya consenso, se intenta caracterizar el tipo A como la 'personalidad de la hostilidad' o de la necesidad de control, del autodomínio o de la fuerza del carácter (Fontaine, Kulbertus y Étienne, 1998). La personalidad tipo A busca aumentar su control mediante el hipercontrol de su ambiente social. Tal dimensión de hipercontrol se integra perfectamente en el concepto de 'estilo adaptativo' o aún de 'emoción/resolución de problemas'.

La personalidad tipo A está orientada por el deseo de atender un número cada vez mayor de objetivos, nunca tiene tiempo suficiente y le molesta cualquier pérdida de tiempo, dado los deseos y los objetivos que se sobrepone unos sobre los otros. Bajo un semblante de hierro, esas personas esconden una gran necesidad emocional de seguridad que reduzca la incertidumbre sobre sus habilidades, su inseguridad, su sentimiento de culpa o responsabilidad y muestran rabia y hostilidad cuando no tienen el control. Compiten y se esfuerzan mucho por no sentirse inferiores. Ambiciosos, no delegan nunca; tampoco, de no mediar interés o intercambios en generar cosas atractivas para ellos, establecen relaciones de amistad con nadie y son considerados personas autoritarias. Al igual que los adictos al trabajo, al segundo día de vacaciones quieren volver a trabajar. Conforme Fernández-Montalvo y Echeburúa (1998), esas son justamente las características de los adictos al trabajo que coinciden plenamente con el PCTA.

Esos componentes del PCTA influyen directamente y de muchas maneras como 'factores de riesgo' a ciertas enfermedades como síndrome de Bournot y dolor de espalda (Palmero Breva, Diago, Diez y García, 2002; Raya, Moriana y Herruzo, 2010; Alvarado-Sotomayor et al., 2013; Colino, Pérez de León, 2015). León y Sirlopú (1996) atribuyen influencia de las señales y síntomas del PCTA a las condiciones sociales y de género, y en su estudio las mujeres presentaron más puntuación en el PCTA. Baker et al. (1984), después de una amplia revisión de trabajos sobre el PCTA en mujeres, concluyeron que hay paralelismo entre hombres y mujeres cuanto a los señales y síntomas de ese comportamiento, pero esos se asocian a actividades y orientaciones consideradas masculinas, además de funciones o posiciones de mando y control, generando depresión y ansiedad en las mismas. Cabe resaltar que hay estudios más antiguos que apuntan las características del PCTA está más vinculadas al hombre, pues este es culturalmente más

competitivo y agresivo. Las mujeres, socialmente más colaborativas, dulces y con baja competitividad, se asocian más a las características típicas del PCTB. No se han hecho muchas investigaciones relacionado al sexo, pues el estudio del PCTA estaba asociado a los hombres debido a su vínculo con las enfermedades cardíacas y la mortalidad masculina, lo que pasó a ocurrir más recientemente también entre las mujeres (Thoresen y Law, 1991). PCTA en mujeres se correlaciona positivamente al estatus socio económico, a la ocupación, a la educación y a la incidencia de enfermedades coronarias (Baker et al., 1984).

2.2. PATRÓN DE CONDUCTA TIPO B

El ‘Patrón de Conducta Tipo B’ (PCTB) caracteriza personas con una menor reactividad fisiológica frente a situaciones de estrés y sin una hiperactividad motora (Pulido y Fonseca, 2009). Friedman y Rosenman (1959) rastrearon personas PCTB y concluyeron que son más tranquilas, relajadas, con mayor capacidad de delegar tareas, con menos ambición y seguros tanto en los demás como en sí mismos.

En otras palabras, personas PCTB son el opuesto al PCTA, lo que las hacen menos propensos al estrés, o cuando tienen ese problema, manejan con la situación. Pero el PCTB no es inmune a la presión, solo no es compulsivo. Tiene una manera de darse cuenta, es exigente y trata la presión con baja auto-exigencia. En la tabla 20 son presentadas las características que poseen el PCTB, un patrón en que las personas presentan actitud activa frente al estrés, pero más relajadas (Certo, 2009), y son menos competitivas o más pasivas (León y Sirlopú, 1996).

Es característico de esa personalidad reflejar de manera racional sobre los temas, no actuar por impulso y trabajan con menor ritmo (Bermúdez, Sanchez-Elvira, Pérez, 1991). El PCTB toma el tiempo para pensar en sus actitudes, deteniéndose para analizarlas y comprenderlas, y para mirar la situación con frialdad. Tienen facilidad en buscar soluciones y reducir la tensión, son más suaves o dulces (León y Sirlopú, 1996). Así, las personas del ‘Tipo B’ están dispuestas de manera inversa que las personas del ‘Tipo A’.

Tabla 20. Características del PCTB.

Según Yan, Liu, Matthews, Daviglus, Ferguson y Kiefe (2003) y Orth-Gomér, Wamala, Horsten, Schenck-Gustafsson, Schneiderman y Mittleman (2000)	Según Gutiérrez (2001)
Paciencia	Adaptabilidad
baja competitividad	controlados, postura apacible y suavidad al andar, moverse
baja auto-crítica	habla suave; introversión
sabiduría para manejar con el estrés	expresión de calma, sin prisa

3. PERSONALIDAD Y ENFERMEDAD

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), la salud es un estado de completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades. El bienestar físico se refiere a la salud total de los órganos. La salud mental se refiere a la salud psíquica, que es influenciada por la agitación del mundo actual, donde las inquietudes, prisa, incertidumbres, entre otros factores, llevan la persona al cansancio y sufrimiento psíquico. Además, es necesario para el equilibrio físico y mental que la persona se adapte al mundo en que vive, alcanzando el bienestar social satisfactorio. El término salud, en el concepto contemporáneo, ha cambiado de componerse de características estáticas y formales a características dinámicas, sociales e incluso económicas (Gil-Lacruz y Izquierdo, 2004).

El desarrollo de la personalidad un proceso que ocurre desde el nacimiento y es de suma importancia para la construcción de la identidad del sujeto, es decir, para el desarrollo del auto concepto, lo que forma el núcleo de la personalidad (Davidoff, 1983; Bermúdez, Pérez y San Juan, 1993). Teniendo en cuenta que la formación de la personalidad es un proceso y hace la formulación de los mecanismos que definen el desarrollo del individuo, esta concepción procesual permite insistir en la interacción de la persona con las variables ambientales y sociales que la rodean, y que pueden tornarse saludables o no, además de actuar como moduladoras que hagan al sujeto más vulnerable o

más resistente a las situaciones de riesgo para la salud (Davidoff, 1983; Florez-Alarcon, Botero y Jimenez, 2005; Lahan, 2008; Feist, Feist y Roberts, 2015). Aquí cabe destacar que según la Organización Mundial de Salud (OMS), la salud es un estado de completo bien estar física, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades.

El bien estar físico se refiere a la salud total de los órganos. Simon (2009) apunta que una buena salud mental está también ligada al carácter de la persona, que es definido como una estructura de personalidad altamente individualizada y que expresa valores y creencias profundamente arraigados en la persona acerca de sí mismo, los otros y el mundo, incluyendo algunos patrones típicos permanentes que rigen su conducta. La salud mental se refiere a la salud psíquica, que es influenciada por la agitación del mundo actual, donde las inquietudes, prisa, incertidumbres, entre otros factores, llevan la persona al cansancio y sufrimiento psíquico. Además, es necesario para el equilibrio físico y mental que la persona se adapte al mundo en que vive, alcanzando el bien estar social satisfactorio. Salud, en el concepto contemporáneo, ha cambiado de característica estática y formal para una noción dinámica, social y mismo económica (Gil-Lacruzy Izquierdo, 2004).

Bajo esta noción contemporánea de salud, los rasgos de personalidad son comprendidos como patrones persistentes en la forma de una persona percibir, relacionarse y pensar sobre el ambiente y sobre sí mismo, exhibidos en una amplia base de contextos sociales y personales (Beck y Freeman, 1993; Lahan, 2008). Tales características son personales, es decir, son particulares de la personalidad (Bayón y Cãna, 2004; Correa et al., 2006) y se tornan evidentes en el inicio de la adultez (American Psychiatric Association, 2014).

Así, las emociones son sentimientos propios de las personas, son señales de su sistema cognitivo de percepción y comprensión interna de los hechos, como el comportamiento es una forma de comunicación y expresión externa de estos sentimientos (Huebner, 2009). Cabe resaltar que entre las características de personalidad algunas son pasibles de perjudicar el individuo, como la demasiada competitividad, ansiedad y hostilidad, así como otras pueden ser positivas, como el esfuerzo y preocupación con plazos (León y Sirlopú, 1996). Los sentimientos de rabia o ansiedad, por ejemplo, dificultan la claridad de los pensamientos y disminuyen la capacidad de tomar decisiones correctas (Stallard, 2004).

Las respuestas emocionales pueden tornarse condicionadas a eventos específicos o a comportamientos afectados por antecedentes y consecuencias, tornándose creencias. Esas, siendo activadas en el sujeto, producen una gama de pensamientos automáticos, los cuales pueden resultar en: cambios emocionales, como ansiedad o estrés; cambios comportamentales, como inmovilidad o trabajo constante; cambios somáticos, como pérdida del hambre o dificultad para dormir. Tales dificultades pueden ser asociadas con los déficits o distorsiones cognitivas, pues, como argumenta Stallard (2004), el comportamiento es influenciado por eventos externos, internos y procesos cognitivos. Lo que lleva a una persona a tornarse positiva o negativa, flexible o inflexible, depende de cómo se forman los pensamientos y de cómo se evalúa la situación, es decir, su actitud depende de su forma de pensar. Eso se forma en la persona en el curso de su desarrollo personal, familiar y social y conforme sus características individuales.

En ese contexto, la impulsividad se puede definir como un comportamiento caracterizado por un alto nivel de respuesta anticipatoria, celebrada en un tiempo de reacción más corto en comparación con situaciones que necesitan una toma de decisiones (Duva, Silverstein y Spiga, 2010). La inflexibilidad y el negativismo generalmente aparecen juntos y dificultan la visualización correcta del problema, lo que hace que surjan más sentimientos negativos en el sujeto, como la rabia. Si el individuo no consigue que los aspectos positivos sobrepasen a los negativos y posee alta afectividad negativa, esto se asocia a la ansiedad y al estrés. Esas conductas son reflejos de su personalidad, quiere decir, lo que está por detrás del comportamiento, su forma de actuar, su pensamiento, sus sentimientos. La baja afectividad positiva se asocia a la depresión y a los déficits del refuerzo positivo y de interacción social, o sea baja competencia emocional y bajo afrontamiento generan situaciones estresantes (Gil-Lacruze Izquierdo, 2004; Abreu, 2016).

El estrés es un tema conocido de la vida diaria, considerado como uno de los costes indirectos de la vida moderna, pero no es la causa de una enfermedad, sino el factor que favorece el desarrollo o aparición de algunas enfermedades. Se manifiesta en varios aspectos, como bajos niveles de motivación laboral, accidentes, baja creatividad, descontento, ausentismo laboral no justificado, baja productividad o alcoholismo, y puede ocasionar ansiedad, depresión e insomnio (Cox, Grittiths y Rial-Gonzales, 2000). Sin embargo, como ya se ha dicho, no se puede considerar al estrés como una enfermedad, sino

como una respuesta del organismo, tanto física como mental, a las adaptaciones y ajustes del ser humano a los diversos acontecimientos vitales. En ese contexto, la personalidad es lo que representa las características estructurales y dinámicas de los individuos que se reflejan en respuestas más o menos específicas en diferentes situaciones. Son propiedades permanentes y su estudio ha dado origen a numerosos enfoques en relación a los rasgos y los tipos de personalidad, a desarrollos teóricos y empíricos que las relacionan con variables implicadas en los procesos de bienestar y salud.

El estrés es una respuesta natural del organismo que surge para ayudar al sujeto a enfrentar situaciones nuevas, pero cuando se transforma en una reacción prolongada e intensa, puede desencadenar serios problemas físicos y psíquicos, originando numerosos problemas de salud y enfermedades. Las situaciones de estrés asociadas a ciertas características psicológicas, como hostilidad, perfeccionismo y alta competitividad, conducen a una alta probabilidad de sufrir trastornos cardiovasculares (hipertensión, infartos, angina de pecho), trastornos del sueño, de la alimentación, psicosomáticos y otros (Palmero et al., 2002; Vera-Villarreal, Sánchez y Cachinero, 2004). También puede afectar el comportamiento, originando una variedad de signos y síntomas, como por ejemplo los tiques nerviosos, el hablar rápidamente, el andar apresurado para todo el lado, la incapacidad para relajar, la fatiga crónica, indecisión, pérdida de eficiencia en el trabajo, negligencia, llorar, gastar en demasía, fumar y beber en exceso (Guardado, 2000; American Academy of Family Physicians Stress, 2000).

Algunos entornos familiares, sociales y laborales son más estresantes y, sumados a características de personalidad, como las del Patrón de Conducta Tipo A, presentan mayor posibilidad de enfermedad (Gil-Lacruzy Izquierdo, 2009; Alvarado-Sotomayor et al., 2013). Sin embargo, aunque históricamente asociadas al aumento de la incidencia de enfermedades coronarias (Friedman y Rosenman, 1959), esas características del PCTA fueron utilizadas más adelante también en el campo de la psicología, para determinar los tipos de personalidad propensas al estrés.

Un ejemplo de reactividad fisiológica relacionada al PCTA, así como el infarto del corazón (Florez-Alarcon, Botero y Jimenez, 2005; Rodriguez-Rodriguez, 2012) y los problemas musculares (Álvaro-Sotomayor et al., 2013), es el Síndrome de Burnout (Gil-Lacruzy Izquierdo, 2004; Moryana y Herruzo, 2005; Raya, Moriana y Herruzo, 2010; Serrano 2010). Un alto nivel de estrés suele estar unido a un bajo nivel de afrontamiento de

los conflictos (Becoña, 2007 b). Entre los estudiantes universitarios, las fuentes de estrés más comunes son las presiones académicas (Mosquera, Artamónova y Mosquera, 2011), el imagen corporal, el desarrollo de la identidad sexual, la necesidad de aceptación en el grupo y la adquisición de la autonomía frente a los padres (Silva, Silva e Medina, 2012). Además de las personas PCTA presentaren conductas de riesgo de salud, son consumidoras de estimulantes, tienen riesgo con el tabaquismo y demuestran resistencia en la búsqueda de atención médica (Yan et al., 2003; Orth-Gomér et al., 2000; Perez-Del Rio y Martín, 2007).

Los criterios de definición del PCTA están alargados a otras situaciones de sufrimiento psicosomático y son comprendidos como factor de riesgo independiente de las enfermedades (Friedman y Rosenman, 1959). Según Alvarado-Sotomayor et al., (2013), personas PCTA tienden a ignorar la fatiga y la enfermedad, no buscan ayuda y tampoco toman medicamentos, pues lo entienden como una fragilidad. Hay que considerarse que salud es una variable dinámica y que incluye los planos individual, laboral, social y ecológico de la persona. Equivale al bienestar en las áreas física, mental y social (Florez-Alarcon, Botero, Jimenez, 2005).

Los estados psicológicos, biológicos y neurológicos del individuo se relacionan con la personalidad y con las funciones inmunológicas y cardiovasculares, lo que explica la relación entre PCTA y alteraciones cardiovasculares o manifestaciones conductuales de los sujetos (Florez-Alarcon, Botero y Jimenez, 2005). Así, también los componentes del PCTA influyen como factores de riesgo en ciertas enfermedades, dependiendo de sus relaciones con otras variables psicológicas, como el estilo atributivo, la extroversión-introversión, el tipo de situación o el auto perfeccionismo (Palmero et al., 2002; Vera-Villaruel, Sánchez y Cachinero, 2004).

4. PERSONALIDAD Y ADICCIONES

No se puede afirmar que haya una causa única ni un trastorno de personalidad típico para las personas adictas, pero sí se ha verificado que ciertas características de

personalidad están frecuentemente presentes en estos comportamientos (Fantín, 2006; Jiménez, 2007; Salazar, Fraile y Bobes, 2010). Tales características pueden predisponer, precipitar o perpetuar el abuso y la dependencia de una sustancia o de unas conductas susceptibles de ser adictivas, como las compras, el juego, el teléfono móvil y la Internet. Los rasgos de personalidad son fuertes predictores de muchos aspectos de la vida de los sujetos, afecta su estado de ánimo, sus logros en la escuela, el uso de la Internet y síndrome de Burnout (Moryana y Herruzo, 2005; Raya, Moriana y Herruzo, 2010; Serrano 2010; Feist, Feist y Roberts, 2015). El rasgo de personalidad más consistentemente asociado a adicción es la baja autoestima, aunque la extraversión se relaciona con uso más intenso. Las mujeres con baja autoestima representan el grupo más vulnerable. El síntoma psicopatológico más comúnmente asociado fue la depresión (Pérez, Monje y De-León, 2012). Los autores Griffiths y Dancaster (1995) han concluido que la personalidad puede desempeñar un papel predisponente en la etiología de la adicción a los juegos.

La constatación de que esas diferencias pueden influenciar el uso de drogas en determinados subgrupos de la población ayudará a reconocerlos de una forma positiva (Le Bona et al., 2004). Según Gil-Lacruz (Gil-Lacruz y Isquierdo (2004) que la persona que realiza su conducta sin relacionarse con su entorno físico y social y, además, tiene un tipo de perfil de personalidad A, posee una realidad disfuncional incuestionable. Villella et al., (2011) y Echeburúa (2012) argumentan que las conductas adictivas son comparables entre sí y que se debería profundizar más el estudio sobre trazos de personalidad asociados a esas conductas.

Una característica de la personalidad clásicamente asociada a las adicciones es la **impulsividad, la búsqueda de placer rápido y la fuga del estrés** (Gil-Lacruz e Izquierdo, 2004; Doran, McChargue y Cohen, 2007; Becoña y Cortés, 2011; Adan, 2012; Arteaga, Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2012; Gutiérrez, Valladolid y Fonseca, 2013; Álvaro-Sotomayor et al., 2013), tanto para el consumo de sustancias tóxicas como para la conducta de adquisición del consumo. Una mayor impulsividad está asociada con el consumo de un mayor número de sustancias y con la menor percepción de riesgo, consecuentemente, asociada con un número más elevado de eventos vitales estresantes (Clark, Robbins, Ersche y Sahakian, 2006; Hayaki et al., 2005; Ryb, Dischinger, Kufera y Read, 2006; Becoña y Cortés, 2011). **La impulsividad** tiende a favorecer el desarrollo de adicciones,

así como personas con baja autodirección y baja cooperación tienden a usar drogas (Becoña, 2007b) y está presente en muchos trastornos de la personalidad y trastornos psiquiátricos. Es una característica de la conducta marcada por reacciones rápidas y no planificadas, donde la evaluación de las consecuencias no se realiza y el tema se centra en los aspectos inmediatos (Abreu, Tavares y Cordás, 2008).

La impulsividad es tablero principal para entender la vulnerabilidad a trastornos del control de impulsos, tales como la drogadicción (Cumming, Caprioli y Dalley, 2010). Hay varios tipos de impulsividad y conductas impulsivas, las cuales varían en intensidad de individuo para individuo. Algunos no sienten miedo, ansiedad, tristeza o disgusto, y son menos resistentes a las amenazas, sintiéndose poco incómodos con la presencia de un riesgo más alto y son capaces de aprovechar el placer proporcionado por actividades peligrosas. Otros individuos presentan una forma negativa para hacer frente a las situaciones, así que se quedan inestables con poca fiabilidad, generando ansiedad y frustración (Pérez, Monje y De-León, 2012).

En el uso de las tecnologías, como apuntan Abreu, Eisenstein y Estefenon (2013), la ansiedad y el estrés aparecen relacionados con la Internet y dejan más vulnerable la autoestima de quien está formando su identidad. **La evitación del estrés**, a su vez, es un factor directamente asociado a los comportamientos adictivos (Nadal, 2008). El usuario, presa de una excitación elevada, empieza a aumentar su dependencia del ordenador hasta aislarse del entorno y no prestar atención a otros aspectos de las obligaciones laborales y académicas y de la vida social (Fernández-Montalvo y López Goñi, 2010). El elevado neuroticismo predice el uso problemático de la Internet y pone en destaque la relación entre personalidad y adicción a la Internet. Puerta Cortez y Carbonell (2014) apuntan que jóvenes con uso problemático de Internet presentan alto neuroticismo, baja afabilidad y baja responsabilidad.

De igual manera, la frustración por incapacidad del individuo para dominar las otras personas o la situación, está relacionada con la falta de autocontrol, con la baja autoestima, con la baja auto eficacia percibida y con el **inadecuado afrontamiento del estrés**, posiblemente debido a una inadecuada socialización e inexistencia de un proyecto individual (Becoña, López, Vázquez y Lorenzo, 2006). El estrés, así como la depresión, la angustia, la hostilidad y la falta de redes de apoyo son factores de riesgo que padecen la

mayoría de las personas (Absi, 2006). El factor estrés resulta de mayor relevancia biológica (Gómez, 2009), tales factores pueden desarrollar enfermedades o predisponer a estilos de vida como el consumo de alcohol, la mala alimentación, el tabaquismo y otros.

No obstante, hay que considerarse que el estrés es un fenómeno adaptativo de los seres humanos que contribuye a su supervivencia, a un adecuado rendimiento en sus actividades y a un desempeño eficaz en muchas esferas de la vida. El estrés depende, en primer lugar, de la respuesta individual de cada persona, la cual puede presentar también factores y predisposiciones individuales, como factores genéticos de mayor o menor respuesta ante situaciones de estrés. En segundo lugar, las estrategias personales a veces pueden no resultar suficientes para enfrentar situaciones nuevas y surge el estrés como un mecanismo de alerta, pero puede llegar a convertir en crónico. Para muchas personas, determinadas experiencias vitales estresantes pueden jugar un papel decisivo en el desarrollo de una adicción y también en las dificultades para su recuperación. El estrés crónico puede alterar el funcionamiento de la respuesta de la persona ante el propio estrés (Gómez, 2009).

Determinadas personas pueden ser más vulnerables que otras para desarrollar una disfunción. Las variables de personalidad son factores determinantes de prácticas saludables y comportamientos riesgo. En algunos casos hay ciertas características de personalidad o ciertos estados emocionales que aumentan la vulnerabilidad psicológica a las adicciones: la impulsividad, la disforia (estado anormal del ánimo que se vivencia subjetivamente como desagradable y que se caracteriza por oscilaciones frecuentes del humor), la intolerancia a los estímulos displacenteros, tanto físicos (dolores, insomnio, fatiga, etc.) como psíquicos (disgustos, preocupaciones, responsabilidades, etc.), y la búsqueda exagerada de sensaciones nuevas. En la adicción frecuentemente subyace un problema de personalidad: baja autoestima, por ejemplo, o un estilo de afrontamiento inadecuado ante las dificultades cotidianas (Fernández-Montalvo y López- Goñi, 2010). Una persona que posee una característica de afrontamiento autocrítica o negativa presenta elevado índice de vulnerabilidad para la adicción (Correa et al., 2006). Eses comportamientos serían específicamente expresiones y manifestaciones de la personalidad, de su estructura y sus procesos.

En dicha perspectiva, las variables de personalidad serían el origen de la práctica del ejercicio o de la falta de ejercicio, de la alimentación saludable o de las conductas de riesgo, como el tabaquismo, el comportamiento de consumo excesivo de alcohol o acciones inseguras en contextos de trabajo (Florez-Alarcon, Botero y Jimenez, 2005). Entre los fumadores y aquellos con trastornos relacionados con el consumo de sustancias, el estrés y la impulsividad son factores de riesgo (Aguini y Hernandez-Pozo, 2008). No obstante, lo que resulta negativo y llega a ser nocivo es que la experiencia de estrés sea excesiva, incontrolada o incontrolable. En ese aspecto, la respuesta al estrés varía según el individuo. Algunos pueden descompensar su funcionamiento defensivo, sobreviniendo un quiebre psicológico, otros pueden alterarlo, apareciendo neurosis angustiosas, depresivas o trastornos de personalidad que se exacerban. Un tercer grupo puede reaccionar con síntomas físicos funcionales o enfermedades psicosomáticas, y un cuarto grupo puede recurrir al uso de sustancias químicas, como alcohol, drogas o tabaco, utilizados en cantidad excesiva.

Por otro lado, como argumenta Gómez-Fraguela (2006), las estrategias de afrontamiento son como ‘patrones de conducta’ y el estilo de aproximación al problema es una característica de personalidad positiva o funcional, así como el estilo de evitación es una característica de personalidad negativa o disfuncional. Es también referida por Chicharro, Pedrero y Perez (2007) **la auto eficacia como un factor para resistirse** al consumo de drogas. Delgado (2015) apunta que un **elevado autocontrol** es la variable que protege a los adolescentes y jóvenes españoles contra el desarrollo de la adicción a Internet, aunque sean usuarios intensivos de ella. Esos resultados ponen de relieve la relación entre el autocontrol y la adicción a Internet, el consumo de sustancias y los síntomas ansioso-depresivos. Si tenemos en cuenta que la compulsión, la pérdida de control y la persistencia en una conducta, a pesar de las consecuencias negativas derivadas, son elementos esenciales para considerar un comportamiento como adictivo, no resulta sorprendente que el bajo autocontrol presente una relación significativa con la adicción a Internet y con el consumo de sustancias, que además se correlacionan significativamente entre sí (Oliva et al., 2014).

Los afectos, la cognición, la atención, la memoria y la planificación son también parte de la personalidad, actúan como moduladores de la conducta y están involucrados en la identificación, la clasificación y las prioridades de los estímulos externos (Becoña, 2006;

Fernandez, Horrupia-Serrano y Blanxarte, 2012; Puerta- Cortés y Carbonel, 2014). Es de presumir, entonces que al identificarse los rasgos, y así la personalidad del individuo, sería posible prever su modo de actuar ahora y en el futuro (Dias, 2003).

Así, al determinarse ciertos trazos de personalidad en los jóvenes, podríamos inferir un mayor o menor factor de riesgo para el consumo de drogas por los sujetos. Alta correlación entre impulsividad y el uso de tabaco, así como entre agresividad y el uso de cocaína y éxtasis fue encontrada por Becoña, López-Durán, Fernández del Río, Martínez, Fraga, Osorio et al. (2012) en personas con edad entre 14 y 25 años. De igual manera, Adam (2012) ha comprobado que la impulsividad disfuncional presenta correlación con el consumo de alcohol entre jóvenes, diferentemente de la impulsividad funcional. Blanco, Prieto, Vicent y Alonso (2013), estudiando pacientes con adicción a sustancias depresoras del sistema nerviosos central, han verificado que el trastorno de déficit de atención (TDAH) se presenta como un factor de riesgo y sugieren la importancia de investigar más la cuestión, puesto que el sujeto TDAH es apresurado, impulsivo y elocuente, características quizá conectadas a la adicción.

No solo adicciones a sustancias se muestran conectadas a determinados rasgos de personalidad. Gutiérrez, Fernández, Gonzalvo y Bilbao (2014) han comprobado relación positiva y significativa entre jóvenes de 12 y 30 años con **descontrol emocional, conductas impulsivas y sintomatología disfuncional asociados a la problemática de juegos patológicos, abuso de internet y de videojuegos**. La capacidad de regulación de emociones podría ser un elemento importante de prevención y tratamiento de esas problemáticas a edad temprana. Cuanto a la adicción o abuso del teléfono móvil, el rasgo de personalidad más consistentemente asociado es **la baja autoestima, impulsividad, dificultad de control**, juntamente con una baja capacidad para reflexionar previamente sobre su uso, una falta de perseverancia, tendencia a la búsqueda de sensación o realización de actividades excitantes o de control (Echeburúa, Lavrador y Becoña, 2009; Pérez, Monje y De-Léon, 2012; Abreu, Eisenstein y Estefenon, 2013; Correia de Moura, 2013 Pontes y Patrão, 2014).

El DSM-5 refiere que la impulsividad está asociada a un inicio más precoz y grave de los trastornos con uso de alcohol, así como individuos con rasgos de personalidad de externalización (tendencia participar en situaciones sociales, sentir la alegría y el optimismo) son más propensos a iniciar el consumo de tabaco (American Psychiatric

Asociation, 2014), aunque pese la herencia genética. Araujo (2012) apunta que la personalidad agitada, ansiosa y con dificultad de relajar común entre los jóvenes determina que intoxicaciones deliberadas sean más probables de ocurrir entre adolescentes y adultos jóvenes. Cuanto al uso de cannabis, el DSM-5 refiere que jóvenes con puntuación más alta de desinhibición conductual presentan trastornos por uso e inicio temprano de uso de cannabis. Además, la impulsividad y los rasgos de personalidad asociados a la impulsividad pueden afectar negativamente el tratamiento de adictos a la cocaína, llevándoles a recaídas frecuentes (American Psychiatric Association, 2014). Así, se evidencia la posibilidad asociarse determinadas características de personalidad a ciertos comportamientos adictivos o su predisposición.

4.1. PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A Y ADICCIONES

Para Martínez, Trujillo y Robles (2006), no hay duda que el consumo de drogas está relacionado con la personalidad en general. Son muy importantes, pues, las estrategias de afrontamiento de cada individuo a las adicciones son únicas. Representan grupos de riesgo aquellos individuos con problemas de socialización, bajo umbral de frustración, buscadores de satisfacciones inmediatas y deficientes en habilidades de enfrentamiento a los problemas vitales o demandas sociales (Jiménez, 2007).

Los patrones de comportamiento, generalmente atribuidos a trazos de personalidad o a ciertas disposiciones, representan una estrategia interpersonal desarrollada a partir de la integración entre las disposiciones innatas y las influencias ambientales (Beck y Freeman, 1993). Esos patrones son generados por factores muy diversos y también muy interrelacionados, lo que determina, como apunta Jiménez (2007), la compleja realidad de esa problemática. El patrón conductual que más relación presenta con el ámbito de la salud, bien como con el estrés, es el Patrón de Conducta Tipo A (PCTA). Davidoff (1983) describe que sujetos PCTA se caracterizan como personas que luchan para realizar muchas tareas en poco tiempo, ambiciosas por realizaciones y poder, son hostiles, competitivas y compulsivas. Sin embargo, el PCTA no es un factor de estrés externo en sí, tampoco una

reacción de tensión o incomodidad, sino más bien una forma de reaccionar a los factores externos.

Las adicciones están asociadas a las características propias del sujeto, factores internos como predisposiciones o vulnerabilidades, a las influencias sociales y a las sustancias o productos adictivos en sí. Es decir, las motivaciones para el consumo pueden ser diversas, desde el simple evitar al malestar, hasta la obtención de placer a través de la estimulación (Fergusson, Boden y Horwood, 2008; Becoña y Cortés, 2011). No hay una causa única ni un trastorno de personalidad típico de los usuarios de drogas, tampoco una personalidad adictiva o un perfil definido, sino solo ciertas características comunes (Fantín, 2006; Jimenéz, 2007).

No obstante, existe clara evidencia de la relación entre la búsqueda de sensaciones y el consumo de sustancias tóxicas, lo que caracteriza la búsqueda de sensaciones como un factor de riesgo para el uso y el abuso de drogas y posibilita estimarse la probabilidad de su futura presencia o ausencia. La búsqueda de sensaciones, definida como la necesidad de un individuo tener experiencias y sensaciones nuevas, complejas y variadas, asumiéndose riesgos físicos y sociales para satisfacerlas (Zuckerman, 1979), está claramente asociada al PCTA. A nivel psicológico se encuentran repercusiones como ansiedad, irritabilidad, disforia o baja autoestima, y los problemas comportamentales del síndrome de Bournot están relacionados con el absentismo laboral, el abuso de drogas y las conductas violentas (Muñoz y Sanchez, 2009).

Además, los sujetos adictos son impulsivos, desorganizados (Gutiérrez, Valladolid y Fonseca, 2013; Echeburúa y Corral, 2010; Labrador y Villadangos, 2010; Oliva et al., 2014) y tienen dificultad para soportar la monotonía. Suelen presentar baja autoestima, pocos recursos psicológicos, fragilidad, tendencia a proyectar la culpa a los demás o a las circunstancias, juntamente a una escasa auto eficacia y dominio de la situación (Abreu, Tavares y Cordás, 2008; Abreu 2016).

Quizás aún no se ha conseguido establecer un vínculo directo entre estilos de personalidad y el uso de drogas, pero la impulsividad y el rencor son factores del PCTA y también de riesgo para la recaída (Fantin, 2006; Salazar, Fraile y Bobes, 2010). El PCTA está asociado a la búsqueda de emociones y de excitación, a la desinhibición y a la susceptibilidad hacia el aburrimiento, que a su vez están enlazadas a alteraciones físicas y

psicológicas, como el estrés, las dietas desequilibradas, el insomnio, el abuso de alcohol, los síntomas de depresión, ansiedad e irritabilidad, bien como los trastornos psicofisiológicos, como los problemas cardiocirculatorios, digestivos y otros. A nivel psicológico se encuentran repercusiones como ansiedad, irritabilidad, disforia o baja autoestima, además de los problemas comportamentales del síndrome de Bournot, relacionados con el absentismo laboral, el abuso de drogas y las conductas violentas (Muñoz y Sanchez, 2009).

Actúan en el PCTA los contextos más cercanos del sujeto, como la familia, el grupo de iguales o la escuela, y los contextos más globales, como la cultura, la economía y el control social. Tales contextos, de igual manera, muestran influencia vital en los procesos de iniciación al consumo de sustancias psicoactivas (Jiménez, 2007). El PCTA se asocia a algunos índices de disfunción personal, como problemas de salud, grande consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, conflictos conyugales y familiares (Organização Internacional do Trabalho, 2001). Los sujetos PCTA se caracterizan por tener una postura de alerta, una expresión facial tensa, un caminar rápido y hacer las cosas apresuradamente, además de ciertas conductas interpersonales particulares, como interrumpir a los demás y retarlos (Palermo y García-León, 1993; Rodríguez-Sutil, Gil-Corbacho y Martínez, 1996; Díaz-Costa, 2007; Lahan, 2008).

Algunas características que están relacionadas al PCTA, como ser adicto al trabajo y estar constantemente en lucha para conseguir un número ilimitado de logros en el menor tiempo posible (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1998; Moriana y Herruzo, 2005, Serrano, 2010), igualmente se correlacionan al estrés muy prolongado, conocido como ‘síndrome de Bournot’ (Muñoz y Sanchez, 2009). Adictos al trabajo, por ejemplo, no siempre obtienen la productividad prevista con el gran número de horas que dedican al trabajo. Eso les lleva a trabajar aún más, cayendo en un círculo vicioso sin límite (Becoña y Cortés, 2011). Van más y más padeciendo situaciones de estrés, que pueden llegar a convertirse en estrés crónico. El fuerte compromiso con el trabajo reduce la probabilidad del sujeto practicar actividades relajantes o que mejoren su resistencia. Por esa razón, el PCTA como producto de una ‘interacción persona ambiente’ (Powell, 1987) es tradicionalmente considerado ‘modulador’ del estrés (Román y Wilson, 1996).

El PCTA puede ser considerado un estilo o una manera desarrollada por la persona para tratar con el estrés, aunque no siempre sea así. Álvaro, Torregrosa y Luque (1992), por ejemplo, argumentan que personas PCTA pueden no ser hipersensibles ni tampoco actuar de modo hostil frente al estrés, la urgencia temporal o la competitividad. El PCTA ni siempre determina que las personas sean problemáticas o no manejen bien situaciones difíciles. Por otro lado, muchos trabajadores compulsivos son personas que cumplen los criterios para el Patrón de Conducta Tipo A. Smith y Chistensen (1992) apuntaron la fuerte interrelación entre hostilidad y el estado de ánimo negativo, características asociadas al PCTA. De igual manera, asociadas al PCTA están: la ira y la hostilidad, correlacionadas por Shekelle, Gale, Ostfeld y Paul (1983) al consumo de tabaco y alcohol; el modo de trabajar en exceso, correlacionado por Becoña y Cortés (2011) al alto riesgo de enfermedades coronarias; y el sufrir dolor de espaldas, correlacionado por Alvarado-Sotomayor et al. (2013) a la tensión y al estrés.

Así, aunque no exista una personalidad ‘pre adictiva’, se pueden argumentar que hay ciertas características de personalidad que predisponen a una mayor vulnerabilidad individual con respecto al consumo de drogas. El patrón de conducta es un modelo que integra rasgos de personalidad, valores, creencias, actitudes, conductas y una determinada activación fisiológica. Con que es factible considerar que los rasgos de personalidad podrían servir como factores preexistentes que rigen la elección de adicciones. Igualmente, es posible constatar que existen personalidades que pueden influenciar en el uso de drogas o en las conductas adictivas (Le Bona et al., 2004). Es cierto que existe un patrón de conducta individual y personal que aumenta la probabilidad de cada uno a exponerse a innegables factores de estrés, como si fuera una propensión del individuo a elegir actividades que produzcan estrés (Organização Internacional do Trabalho, 2001). De esa manera, los rasgos de la personalidad PCTA pueden estar ligados a la drogadicción y pueden explicar el consumo de drogas y las conductas adictivas.

El PCTA está asociado como factor de riesgo a determinadas molestias, como las enfermedades coronarias (Rodríguez-Rodríguez, 2012), los dolores musculares (Alvarado-Sotomayor, et al., 2013), el tabagismo (Leventha, Waters, Boyd Moolchan, Heishman, Lerman, Pickworth, 2007), el consumo de alcohol (Le Bona et al., 2004; Natividade et al., 2012) y la obsesión al trabajo (Raya, Moriana y Herruzo, 2010). No obstante, pocos son

los trabajos e investigaciones comparando personas PCTA con personas PCTB en cuanto a esas cuestiones. Folsom, Hughes, Buehler, Mittelmark, Jacobs y Grimm (1985), enfocando la cuestión del uso de alcohol entre esos dos patrones de conducta, han concluido que la probabilidad de ser bebedor habitual es mayor entre los PCTA que entre los PCTB.

En cuanto a las adicciones sin sustancia, Griffiths y Dancaster (1995), estudiando la adicción a los juegos, han identificado una excitación con respecto a juegos significativamente mayor entre los PCTA que los PCTB, y han encontrado el doble de cumplimiento de los criterios de adicción a videojuegos entre los PCTA en relación a los PCTB. Se puede inferir que posiblemente pasa lo mismo cuanto a las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), que pueden generar sintomatología similar a otras adicciones, como disforia, dependencia y tolerancia. Gutiérrez, Valladolid y Fonseca, (2013), Echeburúa y Corral (2010); Labrador y Villadangos (2010) y Oliva et al. (2014) argumentan que la adicción a videojuegos se trata de un tipo de adicción comportamental que puede enlazar con un perfil de comorbilidad asociado a ansiedad, impulsividad, depresión o necesidad inmediata de nuevas sensaciones. Las investigaciones en el campo de la adicción a las TIC aún son escasas, empezaron a menos tiempo que el estudio de las demás adicciones y no se han acumulado suficientemente, pero, como destacan Abreu, Eisenstein y Estefanon (2013), en ese tema también están asociadas las características de personalidad.

El consumo de drogas además de estar asociado a influencias sociales y a la acción de las sustancias en sí mismas, también se asocia, como señala Jiménez (2007), a las características propias del sujeto, a sus factores internos, como predisposiciones o vulnerabilidades personales. En este sentido, es posible que el PCTA también sea un factor de riesgo para consumir determinadas sustancias en exceso y para presentar determinados comportamientos adictivos.

5. CONCLUSIONES

Personalidad, de una manera general, es un patrón de rasgos relativamente permanentes y de características únicas que dan consistencia e individualidad al

comportamiento de una persona. A través de las experiencias y vivencias de cada uno son desarrolladas sus estrategias personales, y esas son también determinadas por la manera habitual de cada persona enfrentar las diferentes situaciones problemáticas de su vida. Mientras el proceso de formación de la personalidad está en curso, el grupo de amigos se destaca en la transición hacia la edad adulta, además de otras influencias como la escuela, la familia, el ocio, la sociedad, entre otras.

Los jóvenes viven de acuerdo a su tiempo, es decir, según lo que dicta la sociedad y moda. La moda, a su vez, influye de manera más impactante cuanto más joven es el individuo, ya que está menos lista su personalidad. Una serie de elementos del desarrollo se mezclan en este período de la juventud, desde su duración y los cambios exigidos por la comunidad en que vive, hasta la angustia por las opciones y la incertidumbre sobre el futuro. Eso genera el estrés, un fenómeno adaptativo de los seres humanos que contribuye a su supervivencia y al adecuado rendimiento en sus actividades en las muchas esferas de su vida.

Pero el estrés puede contribuir para un desempeño eficaz o no de la persona. Aquí, las características de personalidad del individuo entran en escena y pueden desencadenar respuestas positivas o negativas a sí mismo, a su salud y bienestar. Poseer determinadas características de personalidad, como el PCTA o PCTB, influencia en las decisiones futuras, salud y bien estar.

En muchos campos del conocimiento los efectos del PCTA han sido estudiados, pero es en el campo de la psicología social y de la personalidad donde se han realizado más investigaciones y ampliado el conocimiento sobre este patrón de conducta. Todavía, aún es escasa la literatura científica que relacione el PCTA con determinadas conductas adictivas como el uso de sustancias, el navegar por Internet, comprar, jugar o usar el móvil. Así, investigaciones que profundicen el conocimiento en esas relaciones se hacen necesarias.

Además, el análisis del perfil de personalidad de las personas puede ser utilizado en el rastreo y en la aplicación anticipada de procedimientos para ayuda a adolescentes en situación de riesgo, aumentándose la eficiencia de estrategias en medicina preventiva. Tales conocimientos podrían facilitar la promoción de la salud y actuar en la disminución de futuros problemas adictivos en la población joven, además de favorecer la planificación

de tratamientos eficaces y adecuados. En nuestra sociedad, y especialmente entre los profesionales de salud y de educación, es importante difundirse el conocimiento de las diferencias entre las personalidades, evitándose aplicar indistintamente los mismos ideales de educación para todos los individuos con los cuales se trabaja.

PARTE II: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

JUSTIFICACIÓN

La hipótesis fundamental de esta investigación es que el patrón de conducta tipo A está relacionado con la problemática de las adicciones entre jóvenes. Hoy en día, las adicciones, en la población general, y en particular en los jóvenes, están muy presentes en la sociedad de consumo en la que vivimos. La relación de dependencia entre la persona y el consumo de sustancias puede llegar a perjudicar sus rutinas y capacidades físicas y mentales. La Adicción es un problema de salud pública mundialmente extendido que como los trastornos en el desarrollo y la adolescencia, continúan manifestándose en la edad adulta. En la salud pública, es un tema de mucha importancia por sus efectos devastadores, no solo en el individuo, sino en la familia, en la educación, en la vida laboral, en el grupo de iguales, en el aspecto humano y en el financiero.

El comportamiento adictivo se ha tornando muy complejo e impactante en nuestra sociedad actual, no solo por el consumo de drogas, sino también por las adicciones sin sustancias, como es el caso de las tecnologías, en especial en la franja de edad de los jóvenes adultos. Aquí, los Jóvenes constituyen un grupo de riesgo, porque tienden a buscar sensaciones nuevas, son inmaduros, están en entrenamiento para la vida adulta, experimentan mucho y son los que más se conectan a Internet, los que están más acostumbrados con las nuevas tecnologías. El énfasis contemporáneo en considerar cada caso de compulsión humana como una entidad y desde ahí proceder a un diagnóstico despegado de todo el contexto restante, llevó a una enorme redundancia conceptual y a un gran desperdicio económico en los sistemas de prevención y de fornecimiento de servicios. La adicción es un comportamiento en el que se ven involucrados múltiples factores, desde biológicos, psicológicos y ambientales.

Dentro de los factores psicológicos, parece interesante profundizar en el estudio de las características personales de las personas consumidoras, como por ejemplo el patrón de conducta Tipo A, y así posibilitar construir más conocimiento y herramientas de diagnóstico e intervención. Aceptándose que las conductas adictivas estén relacionadas con ciertos rasgos de personalidad, en especial relacionadas al patrón de conducta tipo A, tal conocimiento podrá facilitar la promoción de la salud, hacer mejores planificaciones para el tratamiento y para mejores estrategias preventivas. Disminuyendo futuros problemas adictivos en el desarrollo de las personas y en la sociedad. En este sentido, el objetivo que se pretende puede llegar a tener una implicación importante a nivel preventivo, puesto que los factores de personalidad pueden medirse y detectarse antes de que ocurran ciertos problemas, identificando de una forma más adecuada las poblaciones diana con las que aplicar planes preventivos más específicos.

El aspecto más relevante que justifica la realización de esta investigación, es que apenas hay estudios que relacionen el patrón de conducta tipo A (PCTA) con el consumo de drogas en población joven. Así, el objetivo general de este trabajo de investigación es identificar la posible relación entre el Patrón de Conducta Tipo A (PCTA) y los comportamientos adictivos (ya sea consumo de sustancias o adicción sin sustancias) manifiestos en jóvenes, universitarios o no, ampliando el conocimiento de las características personales de estos individuos.

En la presente investigación no queremos definir que exista una personalidad típica y única asociada a la adicción, tampoco que la personalidad sea el único factor desencadenante de conductas adictivas, pero buscamos aquí presentar una nueva mirada para las características de personalidad, algo que se pueda evaluar y mensurar con aplicativos y testes, y que se pueda trabajar preventivamente, con beneficio de los propios jóvenes, permitiéndoles y apoyándoles a utilizar sus características individuales de manera positiva y provechosa. Así, conocer qué variables influyen en el inicio del consumo de sustancias puede contribuir a diseñar mejores estrategias de prevención y de intervención en población general.

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVOS GENERALES

El objetivo principal de esta tesis doctoral fue observar si los jóvenes con un Patrón de Conducta Tipo A (PCTA) presentan más conductas adictivas (consumo de sustancias y adicciones comportamentales) que los jóvenes con un patrón de conducta Tipo B (PCTB), buscando relacionarlas con variables de la personalidad. Es decir, se trata de observar como aquellas variables personales que son más o menos constantes en el comportamiento de los jóvenes se relacionan con la realización de conductas de riesgo como es el consumo excesivo de sustancias (alcohol, tabaco, tranquilizantes, cannabis, cocaína, alucinógenos, etc.), o la realización abusiva de conductas susceptibles también de crear adicción, como las compras, el juego, el uso del móvil o navegar por Internet.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Son objetivos específicos de esta tesis doctoral:

1. Describir las características socio demográficas de los participantes PCTA y PCTB.
2. Describir el patrón de consumo de personas jóvenes con PCTA y PCTB.
3. Describir el comportamiento relacionado con el juego, las compras, el móvil y navegar por Internet que hacen los jóvenes PCTA y PCTB.
4. Observar si hay diferencias de consumo entre jóvenes con un Patrón de Conducta Tipo

A (PCTA) y B (PCTB) en el consumo de sustancias como el tabaco, alcohol, tranquilizantes, cannabis, cocaína y alucinógenos.

5. Observar si hay diferencias en el uso de la tecnología y de posibles adicciones conductuales como Internet, compras, juego, etc. entre jóvenes con un Patrón de Conducta Tipo A (PCTA) y B (PCTB).
6. Tratar de predecir el riesgo que supone presentar un PCTA/PCTB frente al consumo abusivo de sustancias y en la realización excesiva de conductas como navegar por internet, compras y juego.
7. Describir el patrón de consumo de personas jóvenes agrupadas en función de características de la personalidad como la impaciencia, la hostilidad, la competitividad y la sobrecarga laboral.
8. Describir el uso del móvil, Internet, y las conductas de comprar y jugar en jóvenes en función de características de la personalidad como la impaciencia, la hostilidad, la competitividad y la sobrecarga laboral.
9. Observar si hay diferencias de consumo entre los jóvenes agrupados en función de características de la personalidad como la impaciencia, la hostilidad, la competitividad y la sobrecarga laboral en el consumo de sustancias como el tabaco, alcohol, tranquilizantes, cannabis, cocaína y alucinógenos.
10. Observar si hay diferencias en el uso de la tecnología y de posibles adicciones conductuales como Internet, compras, juego, etc. entre jóvenes agrupados en función de características de la personalidad como la impaciencia, la hostilidad, la competitividad y la sobrecarga laboral.

1.3. HIPÓTESIS

Las hipótesis de esta tesis doctoral son:

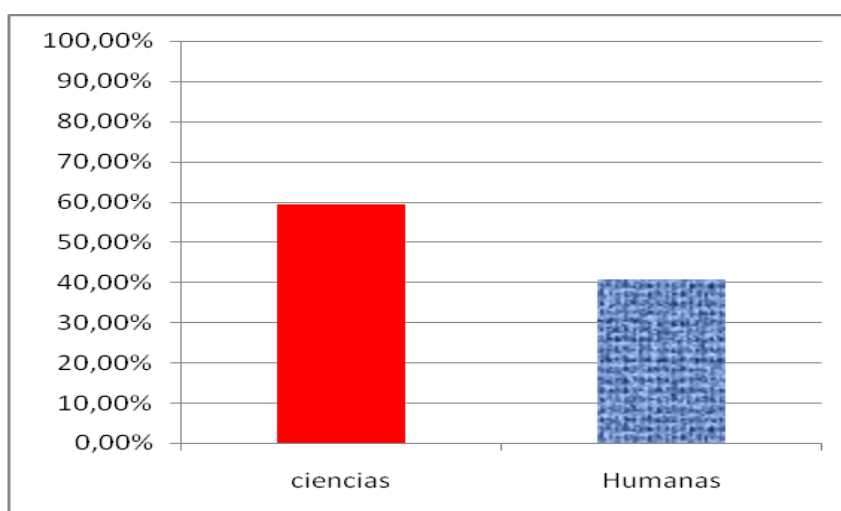
- a) Las personas jóvenes con PCTA consumen más tabaco que los jóvenes con PCTB;
- b) Las personas jóvenes con PCTA consumen más alcohol que los jóvenes con PCTB;
- c) Las personas jóvenes con PCTA consumen más cannabis que los jóvenes con PCTB;
- d) Las personas jóvenes con PCTA consumen más cocaína que los jóvenes con PCTB;
- e) Las personas jóvenes con PCTA consumen más alucinógenos que los jóvenes con PCTB;
- f) Las personas jóvenes con PCTA consumen más tranquilizantes que las con PCTB;
- g) Las personas jóvenes con PCTA juegan más que los jóvenes con PCTB;
- h) Las personas jóvenes con PCTA compran más que los jóvenes con PCTB;
- i) Las personas jóvenes con PCTA usan más Internet que los jóvenes con PCTB;
- j) Las personas jóvenes con PCTA usan más móvil que los jóvenes con PCTB.

2. METODOLOGÍA

2.1. PARTICIPANTES

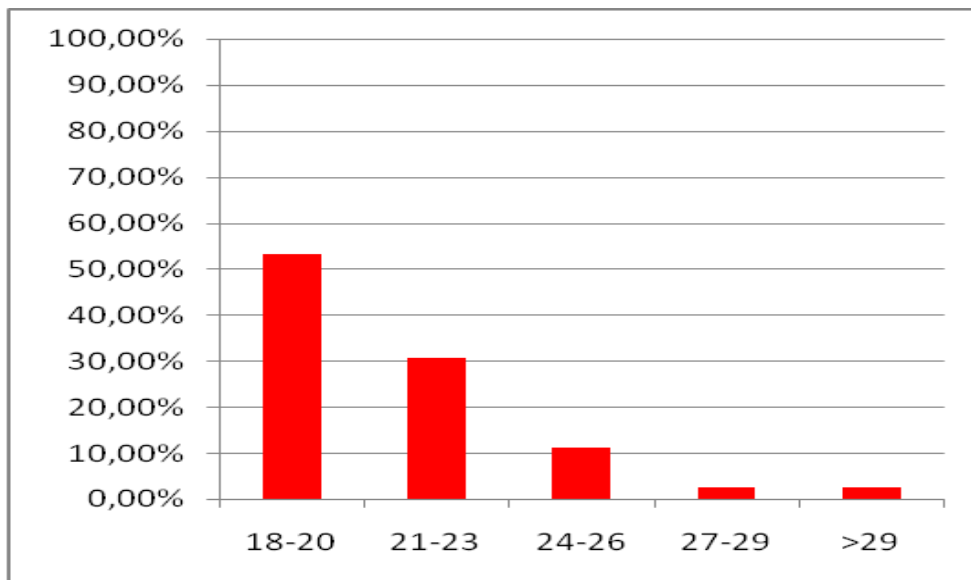
La muestra de jóvenes participantes en esta investigación se obtuvo por un lado en la ciudad de Córdoba (España), concretamente en el contexto universitario, y otra parte de la misma, se obtuvo en diferentes pueblos de la provincia de Córdoba. Para obtener la muestra de jóvenes estudiantes de la Universidad de Córdoba (UCO), se partió de una simulación realizada con el paquete estadístico 'EpiInfo-2000', lo que indicó que, para una población de 15000 jóvenes, una frecuencia esperada del 1% y un margen de error del 0,01, se debería recoger la información de un grupo mínimo de 1000 participantes. El muestreo se hizo estratificado por centros, teniendo en cuenta el número de matrículas del curso anterior. Así, participaron en esta investigación un total de 1411 estudiantes universitarios, 59,3% (837) estudiaban una carrera de las macro áreas de Ciencias Exactas y 40,7% (574) una carrera de las macro áreas de Humanidades, Ciencias Sociales y Jurídicas (Figura 01).

Figura 01: Jóvenes de la UCO distribuidos en función de la macro área de conocimiento de la carrera en curso.



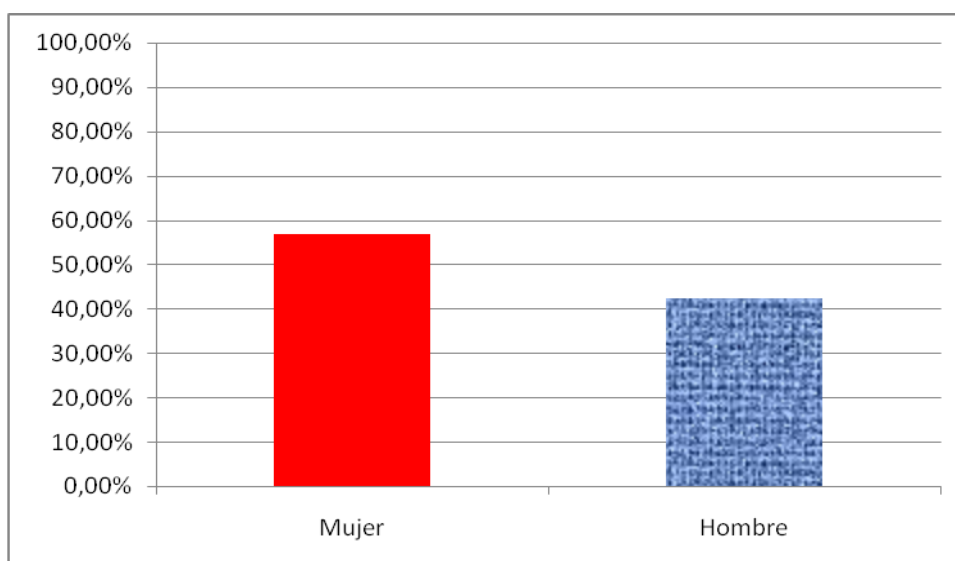
Por edades, la muestra se distribuyó en un 53,2% (751) de estudiantes entre 18 y 20 años, un 30,6% (432) entre 21 y 23 años, 11,1% (157) entre 24 y 26 años, 2,6% (36) entre 27 y 29 años, y 2,5% (35) con edad superior a 29 años (Figura 02).

Figura 02: Jóvenes de la UCO en función de la edad.



De estos universitarios, hay 56,9% (803) mujeres y 43,1% (608) hombres (Figura 03).

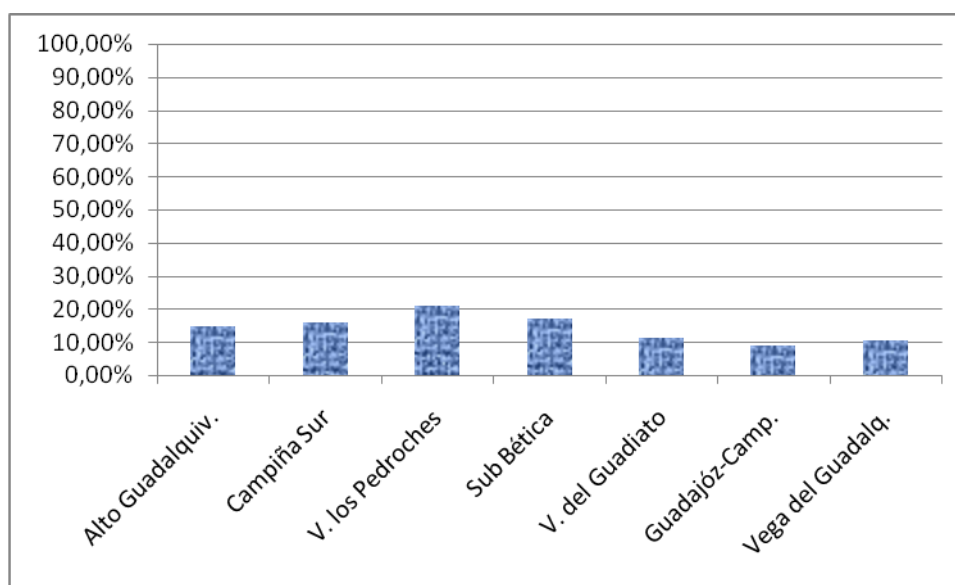
Figura 03: Jóvenes de la UCO en función del sexo.



Dentro de cada uno de los centros, el muestreo se realizó por conglomerados tomando el aula como unidad muestral. Las clases participantes fueron seleccionadas de manera randomizada, con base en la disponibilidad de los profesores y alumnos, pendiente del calendario de programa docente.

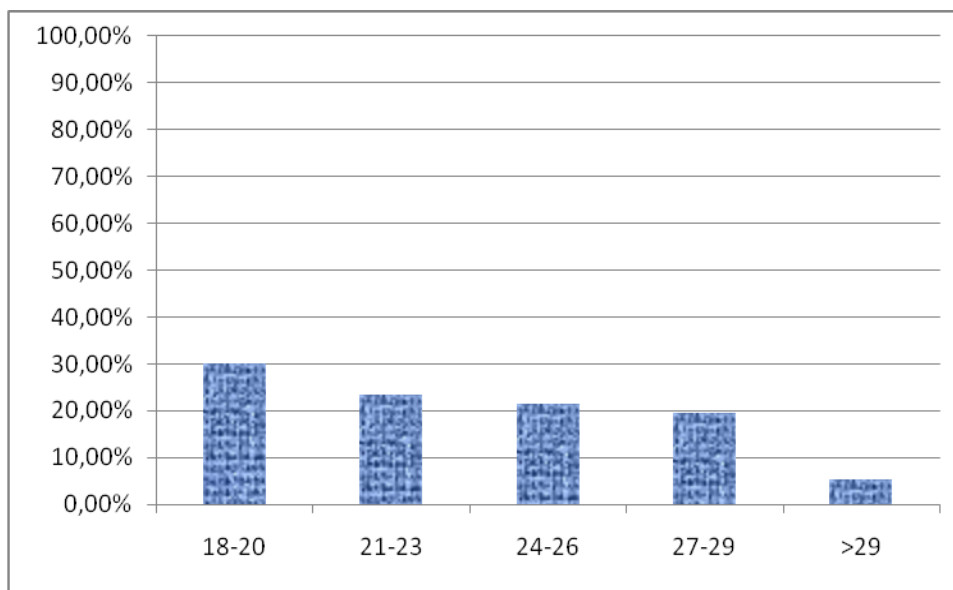
De igual manera, participaron otros 2405 jóvenes, no universitarios, de la provincia de Córdoba. Fueron agrupados por conglomerados distribuidos por mancomunidades: 14,7% Alto Guadalquivir (354); 16,1% Campiña Sur (387); 20,9% Valle de los Pedroches (503); 17,1% Sub-Bética (411); 11,4% Valle del Guadiato (274); 9,1% Guadajóz-Campiña (219) y 10,7% Vega del Guadalquivir (257) (Figura 04).

Figura 04: Jóvenes distribuidos por mancomunidades de la provincia de Córdoba, España.



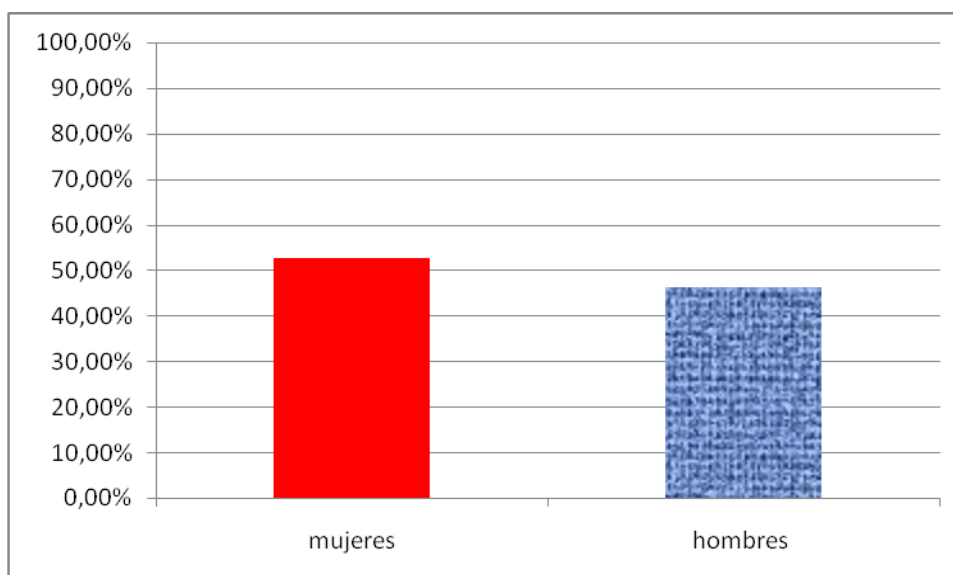
Las características generales de esta muestra en función de la edad son: entre 18 y 29 años; donde el 30,1% (724) tienen entre 18-20; el 23,5% (566) tienen entre 21-23; el 21,5% (518) tienen entre 24-26; el 19,5% (469) tienen entre 27-29; y el 5,3% (128) de la muestra son mayores de 29 años (Figura 05).

Figura 05: Jóvenes de la provincia en función de la edad.



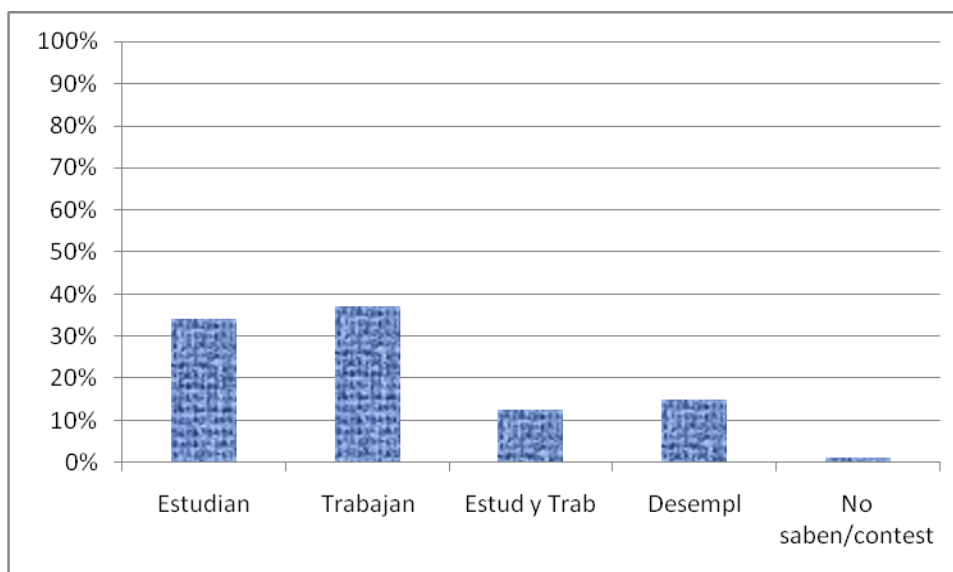
En cuanto a la distribución de esta parte de la muestra por sexo: el 49,8% (1198) corresponden al sexo masculino y el 50,2% (1207) corresponden al femenino, como presentado en la figura 06.

Figura 06: Jóvenes de la provincia en función de la variable sexo.



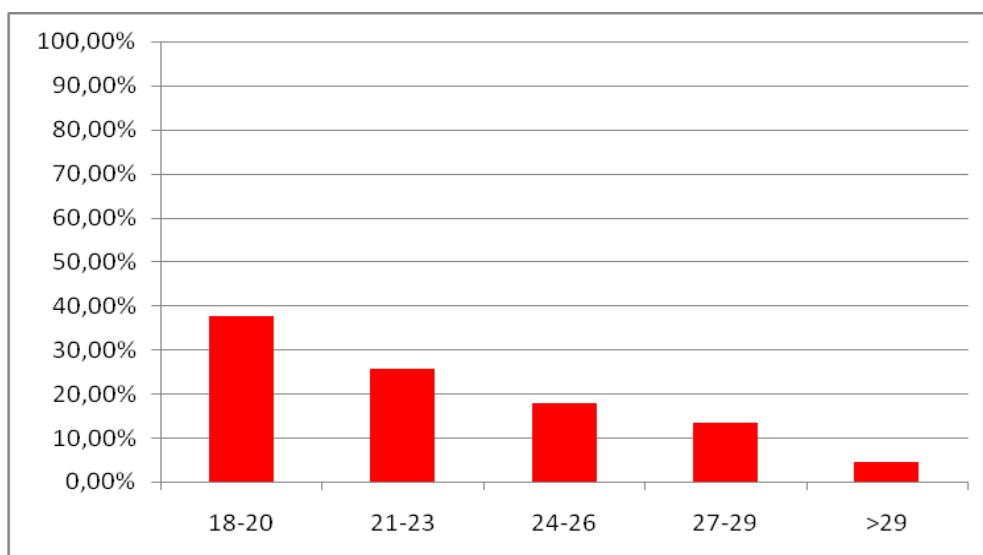
Teniendo en cuenta la actividad que los participantes realizaban en el momento de la encuesta, la muestra se distribuye en el 33,9% (815) que estudian, el 37,2% (895) que trabajan, el 12,5% (301) que estudian y trabajan, el 15,1% (363) que se encuentran desempleados y el 1,3% (31) que no saben o no contestaron a la pregunta (Figura 07).

Figura 07: Jóvenes de la provincia de Córdoba en función de la variable “actividad”.



En función de la edad, los participantes del entorno rural se distribuyen en un 37,8% (909) de 18-20 años; un 25,8% (620) de 21-23 años; un 17,9% (430) de 24-26; un 13,4% (322) de 27-29 y un 4,5% (108) mayores de 29 años, además del 0,7% (16) de valores perdidos (Figura 08).

Figura 08: Jóvenes de la provincia de Córdoba en función de la variable edad.



2.2 INSTRUMENTOS

Fue elaborado un cuestionario *ad-hoc* (Ruiz et al., 2010) basado en la encuesta sobre drogas del Plan Nacional y del Plan Andaluz (Navarro, Alonso y Del Prado, 2005) y el cuestionario utilizado en el trabajo de Arenas, Carmona, Rodríguez y Tatnell (2002). El cuestionario elaborado para este estudio contaba con varios bloques de preguntas: datos socio demográficos (como la edad, sexo, estudios universitarios, creencias religiosas, políticas, lugar de residencia, nivel socioeconómico, etc.); datos sobre los patrones de consumo de las sustancias como tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, alucinógenos y tranquilizante (con las siguientes opciones de respuesta para cada una de ellas: “No nunca”, “Sólo lo he probado una vez”, “Esporádicamente”, “Sólo los fines de semana”, “Los fines de semana y algunos días entre semana”, y “Todos los días de la semana”), sobre comportamientos adictivos y sobre el PCTA.

Concretamente para valorar el PCTA, se utilizó el Inventario de Actividad de Jenkins, Forma H (JASE-H), conforme Krantz, Glass y Zinder (1974), validada la versión española frente al Inventario de Actividad de Jenkins Forma T (Krantz et al., 1974), con un coeficiente alpha de Cronbach entre 0,75 y 0,88. El JASE-H presenta 32 ítems en la forma de frases, a las cuales el participante debe señalar el grado de aplicabilidad y descripción que sobre sí mismo aporta cada una. Las opciones de respuesta están formadas por una escala tipo Likert de 6 puntos, cuyo límite inferior (1 - “No en absoluto”) y el superior (6 - “Total acuerdo”) deben aplicarse a la situación reflejada en cada uno de los ítems. El JASE-H está diseñado para medir el Patrón de Conducta Tipo A según cuatro factores: la competitividad, la sobrecarga laboral, la impaciencia y la hostilidad. Para cada una son elaboradas escalas específicas por la suma de la puntuación de algunos de los ítems. También se aplica una puntuación total con respecto al PCTA, realizando la suma de todos los ítems, incluso los que no pertenecen a ninguna escala específica.

Para valorar los diferentes comportamientos susceptibles de presentar adicción se utilizaron: para las Compras, el *Test de Adicción a las Compras* de Echeburúa (2003), formado por cinco ítems, con dos alternativas de respuesta “sí” o “no”, considerando que la persona tiene un problema de adicción a las compras si responde afirmativamente a dos o más ítems; para valorar el comportamiento relacionado con el Juego patológico, se utilizó

el *Cuestionario Breve de Juego Patológico* (CBJP) (alfa de Cronbach = 0,94) de Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez (1997), formado por 4 ítems, con dos alternativas de respuesta “sí” o “no”, considerando que la persona tiene un problema con el juego si responde afirmativamente a dos o más ítems; para valorar la posible adicción al uso de Internet se utilizó el *Test de Adicción a Internet* (Echeburúa, 2003), formado por 9 ítems, con dos alternativas de respuesta “sí” o “no”, y con una escala de puntuación dependiendo del número de respuestas afirmativas (Echeburúa, 2003): (0 a 3 respuestas afirmativas se consideró que la persona no tiene problemas con el uso de Internet, con 4 a 6 respuestas afirmativas se consideró que la persona está en riesgo de tener una dependencia y con 7 a 9 respuestas afirmativas se consideró probable que la persona presente un problema de adicción a Internet); para valorar el uso del teléfono móvil, se incluyeron una serie de ítems que hacen referencia al tiempo en horas que los participantes pasan hablando o al número de mensajes que mandan al día (Bianchi y Phillips, 2005), con alfa de Cronbach.

2.3 PROCEDIMIENTO

La recogida de datos se realizó en la Universidad de Córdoba (UCO, España) y en los pueblos de la provincia de Córdoba (España). Para ambas poblaciones, se contó con la aprobación científica del comité de ética de cada una de las instituciones (Universidad de Córdoba y Delegación Provincial para la Igualdad y Bienestar Social de Córdoba). El tratamiento de los datos fue estadístico y de forma completamente anónima. Cada participante firmó el consentimiento correspondiente para participar en la investigación.

La muestra de alumnos de la UCO se realizó durante el horario lectivo de clase. El profesorado, previamente informado, así como los encuestadores, fueron entrenados para poder dar las instrucciones correctamente a los participantes investigados. Se les facilitó el material y en el apartado de instrucciones se comentó que era una encuesta sobre el consumo de diversas sustancias y algunos comportamientos en población joven, cuyo objetivo era la realización de una serie de actuaciones de prevención y tratamiento ante los problemas que pueden derivarse de estas conductas.

La recogida de datos correspondientes a los jóvenes de la provincia de Córdoba se realizó en el tiempo máximo de un mes. Los coordinadores del ‘Programa Ciudades Ante las Drogas’ de cada localidad de la provincia de Córdoba pasaron las encuestas a la población joven de su pueblo o mancomunidad en clases de ciclos formativos, lugares de trabajo, gimnasios, centros sociales o al azar.

2.4 DISEÑO

El estudio se ha realizado mediante un diseño *expost-facto* prospectivo con dos grupos, equivalentes en edad (Montero y León, 2007). La población objeto fue el grupo de alumnos matriculados en la Universidad de Córdoba (UCO) y de jóvenes de la provincia de Córdoba (España). El objetivo principal fue evaluar si existe una relación entre los PCTA y los PCTB con el consumo de diferentes sustancias (alcohol, cannabis, cocaína, alucinógenos y tranquilizantes) y con los comportamientos adictivos (juego, compras, Internet y móvil).

Se ha buscado comprobar si las variables de la personalidad, es decir, si algunas de las características personales constantes en el comportamiento de los jóvenes pueden o no ser asociadas a adicción a sustancias o comportamientos adictivos. Como ya se ha comentado al principio de este capítulo, se buscó comprobar si los jóvenes con un Patrón de Conducta Tipo A (PCTA) presentan más conductas adictivas (a sustancias o comportamentales) que los jóvenes con un patrón de conducta Tipo B (PCTB).

2.5 ANÁLISIS DE DATOS

A partir de los cuestionarios recogidos se elaboró una base de datos con el paquete estadístico SPSS versión 18.0. En primer lugar, se extrajo de la muestra general aquellos participantes a los que les caracterizaba el PCTA (85%) y PCTB (15%) teniendo en cuenta los criterios de corrección y de clasificación del autor del instrumento JASE-H. Así, quedaron excluidos de la muestra los participantes con puntuaciones normales (entre 84% y 16%). De esta forma, la muestra de participantes quedó reducida a 247 participantes PCTA y 554 PCTB (911 valores perdidos). Con esta muestra, se han realizado análisis descriptivos, concretamente tablas de contingencias entre las variables PCTA/PCTB y variables socio demográficas como la edad, el sexo, actividad realizada, entre otras.

Además, se han realizado Análisis de Varianza (ANOVA) para evaluar la relación entre la variable PCTA/PCTB y el consumo de sustancias, como el tabaco, alcohol, tranquilizantes, cannabis y cocaína, y las conductas susceptibles de presentar adicción, como compras, juego, móvil e Internet.

A continuación, se ha realizado un análisis de Regresión Logística en el que se consideró como variable dependiente pertenecer al grupo PCTA/PCTB y, como variables independientes, por un lado, el consumo de sustancias como tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, alucinógenos y tranquilizantes y por otro lado las diferentes puntuaciones obtenidas en los test de juego, compras, Internet y móvil.

Con todo esto, se consideró que eran muchos participantes los que se perdían al considerar la corrección tradicional del instrumento. Por esta razón, se vio conveniente realizar un Análisis de Clúster. Previo al establecimiento de Clúster, se realizó una correlación de Pearson para conocer el grado de relación entre las diferentes dimensiones que contempla el instrumento JASE-H (impaciencia, hostilidad, competitividad y sobrecarga laboral). Se comprobó que todas estas dimensiones se encontraban relacionadas significativamente entre ellas (Tabla 01).

Con el fin de determinar el número correcto de conglomerados o Clúster que representa la estructura interna de la combinación de estas dimensiones, se realizó un

análisis de conglomerados jerárquico. Para evitar las largas cadenas de observaciones y minimizar las diferencias dentro de cada conglomerado se utilizó el método Ward. A partir de los resultados del dendrograma y del historial de conglomeración del análisis de conglomerados jerárquico, se obtuvo que las soluciones 4 y 5 Clúster eran adecuadas.

Tabla 01. Correlaciones de Pearson entre las variables impaciencia, hostilidad, competitividad y sobre carga laboral.

	Impaciencia	Competitividad	Sobrecarga	Hostilidad
Impaciencia	1			
Competitividad	0,453*	1		
Sobrecarga	0,490*	0,460*	1	
Hostilidad	0,554*	0,436*	0,403*	1

* $p < 0,01$

Posteriormente, en el análisis de K medias, se propuso la determinación de 4 conglomerados para ofrecer una clasificación de los jóvenes en función de características de la Personalidad Tipo A, como la sobrecarga laboral, la hostilidad, la impaciencia y la competitividad. Así, los jóvenes del primer grupo obtuvieron puntuaciones bajas en todos los factores (Grupo 1: *patrón de conducta tipo B*). Los jóvenes del segundo grupo se caracterizaban por presentar puntuaciones por debajo de la media en los factores de impaciencia, competitividad y sobre carga, y por encima de la media en hostilidad (Grupo 2: *grupo normal-hostilidad*). Los jóvenes del tercer grupo se caracterizaban por puntuaciones altas en el factor de competitividad y por encima de la media en el factor sobrecarga laboral, y puntuaciones por debajo de la media en los factores de impaciencia y hostilidad (Grupo 3: *competitividad-sobrecarga laboral*). Por último, los jóvenes del cuarto grupo se caracterizaban por puntuaciones por debajo de la media en sobrecarga laboral y por encima de la media en impaciencia, y puntuaciones altas en competitividad y hostilidad (Grupo 4: *competitividad-hostilidad*).

En la Tabla 2 se pueden observar los centros de los conglomerados finales en cada

dimensión para todos los grupos y el número de casos categorizados en cada grupo.

Tabla 2: Conglomerados finales y N por grupos.

	Impaciencia	Competitividad	Hostilidad	Sobrecarga
Grupo 1 N=1088	7,88	12,43	9	10,62
Grupo 2 N=1148	15,25	18,68	21	21,85
Grupo 3 N=969	14,93	32,04	15	23,80
Grupo 4 N=614	16,97	32,19	26	17,79

A continuación, con esta nueva estructura de grupos, se realizaron Análisis de Varianza para evaluar la relación entre estas dimensiones de la personalidad, el consumo de sustancias y posibles adicciones conductuales. Asimismo, para analizar las diferencias de medias entre los grupos, se utilizó la prueba post hoc de Games-Howell.

3. RESULTADOS

Los resultados presentados en esta tesis doctoral han dado lugar a un artículo con índice de impacto (JCR) y a dos comunicaciones en congresos internacionales.

Steibel, G. B., Ruiz-Olivares, R., Herruzo-Cabrera, J. (2016). Patrón de conducta Tipo A y B, y su relación con las adicciones conductuales. *Acción Psicológica*. 13: 1, 119-128.

- Indicios de calidad: IN-RECS: 0,362 (posición 21 de 67 en 2011), Q2, categoría: Psicología. Según los criterios para revistas electrónicas por LATINDEX cumple 33 de 36 criterios. **La revista *Acción Psicológica* ha sido indexada en el *Emerging Source Citation Index (ESCI)* de *Thomson Reuters* en 2016.**
- Bases de datos incluida: Emerging Source Citation Index (ESCI - Thomson Reuters), Academic Search Complete y Academic Search Premier (EBSCO), ProQuest Psychology Journals, DOAJ, FirstSearch (OCLC), PubPsych (ZPID), SciELO, Open J-Gate, Dialnet, e-Revistas, Redalyc, COMPLUDOC, ISOC (CSIC-CINDOC), PSICODOC, PSYKE. CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, MIAR, RESH, ARIADNA (BNE), REBIUN, CCPP (MECyD), WORLDCAT (USA). E-spacio, E-ciencia, Recolecta.

Steibel, G. B., Herruzo J., Ruiz-Olivares, R. (2015). Comportamentos adictivos com substancias e sem substancias em jovens da Universidade de Córdoba, Espanha. V Congresso Internacional sobre Drogas e II Seminário de Pesquisa e Extensão sobre Álcool e Drogas: “Drogas e Direitos Humanos. São João del Rey, Brasil.

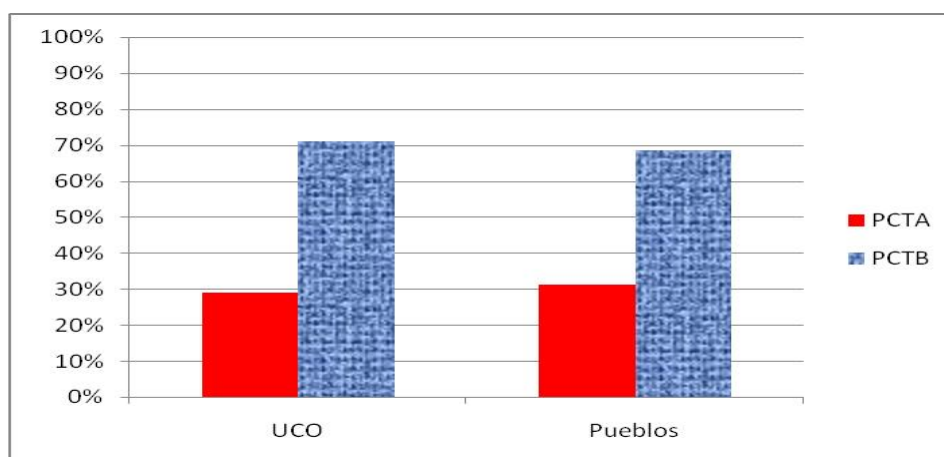
Lucena, V., Ruiz-Olivares, R., Pino, M. J., Raya, A. F., Sánchez-Guarnido, A. J., Herruzo-Cabrera, Steibel, G. B. (2013). Internet addiction between university students and non-university youths and its relation with Type A Behavior Pattern: a comparative study. International Congress of Educational Sciences and Development. Granada, España.

A partir de aquí, los resultados son presentados siguiendo el orden de los objetivos específicos y las hipótesis planteadas en esta tesis doctoral, abordándose inicialmente los aspectos relativos a la muestra de jóvenes a los cuales les caracteriza el PCTA y PCTB y su relación con las conductas adictivas. A continuación, serán abordados los resultados relativos a los nuevos grupos de jóvenes formados teniendo en cuenta las características del PCTA como la hostilidad, la competitividad, la impaciencia y la sobre carga laboral.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Describir las características socio demográficas de los participantes PCTA y PCTB

Teniendo en cuenta la muestra obtenida de jóvenes con PCTA (247) y PCTB (554), se puede decir concretamente que de los jóvenes del entorno rural (n=601; el 75,1% de la muestra) el 31,4% (n=189) son PCTA y el 68,6% (n=412) son PCTB. En el caso de los jóvenes de la UCO (n=200; el 24,9% de la muestra), el 29,0% (n=58) son PCTA y el 71,0% (n=142) son PCTB (Figura 11).

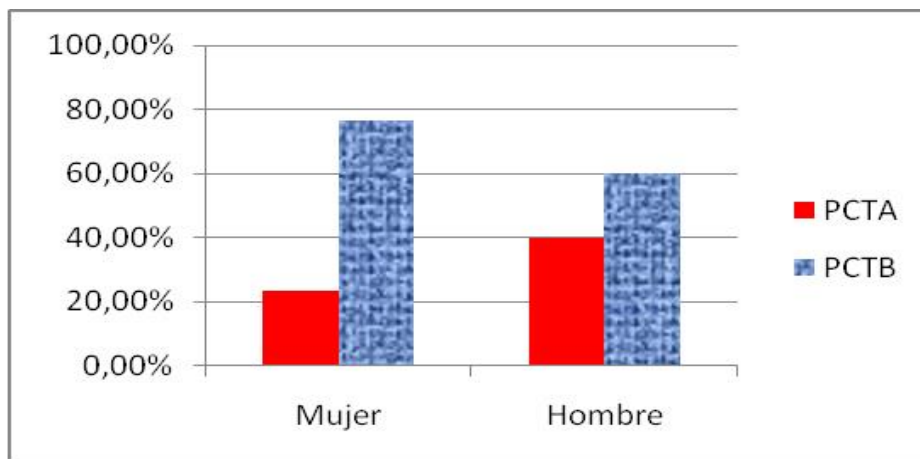
Figura 11: Jóvenes participantes de la UCO y del entorno rural en función de la variable PCTA y con PCTB



Teniendo en cuenta la muestra obtenida de jóvenes con PCTA (247) y PCTB (554), se puede decir que entre las mujeres (n=449; el 56,1% de la muestra) el 23,4% (n=105) son

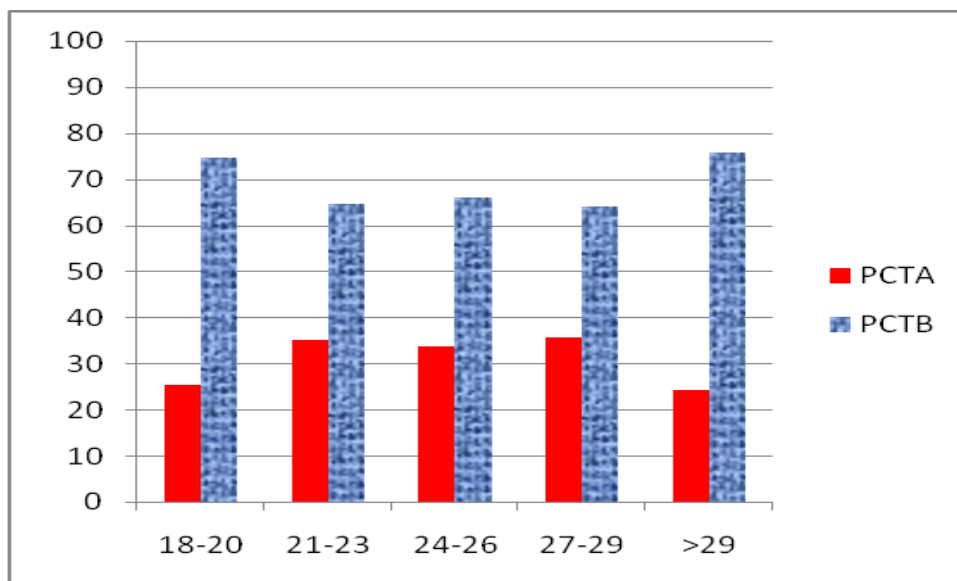
PCTA y el 76,6% (n=344) son PCTB. En el caso de los jóvenes hombres (n=352; el 43,9% de la muestra) el 39,9% (n=140) son PCTA y el 60,1% (n=212) son PCTB (Figura 12).

Figura 12: Jóvenes con PCTA y PCTB en función de la variable sexo.



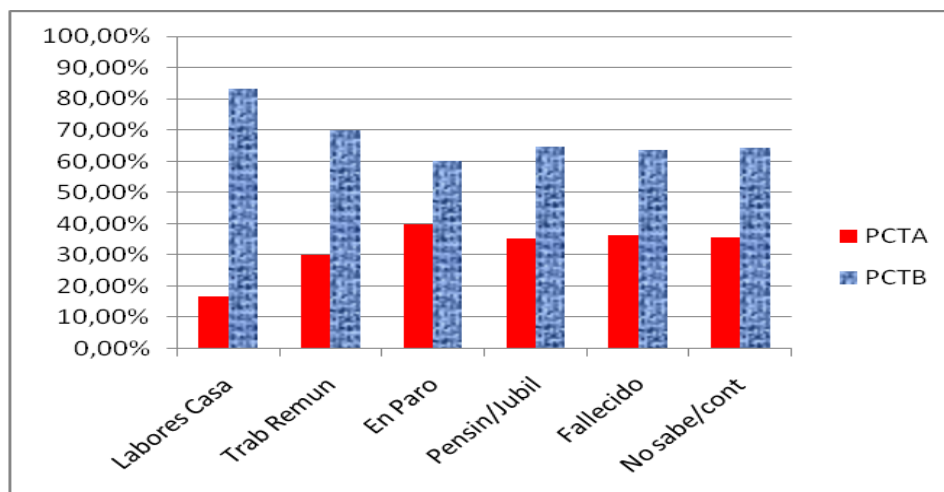
En cuanto a la variable edad, teniendo en cuenta la muestra obtenida de jóvenes con PCTA (247) y PCTB (554), se puede decir que: en la franja de 18-20 años de edad (n=296; el 36,9% de la muestra), son PCTA el 25,3% (n=75) y son PCTB el 74,7% (n=221); en la franja de edad de 21-23 años (n=204; el 25,5% de la muestra), son PCTA el 35,2% (n=72) y son PCTB el 64,8% (n=132); en la franja de edad de 24-26 años (n=148; el 18,5% de la muestra), son PCTA el 33,8% (n=50) y son PCTB el 66,2% (n=98); entre la franja de edad de 27-29 años (n=120; el 15,0% de la muestra), son PCTA el 35,8% (n=43) y son PCTB el 64,2% (n=77); y mayores que 29 años (n=33; el 4,1% de la muestra), son PCTA el 24,2% (n=8) y son PCTB el 75,8% (n=25) (Figura 13).

Figura 13: Jóvenes con PCTA y con PCTB en función de la variable edad.



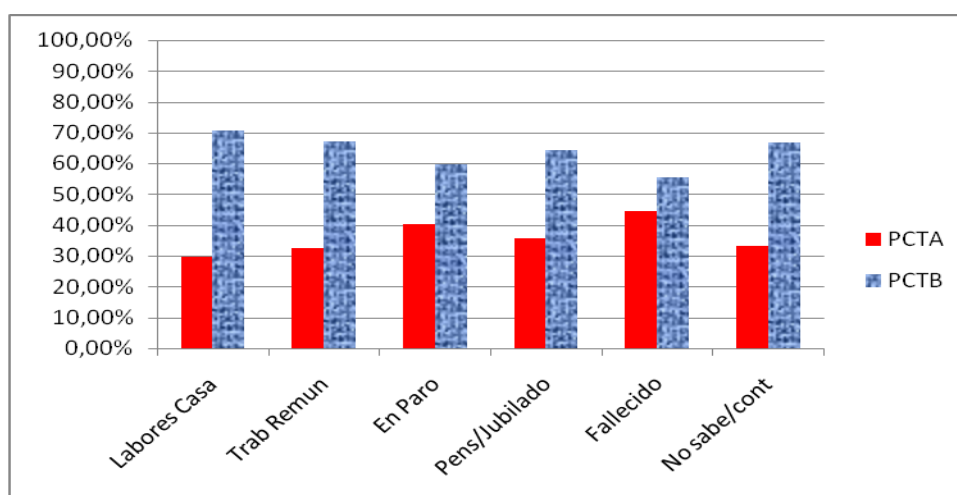
En cuanto a la situación laboral del padre, teniendo en cuenta la muestra obtenida de jóvenes con PCTA y PCTB, se ha encontrado que entre aquellos que tienen padre con: labores en casa, el 16,7% (n=1) son PCTA y el 83,3% (n=5) son PCTB; trabajo remunerado, el 30,1% (n=129) son PCTA y el 69,9% (n=300) son PCTB; en paro, el 39,7% (n=27) son PCTA y el 60,3% (n=41) son PCTB; pensionista/jubilado, el 35,2% (n=31) son PCTA y el 64,8% (n=57) son PCTB; fallecido, el 36,4% (n=20) son PCTA y 63,6% (n=35) son PCTB; y no sabe o no contesta, el 35,7% (n=5) son PCTA y el 64,3% (n=9) son PCTB (Figura 14).

Figura 14: Jóvenes con PCTA y con PCTB en función de la variable situación laboral de los padres.



En cuanto la situación laboral de la madre: que tienen labores en casa, el 29,2% (n=95) son PCTA y el 70,8% (n=230) son PCTB; que tienen trabajo remunerado el 32,7% (n= 72) son PCTA y el 67,3% (n=148) son PCTB; en paro, el 40,4% (n=19) son PCTA y el 59,6% (n=28) son PCTB; pensionista/jubilada, el 35,6% (n=16) son PCTA y el 64,4% (n=29) son PCTB; fallecida, el 44,4% (n=8) son PCTA y el 55,6% (n=10) son PCTB; y no sabe o no contesta, los 33,3% (n=2) son PCTA y los 66,7% (n=4) son PCTB (Figura 15).

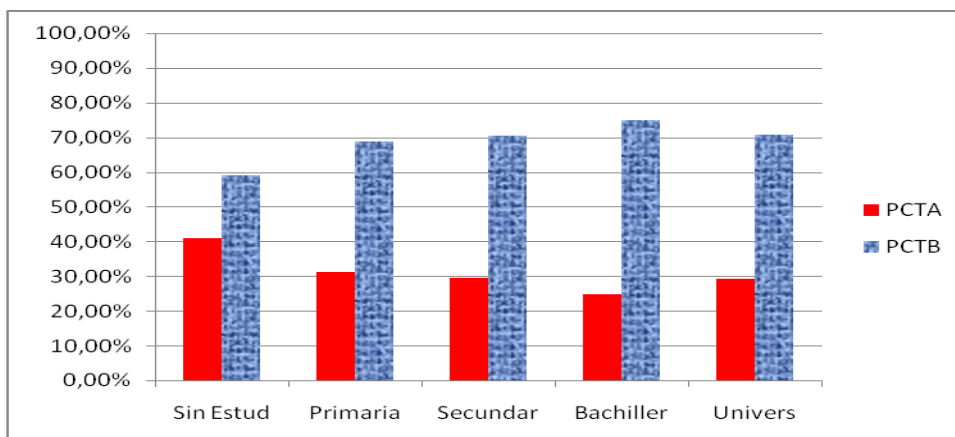
Figura 15: Jóvenes con PCTA y con PCTB en función de la situación laboral de la madre.



Teniendo en cuenta la variable de los estudios de los padres: sin estudio, el 40,9% (n=47) son PCTA y el 59,1% (n=68) son PCTB; primario, el 31,2% (n=100) son PCTA y el 68,8% (n=221) son PCTB; secundario, el 29,5% (n=49) son PCTA y el 70,5% (n=117)

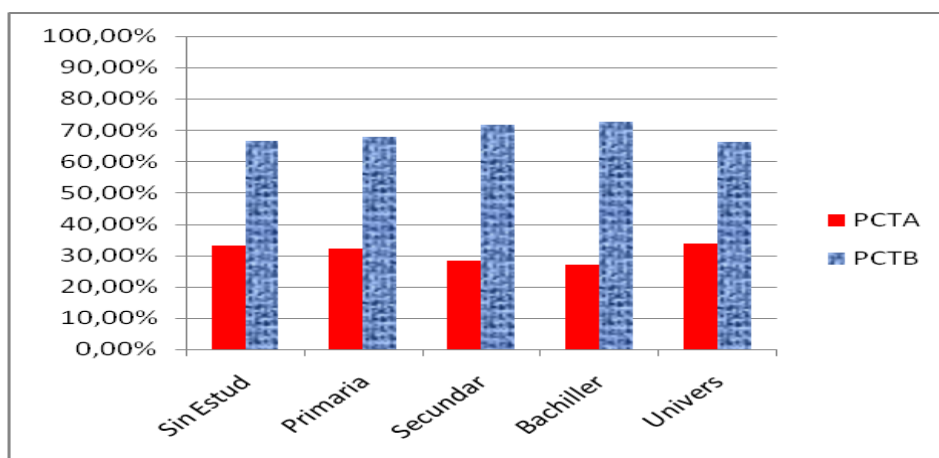
son PCTB; Bachillerato, el 25,0% (n=23) son PCTA y el 75,0% (n=69) son PCTB; estudios universitarios, el 29,2% (n=26) son PCTA y el 70,8% (n=63) son PCTB (Figura 16).

Figura 16: Jóvenes con PCTA y con PCTB en función de los estudios completados del padre.



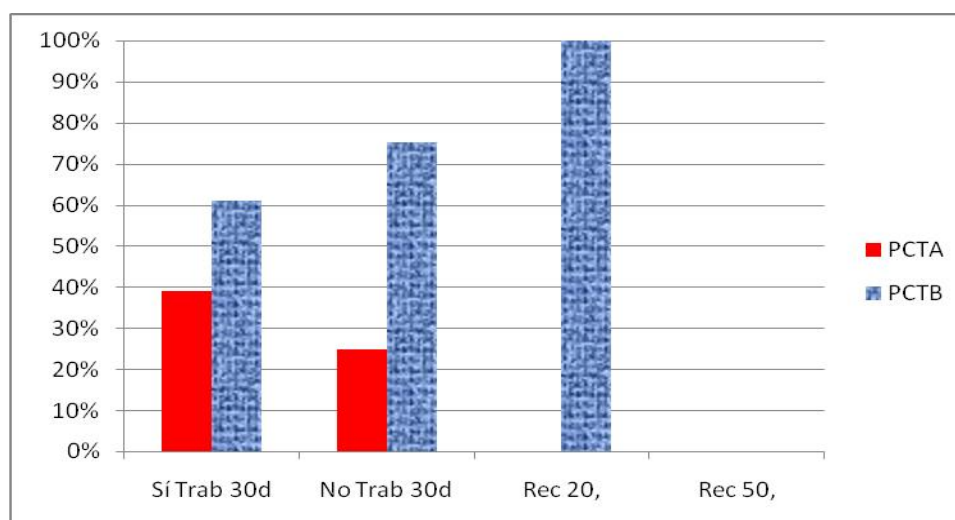
Teniendo en cuenta los estudios de las madres: sin estudio 33,3%(n=37) PCTA y 66,7% (n=74) PCTB; primario 32,1% (n=108) PCTA y 67,9% (n=228) PCTB; secundario 28,2% (n=42) PCTA y 71,8% (n=107) PCTB; Bachillerato 27,0% (n=25) PCTA y 72,8% (n=67) PCTB; estudios universitarios 33,7% (n=34) PCTA y 66,3% (n=67) PCTB (Figura 17).

Figura 17: Jóvenes con PCTA y con PCTB en relación a los estudios completados de la madre.



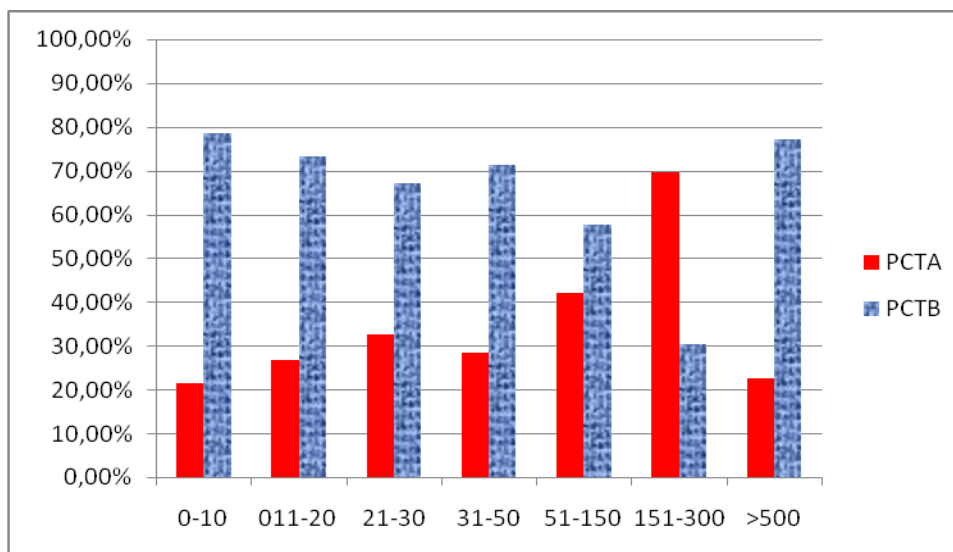
Cuanto a la variable trabajo remunerado en los últimos 30 días: sí trabajan, el 39,0% (n=130) son PCTA y el 61,0% (n=203) son PCTB; no trabajan, el 24,8% (n=83) son PCTA y el 75,2% (n=252) son PCTB; que reciben veinte, el 0% (n=0) son PCTA y el 100% (n=1) son PCTB; que reciben cincuenta, el 0% (n=0) son PCTA y el 100% (n=1) son PCTB (Figura 18).

Figura 18: Jóvenes con PCTA y PCTB en relación al trabajo remunerado realizado en los últimos 30 días.



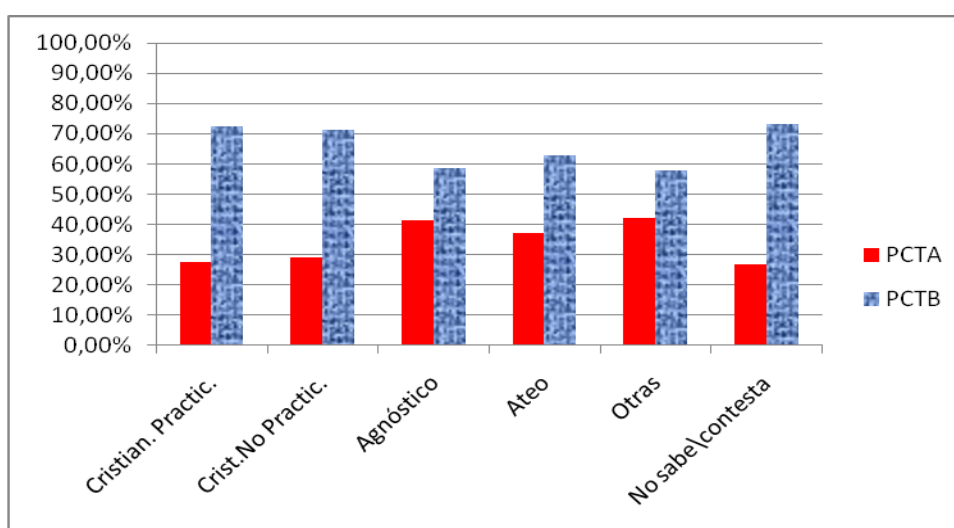
Teniendo en cuenta la variable cantidad de dinero en la semana: de 0-10, el 21,5% (n=35) son PCTA y el 78,5% (n=128) son PCTB; de 11-20, el 26,7% (n=44) son PCTA y el 73,3% (n=121) son PCTB; de 21-30, el 32,7% (n=33) son PCTA y el 67,3% (n=68) son PCTB; de 31-50, el 28,5% (n=53) son PCTA y el 71,5% (n=133) son PCTB; de 51-150, el 42,2% (n=57) son PCTA y el 57,8% (N=78) son PCTB; 151-300, el 69,6% (n=16) son PCTA y el 30,4% (n=7) son PCTB; de 301-500, el 66,7% (n=4) son PCTA y el 33,3% (n=2) son PCTB; más que 500, el 22,7% (n=5) son PCTA y el 77,3% (n=17) son PCTB (Figura 19).

Figura 19: Jóvenes con PCTA y con PCTB en relación a la cantidad de dinero disponible en euros por semana.



Referente a la variable creencias religiosas: cristianismo practicante, el 27,6% (n=40) son PCTA y el 72,4% (n=105) son PCTB; cristianismo no practicante, el 28,9% (n=113) son PCTA y el 71,1% (n=278) son PCTB; agnóstico, el 41,5% (n=27) son PCTA y el 58,5% (n=38) son PCTB; ateo, el 37% (n=37) son PCTA y el 63% (n=63) son PCTB; otras, el 42,1% (n=8) son PCTA y el 57,9% (n=11) son PCTB; y no sabe o no contesta, el 26,9% (n=21) son PCTA y el 73,1% (n=57) son PCTB (Figura 20).

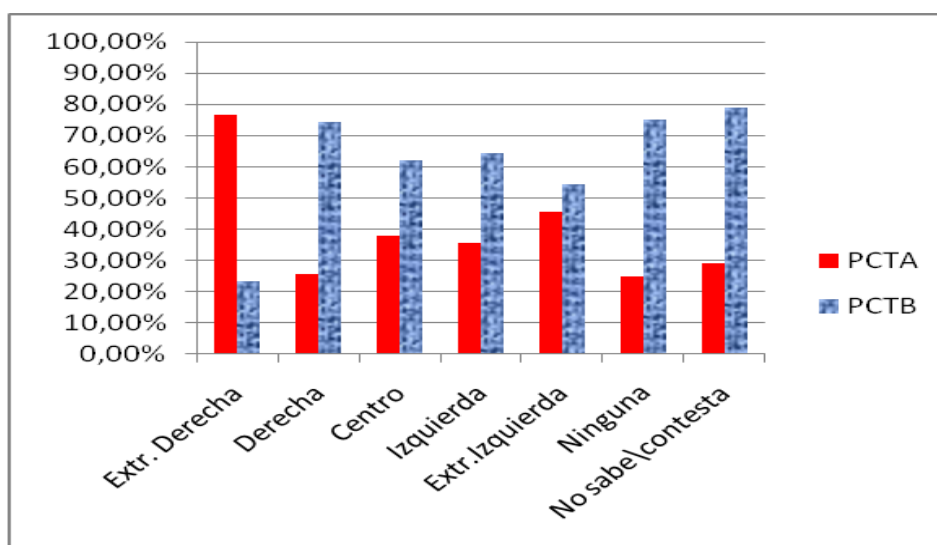
Figura 20: Jóvenes con PCTA y con PCTB en relación a la variable creencias religiosas.



Referente a la variable opción política: de extrema derecha, el 76,5% (n=13) son PCTA y el 23,5% (n=4) son PCTB; derecha, el 25,6% (n=23) son PCTA y el 74,4%

(n=67) son PCTB; centro, el 38% (n=30) son PCTA y el 62% (n=49) son PCTB; izquierda, el 35,8% (n=67) son PCTA y el 64,2% (n=120) son PCTB; extrema izquierda, el 45,5% (n=5) son PCTA y el 54,5% (n=6) son PCTB; no se sitúa en ninguna, el 25% (n=69) son PCTA y el 75% (n=207) son PCTB; y no sabe o no contesta, el 29,2% (n=40) son PCTA y el 70,8% (n=97) son PCTB (Figura 21).

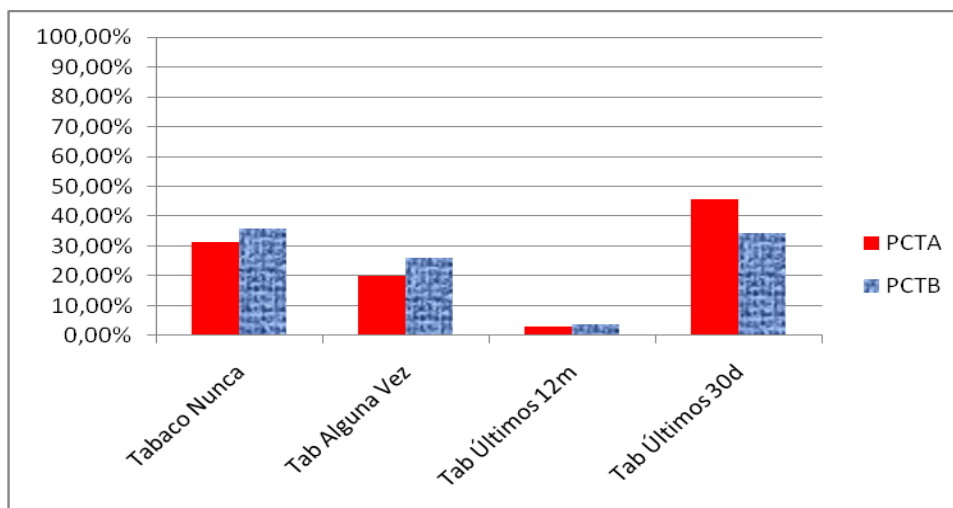
Figura 21: Jóvenes con PCTA y con PCTB en relación a la variable opción política.



OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Describir el patrón de consumo de personas jóvenes con PCTA y PCTB

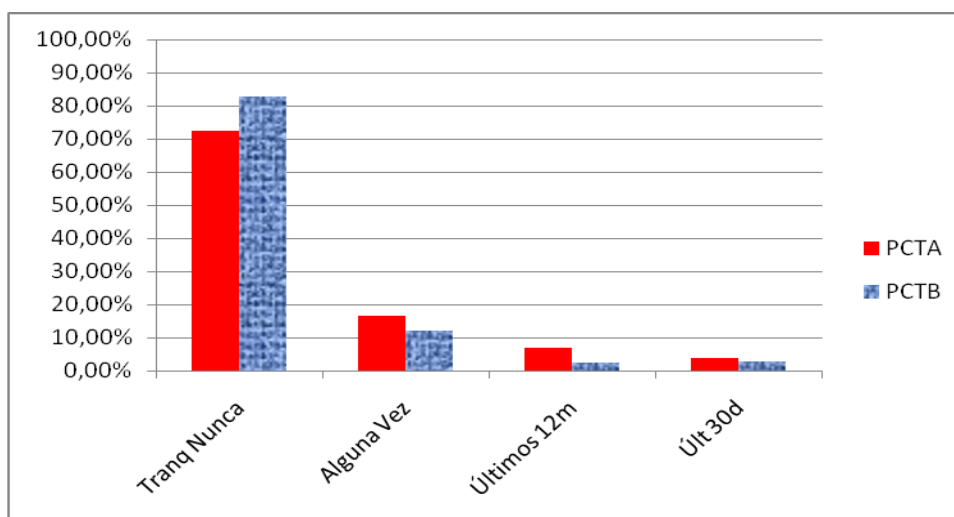
De los jóvenes PCTA (n=245) del grupo muestral, el 31% (76) nunca consumieron tabaco; el 20% (49) consumieron alguna vez; el 3% (7) consumieron en los últimos 12 meses y el 46% (113) consumieron en los últimos 30 días. De los jóvenes PCTB (n=548), el 36% (197) nunca consumieron tabaco; el 26% (142) consumieron alguna vez; el 4% (22) consumieron en los últimos 12 meses y el 34% (186) consumieron tabaco en los últimos 30 días (Figura 22).

Figura 22: Jóvenes con PCTA y con PCTB en función del consumo de tabaco.



De los jóvenes PCTA ($n=240$) del grupo muestral, el 72,5% (174) nunca consumieron tranquilizantes; el 16,7% (40) consumieron alguna vez; el 7,1% (17) consumieron en los últimos 12 meses y el 3,7% (9) en los últimos 30 días. De los jóvenes PCTB ($n=542$) el 82,0% (445) nunca consumieron tranquilizantes; el 12,8% (69) consumieron alguna vez; el 2,4% (13) consumieron en los últimos 12 meses; y el 2,8% (15) en los últimos 30 días (Figura 23).

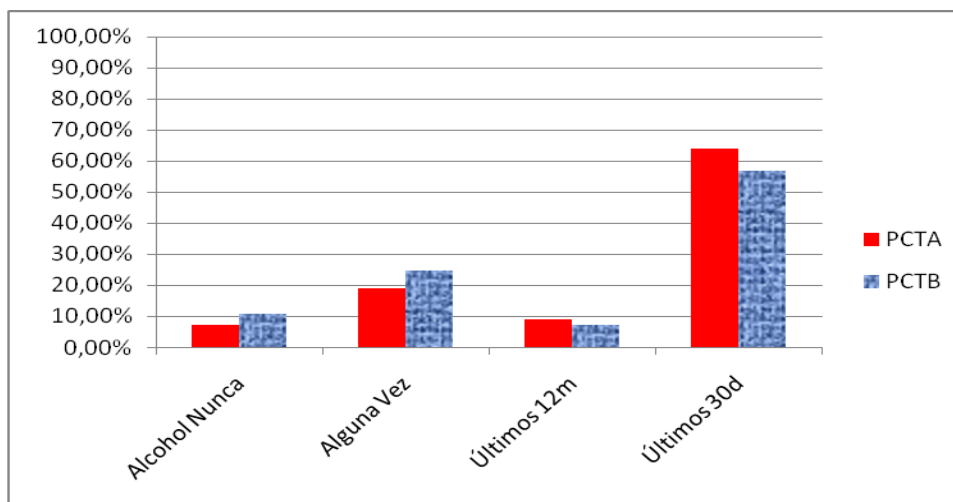
Figura 23: Jóvenes con PCTA y con PCTB en función del consumo de tranquilizantes.



De los jóvenes PCTA ($n=242$), el 7% (17) nunca consumieron alcohol; el 20% (48) consumieron alguna vez; el 9% (22) consumieron en los últimos 12 meses y el 64% (155) consumieron en los últimos 30 días. De los jóvenes PCTB ($n=544$) el 11% (60) nunca

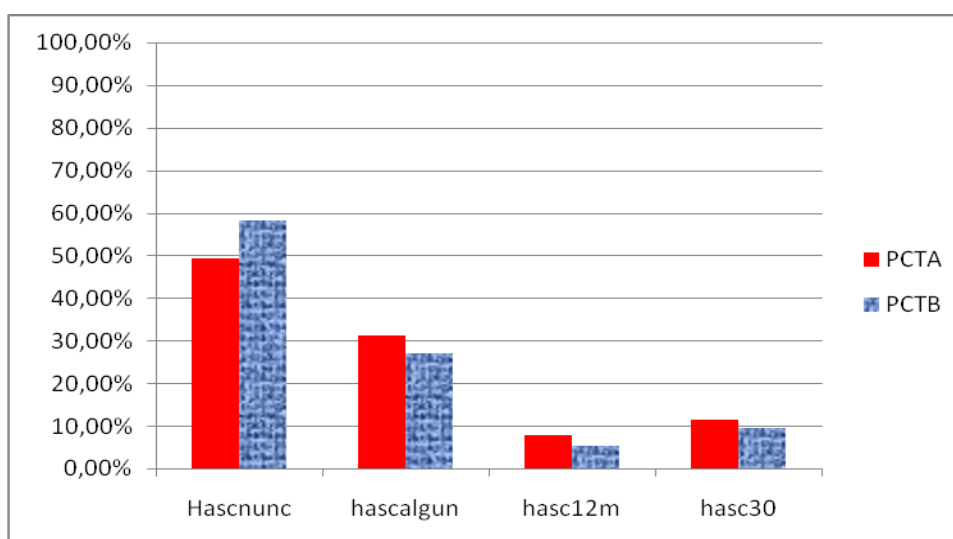
consumieron alcohol; el 25% (136) consumieron alguna vez; el 7% (38) consumieron en los últimos 12 meses; y el 57% (310) en los últimos 30 días (Figura 24).

Figura 24: Jóvenes con PCTA y con PCTB en función del consumo de alcohol.



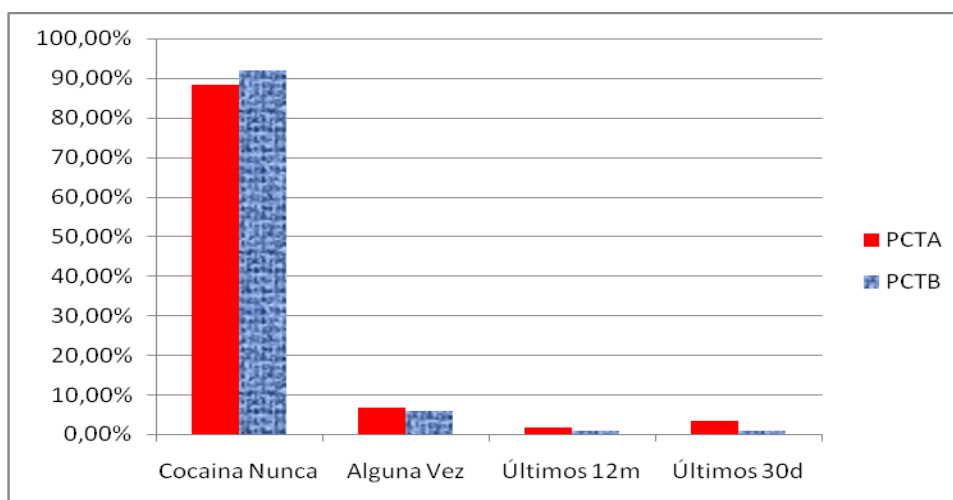
De los jóvenes PCTA (n=245), el 49% (120) nunca consumieron cannabis, el 32% (78) consumieron alguna vez, el 8% (20) consumieron en los últimos 12 meses y el 11% (27) consumieron en los últimos 30 días. De los jóvenes PCTB (n=538), el 11% (59) nunca consumieron cannabis, el 25% (134) consumieron alguna vez, el 7% (38) consumieron en los últimos 12 meses y el 57% (307) consumieron en los últimos 30 días (Figura 25).

Figura 25: Jóvenes con PCTA y con PCTB en función del consumo de cannabis.



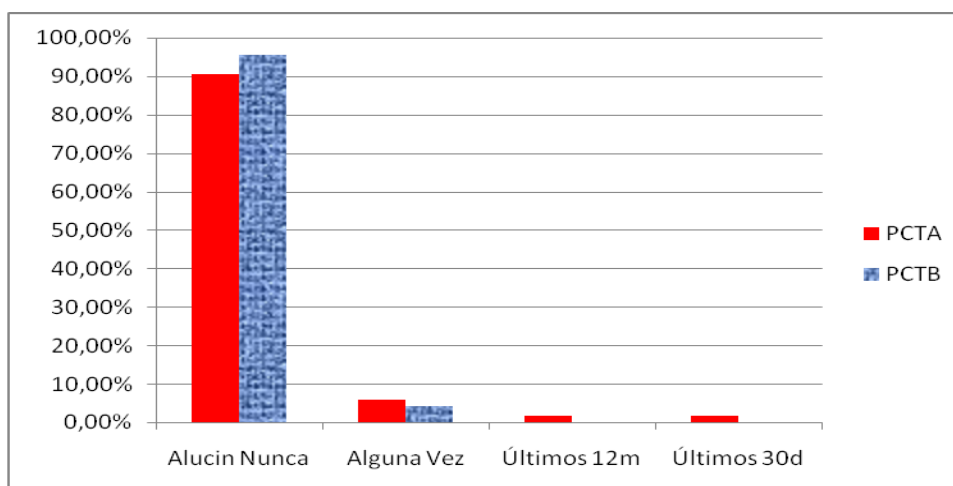
De los jóvenes PCTA (n=240), el 88% (211) nunca consumieron cocaína, el 7% (17) consumieron alguna vez, el 2% (5) consumieron en los últimos 12 meses, y el 3% (7) en los últimos 30 días. De los jóvenes PCTB (n=531), el 92% (489) nunca consumieron cocaína, el 6% (32) consumieron alguna vez, el 1% (5) consumieron en los últimos 12 meses y el 1% (5) consumieron en los últimos 30 días (Figura 26).

Figura 26: Jóvenes con PCTA y con PCTB en función del consumo de cocaína.



De los jóvenes PCTA (n=237), el 90% (213) nunca consumieron alucinógenos, el 6% (14) consumieron alguna vez, el 2% (5) consumieron en los últimos 12 meses y el 2% (5) consumieron en los últimos 30 días. De los jóvenes PCTB (525), el 96% (504) nunca consumieron alucinógenos, el 4% (21) consumieron alguna vez, el 0% (0) consumieron en los últimos 12 meses y 0% (0) en los últimos 30 días (Figura 27).

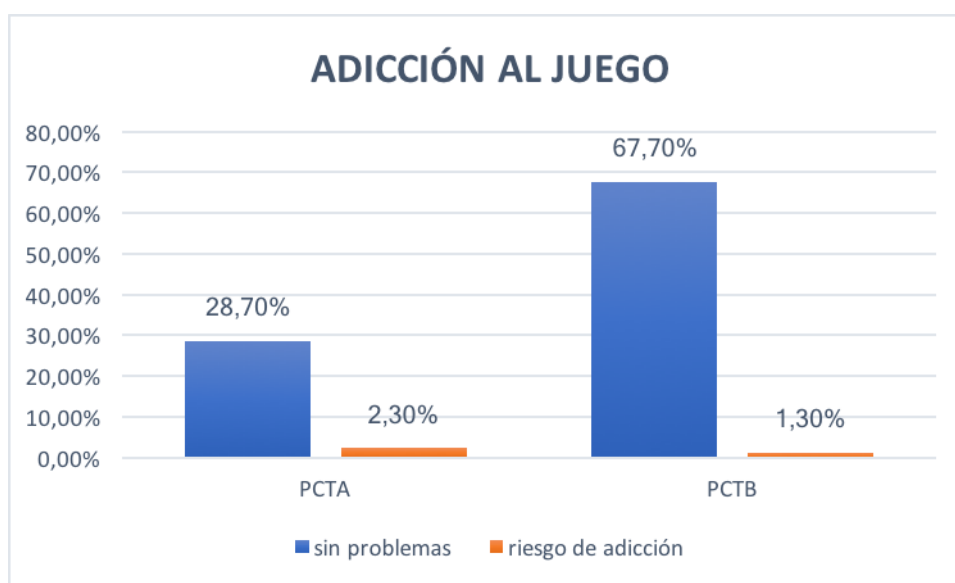
Figura 27: Jóvenes con PCTA y con PCTB en función del consumo de alucinógenos.



OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Describir el comportamiento relacionado con el juego, las compras, el móvil y navegar por Internet que hacen los jóvenes PCTA y PCTB

Como presentado en la figura 28, los resultados obtenidos para el grupo PCTA y PCTB de personalidad en cuanto a la adicción al juego muestran que en el grupo PCTA (n=242), el 28,7% de jóvenes no presentan problemas asociados con el juego mientras que el 2,3% de los jóvenes son probables jugadores patológicos. Los jóvenes del grupo PCTB con (n=538), el 67,7% de los jóvenes no presentan problemas asociados con el juego mientras que el 1,3% de los jóvenes son probables jugadores patológicos.

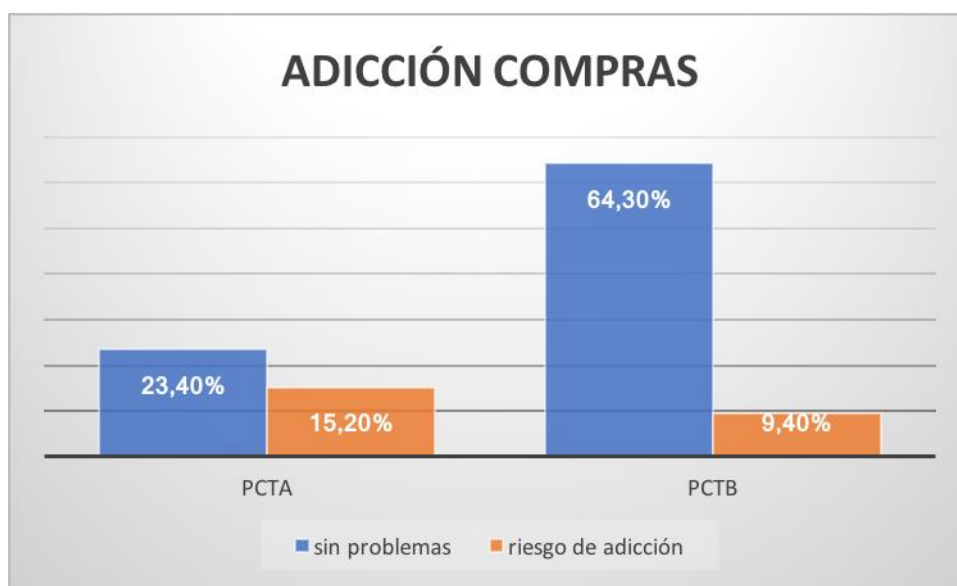
Figura 28: Cantidad relativa de participantes con PCTA y con PCTB en relación a juego, Córdoba, España.



Los resultados obtenidos para los jóvenes con PCTA y PCTB en cuanto a la problemática asociada a la adicción a las compras, muestran que en el grupo PCTA (n=246), el 23,4% de jóvenes no presentan conducta compradora compulsiva mientras que el 15,2% de los jóvenes de este grupo presentan riesgo de adicción a las compras. Los jóvenes del grupo

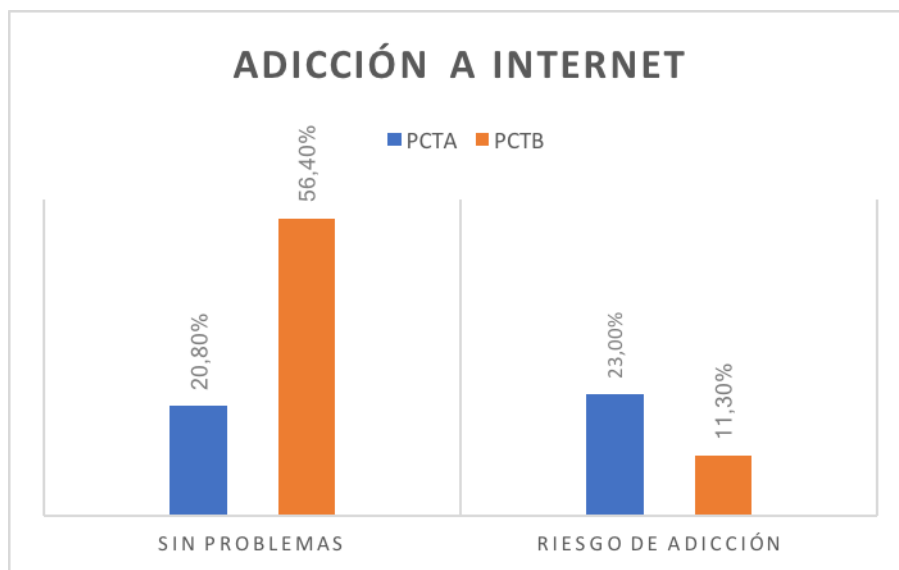
PCTB, con (n=547), el 64,30% de jóvenes no presentan conducta compradora compulsiva mientras que el 9,4% de los jóvenes de este grupo presentan riesgo de adicción a las compras.

Figura 29: Cantidad relativa de participantes con PCTA y con PCTB en relación a compras, Córdoba, España.



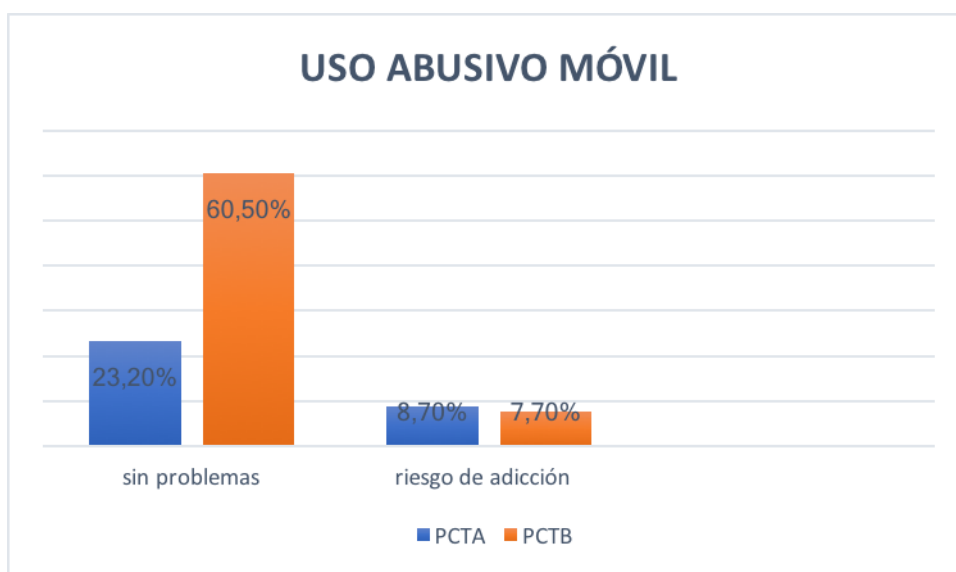
Como presentado en la figura 30, los resultados obtenidos para los grupos PCTA y PCTB en cuanto a un uso inadecuado o posible adicción Internet muestran que en el PCTA (n=244), el 20,8% de los jóvenes no presentan problemas con la red mientras que el 23% de los jóvenes presentan riesgos o problemas con Internet. Los jóvenes del grupo PCTB, con (n=537), el 56,4% de los jóvenes no presentan problemas con la red, mientras que el 11,3% de los jóvenes presentan riesgos o problemas con Internet.

Figura 30: Cantidad relativa de participantes con PCTA y con PCTB en relación a Internet, Córdoba, España.



Con el objetivo de relacionar el PCTA y el PCTB y móvil, en la muestra de los jóvenes que hacen un uso excesivo del móvil (n=662), se ha encontrado que el 8,70% son PCTA y el 7,70% son PCTB y los jóvenes que no presentan un uso excesivo del móvil son un 23,20% son PCTA (n=211) y el 60,5% son PCTB (n=451) (Figura 31).

Figura 31: Cantidad relativa de participantes con PCTA y con PCTB en relación a móvil, en la muestra total, Córdoba, España.



OBJETIVO ESPECÍFICO 4: Observar si hay diferencias de consumo entre jóvenes con un Patrón de Conducta Tipo A (PCTA) y B (PCTB) en el consumo de sustancias como el tabaco, alcohol, tranquilizantes, cannabis, cocaína y alucinógenos.

Este objetivo, de acuerdo con la tabla 03, queda concretado en las siguientes hipótesis:

- 1) Las personas jóvenes con PCTA consumen más tabaco que los jóvenes con PCTB;

Efectivamente los jóvenes con PCTA consumen más tabaco que los jóvenes con PCTB, además según el ANOVA realizado dichas diferencias son estadísticamente significativas ($F=6,898$; $p<0,05$).

- 2) Las personas jóvenes con PCTA consumen más alcohol que los jóvenes con PCTB;

Efectivamente se observó que los jóvenes con PCTA consumen más alcohol que los jóvenes con PCTB; según el ANOVA realizado dichas diferencias son estadísticamente significativas ($F=5,967$; $p<0,05$).

- 3) Las personas jóvenes con PCTA consumen más cannabis que las con PCTB;

De nuevo los jóvenes con PCTA consumen más cannabis que los jóvenes con PCTB siendo dichas diferencias estadísticamente significativas según el ANOVA ($F=4,094$; $p<0,05$).

- 4) Las personas jóvenes con PCTA consumen más cocaína que los jóvenes con PCTB;

Efectivamente los jóvenes con PCTA consumen más cocaína que los jóvenes con PCTB, siendo dichas diferencias estadísticamente significativas según el ANOVA realizado ($F=6,504$; $p<0,05$).

- 5) Las personas jóvenes con PCTA consumen más alucinógenos que las con PCTB;

Los jóvenes con PCTA consumen más alucinógenos que los jóvenes con PCTB, además dichas diferencias son estadísticamente significativas según el ANOVA realizado ($F=12,536$; $p<0,05$).

6) Las personas jóvenes con PCTA consumen más tranquilizantes que las con PCTB;

Se ha observado que los jóvenes con PCTA consumen más tranquilizantes que los jóvenes con PCTB. Dichas diferencias son estadísticamente significativas según el ANOVA realizado ($F=10,044$; $p<0,05$).

Tabla 03: Análisis de Varianza entre los jóvenes con PCTA y PCTB y el consumo de sustancias como el tabaco, el alcohol, los tranquilizantes, el cannabis, la cocaína y los alucinógenos.

Sustancia	Patrón de Conducta	N	Puntuación Media	F	P
Tabaco	PCTA	245	1,63	6,898	,009*
	PCTB	548	1,37		
Alcohol	PCTA	242	2,33	5,967	,015*
	PCTB	544	2,11		
Cannabis	PCTA	245	,81	4,094	,043*
	PCTB	538	,66		
Cocaína	PCTA	240	,20	6,504	,011*
	PCTB	531	,10		
Alucinógenos	PCTA-	237	,14	12,536	,001*
	PCTB	525	,05		
Tranquilizantes	PCTA	240	,42	10,044	,002*
	PCTB	542	,25		

* $p<0,05$

OBJETIVO ESPECÍFICO 5: Observar si hay diferencias en el uso de la tecnología y

de posibles adicciones conductuales como Internet, compras, juego, etc. entre jóvenes con un Patrón de Conducta Tipo A (PCTA) y B (PCTB).

Este objetivo, de acuerdo con la tabla 04, queda concretado en las siguientes hipótesis:

- 7) Las personas jóvenes con PCTA juegan más que los jóvenes con PCTB;

Efectivamente los jóvenes con PCTA juegan más que los jóvenes PCTB, además dichas diferencias son estadísticamente significativas según el ANOVA ($F=21,289$; $p<0,05$).

- 8) Las personas jóvenes con PCTA compran más que los jóvenes con PCTB;

Se observa que los jóvenes PCTA compran más que los jóvenes PCTB; además dichas diferencias son estadísticamente significativas según el ANOVA realizado ($F=63,535$; $p<0,05$).

- 9) Las personas jóvenes con PCTA usan más Internet que los jóvenes con PCTB;

Los jóvenes con PCTA usan más Internet que los jóvenes con PCTB, además dichas diferencias son estadísticamente significativas según el ANOVA realizado ($F=63,535$; $p<0,05$).

- 10) Las personas jóvenes con PCTA usan más móvil que los jóvenes con PCTB;

Los jóvenes con PCTA usan más móvil que los jóvenes con PCTB, además dichas diferencias son estadísticamente significativas según el ANOVA realizado ($F=44,132$; $p<0,05$).

Tabla 04: Análisis de Varianza entre los jóvenes con PCTA y PCTB, y conductas adictivas como las compras, el juego y el uso de Internet y el móvil.

Conductas Adictivas	Patrón de Conducta	N	Puntuación Media	F	P
----------------------------	---------------------------	----------	-------------------------	----------	----------

Compras	PCTA	371	,85	63,535	,000*
	PCTB	704	,41		
Internet	PCTA	269	19,66	25,683	,000*
	PCTB	470	17,36		
Juego	PCTA	370	,26	21,289	,000*
	PCTB	692	,11		
Movil	PCTA	306	4,36	44,132	,000*
	PCTB	562	3,49		
*p<0,05					

OBJETIVO ESPECÍFICO 6: Tratar de predecir el riesgo que supone presentar un PCTA/PCTB frente al consumo abusivo de sustancias y la realización excesiva de conductas como navegar por Internet, compras, juego y móvil.

Para determinar la fuerza de la relación entre el Patrón de Conducta Tipo A y la posibilidad de presentar una posible adicción conductual, se realizó un análisis de Regresión Logística Binaria. Las variables dependientes fueron el PCTA y el PCTB y las variables independientes fueron las puntuaciones de los cuestionarios (adicción a las compras, al juego y al Internet). Concretamente, la variable que entra a formar parte del modelo es el test sobre posible adicción a las compras, como se presenta en la tabla 05, con una *odds ratio* de 3,8 (OR=3,8, IC95%=2,041-7,179), lo que indica que están en riesgo de presentar una posible adicción a las compras 3,8 veces más los jóvenes PCTA que los jóvenes PCTB. En este caso, se puede decir que las personas con PCTB tienen menos probabilidad de presentar una posible adicción a las compras.

Tabla 05: Análisis de regresión logística entre el PCTA y PCTB y adicciones conductuales.

	B	E.T.	Wald	p	OR	IC 95%
PCTA/PCTB						
Test compras	0,661	0,101	42.513	0,000*	1,937	1,588-2,363
*p<0,05						

Para determinar la relación entre el patrón de conducta tipo A y la posibilidad de presentar una posible adicción de consumo de sustancias, se realizó también un análisis de Regresión Logística Binaria. La variable dependiente fue ser PCTA o PCTB y las variables independientes las puntuaciones de los cuestionarios sobre consumo de sustancias como el tabaco, el alcohol, los tranquilizantes, el cannabis, la cocaína y los alucinógenos. Concretamente, las variables que entraron a formar parte del modelo fueron el consumo de tranquilizantes, como se presenta en la tabla 06, con una Odds Ratio superior a 1 (OR=1,37; IC95%=1,089-1,724) indicando que están en riesgo de presentar una posible adicción a los tranquilizantes 1,4 veces más los jóvenes con PCTA que los PCTB; y el consumo de alucinógenos con una Odds Ratio superior a 1 (OR=1,99; IC 95%=1,241-3,198;). En este caso se puede decir que las personas con PCTB tienen menos probabilidad de presentar una posible adicción al consumo de tranquilizantes y alucinógenos.

Tabla 6: Análisis de regresión logística entre el PCTA y PCTB y el consumo de sustancias.

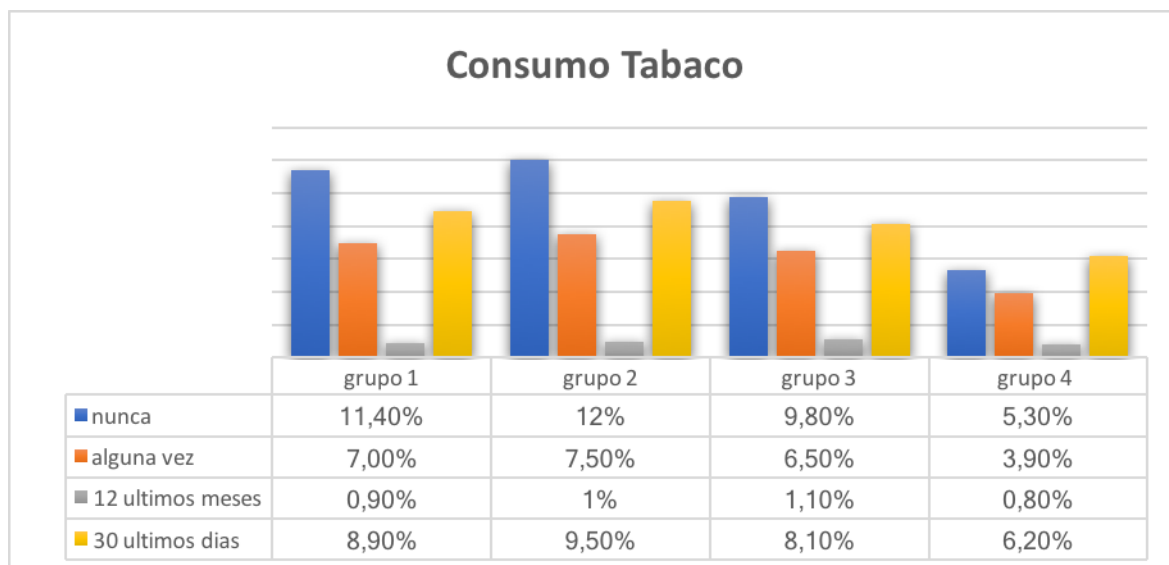
	B	E.T.	Wald	p	OR	IC 95%
PCTA/PCTB						
Consumo tranquilizantes	0,315	0,117	7,240	0,007*	1,370	1,098-1,724
Consumo alucinógenos	0,689	0,242	8,135	0,004*	1,992	1,242-3,198
*p<0,05						

OBJETIVO ESPECÍFICO 7: Describir el patrón de consumo de personas jóvenes agrupadas en función de características de la personalidad como la impaciencia, hostilidad, competitividad y sobre carga laboral.

Como ya se ha hecho referencia en el apartado de análisis de datos, para poder incluir en el análisis a la mayoría de los participantes en esta investigación se optó por clasificar la muestra realizando un análisis de Clúster. Dicho análisis se hizo a partir de las puntuaciones obtenidas en las variables de la personalidad que caracterizaban al PCTA como eran la impaciencia, la hostilidad, la competitividad y la sobre carga laboral. Así, se obtuvieron 4 grupos: Grupo 1: *patrón de conducta tipo B* (puntuaciones bajas en todos los factores de personalidad); Grupo 2: *grupo normal-hostilidad* (puntuaciones por debajo de la media en los factores de impaciencia, competitividad y sobrecarga y por encima de la media en hostilidad); Grupo 3: *competitividad-sobrecarga laboral* (puntuaciones altas en el factor de competitividad y por encima de la media en el factor sobrecarga laboral y puntuaciones por debajo de la media en los factores de impaciencia y hostilidad); Grupo 4: *competitividad-hostilidad* (puntuaciones por debajo de la media en sobrecarga laboral y por encima de la media en impaciencia, y puntuaciones altas en competitividad y hostilidad).

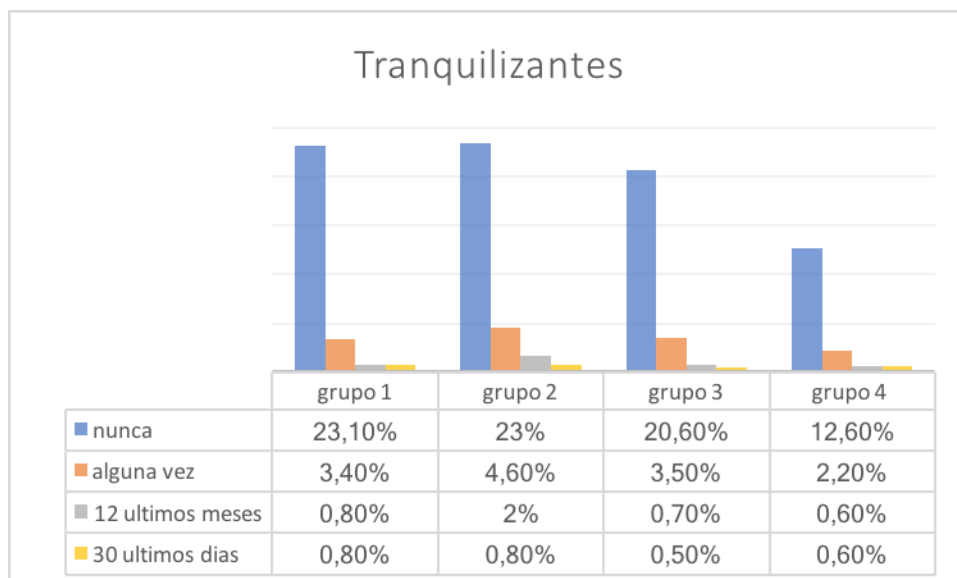
En la figura 32, se han representado los resultados obtenidos del grupo 1: *patrón de conducta tipo B*, muestran que del total (n=1068), el 11,4% de jóvenes nunca han consumido tabaco, el 7% lo consumieron alguna vez, el 0,9% consumieron en los 12 últimos meses y el 8,9% lo consumieron en los últimos 30 días. Los jóvenes del grupo 2: *normal-hostilidad*, con (n= 1139), el 12% nunca han consumido tabaco, el 7,5% lo consumieron alguna vez, el 1% consumieron en los 12 últimos meses y el 9,5% lo consumieron en los últimos 30 días. Los jóvenes del grupo 3 *competitividad-sobrecarga laboral*, con (n= 963), el 9,8% nunca han consumido tabaco, el 6,5% lo consumieron alguna vez, el 1,1% consumieron en los 12 últimos meses y el 8,1% lo consumieron en los últimos 30 días. Los jóvenes del grupo 4 *competitividad-hostilidad*, con (n= 612), el 5,3% nunca han consumido tabaco, el 3,9% lo consumieron alguna vez, el 0,8% consumieron en los 12 últimos meses y el 6,2% lo consumieron en los últimos 30 días.

Figura 32: Descripción de consumo de tabaco en los diferentes grupos de personalidad.



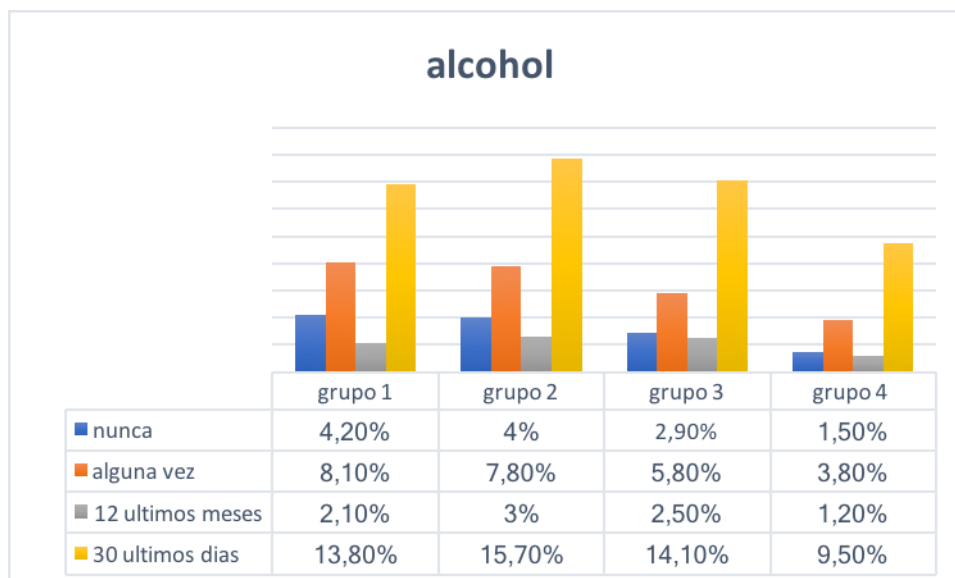
En la figura 33, se pueden observar los resultados obtenidos del grupo 1: *patrón de conducta tipo B*, muestran que del total (n=1047) del grupo muestral, el 23,2% de jóvenes nunca han consumido tranquilizantes, el 3,4% lo consumieron alguna vez, el 0,8% consumieron en los 12 últimos meses y el 0,8% lo consumieron en los últimos 30 días. Los jóvenes del grupo 2: *normal-hostilidad*, con (n= 1133), el 23,4% nunca han consumido tranquilizantes, el 4,6% lo consumieron alguna vez, el 1,6% consumieron en los 12 últimos meses y el 0,8% lo consumieron en los últimos 30 días. Los jóvenes del grupo 3 *competitividad-sobrecarga laboral*, con (n= 945), el 20,6% nunca han consumido tranquilizantes, el 3,5% lo consumieron alguna vez, el 0,7% consumieron en los 12 últimos meses y el 0,5% lo consumieron en los últimos 30 días. Los jóvenes del grupo 4 *competitividad-hostilidad*, con (n= 597), el 12,6% nunca han consumido tranquilizantes, el 2,2% lo consumieron alguna vez, el 0,6% consumieron en los 12 últimos meses y el 0,6% lo consumieron en los últimos 30 días.

Figura 33: Descripción de consumo de tranquilizantes en los diferentes grupos de personalidad.



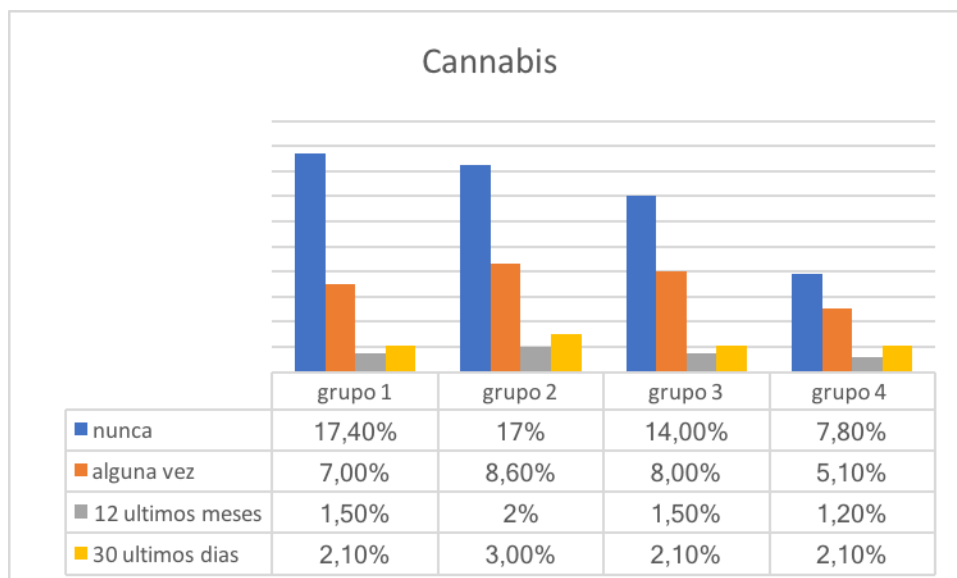
Como presentado en la figura 34, los resultados obtenidos en cuanto al consumo de alcohol muestran que en el grupo 1: *patrón de conducta tipo B* (n=1068), el 4,2% de jóvenes nunca han consumido alcohol, el 8,1% lo consumieron alguna vez, el 2,1% consumieron en los 12 últimos meses y el 13,8% lo consumieron en los últimos 30 días. Los jóvenes del grupo 2: *normal-hostilidad*, con (n= 1136), el 4% nunca han consumido alcohol, el 7,8% lo consumieron alguna vez, el 2,6% consumieron en los 12 últimos meses y el 15,7% lo consumieron en los últimos 30 días. Los jóvenes del grupo 3 *competitividad-sobrecarga laboral*, con (n= 957), el 2,9% nunca han consumido alcohol, el 5,8% lo consumieron alguna vez, el 2,5% consumieron en los 12 últimos meses y el 14,1% lo consumieron en los últimos 30 días. Los jóvenes del grupo 4 *competitividad-hostilidad*, con (n= 607), el 1,5% nunca han consumido alcohol, el 3,8% lo consumieron alguna vez, el 1,2% consumieron en los 12 últimos meses y el 9,5% lo consumieron en los últimos 30 días.

Figura 34: Descripción de consumo de alcohol en los diferentes grupos de personalidad.



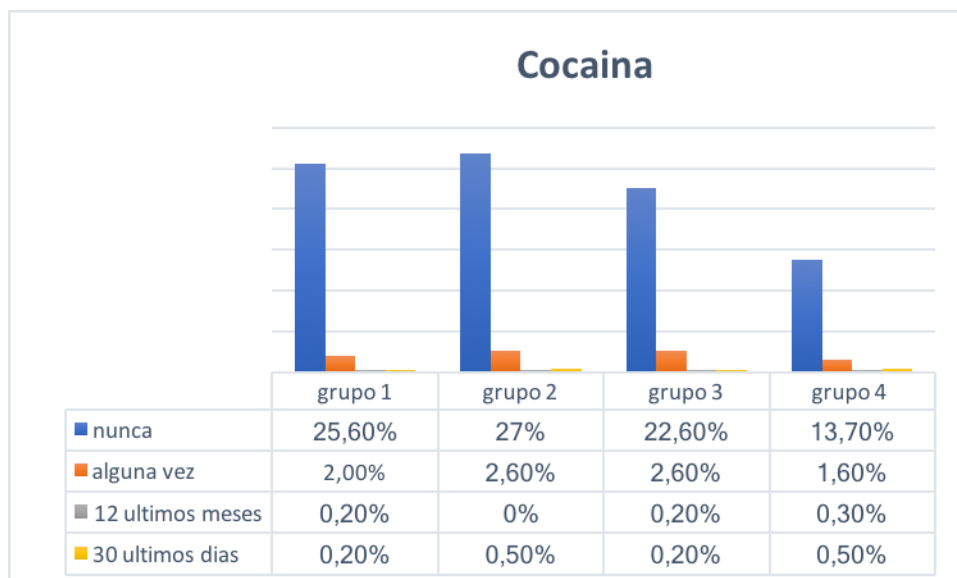
Como presentado en la figura 35, los resultados obtenidos en cuanto al consumo de cannabis muestran que en el grupo 1: *patrón de conducta tipo B* (n=1044), el 17,4% de jóvenes nunca lo han consumido, el 7% lo consumieron alguna vez, el 1,5% lo consumieron en los 12 últimos meses y el 2,1% lo consumieron en los últimos 30 días. Los jóvenes del grupo 2: *normal-hostilidad*, con (n=1119), el 16,5% nunca lo han consumido, el 8,6% lo consumieron alguna vez, el 2% lo consumieron en los 12 últimos meses y el 3% lo consumieron en los últimos 30 días. Los jóvenes del grupo 3 *competitividad-sobrecarga laboral*, con (n=954), el 14% nunca lo han consumido, el 8% lo consumieron alguna vez, el 1,5% lo consumieron en los 12 últimos meses y el 2,1% lo consumieron en los últimos 30 días. Los jóvenes del grupo 4 *competitividad-hostilidad*, con (n= 604), el 7,8% nunca lo han consumido, el 5,1% lo consumieron alguna vez, el 1,2% lo consumieron en los 12 últimos meses y el 2,1% lo consumieron en los últimos 30 días.

Figura 35: Descripción de consumo de cannabis en los diferentes grupos de personalidad.



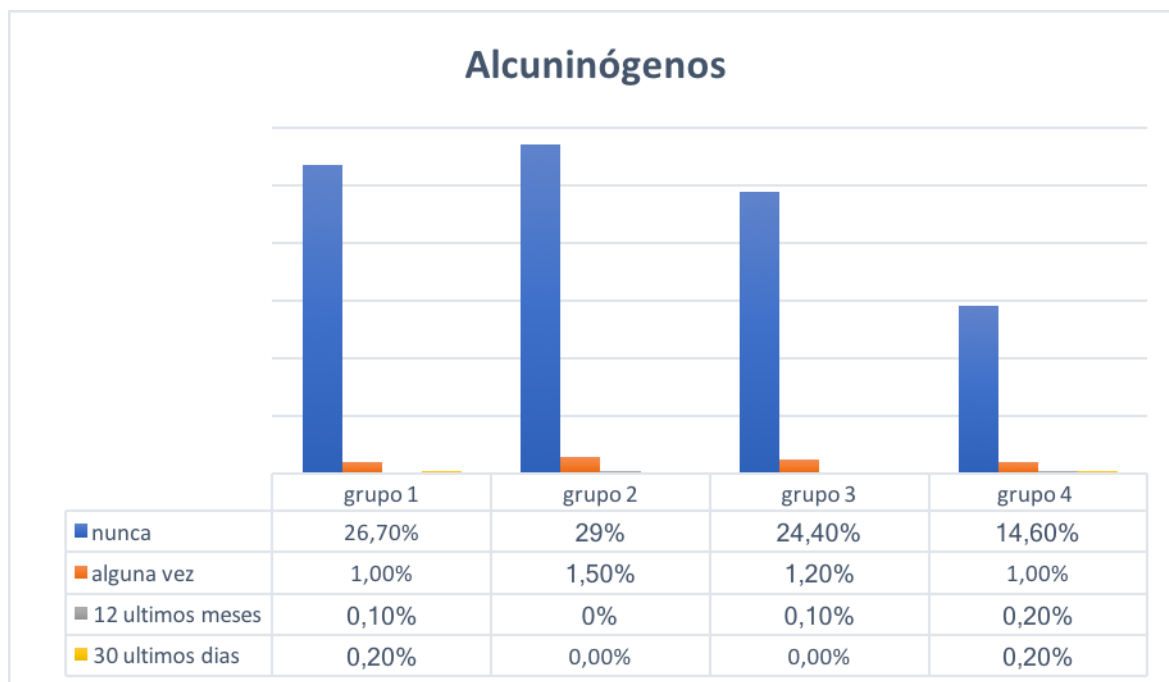
Como presentado en la figura 36, los resultados obtenidos en cuanto al consumo de cocaína muestran que en el grupo 1: *patrón de conducta tipo B* (n=1032), el 25,6% de jóvenes nunca lo han consumido, el 2% lo consumieron alguna vez, el 0,2% lo consumieron en los 12 últimos meses y el 0,2% lo consumieron en los últimos 30 días. Los jóvenes del grupo 2: *normal-hostilidad*, con (n=1114), el 22,6% nunca lo han consumido, el 2,6% lo consumieron alguna vez, el 0,3% lo consumieron en los 12 últimos meses y el 0,5% lo consumieron en los últimos 30 días. Los jóvenes del grupo 3 *competitividad-sobrecarga laboral*, con (n=943), el 22,6% nunca lo han consumido, el 2,6% lo consumieron alguna vez, el 0,2% lo consumieron en los 12 últimos meses y el 0,2% lo consumieron en los últimos 30 días. Los jóvenes del grupo 4 *competitividad-hostilidad*, con (n=595), el 13,7% nunca lo han consumido, el 1,6% lo consumieron alguna vez, el 0,3% lo consumieron en los 12 últimos meses y el 0,5% lo consumieron en los últimos 30 días.

Figura 36: Descripción de consumo de cocaína en los diferentes grupos de personalidad.



Como presentado en la figura 37, los resultados obtenidos en cuanto al consumo de alucinógenos muestran que en el grupo 1: *patrón de conducta tipo B* (n=1024), el 26,7% de jóvenes nunca lo han consumido, el 1% lo consumieron alguna vez, el 0,1% lo consumieron en los 12 últimos meses y el 0,2% lo consumieron en los últimos 30 días. Los jóvenes del grupo 2: *normal-hostilidad*, con (n=1108), el 28,5% nunca lo han consumido, el 1,5% lo consumieron alguna vez, el 0,2% lo consumieron en los 12 últimos meses y el 0,0% lo consumieron en los últimos 30 días. Los jóvenes del grupo 3 *competitividad-sobrecarga laboral*, con (n=940), el 24,4% nunca lo han consumido, el 1,2% lo consumieron alguna vez, el 0,1% lo consumieron en los 12 últimos meses y el 0,0% lo consumieron en los últimos 30 días. Los jóvenes del grupo 4 *competitividad-hostilidad*, con (n=589), el 14,6% nunca lo han consumido, el 1% lo consumieron alguna vez, el 0,2% lo consumieron en los 12 últimos meses y el 0,2% lo consumieron en los últimos 30 días.

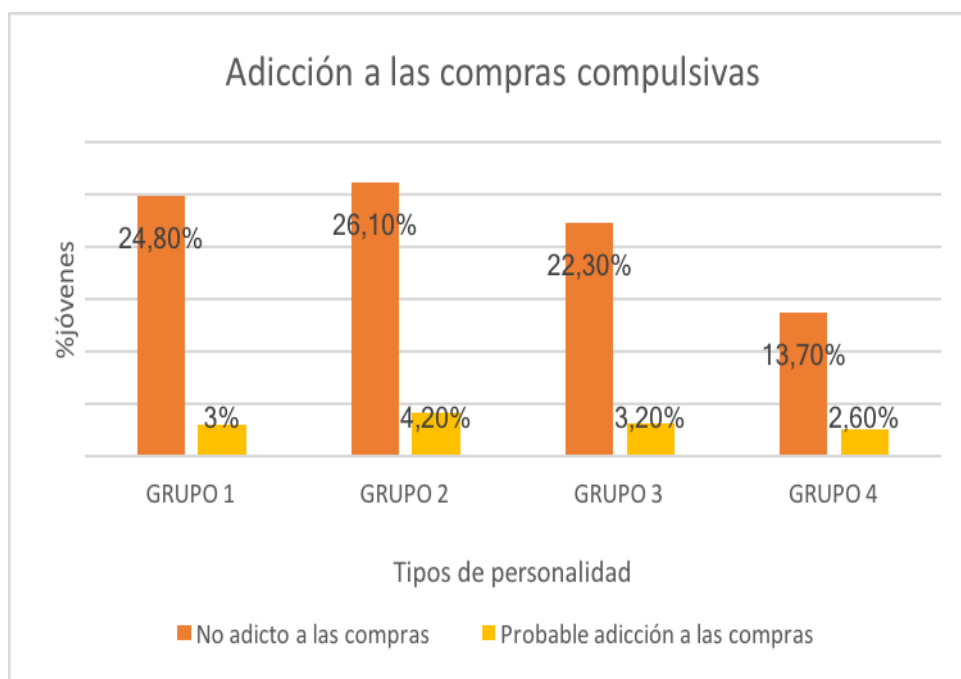
Figura 37: Descripción de consumo de alucinógenos en los diferentes grupos de personalidad.



OBJETIVO ESPECÍFICO 8: Describir el uso del móvil, Internet, y las conductas de comprar y jugar en jóvenes en función de características de la personalidad como la impaciencia, la hostilidad, la competitividad y la sobre carga laboral.

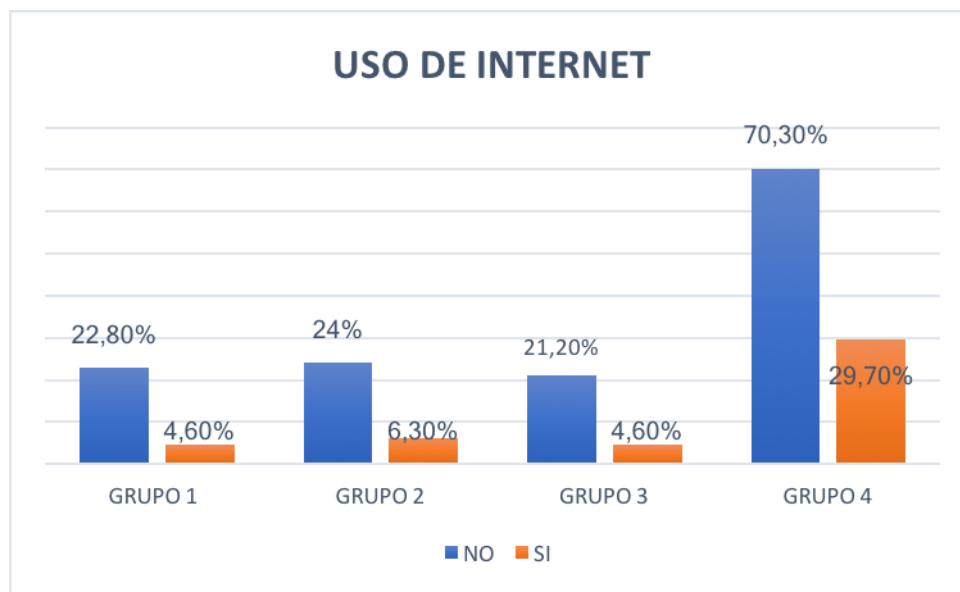
Como presentado en la figura 38, los resultados obtenidos para los diferentes grupos de personalidad en cuanto a la problemática asociada a la adicción a las compras, muestran que en el grupo 1 *patrón de conducta tipo B* (n=1034), el 24,8% de jóvenes no presentan conducta compradora compulsiva mientras que el 3% de los jóvenes de este grupo presentan posible adicción a las compras. Los jóvenes del grupo 2: *normal-hostilidad*, con (n=1130), el 26,1% de jóvenes no presentan conducta compradora compulsiva mientras que el 4,2% de los jóvenes de este grupo presentan posible adicción a las compras. Los jóvenes del grupo 3 *competitividad-sobrecarga laboral*, con (n=952), el 22,3% de jóvenes no presentan conducta compradora compulsiva mientras que el 3,2% de los jóvenes de este grupo presentan posible adicción a las compras. Los jóvenes del grupo 4 *competitividad-hostilidad*, con (n=608), el 13,7% de jóvenes no presentan conducta compradora compulsiva mientras que el 2,6% de los jóvenes de este grupo presentan posible adicción a las compras.

Figura 38: Descripción de la conducta de comprar en los diferentes grupos de personalidad.



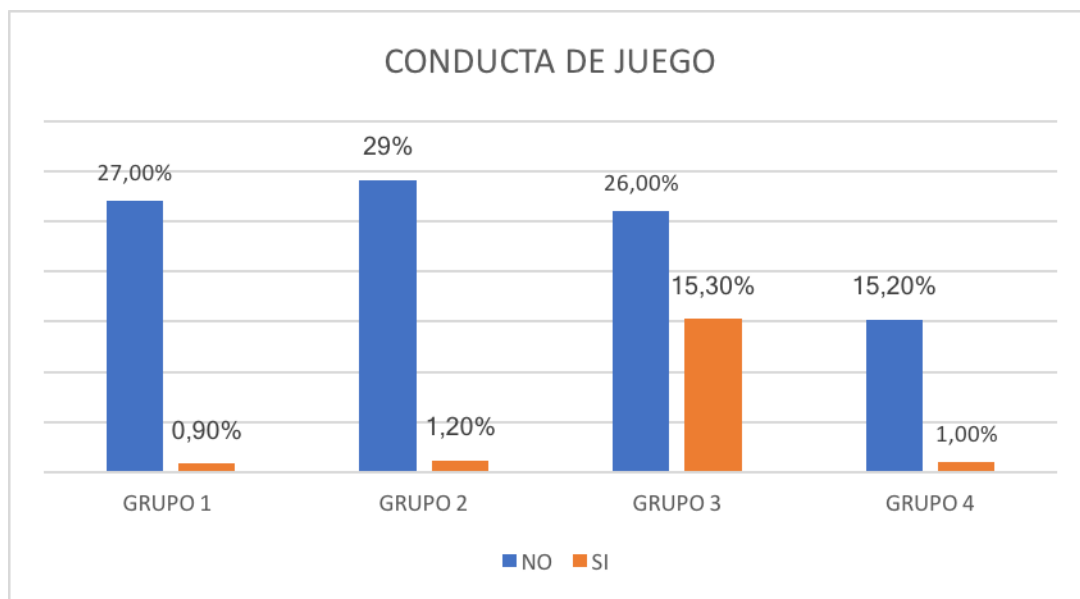
Como presentado en la figura 39, los resultados obtenidos para los diferentes grupos de personalidad en cuanto a un uso inadecuado o posible adicción Internet muestran que en el grupo 1 *patrón de conducta tipo B* (n=1000), el 22,8% de los jóvenes no presentan problemas con la red mientras que el 4,6% de los jóvenes presentan riesgos o problemas con Internet. Los jóvenes del grupo 2: *normal-hostilidad*, con (n=1106), el 24% de los jóvenes no presentan problemas con la red, mientras que el 6,3% de los jóvenes presentan riesgos o problemas con Internet. Los jóvenes del grupo 3 *competitividad-sobrecarga laboral*, con (n=942), el 21,2% de los jóvenes no presentan problemas con la red mientras que el 4,6% de los jóvenes si presentan riesgos o problemas con Internet. Los jóvenes del grupo 4 *competitividad-hostilidad*, con (n=599), el 11,5% de los jóvenes nunca lo han usado de forma inadecuada mientras que el 4,9% de los jóvenes presentan riesgos o problemas con Internet.

Figura 39: Descripción del uso de Internet en los diferentes grupos de personalidad.



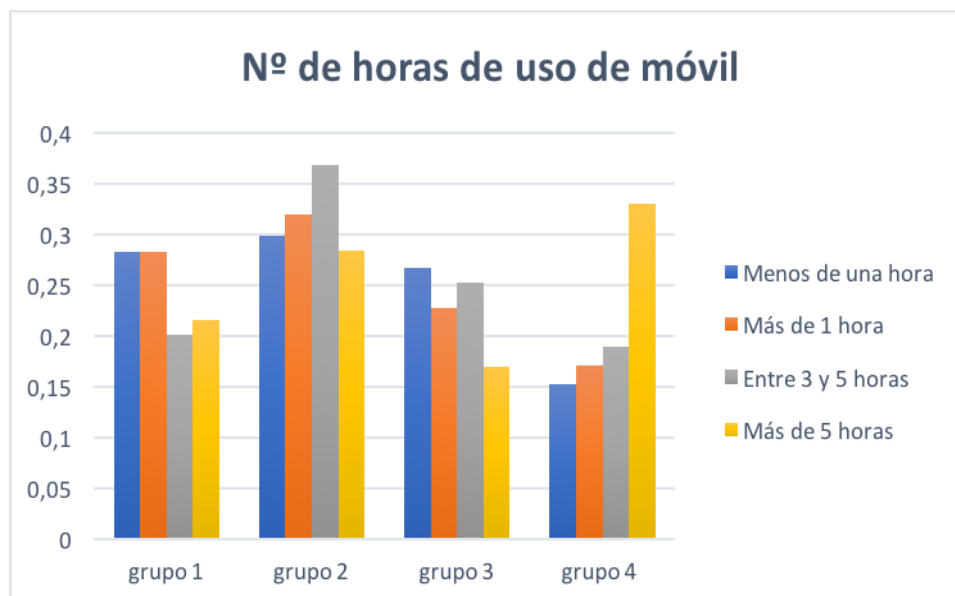
Como presentado en la figura 40, los resultados obtenidos para los diferentes grupos de personalidad en cuanto a la adicción al juego muestran que en el grupo 1 *patrón de conducta tipo B* (n=1030), el 27% de jóvenes no presentan problemas asociados con el juego mientras que el 0,9% de los jóvenes son probables jugadores patológicos. Los jóvenes del grupo 2: *normal-hostilidad*, con (n=1118), el 29,1% de los jóvenes no presentan problemas asociados con el juego mientras que el 1,2% de los jóvenes son probables jugadores patológicos. Los jóvenes del grupo 3 *competitividad-sobrecarga laboral*, con (n=944), el 25% de los jóvenes no presentan problemas asociados mientras que el 0,6% de los jóvenes son probables jugadores patológicos. Los jóvenes del grupo 4 *competitividad-hostilidad*, con (n=600), el 15,2% de los jóvenes no presentan problemas asociados mientras que el 1% de los jóvenes son probables jugadores patológicos.

Figura 40: Descripción de conducta de juego en los diferentes grupos de personalidad.



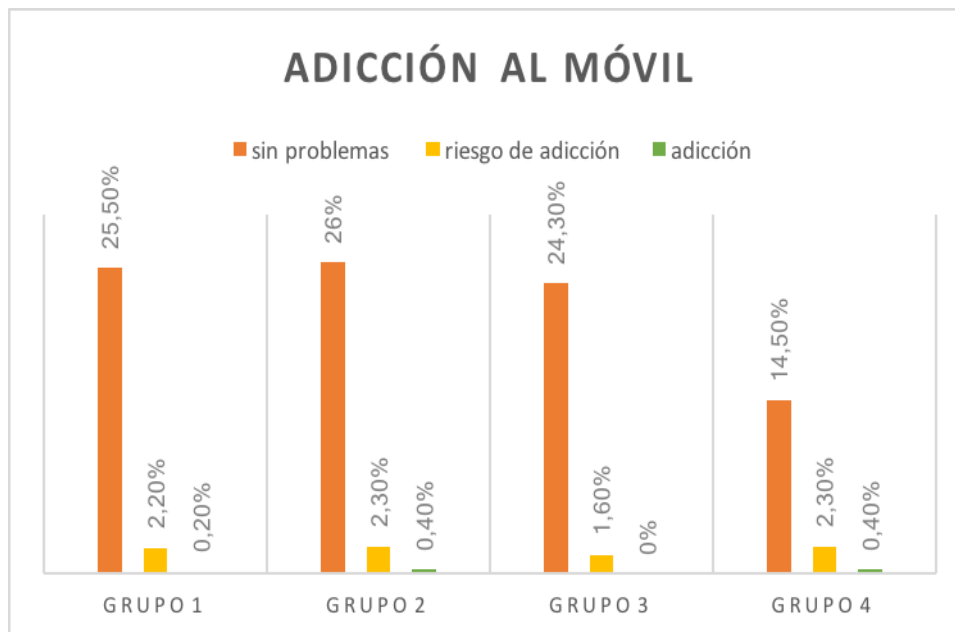
Como presentado en la figura 41, los resultados obtenidos en cuanto a las diferentes dimensiones de personalidad y el tiempo que los jóvenes usan el móvil encontramos que en el grupo 1 *patrón de conducta tipo B* (n= 1033), el 20,6% de los jóvenes han estado utilizando el móvil menos de una hora mientras que el 5,8% lo han utilizado más de una hora y entre 3 y 5 horas el 0,9%. Y un 0,5% de los jóvenes presentan un uso de más de 5 horas diarias. Los jóvenes del grupo 2: *normal-hostilidad*, con (n=1132), el 21,7% de los jóvenes han estado utilizando el móvil menos de una hora mientras que el 6,6% lo han utilizado más de una hora y entre 3 y 5 horas el 1,5%. Y un 0,7% de los jóvenes presentan un uso de más de 5 horas diarias. Los jóvenes del grupo 3 *competitividad-sobrecarga laboral*, con (n=953), el 19,4% de jóvenes han estado utilizando el móvil menos de una hora mientras que el 4,7% lo han utilizado más de una hora y entre 3 y 5 horas el 1,1%. Y un 0,4% de los jóvenes presentan un uso de más de 5 horas diarias. Los jóvenes del grupo 4 *competitividad-hostilidad*, con (n=600), el 11% de los jóvenes han estado utilizando el móvil menos de una hora mientras que el 3,5% lo han utilizado más de una hora y entre 3 y 5 horas el 0,8%. Y un 0,8% de los jóvenes presentan un uso de más de 5 horas diarias.

Figura 41: Descripción del número de horas en los diferentes grupos de personalidad.



Como presentado en la figura 42, los resultados obtenidos para los diferentes grupos de personalidad en cuanto a la adicción al móvil muestran que en el grupo 1 *patrón de conducta tipo B* (n=764), el 25,5% de los jóvenes no presentan problemas asociados con el móvil mientras que el 2,2% de los jóvenes presentan riesgo de adicción al móvil y un 0,2% de los jóvenes presentan adicción al móvil. Los jóvenes del grupo 2: *normal-hostilidad*, con (n=787), el 26% de los jóvenes no presentan problemas asociados con el móvil mientras que el 2,3% de los jóvenes presentan riesgo de adicción al móvil y un 0,4% de los jóvenes presentan adicción al móvil. Los jóvenes del grupo 3 *competitividad-sobrecarga laboral*, con (n=714), el 24,3% de los jóvenes no presentan problemas asociados con el móvil mientras que el 1,6% de los jóvenes presentan riesgo de adicción al móvil y un 0,0% de los jóvenes presentan adicción al móvil. Los jóvenes del grupo 4 *competitividad-hostilidad*, con (n=600), el 14,5% de los jóvenes no presentan problemas asociados al móvil mientras que el 2,3% de los jóvenes riesgo de adicción al móvil y un 0,4% de los jóvenes presentan adicción al móvil.

Figura 42: Descripción de resultados test móvil en los diferentes grupos de personalidad.



OBJETIVO ESPECÍFICO 9: Observar si hay diferencias de consumo entre los jóvenes agrupados en función de características de la personalidad como la impaciencia, la hostilidad, la competitividad y la sobre carga laboral en el consumo de sustancias como el tabaco, alcohol, tranquilizantes, cannabis, cocaína y alucinógenos.

Se ha considerado apropiado aplicar análisis estadísticos para confirmar si las variables han ejercido realmente cierta influencia en esta prueba inicial y si las diferencias son significativas entre todos y cada uno de los grupos. Para ello, hemos realizado análisis de varianza (ANOVA). Existe influencia estadísticamente significativa de las diferentes dimensiones cuando la probabilidad de error es inferior al 0,05 ($p < 5\%$).

Según el Análisis de Varianza, existen diferencias significativas en todos los grupos con respecto al consumo de sustancias: tabaco ($F=4,82$; $p < 0,05$; Games-Howell= $4 > 1$ $4 > 2$), alcohol ($F=7,943$; $p < 0,05$ Games-Howell= $4 > 1$ $4 > 2$ $4 > 3$), tranquilizantes ($F=4,413$; $p < 0,05$; Games-Howell= $4 > 1$ $4 > 2$ $4 > 3$), cannabis ($F=10,257$; $p < 0,05$; Games-Howell= $4 > 1$), cocaína ($F=8,703$; $p < 0,05$; Games-Howell= $4 > 1$), diseño ($F= 10,668$; $p < 0,05$; Games-Howell= $4 > 1$ $4 > 3$) y alucinógenos ($F=9,172$; $p < 0,05$; Games-Howell= $4 > 3$).

Tabla 07: Análisis de varianza entre el consumo de sustancias y los grupos de personalidad *ad hoc*.

Droga	Grupo	Media	F	p	Post hoc Games- Howell
Tabaco	GRUPO 1	1,25	4,82	0,002*	4>1
	GRUPO 2	1,27			4>2
	GRUPO 3	1,3			
	GRUPO 4	1,48			
Tranquiliz	GRUPO 1	0,26	4,413	0,004*	4>1
	GRUPO 2	0,34			4<2
	GRUPO 3	0,26			4>3
	GRUPO 4	0,32			
Alcohol	GRUPO 1	1,94	7,943	0,00*	4>1
	GRUPO 2	2,02			4>2
	GRUPO 3	2,12			4>3
	GRUPO 4	2,22			
Cannabis	GRUPO 1	0,59	10,257	0,00*	4>1
	GRUPO 2	0,71			
	GRUPO 3	0,68			
	GRUPO 4	0,85			
Cocaína	GRUPO 1	0,11	8,703	0,00*	4>1
	GRUPO 2	0,16			
	GRUPO 3	0,15			
	GRUPO 4	0,24			
Diseño	GRUPO 1	0,11	10,668	0,00*	4>1
	GRUPO 2	0,14			
	GRUPO 3	0,1			4>3
	GRUPO 4	0,24			
Alucinógenos	GRUPO 1	0,06	9,172	0,00*	
	GRUPO 2	0,07			
	GRUPO 3	0,05			4>3

GRUPO 4 0,14

*p<0,05

OBJETIVO ESPECÍFICO 10: Observar si hay diferencias en el uso de la tecnología y de posibles adicciones conductuales como Internet, compras, juego, etc. entre jóvenes agrupados en función de características de la personalidad como la impaciencia, la hostilidad, la competitividad y la sobre carga laboral.

Se realizó un análisis de Varianza para ver las diferencias entre las puntuaciones en los cuestionarios sobre conductas adictivas (compras, juego, móvil e Internet) en función de los grupos de personalidad *ad hoc*. Así, se observan diferencias estadísticamente significativas en todas las conductas adictivas: uso problemático del móvil (F=20,365; p<0,05; Games-Howell=4>1 4>2 4>3); juego patológico (F=9,038; p<0,05; Games-Howell=4>1 4>3); uso problemático de internet (F=19,329; p<0,05; Games-Howell=4>1 4>2 4>3); compras compulsivas (F=8,371; p<0,05; Games-Howell=4>1).

Tabla 08. Análisis de varianza entre conductas adictivas y los grupos de personalidad *ad hoc*.

Droga	Grupo	Media	Desv. Típicas	F	p	Post Hoc Games-Howell
Test Movil	GRUPO 1	3,72	1,892	20,365	0,002*	4>1
	GRUPO 2	4,04				4>2
			2,263			4>3
	GRUPO 3	3,63	2,07			
	GRUPO 4	4,54	2,439			
Test Juego	GRUPO 1	0,15	0,528	9,038	0,004*	4>1
	GRUPO 2	0,19	0,613			4>3

	GRUPO 3	0,12	0,414			
	GRUPO 4	0,27	0,735			
Test Internet	GRUPO 1	1,68	1,871	19,329	0,00*	4>1
	GRUPO 2	1,86	2,05			4>2
	GRUPO 3	1,81	1,766			4>3
	GRUPO 4	2,42	2,155			
	GRUPO 1	0,48	0,852	8,371	0,005*	4>1
Test Compras	GRUPO 2	0,62	1,082			
	GRUPO 3	0,59	0,839			
	GRUPO 4	0,72	1,145			

*p<0,05

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1. DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta que los jóvenes llevan a cabo conductas de riesgo como el consumo de sustancias y/o otras conductas susceptibles de ser adictivas como las compras, el juego, el uso del móvil e Internet, esta tesis doctoral ha pretendido relacionar el papel que características relativamente estables de la personalidad como el PCTA tiene en dichas conductas de riesgo. Así, el objetivo principal de esta tesis doctoral ha sido observar si los jóvenes con un Patrón de Conducta Tipo A (PCTA) presentan una mayor frecuencia de conductas adictivas (consumo de sustancias y adicciones comportamentales) en comparación con los jóvenes con un patrón de conducta Tipo B (PCTB). En este sentido, y después de los resultados obtenidos se puede decir, en general, que los jóvenes a los que les caracteriza un PCTA presentan una mayor frecuencia y riesgo de presentar una adicción tanto por el consumo de sustancias como por la realización de conductas como comprar, jugar, usar el teléfono móvil y/o navegar por Internet.

Concretamente este objetivo general se ha concretado en una serie de objetivos específicos que pasamos a discutir:

Para analizar el objetivo principal se ha estudiado una muestra total de 3816 jóvenes de la provincia de Córdoba, divididos en dos grupos diferenciados por el proceso de recogida de los datos, un grupo pertenecía a un entorno rural y otro grupo se obtuvo de la población universitaria de la ciudad de Córdoba (España). De los que el porcentaje de PCTA es similar para ambos grupos 31,4% del entorno rural y un 29% de la UCO frente a jóvenes que presentan un PCTB, de los que un 68,6% pertenecen a un entorno rural y un 71% a la UCO.

En cuanto al sexo, el porcentaje de hombres que presentan PCTA es mayor que el de mujeres de la muestra. El 43,9% de hombres presentan PCTA frente a un 23,4% de mujeres que presentan PCTA. La franja de edad de los jóvenes que presentan un PCTA está comprendida entre los 21 y 23 años (35,2%) y entre 27-29 (35,8%). La situación del padre y de la madre que presentan los jóvenes con PCTA mayoritariamente se encuentran en paro (39,7% para padres y un 59,6% para madres) o están fallecidos (36,4% para padres y un

55,6% de madres). Si tenemos en cuenta los estudios del padre de los jóvenes con PCTA nos encontramos que el porcentaje más alto se encuentran “sin estudios realizados” frente a los jóvenes con PCTB que han terminado estudios de bachiller. Y si tenemos en cuenta los estudios de la madre nos encontramos que los jóvenes con PCTA el porcentaje más alto se encuentran en madres universitarias 33,7%. Las madres de PCTB presentan diversidad en cuanto a sus estudios realizados. En relación con el trabajo remunerado el mayor porcentaje de jóvenes que presentan PCTA se encuentran trabajando en los últimos 30 días frente a los jóvenes con PCTA que no trabajan. Los jóvenes con PCTB que no trabajan superan a los jóvenes con PCTB que se encuentran trabajando. En cuanto a la cantidad de dinero disponible, los jóvenes con PCTA un 69,6% ganan entre 151-300 euros a la semana. Y referente a la residencia en la que viven, la mayoría de PCTA viven en residencia familiar 30,5% o propia 42,3% frente a un 69,5% de PCTB en residencia familiar y un 57,7% propia. En cuanto a opciones políticas, encontramos que la mayoría de PCTA se orientan hacia una ideología de extrema derecha 76,5% o hacia la extrema izquierda 45,5% frente a un 23,5% de PCTB con ideología de extrema derecha y un 54,5% de extrema izquierda. Estos datos son interesantes ya que describen una muestra de jóvenes en función del PCTA/B, teniendo en cuenta que en la literatura científica apenas hay datos recientes sobre las características sociodemográficas de este patrón conductual en una población juvenil.

1. El patrón de consumo de personas jóvenes con PCTA y PCTB.

En cuanto a los hábitos de consumo de los jóvenes de Córdoba en función de la variable Patrón de Conducta Tipo A, encontramos que los jóvenes que presentan un PCTA, en general, consumen más tabaco, alcohol, tranquilizantes, cannabis, cocaína, alucinógenos, que los jóvenes que presentan un patrón de personalidad tipo B.

En concreto en este trabajo de investigación encontramos que los jóvenes con PCTA consumen más tabaco y alcohol a diario que los jóvenes que presentan un patrón de personalidad tipo B, a pesar de que los jóvenes con PCTB han probado alguna vez el tabaco y el alcohol en mayor proporción que los jóvenes con PCTA. Es decir, los jóvenes con PCTA presentan mayor probabilidad de consumo diario, a pesar de que los jóvenes con PCTB experimentan con las sustancias a lo largo de su vida en mayor proporción que los jóvenes con PCTA. Estos datos coinciden con trabajos anteriores realizados por autores como Folsom et al. (1984) y Le Bon et al. (2004), los cuales coincidieron en señalar una

correlación positiva entre el consumo de alcohol y el PCTA. Concretamente en el trabajo de Folson et al., (1984) se observó que la probabilidad de ser bebedor habitual era 1,4 veces mayor entre los hombres con PCTA que entre los hombres con PCTB. En cuanto al consumo de tabaco, Leventhal, Waters, et al., (2007) establecieron diferencias en función del temperamento, la abstinencia y la reacción exagerada en situaciones de estrés, donde los hombres con PCTA presentaban mayor probabilidad de consumo que los PCTB. La novedad de los resultados de esta tesis doctoral es que los participantes de la misma son jóvenes.

2. *El comportamiento relacionado con el juego, las compras, el móvil y navegar por Internet que hacen los jóvenes PCTA y PCTB.*

Los jóvenes que presentan mayor posibilidad de adicción o de un uso problemático del juego y las compras, uso de internet y del móvil de la muestra total, son los jóvenes con PCTA frente a los jóvenes con PCTB que presentan menor riesgo y uso problemático. Los resultados de este trabajo soportan el concepto de que las actitudes de riesgo como la impulsividad y la predisposición a las adicciones entre jóvenes se correlacionan positivamente con el PCTA (Becoña y Tomás, 2010; Gutiérrez *et al.*, 2013). Como han destacado Gómez y Fraguera (2006), los patrones de conducta son factores importantes en el transcurso del desarrollo de la vida de una persona, en todas las etapas de su vida. Los jóvenes están especialmente sujetos a presiones biológicas y sociales que les empujan al estrés, a su vez asociado directamente a conductas adictivas (Alemany, 2008)

Además, en el uso de las tecnologías, la ansiedad y la autoestima aparecen como características relacionadas con el uso de Internet. En estudios relacionados con el uso de internet encontramos que un elevado neuroticismo predice un uso problemático del mismo y pone en alerta la relación entre determinados rasgos de personalidad y una posible adicción a internet. En estudios realizados con población joven se ha relacionado un alto neuroticismo, baja afabilidad y baja responsabilidad con un uso problemático de internet (Puerta Córtes y Carbonell, 2014).

3. *Observar si hay diferencias de consumo entre los jóvenes con un Patrón de Conducta Tipo A (PCTA) y B (PCTB) en el consumo de sustancias como el tabaco, alcohol, tranquilizantes, cannabis, cocaína y alucinógenos.*

Existen diferencias significativas entre los jóvenes con un patrón de conducta tipo A y jóvenes con patrón de conducta tipo B para el consumo de tabaco, alcohol, tranquilizantes, cannabis, cocaína y alucinógenos. Es decir, los jóvenes con PCTA presentan más probabilidad de presentar un problema relacionado con el consumo de sustancias que los jóvenes pertenecientes al grupo PCTB.

4. *Observar si hay diferencias en el uso de la tecnología y de posibles adicciones conductuales como Internet, compras, juego, etc. entre jóvenes con un Patrón de Conducta Tipo A (PCTA) y B (PCTB).*

Existen diferencias significativas entre los jóvenes con un patrón de conducta tipo A y jóvenes con patrón de conducta tipo B para el juego, compras, internet y móvil, encontrándonos que los jóvenes que presentan mayor relación con el juego y las compras, uso de internet y el móvil de la muestra total son los jóvenes con PCTA. Es decir, tienen mayor riesgo de realizar un uso excesivo, cercano en algunos casos a una adicción, de conductas como comprar, jugar, uso del móvil y de Internet.

5. *Tratar de predecir el riesgo que supone presentar un PCTA/PCTB frente al consumo abusivo de sustancias y en la realización excesiva de conductas como navegar por Internet, compras y juego.*

Los jóvenes con PCTB tienen menos probabilidad de riesgo de presentar una posible adicción al consumo de tranquilizantes y alucinógenos que los jóvenes con PCTA.

Los jóvenes con PCTB tienen menos probabilidad de riesgo de presentar una posible adicción a las compras que los jóvenes con PCTA. Este resultado no coincide exactamente con otros trabajos de investigación realizados anteriormente, en los que se señala que existe una relación entre el PCTA y un uso problemático o adictivo a los videojuegos Griffiths y Dancaster (1995). También, hay trabajos como el de Feist, Feist y Roberts (2015) que señalan que existe relación entre el patrón de personalidad y un uso compulsivo de internet. Concretamente, Gutiérrez et al., (2014) correlacionaron impulsividad y juego patológico.

Considerando estos resultados, se podría decir que la relación de la personalidad Tipo A y las compras compulsivas es mayor que en la personalidad Tipo B. Aunque no existe una “personalidad adictiva”, hay características de personalidad como el PCTA que predisponen

a una mayor vulnerabilidad individual con respecto a las conductas adictivas. En ese sentido, Villella et al. (2011) y Pérez et al. (2012) corroboran los mismos resultados que los afirmados en este trabajo, pero enfatizan la necesidad de más estudios que exploren la relación de los rasgos de personalidad asociados a las conductas adictivas. Alvarado-Sotomayor, González-Valles, Rosario y Aponte (2013) argumentan que el PCTA está sobre todo relacionado con la adicción en personas más propensas al estrés y con disposiciones conductuales como la ambición, agresividad, competitividad, impaciencia e impulsividad, que son algunas de las características del patrón de personalidad tipo A como está descrito en la parte teórica de la presente tesis.

6. Describir el patrón de consumo de personas jóvenes agrupadas en función de características de la personalidad como la impaciencia, la hostilidad, la competitividad y la sobrecarga laboral.

Como se ha comentado en el análisis de resultados, a lo largo de la realización de esta Tesis doctoral, nos pareció interesante observar las conductas adictivas de esta muestra de jóvenes teniendo en cuenta otra combinación de los rasgos de la personalidad. Así, después de realizar el análisis clásico del PCTA/B a partir del cual se desestimaba gran parte de la muestra, realizamos un análisis de Clúster. Con dicho análisis se pudo contar con un número mayor de muestra, obteniendo 4 grupos diferentes de jóvenes en función de las características que caracterizaban al PCTA (hostilidad, impaciencia, competitividad y sobre carga laboral). Así denominamos a los grupos como Grupo 1: patrón de conducta tipo B (puntuaciones bajas en todos los factores de personalidad); Grupo 2: grupo normal-hostilidad; Grupo 3: competitividad-sobrecarga laboral; y Grupo 4: competitividad-hostilidad.

Concretamente en el consumo de tabaco, el grupo 2 (normal-hostilidad) es el que presenta mayor frecuencia de consumo en los últimos 30 días, seguido del grupo 1 (PCTB) y el grupo 3 (competitividad-sobrecarga laboral). En el caso del grupo 4 (competitividad-hostilidad) parece que es el que menor frecuencia de consumo habitual presenta en comparación con los otros grupos. En este último caso la frecuencia de experimentación de las sustancias también es menor en comparación con el resto de grupos.

En cuanto al consumo de tranquilizantes, el grupo 1 (PCTB) y 2 (normal-hostilidad) son los que presenta mayor frecuencia de consumo en los últimos 30 días y también los grupos

que en más ocasiones han experimentado con dichas sustancias de forma ocasional. El grupo 3 (competitividad-sobrecarga laboral) parece que es el que menor frecuencia de consumo habitual presenta en comparación con los otros grupos, grupo que está relacionado con las dimensiones relacionadas con el PCTA.

En el consumo de alcohol, continúa siendo el grupo 2 (normal-hostilidad) el que presentan mayores consumos en los últimos 30 días, a pesar de que es el grupo 1 (PCTB) el que experimenta con el alcohol a lo largo de su vida en mayor proporción. Resultado que coincide con los encontrados en las encuestas nacionales donde se ve que el alcohol es la droga con la que los jóvenes se inician en el consumo de sustancias adictivas.

En cuanto al consumo de cannabis, los resultados indican también que el grupo 2 es el que presentan mayor frecuencia de consumo tanto de forma ocasional como habitual.

Con respecto al consumo de cocaína, el consumo en los últimos 30 días aparece como más frecuente en el grupo 2 y 4, aunque el grupo 2 sea el que más frecuencia de experimentación de consumo de cocaína presenta.

Por último, teniendo en cuenta el consumo de alucinógenos, el grupo 4 es el que presentan mayor consumo en los últimos 30 días, a pesar de que el grupo 2 es el que más ha experimentado con los alucinógenos. Resultado que coincide con las investigaciones actuales en las que se observa que el consumo experimental de sustancias es generalizado en jóvenes pero que el consumo habitual como se refuta en esta tesis parece que tiene que ver más con las características o rasgos de personalidad individuales de cada persona, en concreto con dimensiones del PCTA (hostilidad, sobrecarga, impaciencia, competitividad).

7. Describir el uso del móvil, Internet, y las conductas de comprar y jugar en jóvenes en función de características de la personalidad como la impaciencia, la hostilidad, la competitividad y la sobrecarga laboral.

En general, el grupo de jóvenes del *Grupo 2: normalidad-hostilidad* ha sido, de nuevo, el que mayor índice de frecuencia ha presentado en todas las conductas susceptibles de adicción como comprar, jugar, uso problemático de internet y móvil.

8. Observar si hay diferencias de consumo entre los jóvenes agrupados en función de características de la personalidad como la impaciencia, la hostilidad, la

competitividad y la sobrecarga laboral en el consumo de sustancias como el tabaco, alcohol, tranquilizantes, cannabis, cocaína y alucinógenos.

Las diferencias observadas entre los grupos han sido estadísticamente significativas. Estos resultados los encontramos tanto en el tabaco, tranquilizantes, alcohol, cannabis y cocaína. Concretamente a partir del análisis de post-hoc se ha podido observar que el grupo que más diferencias establece es el grupo 4. Es decir, el consumo de tabaco es diferente según el grupo de personalidad, siendo el grupo 4 (competitividad-hostilidad) el que presenta mayores diferencias en cuanto al consumo. Para el consumo de tranquilizantes, las mayores diferencias en el consumo se encuentran en el grupo 4 también, aunque la relación que se establece con el grupo 2 es inversa. En cuanto al alcohol, el grupo 4 sigue siendo el que mayores diferencias presenta con respecto a los otros grupos de personalidad. En cuanto al consumo de cannabis, las diferencias encontradas aparecen con respecto al grupo 4 también. Para el consumo de cocaína también se establecen diferencias significativas y el grupo que más presenta estas diferencias es el grupo 4. Para el consumo de drogas de diseño, las mayores diferencias se encuentran en el grupo 4 también, estableciéndose muy significativas. Y en cuanto al consumo de alucinógenos, se establece una relación muy significativa con respecto al grupo 4. En general, parece que el grupo 4 es el que menor consumo presenta en comparación con el resto de grupos, entre los cuales (1,2,3) las diferencias no son tan fuertes.

Estos resultados son coherentes con estudios anteriores que han puesto de manifiesto la asociación entre hostilidad y consumo de tabaco y alcohol (Johnson, Hunter, Amos y Elder, 1989), así como el patrón de tolerancia a la bebida y su efecto ansiolítico en los desórdenes de ansiedad de personas con PCTA (Wilson, 1988).

9. *Observar si hay diferencias en el uso de la tecnología y de posibles adicciones conductuales como Internet, compras, juego, etc. entre jóvenes agrupados en función de características de la personalidad como la impaciencia, la hostilidad, la competitividad y la sobrecarga laboral.*

Se observan diferencias estadísticamente significativas en todas las conductas adictivas: uso problemático del móvil, juego patológico, uso problemático de internet y compras compulsivas. El grupo que presenta mayor frecuencia de uso y posible adicción a la realización de conductas como comprar, jugar, usar el móvil y navegar por Internet es el grupo 4: competitividad-hostilidad. Es decir, el grupo 4 presenta diferencias en cuanto a la probabilidad de hacer un uso problemático del móvil en comparación con el resto de grupos. Por lo que, los jóvenes a los que les caracterizan rasgos de la personalidad como la competitividad y la hostilidad tienen más posibilidades de presentar patrones de conducta adictivos y llegar a desarrollar un problema de adicción.

5.1.1. Limitaciones

Como limitaciones determinadas por el propio diseño del estudio, destaca la recogida de datos en el entorno universitario. En ese caso, la recogida de datos se llevó a cabo en la propia aula, que, si bien es el entorno más accesible, también conlleva un cierto sesgo de selección y una infraestimación en los resultados.

Hay que hacer referencia al sesgo de deseabilidad social inherente al uso de autoinformes, que es de suponer no será muy acusado ya que se garantizó a los participantes su anonimato (Font-Mayolas et al., 2006).

Además, es necesario señalar que a pesar del interés que suscitan los resultados de la regresión logística, es necesario ser precavido a la hora de generalizar dichos resultados, ya que el tamaño de la muestra de jóvenes en riesgo es pequeño y no todos son clasificados correctamente.

Otra de las limitaciones de este trabajo de investigación, es que los resultados que se han obtenido de algunas sustancias (cocaína y alucinógenos) deben ser interpretados con cautela debido al reducido número de jóvenes que consumen dichas sustancias en comparación con aquellos que han declarado que no consumen. Comparar un número tan reducido de casos puede suponer un sesgo considerable para una adecuada interpretación de los resultados.

Además, no podemos olvidar otros factores de riesgo como los asociados al contexto social, familiar, cultural y/o hereditario de los participantes. Además, hay que profundizar más el conocimiento respecto al PCTA y el análisis de las variables aquí investigadas y sus aportaciones.

5.1.2. Futuras líneas de investigación

En este sentido, para futuras líneas de investigación, sería interesante replicar este tipo de trabajos con instrumentos de evaluación más adecuados que detecten aquella población susceptible de estar en riesgo; ampliar estudios que consideren los aspectos cognitivos que subyacen a estas conductas de cara a planificar actuaciones con estos jóvenes; y profundizar en las variables de protección y de riesgo que están interviniendo en la adicción tanto del consumo de sustancias como en la realización de conductas que son susceptibles en sí mismas de desarrollar una adicción.

5.2. CONCLUSIONES

La falta de investigaciones empíricas previas sobre el patrón de personalidad tipo A y su relación con las conductas adictivas desde el modelo biopsicosocial nos llevó a plantear esta tesis doctoral. Del análisis de los resultados obtenidos tras poner a prueba las hipótesis planteadas y de su discusión, podemos extraer las siguientes conclusiones:

- Los jóvenes que presentan un patrón de personalidad tipo A consumen más tabaco, alcohol, tranquilizantes, cannabis, cocaína, alucinógenos, que los jóvenes que presentan un patrón de personalidad tipo B. Y presentan más probabilidad de presentar un problema relacionado con el consumo de sustancias que los jóvenes pertenecientes al grupo PCTB.
- Los jóvenes con PCTA presentan un mayor riesgo de consumir tranquilizantes y alucinógenos que los jóvenes con PCTB.
- Los jóvenes que presentan un patrón de personalidad tipo A realizan más conductas susceptibles de adicción como comprar, jugar y tener un uso excesivo de internet y de móvil que los jóvenes con un patrón de personalidad tipo B.

- Los jóvenes con un PCTB presentan un menor riesgo de tener una adicción a las compras en comparación con el grupo de jóvenes con PCTA.
- El grupo de jóvenes con características de personalidad del *grupo 2: normalidad-hostilidad* presentan el mayor número de conductas como como comprar, jugar, o usar internet o móviles, susceptibles de desarrollar una adicción.
- El grupo de jóvenes que presenta mayor probabilidad de una probable adicción conductual al juego, internet, compras y móvil es el grupo 4: competitividad-hostilidad.
- Los jóvenes del grupo 2 (normal-hostilidad) son los que presentan un mayor consumo habitual, siendo los que han probado las sustancias en mayor proporción. Estos resultados los encontramos en tabaco, tranquilizantes, alcohol, cannabis y cocaína, alucinógenos.

Por último, es necesario hacer referencia, a modo de conclusión general, algunos aspectos sobre la relación del PCTA y las conductas adictivas en los jóvenes. Algunos estudios publicados sobre la relación entre determinados factores psicosociales y enfermedades adictivas señalan que características como el patrón de conducta tipo A, aparece como un factor de riesgo a considerar por las posibles consecuencias que puede tener sobre la salud y el bienestar de las personas. Este constructo, que mayoritariamente se ha analizado en pacientes cardiacos, en los últimos años se ha empezado a estudiar en el ámbito de otras patologías, como las adicciones o conductas de riesgo y en población no clínica, como se ha recogido ampliamente en el marco teórico.

Este trabajo dispone de suficientes evidencias indicativas de la existencia de relación entre conductas adictivas y patrón de personalidad Tipo A. Aceptando que dicho estilo de comportamiento es un factor de riesgo para conductas adictivas.

El patrón de conducta tipo A en numerosos estudios se relaciona con mayores niveles de inestabilidad emocional, mayor extraversión y mayor psicoticismo, así como un marcado perfil de búsqueda de sensaciones (Saiz, González, Jiménez, Delgado, Liboreiro, Granda, Bobes, 1999) características que se relacionan a su vez con conductas de inicio y

mantenimiento de consumo de sustancias adictivas y de conductas de riesgo.

El consumo de sustancias está relacionado con el PCTA en estudios anteriores, como los desarrollados por Le Bon et al. (2004); Leventhal et al. (2007) y Folsom et al. (1984). En concreto, autores como Fernández-Montalvo y Echeburúa (1998). Éstos señalan que algunas características que definen a las personas con conductas adictivas, coinciden con las características de las personas que presentan un Patrón de Conducta Tipo A.

En los últimos años, las investigaciones relacionadas con el patrón de conducta tipo A como predictor de trastornos se han centrado sobre todo en la predisposición conductual que indica más eficazmente la posibilidad de presentar un trastorno cardiovascular; así, hablamos de la dimensión hostilidad, encontrando que el complejo ira-hostilidad-agresión posee una capacidad predictiva para el riesgo de sufrir una enfermedad coronaria (Spielberg, Krasner y Solomon, 1988). Esta misma dimensión es la que hemos encontrado en nuestro trabajo que funciona como predictor de posibles trastornos adictivos, ya que los participantes más hostiles son más proclives que los no hostiles a desarrollar conductas adictivas o problemas de consumo de sustancias.

Existen varios modelos teóricos que explican esta asociación entre la salud y la hostilidad, el *Modelo Conducta-Salud*, de Leiker y Hailey (1988) sugiere que las personas más hostiles presentan además malos hábitos de salud (correlaciones entre hostilidad y consumo excesivo de bebidas alcohólicas, tabaquismo, falta de ejercicio físico, poco cuidado personal, etc..) que además hace que tengan muy baja adherencia a los tratamientos y consejos médicos.

La intervención preventiva ante el consumo de sustancias y conductas adictivas debe incluir, necesariamente actuaciones, tanto sobre los factores de riesgo tradicionales como sobre los relacionados con el PCTA y con el constructo de ira y hostilidad. El principal fin ha de ser reducir el uso de sustancias o de conductas adictivas en sustitución de técnicas que reduzcan la tensión y eliminen los factores estresores de los jóvenes.

Existen varios modelos teóricos que realizan cambios en los comportamientos, uno de ellos es el llamado *Modelo de Competencia* (Albee, 1980; Costa y López, 1983, 1986), que se basa en enseñar a las personas a controlar el comportamiento definido como Patrón de conducta tipo A. Se define como el conjunto de recursos y esfuerzos que hacen los

individuos para manejar las demandas del entorno y cumple dos funciones diferentes: resolución de problemas y regulación de la emoción (Cohen, 1987; Pearling&Schooler, 1978). Se trataría de potenciar los recursos de competencia o amortiguadores del estrés (Peiró & Salvador, 1993).

Esta contribución es muy relevante para investigaciones futuras ya que se puede identificar y trabajar de una forma positiva qué variables influyen en el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias y contribuir así, a la construcción de mejores estrategias de prevención y de intervención en población general.

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

PARTE IV. REFERENCIAS

- Aberastury, A. (1980). *Adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Abreu, C. N. (2016). *Psicologia do Cotidiano*. São Paulo: Artemed.
- Abreu, C. N., Eisenstein, E., & Estefenon, S. G. B. (2013). *Vivendo esse mundo digital*. Porto Alegre: Artemed.
- Abreu, C. N., Tavares, H., & Cordás, T. C. (2008). *Manual Clínico dos transtornos do controle dos impulsos*. 1 (1). Porto Alegre: Artemed.
- Abisi, M. H. (2006). Pueden los factores psicosociales desencadenar un síndrome coronario agudo? *Conarec*, 22 (85), 105-117.
- Acoger. (2014, Octubre 29). La adicción a los juegos 'on line' se dispara entre los jóvenes. *Diario de Córdoba*.
- Adan, A. (2012). Impulsividad funcional y disfuncional en jóvenes con consumo intensivo de alcohol (binge drinking) *Adicciones*, 24 (1), 17-22.
- Adler, A. (1967). *A Ciência da Natureza Humana*. (6). São Paulo: Ed. Nacional.
- Aguini, E. C., & Hernandez-Pozo, M. R. (2008). Evaluación de la impulsividad en fumadores: una revisión sistemática. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*. 34 (2), 293-311.
- Aleixandre, N. L., Dols, S. T., Serrano, J. A., & Navarro, S. T. (2011). Consumo de cannabis: ¿los factores de riesgo y protección varían según la edad? *Revista Española de Drogodependencias*, 36 (4). 427-438.
- Allen, K. (1993). Attitudes of registered nurses toward alcoholic patients in a general hospital population. *Int J Add.*, 28 (9), 923-930.
- Alvarado-Sotomayor, H., González-Valles, R., Rosario, I., & Aponte, H. (2013). Patrón de conducta tipo A, estrés ocupacional y síntomas musculoesqueléticos en empleados de cuello blanco. *Revista Informes Psicológicos*, 13 (1), 117-134.
- Álvaro, J. L., Torregrosa, J. R., & Luque, A. G. (1992). *Influencias sociales y psicológicas en la salud mental*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- American Academy of Family Physicians Stress (2000). *Stress: helping your family cope with life's challenges*. AAFPS. 62, 10. 2353-4.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5) Porto Alegre: Artmed.

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

- Andrade, A. G., Duarte, P. C. A. V., & Oliveira, L. G. D. (2010). *Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras*. (1). Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Antidrogas. (2016, junio 27). *Dependência*. Disponible en: <http://www.antidrogas.com.br/dependencia.php>
- Araújo, T. (2012). *Almanaque das Drogas*. São Paulo: Leya.
- Araújo, R. (2013). *Guia de Terapias cognitivo-comportamentais para os transtornos do exagero: tratando pacientes da vida real*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Arenas, F. J., Carmona, J., Rodriguez, A., & Tatnell, R. (2002). *Patrones de consumo de drogas en la Universidad de Córdoba*. Córdoba: Patronato Provincial de Servicios Sociales de Córdoba.
- Arteaga, A., Fernández-Montalvo, J., & Lopez-Goñi, J. J. (2012). Diferencias en variables de personalidad en sujetos adictos a drogas con y sin conductas violentas. *Acción Psicológica*, 9 (1), 19-32.
- Asimov, I. (2013). *Historia y cronología de la ciencia y los descubrimientos*. Barcelona: Planeta.
- Baker, L. J., Deaborn, M. J., Hastings, J., & Hamberger, K. (1984). Type A behavior in women: a review. *Health Psychology*, 3, 447-497.
- Barlow, D. H., & Durand, M. (2010). *Psicopatología: una abordagem Integrada*. São Paulo: Cengage Learning.
- Bayón, C., & Caña, F. (2004). *Categorización y diagnóstico: problemas de evaluación*. Barcelona: Roca Bennisar.
- Beck, A., & Freeman, A. (1993). *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Becoña, E. (2002). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de las drogas*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Becoña, E. (2006). *Adicción a las nuevas tecnologías*. Vigo: Nova Galicia Edicions.
- Becoña, E. (2007a). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*. 28 (1).
- Becoña, E. (2007b). Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Adicciones*, 91 (1), 89-101.
- Becoña, E. (2009). Factores de riesgo y de protección en la adicción a las nuevas tecnologías. En: Echeburúa, F. J., Labrador, & E. Becoña. *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E., Cortéz, M. C. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especializados en clínica en formación*. Madrid: Socidrogalcohol.

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

- Becoña, E., López, A., Vázquez, J., & Lorenzo, C. (2006). Resiliencia y consumo de alcohol en jóvenes. *Salud y drogas*, 6 (1), 89-111.
- Becoña, E., López-Durán, A., Fernández-del-Río, E., Martínez, U., Fraga, J., Osorio, J., Arrojo, M., López-Creceante, F., & Domínguez, M. N. (2012). ¿Podemos predecir el uso de psicoestimulantes en jóvenes? Un estudio a partir de un modelo de ecuaciones estructurales. *Adicciones*, 24 (4), 339-346.
- Bermúdez, J., Sánchez-Elvira, M. A., & Pérez, A. M. (1991). Medida del Patrón de Conducta Tipo-A en muestras españolas: el JAS para estudiantes. *Boletín de Psicología*, 31, 41-77.
- Bermúdez, J., Pérez, A.M., & San Juan, P. (2003). *Psicología de la Personalidad: Teoría e Investigación*. (1), Madrid: UNED.
- Bernardo, M., L. (2014). *O que é dependência química*. Capivari: Independenta.
- Berruecos, V. L. (2010). Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, conclusiones y aclaraciones. *Revista Cuicuilco*, 17 (49), 61-81.
- Bertolote, J. M. (2006). *Glossário de álcool e drogas*. Brasília: Tradução e Notas.
- Bianchi, A., & Phillips, J. G. (2005). Psychological predictors of problem mobile phone use. *Cyberpsychology & behavior*, 8, 39-51.
- Blanco, C. D., Prieto, A. T., Vicent, V. G., & Alonso, C. R. (2013). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y dependencia de sustancias depresoras. Una revisión. *Adicciones*, 25 (2), 171-186.
- Boermans, J. A., Egger, J. I. (2010). Compulsive buying or oniomania: an overview. *Tijdschr. Psychiatr.*, 52 (1), 29-39.
- Borrego, R. (2012). *Consumos e estilos de vida dos estudantes do ensino superior*. Lisboa: Ministério da Educação e Ciência.
- Bucher, R. (1992). *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Medicas.
- Calvete, E., & Estévez, A. N. A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21 (1).
- Carbonell, X. (2013). De la adicción a Internet al trastorno del juego en Internet? In M. T. Laespada & A. Estévez, *Existen adicciones sin sustancia?* (153pp). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Carbonell, X. (2014). La adicción a los videojuegos en el DSM-5. *Adicciones*, 26 (2), 91-95.
- Carbonell, X., Fúster, H., Lusar, A. C., & Oberst, U. (2012). Adicción a internet y móvil: una revisión de estudios empíricos españoles. *Papeles del psicólogo*, 33 (2), 82-89.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (2001). *The changing family life cycle: a framework for family therapy*. Porto Alegre: Artes Médicas.

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

- Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. (2015). Tests of the effects of adolescent early alcohol exposures on adult outcomes. *Addiction*, 110, (2), 269-78.
- Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. (2015, marzo 31). *Ansiolíticos ou tranqüilizantes*. Disponible en: http://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/ansioliticos.htm
- Certo, S. C. (2009). *Supervisão: conceito e capacitação*. (6), São Paulo: MacGraw-Hill.
- Chen, J., Liang, Y., Mai, C., Zhong, X., & Qu, C. (2016). General Deficit in Inhibitory Control of Excessive Smartphone Users: Evidence from an Event-Related Potential Study. *Frontiers in psychology*, 7.
- Chicharro, J., Pedrero, E. & Perez, M. (2007). Autoeficacia para resistirse al consume de sustancias como predictora de resultados de tratamiento y su reacción con variable de personalidad. *Adicciones*, 19 (9), 141-152.
- Clark, L., Robbins, T., Ersche, K., & Sahakian, B. (2006). Reflection Impulsivity in current and former substance users. *Biological Psychiatry*, 60, 515-522.
- Colino, N., & Pérez-de-León, P. (2015). Burnout syndrome in a group of secondary school teachers in montevideo. *Ciencias Psicológicas*, 9 (1), 27-41.
- Coll, C., & Monereo, C. (2008). Educación y aprendizaje en el siglo XX Nuevas herramientas, nuevos escenarios, nuevas finalidades. En: CcC. y Caries Monereo (Eds.). *Psicología de La Educación virtual. Aprender y enseñar con las Tecnologías de la Informacion y la Comumcaclon*. Madrid. Morata.
- Comissão Européia Bruxelas (2015, agosto). *Relatório da comissão ao parlamento europeu, ao conselho, ao comité económico e social europeu e ao comité das regiões relatório sobre a política da concorrência*. http://ec.europa.eu/competition/publications/annual_report/2014/part1_pt.pdf.
- Contreras, S. E., & Oliva, F. E. (2015). *Consumo de Drogas y Percepción de Riesgo en Jóvenes del Cuvalles de la U. de G.*, RIDE, 5 (10).
- Correa, M. A, Del-Paso, G. A. R, Leon-Garcia, A, & Jareño, M. I. (2006). Optimismo/ Pessimismo Disposicional y Estrategias de Afrontamiento del Estrés. *Psicotema*, 18 (001), 66-72.
- Correia de Moura, D. (2013). Abordagens no campo da comunicação e o contemporâneo da mobilidade: jovens e o desafio smartphone. *Razón y Palabra*, 18 (84).
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. En: Amarante, P., org. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Cox, T., Griffiths, A., & Rial-Gonzalez, E. (2000). *Research on work-related stress*. Luxembourg: European Agency for Safety & Health at Work.
- Crane, E., (1980). *A book of honey*. Oxford University Press: Oxford.

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

- Cuerno-Clavel, L. (2013). Uso y abuso de sustancias psicoactivas: Cultura y sociedad. *Policía y Seguridad Pública*, 2, 65-111.
- Cumming, P., Caprioli, D. & Dalley, J. W. (2010). What have PET and 'Zippy' told us about the neuropharmacology of drug addiction? *BRJ Pharmacol*, 1476-5381.
- Davidoff, L. (1983). *Introdução à psicologia*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil.
- De-la-Villa-Moral, M, & Ovejero, A. (2011). Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles: tendencias emergentes y percepciones de riesgo. *Universitas Psychologica*, 10 (1), 71-87.
- De-la-Villa-Moral, M. V., Rodríguez, F. J, & Ovejero, A. (2010). Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Salud Pública de México*, 52 (5), 406-415.
- Delgado, A. O. (2015). *Riesgos y beneficios asociados al uso de las nuevas tecnologías de la información*. 6 Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente. Lisboa: Fundação Minerva.
- Delgado, J. (1991). *A Loucura na Sala de Jantar*. São Paulo: Ed. Resenha.
- Denegri, C. M. C., Sepúlveda Aravena, J., & Godoy Bello, M. P. (2011). Actitudes hacia la Compra y el Consumo de estudiantes de Pedagogía y profesores en ejercicio en Chile. *Psicología desde el Caribe*, 28, 1-23.
- Dias, A. M. (2003). *Regresso ao trabalho após coronariopatia isquémica: subsídios para a identificação de alguns factores*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Faculdade de medicina de Coimbra.
- Díaz-Costa, A. J. (2007). Avaliação de características específicas de la personalidad en diferentes transtornos físico. *Investigación en psicología*, 10 (1), 173-176.
- Dicionário de Psicologia (2016, Mayo 29). Disponible en: http://www.portaldapsique.com.br/Dicionario_de_psicologia.htm.
- Diehl, A., Cordeiro, D. C., & Laranjeiras, R. (2011). *Dependência Química Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas*. Ed Artmed: Porto Alegre.
- Doran, N., McChargue, D., & Cohen, L. (2007). Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addictive Behaviors*, 32, 90-98.
- Duarte, M.(1977). *O livro das Invenções*. 11, São Paulo: Cia das Letras.
- Duva, S. M., Silverstein, S. M., & Spiga, R. (2010). Impulsivity and risk-taking in co-occurring psychotic disorders and substance abuse. *Psychiatry*, 24.
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Echeburúa, E. (2003). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet*. 2º ed, Bilbao: Desclée de Brouwer.

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

- Echeburúa, E. (2012). Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 37 (4).
- Echeburúa, E., Corral, P., & Amor, P. J. (2005). El reto de las nuevas adicciones: objetivos terapéuticos y vías de intervención. *Psicología conductual*, 13, 511-525.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22 (2), 91-96.
- Echeburúa, E., Labrador, F. J., & Becoña, E. (2009). *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes*. Madrid: Pirámide.
- Eckschmidt, F., Andrade, A. G. D., & Oliveira, L. G. D. (2013). Comparação do uso de drogas entre universitários brasileiros, norte-americanos e jovens da população geral brasileira. *J Bras Psiquiatr*, 62 (3), 199-207.
- Edwards, G., & Lader, M. (1994). *A natureza da dependencia de drogas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Edwards, G., Marshall, E., & Cook, C. (2003). *O tratamento do Alcoolismo. Um guia para profissionais de saúde*. 4, Porto Alegre: Artmed.
- Escohotado, A. (2008). *Historia General de Las Drogas*. 8º ed., Madrid: ESPASA.
- Estévez, A., Herrero, D. & Sarabia, I. (2013). *Factores facilitadores de conductas adictivas de juego patológico en jóvenes y adolescentes*. Documento técnico no publicado. In M. T. Laespada & A. Estévez, *Existen adicciones sin sustancia?* Bilbao: Universidad de Deusto.
- Evangelista, V. M., A. (2013). Levantamento sobre uso de álcool, tabaco e outras drogas, redes de apoio e apoio social entre universitários. Dissertação de Mestrado Universidade Estadual Paulista, Brasil.
- Européia, C. D. C. (2001). Livro branco da comissão Europeia: *Um novo impulso à juventude Européia*. Bruxelas: CE.
- Eysenck, H. J. (1991). Personality, stress, and disease: An interactionist perspective. *Psychological Inquiry*, 2, 221-232.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1976). *Psychoticism as a dimension of personality*. New York: Crane, Russak & Co.
- Fantín, M. B. (2006). Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. *Latinoamericana*, 1-8.
- Feist, J., Feist J. G., & Roberts, T. (2015). *Teorias da personalidade*. 8º Ed, Porto Alegre: AMGH.
- Feist, J. & Feist, J. G. (2006). *Theorias da personalidade*. 6º ed. São Paulo: McGraw-Hill.

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

- Fergusson, D., Boden, J., & Horwood, L. (2008). The developmental antecedents on illicit drug use: Evidence from a 25-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 165-177.
- Fernández, F. A. (1992). *Alcoholdependencia, Personalidad del acohólico*. 3° ed., Barcelona: Masson-Salvat.
- Fernández-Hermida, J. R., Carballo, J. L., Secades, R., & García-Rodríguez, O. (2007). Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. Análisis de la relación y consecuencias. *Papeles del Psicólogo*, 28 (1), 2-10.
- Fernández, L. O., Horrúppia-Serrano, M. L., & Blannxart, F. M. (2012). Adaptación española del "Mobile Phone Problem Use Scale" para población adolescente. *Adicciones*, 4 (2).
- Fernández, P. L., Ladero, J. M., Leza, J. C., & Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias*, Madrid: Medica Panamericana.
- Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E., & Baéz, C. (1997). El cuestionario breve de juego de juego patológico (CBJP): un nuevo instrumento de 'screening'. *Análisis y Modificación de conducta*, 21 (76), 211-225.
- Fernández-Montalvo, J., & Echeburúa, E. (1998). Adicción al trabajo. *Psicopatología y psicología clínica*, 3 (2), 103-120.
- Fernández-Montalvo, J. & López-Goñi, J. J. (2010). *Addicciones sin Drogas: Características y vías de intervención*. 8 ed., Universidad Pública de Navarra.
- Fernández-Serrano, M. J., Perales López, J. C., Moreno-López, L., Santos-Ruiz, A., Pérez-García, M., & Verdejo García, A. (2012). Impulsividad y compulsividad en individuos dependientes de cocaína. *Adicciones*, 24 (2), 123-130.
- Figlie, N. B., Bordin, S., & Laranjeiras, R. (2010). *Aconselhamento em Dependência Química*. 2°ed. São Paulo: Roca.
- Florez-Alarcon, L., Botero, M. M. & Jimenez, B. M. (2005). *Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica*. Bogotá: ALAPSA.
- Folson, A. R., Hughes, R. J., Buehler, F. J., Mittelmark, B. M., Jacobs, D. R., & Grimm, R. H. (1985). Do Type A Men Drink More Frequently than Type B Men? Findings in the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). *Journal of Behavioral Medicine*, 8 (3).
- Fontaine, O., Kulbertus, H., & Étienne, A. M. (1998). *Stress e cardiologia*. Lisboa: Climepsi.
- Franco, T. B., Bueno, W. S., & Merhy, E. E. (1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. saúde pública*, 15 (2), 345-353.
- Friedman, H. S., & Schustack, M. W. (2004). *Teorias da Personalidade: da teoria clássica à pesquisa moderna*. São Paulo: Prentice Hall.
- Friedman, M., & Rosenmann, R. (1959). *Conducta tipo A y su corazón*. Barcelona: Grijalbo.
- Friedman, M., & Rosenman, R. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York: Knopf.

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

- Fundación Telefónica (2015). *La sociedad de la información en España 2014*. Barcelona: Ariel.
- Gamble, C. (2002). *Arqueología básica*. Barcelona: Ariel.
- García del Castillo, J. A. (2013). Adicciones tecnológicas el auge de las redes sociales. *Health and Addictions*, 13 (1), 5-14.
- Geadá, M. (1996). Mecanismos de defenza de Coping e níveis de Saúde em adultos. *Análise Psicológica*, 2-3 (XIV), 191 - 201.
- Giedd, J. N. (2012). The Digital Revolution and Adolescent Brain Evolution. *Journal of Adolescent Health*, 51 (2012), 101–105.
- Gigliotti, A., & Guimarães, A. (2007). *Dependência, compulsão e impulsividade*. Rio de Janeiro: Rubio.
- Gil-Lacruz, M., & Izquierdo, A. (2004). Intervención en el patrón de conducta Tipo A: Un modelo interdisciplinar. *Persona, Universidad de Zaragoza*, 7, 71-85.
- Gonçalves, B. G. & Nuernberg, D. (2012). A dependência dos adolescentes ao mundo virtual. *Revista de Ciências Humanas*, 46, (1), 165-182.
- Gómez, C. P. (org) (2009). *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Gomes-Fraguela, J. A. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), 581-597.
- Griffiths, E., Marshall, J., & Cook, C. C. H. (2005). *O Tratamento do Alcoolismo*. 4 ed. São Paulo: Artmed.
- Griffiths, M. D., & Dancaster, I. (1995). The effect of Type A personality on physiological arousal while playing computer games. *Addictive Behaviors*, 20 (4), 543-548.
- Guardado, C. (2000). Estrés: factor de riesgo cardiovascular. *Cardiología actual*. 9 (89), 2822-2838.
- Gutiérrez, A. E., Fernández, D. H., Gonzalvo, I. S., & Bilbao, P. J. (2014). El papel mediador de la regulación emocional entre el juego patológico, uso abusivo de Internet y videojuegos y la sintomatología disfuncional en jóvenes y adolescentes. *Adicciones*, 26 (4), 282-290.
- Gutiérrez, J. M. (2001). *Ergonomía y psicología en la empresa*. 1º ed., Madrid: CISSPRAXIS.
- Gutiérrez, S. J., Valladolid, G. R., & Fonseca, F. R. (2013). La impulsividad ¿Antesala de las adicciones comportamentales? *Health and Addiction*, 13 (2), 145-155.
- Hall, C. S., Lindzey, G., & Campbell, J. B. (2000). *Teorias da personalidade*. Porto Alegre, Artmed.

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

- Hayaki, J., Stein, M. D., Lessor, J. A., Herman, D. S., & Anderson, B. J. (2005). Adversity among drug users: Relationship to impulsivity. *Drug and Alcohol Dependence*, 78, 65–71.
- Hernández-Serrano, O., Font-Mayolas, S., & Gras, M. G. (2015). Poli-consumo de drogas y su relación con el contexto familiar y social en jóvenes universitarios. *Adicciones*, 27 (3), 205-212.
- Hoffman, L., Scott, P., & Hall, E. (1995). *Psicología del desarrollo hoy*. 6 ed, 1, Madrid: McGraw-Hill.
- Hoffman, L., Scott, P., & Hall, E. (1996). *Psicología del desarrollo hoy*. 6 ed, 2, Madrid: McGraw-Hill.
- Huebner, D. (2009). *O que fazer quando você reclama demais: um guia para as crianças superarem a negatividade*. Porto Alegre: Artmed.
- IAB-Brasil (2014, Mayo 3). *Pesquisa de Mercado*. Disponible en: <http://iabbrasil.net/guias-e-pesquisas/mercado/numeros-de-investimento-em-midia-online-2014-2015>.
- Inalba, D. S., & Cohen, W. E. (1991). *Drogas Estimulantes Depressores Alucinogenos*. Rio de Janeiro: Erca.
- International Telecommunication Union (2015). *Facts and Figures: The world in 2015*. ICT.
- Intra, M. V., Roales-Nieto, J. G., & Moreno San Pedro, E. (2011). Cambio en las conductas de riesgo y salud en estudiantes universitarios argentinos a lo largo del periodo educativo. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11 (1).
- Iribarría, J. P., Gómez, L. P., & Oleffe, M. F. (2009). *Adicciones y nuevas tecnologías de la información y de la comunicación*. Gobierno de la Rioja.
- Jáuregui, I. (2007). Droga y Sociedad: La personalidad Adictiva de Nuestro Tiempo. *Nómadas*. 16, (2), Gran Canaria.
- Jenkins, C. D., Zyzanski, S. J., & Rosenman, R. H. (1992). *Inventario de actividad de Jenkins-JAS: Forma C: manual*. Tea Ediciones.
- Jiménez, M. V. M. (2007). Personalidad, resiliencia y otros factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia: propuesta etiológica. *Revista española de drogodependencia*, 32 (3), 250-291.
- Jiménez-Tallón, M., García-Montalvo, C., Montero-Jiménez, M., & Perea-Pérez, M. (2011). Estudiantes universitarios y juego patológico: Un estudio empírico en la Universidad de Murcia. *Escritos de Psicología*, 4 (3), 50-59.
- Johnson, C. C., Hunter, S. M., Amos, C. I., & Elder, S. T. (1989). Cigarette smoking, alcohol, and oral contraceptive use by Type A adolescents: The Bogalusa Heart Study. *Journal of Behavioral Medicine*, 12 (1), 13-24.

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

- Jornal Médico (2015, Junio 4). Relatório Europeu sobre Droga 2015: tendências evoluções. *Jornal Médico*. Disponible en: <http://www.jornalmedico.pt/2015/06/04/relatorio-europeu-sobre-drogas-2015-tendencias-e-evolucoes>.
- Jornal Público (2014, Septiembre 3). *Estudo sobre sinais de dependência da Internet entre jovens portugueses até aos 25 anos*. Disponible en: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/quase-tres-quartos-dos-jovens-portugueses-apresentam-sinais-de-dependencia-da-internet-1674907>.
- Jung, C. G. (2003). *Tipos Psicológicos*. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Kail, R. V., & Cavanaugh, J. C. (2011). *Desarrollo Humano: una perspectiva del ciclo vital*. 5ªed., México: CENGAGE.
- Kassaklian, E. (2004). *Comportamento do consumidor*. São Paulo: Atlas.
- Kimberly S., Young, C., & Abreu, N. (2011). *Dependência de Internet Manual e Guia de Avaliação e Tratamento*, Porto Alegre: Artmed.
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. C., Chen, S. H., & Yen, C. F. (2005). Proposed diagnostic criteria of Internet addiction for adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 193, 728-733.
- Kovaleski, D. F, Azevedo, C. T, Fantin, A. D, Quandt, F., & Pacheco, J. (2013). Conhecimento dos adolescentes sobre a importância de hábitos de vida saudável. *Cad Bras Saude Mental*, 5 (12), 143-60.
- Kranz, D. S., Glass, D. C., & Snyder, M. L. (1974). Helplessness, stress level, and the coronary-phone behavior pattern. *Journal of Experimental social Psychology*, 10, 284-300.
- Kuss, D. J., Van-Rooij, A. J., Shorter, G. W., Griffiths, M. D., & Van-de-Mheen, D. (2013). Internet addiction in adolescents: Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*, 29 (5), 1987-1996.
- Labrador, F. J., Villadongos, S. (2010). Menores y nuevas tecnologías: conductas indicadoras de posible problema de adicción. *Psicothema*, 22 (2), 180-188.
- Laespada, T., & Estevez, A. (2013) *¿Existen las adicciones sin sustancias?* Bilbao: Universidad de Deusto.
- Laespada, T., Iraurgi, I., & Aróstegi, E. (2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes*. CAPV.
- Laham, M. (2008). Psicocardiología: su importancia en la prevención y la rehabilitación coronarias. *Suma Psicológica*, 15 (1).
- Lambert, K., & Kinsley, C. H. (2006). *Neurociência clínica: as bases neurobiológicas da saúde mental*. Porto Alegre: Artmed.
- Larrosa, L. & Palomo, R. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22 (4), 568-573.

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

- Le-Bona, O., Basiaux, P., Streel, E., Tecco, J., Hanaka, C., & Hansenne, M. (2004). Personality profile and drug of choice; a multivariate analysis using Cloninger's TCI on heroin addicts, alcoholics, and a random population group. *Drugs and Alcohol Dependence*, 73, 175-182.
- Lemos, I. L., Abreu, C. N., & Sougey, E. B. (2014). Internet and video game addictions: a cognitive behavioral approach. *Archives of Clinical Psychiatry*, 41 (3), 82-88.
- León R., & Sirlopù, D. (1996). Diferencias de género en el patrón de conducta tipo A en un grupo de estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de Psicología*, 14, 183-209.
- Leventha, M. A., Waters, A. J., Boyd, S., Moolchan, E. T., Heishman, S. J., Lerman, C., & Pickworth, C. W. B. (2007). Associations between Cloninger's temperament dimensions and acute tobacco withdrawal. *Addictive Behaviors*, 32, 2976-2989.
- Lopes, F., Cunha, S. M., Zibetti, M., & Bizarro, L. (2014). Padrão de consumo e expectativas em relação ao cigarro entre universitários. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15 (2), 439-453.
- López-Fernández, O., Honrubia-Serrano, M. L., & Freixa-Blanxart, M. (2012). Adaptación española del "Mobile Phone Problem Use Scale" para población adolescente. *Adicciones*, 24 (2), 123-130.
- López-Larrosa, S., & Rodríguez-Arias, J. L. (2012). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles. *International Journal of Psychological Research*, 5 (1), 25-33.
- Lucena-Jurado, V. (2013). *Consumo de drogas, percepción de riesgo y adicciones en sustancias en los jóvenes en la provincia de Córdoba*.
- Magnusson, D., & Torestad, B. (1993). A holistic view of personality: A model revisited, *Annual review of psychology*, 44, 427-542.
- Mandragos, A. (1996). *Gran diccionario de psicología*. Madrid: Del Prado.
- Manson, L., Ritson, B. (1984). *Alcohol and Health. A handbook for nurses, midwives and health visitors*. London: Medical Council on Alcoholism.
- Marangoni, G. J. (2007). Diagnóstico y manejo del paciente adicto. En: J. H. Letcher & H. C. Díaz, *Ateneos científicos sobre adicciones*. Tucumán: Secretaria de estado de prevención y asistencia de las adicciones.
- Martín-del-Moral, M., & Lorenzo-Fernández, P. (2009) Conceptos fundamentales en drogodependencias. En: P. Lorenzo, J. M. Ladero, J. C. Leza, & I. Lizasoain. *Drogodependencia, Farmacología, Psicología, Legislación*. 3ª ed. Madrid: Médica Panamérica.
- Martinez, J. M., Trujillo, H. M., & Robles, L. (2006). *Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención*. Sevilla: Junta de Andalucía.

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

- Martins, S. S., Carlson, R. G., Alexandre, P. K., & Faleck, R. S. (2011). Perceived risk associated with ecstasy use: A latent class analysis approach. *Addictive Behaviors*, 36, 551-554.
- Matute, H. (2014). Internet:¿ Adicción o no adicción ?. En: M. T. Laespada, & A. Estevez, *¿Existen las adicciones sin sustancias?* Bilbao: Universidad de Deusto.
- Mendonza-Flores, C., & Colon, R. (2009). *Introdução à Psicologia das Diferenças Individuais*. Porto Alegre: Artmed.
- Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad (2011). Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. *Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad, (2015) *Encuesta sobre alcohol y drogas en España*. (EDADES) Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Montero, I., & León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Morales, G., Del-Valle, C., Belmar, C., Orellana, Y., Soto, A., & Ivanovic, D. (2011). Prevalencia de consumo de drogas en estudiantes universitarios que cursan primer y cuarto año. *Revista médica de Chile*, 139 (12), 1573-1580.
- Moriana, J. A. (2002). Estudio epidemiológico de salud mental del profesorado. Tesis doctoral, *UCO, Córdoba*.
- Moriana, J. A., & Herruzo, J. (2005). Type A behavior pattern as a predictor of psychiatric sick-leaves of spanish teachers. *Psychological Reports*, 96 (1), 77-82.
- Mosquera, J. C., Artamónova, I., & Mosquera, V. S. (2011). Consumo de sustancias psicoactivas en la Universidad Tecnológica de Pereira, Colombia. *Investigaciones Andinas*, 13 (22), 194-210.
- Mota-Cardoso, R., & Coelho, R. A. (1980). Doentes coronários: grupoterapia e Psicodrama. *Psiquiatria Clínica*. 1 (2), 121-125.
- Munhoz, A., & Sanchez, A. (2009). Burnot en personal sanitario oncologico. *Universidad de Salamanca*, 11736 (1738), 34-38.
- Nadal, R. (2008). Búsqueda de sensaciones y su relación con la vulnerabilidad a la adicción y al estrés. *Revista adicciones*, 20, 59-72.
- National Institute on Drug Abuse (2014, Febrero 11). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: *La ciencia de la adicción*, Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/las-drogas-y-el-cerebro>.
- Natividade, J. C., Aguirre, A. R., Bizarro, L., & Hutz, C. S. (2012). Factores de Personalidade como Preditores do consumo de álcool por estudantes universitários. *Cadernos de Saúde Pública*, 28 (6), 1091-1100.

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

Navarro, A., Alonso, J. M., & De-Prado, M. (2005). Los andaluces ante las drogas. *IX Sevilla*, Sevilla: Junta de Andalucía.

Nóbrega, M. D. P. S. D., Simich, L., Strike, C., Brands, B., Giesbrecht, N., & Khenti, A. (2012). Simultaneous polydrugs use among undergraduate students of health sciences of one university: gender, social and legal implications in Santo And-Brazil. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21 (SPE), 25-33.

Observatorio de Galicia sobre Drogas (2006). *Informe geral*. Disponible en: http://www.lasdrogas.net/catalogo/product_info.php?products_id=1449.

Observatorio Español sobre Drogas (2004). *Plan Nacional sobre Drogas*. DGPNSD, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Observatorio Español sobre Drogas (2007, Enero 20). *Plan Nacional sobre Drogas*. Delegación para el Gobierno para el Ministerio de Sanidad y Consumo DGPNSD. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2007.pdf>.

Oliva, A., Antolín-Suárez, L., Ramos, P., Jiménez, L., Jiménez-Iglesias, A., Moreno, M. C., & Hidalgo, M. V. (2014). Adicciones con y sin sustancia: paralelismo. En: M. T. Laespada, & A. Estevez, *¿Existen las adicciones sin sustancias?* Bilbao: Universidad de Deusto.

Oliva, A., Hidalgo, M. V., Ramos, P., Jiménez, L., Jiménez-Iglesias, A., Antolín-Suárez, L. & Moreno, M. C. (2015). Adição às novas tecnologias durante a adolescência e o início da adultez: Análise dos fatores de risco associados. In: *VI Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente*, Sevilla: Universidad de Sevilla.

Organização Brasileira de Informações sobre Drogas (2011, Abril 10). *Álcool e Jovens. Antidrogas*, Disponible em: <http://www.antidrogas.com.br/mostraartigo.php?c=4617&msg=%C1lcool%20e%>.

Organización Internacional del Trabajo (2001, Septiembre 26). *Salud*. Disponible en: <http://www.isis.cl/temas/salud/agenda/agenda24.htm>.

Organización Mundial de Salud (1964). *XIII Informe del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en Drogas Toxicomaníenas*, Informes Técnicos, 273. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de Salud (1993). *Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. CIE-10. Organización Mundial de la Salud. Madrid: Meditor.

Organización Mundial de Salud (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de Salud (2014, Junio 19). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es>.

Organización de las Naciones Unidas (2012, Marzo 19). *Informe mundial sobre las drogas de la ONU 2012*. Disponible en: http://www.unodc.org/documents/data_and_analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf.

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

- Organización de las Naciones Unidas (2014, Marzo 19). *Relatório Mundial sobre Drogas do UNODC*. Disponible en: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2014/06/26-world-drug-report-2014.html>.
- Organización de las Naciones Unidas (2015, Marzo 19). *Relatório Mundial sobre Drogas do UNODC*. Disponible en: <http://nacoesunidas.org/cerca-de-246-milhoes-de-pessoas-usaram-drogas-ilicitas-em-2013-afirma-novo-relatorio-da-onu>.
- Orth-Gomér, K., Wamala, S. P., Horsten, M., Schenck-Gustafsson, K., Schneiderman, N., & Mittleman, M. A. (2000). Marital Stress Worsens Prognosis in Women With Coronary Heart Disease: The Stockholm Female Coronary Risk Study. *Journal of the American Medical Association*, 284, 3008-3014.
- Padilha, R., Slavutzky, A., & Burd, P. (1995). *O jogo uma paixão*. Porto Alegre: Solivros.
- Palermo, F., & García-León, A. (1993). Metodología psicofisiológica básica en el estudio del patrón A de conducta. *Revista mexicana de análisis de la conducta*, 19 (1 y 2), 61-96.
- Palmero, F., Brevia, A., Diago, J., Díez, J., & García, I. (2002). Funcionamiento psicológico y susceptibilidad a la sintomatología premenstrual en mujeres tipo A y tipo B. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 111-136.
- Parada, M., Corral, M., Caamaño-Isorna, F., Mota, N., Rodríguez, A., & Cadaveira, F. (2011). Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (bingedrinking). *Adicciones*, 23 (1), 53-63.
- Pastor, F. P., Serecigni, J. G., Gómez, C. P., & Garcia, J. B. (2013). *Alcoholismo- Guia de Intervención por consumo de alcohol*. 1 (3), Madrid: SANED.
- Patiño-Masó, J., Gras-Pérez, E., Font-Mayolas, S., & Baltasar-Bagué, A. (2013). Consumo de cocaína y policonsumo de sustancias psicoactivas en jóvenes universitarios. *Enfermería Clínica*, 23(2), 62-67.
- Patrão, I., Pontes, H., Griffthis, M., & Rita, J. S. (2015). Dependência na Internet em jovens portugueses. *6 Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente*. Centro de Investigação em Psicologia para o Desenvolvimento. Lisboa: Universidade de Lusíada de Lisboa.
- Pedrosa, E. P. (2009). Factores de riesgo y protección en grupos de adolescentes policonsumidores. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 9 (1), 63-84.
- Peña, M. E. (2011). *Conducta antisocial en jóvenes y adolescentes. Factores de riesgo y de protección*. Madrid: Editorial Académica Española.
- Pérez, E. J. P., Monje, M. T. R., & De-Léon, J. M. R. S. (2012). Adicción o abuso del teléfono móvil. Revisión de la literatura. *Adicciones*, 24, (2).
- Pérez, M., Vázquez, A., & Fernández, C. (2009). La Psicología de la Salud. Conducta y Salud. En: M. Pérez, A. Vázquez, & C. Fernández. *Manual de Psicología de la salud*. 3ª ed. Madrid: Pirámide.

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

Pérez del-Río, F. (2011a). Las adicciones sin sustancia en estos últimos 40 años. *Norte de Salud mental*, 9 (40).

Pérez del-Río, F. (2011b). *Estudios sobre Adicciones*. Burgos.

Pérez-del-Río, F. & Martín, I. (2007). *Nuevas Adicciones ¿Adicciones Nuevas?* Guadalajara: Ediciones Intermedio.

Pinker, S. (2004). *Tábula rasa: a negação contemporânea da natureza humana*. Título original: *The blank slate: the modern denied of human nature*. São Paulo: Companhia das Letras. 684 p.

Pinsky, I., & Bessa, M. A. (2004): *Adolescência e drogas*. São Paulo: Contexto.

Plan Nacional sobre Drogas (2007). *Memoria*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Pontes, H. M. y Patrão, I. M. (2014). Estudo Exploratório Sobre as Motivações Percebidas no uso Excessivo da Internet em Adolescentes e Jovens Adultos. *Psychology, Community & Health*, 3 (2), 90-102.

Portada (2013, Septiembre 3). *Indivíduos que utilizam computador e Internet em % do total de indivíduos: Por nível de escolaridade mais elevado completo, Portugal*. Disponible en: <http://www.podata.pt/Portugal/Individuos+que+utilizam+computador+e+Internet+em+p+ercentagem+do+total+de+indivíduos+por+nível+de+escolaridade+mais+elevado+completo-1141>.

Powel, L. H. (1987). Issues in the measurement of type A behavior pattern. In: C. R. Sutil, P. G. Corbacho, & R. M. Arias. Presentación de la escala patrón de conducta tipo A. *Psicotema*, 8 (1).

Puerta-Cortés, D. X., & Carbonell, X. (2013). Problematic Internet use in a sample of Colombian university students. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(3), 620-631.

Puerta-Cortés, D. X., & Carbonell, X. (2014). El modelo de los cinco grandes factores de personalidad y el uso problemático de Internet en jóvenes colombianos. *Adicciones*, 26 (1), 54-61.

Pulido, M. E. C., & Fonseca, J. P. M. (2009). Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario. *Hacia la promoción de la salud*, 14 (1), 109-123.

Ramírez-Hernández, D. C., & Jiménez-Leal, W. (2013). Percepción de riesgo y compras por internet: su relación con la personalidad y el tipo de producto. *Suma Psicológica*, 20 (2) 147-161.

Rassool, G. H., & Gafoor, M., 1997. *Addiction Nursing: Perspectives on professional and clinical practice*. Cheltenham: Stanley Thornes.

Raya A.F., Moriana, J.A., & Herruzo J.(2010). Relación entre el Síndrome de Burnout y el patrón de conducta tipo A en profesores. *Ansiedad y estrés*, 16(1), 61-70

Real Academia Española, (1992). *Diccionario de la lengua española*, Madrid.

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climpsi.
- Roberts, B. W., & Mroczek, D. (2008). Personality trait change in adulthood. *Current Directions in Psychological Science*, 17(1), 31-35.
- Rodríguez-Rodríguez, T. (2012). Factores emocionales en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares: valoración actualizada desde la psicocardiología. *Finlay*, 2 (3), 132-144.
- Rodríguez-Sutil, C., Gil-Corbacho, P., & Arias, R. M. (1996). Presentación de la escala retiro de patrón de conducta TIPO A (ERCTA). *Psicothema*, 8(1), 207-213.
- Rodríguez-Villarino, R., González-Lorenzo, M., Fernández-González, Á., & Lameiras-Fernández, M. (2005). Explorando la relación de la adicción a la compra con otros comportamientos excesivos: un estudio piloto. *Adicciones*, 17 (3).
- Román, C., & Wilson, C. (1996). Riesgos coronarios en las personalidades tipo A. *Medicina (Guayaquil)*, 2 (2), 86-93.
- Rosenman, R. H., Brand, R. J., Jenkins, D., Friedman, M., Straus, R., & Wurm, M. (1975). Coronary heart disease in Western Collaborative Group Study. Final follow-up experience of 8 1/2 years. *Journal of the American Medical Association*, 233, 872-877.
- Ruiz-Olivares R. (2010). ¿Y tú como te lo montas? Consumo de drogas en adolescentes. En: R. Ortega-Ruiz, R. Del-Rey-Alamillo, & P. Rojas-Pedregosa, *Ser Adolescente: riesgos y oportunidades*. Córdoba: Artes Gráficas.
- Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino, M. J., & Herruzo, J. (2010a). Análisis del consumo de drogas legales como el alcohol, el tabaco y los psicofármacos, y la percepción del riesgo en jóvenes universitarios. *Psychology, Society, & Education*, 2 (1), 21-31.
- Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Piño, M. J., & Herruzo, J. (2010b). Análisis de comportamientos relacionados con el uso/abuso, internet, teléfono móvil, compras y juego en estudiantes universitarios. *Adicciones*. 23 (4), 301-310.
- Ryb, G., Dischinger, P., Kufera, J., & Read, K. (2006). Risk perception and impulsivity: Association with risky behaviors and substance abuse disorders. *Accident Analysis and Prevention*, 38, 567-573.
- Salas, E. (2014). Adicciones psicológicas y los nuevos problemas de salud. *Revista Cultura*, 1 (28), 111-146.
- Salazar-Fraile, J., Ripoll-Alades, C., & Bobes, J. (2010). Narcisismo manifiesto, narcisismo encubierto y trastornos de personalidad en una unidad de conductas adictivas: validez predictiva de respuesta de tratamiento. *Adicciones*, 22, 107-112.
- Salehan, M., & Negahban, A. (2013) *Social networking on smartphones: When mobile phones become addictive*. Denton: University of North Texas.
- Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M., Castellana, M., Chamarro, A., & Oberst, U. (2008). La adicción a Internet y al móvil, ¿moda o trastorno? *Adicciones*, 20 (2), 149-160.

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

- Schenker, M., & Minayo, M. C. de S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciênc. saúde coletiva*, 10 (3), 707-717.
- Schuckit, M. (1991). *Abuso de álcool e drogas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Secades-Villa, R., Calafat, A., Fernández-Hermida, J., Juan, M., Duch, M., Skärstrand, E., Becoña, E., & Talic, S. (2014). Tiempo de uso de Internet y efectos psicosociales adversos en adolescentes europeos. *Adicciones*, 26 (3), 247-253.
- Secretaria Nacional de Drogas (2011). *Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias*. 4ª ed. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Secretaria Nacional de Drogas (2013). *Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*: 5 ed. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Segal, H. D., Ramírez, J. G. A., Rodríguez-Salgado, B., Alcón, M. F. R., & Lauffer, J. C. (2014). Panorama actual en el uso de drogas emergentes. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 14 (1), 47-58.
- Serrano, M. L. P. (2010). Perfil de estrés y síndrome de burnout en estudiantes mexicanos de odontología de una universidad pública. *Revista chilena de neuropsiquiatría Scielo*, 48 (1), 11-19.
- Shekele, R. B., Gale, M., Ostfeld A. M., & Paul, O. (1983). Hostility, risk of coronary heart disease and mortality. *Psychosomatic medicine*, 45, 109-114.
- Siegel, R. K. (1984). Changing patterns of cocaine use: longitudinal observations, consequences and treatment. *NIDA. Res Monogr Ser.* 50, 92-110.
- Silva, A., Borrego, P., Ferreira, R., Lavado, S. V., Melo, E., Rowland, R., & Truninger, J. (2015). *Consumos e Estilos de Vida no Ensino Superior: o caso dos estudantes da ULisboa, 2012*. Observatório Permanente da Juventude do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, Lisboa: Ministério da Educação e Ciência.
- Silva, F. A., Silva, E. S., & Medina, J. (2012). *Uso de drogas psicoativas: teorias e métodos para multiplicador prevencionista*. 2º ed. Rio Grande: Cenpre.
- Silva, P. P. C., Santos, A. R. M., Silva, E. A. P. C., Leonidio, A. C. R., Araújo, B. M. R., & Freitas, C. M. S. M. (2014). Práticas corporais e uso de álcool e drogas: vivenciando emoções. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 22 (2), 141-147.
- Smith, T. W., & Cristensen, A. J. (1992). Hostilidad y reactividad cardiovascular en las mujeres durante la auto revelación. *International Journal of behavioral medicine*. 7 (3), 271-285.
- Simon, R. I. (2009). *Homens maus fazem o que homens bons sonham: psiquiatria forense ilumina o lado obscuro do comportamento humano*. Artmed: Porto Alegre.
- Staats, A. W. (1997). *Conducta y personalidad. Conductismo psicológico*. Bilbao: DDB.

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

- Stallard, P. (2004). *Bons pensamentos, bons sentimentos: manual de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Sutil, C. R., Corbacho, P. G., & Arias, R. M. (1996). Presentación de la escala patrón de conducta tipo A. *Psicotema*, 8 (1), 207-212.
- Tallón, M. A. J., Montalvo, C. G., Jiménez, M. M., & Pérez, M. C. P. (2011). Estudiantes universitarios y juego patológico. Un estudio empírico en la Universidad de Murcia. *Escritos de Psicología*, 4 (3), 50-59.
- Tavares, H., & Rossini, D (2008). Jogo patológico. In: C. N. Abreu, H. Tavares, & T. A. Cordás. *Manual clínico dos transtornos do controle dos impulsos*. 1 (1). Porto Alegre: Artmed, 81-99.
- Thoresen, C. E. & Low, K. G. (1991). Women and the Type A behavior pattern: review and commentary. En: M. J. Strube. *Type A behavior*. Londres: Sage.
- Tonelli, H, Alvarez, C. E., Bertolucci, C., & Rosa, D. D. (2008). Comprar compulsivo: revisão sistemática das opções terapêuticas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30 (1).
- Vasters, G. P., & Pillon, S. C. (2011). O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19 (2), 317-324.
- Vera-Villaruel, P., Sánchez, A., & Cachinero, J. (2004). Analysis of the relationship between the Type A Behavior pattern and fear of negative evaluation. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 313-322.
- Villella, C., Martinotti, G., Di-Nicola, M., Cassano, M., La-Torre, G., Gliubizzi, M. D., & Conte, G. (2011). Behavioural addictions in adolescents and young adults: results from a prevalence study. *Journal of Gambling Studies*, 27 (2), 203-214.
- Waksman, R. D., Gikas, M. R. C., & Maciel, W. (2005). *Crianças e adolescentes seguros*. São Paulo: Publifolha.
- Whitbourne, S. K., & Halgin, R. P. (2015). *Psicopatologia, Perspectivas Clínicas dos Transtornos Psicológicos*, 7ª Ed, Porto Alegre: Artmed.
- Wilson, G. T. (1988). Alcohol and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 26 (5), 369-381.
- Yan, L. L., Liu, K., Matthews, K. A., Daviglius, M. L., Ferguson, T. F., & Kiefe, C. I. (2003). Psychosocial Factors and Risk of Hypertension: The Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. *Journal of the American Medical Association*, 290, 2138-2148.
- Young, K. S., & Abreu, C. (2011). *Dependência de Internet. Manual e Guia de Avaliação e Tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Zapata, M., Torres, G. Y., & Montoya, L. P. (2011). Riesgo de juego patológico. Factores y trastornos mentales asociados en jóvenes de Medellín, Colombia. *Adicciones*, 23 (1), 17-25.

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale: Erlbaum.

PARTE V. ANEXOS

CUESTIONARIO UNIVERSITARIO

Estamos realizando una encuesta entre la población universitaria sobre el consumo de diversas sustancias y algunos comportamientos. El objetivo de la misma es la obtención de información para la realización de una serie de actuaciones de prevención y tratamiento ante los problemas que de estas conductas pudieran derivarse. Su colaboración sería de gran importancia y sus respuestas se tratarían estadísticamente de forma completamente anónima.

Conteste estas preguntas con una cruz donde corresponda, o brevemente sobre la línea de puntos en las que proceda.

Datos de situación personal y social:

1. ¿En qué grupo de edad te sitúas?

18-20 21-23 24-26
27-29 Mayor de 29

2. Sexo:

Hombre Mujer

3. Señale el nº de hermanos y el puesto que ocupa: Nº _____ Puesto _____

4. Estudios universitarios que cursa: _____

5. Curso: _____

6. Nota media aproximada: _____

7. Tipo de residencia durante el curso:

Residencia Familiar Residencia Universitaria Piso Compartido con otros compañeros
Residencia de Otros familiares Otros(especificar)

8. Señale el tipo de vivienda familiar:

Casa Piso
Chalet Otro(especificar)

10. Nº de coches de la familia:

11. ¿De cuanto dinero dispones para la semana? Cantidad:

12. Creencias religiosas:

Cristiano practicante Cristiano no practicante Agnóstico
Ateo Otras NS / NC

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

Lea cada frase y trace un círculo alrededor del número en la escala de la derecha, indicando el grado en que cada frase le es aplicable, le describe en términos generales. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor indique el grado en que cada frase describe su modo habitual de comportarse, reaccionar y/o sentir.

	No en absoluto				Totalmente	
	1	2	3	4	5	6
Con frecuencia soy impaciente						
En los grupos a los que pertenezco (pandillas, clubes, clase, etc.) con frecuencia soy considerado el líder						
Con frecuencia me adelanto a indicar a mi interlocutor lo que supongo va a decir, con la intención de abreviar la conversación y ganar tiempo						
Cuando estoy trabajando me irrita bastante que me interrumpen						
La mayoría de la gente me considera competitivo y luchador						
Siempre llego puntual a las citas						
Con frecuencia me noto impaciente cuando estoy trabajando						
Suelo participar en una gama amplia de actividades sociales, culturales o deportivas						
Pierdo fácilmente la paciencia con aquellos que no escuchan o no comprenden						
Mi vida diaria está, en gran parte, ocupada en problemas que exigen una solución inmediata						
Tiendo a sobrecargarme de trabajo						
Suelo mostrarme impaciente cuando hay visitas en casa						
Las personas que me conocen bien, suelen considerarme competitivo y luchador						
Soy una persona fácilmente irritable						
Con frecuencia, procuro realizar más de una tarea al mismo tiempo						
Soy mucho más responsable que la gente de mi edad						
Las personas que me conocen bien, suelen decir que soy una persona muy activa, que está ocupada gran parte del tiempo						
Me ponen nervioso las personas que se toman todo con demasiada calma, que trabajan lentamente						
Con frecuencia me han dicho que como demasiado rápido						
A veces llego a perder totalmente los estribos						
Suelo ser competitivo						
Con frecuencia, me falta tiempo para hacer todo lo que deseo						
Habitualmente, trabajo con metas y plazos fijos						
Tiendo a ser agresivo						
Habitualmente, procuro destacar en cualquier tipo de actividad en la que participo						
Tiendo a reaccionar agresivamente si se me interrumpe cuando estoy haciendo algo						
Me definiría como una persona muy ocupada						
Con frecuencia llego a sentirme agobiado por el trabajo						
Actualmente, me considero claramente competitivo y luchador						
Habitualmente, domino la conversación con otras personas						
Cuando estoy bajo presión o estrés, tiendo a actuar de modo impulsivo, sin pensármelo mucho						
Mantengo mi ritmo habitual de trabajo, incluso durante los fines de semana o vacaciones cortas como Navidad o Semana Santa						

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

13. Políticamente, ¿donde te situarías?

Extrema derecha Derecha Centro
 Izquierda Extrema izquierda No me sitúo en ninguna de ellas
 NS / NC

14. Señale los estudios del Padre y de la Madre o del Tutor:

	Sin estudios	Primarios	Secundarios	Bachiller	Estudios Superiores
Padre					
Madre					
Tutor					

15. La relación con tus padres la consideras:

Muy buena Buena Normal
 Mala Muy mala

16. La relación con tus hermanos la consideras:

Muy buena Buena Normal
 Mala Muy mala

17. ¿Consultas tus problemas con alguien de tu familia?

SI NO

18. ¿Me podría decir cual es su orientación sexual?

Heterosexual Homosexual Bisexual NS / NC

19. ¿Cuál considera que es su nivel económico?

Muy Alto Alto Medio Bajo

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

20. Hablando ahora de cosas más generales, ¿dime, por favor, nombres de drogas que te suenen o conozcas?

	Si	No	NS/NC
Alcohol			
Coca-cola			
Cannabis (marihuana/hachis)			
Café/te			
Heroína			
Alucinógenos			
Éxtasis			
Tranquilizantes, antidepresivos			
Analgésicos (fármacos contra el dolor)			
Tabaco			
Cocaína			

21. Marca con una X la frecuencia con que consumes las siguientes sustancias. Si has seleccionado que sí, rellena la cantidad que has consumido en el espacio de tiempo que has indicado en la última columna:

		No, Nunca	Sólo lo he probado una Vez	Esporádicamente	Sólo los fines de Semana	Fines de semana y algunos días entre semana	Todos los días de la semana	Cantidad consumida
Alcohol	Vino							
	Cerveza							
	Combinados							
	Tabaco							
	Café/te							
	Colas							
	Cannabis(marihuana, hachis)							
	Cocaína							
	Heroína							
Alucinógenos	LSD 25 (Tripi)							
	Mescalina							
	Hongos							
	Éxtasis							
	Speed							
	Anfetamina							
	Psicofármacos(Tranquilizantes, antidepresivos, pastillas para dormir, etc)							
	Analgésicos(fármacos contra el dolor)							
	Otros...							

22. En el caso del alcohol, señala qué cantidad consumes a la semana:

Vino		copas/semana
Cerveza		cañas/semana
Cubatas, anís, coñac, ginebra		copas/semana

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

23. En el caso de que fumes tabaco, señala el nº de cigarrillos que consumes al día:

1-5 5-15
 15-25 Más de 25

24. En el caso de que fumes Cannabis (hachis/marihuana), señala el nº de cigarrillos que consumes al día:

1-5 5-15
 15-25 Más de 25

25. Marca con una X la edad a la que empezaste a consumir /las siguientes sustancias:

		< 15	15-18	18-21	21-24	> 24	No, nunca
Alcohol	Vino						
	Cerveza						
	Combinados						
	Tabaco						
	Café/Te						
	Colas						
	Cannabis(marihuana, hachis)						
	Cocaína						
	Heroína						
Alucinógenos	LSD 25 (Tripi)						
	Mescalina						
	Hongos						
	Éxtasis						
	Speed						
	Anfetamina						
	Psicofármacos(Tranquilizantes, antidepresivos, pastillas para dormir, etc)						
	Analgésicos(fármacos contra el dolor)						
	Otros...						

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

29. ¿Cómo crees que podrías dejar las sustancias que consumes?

		Podría dejarlo fácilmente	Dejarlo me supondría algún esfuerzo	Sería muy difícil dejarlo	Me resultaría imposible dejarlo
Alcohol	Vino				
	Cerveza				
	Combinados				
	Tabaco				
	Café				
	Te				
	Cannabis(marihuana, hachis)				
	Cocaína				
	Heroína				
Alucinógenos	LSD 25 (Tripi)				
	Mescalina				
	Hongos				
	Éxtasis				
	Speed				
	Anfetamina				
	Psicofármacos(Tranquilizantes, antidepresivos, pastillas para dormir, etc)				
	Analgésicos(fármacos contra el dolor)				
	Otros...				

30. Respecto a la información que tienes sobre los comportamientos adictivos, ¿crees estar bien informado? Marca con una X:

Estoy muy informado Estoy medianamente informado
 Estoy poco informado No estoy nada informado

31. Si tuvieras algún problema con las drogas, ¿Sabrías donde acudir?

SI NO

Indícalos a continuación:

32. Valora lo peligrosas que tú piensas que son estas sustancias en una escala del 1 al 5 (de menos a más peligroso).

	1	2	3	4	5
Alcohol					
Heroína					
Tranquilizantes antidepresivos					
Cocaína					
Tabaco					
Alucinógenos					
Café/té					
Colas					
Éxtasis					
Psicofármacos Cannabis (marihuana/hachis)					
Analgésicos (fármacos contra el dolor)					

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

33. ¿Qué efectos agradables le reportan el consumo de estas sustancias? Marca con una X:

		Placer, bienestar	Estimulación energía	Calma, tranquilidad	Evitación de molestias	Mejora relaciones sociales	Mejora relaciones sexuales	Ninguna	NS/NC
Alcohol	Vino								
	Cerveza								
	Combinados								
	Tabaco								
	Café/te								
	Colas								
	Cannabis(marihuana, hachís)								
	Cocaína								
	Heroína								
Alucinógenos	LSD 25 (Tripi)								
	Mescalina								
	Hongos								
	Éxtasis								
	Speed								
	Anfetamina								
	Psicofármacos(Tranquilizantes, antidepresivos, pastillas para dormir, etc)								
	Analgésicos(fármacos contra el dolor)								
	Otros...								

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

34. ¿Ha experimentado alguno/os de los siguientes problemas por haber consumido sustancias psicoactivas, alcohol y/o tabaco? Márca con una X la que haya experimentado:

		Faltar alguna vez a clase	Ir mal en los estudios	Conflictos familiares	Problemas económicos	He perdido amigos	ninguno	Problemas de salud
Alcohol	Vino							
	Cerveza							
	Combinados							
	Tabaco							
	Café/te							
	Colas							
	Cannabis(marihuana, hachís)							
	Cocaína							
	Heroína							
Alucinógenos	LSD 25 (Tripi)							
	Mescalina							
	Hongos							
	Éxtasis							
	Speed							
	Anfetamina							
	Psicofármacos(Tranquilizantes, antidepresivos, pastillas para dormir, etc)							
	Analgésicos(fármacos contra el dolor)							
	Otros...							

35. ¿Conoces alguna persona que tenga problemas con alguna de las siguientes sustancias? Escribe la relación que tienes con esa persona

	SI	NO	Relación que tengo con esa persona
Alcohol			
Tabaco			
Cannabis(marihuana/hachís)			
Cocaína			
Heroína			
Alucinógenos			
Drogas de diseño			
Psicofármacos(Tranquilizantes antidepresivos)			
Analgésicos (fármacos contra el dolor)			
Compras compulsivas			
Adicción a Internet			

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

36. ¿En que medida piensa que el consumo de las distintas drogas puede causar accidentes de tráfico? Marca con una X el punto de la siguiente tabla que refleje mejor tu opinión, teniendo en cuenta que 1 representa que no causa ningún problema y 5 muchísimos problemas.

	1	2	3	4	5
Alcohol					
Tabaco					
Cannabis(marihuana/hachis)					
Cocaína					
Heroína					
Alucinógenos					
Éxtasis					
Psicofármacos(Tranquilizantes antidepresivos)					
Analgésicos (fármacos contra el dolor)					
Café/te					
Colas					

37. ¿En que medida piensa que el consumo de las distintas drogas puede causar problemas de salud importantes como problemas psicológicos (ansiedad, alucinaciones, pérdida de memoria, daños cerebrales) o físicos (respiratorios, cardiovasculares, del sistema endocrino, del sistema inmunitario, cirrosis, amputación miembros inferiores, cáncer)? Marca con una X el punto de la siguiente tabla que refleje mejor tu opinión, teniendo en cuenta que 1 representa que no causa ningún problema y 5 muchísimos problemas.

	1	2	3	4	5
Alcohol					
Tabaco					
Cannabis(marihuana/hachis)					
Cocaína					
Heroína					
Alucinógenos					
Éxtasis					
Psicofármacos(Tranquilizantes antidepresivos)					
Analgésicos (fármacos contra el dolor)					
Café/te					
Colas					

38. ¿En que medida piensa que el consumo de las distintas drogas puede causar problemas en casa o de de relación con los amigos? Marca con una X el punto de la siguiente tabla que refleje mejor tu opinión, teniendo en cuenta que 1 representa que no causa ningún problema y 5 muchísimos problemas.

	1	2	3	4	5
Alcohol					
Tabaco					
Cannabis(marihuana/hachis)					
Cocaína					
Heroína					
Alucinógenos					
Éxtasis					
Psicofármacos(Tranquilizantes antidepresivos)					
Analgésicos (fármacos contra el dolor)					
Café/te					
Colas					

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

39. ¿En que medida piensa que el consumo de las distintas drogas puede causar Problemas legales (Pelears, multas...)? Marca con una X el punto de la siguiente tabla que refleje mejor tu opinión, teniendo en cuenta que 1 representa que no causa ningún problema y 5 muchísimos problemas.

	1	2	3	4	5
Alcohol					
Tabaco					
Cannabis(marihuana/hachis)					
Cocaína					
Heroína					
Alucinógenos					
Éxtasis					
Psicofármacos(Tranquilizantes antidepresivos)					
Analgésicos (fármacos contra el dolor)					
Café/te					
Colas					

40. Para que una persona se haga dependiente de una sustancia, tiene que:

		Consumir con mucha frecuencia		Consumir mucha cantidad		Tener problemas familiares o psicológicos anteriores	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
Alcohol	Vino						
	Cerveza						
	Combinados						
	Tabaco						
	Café/te						
	Colas						
	Cannabis(marihuana, hachis)						
	Cocaína						
	Heroína						
Alucinógenos	LSD 25 (Tripi)						
	Mescalina						
	Hongos						
	Éxtasis						
	Speed						
	Anfetamina						
	Psicofármacos(Tranquilizantes, antidepresivos, pastillas para dormir, etc)						
	Analgésicos(fármacos contra el dolor)						
	Otros...						

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

41. ¿Crees que el consumir las siguientes sustancias influye en la capacidad de realizar actividades como conducir un coche o moto, realizar un examen, realizar practicas en el laboratorio, cuidar a un hermano pequeño, cuidar a personas mayores, trabajar en restaurantes de comida rápida, leer un libro, ? Indica el grado de influencia que tiene el consumir en una escala del 1-5, siendo el 1 que el consumo no influye en la realización de las actividades y el 5 que el consumo impide la correcta realización de las actividades:

	1	2	3	4	5
Alcohol					
Tabaco					
Cannabis(marihuana/hachis)					
Cocaína					
Heroína					
Alucinógenos					
Éxtasis					
Psicofármacos(Tranquilizantes antidepresivos)					
Analgésicos (fármacos contra el dolor)					
Café/te					
Colas					

42. La consecuencias más graves para la salud del consumo de sustancias a lo largo de la vida, pueden comprender desde pérdidas de salud irreversibles (como muerte, pérdida de miembros y/o capacidades funcionales, enfermedades crónicas como la dependencia alguna sustancia), tanto de manera inmediata como a medio o largo plazo. Valora la magnitud del riesgo que presentan las siguientes sustancias a causar problemas graves para la salud en general: marca con una X el punto de la siguiente línea que refleje mejor tu opinión, teniendo en cuenta que 1 representa nulo riesgo y 5 riesgo muy alto o extremo.

	1	2	3	4	5
Alcohol					
Tabaco					
Cannabis(marihuana/hachis)					
Cocaína					
Heroína					
Alucinógenos					
Éxtasis					
Psicofármacos(Tranquilizantes antidepresivos)					
Analgésicos (fármacos contra el dolor)					
Café/te					
Colas					

43. ¿Dedica más tiempo del que cree que debería a navegar por la red?

SI NO

44. ¿Intenta ocultar (o engañar sobre el precio de) lo comprado para evitar una reprobación de la familia?

SI NO

45. ¿Piensa que tendría un problema si redujera el tiempo que pasa conectado a Internet?

SI NO

46. ¿Se han quejado sus familiares de las horas que dedica al ordenador?

SI NO

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

47. ¿Se resienten sus relaciones al pasar muchas horas conectado al ordenador?

SI NO

48. ¿Se suele sentir culpable por haber comprado o gastado más de lo planificado o por haber adquirido objetos innecesarios?

SI NO

49. ¿Ha intentado sin éxito, reducir el tiempo que pasa conectado a Internet?

SI NO

50. ¿Le resulta duro permanecer alejado de la red varios días seguidos?

SI NO

51. ¿Extrae gran parte de su placer social del hecho de estar conectado?

SI NO

52. ¿Tiene problemas para controlar el impulso a adquirir productos y servicios ofertados por la red?

SI NO

53. ¿Cree que tiene problemas de control con las compras?

SI NO

54. ¿Ha intentado alguna vez dejar de comprar y no ha sido capaz de ello?

SI NO

55. ¿Suele recurrir a préstamos o créditos para ir de compras o para pagar deudas?

SI NO

56. ¿Existen áreas o archivos de la red a los que encuentra difícil resistirse?

SI NO

57. ¿Extrae gran parte de su placer vital del hecho de estar conectado a la red?

SI NO

58. ¿Cuántos mensajes de texto envías por teléfono?

Menos de 5 Entre 6 y 10 Más de 10

59. ¿Cuántas horas pasas al día hablando por el móvil?

60. ¿Has intentado sin éxito reducir el dinero que gastas en móvil?

SI NO

PCTA Y CONDUCTAS ADICTIVAS

61. ¿Cuántos minutos/horas pasas hablando o enviando amis por el móvil?

Menos de 1 hora Más de 1 hora Entre 3 y 5 horas Más de 5 horas

62. ¿Juegas a las maquinas tragaperras?

SI NO

63. ¿Se ha sentido alguna vez culpable por jugar a las maquinatas o por lo que le ocurre al jugar?

SI NO

64. ¿Ha cogido alguna vez dinero para casa para jugar o pagar deudas?

SI NO

65. ¿Ha intentado dejar de jugar y no ha sido capaz de ello?

SI NO