



**ULPGC**  
**Universidad de**  
**Las Palmas de**  
**Gran Canaria**

**Estructura de**  
**Teleformación**

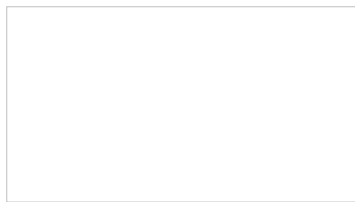


**VARIABLES SOCIALES E INDIVIDUALES ASOCIADAS AL  
CONSUMO ABUSIVO DE SUSTANCIAS Y USO  
PROBLEMÁTICO DEL MÓVIL: UN ESTUDIO  
COMPARATIVO EN ADOLESCENTES**

---

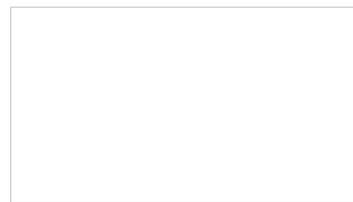
**Autora:**

**Arminda Medina Jorge**



**Tutor:**

**Dr. José Manuel Rodríguez Pellejero**



Las Palmas de Gran Canaria, a 2 de junio de 2023

Grado en Trabajo Social

Curso académico 2022-2023



*“Somos lo que hacemos, y sobre todo lo que hacemos para cambiar lo que somos”*

*Eduardo Galeano.*

*Todo el esfuerzo y satisfacción de haber llegado hasta aquí, es gracias a ustedes:  
Carlos, verte crecer, hijo, me inspira a seguir creciendo;  
Carlos, compañero de vida y de camino, tú haces que todo sea fácil y posible.  
Hermanas, demás familia, y resto de tribu que tanto nos hemos echado de menos.  
Laura, llegamos... es posible este momento.  
Vanesa, Virginia y Arkansas, las risas, las noches sin dormir,  
haces que todo haya valido la pena, estaré contigo hasta el final.  
Estrella, siempre estás antes que te necesite.  
Mamá, con tus velas y tu inmenso amor, siempre alumbras mi vida.  
Hoy se cumple uno de tus sueños papi, no estás aquí para verlo, pero te siento muy  
cerca, donde está todo lo que se ama profundamente...en el corazón.*

*De forma muy especial, quiero agradecer a mi tutor José Manuel Rodríguez Pellejero,  
por su valiosa ayuda, dedicación y enseñanzas.*

*Quisiera dar las gracias a todo el profesorado que me ha acompañado en este camino  
del aprendizaje durante estos años, la esencia de algunas y algunos de ellos, está escondida en  
las siguientes páginas. Aprovecho para agradecer a la Universidad de Las Palmas de Gran  
Canaria la existencia de esta modalidad de enseñanza, la Teleformación, que, para estudiantes  
que viven en islas menores, o con otras circunstancias personales, resulta una de las pocas  
opciones de estudio disponibles.*

*También me gustaría mencionar a varias personas y entidades, y la ayuda que me han  
prestado en la realización de este Trabajo de Fin de Grado. En primer lugar, agradezco a la Red  
de Atención a las Adicciones de Lanzarote su apoyo incondicional en este proyecto; con mucho  
cariño nombrar a mis compañeras y también amigas, Noemí, Társila y Estefanía, educadoras  
de la Unidad Residencial de Atención a las Adicciones.*

*Por otro lado, también quisiera dar las gracias al Centro de Datos del Cabildo de  
Lanzarote, por su valiosa ayuda e interés mostrado en este trabajo de investigación.*

*Me gustaría agradecer a la Oficina de Estadística y Explotación de Datos de la  
Viceconsejería de Educación, Universidades y Deportes del Gobierno de Canarias, su  
colaboración con los datos necesarios para realizar el estudio.*

*Por último, terminar los agradecimientos mencionando a Nauzet Lozano Alvarado,  
subdirector del IES Agustín Espinosa y a Enrique Alejandro de Quintana Morales, coordinador  
del Eje Promoción de la Salud y la Educación Emocional del CEO Argana, por su buena  
disposición a colaborar en el Proyecto Piloto llevado a cabo. Finalmente, agradezco a todo el  
alumnado que participó en la realización de las encuestas, protagonistas de este trabajo.*



## ÍNDICE

DENOMINACIÓN .....	1
<b>PRIMERA PARTE: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN</b>	
<b>1. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Marco contextual.....</b>	<b>2</b>
<b>1.2. Normativa aplicada.....</b>	<b>4</b>
1.2.1. <i>Ámbito internacional.....</i>	4
1.2.2. <i>Ámbito Nacional.....</i>	5
1.2.3. <i>Ámbito autonómico.....</i>	6
<b>1.3. Adicción y conductas adictivas .....</b>	<b>8</b>
1.3.1. <i>Controversia y evolución del concepto de adicción.....</i>	8
1.3.2. <i>Conductas de consumo abusivo de sustancias en la adolescencia. ....</i>	11
1.3.3. <i>Adicciones sin sustancias y uso problemático del móvil.....</i>	12
<b>1.4. Factores de riesgo y de protección asociados a conductas adictivas .....</b>	<b>14</b>
1.4.1. <i>Apoyo social percibido en adolescentes y conductas adictivas.....</i>	17
1.4.2. <i>Autoconcepto y conductas adictivas.....</i>	19
<b>2. MARCO EMPÍRICO .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1. Planteamiento de hipótesis.....</b>	<b>23</b>
<b>2.2. Objetivos.....</b>	<b>24</b>
<b>2.3. Metodología.....</b>	<b>25</b>
<b>2.4. Criterios para la adopción de las decisiones metodológicas.....</b>	<b>27</b>
<b>2.5. Participantes y muestra .....</b>	<b>27</b>
<b>2.6. Instrumentos de evaluación y definición operacional de variables.....</b>	<b>30</b>
<b>2.7. Diseño y procedimiento .....</b>	<b>33</b>
<b>2.8. Temporalización y cronograma .....</b>	<b>36</b>
<b>2.9. Medios y materiales .....</b>	<b>38</b>
2.9.1. <i>Recursos materiales .....</i>	38
2.9.2. <i>Recursos humanos.....</i>	38
2.9.3. <i>Presupuesto del proyecto de investigación .....</i>	38
<b>2.10. Conocimientos esperados. ....</b>	<b>39</b>

## SEGUNDA PARTE: ESTUDIO PILOTO

<b>1. ESTUDIO PILOTO</b> .....	41
<b>1.1. Participantes</b> .....	41
<b>1.2. Instrumentos</b> .....	42
<b>1.3. Procedimiento</b> .....	44
<b>1.4. Análisis de datos</b> .....	44
<b>1.5. Resultados</b> .....	45
1.5.1. <i>Análisis descriptivo</i> .....	45
1.5.2. <i>Análisis de correlaciones</i> .....	48
1.5.3. <i>Análisis comparativos</i> .....	51
<b>1.6. Discusión</b> .....	53
<b>1.7. Conclusiones</b> .....	57

## VALORACIÓN, REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ANEXOS

<b>VALORACIÓN PERSONAL</b> .....	59
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	61
- Anexo bibliográfico: normativa y legislación. ....	68
<b>ANEXOS</b> .....	70
<b>Anexo 1. Cuestionario FORMATO PDF</b> .....	71
- Anexo 1.1. <i>Datos Sociodemográficos. Ítems Encuesta 2013 Lanzarote</i> .....	71
- Anexo 1.2. <i>Phone Problem Use Scale en Adolescentes (MPPUSA)</i> .....	75
- Anexo 1.3. <i>Cuestionario de Autoconcepto AF5</i> .....	76
- Anexo 1.4. <i>Apgar Familiar</i> .....	77
- Anexo 1.5. <i>Escala Multidimensional de Apoyo Social (EMAS)</i> .....	78
- Anexo 1.6. <i>Autoinforme de Consumo De Sustancias Psicoactivas,(AICA)</i> .....	79
<b>Anexo 2. Cuestionario GOOGLE FORMS</b> .....	80

## Resumen:

El Plan de Acción de la Unión Europea sobre Drogas 2021-2025, la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 y el IV Plan Canario sobre Adicciones 2022-2024, recogen expresamente que la Investigación es una prioridad estratégica para abordar el fenómeno de las adicciones. Partiendo de esta necesidad hemos desarrollado un TFG que se divide en dos, se trata de un Proyecto de Investigación, donde definimos el problema de estudio y diseñamos una investigación, pero también de un estudio piloto, para comprobar la viabilidad y el interés de las variables del estudio. **Objetivos.** Analizar la existencia de conductas adictivas hacia las sustancias y el móvil en la adolescencia desde una perspectiva de género. Definir la relación que existe entre autoconcepto, grado de apoyo social percibido, sexo, edad y conductas adictivas en la adolescencia. **Método.** Estudio cuantitativo con diseño correlacional y comparativo causal, de corte transversal. El estudio piloto se llevó a cabo en el municipio de Arrecife (Lanzarote). La muestra se obtuvo, por conveniencia, de los IES Agustín Espinosa y CEO Argana. La muestra está constituida por un total de 217 alumnos, 110 chicas ( $X= 15,11$  años,  $DT= 0,81$ ) y 106 chicos ( $X= 15,34$  años,  $DT= 0,87$ ). Se utilizaron instrumentos validados para obtener medidas confiables; para medir "uso problemático del móvil" se utilizó la escala MPPUSA, para medir autoconcepto se utilizó el cuestionario AF5, para medir el apoyo familiar utilizamos el cuestionario APGAR familiar, para medir apoyo social percibido utilizamos la escala EMAS, Para medir predisposición anticonsumo de sustancias empleamos el Autoinforme AICA. Se realizaron análisis descriptivos, de correlaciones y comparativos. **Resultados.** Los jóvenes que tenían problemas de abuso del móvil mostraron un autoconcepto físico, académico y social más bajos que aquellos jóvenes que no tenían problemas de abuso. Se confirmó una relación significativa entre apoyo social percibido y predisposición a no consumir sustancias, así como entre apoyo familiar funcional y menor riesgo de uso abusivo del móvil. En los problemas con el uso del móvil las chicas mostraron un uso del dispositivo significativamente más problemático que los chicos, sin embargo, la actitud de protección frente al consumo de sustancias fue mayor en las chicas que en los chicos. **Conclusiones.** Se confirma que un estudio de mayor escala usando el método y las variables aquí propuestas es viable, y que los resultados esperados resultarían de gran interés en la práctica del Trabajo Social. Nuestros resultados sugieren, con base en la evidencia, que los programas de prevención de adicciones deben considerar como factores de riesgo o de protección las variables de este estudio.

**Palabras clave:** Adolescentes, drogas, móvil, autoconcepto, apoyo social, Trabajo Social

**Abstract:**

The European Union Action Plan on Drugs 2021-2025, the National Strategy on Addictions 2017-2024 and the IV Canary Islands Plan on Addictions 2022-2024, expressly state that Research is a strategic priority to address the phenomenon of addictions. Based on this need, we have developed a TFG that is divided in two: a Research Project, where we define the study problem and design a research, but also a pilot study, to test the feasibility and interest of the study variables. **Objectives.** To analyse the existence of addictive behaviours towards substances and mobile phones in adolescence from a gender perspective. To define the relationship between self-concept, degree of perceived social support, gender, age and addictive behaviours in adolescence. **Method.** Quantitative study with a cross-sectional correlational and causal comparative design. The pilot study was carried out in the municipality of Arrecife (Lanzarote). The sample was obtained, by convenience, from the IES Agustín Espinosa and CEO Argana. The sample consisted of a total of 217 students, 110 girls ( $X= 15.11$  years,  $SD= 0.81$ ) and 106 boys ( $X= 15.34$  years,  $SD= 0.87$ ). Validated instruments were used to obtain reliable measures; to measure "problematic mobile phone use" we used the MPPUSA scale, to measure self-concept we used the AF5 questionnaire, to measure family support we used the APGAR family questionnaire, to measure perceived social support we used the EMAS scale, to measure anti-substance use predisposition we used the AICA Self-Report. Descriptive, correlational and comparative analyses were carried out. **Results.** Young people with mobile phone abuse problems showed lower physical, academic and social self-concept than those young people without abuse problems. A significant relationship was confirmed between perceived social support and predisposition not to use substances, as well as between functional family support and lower risk of mobile phone abuse. For problems with mobile phone use, girls showed significantly more problematic use of the device than boys, however, protective attitudes towards substance use were higher in girls than in boys. **Conclusions.** It is confirmed that a larger scale study using the method and variables proposed here is feasible, and that the expected results would be of great interest in Social Work practice. Our results suggest, based on the evidence, that addiction prevention programmes should consider the variables in this study as risk or protective factors.

**Keywords:** Adolescents, drugs, mobile, self-concept, social support, Social Work.



## DENOMINACIÓN

El presente Trabajo de Fin de Grado (TFG) se inscribe en la modalidad de trabajo de investigación. Hemos desarrollado un TFG que se divide en dos partes. En la primera parte, denominada Proyecto de Investigación, se pretende cubrir las exigencias mínimas planteadas en la Guía Docente de la asignatura Trabajo fin de Grado (cód. 43429), donde se establece expresamente que los TFG enmarcados en la modalidad de investigación tienen por objeto: “Definir problemas” y “diseñar investigaciones”. En la segunda parte del TFG hemos querido ir más allá del diseño, al comprobar que los proyectos de investigación mejor valorados son aquellos que se acompañan de un estudio piloto, hemos optado por realizar un estudio piloto, que nos permite comprobar la viabilidad y el interés del tema en cuestión. Este estudio piloto, denominado *“Variables sociales e individuales asociadas al consumo abusivo de sustancias y uso problemático del móvil: un estudio comparativo en adolescentes”* es el que da nombre a todo el TFG.

### PRIMERA PARTE: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

#### 1. MARCO TEÓRICO

##### 1.1 Introducción

Las adicciones son consideradas un problema de gran impacto social y la investigación en este ámbito sigue siendo una demanda institucional. Tanto en el Plan de Acción de la Unión Europea sobre Drogas 2021-2025, como en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 y en el IV Plan Canario sobre Adicciones 2022-2024, se recoge la Investigación como un área, ámbito, o prioridad estratégica para abordar el fenómeno de las adicciones. En particular, en el caso del IV Plan Canario sobre Adicciones (2022), corresponde con un Área de Soporte y Apoyo, denominada así, por ser un elemento clave relativo a la gestión de conocimientos, tanto para la ejecución de acciones, como para el logro de los objetivos. Concretamente, el objetivo general de esta área consiste en impulsar la actividad investigadora sobre el fenómeno de las adicciones en Canarias y de aquellas áreas complementarias de interés, y de intervención en este campo.

La dimensión social de las conductas adictivas cobra especial relevancia cuando se aborda esta problemática con el grupo etario escogido en este estudio. La integración

de diversos ámbitos (sanitario, educativo...) en el desarrollo de la acción desde la comunidad como nivel de intervención, debe ser uno de los objetivos profesionales del Trabajo Social desde una perspectiva de abordaje holístico e integral.

Para disminuir la incidencia de conductas adictivas en la población adolescente y, por ende, las adicciones en población adulta, es necesario implementar un proceso sistemático y continuo de identificación de factores protectores y de riesgo, a fin de establecer nuevas estrategias de prevención e intervención desde nuestra profesión. Desde esta disciplina, trabajadoras y trabajadores sociales pueden llevar a cabo acciones coordinadas desde los ámbitos educativo, sanitario y desde los servicios sociales de base y especializados, en las que se priorice la promoción de la de salud y la prevención de enfermedades como parte esencial de programas de salud comunitaria.

## **1.2. Marco contextual**

Lanzarote posee una Red Pública de Atención a las Adicciones, que cuenta con varios recursos: la Unidad Ambulatoria, Unidad de Atención a las Adicciones (UAA) y dos centros de deshabituación: Unidad Semirresidencial de Atención a las Adicciones (USAA) y Unidad Residencial de Atención a las Adicciones (URAA), centro de trabajo donde vengo prestando mis servicios como educadora desde el año 2009.

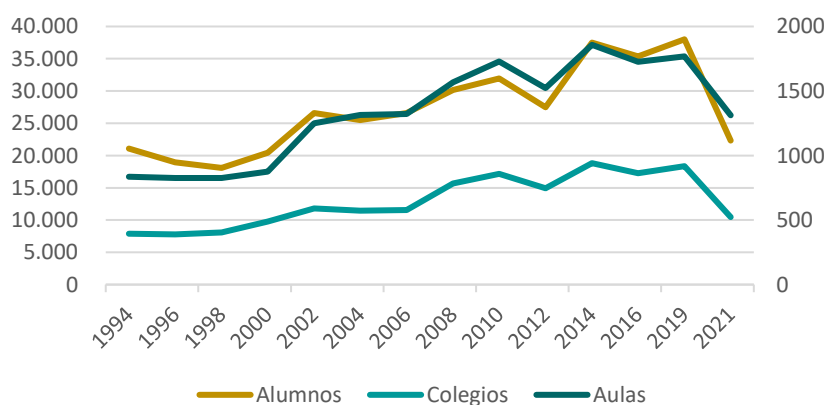
Desde la UAA se llevan a cabo varios programas relacionados con todo tipo de adicciones, no solamente químicas a distintas sustancias (cocaína, heroína, etc.) sino también comportamentales (juego, compras, sexo, móviles, etc.) Entre los programas que podemos encontrar están: “Programa Libre de Drogas” o “Programa de Sustitutivos Opiáceos”, “Programa de Menores” para jóvenes que comienzan a experimentar y abusar de las drogas y el “Programa Específico de la Mujer”. Desde el recurso de la UAA, también se realizan tareas de reinserción al finalizar un proceso terapéutico “Programa de Incorporación Social”, y el “Programa de Intervención Jurídica” y el “Servicio de Farmacia-Laboratorio” que complementan al resto de programas de forma transversal. Por último, foco de interés de este estudio, también se lleva a cabo un programa de tipo preventivo “Programa de Prevención en Drogodependencias” de aplicación en el ámbito educativo mayoritariamente (Área de Bienestar Social, 2019).

El último estudio en Lanzarote sobre adicciones en adolescentes fue realizado en el año 2013. El estudio partió de una propuesta de la Red de Adicciones dependiente del Área de Bienestar Social del Cabildo de Lanzarote, y se llevó a cabo gracias a la colaboración interinstitucional de las distintas administraciones de la isla, Cabildo y Ayuntamientos. El equipo de profesionales de trabajo social de base de los siete ayuntamientos, se encargaron de realizar las encuestas al alumnado de varios institutos escogidos al azar de entre todos los de la isla. Las encuestas, así como la elección de la muestra, se prepararon por el Centro de Datos del Cabildo de Lanzarote.

De esto hace ya unos 10 años, por lo que es necesario realizar nuevamente un estudio en el que se puedan añadir, como elemento innovador, otras variables de interés que ayuden a comprender, identificar y abordar el fenómeno de las adicciones en adolescentes de Canarias, con el objetivo de implementar programas de prevención que se ajusten a la realidad actual de los problemas de conductas adictivas.

También es importante nombrar como hito histórico relevante en los últimos años, la crisis sanitaria que trajo la pandemia de la COVID-19. Como se muestra en la figura 1.1. expuesta a continuación, en el último Informe “Estadísticas sobre Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España” del Observatorio Español de las drogas y las Adicciones (2022), en referencia a la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España, ESTUDES, se observa una disminución drástica tanto de la muestra del alumnado recogida, como del número de centros y aulas consultadas a nivel nacional. El motivo de este descenso está estrechamente relacionado con ese momento de crisis mundial sin precedentes, al igual que muchos de los cambios que han influido en las conductas adictivas tras la pandemia y los confinamientos vividos.

**Gráfica 1.1: EVOLUCIÓN TAMAÑO DE LA MUESTRA ESTUDES**



**Fuente:** Elaboración propia, a partir de los datos de ESTUDES 2022.

### **1.3. Normativa aplicada**

#### *1.3.1. Ámbito internacional*

A continuación, se resumen algunas normativas relevantes, parte de ellas recogidas en el IV Plan Canario Sobre Adicciones (2022), sobre el marco normativo internacional, y otras que se consideran de interés por su influencia actual:

Según el artículo 25.1 de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* de 1948, toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que asegure su salud y bienestar, como el de su familia, incluyendo alimentación, vestimenta, vivienda, asistencia médica y los servicios sociales necesarios. Además, tienen derecho a seguros en casos de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otras circunstancias fuera de su control (Naciones Unidas, 1948).

*La Carta Social Europea*, ratificada por España en 1980, también reconoce el derecho a la protección de la salud y el compromiso de los agentes sociales para adoptar medidas adecuadas, y así eliminar las causas de una salud deficiente. Por otro lado, se recoge establecer servicios educacionales y de consulta para mejorar la salud, potenciar la responsabilidad individual, y prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras (Consejo de Europa, 1961)

En cuanto a la regulación internacional sobre drogodependencias, España ha suscrito tratados multilaterales y bilaterales, y está sujeta a la normativa de la Unión Europea (UE), incluyendo tratados constitutivos, normas de derecho y tratados con estados extracomunitarios. Las resoluciones de la ONU, el Consejo de Europa y otros organismos internacionales también forman parte del marco regulador.

Para concluir, nombrar dos documentos de interés por su actualidad, la Estrategia y el Plan de Acción de la Unión Europea sobre Drogas 2021-2025, que enmarcan el fenómeno de las adicciones y la promoción de la salud a nivel europeo, y son inspiradores de leyes y otras normas:

- *La Estrategia de la UE sobre Drogas 2021-2025* (Estrategia de aquí en adelante) facilita el marco político general y las prioridades de actuación de la UE en materia de drogas para este período. Su objetivo es proteger y mejorar el bienestar de la sociedad, promover la salud pública, garantizar un buen nivel de seguridad y bienestar para la

ciudadanía y fomentar la alfabetización sanitaria. Está basada en distintos enfoques de interés, como son el enfoque de Derechos Humanos, enfoque basado en la evidencia, enfoque multidisciplinar e integrado y, además, incorporando la perspectiva de género (Consejo de la Unión Europea, 2021).

- *El Plan de Acción de la UE sobre Drogas 2021-2025* (Plan de aquí en adelante), persigue los fines y objetivos de la Estrategia de la UE sobre Drogas para este periodo, siguiendo el mismo planteamiento y partiendo de la misma información y documentos que la Estrategia. Básicamente, en el Plan se determinan las acciones que han de llevarse a cabo para lograr las once prioridades estratégicas (Consejo de la Unión Europea, 2021).

### *1.3.2. Ámbito Nacional*

En primer lugar, referenciamos la norma suprema del ordenamiento jurídico español, a la que están sujetos todos los poderes públicos y ciudadanos de España. En el artículo 43 de la Constitución Española de 1978, se reconoce el derecho a la protección de la salud y establece que es responsabilidad de los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de la prevención y de los servicios necesarios (art.43 CE). Por tanto, es responsabilidad de los poderes públicos desarrollar una intervención social orientada a mejorar las condiciones de vida de la ciudadanía.

Con ánimo de potenciar el respeto a la Constitución, existe gran cantidad de normativa a nivel nacional en materia de adicciones, pudiendo ser consultada en su totalidad en la página web del Plan Nacional Sobre Drogas. En concordancia con Gallego Lamas (2019) se presentan algunas normativas de interés y se aportan otras adicionales:

A modo de resumen destacan: la *Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, que reforma la Sanidad Pública*. La *Ley 15/2014, de 16 de septiembre, de racionalización del Sector Público y otras medidas de reforma administrativa* (art. 20, creación del Consejo Español de Drogodependencias y Adicciones). El *Real Decreto 2499/1979, de 19 de octubre, que modifica artículos sobre la reestructuración de la Comisión Interministerial para el Estudio de los Problemas Derivados del Consumo de Drogas*. El *Real Decreto 200/2012 de 23 de enero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad* (el art. 7 del Real Decreto especifica qué funciones competen a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional

sobre Drogas, resaltando la promoción de la actividad investigadora y proponiendo las líneas prioritarias de investigación en materia de drogas y adicciones. La *Ley 13/2011, de 27 de mayo, de regulación del juego* de ámbito estatal. Destacar el *Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024* que está enmarcado en la Estrategia Europea sobre Drogas y en la Estrategia Nacional vigente, de ahí su importancia (Ministerio de Sanidad, 2022).

Desde la perspectiva de género es importante nombrar la *Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres*, en la que se especifica que las políticas, estrategias, planes y programas de salud, deberán tener en cuenta las diferencias entre hombres y de mujeres en cuanto a sus necesidades (art. 27 de la Ley Orgánica 3/2007, 2007).

Por último, resaltar la *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024*, que es un documento derivado de la colaboración y acuerdo entre las administraciones públicas, sociedades científicas y centros de investigación, organizaciones no gubernamentales del sector, y otras instancias públicas y privadas involucradas en el Plan Nacional. Su objetivo es proporcionar un marco de referencia que integre diferentes enfoques y esté respaldado por evidencia para abordar el problema de las adicciones. (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2022).

### 1.3.3. *Ámbito autonómico*

Es amplia la normativa autonómica canaria en materia de adicciones, siendo preferible consultarlas en el documento de origen para entender su total desarrollo. Toda la información relevante en este apartado ha sido seleccionada del IV Plan Canario sobre Adicciones, y de la página web del Plan Nacional sobre drogas. Esta última, es una página muy completa en cuanto al marco normativo sobre adicciones; se pueden encontrar enlaces a toda la documentación, que está estructurada por ámbitos geográficos (estatal, autonómico, municipal y normas internacionales), e índices cronológicos o índices sistemáticos. A continuación, se expone una pequeña síntesis de las que han resultado más relevantes para esta investigación:

De forma muy resumida se encuentran: *La Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias*, que recoge el Plan de Salud de Canarias. La *Ley*

*1/1997, de 7 de febrero, de Atención Integral a los Menores. La Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias, donde se establece y regulan las medidas y acciones necesarias para que las Administraciones Públicas Canarias puedan actuar en la prevención y asistencia de situaciones relacionadas con sustancias, que pueden generar dependencia. La Ley 7/2007, de 13 de abril, Canaria de Juventud que establece el marco normativo para desarrollar políticas de juventud a favor de los jóvenes de Canarias, y promueve programas de actuación orientados a la prevención y atención psicosocial de problemas de consumo de drogas. La Ley 8/2010, de 15 de julio, de Juegos y Apuestas, que prohíbe el uso de máquinas y la participación en apuestas y juegos regulados por ley, a menores de edad e incapaces. En último lugar, y por su interés para la profesión de Trabajo Social, se nombra la Ley 16/2019 de 2 de mayo de Servicios Sociales de Canarias.*

Se destaca la *ORDEN de 27 de mayo de 2002, por la que se aprueban las bases generales que regulan las convocatorias para la concesión de subvenciones en materia de prevención de las drogodependencias*. Expone que se priorizarán los programas destinados a la Promoción de la Salud, cuya propuesta de intervención esté dirigida a la comunidad educativa que persiga hábitos y estilos de vida saludables en estudiantes.

Por su importancia para este proyecto, la *Ley 1/2010, de 26 de febrero, Canaria de Igualdad entre Mujeres y Hombres*. En el art. 11.1 indica incorporar indicadores de género en las operaciones estadísticas que posibiliten un mejor conocimiento de las diferencias y necesidades de mujeres y hombres (art. 11.1 Ley 1/2010, 2010).

La *ORDEN de 22 de noviembre de 2021, por la que se aprueban las bases reguladoras que han de regir la concesión de subvenciones destinadas a la realización de programas con fines de interés social*, podría enmarcar una subvención para un estudio de adicciones como el que ocupa este proyecto (BOC N.º 247; 2 de diciembre 2021). En el ANEXO B recoge las siguientes áreas y tipos de proyectos subvencionables: *Área de Jóvenes*, con subvenciones dirigidas a programas y proyectos para fomentar la participación juvenil a través de la transmisión y promoción de hábitos saludables. *Área de Personas con Problemas de Adicciones*, con proyectos subvencionables dedicados a prevenir las adicciones en menores y jóvenes, y proyectos de prevención familiar, universal y selectiva basados en la evidencia científica.

## 1.4. Adicción y conductas adictivas

Durante los últimos años, las adicciones han experimentado una notable evolución influenciada por factores sociales, económicos y políticos. Estos cambios han contribuido a una nueva percepción social sobre el uso de drogas, lo que ha cambiado tanto el tipo de sustancias consumidas, como el perfil de las personas usuarias, incluyendo las definiciones de referencia. Así mismo, nos encontramos ante una nueva realidad sobre el fenómeno de las adicciones relacionada con las llamadas “nuevas adicciones”, “adicciones comportamentales” o “adicciones sin sustancias”. Entre ellas se encuentra el juego patológico, uso problemático de las nuevas tecnologías (TIC), compras compulsivas, etc.

### 1.4.1. Controversia y evolución del concepto de adicción

Conceptualizar la adicción no es tarea sencilla, sobre todo por la evolución del fenómeno en los últimos años reflejada en las continuas revisiones recogidas en los criterios diagnósticos de uso internacional, como la CIE<sup>1</sup> de la Organización Mundial de la Salud, o el DSM<sup>2</sup> de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA de aquí en adelante). Aunque ambos criterios han tratado de armonizar su estructura clasificatoria, y así está recogido en la CIE-11, existen algunas diferencias (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). La inclusión del juego patológico como nuevo apartado en la última versión del DSM-5, quizás sea a día de hoy, la mayor diferencia entre ambas clasificaciones internacionales, influyendo de forma inevitable en la definición del concepto de adicción (De Sola, 2018).

La APA recoge en el apartado titulado “Trastornos relacionados con sustancias” del DSM-IV, que estos se clasifican en dos grupos: los llamados *trastornos por consumo de sustancias* (dependencia y abuso) y los *trastornos inducidos por sustancias* (intoxicación, abstinencia, etc.), (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 1994). En el DSM-5, la APA añade otra categoría como novedad, nombrada anteriormente, en relación al juego patológico, “*los trastornos no relacionados con sustancias*”. Este hecho a su vez, hace que varíen las definiciones como expondremos a continuación.

---

<sup>1</sup> Clasificación Internacional de Enfermedades

<sup>2</sup> Manual Diagnóstico y Estadístico (por sus siglas en inglés) de Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA)



Según la APA, la definición de dependencia del DSM-IV y que según de Sola (2018) ha dispuesto de más consenso históricamente, recogía: es un patrón desadaptativo de consumo que conduce a un deterioro o malestar clínicamente importante, expresado por tres (o más) de los ítems recogidos en ese apartado, en algún momento de un período continuado de 12 meses. Entre los ítems están: la tolerancia; la abstinencia; la sustancia se toma en mayores cantidades y durante más tiempo de lo que se quería en un principio; falta de control para parar o dejar de consumir por un fuerte deseo; mucho tiempo empleado en actividades relacionadas con el consumo, la sustancia o la recuperación del consumo; decadencia de realización de actividades interpersonales (sociales, recreativas, etc.) por el consumo; y por último, persistencia en seguir consumiendo a pesar de tener conciencia de los problemas que acarrea el consumo (psicológicos, físicos, crónicos, etc.) y aunque se empeore al consumir, (APA, 1994, pp 204-205).

En el DSM-IV también se describe el abuso de sustancias, como un comportamiento desadaptativo que implica consumir de forma recurrente y deriva en consecuencias negativas y significativas que se repiten. Esta conducta puede manifestarse en la falta de cumplimiento de obligaciones prioritarias, consumos en situaciones de peligro o peligrosas, problemas legales recurrentes y problemas sociales e interpersonales. Lo que distingue los criterios de dependencia y abuso a una sustancia, radica en que el abuso recoge como base del trastorno, las consecuencias negativas del consumo recurrente. Otra diferencia es que tampoco contempla la inclusión de los criterios de tolerancia, abstinencia y el patrón de uso compulsivo.

Sin embargo, en el DSM-5 el apartado antes llamado "Trastornos relacionados con sustancias" pasa a llamarse "Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos" afirmando que las conductas del juego activan sistemas de recompensa parecidos a los activados por las sustancias psicoactivas. A pesar de las reticencias de la APA para admitir en el pasado la inclusión de las adicciones comportamentales en la clasificación, al incluir el juego patológico o "Gambling", se abre una nueva forma de entender las conductas adictivas, pudiendo en un futuro reconocer alguna más como la adicción al sexo, a la comida, a los videojuegos o el uso del móvil (De Sola, 2014). De la misma forma, en esta última clasificación la APA reconoce no usar la palabra "adicción"

como término de diagnóstico, aunque haya un uso extendido de la misma para describir problemas relacionados con el consumo compulsivo y habitual de sustancias. En su lugar, utiliza "*trastorno por consumo de sustancias*" exponiendo como motivos la definición incierta de adicción, y la connotación negativa que acompaña al término (APA, 2013, pp 253-257).

La última clasificación de la APA recogida en el DSM-5 rompe, por tanto, con la definición tradicional que diferenciaba tres tipos de uso de drogas. Para Le Moal y Koob (2007) "un uso ocasional (controlado o social), abuso de drogas (o uso nocivo), y adicción a las drogas". En resumen, el DSM-5 integra los conceptos de abuso y dependencia que a razón de los síntomas que se padezcan y que son recogidos en el manual, será un trastorno leve con 2-3 síntomas, moderado con 4-5 síntomas, o grave con 6 síntomas o más (De Sola Gutiérrez, 2018). Por otro lado, la CIE-11 sigue manteniendo la diferencia entre dependencia y abuso, dando lugar a que el término adicción o dependencia, se contemple de forma distinta por la APA y por la OMS.

Siguiendo a De Sola (2014 y 2018) las conductas abusivas no simbolizan accesoriamente que se padezca una adicción, aunque las personas que las padezcan tengan gran probabilidad si persisten en el tiempo, de terminar convirtiendo el abuso en dependencia. De la misma forma, se puede abusar de un comportamiento de manera constante sin llegar a perder el control, y/o experimentar dependencia, ambas son características propias de las adicciones. Así, De Sola concluye que conservar las diferencias entre uso, abuso y adicción son importantes, afirmando "una adicción es un tipo de comportamiento complejo que no todos los pacientes desarrollan, aunque encontremos conductas de abuso frecuente, especialmente tras acontecimientos vitales estresantes, entre otros motivos" (De Sola, 2014; 2018).

Para concluir, la controversia que el término adicción acarrea en la actualidad y el hecho de que la población diana sean adolescentes, conducen a la elección de abordar esta problemática desde la terminología de *conductas adictivas*, *abuso de sustancias* y *uso problemático del móvil*, como términos más generales. Esto no significa que una persona adolescente o joven, según el DSM-5 no pueda padecer un trastorno grave por consumo de sustancias o por ludopatía, o según la CIE, una dependencia o adicción a

una sustancia psicoactiva; simplemente, se considera más ajustado utilizar estos términos en esta investigación por lo expuesto hasta este momento.

#### 1.4.2. Conductas de consumo abusivo de sustancias en la adolescencia

Durante la transición de la infancia a la edad adulta, la adolescencia se caracteriza por experimentar cambios biológicos, psicológicos y sociales significativos, que pueden presentar factores de riesgo para la salud en general y aumentar la probabilidad de iniciación en el consumo de drogas. Es un hecho aceptado que el consumo de drogas tiene una estrecha relación con la adolescencia, ya que es durante esta etapa que se inician y desarrollan este tipo de comportamientos. Los primeros contactos con drogas legales ocurren en edades tempranas durante las primeras etapas de la adolescencia. Muchas y muchos adolescentes también se inician en el consumo de sustancias ilegales, siendo el cannabis la droga ilegal más consumida y de comienzo de consumo más anticipado (Luengo et al., 1999).

Para entender los comportamientos de adolescentes González de Audikana et al. (2021) distinguen dos grandes tipos: *las conductas convencionales y las conductas inadaptadas*. A razón de su peligrosidad, hace una segunda clasificación diferenciando tres niveles dentro de las conductas inadaptadas:

- *Conductas desadaptadas irregulares*: Son la forma más leve y benigna de las conductas desadaptadas y suelen disminuir o desaparecer a medida que adolescentes avanzan hacia la adultez y cuentan con los recursos y apoyos necesarios. Son relativamente comunes y la aparición está favorecida por los cambios neurológicos, psicológicos, psicosociales y sociales propios de esta edad; incluso hay autores que las consideran normales y necesarias para el desarrollo de habilidades y la transición hacia una vida adulta, autónoma y plena.

- *Conductas desadaptadas de riesgo*: una proporción de jóvenes no disminuyen o abandonan las conductas irregulares, llegando incluso a involucrarse en actividades de mayor peligro para sí mismos y su entorno, lo que da lugar a comportamientos de riesgo. Estas conductas ocurren cuando adolescentes no tienen recursos y apoyos que necesitan y están expuestos a factores de riesgo. Son las conductas que anteceden a las conductas problema.

- Conductas problema: término acuñado por Jessor y Jessor en 1977, que se refiere al nivel más alto de comportamientos desadaptados, y que representan un problema tanto para el individuo como para su entorno. Estas conductas resultan de la influencia de factores de riesgo que dificultan la transición hacia comportamientos más convencionales. Aunque son minoritarias en la adolescencia y juventud ya que requieren de una duración de tiempo donde se dé una repetición constante que suele concluir en otras fases de la vida, pueden manifestarse durante este período.

Como ya se expuso, los cambios que inciden en la adolescencia (biológicos, psicológicos, sociales, etc.) favorecen la aparición de conductas irregulares entre las que se encuentra la problemática objeto de este análisis, el consumo abusivo de sustancias. Estas conductas en un principio tienen un carácter autolesivo, aunque con el tiempo acaban afectando tanto a la persona como al entorno (González de Audikana et al., 2021).

A estos cambios se unen otras características que son propias y de gran importancia en esta etapa del desarrollo como son: la búsqueda de identidad; la evolución del autoconcepto; el desarrollo del pensamiento abstracto y algunas particularidades inherentes al pensamiento adolescente (egocentrismo y sentimiento de invulnerabilidad, excesiva conciencia de sí mismos...); las amistades como nuevo contexto para socializar quedando la familia en otro plano, etc. (Castro Sánchez y Chirino Alemán. 2018). De alguna forma, todas ellas están estrechamente relacionadas con las llamadas conductas irregulares en la adolescencia, favorecedoras de conductas de riesgo como el consumo abusivo de sustancias o el uso problemático del móvil.

#### *1.4.3. Adicciones sin sustancias y uso problemático del móvil*

Actualmente existen dos categorías principales de adicciones: las producidas por sustancias químicas y las producidas por comportamientos o conductas (Becoña et al., 2011). El estudio de las adicciones comportamentales ha tomado como punto de referencia las adicciones con sustancias, estableciéndose por muchos autores un paralelismo entre ambas (Holden, 2001, citado en De Sola, 2018). Villanueva (2012) expone que el criterio fundamental que indica una posible adicción sin sustancia es la

pérdida de control junto con una preocupación excesiva y un malestar significativo. Este patrón de comportamiento en relación al uso del móvil se conoce como *nomofobia*, un término utilizado por algunos autores para describir el miedo irracional o fobia a no poder estar en contacto con otras personas a través de los dispositivos móviles.

La preocupación por la potencial adicción a videojuegos, juegos de rol en línea, internet y teléfonos móviles, ha creado una nueva área de investigación conocida como adicción a las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), bautizada por Griffiths en 1995 como "adicciones tecnológicas" (Carbonell et al., 2012). Siguiendo a De Sola (2018) señala que hay evidencia de que el uso excesivo de la telefonía móvil, internet y otras nuevas tecnologías también pueden cumplir los criterios de adicción, aunque aún no se han reconocido como tales. En este sentido es importante señalar que la ludopatía responde a los mismos criterios sintomatológicos, neurobiológicos y conductuales que las adicciones a sustancias. El hecho de que no se produzca daño físico, no evita que sí se puedan sufrir daños personales, psicológicos y sociales.

En poco más de dos décadas las TIC han evolucionado de forma considerable. Los dispositivos móviles se han convertido en el instrumento tecnológico de uso más extendido entre la población que, gracias a las funcionalidades que ofrece, también es el más influyente en nuestras vidas. Chóliz et al. (2009) destacan que el teléfono móvil no sólo se utiliza para la comunicación verbal entre personas, sino que también es una herramienta para llevar a cabo una amplia gama de actividades, incluida la comunicación interpersonal, tecnológica y de ocio. En la actualidad a este abanico de posibilidades se podría añadir, actividades económicas, laborales, académicas y administrativas, entre otras muchas de gran importancia en actividades cotidianas.

La población joven ha sido una de las más estudiadas en este aspecto, vinculándose el factor edad con un mayor o menor uso del móvil. De los estudios llevados a cabo, el grupo poblacional adolescente ha sido el más relacionado con las conductas adictivas a internet, redes sociales y videojuegos, pudiendo ser actualmente todas ellas englobadas en los teléfonos inteligentes, o ser accesibles a través de ellos

Chóliz (2012) afirma que el teléfono móvil resulta atractivo en gran medida para adolescentes, debido a una serie de características que satisfacen las necesidades propias de esa edad. Entre las más importantes se encuentran: su influencia en el

proceso de socialización y la provisión de autonomía; su capacidad para facilitar el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales; su ayuda en el proceso de adquisición de la identidad personal y el estatus; y su función como fuente de entretenimiento y forma de disfrutar del tiempo libre.

Como ya se ha demostrado en algunos estudios, la funcionalidad del móvil puede ser diferente entre chicos y chicas, lo que explicaría los distintos patrones de uso del teléfono móvil. En algunos estudios se ha demostrado que las chicas suelen tener un mayor enfoque en la comunicación emocional y la confianza en las relaciones de amistad, mientras que los chicos parecen estar más enfocados en compartir actividades y divertirse juntos. En cualquier caso, desde la perspectiva de género es necesario continuar investigando sobre este tema para comprender mejor los factores que influyen en el desarrollo de conductas problemáticas y/o adictivas a las tecnologías de la información y la comunicación, teniendo en cuenta la variable sexo (Chóliz et al., 2009).

### **1.5. Factores de riesgo y de protección asociados a conductas adictivas**

Si partimos de que las conductas irregulares, a pesar de no tener aceptación social son producto del proceso de exploración y búsqueda de una nueva identidad por parte de adolescentes y jóvenes en su transición a la vida adulta, se nos plantea la siguiente cuestión ¿qué ocurre en la adolescencia para que las conductas irregulares se conviertan en conductas de riesgo o conductas problema?

No se puede hablar de causas concretas que determinen si una persona terminará desarrollando una conducta abusiva o adictiva tras los consumos experimentales en la adolescencia, pero si se puede tratar de identificar las variables que aumentan o disminuyen la probabilidad de consumir sustancias o repetir comportamientos adictivos; en esta línea, también es interesante conocer las variables que favorecen o dificultan que las conductas irregulares se prolonguen a lo largo del tiempo, con el fin de implementar programas dirigidos a la prevención y tratamiento de las adicciones en la adolescencia (Becoña y Cortés, 2016, pp. 47-48). A estas variables se las conoce como factores protectores o de riesgo de conductas adictivas.

De acuerdo con Clayton (1992), citado en Alfonso Pérez (2008), los factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias psicoactivas se definen:

- Factor de riesgo: atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento).

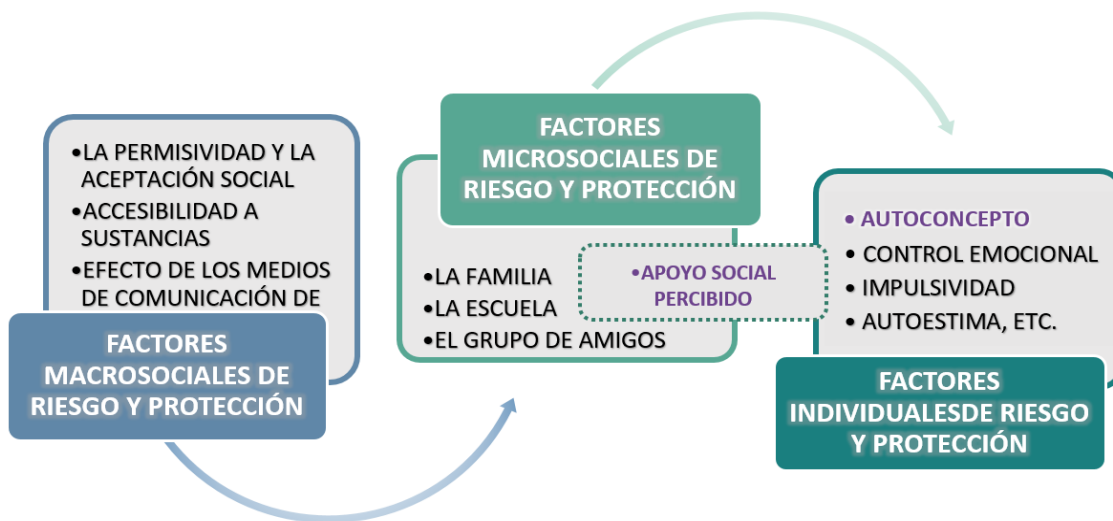
- Factor de protección: atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas. (p. 104)

Existen varias clasificaciones en cuanto a factores de protección y de riesgo en el ámbito de las adicciones. A continuación, se presenta una síntesis de la propuesta planteada por Mayor (1995), desde un modelo multidimensional y sistémico que recoge tres factores de riesgo básicos, en los que se englobarían el resto; estos serían: *el sujeto, el contexto y la sustancia*.

Mayor, en su trabajo "*Las drogodependencias como objeto del Trabajo Social*" (1995) da relevancia a lo contextual como enfoque prioritario del Trabajo Social, y plantea que los factores sociales pertenecientes al contexto, se pueden clasificar a su vez en: factores macrocontextuales (macrosociales), y microcontextuales (microsociales). Este estudio está enfocado hacia la importancia de los factores protectores y de riesgo individuales (o relacionados con el sujeto) y los sociales o contextuales.

La clasificación de factores de riesgo y protección de la que parten Rodríguez Pellejero y Grijalvo Lobera (2015), para diseñar una propuesta de prevención integral basada en la evidencia, quedaría por tanto dividida en: *factores macrosociales, microsociales e individuales*. Ambos autores afirman que el contexto macrosocial influiría en el contexto microsocial, que a su vez se relaciona con el aprendizaje social y las características individuales que pueden favorecer y/o determinar la actitud hacia el consumo de sustancias o conductas problemáticas, o adictivas.

**Figura 1.2: AUTOCONCEPTO Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN LA CLASIFICACIÓN DE FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO EN CONDUCTAS ADICTIVAS**



**Fuente:** elaboración propia

Alfonso Pérez (2008) aclara que la mayoría de las veces un mismo factor trata de los mismos constructos, pero en dimensiones o polos opuestos. Por ejemplo, la actitud familiar hacia el consumo puede reflejar un alto riesgo para el inicio o mantenimiento de una conducta adictiva, si la situamos a una extremidad de la escala, supongamos una actitud permisiva o carencia de normas en el contexto familiar. Por otro lado, en el otro extremo de la escala, si existe un contexto normativo y la actitud familiar es opuesta al consumo, el factor dejaría ser de riesgo para indicar un factor de protección óptimo contra conductas problemáticas o adictivas.

Los factores psicosociales (individuales, familiares y sociales) pueden influir de forma diferente en las conductas adictivas de chicas y chicos. En el caso del estudio que nos ocupa, se pretende saber en qué medida las variables del autoconcepto y la influencia del grado de apoyo social percibido por adolescentes resultan factores de riesgo y/o protección, desde una perspectiva de género sobre las conductas adictivas.

Determinar los factores de riesgo y protección permite entender no sólo el fenómeno de las adicciones, sino también emprender acciones preventivas capaces de potenciar los factores de protección y minimizar los de riesgo, con el fin de que la intervención en conductas adictivas de adolescentes sea lo más efectiva posible.



### 1.5.1. Apoyo social percibido en adolescentes y conductas adictivas

En los últimos años el apoyo social percibido es una variable considerada de especial interés para el bienestar, la salud y la calidad de vida, siendo protagonista de numerosos y diversos estudios. Siguiendo a Garmendia et al. (2008) y en relación al ámbito de las conductas adictivas, es un factor importante que podría estar relacionado con la ausencia de inicio de consumo y la no reincidencia del mismo.

Según Moronta (2021) el apoyo social percibido es un constructo difícil de conceptualizar, lo que dificulta su medición, por lo que se destacarán algunos antecedentes más relevantes teniendo en consideración la evaluación del mismo.

Siguiendo a Terol et al. (2004) es Tardy, el autor que en 1985 propone una alternativa para integrar y sintetizar los diversos criterios de conceptualización y metodología en la investigación sobre este constructo. De esta manera, junto a otros autores (House, Khan, etc.) se va creando un marco de referencia capaz de implicar y unir el aspecto multidimensional del apoyo social percibido. Así Tardy introduce en la explicación del constructo, un diagrama compuesto por cinco dimensiones resumidas a continuación: *dirección* (sobre la bidireccionalidad en el apoyo social); *disposición* (relativa a la evaluación del apoyo disponible y al apoyo real que se ha dado o se está dando); *descripción/evaluación* (acciones o categorías de apoyo/ satisfacción valorada desde la persona que recibe y la que provee el apoyo); *contenido* (dimensión compuesta por cuatro categorías: emocional, instrumental, informativo, y de tipo valorativo); y en último lugar, la dimensión de *redes* (alude a la característica transaccional e interpersonal que conforman proveedores, fuentes, y relaciones íntimas).

Para Garmendia et al. (2008) se define como un proceso de interacción en el cual el individuo recibe ayuda emocional, instrumental y económica de su red social. En la investigación realizada por Garmendia et al. (2008) se apunta que son abundantes los estudios que han demostrado el impacto positivo que el apoyo social percibido tiene en los procesos de salud y enfermedad, además de prevenir o reducir el efecto negativo de acontecimientos estresantes o angustiosos en la vida de las personas, ya sea por su efecto directo o amortiguador. Asimismo, las autoras y autor de la investigación "*Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas*" describen y explican los cuatro tipos de apoyo social referidos a la dimensión de

contenido planteada por Tardy: *emocional*, que implica empatía, cuidado, amor y confianza; *instrumental*, se refiere a acciones específicas que ayudan directamente a quienes lo necesitan; *informativo*, proporciona conocimientos para enfrentar situaciones problemáticas; y *evaluativo*, que conlleva la transmisión de información sin juicios de valor.

En otro orden de cosas, el apoyo social según Barra (2004) también se puede entender y valorar desde distintas perspectivas. Una perspectiva *cuantitativa-estructural* (o de integración social) enfocada en la cantidad de vínculos de la red social; y una perspectiva *cualitativa-funcional*, que da prioridad a la cercanía e importancia de las relaciones consideradas más significativas, y a la evaluación que hacen las personas del apoyo disponible.

Como se puede observar, son muchos los intentos y enfoques para conceptualizar el apoyo social percibido. Alrededor de la conceptualización, también son varias las teorías o modelos impulsados para intentar dar explicación a la relación existente entre la salud, el bienestar o enfermedad, ya sea física, mental o psicosocial, y otras variables de interés (calidad de vida, conductas adictivas, etc.). Por último, exponer que también existe una amplia existencia de instrumentos para medir la relación del apoyo social percibido debido a las posibles variables susceptibles de estudio y a la multidimensionalidad del concepto. Sobre este punto, resulta de especial interés consultar la tabla 1. "Instrumentos de evaluación de apoyo social", recogida en el anexo del estudio de Terol et al. (2004).

En resumen, el apoyo social percibido se define como la valoración de las personas de forma subjetiva sobre la calidad del apoyo social existente a través de las distintas fuentes externas; éstas se clasifican en tres: apoyo social percibido de la familia, de amistades, y otras personas significativas (Zimet et al., 1988 citado en Barrera-Herrera et al., 2019).

En concordancia con Musitu et al. (2005) existen pocas investigaciones que relacionen el apoyo social percibido y los problemas de ajuste psicosocial en la adolescencia. En esta línea, son escasos los trabajos en los que se haya analizado cómo las conductas adictivas en adolescentes se relacionan con el apoyo social en sus distintas dimensiones (García, 2020). Se sabe que las conductas inadaptadas o de riesgo en la

adolescencia, como las conductas adictivas, están relacionadas con esta variable de estudio, habiéndose constatado la importancia de la relación familiar y del grupo de iguales como factores de protección y riesgo. Aun así, de forma particular es necesario seguir investigando sobre si el apoyo social percibido por adolescentes, o su ausencia, se relaciona con los problemas de ajuste psicosocial que derivan en conductas problemáticas de consumo de sustancias o uso problemático del móvil. Sobre este enfoque es necesario aclarar que el apoyo social percibido por adolescentes (variable de interés de este estudio), no es lo mismo que el apoyo social recibido.

Por último, y coincidiendo con Jiménez et al. (2020), en este trabajo se tiene en cuenta el apoyo social percibido en función del sexo y la edad, ya que se ha verificado que la percepción varía dependiendo de estas variables. Por ejemplo, hay investigaciones que han constatado que las chicas se preocupan más por el grado de calidad de sus relaciones, que están orientadas de forma más pronunciada hacia las amistades que a la familia, o que los chicos perciben un grado de apoyo familiar más alto en comparación con las amistades (Norris y Ayres, 2016, citado en Jiménez et al., 2020). En cuanto a la variable edad, es más significativa con respecto a la familia al comienzo de la adolescencia y en la adolescencia media, que en etapas posteriores donde el grupo de iguales toma más relevancia en sus vidas.

#### *1.5.2. Autoconcepto y conductas adictivas*

Según Cazalla-Luna y Molero (2013) el autoconcepto es una de las variables más importantes en el desarrollo de la personalidad, además de estar vinculada con el bienestar de las personas. El desarrollo de un autoconcepto positivo desde la adolescencia se relaciona con un buen ajuste psicosocial que evita futuros problemas psicológicos y pedagógicos. Esnaola (2006) afirma que es una variable determinante para comprender el ajuste conductual y emocional que se desarrolla de forma continua en los contextos de socialización.

Antiguamente, según Axpe y Uralde (2008) se consideraba el autoconcepto un constructo unidimensional y global, hasta que en la década de los años 70 cambió la perspectiva sobre la conceptualización a partir de varios trabajos de investigación, entre los que destaca el modelo propuesto de Shavelson, Hubner y Stanton en 1976. Actualmente es el modelo que más aceptación tiene, defendiendo que el autoconcepto

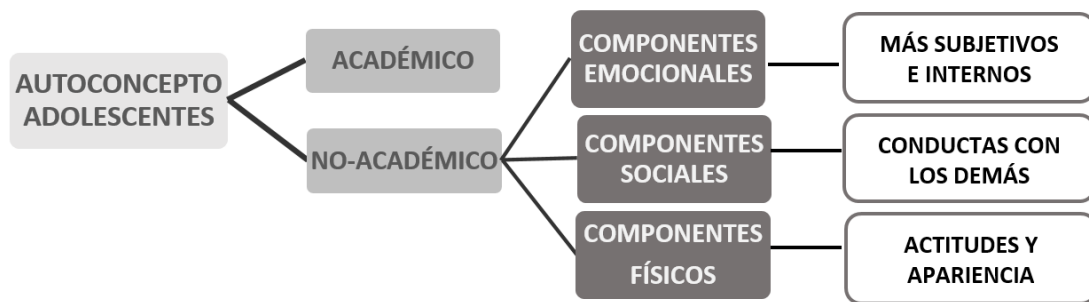
es un constructo que ha de abordarse desde una visión jerárquica y multidimensional conformada por distintos ámbitos (académico, personal, social y físico), y que estos a su vez se subdividirían en otros ámbitos o facetas más específicos.

Según la definición de Shavelson et al., (1976) el autoconcepto se define como “las percepciones del individuo sobre sí mismo, las cuales se basan en sus experiencias con los demás y en las atribuciones que él mismo hace de su propia conducta”. Carranza Esteban et al. (2021) afirman que García y Musitu (1999) son quienes exponen y añaden que el autoconcepto debe ser entendido como “la percepción que tiene una persona de sí misma, basado en sus experiencias con los demás y en las atribuciones de su propia conducta”.

Se tiende a confundir el *autoconcepto* con la *autoestima*, cuyas delimitaciones según García y Musitu (2014) no se diferencian conceptualmente de forma clara. Siguiendo a los mismos autores, la autoestima refleja la concepción que uno tiene de sí mismo, según algunas características o facultades sensibles de ser valoradas desde un punto de vista subjetivo. En otras palabras, la autoestima es el nivel de satisfacción que tienen las personas consigo mismas a nivel personal, desde una actitud evaluativa y reflexiva de aceptación. El autoconcepto en cambio, es el resultado de esa acción de autorreflexión; está compuesto por el total de pensamientos y sentimientos que conforman el concepto de la persona como ser físico, espiritual y social, para hacer referencia a sí misma (Rosenberg, 1979 citado en García y Musitu, 2014). En resumen, el autoconcepto incorpora ideas abstractas que forman la imagen mental que hacen las personas de sí mismas, sin implicar de forma necesaria ningún juicio de valor; esto marca la diferencia sobre las valoraciones o reflexiones subjetivas características de la autoestima, y que tienen una raíz más emocional.

Siguiendo el modelo de Shavelson et al. (1976), el autoconcepto en la adolescencia se divide en académico y no-académico, estando éste último formado por distintos componentes (emocionales, sociales y físicos) relacionados con distintos aspectos más específicos.

Figura 1.3: COMPOSICIÓN DEL AUTOCONCEPTO SEGÚN SHALVENSON ET AL (1976)



Fuente: elaboración propia

Siguiendo a Cazalla-Luna y Molero (2013), entre las características del autoconcepto de Shavelson et al. (1976) se encuentran: su organización y estructuración; la multiplicidad de facetas; la jerarquía; la estabilidad; es experimental (al aumentar edad y experiencia, se diferencia más); es valorativo; y por último se caracteriza por su diferenciación de otros constructos relacionados. De forma más explícita, el autoconcepto surge de la variedad de experiencias de las personas, las cuales se simplifican y se organizan en categorías para otorgarles un significado propio. Las distintas facetas del autoconcepto pueden organizarse en una jerarquía, desde experiencias específicas en situaciones particulares, hasta el autoconcepto general. A medida que se desciende en la jerarquía, el autoconcepto se vuelve menos estable y más dependiente de situaciones concretas. Con el aumento de la edad y la experiencia, el autoconcepto se diversifica cada vez más. Además, el autoconcepto implica evaluaciones que pueden compararse con patrones absolutos (el “ideal” al que me gustaría llegar) o relativos (algunas observaciones). Por último, el autoconcepto se diferencia de otros constructos (por ejemplo, habilidades sociales, autocontrol, etc.) y está influenciado por experiencias específicas.

Por último, otra característica que apuntan García y Musitu (2014) sobre el autoconcepto, es la *estabilidad* frente a la *maleabilidad* en cuanto a que el autoconcepto es estable en los aspectos más profundos y básicos, y variable en los aspectos que dependen en mayor medida de los cambios del entorno. Esto está estrechamente relacionado a los cambios evolutivos del ser humano que requieren de la asunción de nuevos roles, como lo es, de manera especial, la etapa adolescente. De ahí su relevancia en esta fase del desarrollo y su relación con las conductas adictivas.

Si se revisa la literatura sobre la relación existente entre el autoconcepto y las conductas adictivas en la adolescencia, existen resultados contradictorios en cuanto a que esta variable sea un factor de riesgo o protección ante las mismas (Fuentes et al. 2011). Son varios los autores que atribuyen este hecho a medir el autoconcepto como un constructo unidimensional o multidimensional, siendo para García et al. (2006) el modelo de medición multidimensional el más sensible, preciso y apropiado, equiparándolo con el modelo unidimensional.

Esnaola (2006) expone en su trabajo “Autoconcepto y consumo de drogas legales en la adolescencia”, que adolescentes que consumen sustancias psicoactivas poseen menor puntuación en autoconcepto escolar y familiar, estableciéndose una relación inversa entre ambas variables. En cuanto a los dominios social y físico, hay estudios que no encuentran una correlación significativa entre ambas variables, y otros al contrario sí; por ejemplo, Pastor, Balaguer y García-Merita en un artículo de prensa citado en Esnaola (2006), refiere correlación negativa entre el consumo de tabaco y alcohol y las competencias físicas en el autoconcepto.

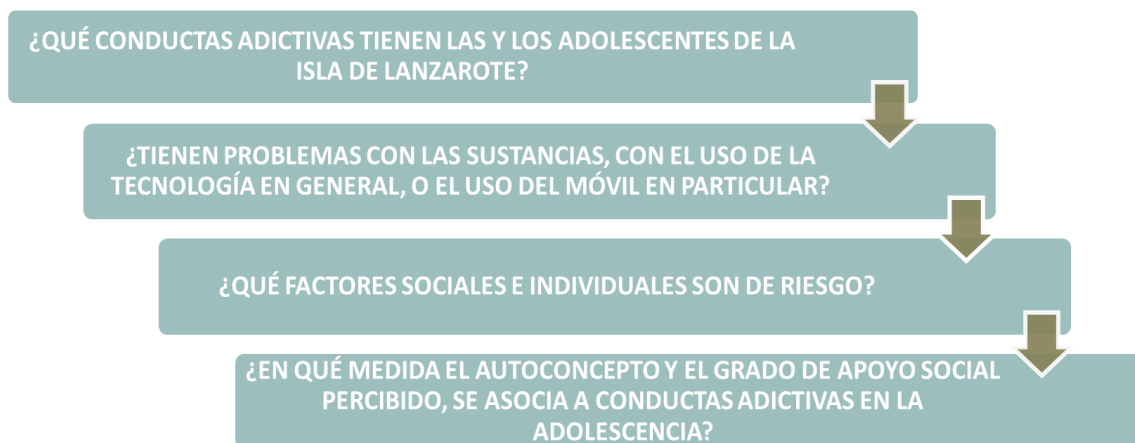
Para finalizar, De-Sola et al. (2016) afirma que el uso problemático del teléfono móvil está asociado a problemas del autoconcepto y la autoestima, al igual que el abuso de internet. En este aspecto el autor afirma que el uso problemático de los móviles está más extendido entre adolescentes y de manera más destacada entre las chicas; en cambio, el abuso de internet está relacionado con personas de un rango de mayor edad, más generalizado entre los hombres que en las mujeres.

## 2. MARCO EMPÍRICO

### 2.1. Planteamiento de hipótesis

En este punto del proceso se plantean varias cuestiones para las que no hay una respuesta clara, generando el momento en una investigación que se conoce como planteamiento del problema, donde surgen las siguientes cuestiones:

**Figura 2.1: SECUENCIA DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**



**Fuente:** elaboración propia.

Para operativizar estas cuestiones se plantean las siguientes hipótesis de trabajo:

- Existe una relación positiva entre conductas adictivas y distorsión del autoconcepto en la adolescencia.
- Existe una relación inversa entre apoyo social percibido y conductas adictivas en la adolescencia. A menor apoyo social percibido mayor consumo de sustancias y uso problemático del móvil.
- Existen diferencias entre chicas y chicos en relación con el uso del móvil y el consumo de sustancias.

Las hipótesis de este estudio nacen de una profunda revisión bibliográfica y de las cuestiones surgidas en el planteamiento del problema. En palabras de Hernández-Sampieri y Mendoza (2020), las hipótesis proporcionan una guía para el análisis y la investigación del problema, indicando los resultados esperados y las relaciones entre las variables. “Regularmente son las respuestas tentativas a nuestras preguntas de investigación”.

## 2.2. Objetivos

### ▪ **Objetivos Generales**

- Analizar la existencia de conductas adictivas hacia las sustancias y el móvil en la adolescencia desde una perspectiva de género.
- Definir la relación que existe entre autoconcepto, grado de apoyo social percibido, sexo, edad y conductas adictivas en la adolescencia.

### ▪ **Objetivos Específicos**

1. Identificar las sustancias adictivas consumidas por adolescentes en Lanzarote.
2. Conocer la frecuencia e intensidad del uso problemático del móvil en función del sexo en la población adolescente de Lanzarote.
3. Determinar las diferencias entre grupos de adolescentes que abusan de las tecnologías y adolescentes que hacen un uso no abusivo de las mismas.
4. Determinar la relación estadística entre apoyo social, apoyo familiar, autoconcepto y consumo abusivo de sustancias y tecnología.
5. Identificar diferencias de género en las conductas adictivas de adolescentes.



### 2.3. Metodología

Para llevar a cabo este proyecto de investigación psicosocial, se parte de un enfoque cuantitativo y se utilizará un diseño comparativo causal de corte transversal<sup>3</sup>.

Según Canales et al. (1994), “el diseño metodológico es la descripción de cómo se va a realizar la investigación”. Es el momento de la investigación en el que se toman las decisiones sobre los métodos y técnicas que se escogerán para el desarrollo del estudio; de esta forma, se planificará la estrategia para dar respuesta al problema planteado. Para Hernández-Sampieri y Mendoza (2020) según lo que se quiere investigar, el tipo de fenómeno y el contexto (la persona investigadora, recursos disponibles, lugar, tiempo, etc.), se elegirá el enfoque o “ruta” que más se adecúe a nuestra investigación, teniendo en cuenta el paradigma<sup>4</sup> que lo fundamenta. En este caso escogemos el enfoque cuantitativo, sustentado por el positivismo y el postpositivismo<sup>5</sup> como paradigmas empírico-analíticos de referencia.

Una vez elegido el enfoque cuantitativo para el estudio, abordamos las cuestiones del diseño de la investigación. Proponemos un diseño no experimental y de carácter *ex post facto* y transversal, de tipo correlacional y comparativo. “La investigación no experimental o *ex post facto*, es aquella en la que no es imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones” (Kerlinger, 1979, citado en Agudelo et al. 2008). En esa línea, Agudelo et al. (2008) y Hernández-Sampieri y Mendoza (2020) aportan que es una “investigación sistemática y empírica en la que al haber sucedido las variables independientes no se pueden manipular” (como en este estudio). Hernández-Sampieri y Mendoza manifiestan sobre este tipo de diseños:

---

<sup>3</sup> Una investigación es **transversal** cuando se estudian las variables simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo (Canales et al. 1994).

<sup>4</sup> Según Contreras (1996) y de acuerdo con Kuhn, un **paradigma** es un sistema de creencias, principios, valores y premisas que determinan la visión que una comunidad científica tiene de la realidad. El enfoque o paradigma en que se inscribe un estudio, sustenta el método, propósito y objetivos de la investigación.

<sup>5</sup> Los **paradigmas positivistas y postpositivistas** fueron adoptados como modelos de investigación en las ciencias físicas y naturales, y posteriormente se aplicaron a los campos social y educativo. De forma resumida y esquematizada, se caracterizan por la objetividad y medición del conocimiento, el análisis matemático y el control experimental de los fenómenos observables, entre otras propiedades. Según Flores (2004) el postpositivismo “es una versión modificada del positivismo”.

[...] las inferencias sobre las relaciones entre variables se realizan sin intervención o influencia directa, y dichas relaciones se observan tal como se han dado en su contexto natural [...]. Es útil para establecer relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado; a veces, únicamente en términos correlacionales, otras en función de la relación causa-efecto (causales). (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2020, pp 175-178)

Siguiendo la clasificación que proponen Ato et al. (2013) se consideraría un estudio comparativo causal transversal que sigue una estrategia asociativa, donde el interés en el establecimiento de relaciones causa-efecto es secundario; también los autores de esta clasificación de diseños de investigación aseveran que se utilizan sobre todo para analizar cuestiones de prevalencia<sup>6</sup>. A pesar de las implicaciones causales que se derivan de los estudios comparativos, debemos considerar que el alcance de esta investigación es el de un estudio correlacional, ya que como explica Hernández-Sampieri y Mendoza (2020), este tipo de estudios buscan determinar cómo se relacionan o vinculan las variables o características entre sí, o cómo no se relacionan. Como muchas otras investigaciones también tiene matices de estudios exploratorios y descriptivos, y no se puede predecir si al final del análisis, el estudio pudiese tener un alcance explicativo. Pero en palabras de los autores, “la investigación correlacional tiene, en alguna medida, un valor explicativo, aunque parcial, ya que el hecho de saber que dos conceptos o variables se relacionan aporta cierta información explicativa” (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2020).

Las variables independientes de nuestro estudio son: el autoconcepto, el grado de apoyo social percibido y las variables sociodemográficas; de las variables sociodemográficas se destaca la variable sexo, que será utilizada como variable de grupo en el análisis comparativo permitiendo dar a la investigación el buscado enfoque de género. Las variables dependientes son el consumo de sustancias psicoactivas y el uso problemático del móvil.

---

<sup>6</sup> La prevalencia es la medida del número de personas que padecen una enfermedad, en un momento temporal determinado.

## **2.4. Criterios para la adopción de las decisiones metodológicas**

El diseño de esta investigación nos permitirá una aproximación a los factores psicosociales asociados a las conductas adictivas, concretamente a la relación entre autoconcepto, apoyo social percibido y adicciones en la adolescencia.

La adopción de un diseño comparativo causal viene dada por la complejidad de los fenómenos en las Ciencias Sociales, que hace muy difícil la manipulación de variables. Como en este estudio, las variables sólo podrán ser observadas después de que haya sucedido el hecho que se investiga, y la variable independiente se haya producido en el pasado (Cauas, 2015).

En opinión de Ato et al. (2013), los estudios transversales no necesitan de grandes esfuerzos económicos, ni requieren gran cantidad de tiempo, siendo convenientemente eficientes si se proponen hipótesis asociativas.

Este estudio de aproximación causal ofrecerá resultados para ampliar los conocimientos sobre el fenómeno de estudio y así poder obtener a través de él, un material práctico y publicable que amplíe el campo teórico del Trabajo Social y sirva de guía en intervenciones futuras.

Esta investigación se plantea como herramienta de base para realizar un plan de prevención de conductas adictivas en adolescentes dentro del ámbito educativo. El estudiantado será evaluado con una batería de distintos test validados en estudios anteriores en España, para medir las variables de interés. También se incluyen preguntas de la investigación llevada a cabo desde el Centro de Datos del Cabildo de Lanzarote (2013), único y anterior estudio realizado en la isla.

## **2.5. Participantes y muestra**

Según el Plan Nacional sobre Drogas (2021), en la última encuesta ESTUDES<sup>7</sup> realizada en el año 2021, al igual que en las dos ediciones anteriores, el primer consumo de alcohol sigue ocurriendo a los 14,0 años. En relación al tabaco, la edad media de inicio son los 14,1 años; en cuanto al inicio en el consumo de cannabis, se comienza, por término medio, antes de cumplir los 15 años. De esta manera se decide que el grupo de

---

<sup>7</sup> ESTUDES: Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España

adolescentes participantes, sean escogidos entre los estudiantes que tienen una franja de edad entre 14 y 18 años, que cursen Enseñanzas Secundarias en los IES<sup>8</sup> y CEOS<sup>9</sup> de la isla. En este caso, el universo o población del estudio se encuentra cursando 3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria en los centros educativos de Lanzarote, ya sean de titularidad pública o privada. A continuación, la relación de centros educativos de enseñanza secundaria de la isla:

- IES Agustín Espinosa - CPEIPS Arenas Internacional- CEO Argana; CEO Ignacio Aldecoa; IES Blas Cabrera Felipe; - IES Yaiza; - CPEIPS Centro Educativo Daos; - IES César Manrique; - IES Playa Honda; - IES Puerto del Carmen; - IES San Bartolomé; - IES Teguiise; - IES Tías; - IES Tinajo; - IES Haría; - CEO Ignacio Aldecoa; - IES Las Maretas; - CPEIPS Santa María de los Volcanes; - IES Zonzamas; - IES Las Salinas.

Conforme a lo que expone Canales et al. (1994), el universo de un estudio “es el conjunto de individuos u objetos de los que se desea conocer algo en una investigación”. El universo total de estudio se detalla en la siguiente tabla con datos facilitados por la Oficina de Estadística y Explotación de Datos de la Viceconsejería de Educación, Universidades y Deportes del Gobierno de Canarias. En la tabla se resume el total del alumnado matriculado en 3º y 4º de la ESO por municipios y centros públicos o privados.

**Tabla 2.1: UNIVERSO DE ESTUDIO**

MUNICIPIO	NATURALEZA	ALUMNADO 3º ESO	ALUMNADO 4º ESO
ARRECIFE	Público	675	626
ARRECIFE	Privado	60	55
HARÍA	Público	57	52
SAN BARTOLOMÉ	Público	205	226
TEGUISE	Público	187	188
TEGUISE	Privado	61	55
TÍAS	Público	178	157
TÍAS	Privado	40	20
TINAJO	Público	88	97
YAIZA	Público	176	156

**Fuente:** elaboración propia a partir de los datos facilitados.

Si continuamos siguiendo a Canales et al. (1994) sobre lo que es una muestra, la autora afirma que es una parte del universo escogida para llevar a cabo el estudio con

<sup>8</sup> IES: Acrónimo utilizado para designar a un Instituto de Enseñanza Secundaria Obligatoria.

<sup>9</sup> Un CEO (Centro de Educación Obligatoria) es un centro de educación público, que tiene alumnado desde los 3 años (Infantil) hasta 4º de ESO.

el objetivo de generalizar los resultados al resto de la población. El diseño muestral es importante porque permite un ahorro de tiempo y disminuye los gastos de la investigación; también nos permite ahondar en el estudio de las variables y a su vez posibilita tener más control sobre las mismas (Canales et al., 1994; López, 2004).

La técnica de muestreo que se utilizará para determinar la muestra será un muestreo aleatorio o probabilístico por conglomerado bietápico. Para que la muestra sea representativa estará formada por unidades muestrales de cada municipio, cuyo porcentaje se ha calculado entre el total de todo el universo (López, 2004).

A la hora de plantear el diseño muestral, se sigue el siguiente esquema: Se inicia determinando todos los centros educativos (conglomerados) de cada municipio. Se prosigue seleccionando el número de aulas (subconjuntos), cubriendo la muestra entre los IES y CEOS del municipio de forma aleatoria. Por último, es preciso aclarar que, aunque se supere el número de cálculo, se hará la encuesta al total de alumnado por aulas, representando cada estudiante la unidad muestral.

Para llevar a cabo esta tarea se trabaja de forma conjunta con el Centro de Datos de Lanzarote, y se realiza una tabla que se muestra a continuación. La muestra parte de un total aproximado de 1.500 alumnas y alumnos; estará formada aproximadamente por 771 unidades muestrales de 3º de la ESO y 729 para 4º curso. En el momento que se tenga el total de datos, se podrá actualizar el cálculo. Sirva de guía la siguiente tabla:

**Tabla 2.2: MUESTRA POR MUNICIPIOS Y CENTROS EDUCATIVOS PÚBLICOS Y PRIVADOS**

Municipio	Naturaleza	Alumnado 3º ESO	%	Muestra	Alumnado 4º ESO	%	Muestra	Total	%	Muestra
ARRECIFE	Público	675	39%	301	626	38%	280	1301	39%	581
ARRECIFE	Privado	60	3%	27	55	3%	25	115	3%	51
HARÍA	Público	57	3%	25	52	3%	23	109	3%	49
SAN BARTOLOMÉ	Público	205	12%	92	226	14%	101	431	13%	192
TEGUISE	Público	187	11%	84	188	12%	84	375	11%	167
TEGUISE	Privado	61	4%	27	55	3%	25	116	3%	52
TÍAS	Público	178	10%	79	157	10%	70	335	10%	150
TÍAS	Privado	40	2%	18	20	1%	9	60	2%	27
TINAJO	Público	88	5%	39	97	6%	43	185	6%	83
YAIZA	Público	176	10%	79	156	10%	70	332	10%	148
<b>LANZAROTE</b>		<b>1.727</b>			<b>1.632</b>			<b>3.359</b>		
<b>MUESTRA</b>			51%			49%				
	1500	<b>771</b>			<b>729</b>					

Fuente: Centro de Datos del Cabildo de Lanzarote (2023).

## 2.6. Instrumentos de evaluación y definición operacional de variables

Para Canales Cerón (2006), la parte más creativa en un estudio cuantitativo es la que se emplea en construir un instrumento que haga observable y medible de forma estable, el objeto de la realidad investigada.

Para llevar a cabo las mediciones de esta investigación cuantitativa, la técnica que se ha utilizado es la encuesta. En palabras de García Ferrando, la encuesta es:

Una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características. (García Ferrando, 1993, citado en Anguita et al., 2003)

Según López Romo (1998) la encuesta ha adquirido una importancia relevante en la investigación de las relaciones sociales. En diversos entornos organizacionales, como los políticos, económicos o sociales, esta herramienta es fundamental para la comprensión del comportamiento de los grupos de interés y la toma de decisiones pertinentes. En consecuencia, dada la amplia difusión y utilización que la encuesta ha tenido, se ha convertido en la técnica social más representativa en el análisis de datos.

Las encuestas se realizarán en los centros de estudio, en horario lectivo. Para realizarla se utilizará un formulario impreso de manera autoaplicada como forma de registrar la información. Al finalizar la encuesta, se introducirá en un sobre que cerrarán los participantes antes de entregar. Las encuestas serán realizadas por personal del equipo de investigación que explicará de forma clara, concisa y breve, en qué consiste la realización de los cuestionarios, aclarando cualquier tipo de duda que pueda surgir durante la realización de los mismos.

La estructura de la encuesta, se compone por 6 secciones en las que se desarrollan distintas escalas o test validados anteriormente en España. (Ver ANEXO 1).

- *1ª SECCIÓN*: recoge datos *sociodemográficos* y algunos ítems seleccionados del cuestionario que se llevó a cabo en 2013 desde el centro de Datos de Lanzarote, inspirado en la encuesta ESTUDES. Se incluyen preguntas para recoger datos de interés sobre *conductas adictivas a sustancias y a las tecnologías*, incidiendo en el uso

*problemático del móvil*. También se reúne información relevante sobre algunos hábitos de vida. En esta sección se recogerán otras variables de interés como la edad y el sexo. En cuanto a la variable *sexo*, facilitará realizar el análisis de la información desde una perspectiva de género, teniéndose en cuenta en la medición del resto de variables. De esta forma, se cumple con uno de los principios generales del IV Plan Canario Sobre Adicciones (2022). La perspectiva de género es un planteamiento transversal que debe estar presente en toda acción que se lleve a cabo en el ámbito de las adicciones, para así colaborar en alcanzar una igualdad efectiva que elimine las desigualdades de género entre hombres y mujeres. (Ver anexo 1.1.)

- 2ª SECCIÓN: *está compuesta por la Escala Mobile Phone Problem Use Scale en Adolescentes (MPPUSA)*. Esta escala mide el posible “*uso problemático del móvil*” como variable objeto de estudio. Fue adaptada al castellano y a la población adolescente en 2012, a manos de la investigación realizada por Olatz López-Fernández, M<sup>a</sup> Luisa Honrubia-Serrano y Montserrat Freixa-Blanxart. Los creadores de la escala original, Bianchi y Phillips (2005), plantean este instrumento para el estudio del uso problemático del móvil teniendo en cuenta dos elementos, *la extraversión*<sup>10</sup> y *la autoestima*. Dichos elementos actúan como factores que pueden intervenir en el patrón de uso inadecuado de un dispositivo móvil y los cambios de estado de ánimo de adolescentes (García-Umaña y Córdoba Pillajo, 2020). Esta escala se compone de 27 ítems que se medirán con una escala Likert<sup>11</sup>, en donde el valor 1 significa “Estar totalmente en desacuerdo” y el valor 5 “Estar totalmente de acuerdo (López-Fernández et al., 2012). (Anexo 1.2.)

- 3ª SECCIÓN: *se compone por el cuestionario AF5 (Autoconcepto Forma 5)* versión ampliada y actualizada de otra prueba anterior, el Autoconcepto Forma A (AFA). Con esta escala pretendemos medir la variable *autoconcepto*, cuyos autores indican que mide cinco dimensiones: 1. Autoconcepto Físico; 2. Autoconcepto académico/laboral, 3. Autoconcepto social; 4. Autoconcepto Emocional; 5. Autoconcepto Familiar. La escala

---

<sup>10</sup> La extraversión es un rasgo de personalidad que se inclina a mostrar abiertamente los sentimientos; hay autores que apuntan a que hace referencia a ser amigable y sociable en exceso, teniendo la necesidad de tener alguien de forma constante con quien conversar (García-Umaña y Córdoba Pillajo, 2020)

<sup>11</sup> Tipo de escala de medición utilizada en investigación social para evaluar la actitud u opinión sobre un tema. Consiste en una serie de declaraciones, cada una de las cuales se presenta con una serie de opciones de respuesta por niveles como, por ejemplo, desde "totalmente en desacuerdo" hasta "totalmente de acuerdo".

tiene 6 ítems de cada una de las 5 dimensiones, resultando un cuestionario total de 30 ítems (García y Musitu, 1999). En este estudio se utilizará una escala Likert de 5 alternativas, donde el valor 1 significa “Estar totalmente en desacuerdo” y el valor 5 “Estar totalmente de acuerdo”. (Ver anexo 1.3.)

- *4ª SECCIÓN: está formada por el APGAR familiar* de uso en menores. Cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia y con el que se pretende medir el *apoyo familiar*, dedicando un apartado específico a la familia por su importancia. El test evalúa 5 funciones básicas familiares valoradas como las más relevantes: 1.Adaptación; 2.Participación; 3.Gradientes de recurso <sup>12</sup>personal; 4.Afecto; 5. Recursos. La información recogida indicará: baja, media o alta satisfacción en el funcionamiento familiar. (Suarez Cuba y Alcalá Espinoza, 2014). (Ver anexo 1.4.)

- *5ª SECCIÓN: esta sección coincide con la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS)* creada por Zimet en 1990, adaptada al castellano por Landeta y Calvete. Se utilizará la versión inicial, instrumento de 12 ítems que recoge qué niveles de apoyo social perciben las personas a las que se les administra, con una escala de respuesta de 7 alternativas, donde 1 significa “Estar totalmente en desacuerdo” y el valor 7 “Estar totalmente de acuerdo” (Ruiz Jiménez et al., 2017). Con esta escala se mide la percepción de apoyo social que se posee en relación con 3 dimensiones: familia, amigos y personas de especial relevancia (Landeta y Calvete, 2002). (Ver Anexo 1.5.)

*6ª SECCIÓN: compuesta por el Autoinforme de Consumo de sustancias psicoactivas (AICA)* con el que se quiere evaluar las *actitudes hacia el consumo de sustancias*. Se compone de 30 ítems medidos por una escala Likert con cinco niveles de respuesta (muy en desacuerdo/muy de acuerdo). Está dividido en siete factores de análisis: 1. Concienciación ante los efectos negativos y actitud contraria al consumo; 2. Actitud de resistencia al consumo; 3. Rechazo de tabaco y drogas ilegales; 4. Rechazo de alcohol; 5. Concienciación sobre los efectos negativos y actitud contraria al consumo de drogas legales; 6. Identidad con ser mayor; 7. Admiración por no consumidores de drogas institucionalizadas (De la Villa Moral y Ovejero, 2005). (Ver Anexo 1.6.)

---

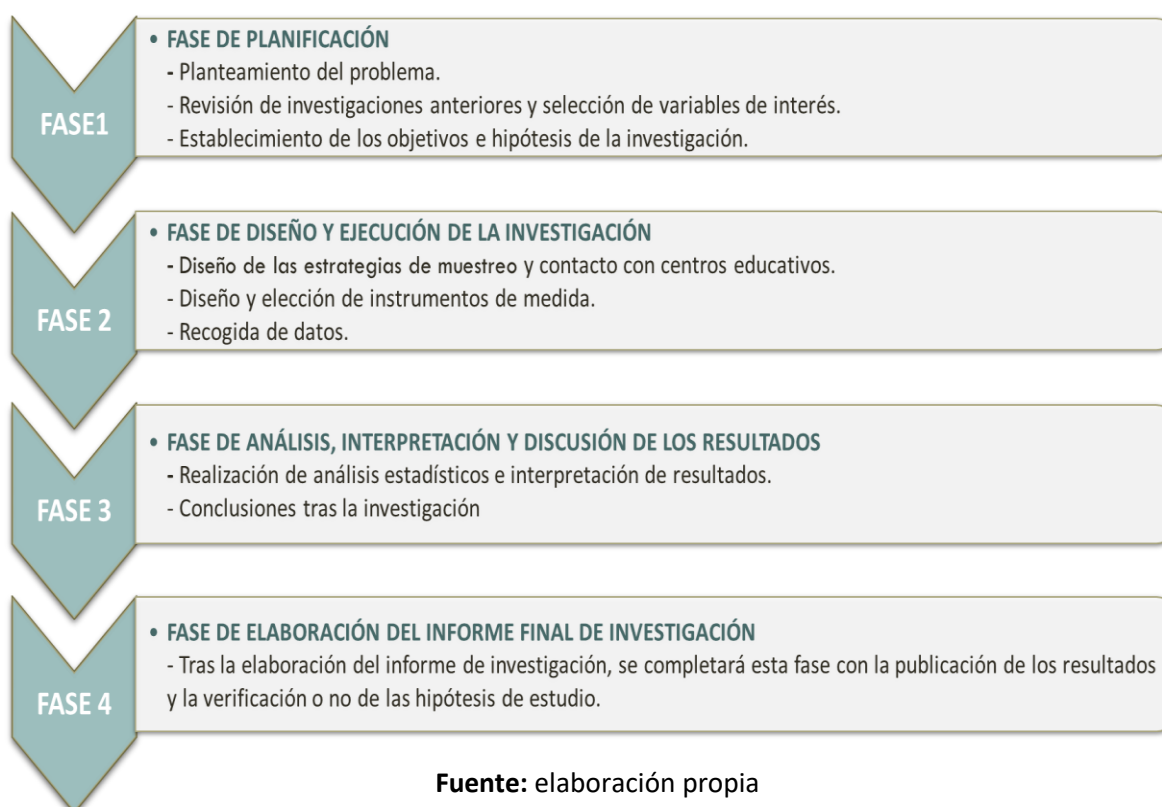
<sup>12</sup> Gradiente de recursos es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo (Suarez Cuba y Alcalá Espinoza, 2014).



## 2.7. Diseño y procedimiento

En primer lugar, se realiza una revisión bibliográfica para determinar las variables de interés considerando la importancia e innovación del estudio. A partir de la selección de las variables y desde una perspectiva fundamentalmente cuantitativa, se propone organizar el diseño del proceso de esta investigación en cuatro fases o etapas.

**Figura 2.1: ESQUEMA DE LAS FASES DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**



### *FASE DE PLANIFICACIÓN*

La fase de planificación es fundamental para el éxito del proyecto de investigación. En primer lugar, se realiza una revisión bibliográfica exhaustiva de estudios previos relacionados con las adicciones en la población joven. De esta revisión se identifican las variables que se consideran más relevantes para el presente proyecto. En esta etapa se plantea el problema, se identifican las variables de interés y se fundamentan los objetivos e hipótesis de la investigación, lo que permitirá definir en un esquema preliminar, las metodologías y procedimientos adecuados para llevar a cabo el estudio y obtener los resultados esperados.

### *FASE DE DISEÑO Y EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN*

Esta fase del proceso de investigación es una de las más importantes, ya que de ella depende el buen desarrollo del trabajo. También supone la fase que conlleva más trabajo y tiene más duración en el tiempo. La primera acción que se lleva a cabo en esta etapa es comenzar a encuadrar la teoría que conformará el marco teórico en el que se sustenta esta investigación.

Como tarea importante en esta fase está la comunicación con agentes externos. Esta acción consiste en contactar con la subdirección de los centros educativos, órgano encargado de llevar a cabo las actividades especiales y el programa de salud. Este primer contacto supone una primera recolección de datos sobre el interés del estudio y la accesibilidad al alumnado de los centros escolares. También se establece comunicación con otros agentes de interés, como son: La Dirección General de la Red de adicciones de Lanzarote, el Centro de Datos de Lanzarote y la Viceconsejería de Educación, Universidades y Deportes del Gobierno de Canarias. Estos contactos se realizan para la búsqueda de apoyo y colaboración determinados en apartados anteriores.

En otro orden de cosas, es la etapa en la que se lleva a cabo el diseño de estrategias de muestreo y se realiza la elección y diseño de instrumentos de medida, los cuales permiten obtener la información necesaria para la investigación.

Finalmente, se procede a la recogida de datos, etapa crítica en la cual se debe asegurar la calidad y validez de los datos obtenidos. También hay que señalar que esta fase supone una de las más costosas en cuanto al presupuesto del proyecto.

Es fundamental que se planifique cuidadosamente cada uno de los aspectos mencionados para lograr resultados rigurosos y fiables en la investigación.

### *FASE DE ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS*

La fase de análisis, interpretación y discusión de los resultados es una etapa crucial en la investigación científica y la que conlleva mayor dificultad. Durante esta fase se lleva a cabo la realización de análisis estadísticos para poder interpretar los resultados obtenidos y extraer conclusiones relevantes de ellos. Esta interpretación

debe tener en cuenta los resultados en comparación con los objetivos de la investigación y los resultados esperados, así como la validez y fiabilidad de los datos. Para ello es importante utilizar técnicas y métodos estadísticos adecuados para el tipo de datos y la naturaleza del problema que se está investigando.

Una vez que se han obtenido los resultados y se han interpretado correctamente, es necesario llegar a conclusiones claras y coherentes. Es importante destacar que las conclusiones deben estar fundamentadas en los resultados y las interpretaciones y, como ya se indicó para el análisis de datos, las conclusiones también deben ser coherentes con los objetivos de la investigación y serán cuidadosamente justificadas y explicadas.

#### *FASE DE ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN*

La Fase de Elaboración del Informe Final de Investigación es el último paso en el proceso de investigación científica. Esta fase incluye la presentación de los resultados y la constatación o rechazo de las hipótesis de estudio. También se recopila y analiza la información obtenida y se presentan los resultados de manera clara y concisa. La elaboración del informe seguirá una estructura coherente y estará basada en los objetivos y las hipótesis. Según Castro Sánchez y Chirino Alemán (2018) es conveniente que el informe posea unas características básicas: debe ser completo, conciso, preciso, ameno y claro. Es importante destacar que la presentación de los resultados debe ser objetiva y rigurosa, sin incluir interpretaciones o juicios subjetivos. La redacción de la investigación como parte del proceso científico, es esencial para que se obtenga un informe de investigación completo y confiable.

Una vez completada la fase de elaboración, se debe publicar el informe final para que los resultados sean de conocimiento público. Esto permitirá que otros investigadores verifiquen los resultados y valoren la eficacia y precisión de los mismos. La fase de elaboración del informe final es esencial para la comunicación efectiva de la demostración de la investigación y para su impacto en la comunidad científica y en la sociedad en general.

## **2.8. Temporalización y cronograma**

En este apartado se presenta una estimación del tiempo necesario para llevar a cabo el proyecto. Gracias al fácil acceso a la población de estudio y al alcance de la muestra, se pretende llegar a un número elevado de participantes, 1.500 adolescentes distribuidos por toda la isla. Debido a la extensión del cuestionario, se hace necesario dividirlo en dos pases, con el objetivo de que no pierdan el interés mientras lo realizan y así tener una información más fiable; por este motivo se prevé que la investigación se prolongue algo más en el tiempo de lo que se suponía en un principio.

Se aspira a que el estudio comience en enero y se espera que concluya en julio según la temporalización propuesta. A pesar de que la fase de análisis, interpretación y discusión de los resultados es de gran complejidad debido a las posibles relaciones entre las variables del estudio, serán la fase de diseño y ejecución de la investigación (por la naturaleza compleja del proceso), junto con la elaboración del marco teórico (por la contextualización actual y la extensa bibliografía existente), las partes de la investigación que requerirán de mayor cantidad de tiempo para su correcta ejecución.

Se considera más oportuno realizar la encuesta a través de cuestionarios escritos y no digitales, aunque esto conlleve algo más de tiempo, presupuesto y elaboración. Será una cuestión a valorar en función de los recursos, tanto materiales como humanos de los que se disponga, teniendo en cuenta por otro lado, los recursos financieros aceptados en el presupuesto final.

## CRONOGRAMA

	TAREAS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
<b>FASE 1</b>	REVISIÓN DE INVESTIGACIONES Y SELECCIÓN DE VARIABLES DE INTERÉS.							
	PLANIFICACIÓN Y PREPARACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO							
<b>FASE 2</b>	ELABORACIÓN DEL MARCO TEÓRICO							
	DISEÑO DE LAS ESTRATEGIAS DE MUESTREO Y CONTACTO CON CENTROS EDUCATIVOS							
	TRABAJO DE CAMPO							
<b>FASE 3</b>	ANÁLISIS ESTADÍSTICOS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.							
<b>FASE 4</b>	ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL							

## 2.9. Medios y materiales

### 2.9.1. Recursos materiales

<b>ORDENADORES</b>	<b>2</b>
IMPRESORA	1
FOTOCOPIADORA	1
CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN	5
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	X
MATERIAL DE OFICINA (TÓNER, FOLIOS, SOBRES, FUNGIBLE, ETC.)	X

### 2.9.2. Recursos humanos

<b>INVESTIGADORES PRINCIPALES</b>	<b>2</b>
ASESORES EXTERNOS	1
PERSONAL TÉCNICO PARA PROCESAMIENTO Y RECOGIDA DE DATOS (TRABAJADORAS/ES SOCIALES DE AYUNTAMIENTO)	2

### 2.9.3. Presupuesto del proyecto de investigación

PERSONAL	GASTOS
DIRECCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	2.200,00 €
RESPONSABLE DEL TRABAJO DE CAMPO	2.000,00 €
ASESORES EXTERNOS	300,00 €
PERSONAL TÉCNICO PARA PROCESAMIENTO Y RECOGIDA DE DATOS	1.400,00 €
<b>INFRAESTRUCTURAS</b>	
TECNOLOGÍA Y EQUIPAMIENTO DIGITAL	1.600,00 €
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO Y CUESTIONARIOS VALIDADOS	650,00 €
MATERIAL DE OFICINA	500,00 €
ESPACIO COWORKING	950,00 €
<b>COSTES ADICIONALES</b>	
TRANSPORTE Y MOVILIDAD	400,00 €
ANÁLISIS DE DATOS (CENTRO DE DATOS DEL CABILDO DE LANZAROTE)	00,00 €
DIVULGACIÓN DE LOS RESULTADOS	1.700,00 €
ASISTENCIA A CONGRESO	1.200,00 €
IGIC	889,00 €
<b>TOTAL</b>	<b>13.589,00 €</b>

## **2.10. Conocimientos esperados.**

Con este trabajo se pretende llevar a cabo la primera investigación psicosocial en Lanzarote que analiza variables sociales e individuales que pueden estar asociadas a las conductas adictivas de adolescentes, dotando además al estudio de una perspectiva de género. El estudio de la relación de las variables de esta investigación no tiene precedentes en nuestro país, y se espera que los resultados puedan ser de utilidad para la identificación de factores de protección y riesgo de las adicciones. Esperamos hacer contribuciones al campo de conocimientos de las adicciones y al diseño de planes de prevención. Con este trabajo se busca abordar esta problemática desde un enfoque holístico, no compartimentado, y en este sentido, el Trabajo Social por su carácter multidimensional emerge como una disciplina capaz de abordar los problemas con una visión más amplia, desde la frontera que separa las disciplinas; entre lo psicológico, lo físico y lo social.

Con esta investigación se persigue, además, aportar evidencias científicas sobre la influencia de las variables individuales (autoconcepto) y las variables sociales (apoyo social percibido) en las conductas adictivas, determinando los factores de interés que inciden en adolescentes, en el momento actual.

Otro punto de especial interés que aporta este estudio viene dado por la elección de la variable dependiente “uso problemático del móvil”. Según Ramos-Soler et al. (2017), adolescentes y jóvenes componen el colectivo más propenso en el uso problemático de los móviles. El estudio sobre usos TIC y Tecnoadicciones en población adolescente y joven de canarias, (Fundación Adsis, 2022), expone que el uso del móvil para jugar a videojuegos se ha incrementado de forma notoria llegando a más del 50% de la juventud. Según García Umaña y Córdoba Pillajo (2020), un número considerable de investigaciones han puesto de manifiesto que los móviles se han convertido en una parte fundamental de la cultura de adolescentes y jóvenes, debido a las multifuncionalidades que los actuales “smartphones” ofrecen. Es por ello que, “se hace necesario la intervención de estudios que permitan determinar los factores que conllevan a la constancia de uso” (García Umaña y Córdoba Pillajo, 2020).

Por lo tanto, esta investigación no sólo aportará beneficios a la población diana y a la sociedad en general, sino que contribuirá en el avance de los equipos profesionales de Trabajo Social en la labor de prevención e intervención del ámbito de las adicciones, a través del

desarrollo de la investigación psicosocial. Esto se suma a la ya consolidada labor de esta profesión, en la intervención y tratamiento de las adicciones.

Después de la crisis sanitaria vivida en el año 2020, se hace más necesario obtener, por un lado, una imagen actual del problema, y, por otro lado, generar conocimiento propio de la disciplina mediante un cuerpo teórico que incorpore nuevas líneas de investigación desde un enfoque psicosocial y sociocultural. La investigación en Trabajo Social sigue siendo un pilar fundamental para la construcción teórica de la profesión y el futuro de la misma.

Partiendo de la complejidad de esta realidad social, quizás sea el momento de repensar el papel del Trabajo Social en el campo de las adicciones. Es hora de recuperar la importancia de la intervención del modelo biopsicosocial<sup>13</sup>, unida a la aparición de otros modelos alternativos como el modelo sociocultural<sup>14</sup>. Según Apud y Romaní (2016), aunque el modelo biomédico<sup>15</sup> ha dominado el trabajo con adicciones en los últimos años, no se puede reemplazar lo social por esta perspectiva. Esto significa que la intervención en adicciones precisa de la intervención social dentro de su marco de actuación, pero si no se considera la dimensión social, quedará incompleta y desequilibrada (Sixto-Costoya y Arroyo, 2018). Es labor de trabajadoras y trabajadores sociales defender e implementar los modelos que dan importancia a la dimensión social y al abordaje desde un enfoque transdisciplinar de la atención a las adicciones.

Con esta investigación se pretende redimensionar el papel del Trabajo social en distintos ámbitos de actuación partiendo del abordaje de las adicciones. Para ello, según Sixto-Costoya y Arroyo (2018), la labor investigativa es fundamental, ya que no es suficiente realizar cambios aislados en la práctica profesional, sino también hay que difundir esos cambios de la forma más extensa y metódica posible.

---

<sup>13</sup> **Modelo biopsicosocial:** surge como crítica al modelo biomédico, que parte de que en la adicción existe una complejidad de factores de riesgo, vulnerabilidad y protección, vinculados no solo a un nivel neurobiológico, sino también psicológico y social. (Apud y Romaní, 2016).

<sup>14</sup> **Modelo sociocultural:** abordaje que permite estudiar a los sujetos en la complejidad de sus contextos “naturales” cuestionando la noción clásica de “drogodependencia” en términos exclusivamente biológicos, exponiendo su relación con las formas de organización de la vida cotidiana, así como los procesos de identificación y construcción de identidad (Apud, 2013; Romaní, 2000, citado en Apud y Romaní, 2016).

<sup>15</sup> **Modelo biomédico:** explicado de forma muy resumida, parte de una concepción neurobiológica de la adicción, entendiéndola como una “enfermedad del cerebro” (Apud y Romaní, 2016).



## SEGUNDA PARTE: ESTUDIO PILOTO

### 1. ESTUDIO PILOTO

Según Díaz-Muñoz (2020) un estudio piloto es una investigación de pequeña escala diseñada para probar los métodos y procesos que se usarían en un estudio de mayor tamaño. Esto se hace para asegurarse de que los métodos y procesos son adecuados antes de iniciar una investigación más costosa y mayor. De esta forma, los estudios piloto evitan gastar recursos en proyectos que no son viables y permiten obtener una mejor comprensión antes de emprender un estudio más amplio.

Este estudio piloto constituye la primera fase, fase de prueba, de un estudio de mayor envergadura, que esperamos llevar a cabo en un futuro próximo, y que contemplará las mismas hipótesis y variables analizadas en esta fase de prueba, pero con una muestra mayor, lo que nos permitirá hacer transferibles y generalizables los resultados.

#### 1.1. Participantes

Para llevar a cabo el estudio piloto se recogió la muestra del municipio de Arrecife por ser el más numeroso y representar la capital de la isla. Los centros educativos escogidos por muestreo de conveniencia fueron el IES Agustín Espinosa y el CEO Argana.

El estudio piloto se ha enfocado a un estrato de edad que abarca desde la adolescencia media (14-16 años) hasta edades más avanzadas (18 años en personas repetidoras). La muestra está constituida por un total de 217 alumnas y alumnos, de los cuales 110 son chicas ( $X= 15,11$  años,  $DT= 0,81$ ), que conforman el 50,6% de la muestra y 106 son chicos ( $X= 15,34$  años,  $DT= 0,87$ ), que representan el 48,8% restante; hay una persona que prefiere no identificarse en ningún grupo, representando el 0,46%, estos fueron eliminados de la muestra de estudio por no constituir un grupo comparativo suficientemente amplio y estadísticamente significativo. El 94,9% de la muestra reside en el municipio de Arrecife, lugar al que pertenecen los centros educativos mostrándose en la Tabla 8.1. El equilibrio de la muestra en cuanto a la participación de chicos y chicas, reflejando las frecuencias por sexo y curso, se puede observar en la Tabla 8.2.

**Tabla. 1. 1.****FRECUENCIAS POR MUNICIPIOS**

MUNICIPIO	N	%
Arrecife	206	94.93
San Bartolomé	3	1.38
Tías	5	2.30
Teguise	1	0.46
Tinajo	1	0.46
Missing	1	0.46
Total	217	100

**Tabla. 1. 2.****FRECUENCIAS POR CURSO Y SEXO**

SEXO	CURSO	N	%
Mujer	3 º ESO	58	52.72
	4 º ESO	52	47.27
	Total	<b>110</b>	100
Hombre	3 º ESO	54	50.94
	4 º ESO	52	49.05
	Total	<b>106</b>	100

**1.2 Instrumentos**

En este estudio se utilizaron los instrumentos ya mencionados en el proyecto de investigación:

-Para medir “uso problemático del móvil” se utilizó la escala MPPUSA (*Mobile Phone Problem Use Scale en Adolescentes*), adaptada al castellano por López-Fernández et al. (2012). Este instrumento mide el uso problemático del móvil teniendo en cuenta dos elementos, *la extraversión y autoestima*. La escala se compone de 27 ítems medidos en escala Likert, donde el valor 1 significa “Estar totalmente en desacuerdo” y el valor 5 “Estar totalmente de acuerdo. La consistencia interna mostró un alfa de Cronbach  $\alpha=0.97$ , indicando alta fiabilidad. (Anexo 1.2.)

-Para medir autoconcepto se utilizó el cuestionario AF5 (*Autoconcepto Forma 5*) de García y Musitu (1999). Se trata de una escala que mide cinco dimensiones: 1. Autoconcepto Físico; 2. Autoconcepto académico/laboral, 3. Autoconcepto social; 4. Autoconcepto Emocional; 5. Autoconcepto Familiar. La escala tiene 6 ítems de cada una de las 5 dimensiones, resultando un cuestionario total de 30 ítems. En este estudio se utilizará una escala Likert de 5 alternativas, donde el valor 1 significa “Estar totalmente en desacuerdo” y el valor 5 “Estar totalmente de acuerdo”. Se determinó una fiabilidad de alfa de Cronbach altamente moderada de 0.81. (Ver anexo 1.3.)

- Para medir el apoyo familiar utilizamos el Cuestionario APGAR familiar (Suárez y Alcalá, 2014). Que evalúa 5 funciones básicas familiares: Adaptación; Participación; Gradiente

de recurso personal; Afecto; Recursos. La información recogida indicará: baja, media o alta satisfacción en el funcionamiento familiar. La escala presenta consistencia interna alta donde el coeficiente alfa de Cronbach  $\alpha=0.84$ . (Ver anexo 1.4.)

- *Para medir apoyo social percibido utilizamos la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS) creada por Zimet en 1990, adaptada al castellano por Landeta y Calvete (2002) consta de 12 ítems con una escala de respuesta de 7 alternativas, donde 1 significa “Estar totalmente en desacuerdo” y el valor 7 “Estar totalmente de acuerdo”. Con esta escala se mide la percepción de apoyo social que se posee en relación con 3 dimensiones: familia, amigos y personas de especial relevancia. La EMAS tiene alta fiabilidad, siendo el alfa de Cronbach de 0,916. (Ver Anexo 1.5.)*

- *Para medir las actitudes hacia el consumo de sustancias empleamos el Autoinforme de Consumo de sustancias psicoactivas (AICA), de Santacreu y Froján (1994), Se trata de un instrumento que mide “predisposición anticonsumo de sustancias” y cuya versión utilizada en este estudio se encuentra en el Anexo 1.6. La herramienta se compone de 30 ítems medidos por una escala Likert con cinco niveles de respuesta (muy en desacuerdo/muy de acuerdo). Está dividido en siete factores de análisis: Concienciación ante los efectos negativos y actitud contraria al consumo; Actitud de resistencia al consumo; Rechazo de tabaco y drogas ilegales; Rechazo de alcohol; Concienciación sobre los efectos negativos y actitud contraria al consumo de drogas legales; Identidad con ser mayor; Admiración por no consumidores de drogas institucionalizadas. Se ha podido comprobar una fiabilidad alta en el AICA.  $\alpha= 0,914$  (Moral y Ovejero, 2005),*

Para conocer los hábitos relacionados con el consumo de sustancias se elaboró ex profeso una encuesta con los ítems seleccionados del cuestionario que se llevó a cabo en 2013 desde el centro de Datos de Lanzarote, inspirado en la encuesta ESTUDES. Se incluyen preguntas para recoger datos de interés sobre conductas adictivas a sustancias y a las tecnologías, incidiendo en el uso problemático del móvil.

### **1.3. Procedimiento**

Se diseñó una versión digitalizada de la encuesta elaborada para el proyecto, utilizando como herramienta Google Forms (Ver Anexo 2). Se solicitó la autorización para llevar a cabo el estudio a la dirección de los centros, que lo facilitaron de forma sencilla sin exigir ningún permiso. Al ser encuestas anónimas, no hizo falta previa autorización del estudiantado o sus responsables, por lo que se solicitó directamente a los adolescentes su colaboración voluntaria contando con el apoyo del profesorado. Tras finalizar el proceso de recogida de información, los datos brutos fueron exportados a una hoja de cálculo para su posterior importación y tratamiento estadístico.

Se administró el cuestionario en las aulas de los centros escogidos durante horario lectivo, extendiéndose a una hora de clase en ausencia del profesorado para garantizar la confidencialidad. Se facilitaban instrucciones precisas y se invitó a participar voluntariamente asegurando e insistiendo sobre el anonimato de las respuestas. El 100% de estudiantes presentes en las aulas respondió al cuestionario.

### **1.4. Análisis de datos**

Para la realización del análisis de los datos recogidos a través de los distintos cuestionarios, se utilizó el programa estadístico JASP en su versión 0.14.1.0 para Windows.

Se realizan análisis de frecuencia de las variables sexo, edad y municipio, y análisis descriptivos (media y la desviación típica) de las variables del estudio. Para estudiar las relaciones entre las variables del estudio se realizaron sucesivos análisis de correlación mediante el estadístico  $r$  de Pearson. Finalmente, para analizar la diferencia entre grupos hombre-mujer y grupos de uso problemático del móvil y uso no problemático, se utilizó la prueba T de Student<sup>16</sup> y el tamaño del efecto de Cohen para aquellos valores que aportan significatividad. Los resultados han sido presentados mediante tablas y gráficas de elaboración propia, con los correspondientes análisis de los indicadores y distintas dimensiones recogidas en los cuestionarios.

---

<sup>16</sup> Prueba t de Student: estadística deductiva que se emplea para concluir si hay diferencia significativa entre las medias de dos grupos.

## 1.5. Resultados

### 1.5.1. Análisis descriptivo

En cuanto a aspectos académicos, en la Tabla 1.3 se recoge una tendencia mayor en los chicos para repetir curso, 42,4%, frente al 37,2% de las chicas. A pesar de que los chicos repiten más que las chicas, la Tabla 8.4 refleja que la edad máxima que se recoge pertenece al grupo de ellas (18 años), siendo la media de edad de chicos y chicas bastante similar, y la edad mínima (14 años) la misma.

**Tabla 1.3. FRECUENCIAS REPETIR CURSO**

SEXO		n	%
Mujer	SI	41	37.27
	NO	69	62.72
	Total	110	100
Hombre	SI	45	42.45
	NO	61	57.54
	Total	106	100

#### a) Edad de inicio de consumo

En la Tabla 1.4 se exponen las medias de edad de inicio de consumo de diferentes sustancias, y sus desviaciones típicas en función del sexo. En relación a las drogas legales y a las borracheras o binge drinking<sup>17</sup>, la edad de inicio de consumo en las chicas es anterior a la de los chicos (13 años) frente a los 15 años para los chicos (exceptuando el alcohol, 14 años). El porcentaje de chicos que nunca ha probado ninguna sustancia es mayor en las drogas legales y el cannabis, invirtiéndose en las drogas ilegales, excepto en el consumo de tranquilizantes.

**Tabla 1.4. DIFERENCIAS ENTRE CHICAS Y CHICOS EN LA EDAD DE INICIO DE CONSUMO SEGÚN SUSTANCIA**

Edad de Inicio	Chicas (%)						Chicos (%)					
	11	12	13	14	15	Nunca	11	12	13	14	15	Nunca
Cigarrillos	0.9	8.1	<b>16.3</b>	5.4	1.8	67.2	4.7	1.8	6.6	4.7	<b>7.5</b>	74.5
Alcohol	5.4	14.5	<b>25.4</b>	9.0	11.8	33.6	7.5	0.9	13.2	<b>24.5</b>	18.8	34.9
Borracheras		0.9	<b>19.0</b>	10.0	10.9	59.0		0.0	6.6	8.4	<b>18.8</b>	66.0
Cannabis	0.9	1.8	<b>5.4</b>	4.4	5.4	81.8	0.9	0.0	4.7	2.8	<b>9.4</b>	82.0
Cocaína			0.9	0.0	0.9	98.1			0.0	0.9	<b>2.8</b>	96.2
Éxtasis			0.9	0.0	0.9	98.1			0.0	0.9	<b>2.8</b>	96.2
Anfetaminas			0.9	0.0	0.0	99.0			0.0	0.9	<b>2.8</b>	96.2
Tranquilizante <sup>a</sup>		0.9	4.5	1.1	<b>5.4</b>	87.2		0.9	0.0	1.8	<b>2.8</b>	94.3
Alucinógenos		0.0	0.9	0.0	0.0	99.0		0.9	0.9	0.9	<b>1.8</b>	95.2

<sup>a</sup> Tranquilizantes sin prescripción médica

<sup>17</sup> Binge drinking: consumo rápido o ingesta intensiva de gran cantidad de alcohol en la misma ocasión y en el menor tiempo posible

b) *Uso abusivo del móvil*

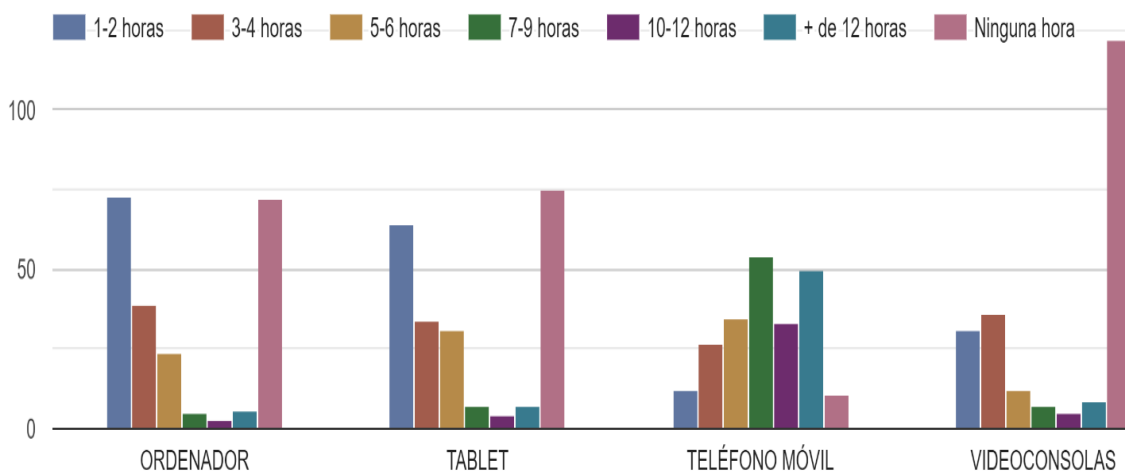
En la Tabla 1.5 utilizando un punto de corte de mayor ó menor de 6 horas/día, se observa que se dedica más tiempo diario al uso del móvil que al resto de tecnologías. Un total de 66,36% de chicas frente al 58,49% de chicos dedican más de 6 horas/día al uso del móvil.

**Tabla 1.5. HORAS DIARIAS Y DIFERENTES USOS DE LA TECNOLOGÍA**

Horas/Día	Mujeres (%)		Hombres (%)	
	< 6 horas	> 6 horas	< 6 horas	> 6 horas
Tablet	91,81	8,18	<b>92,45</b>	7,54
Ordenador	97,27	2,72	90,56	9,43
Consola	95,45	4,54	85,84	14,15
Móvil	33,63	<b>66,36</b>	41,51	<b>58,49</b>

En el gráfico 1.1 se muestra como las barras de la gráfica del teléfono móvil se invierten frente a las de las otras tecnologías (ordenador, tablet y consolas), con los datos desagregados por franjas horaria/día. Según la gráfica, el uso del teléfono móvil es la tecnología de comunicación más utilizada por adolescente diariamente.

**Gráfico 1.1. (Piloto). USO DE TECNOLOGÍAS POR FRANJAS HORARIAS AL DÍA**



**Fuente:** elaboración propia a través de la encuesta de Google Forms.

En la siguiente página, la Tabla 1.6 según el EMPPUSA, muestra que las chicas con un 13,63%, tienen menos uso problemático del móvil, frente al 14,15% de chicos.

**Tabla 1.6. MEDIAS Y DESVIACIÓN TÍPICA DEL EMPPUSA. FRECUENCIA DE JÓVENES CON USO PROBLEMÁTICO DEL MÓVIL SEGÚN GÉNERO Y PUNTUACIONES**

SEXO	USO PROBLEMÁTICO MÓVIL	N	%	M	DT
Mujer	EMPPUSA			<b>73.46</b>	<b>15.40</b>
	SI	15	13.63		
	NO	95	86.36		
	Total	110	100.00		
Hombre	EMPPUSA			<b>67.86</b>	<b>14.87</b>
	SI	15	14.15		
	NO	91	85.84		
	Total	106	100.00		

*c) Autoconcepto*

Observamos que las puntuaciones medias en autoconcepto total de los chicos (M=71.16, SD=14.49) es superior al de las chicas (M=62.08, SD=14.81), también es superior el autoconcepto de chicos en las dimensiones de autoconcepto físico, social y familiar. Las chicas quedan con puntuaciones superiores en el autoconcepto emocional y académico, aunque en esta última tienen una puntuación muy similar (ver Tabla 1.7)

**Tabla 1.7. MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS EN 5 FACTORES DE AUTOCONCEPTOS**

	A. Físico		A. Académico		A. Social		A. Emocional		A. Familiar		AF5_TOTAL	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
M	19.11	<b>21.60</b>	20.89	20.26	19.40	<b>21.6</b>	<b>19.73</b>	15.66	22.40	<b>23.29</b>	62.08	<b>71.16</b>
S.D	4.16	4.32	4.45	4.02	4.64	4.43	4.44	4.30	5.15	4.99	14.81	14.49

*d) Apoyo social percibido y Apoyo familiar*

El EMAS evidenció que la media del apoyo social percibido mostrada en la Tabla 1.8. para las chicas es de 55,02 y es próxima al de los chicos 55,92 con una desviación típica muy similar. Encontramos medias algo más distantes en cuanto al apoyo familiar funcional, siendo mayor en los chicos (M=18,65) que en las chicas (M=17,32)

**Tabla 1.8. MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS EN APOYO SOCIAL PERCIBIDO (EMAS) Y APOYO FAMILIAR (APGAR)**

	EMAS		APGAR	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
N	110	106	110	106
Mean	55.02	55.92	17.32	18.65
Std. Deviation	12.78	12.02	4.63	4.40

e) *Predisposición anticonsumo de sustancias*

Las medias en cada uno de los factores del AICA muestran mayor puntuación en las chicas en todos los componentes, las chicas muestran una mayor actitud contraria al consumo de drogas, excepto en el factor 4. Los chicos (M=8.06), tienden a rechazar más que las chicas (M=7.89) la idea de que “consumir drogas te hace mayor” y ser mayor”. Dicho de otra forma, son las chicas más que los chicos las que tienden a asociar la idea de consumo con la de “parecer mayor” (Ver Tabla 1.9.).

**Tabla 1.9. MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS EN FACTORES DEL AICA SEGÚN SEXO**

	F1		F2		F3		F4		F5		F6		AICA	
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
M	<b>20.32</b>	18.43	<b>31.04</b>	30.10	<b>17.33</b>	16.74	7.89	<b>8.06</b>	<b>7.10</b>	7.08	<b>29.70</b>	27.04	<b>113.40</b>	107.48
SD	3.59	3.93	7.25	8.48	3.71	4.54	2.37	2.30	1.93	1.83	5.77	7.00	19.16	23.54

Nota. **AICA:** Actitud contraria al consumo de drogas. **F1:** Concienciación sobre efectos negativos y actitud contraria al consumo de drogas. **F2:** Actitud de resistencia al consumo. **F3:** Abandono de ambientes incitadores. **F4:** Rechazo asociación droga-ser mayor. **F5:** Admiración no consumidores de drogas. **F6:** Rechazo a existencia de drogas.

*1.5.2 Análisis de correlaciones*

A continuación, en la Tabla 1.10 se muestran los coeficientes de correlación de Pearson para las variables de los cuestionarios, los distintos factores que las componen y la variable edad. Se observa en dicha Tabla que las correlaciones entre el apoyo familiar, apoyo social percibido y los factores del autoconcepto, son muy significativas y positivas, mostrando que tanto el nivel alto de “apoyo familiar”, como la percepción de un “buen funcionamiento en la familia”, se asocian con valores altos de autoconcepto total ( $r = 0.56$ ;  $p < .01$ ), autoconcepto familiar ( $r = 0.78$ ;  $p < .01$ ), físico ( $r = 0.34$ ;  $p < .01$ ), académico ( $r = 0.24$ ;  $p < .01$ ) y social ( $r = 0.26$ ;  $p < .01$ ), y con el apoyo social percibido ( $r = 0.38$ ;  $p < .01$ ), no sólo de la familia, sino de amistades o personas significativas. De la misma forma, el apoyo social percibido correlaciona muy significativamente con el autoconcepto total ( $r = 0.33$ ;  $p < .01$ ), el autoconcepto social y el autoconcepto familiar. El apoyo social también correlaciona de forma significativa con el autoconcepto físico ( $r = 0.21$ ;  $p < .005$ ) y el académico ( $r = 0.16$ ;  $p < .005$ ).



Por otro lado, el uso problemático del móvil correlaciona de manera inversa y altamente significativa, aunque moderada, con el autoconcepto total ( $r = -0.28$ ;  $p < .01$ ), el autoconcepto académico ( $r = -0.28$ ;  $p < .01$ ), y el autoconcepto emocional ( $r = -0.23$ ;  $p < .01$ ); por lo que, a menor autoconcepto total, académico y emocional, mayor uso problemático del móvil. También correlaciona de forma inversa y significativa con el APGAR y con los factores F2 y F3 del AICA, siendo que, a mayor uso problemático del móvil, menor resistencia al consumo (F2) ( $r = -0.17$ ;  $p < .005$ ); menor abandono de ambientes incitadores (F3) ( $r = -0.16$ ;  $p < .005$ ); y menor apoyo familiar percibido ( $r = -0.13$ ;  $p < .005$ ). Otra correlación significativa e inversa se produce entre la puntuación total del cuestionario de uso problemático del móvil (MPPUSA) y el autoconcepto familiar, mostrando que, a mayor uso problemático del móvil, peor autoconcepto familiar ( $r = -0.13$ ;  $p < .005$ ).

En cuanto a la variable edad, vemos que correlaciona significativamente y de forma inversa con el Factor 2 de la escala de *Predisposición anticonsumo de sustancias (AICA)*, mostrando que, a mayor edad, menor actitud de resistencia al consumo ( $r = -0.14$ ;  $p < .005$ ). De la misma forma, la edad correlaciona de forma significativa e inversa, aunque moderada con el autoconcepto académico ( $r = -0.14$ ;  $p < .005$ ), observando que a medida que los y las adolescentes crecen, peor valoran sus resultados y experiencias académicas.

Tabla 1.10. COEFICIENTES DE CORRELACIÓN DE PEARSON PARA LAS VARIABLES DE ESTUDIO

Variable	EDAD	EMPPUSA	AICA	F1	F2	F3	F4	F5	F6	APGAR	EMAS	AF5	AFi	AA	AS	AE
EDAD	—															
EMPPUSA		—														
AICA			—													
F1			0.80**	—												
F2	-0.14*	-0.17*	0.90**	0.61**	—											
F3		-0.16*	0.48**	0.33**	0.38**	—										
F4			0.84**	0.53**	0.78**	0.40**	—									
F5			0.50**	0.41**	0.31**	0.23**	0.36**	—								
F6			0.88**	0.76**	0.69**	0.25**	0.66**	0.43**	—							
APGAR		-0.13*								—						
EMAS			0.14*	0.17*				0.21*		0.38**	—					
AF5		-0.28**								0.56**	0.33**	—				
AFi										0.34**	0.21*	0.70**	—			
AA	-0.14*	-0.28**								0.24**	0.16*	0.56**	0.25**	—		
AS										0.26**	0.27**	0.68**	0.38**	0.23**	—	
AE		-0.23**	-0.15*		-0.16*							0.57**	0.31**		0.29**	—
AF		-0.20*	0.15*	0.16*	0.14*					0.78**	0.37**	0.71**	0.36**	0.34**	0.30**	

Nota. Condicionado con variable: SEXO.

**AICA:** Actitud contraria al consumo de drogas. **F1:** Concienciación sobre los efectos negativos y actitud contraria al consumo de drogas legales. **F2:** Actitud de resistencia al consumo. **F3:** Abandono de ambientes incitadores. **F4:** Rechazo a la asociación droga-ser mayor. **F5:** Admiración por no consumidores de drogas institucionalizadas. **F6:** Rechazo a la existencia de drogas. **AF5:** Autoconcepto Total. **AFi:** Autoconcepto Físico. **AA:** Autoconcepto Académico. **AS:** Autoconcepto Social. **AE:** Autoconcepto Emocional. **AF:** Autoconcepto Familiar

### 1.5.3 Análisis comparativos

#### a) Agrupados según la variable sexo

Con la finalidad de conocer si había diferencias significativas en cuanto a los indicadores de las distintas variables del estudio ente chicos y chicas, se utilizó la prueba t de Student, mostrando las diferencias en la Tabla 1.11.

**Tabla 1.11. COMPARACIÓN (T-STUDENT) DE LAS VARIABLES ENTRE CHICOS Y CHICAS**

	t	Cohen's d	Chicas (M)	Chicos (M)
EDAD			15.11	15.34
EMAS			55.02	55.92
APGAR	-2.15*	-0.29	17.32	18.65
EMPPUSA	2.71*	0.36	73.46	67.86
AICA	2.03*	0.27	113.40	107.48
AICA_F1	3.69**	0.50	20.32	18.43
AICA_F2			31.04	30.10
AICA_F3			17.33	16.74
AICA_F4			7.89	8.06
AICA_F5			7.10	7.08
AICA_F6	3.05*	0.41	29.70	27.04
AF5_TOTAL	-4.55**	-0.61	62.08	71.16
AFí	-4.30**	-0.58	19.11	21.60
AA			20.89	20.26
AS	-3.65**	-0.50	19.40	21.66
AE	-6.84**	-0.93	19.73	15.66
AF			22.40	23.29

**AICA:** Actitud contraria al consumo de drogas **F1:** Concienciación sobre los efectos negativos y actitud contraria al consumo de drogas legales. **F2:** Actitud de resistencia al consumo. **F3:** Abandono de ambientes incitadores. **F4:** Rechazo a la asociación droga-ser mayor. **F5:** Admiración por no consumidores de drogas institucionalizadas. **F6:** Rechazo a la existencia de drogas.

Observamos diferencias estadísticamente muy significativas en la variable “Concienciación sobre los efectos negativos y actitud contraria al consumo de drogas legales” ( $t_{(216)} = 3.69$ ;  $p < .001$ ), siendo las chicas las que tuvieron un índice más alto, por lo tanto, mayor concienciación. También encontramos diferencias muy significativas en Autoconcepto general ( $t_{(216)} = -4.55$ ;  $p < .001$ ), mostrando que los chicos tienen mejor autoconcepto que las chicas; específicamente las medias de las chicas en las dimensiones de autoconcepto físico y social se encontraron significativamente por debajo de los chicos. También se observan diferencias significativas en el apoyo familiar ( $t_{(216)} = -2.15$ ;  $p < .05$ ), teniendo los chicos la media más alta, es decir, para ellos el apoyo familiar percibidos resulta más funcional. Tanto en el MPPUSA, como en el AICA y el AICA\_6, se observa una diferencia significativa en la que las chicas tienen

niveles más altos de uso problemático con el móvil (MPPUS,  $t_{(216)} = 2.71$ ;  $p < .05$ ), pero una mayor predisposición anticonsumo de sustancias (AICA,  $t_{(216)} = 2.03$ ;  $p < .05$ ), así como mayor rechazo a la existencia de drogas (AICA\_F6,  $t_{(216)} = 3.05$ ;  $p < .05$ ).

*b) Agrupados según la variable con/sin problemas de uso del móvil*

En la Tabla 1.12. se pueden observar las diferencias estadísticas (T-Student) al comparar jóvenes con uso problemático del móvil (Grupo 1) y jóvenes sin problemas con el uso del móvil (Grupo 2). En esta última comparativa encontramos diferencias significativas entre los grupos en la variable autoconcepto total ( $t_{(216)} = -2.44$ ;  $p < .05$ ), mostrando a su vez que donde más explícitas son esas diferencias significativas son en el autoconcepto físico ( $t_{(216)} = -2.07$ ;  $p < .05$ ), y en el autoconcepto académico ( $t_{(216)} = -2.07$ ;  $p < .05$ ). Las chicas y chicos adolescentes que no tienen un uso problemático del móvil tienen mejor autoconcepto, obteniendo medias más altas en los tres tipos, autoconcepto total, autoconcepto físico y autoconcepto académico.

**Tabla 1.12. COMPARACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO ENTRE JÓVENES CON USO**

**PROBLEMÁTICO DEL MÓVIL Y JÓVENES SIN PROBLEMAS CON EL USO DEL MÓVIL**

	t	N	Mean	t	Cohen's d
APGAR_TOTAL	Uso Problemático	30	16.83		
	Uso No problemático	186	18.16		
EMAS_TOTAL	Uso Problemático	30	53.60		
	Uso No problemático	186	55.76		
AF5_TOTAL	Uso Problemático	30	60.26		
	Uso No problemático	186	67.54	-2.44*	-0.481
Autoconcepto Físico	Uso Problemático	30	18.80		
	Uso No problemático	186	20.58	-2.07*	-0.40
Autoconcepto Académico	Uso Problemático	30	19.10		
	Uso No problemático	186	20.82	-2.07*	-0.40
Autoconcepto Social	Uso Problemático	30	19.70		
	Uso No problemático	186	20.64		
Autoconcepto Emocional	Uso Problemático	30	-18.96		
	Uso No problemático	186	-17.53		
Autoconcepto Familiar	Uso Problemático	30	21.63		
	Uso No problemático	186	23.03		
AICA_TOTAL	Uso Problemático	30	105.66		
	Uso No problemático	186	111.28		

## 1.6. Discusión

Los objetivos del presente trabajo se plantearon para indagar en la relación entre algunas variables individuales (autoconcepto, sexo y edad) y sociales (apoyo social percibido y apoyo familiar) con dos variables dependientes: consumo de sustancias y uso problemático del móvil.

Respecto al primero de los objetivos específicos planteados: identificar las sustancias más consumidas por los jóvenes de la muestra, los resultados encontrados revelan que las sustancias más consumidas por adolescentes son las drogas legales. El alcohol, es con diferencia la droga más consumida, seguida del tabaco y del cannabis, en tercer lugar. En concordancia con otros estudios (Vázquez et al. 2014) las chicas presentan medias más bajas en la edad de inicio del consumo, lo cual indica que hay una tendencia al consumo experimental de las drogas legales y el cannabis a edades más tempranas en el grupo de chicas, si bien es cierto que el número de chicas que manifiesta no haber consumido nunca alcohol y cannabis es superior al de chicos, lo que indicaría que comienzan antes, pero son menos las chicas que se inician antes de los 15 años. Del resto de sustancias se destaca un alto porcentaje de adolescentes que nunca han probado la cocaína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos (drogas ilegales) y tranquilizantes. En este caso, las medias de los chicos son más altas, indicando que son ellos los que mayor consumo experimental tienen de las drogas ilegales, exceptuando los tranquilizantes. En el consumo de tranquilizantes, son menos las chicas que refieren no haberlas consumido nunca, el consumo de tranquilizantes está más extendido entre las chicas que entre los chicos. Esto confirma un patrón de consumo en el que se replican los resultados obtenidos por la encuesta tipo ESTUDES, realizada por el Centro de Datos del Cabildo de Lanzarote (2013) confirmando la tendencia de los datos en el tiempo. Se repiten los resultados confirmando un consumo más elevado en chicas en el consumo de drogas legales y tranquilizantes, y un consumo más elevado de drogas ilegales por los chicos.

También se han observado diferencias en la edad de inicio de consumo según el sexo, siendo las chicas a los 13 años, las que comienzan antes a consumir las drogas legales y el cannabis, frente a los chicos que comienzan mayoritariamente a los 15 años (exceptuando el alcohol, que comienzan a los 14). En el consumo intensivo o “borracheras” también son las chicas las que comienzan antes. Sobre este hecho, estamos como afirma Rueda Aguilar (2020) frente una realidad en la que, respecto a algunas sustancias, sobre todo las legales (alcohol y

tabaco), los psicofármacos y también el cannabis (confirmado en nuestro estudio), la condición de ser mujer se constituye como un factor de riesgo, evidenciando un consumo mayor e intenso (borracheras) con un comienzo más precoz en el colectivo femenino. Para Rueda Aguilar (2020) este hecho proviene de una igualdad de género mal entendida, por lo que habría que realizar un cambio integral en el abordaje de conductas adictivas en las chicas desde la adolescencia.

En cuanto al segundo objetivo específico del estudio: conocer la frecuencia e intensidad del consumo abusivo del móvil en función del sexo en la población adolescente de Lanzarote. Los resultados pusieron de manifiesto la presencia de uso problemático del móvil, en concordancia con los trabajos de García Umaña y Córdoba Pillajo (2020). Se confirma que los móviles son parte fundamental de la cultura de adolescentes y jóvenes, y que existe un uso abusivo del mismo tanto en chicos como en chicas. Así, nuestros resultados van en la línea de los estudios sobre usos TIC y Tecnoadicciones en población adolescente y joven de canarias de la Fundación Adsis (2022). El móvil ha suplantado y sintetizado el uso de otras tecnologías, pudiendo comprobar en nuestros resultados que hay muchos adolescentes que dedican más de seis horas diarias al uso del móvil para acceder a internet, comunicarse con otros (redes sociales, chatear, mensajería, etc.), escuchar música y jugar a videojuegos. Nuestra investigación muestra que hay mayor afectación en el colectivo femenino que masculino sobre el uso problemático del móvil, en concordancia con los estudios de Estévez, de la Cruz y Fernández-Liria (2009); y con los estudios de González Retuerto y Estévez Gutiérrez (2017).

En el análisis comparativo, y en relación al tercer objetivo específico del estudio que pretendía determinar: las diferencias entre grupos de adolescentes que abusan de las tecnologías y adolescentes que hacen un uso no abusivo de las mismas, se muestra que el autoconcepto total, físico y académico es menor entre adolescentes con uso problemático del móvil. Sobre el autoconcepto total, se ha observado una correlación inversa muy significativa, concretando que el uso problemático del móvil está asociado a distorsión del autoconcepto en la adolescencia y de forma más destacada en las chicas, como también se confirma en el estudio de De-Sola et al. (2016). Así, el análisis comparativo entre chicas y chicos reveló diferencias significativas en las que los chicos tenían mejor autoconcepto total, físico y social, y las chicas mejor autoconcepto emocional. A pesar de coincidir con los resultados del estudio de Amezcua y Pichardo (2000) en el que los chicos tenían mayor autoconcepto global, familiar

y físico, nuestro estudio difiere en que son las chicas las que tienen mayor autoconcepto emocional, lo que puede obedecer a mandatos sociales de género, de especial trascendencia en la adolescencia.

Por lo tanto, la hipótesis planteada: “existe una relación positiva entre conductas adictivas y distorsión del autoconcepto en la adolescencia”, relacionada con el objetivo específico cuarto: determinar la relación estadística entre apoyo social, apoyo familiar, autoconcepto y consumo abusivo de sustancias y tecnología, se confirma sólo parcialmente. No encontramos una correlación significativa entre la actitud permisiva ante el consumo de drogas y el autoconcepto en general, aunque sí entre el autoconcepto familiar, emocional y actitud contraria al consumo; cuanto mayor es el autoconcepto familiar mayor es la actitud de protección ante el consumo de sustancias, mientras que cuanto mayor es el autoconcepto emocional menor es dicha actitud de protección. Según estos resultados convendría mejorar el autoconcepto familiar de adolescentes, más que cualquier otra dimensión del autoconcepto, si queremos protegerlos del consumo de sustancias. En el caso de la adicción o abuso del móvil encontramos una relación significativa y mucho más clara entre autoconcepto general y uso problemático del móvil, de tal forma que, a mayor autoestima, menor riesgo de uso problemático del móvil. Prevenir problemas de autoestima, especialmente de autoestima académica, física y emocional tiene relación con prevenir problemas de uso abusivo del móvil.

De especial relevancia para la intervención social resultan los datos de nuestro estudio que subrayan la importancia del apoyo familiar y social para retrasar el uso y abuso de sustancias y tecnología. A mayor apoyo familiar y mayor apoyo social menor problemática de abuso de sustancia y móvil en la adolescencia. Como otros estudios ya habían puesto de manifiesto con anterioridad, el apoyo familiar es fundamental tanto para el apoyo social, como para que adolescentes tengan una percepción y autovaloración positiva, que se traduzca en un autoconcepto alto (Gracia, Herrero, y Musitu, 2002; Gracia y Herrero, 2006). Según el estudio de Méndez y Barra (2008) en el que relaciona las variables nombradas, el apoyo social percibido cumpliría su función protectora mediante la familia y las redes de apoyo, influyendo en el desarrollo del *autoconcepto*, la autoestima y la capacidad de ajuste psicosocial de adolescentes, de ahí la fuerte relación entre ambas variables.

En cuanto al apoyo social percibido, no se encuentran diferencias entre el apoyo social percibido por chicas y chicos, pero en la línea de otros trabajos se observa que los chicos perciben un grado de apoyo familiar más alto que las chicas (Norris y Ayres, 2016, citado en Jiménez et al., 2020). En concordancia con otros estudios (Cerdá et al, 2010; Hanson y Chen, 2007; Hermeto et al. 2010; Martínez et al. 2013; Pons y Buelga, 2011; Villarreal et al. 2010; citados en Sánchez-Sosa et al., 2014), en nuestra investigación se ha observado que un mayor apoyo familiar en los chicos se relaciona con menor consumo de drogas y menor uso problemático con el móvil. Así se confirma la hipótesis sobre la relación inversa entre apoyo social percibido y conductas adictivas, comprobándose también la hipótesis sobre las diferencias de género entre chicas y chicos, en relación al apoyo social percibido y las variables de estudio.

Abordando el problema de la adicción desde una perspectiva de género, y en relación al quinto y último objetivo planteado en esta investigación: identificar diferencias de género en las conductas adictivas de adolescentes, se puede confirmar la hipótesis que plantea que existen diferencias entre chicas y chicos en relación con el uso del móvil, el consumo de sustancias, y el autoconcepto, ya que se ha comprobado en las chicas una mayor distorsión del autoconcepto cuanto mayor es la predisposición al consumo de sustancias y mayor el uso problemático del móvil. De esta forma se confirma que existen diferencias entre el autoconcepto de chicas y chicos, en relación con el uso del móvil y el consumo de sustancias

En cuanto al consumo de sustancias, el análisis comparativo de nuestro estudio evidenció que las chicas tienen una predisposición anticonsumo mayor que los chicos, concretamente una mayor concienciación sobre los efectos negativos de las drogas legales y una actitud más contraria al consumo. Esta postura menos permisiva de las adolescentes va en la línea contraria a los resultados de los estudios intergénero realizados por Moral-Jiménez et al. (2011), es posible que las diferencias se deban a las diferentes características muestrales.

El estudio que aquí presentamos posee algunas limitaciones. La primera se centra en el contexto, la peculiaridad isleña puede mostrar resultados distintos con otros significados en otras islas y comunidades autónomas. Por otro lado, el diseño muestral no presenta heterogeneidad (áreas metropolitanas- áreas rurales, colegios públicos- colegios privados, etc.). Para poder medir con más precisión las diferencias en cuanto a la variable edad, sería adecuado que participaran adolescentes con mayor diversificación etaria (1º y 2º de la ESO,



alumnado de Bachiller, etc.). Por último, el estudio piloto puede mostrar algunas líneas generales a las que tienden las chicas y chicos adolescentes de Lanzarote, pero los resultados no se considerarían generalizables hasta la realización del estudio planteado en el proyecto de investigación.

## **1.7 Conclusiones**

De acuerdo con la primera de las hipótesis planteadas previamente podemos concluir que nuestro estudio piloto apunta hacia la confirmación, al menos parcial, de la misma. Los problemas con el autoconcepto de los y las adolescentes se relacionan con problemas de abuso del móvil, mientras que solo el autoconcepto familiar se relacionó significativamente con el consumo de sustancias. El grupo de jóvenes que tenían problemas de abuso del móvil mostró un autoconcepto físico, académico y social más bajos que el grupo de jóvenes que no tenían problemas de abuso.

Respecto a la segunda de nuestras hipótesis, se confirma una relación significativa entre apoyo social percibido y predisposición a no consumir sustancias. También entre apoyo familiar funcional y menor riesgo de uso abusivo del móvil.

La tercera y última de las hipótesis planteadas, sobre las diferencias de género, también se vio reforzada por los resultados del estudio. Aunque no hay diferencias de género en cuanto al apoyo social percibido, los chicos de la muestra perciben un apoyo familiar significativamente mayor. El autoconcepto general de los chicos también resultó significativamente mayor, los chicos tenían una imagen de ellos mismos más positiva respecto al autoconcepto físico y social, mientras las chicas tenían el autoconcepto emocional significativamente más alto que los chicos. En los problemas con el uso del móvil las chicas mostraron un uso del dispositivo significativamente más problemático que los chicos, sin embargo, la actitud de protección frente al consumo de sustancias fue mayor en las chicas que en los chicos.

Finalmente, como conclusión general, podemos afirmar que un estudio de mayor escala usando el método y las variables aquí propuestas es viable, y los resultados esperados resultarían de gran interés en la práctica del Trabajo Social. Nuestros resultados sugieren, con base en la evidencia, que los programas de prevención de adicciones deben considerar como factores de riesgo o de protección las variables de este estudio. El género, el apoyo social y la

funcionalidad familiar, son variables sociales a considerar en los programas de prevención. También lo son otras variables de origen psicosocial, como el autoconcepto social, físico y emocional, o la edad de inicio de consumo.

Nuestro estudio presenta importantes limitaciones metodológicas. El tamaño de la muestra no permite generalizar los resultados y el diseño correlacional impide realizar afirmaciones respecto a la relación causa-efecto. Un estudio longitudinal y con un enfoque también cualitativo podría revelar el origen y la forma en la que se producen los cambios en el autoconcepto y en el apoyo social, permitiendo valorar la influencia de esos cambios en la adolescencia y, por ende, en las conductas adictivas.

## VALORACIÓN PERSONAL, AUTOEVALUACIÓN Y SUGERENCIAS

La propuesta *“Variables sociales e individuales asociadas al consumo abusivo de sustancias y uso problemático del móvil: un estudio comparativo en adolescentes”* constituye un desafío no sólo en mi carrera académica, abordando el Trabajo de Fin de Grado desde el ámbito de la Investigación Social, sino también un desafío en mi carrera profesional. Mi dedicación laboral desde el año 2009, ha sido ejercer como educadora en la Unidad Residencial de Atención a las Adicciones de Lanzarote (URAA), conocida como la Comunidad Terapéutica de Zonzamas. En este trabajo desempeño funciones educativas con personas que están en tratamiento y deshabituación de drogodependencias, y es desde esta perspectiva que da el tratamiento, que adquiere una relevancia central la prevención.

La realización de este proyecto de investigación, incluyendo la experiencia del proyecto piloto, ha supuesto un reto académico y práctico para culminar mis estudios y desarrollar nuevas destrezas en mi campo profesional. Profundizar en las adicciones a través del estudio de las variables de autoconcepto y apoyo social percibido, y desde el enfoque de la prevención juvenil, ha supuesto adentrarme en las conductas adictivas desde las raíces de la problemática, anhelo que siempre he tenido.

Otra inquietud que ha movido mi interés para llevar a cabo este trabajo es la inclusión de la perspectiva de género desde la investigación de las adicciones. Aunque desde las Administraciones Públicas y otros agentes sociales se están haciendo arduos esfuerzos por corregir la antigua visión androcéntrica en el campo de las adicciones, y se han implementado diferentes líneas de actuación con perspectiva de género (sobre todo en acciones de intervención), todavía queda mucho por hacer desde la investigación en este sentido, con una orientación claramente preventiva. Por último, como se ha podido comprobar en los resultados de este estudio, se está incrementando el consumo de sustancias y adelantándose la edad de inicio en ellas, las chicas, resultando un fenómeno novedoso y preocupante con necesidad de profundizar en el conocimiento del problema.

En otro orden de cosas, la oportunidad de llevar a cabo el proyecto piloto también ha supuesto un salto cuantitativo en mi recorrido académico. Este hecho, pese a la dificultad y trabajo que ha supuesto, me ha permitido realizar la mayoría de los pasos de una experiencia empírica, incluido el trabajo de campo, resultando una valiosa experiencia personal.

Las limitaciones y potencialidades experimentadas a la hora de llevar a cabo la realización del proyecto han estado a la par, siendo los obstáculos a superar, el motor que ha impulsado las fortalezas para salvar las dificultades encontradas. Uno de los impedimentos que encontré fue la sobreinformación derivada de la extensa literatura y bibliografía que hay sobre el tema objeto de estudio, unido a la existencia de multitud de clasificaciones de modelos de investigación, enfoques, instrumentos y técnicas. De mis fortalezas destaco una buena capacidad de síntesis como habilidad prioritaria, unida a la capacidad de asumir riesgos. Entre los riesgos y dificultades se encuentra el haber tenido que limitar algunos apartados al introducir el estudio piloto. Desde un punto de vista crítico y organizativo, este hecho puede haber resultado en que otras partes del trabajo no estén tan desarrolladas como me hubiera gustado. No obstante, esto también ha conllevado el incremento de las competencias para planificar, organizar y priorizar, desarrollando la capacidad de discernir sin menoscabar el resultado final.

El estudio de las adicciones desde un encuadre psicosocial como el planteado, con un enfoque desde la perspectiva de género, y partiendo del Trabajo Social como disciplina capaz de aunar diversos ámbitos de actuación para el abordaje de la problemática de estudio (personal, social, comunitario, salud, educación, etc.), han sido la guía y eje central para el diseño de esta investigación. Esta triple aproximación al tema es de gran interés para la problemática social escogida, por la amplitud de su repercusión y su replicabilidad, contribuyendo de esta forma, a la innovación social. En resumen, este proyecto redirige el foco de atención a un modelo de intervención que reclama la importancia de la dimensión social de las conductas adictivas, destacando el papel protagonista de la investigación psicosocial en la prevención desde el Trabajo social, profesión que deseo profundamente ejercer.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfonso, J. P. (2008). *Análisis de los factores psicosociales y familiares relacionados con el consumo de drogas de iniciación en adolescentes* [Tesis Doctoral]. Universidad Miguel Hernández. <http://193.147.134.18/bitstream/11000/1517/19/TESIS%20Alfonso%20P%C3%A9rez%20Jos%C3%A9%20Pedro.pdf>
- Amezcu, J. A., y Pichardo, C. (2000). Diferencias de género en autoconcepto en sujetos adolescentes. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 16(2), 207-214. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/29421/28481>
- Anguita, J. C., Labrador, J. R., Campos, J. D., Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J., Donado Campos, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención primaria*, 31(8), 527-538. <http://www.unidadocentemfyclaspalmas.org.es/resources/9+Aten+Primaria+2003.+La+Encuesta+I.+Cuestionario+y+Estadistica.pdf>
- Agudelo G., Ruíz, J., G., y Aignerren, M. (2008). *Diseños de investigación experimental y no-experimental* [Archivo PDF]. [https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/2622/1/AgudeloGabriel\\_2008\\_DisenosInvestigacionExperimental.pdf](https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/2622/1/AgudeloGabriel_2008_DisenosInvestigacionExperimental.pdf)
- Apud, I., y Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, 16 (2), 115-125. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83946520005.pdf>
- American Psychiatric Association [APA] (1995). DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [Archivo PDF]. Instituto Municipal de Investigación Médica Departamento de Informática Médica Barcelona Masson, S.A. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- American Psychiatric Association [APA] (2014). DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [Archivo PDF]. Editorial Médica Panamericana. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Ato, M., López, J. J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Axpe, I. y Uralde, E. (2008). Dos formatos (papel y on line) de un programa educativo para la mejora del autoconcepto físico. *Revista de Psicodidáctica*, 13 (2), 53-69. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17513205>
- Barra Almagia, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud*, 14(2), 237-243. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/848>
- Barra Almagia, E. (2012). Influencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de estudiantes universitarios chilenos. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 8 (1), 29-38. Recuperado el 12 de mayo de 2023, de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S17949998201200010003&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S17949998201200010003&lng=en&tlng=es).

- Barrera-Herrera, A., Neira-Cofré, M., Raipán-Gómez, P., Riquelme-Lobos, P., y Escobar, B. (2019). Apoyo social percibido y factores sociodemográficos en relación con los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en universitarios chilenos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(2). <https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/23676/pdf>
- Becoña, E., Cortés, M., Arias F., Barreiro, C., Iraurgi, J., Llorente, J. M., Berdullas, J., López, A., Madoz, A., Martínez, J.M., Ochoa, E., Palau, C., Palomares, A., Villanueva, V. J. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol. [Archivo PDF]. <https://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>
- Bianchi, A. y Phillips, J. G. (2005). Psychological predictors of problem mobile phone use. *Cyberpsychology & Behavior*, 8, 39–51. <https://doi.org/10.1089/cpb.2005.8.39>
- Böcker Zavaró, R (2007). *Cómo hacer un proyecto de investigación*. XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara. <https://cdsa.aacademica.org/000-066/1149.pdf>
- Carbonell, X. (2004). Contexto cultural y consecuencias legales del consumo de drogas. *Trastornos adictivos: Órgano Oficial de la Sociedad española de Toxicomanías*, 6(1), 1-4. <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-contexto-cultural-consecuencias-legales-del-13056396>
- Carbonell, X., Chamarro, A., Griffiths, M., Oberst, U., Cladellas, R., y Talarn, A. (2012). Uso problemático de Internet y móvil en adolescentes y jóvenes españoles. *Anales de Psicología* 28(3), 789–796. <https://doi.org/10.6018/analesps.28.3.156061>
- Chóliz, M. Villanueva, V. y Chóliz, M.C. (2009). Ellos, ellas y su móvil: Uso, abuso (¿y dependencia?) del teléfono móvil en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencias*, 34(1), 74-88. [https://www.aesed.com/descargas/revistas/v34n1\\_6.pdf](https://www.aesed.com/descargas/revistas/v34n1_6.pdf)
- Choliz, M. (2012). Adicción al teléfono móvil en la adolescencia: la prueba de dependencia del teléfono móvil (TMD). *Progreso en ciencias de la salud*, 2 (1), 33-44. [https://www.researchgate.net/publication/284690452\\_Mobile-phone\\_addiction\\_in\\_adolescence\\_The\\_Test\\_of\\_Mobile\\_Phone\\_Dependence\\_TMD](https://www.researchgate.net/publication/284690452_Mobile-phone_addiction_in_adolescence_The_Test_of_Mobile_Phone_Dependence_TMD)
- Carranza Esteban, R. F., Ruíz Mamani, P. G., Mamani-Benito, O., Hernández, R. M., y White, M. (2021). Análisis psicométrico de una versión reducida de la escala de autoconcepto AF5. *Ansiedad y estrés*, 27(2), 67-73. <https://www.ansiedadystres.es/sites/default/files/rev/2021/anyes2021a9.pdf>
- Castro, C., Pérez, J. (2017). El Trabajo Social en el entorno educativo español. *Barataria Revista Castellano Manchega de Ciencias Sociales*, 22, 215-226. <https://www.redalyc.org/journal/3221/322153762013/html/>
- Castro Sánchez, J.J.; Chirino Alemán, E. (2018). *Investigación cualitativa y cuantitativa aplicada a los problemas sociales*. Grado en Trabajo Social. Manual Universitario de Teleformación. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- Castro Sánchez, J.J.; Chirino Alemán, E. (2018). *Desarrollo humano en el ciclo vital y el medio social*. Grado en Trabajo Social. Manual Universitario de Teleformación. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

- Cauas, D. (2015). Definición de las variables, enfoque y tipo de investigación. *Bogotá: biblioteca electrónica de la universidad Nacional de Colombia*, 2, 1-11. [Archivo PDF]. <https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w24762w/Definiciondelasvariables,enfoqueytipodeinvestigacion.pdf>
- Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias (2022) “IV Plan Canario sobre adicciones 2022-2024. <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/314189f0-4ae8-11ed-9278-552438ed8536/IVPlanCanariosobreadicciones-2022-2024.pdf>
- Consejo de Europa. (1961). *Carta Social Europea* [Archivo PDF]. Recuperado de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1934.pdf>
- Consejo de la Unión Europea (2021). *Plan de Acción de la UE sobre Drogas 2021-2025* [Archivo PDF]. [https://pnsd.sanidad.gob.es/delegacionGobiernoPNSD/relacionesInternacionales/unionEuropea/docs/2021\\_Plan\\_Accion\\_UE\\_sobre\\_Drogas\\_2021\\_2025.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/delegacionGobiernoPNSD/relacionesInternacionales/unionEuropea/docs/2021_Plan_Accion_UE_sobre_Drogas_2021_2025.pdf)
- Consejo de la Unión Europea (2021). *Estrategia de la UE sobre Drogas 2021-2025* [Archivo PDF]. [https://www.consilium.europa.eu/media/54074/qc0521073esn\\_002.pdf](https://www.consilium.europa.eu/media/54074/qc0521073esn_002.pdf)
- Contreras, I. (1996). La investigación en el aula en el marco de la investigación cualitativa en educación: una reflexión acerca de sus retos y posibilidades. *Revista Educación*, 20(1) <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/view/24571>
- De Sola Gutiérrez, J. (2014). ¿Qué es una adicción? Desde las adicciones con sustancias a las adicciones comportamentales. Evaluación e Intervención terapéutica [Archivo PDF]. *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*, 4, 1-28. [https://www.psicociencias.org/pdf\\_noticias/Que\\_es\\_una\\_adiccion\\_J.\\_de\\_Sola.pdf](https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Que_es_una_adiccion_J._de_Sola.pdf)
- De-Sola Gutiérrez, J., Rodríguez de Fonseca, F., y Rubio, G. (2016). Cell Phone addiction: A Review. *Frontiers in Psychiatric*, 7:175. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2016.00175/full>
- De Sola Gutiérrez, J. (2018). *El uso problemático del teléfono móvil: desde el abuso a su consideración como adicción comportamental* [Tesis de Doctor en la Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/46732/1/T39651.pdf>
- Díaz-Muñoz, Gustavo. (2020). Metodología del estudio piloto. *Revista chilena de radiología*, 26(3), 100-104. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-93082020000300100>
- Eснаоla Etxaniz, I. (2006). Autoconcepto y consumo de drogas legales en la adolescencia. *Revista española de drogodependencias*, 31(1), 57-66. [https://www.aesed.com/descargas/revistas/v31n1\\_5.pdf](https://www.aesed.com/descargas/revistas/v31n1_5.pdf)
- Estévez, L., Bayón, C., De la Cruz, J., & Liria, A. F. (2009). Uso y abuso de Internet en adolescentes. *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (pp. 101-130).
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). *Los autoinformes. Introducción a la evaluación psicológica* (I). Madrid: Pirámide. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4924607>
- Flores, M. (2004). Implicaciones de los paradigmas de investigación en la práctica educativa [Archivo PDF]. *Revista Digital Universitaria*, 5 (1), 2-9. [https://www.ru.tic.unam.mx/bitstream/handle/123456789/696/ene\\_art1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.ru.tic.unam.mx/bitstream/handle/123456789/696/ene_art1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Fuentes, M. C., García, F., y Lila, M. (2011). Autoconcepto y consumo de sustancias en la adolescencia. *Adicciones*, 23(3),237-248.  
<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/148>
- Gallego Llamas, M. (2019). *El papel del trabajador social en materia de drogodependencias*.  
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/39802/TFGG4056.pdf;jsessionid=7E3B44C795CC4F81F779764678C9FF63?sequence=1>
- García, J. F., y Musitu, G. (1999). *Autoconcepto forma 5* [Archivo PDF]. Madrid: Tea.  
[https://web.teaediciones.com/ejemplos/af-5\\_manual\\_2014\\_extracto.pdf](https://web.teaediciones.com/ejemplos/af-5_manual_2014_extracto.pdf)
- García, J. F., Musitu, G., y Veiga, F. (2006). Autoconcepto en adultos de España y Portugal. *Psicothema*, 18 (Número 3), 551–556. Recuperado a partir de  
<https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8471>
- García, A. C. (2020). Apoyo social recibido y percibido en adolescentes internas en un centro de rehabilitación. *Archivos de Criminología, Seguridad Privada y Criminalística*, (25), 31-53. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7497228>
- García-Umaña, A. y Córdoba, E. (2020). Validación de la escala MPPUS-A sobre el uso problemático del smartphone. *Pixel-Bit. Revista de Medios y Educación*, 57, 173-189  
<https://doi.org/10.12795/pixelbit.2020.i57.07>
- Garmendia, M. L., Alvarado, M. E., Montenegro, M., y Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista médica de Chile*, 136(2), 169-178. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000200005>
- González de Audikana, J. M., Moro Inchaurtieta, Á., Ruiz Narezo, M., Arostegui Santamaría, E., Elzo Imaz, F. J., Estévez Gutiérrez, A., y Solabarrieta Eizaguirre, J. (2021). *Consumo de drogas y conductas de riesgo en la adolescencia* (Vol. 36). Grao.
- González Retuerto, N., y Estévez Gutiérrez, A. (2017). El apoyo social percibido moderador entre el uso problemático de internet y la sintomatología depresiva en jóvenes adultos. *Salud y drogas*, 17 (1), 53-62.  
<https://www.redalyc.org/pdf/839/83949782006.pdf>
- Gracia, E. & Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social. Evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 327-342.
- Gracia, E., Herrero, J., & Musitu, G. (2002). *Análisis e intervención social. Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis.
- Hernández Sampieri, R., y Mendoza, C. (2020). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mcgraw-hill. <https://tinyurl.com/4c7s5dkm>
- Holden C. (2001). Comportamiento en las adicciones ¿Existen? *Science*. 294(5544): 980–982. doi: 10.1126/science.294.5544.980.
- Jiménez, M. N., Axpe, I. y Esnaola, I. (2020). El rol del apoyo social percibido en la predicción de la inteligencia emocional entre adolescentes de la República Dominicana. *European journal of education and psychology*, 13(2), 97-110.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7670933>
- Landeta, O., y Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la escala multidimensional de apoyo social percibido. *Ansiedad estrés*, 173-182.



- Le Moal, M. y Koob, GF (2007). Drogodependencia: caminos hacia la enfermedad y perspectivas fisiopatológicas. *Neuropsicofarmacología europea*, 17 (6-7), 377-393. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924977X06002318>
- López, P.L. (2004). Población Muestra y Muestreo. *Punto Cero*, 09(08), 69-74. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1815-02762004000100012&lng=es&tIng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012&lng=es&tIng=es).
- López-Fernández, O., Honrubia-Serrano, M. L., y Freixa-Blanxart, M. (2012). Adaptación española del " mobile phone problem use scale" para población adolescente. *Adicciones*, 24(2), 123-130. <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289122912005.pdf>
- López Romo, H. (1998). La metodología de la encuesta. *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación* (pp. 33-74). Logman. [https://biblioteca.marco.edu.mx/files/metodologia\\_encuestas.pdf](https://biblioteca.marco.edu.mx/files/metodologia_encuestas.pdf)
- Luengo Martín, M. A., Romero Tamames, E., Gómez Fragueta, J. A., Guerra López, A., y Lence Pereiro, M. (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa*. [Archivo PDF]. Universidad de Santiago de Compostela. <https://pnsd.sanidad.gob.es/eu/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/preve.pdf>
- Luna, N. C., y Molero, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica De Investigación Y Docencia (REID)*, (10). Recuperado a partir de <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/991>
- Mann, C. J. (2003). Observational research methods. Research design II: cohort, cross-sectional and case-control studies. *Emergency Medical Journal*, 20, 54-60 <https://emj.bmj.com/content/emmermed/20/1/54.full.pdf>
- Mayor, J. (1995). *Las drogodependencias como Objeto del Trabajo Social*. Cuadernos de Trabajo Social. Universidad Complutense, Madrid, (8), 213-239. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=119444>
- Méndez, P., y Barra, E. (2008). Apoyo social percibido en adolescentes infractores de ley y no infractores. *Psykhe (Santiago)*, 17(1), 59-64.
- Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales (2021). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de secundaria (STUDES)* [Archivo PDF]. Plan Nacional sobre Drogas. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2008.pdf>
- Ministerio de Sanidad (2022). *Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024* [Archivo PDF]. [https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PlanASA\\_2021-24\\_aprobado.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PlanASA_2021-24_aprobado.pdf)
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). *Estrategia Nacional sobre Adicciones* [Archivo PDF]. [https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA\\_N.ADICCIONES\\_2017-2024\\_\\_aprobada\\_CM.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf)

- Moral, M.V. y Ovejero, A. (2005). Análisis diferencial por niveles de edad de las actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Interamerican Journal of Psychology*, 39 (3), 325-338. [https://helvia.uco.es/bitstream/handle/10396/21205/433\\_1666\\_1\\_PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://helvia.uco.es/bitstream/handle/10396/21205/433_1666_1_PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Moral-Jiménez, M., Ovejero-Bernal, A., Castro, Á., Rodríguez-Díaz, F. J., & Sirvent-Ruiz, C. (2011). Modificación de actitudes hacia el consumo de sustancias en adolescentes: seguimiento de las diferencias intergénero. *International Journal of of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 291-311
- Moronta Tremols, I. D. J. (2021). *El apoyo social percibido, el autoconcepto académico y la motivación escolar en el ajuste escolar del alumnado universitario de País Vasco y República Dominicana: un estudio comparativo*. [Tesis Doctoral, Universidad del País Vasco] <http://hdl.handle.net/10810/51832>
- Musitu, G., Jiménez, T. y Murgui, S. (2005). Familia, apoyo social y conducta delictiva en la adolescencia: efectos directos y mediadores. *Anuario de psicología*, 36 (2), 559-579. <https://roderic.uv.es/handle/10550/2096>
- Naciones Unidas (1948). Declaración Universal De los Derechos Humanos. [https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2022) *ESTADÍSTICAS 2022, Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España* [Archivo PDF] [https://tf2223.ulpgc.es/pluginfile.php/30683/mod\\_resource/content/1/ESTAD%C3%8DSTICAS%202022\\_Alcohol%2C%20tabaco%20y%20drogas%20ilegales%20en%20Espa%C3%B1a.pdf](https://tf2223.ulpgc.es/pluginfile.php/30683/mod_resource/content/1/ESTAD%C3%8DSTICAS%202022_Alcohol%2C%20tabaco%20y%20drogas%20ilegales%20en%20Espa%C3%B1a.pdf)
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2017). *Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas* [Archivo PDF]. [https://www.unodc.org/documents/UNODC-WHO\\_International\\_Treatment\\_Standards\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/documents/UNODC-WHO_International_Treatment_Standards_Spanish.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad, 11ª edición*. [https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20\(version%2014%20nov%202019\).pdf](https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20(version%2014%20nov%202019).pdf)
- Pineda, B.; De Alvarado, E. L.; De Canales, F. (1994) *Metodología de la investigación, manual para el desarrollo de personal de salud*. Segunda edición. Organización Panamericana de la Salud. Washington. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3132>
- Pita Fernández, S. y Pértegas Díaz, S. (2002). Investigación cuantitativa y cualitativa. *Cad aten primaria*, 9(1),76-78. [http://www.ecominga.uqam.ca/ECOMINGA\\_2011/PDF/BIBLIOGRAPHIE/GUIDE\\_LECTURE\\_2/4/2.Pita\\_Fernandez\\_y\\_Pertegas\\_Diaz.pdf](http://www.ecominga.uqam.ca/ECOMINGA_2011/PDF/BIBLIOGRAPHIE/GUIDE_LECTURE_2/4/2.Pita_Fernandez_y_Pertegas_Diaz.pdf)
- Ramos-Soler, I., López-Sánchez, C., y Quiles-Soler, M. C. (2017). Adaptación y validación de la escala de nomofobia de Yildirim y Correia en estudiantes españoles de la Educación Secundaria Obligatoria. *Salud Y Drogas*, 17(2), 201–213. <https://doi.org/10.21134/haaj.v17i2.332>

- Rodríguez Pellejero, J.M. y Grijalvo Lobera, F. (2015). *Intervención en Drogodependencias*. Manuales Docentes Grado en Trabajo Social. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- Rueda Aguilar, E. F. (2020). Perfil psicosocial de adolescentes consumidores de drogas: un análisis de las diferencias de género. *Revista española de drogodependencias*, 55-71. [https://www.aesed.com/upload/files/v45n3-3\\_efra.pdf](https://www.aesed.com/upload/files/v45n3-3_efra.pdf)
- Ruiz Jiménez, M. T., Saiz Galdós, J., Montero Arredondo, M. T., y Navarro Bayón, D. (2017). Adaptación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en población con trastorno mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132), 415-437. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352017000200415](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000200415)
- Sánchez-Sosa, Juan Carlos, Villarreal-González, María Elena, Ávila Guerrero, María Elena, Vera Jiménez, Alejandro, & Musitu, Gonzalo. (2014). Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados. *Psychosocial Intervention*, 23(1), 69-78. <https://dx.doi.org/10.5093/in2014a7>
- Shavelson, R., Hubner, J. y Stanton, J. (1976). Self concept: Validation of construct interpretation. *Review of Educational Research*, 46 (3), 407-441. [https://www.researchgate.net/publication/269462101\\_Self-Concept\\_Validation\\_of\\_Construct\\_Interpretations](https://www.researchgate.net/publication/269462101_Self-Concept_Validation_of_Construct_Interpretations)
- Sixto-Costoya, A., Arroyo, Á. O. (2018). Educación social y trabajo social en adicciones: Recuperar el territorio colaborando. *RES, Revista de Educación Social*, 26. <https://eduso.net/res/wp-content/uploads/2020/06/RES-26-andrea.pdf>
- Suárez Cuba, M. A., Alcalá Espinoza, M. (2014). Apgar Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, 20(1), 53-57. Recuperado el 19 de marzo de 2023, de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es&tlng=es).
- Terán Prieto, A. (25 de marzo de 2022). *Adolescentes y consumo de drogas*. Congreso de Actualización en Pediatría 2022. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2022. p. 167-175. [https://www.aepap.org/sites/default/files/167-176\\_adolescentes\\_y\\_drogas\\_libro\\_18\\_congreso\\_aepap\\_2022.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/167-176_adolescentes_y_drogas_libro_18_congreso_aepap_2022.pdf)
- Vázquez, M. E., Muñoz, M. F., Fierro, A., Alfaro, M., Rodríguez, M. L. y Rodríguez, L. (2014). Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas. *Pediatría de Atención Primaria*, 16, 125-134. <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v16n62/original3.pdf>
- Villanueva, V. (2012). *Programa de prevención del abuso y la dependencia del teléfono móvil en población adolescente*. Universitat de Valencia. <https://core.ac.uk/download/pdf/71025873.pdf>

## **Anexo bibliográfico: normativa y legislación**

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. 19 de mayo de 1986. BOE-A-1986-10499. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. 24 de marzo de 2007. BOE-A-2007-6115. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2007/03/22/3/con>
- Ley 13/2011, de 27 de mayo, de regulación del juego. (2011). Boletín Oficial del Estado, 128, 47645-47670. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-9280>
- Ley 15/2014, de 16 de septiembre, de racionalización del Sector Público y otras medidas de reforma administrativa. 17 de septiembre de 2014. BOE-A-2014-9467 <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2014-9467>
- Ley 1/1997, de 7 de febrero, de Atención Integral a los Menores. (1997). Boletín Oficial del Estado, 63, 8376-8397. Referencia BOE-A-1997-5498. <https://www.boe.es/eli/es-cn/l/1997/02/07/1>
- Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias. (1998). Boletín Oficial de Canarias, 94, 5976-5991. Referencia BOE-A-1998-20139. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1998/BOE-A-1998-20139-consolidado.pdf>
- Ley 7/2007, de 13 de abril, Canaria de Juventud. Comunidad Autónoma de Canarias «BOC» núm. 78, de 19 de abril de 2007. Boletín Oficial de Canarias, 19 de agosto de 2008, núm. 164, pp. 7-12. [Consultado el 15 de abril 2020]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2008/164/d2.pdf>
- Ley 1/2010, de 26 de febrero, canaria de igualdad entre mujeres y hombres. (2010). Boletín Oficial del Estado, 67, 26647-26683. Referencia BOE-A-2010-4518. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-4518>
- Ley 8/2010, de 15 de julio, de los Juegos y Apuestas. (2010). Boletín Oficial del Estado, 199, 72708-72726. Referencia BOE-A-2010-13203. <https://www.boe.es/eli/es-cn/l/2010/07/15/8> [Fecha de acceso: 13/03/2023]
- Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias. (2019). Boletín Oficial del Estado, 141, 61699-61773. Referencia BOE-A-2019-8794. [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-8794](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-8794)
- Ley 7/2007, de 13 de abril, Canaria de Juventud. (2007). Boletín Oficial de Canarias, 83, 10882-10903. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-10409-consolidado.pdf>
- Orden de 27 de mayo de 2002, por la que se aprueban las bases generales que regulan las convocatorias para la concesión de subvenciones en materia de prevención de las drogodependencias. B.O.C. Nº 73, 3 de junio de 2002. <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/legislacion/pdfCCAA/legislaAUT146.pdf>

Orden de 22 de noviembre de 2021, por la que se aprueban las bases reguladoras que han de regir en la concesión de las subvenciones destinadas a la realización de programas de interés general para atender fines de interés social, con cargo a la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias. BOC Nº 247. 2 de diciembre de 2021. <http://www.gobiernodecanarias.org/boc/2021/247/007.html>

Real Decreto 200/2012, de 23 de enero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y se modifica el Real Decreto 1887/2011, de 30 de diciembre, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales. 24 de enero de 2012. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-1034>

Real Decreto 2499/1979, de 19 de octubre, por el que se modifican determinados artículos del Real Decreto 3032/1978, de 15 de diciembre, sobre reestructuración de la Comisión Interministerial para el Estudio de los Problemas Derivados del Consumo de Drogas. 1 de noviembre de 1979 <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1979-25902>

## 5. ANEXOS

## ANEXO 1. Cuestionario formato PDF

### ANEXO 1.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS. ÍTEMS ENCUESTA 2013 LANZAROTE

#### INSTRUCCIONES

Antes de empezar, por favor, lee las siguientes instrucciones:

El presente cuestionario forma parte de un estudio de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria sobre VARIABLES SOCIALES E INDIVIDUALES ASOCIADAS AL CONSUMO ABUSIVO DE SUSTANCIAS Y USO PROBLEMÁTICO DEL MÓVIL en la población escolarizada de Lanzarote.

Tu centro educativo y tu clase han sido seleccionados al azar para participar en este estudio.

El cuestionario es **anónimo** por lo que no hace falta poner el nombre. La información que nos facilites será confidencial y se encuentra protegida por la Ley.

Responde a las preguntas siguiendo las indicaciones que se dan en cada parte del cuestionario.

Si no encuentras una respuesta que corresponda exactamente con lo que quieres responder, escoge la más parecida. Si te equivocas, puedes rectificar tu respuesta.

Si te surge alguna duda, levanta la mano y la persona encargada de la encuesta te la resolverá. Cuando hayas terminado, puedes avisar a la persona responsable de la encuesta.

Muchas Gracias por tu colaboración.

#### Responde a cada pregunta marcando el número de la que elijas

¿Indica TU SEXO?

Hombre	
Mujer	

¿Qué EDAD tienes EN AÑOS? \_\_\_\_\_

¿En qué CURSO estás?

3º ESO	
4º ESO	

¿Has REPETIDO curso alguna vez?

Sí, un curso	
Sí, dos o más cursos	
No	

¿En qué PAÍS naciste?

España	
Otro país	
¿Cuál?:	

¿En qué MUNICIPIO has vivido la mayor parte del último año?:

Arrecife	
Haría	
San Bartolomé	
Teguise	
Tías	
Tinajo	
Yaiza	
Otro	

## TABACO

**P1. En los ÚLTIMOS 12 MESES ¿has fumado cigarrillos?**

Sí	1	
No	2	(Pasa a la pregunta P4)

**P2. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS. ¿Con qué frecuencia has fumado cigarrillos?**

<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 100px; height: 100px; display: flex; flex-direction: column; align-items: center; justify-content: center;"> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> </div>	Menos de un día a la semana	1	
	Algún día a la semana, pero no diariamente	2	
	Diariamente	3	
	Nunca	4	(Pasa a pregunta P4)

**P3. A. ¿Cuántos cigarrillos fumas al día por término medio? \_\_\_\_\_ cigarrillos.**

## ALCOHOL

**P4. En los siguientes períodos ¿Cuántos días has tomado bebidas alcohólicas?**

Solo hay que marcar un recuadro en cada fila.

	1 día	2 días	3 días	4-5 días	6-9 días	10-19 días	20-39 días	40 días o +	Ningún día
¿En tu vida?									
¿En los últimos doce meses?									
¿En los últimos treinta días?									

**P5. ¿Cuántos días te has emborrachado por tomar bebidas alcohólicas a lo largo de tu vida, en los últimos doce meses y en el último mes?**

	1 día	2 días	3 días	4-5 días	6-9 días	10-19 días	20-39 días	40 días o +	Ningún día
¿En tu vida?									
¿En los últimos doce meses?									
¿En los últimos treinta días?									



**P6. ¿Cuántas veces en tu vida has usado alguna de las siguientes drogas? (Marca un número en cada fila).**

	1 día	2 días	3 días	4-5 días	6-9 días	10-19 días	20-39 días	40 días o más	Ningún día
Hachís o marihuana (porros, chocolate, cannabis, hierba...)									
Cocaína									
Éxtasis (pastillas)									
Speed o anfetaminas									
Tranquilizantes, pastillas para dormir...									
Alucinógenos (LSD, tripis, setas...)									
Pegamentos, colas, disolventes, gasolina									

**P7. ¿Cuántas veces en los ÚLTIMOS 30 DÍAS has usado alguna de las siguientes drogas? (Marca un número en cada fila).**

	1 día	2 días	3 días	4-5 días	6-9 días	10-19 días	20 días o más	Ningún día
Hachís o marihuana (porros, chocolate, cannabis, hierba...)								
Cocaína								
Éxtasis (pastillas)								
Speed o anfetaminas								
Tranquilizantes, pastillas para dormir...								
Alucinógenos (LSD, tripis, ketamina, setas...)								
Pegamentos, colas, disolventes, gasolina								

**VARIOS**

**P8. ¿Qué edad tenías cuando por primera vez...?:**

	Nunca lo he consumido	Empecé a la edad de:
Fumaste un cigarrillo		—
Fumaste cigarrillos diariamente		—
Tomaste una bebida alcohólica		—
Tomaste bebidas alcohólicas prácticamente todas las semanas		—
Te emborrachaste la primera vez		—
Tomaste tranquilizantes o pastillas para dormir por indicación médica		—
Tomaste tranquilizantes o pastillas para dormir sin que te lo recetara un médico		—
Consumiste hachís o marihuana		—
Tomaste cocaína		—
Consumiste éxtasis		—
Probaste el speed o anfetaminas		—
Consumiste alucinógenos (LSD, ácido, tripis, ketamina, etc.).		—

## TECNOLOGÍAS

**P9.** Durante la ÚLTIMA SEMANA, ¿cuántos días has utilizado las siguientes tecnologías de la comunicación? (Escribe el número de días en el recuadro que aparece al lado de cada tecnología)

	Número de días a la semana	No utilizo
ORDENADOR		
TABLET		
TELÉFONO MÓVIL		
VIDEOCONSOLAS		

**P10.** Y los días que las utilizas, ¿cuántas horas diarias dedicas a cada una de esas tecnologías? (Escribe el número de horas en el recuadro que aparece al lado de cada tecnología)

	Número de horas	No utilizo
ORDENADOR		
TABLET		
TELÉFONO MÓVIL		
VIDEOCONSOLAS		

**P11.** Cuánto dinero gastas al mes en teléfono móvil

Menos de 10 euros	
Entre 11 y 15 euros	
Entre 16 y 20 euros	
Entre 21 y 25 euros	
Más de 26 euros	
No sé, lo controlan mis padres	

**P12.** ¿A qué edad tuviste tu primer teléfono móvil?

\_\_\_\_\_

**P13.** Y cuando usas el móvil, ¿con qué frecuencia lo haces para...?

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
REPRODUCIR MÚSICA				
REPRODUCIR VÍDEO				
CORREO ELECTRÓNICO				
REDES SOCIALES				
MENSAJES SMS				
NAVEGAR POR INTERNET				
JUEGOS				
CHATEAR				
OTROS, ¿CUÁL?				

**P14.** Por último, escribe el número aproximado de horas semanales que dedicas a cada una de las siguientes actividades (Escribe el número de horas en el recuadro que aparece al lado de cada actividad)

	Número horas semanales	Nunca
DEPORTE, EJERCICIO FÍSICO		
SALIR CON AMIGOS		
ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES (INGLÉS, MÚSICA, PINTURA, ETC.)		
VER TELEVISIÓN		

## ANEXO 1.2. PHONE PROBLEM USE SCALE EN ADOLESCENTES (MPPUSA)

Lee cada frase y marque en cada una el grado que más se ajuste a su criterio, donde:

1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO	2 = EN DESACUERDO	3 = DE ACUERDO	4 = MUY DE ACUERDO	5 = TOTALMENTE DE ACUERDO					
1. Nunca tengo tiempo suficiente para el móvil	1	2	3	4	5				
2. Cuando me he sentido mal he utilizado el móvil para sentirme mejor	1	2	3	4	5				
3. Empleo mi tiempo con el móvil, cuando debería estar haciendo otras cosas y esto me causa problemas	1	2	3	4	5				
4. Todos mis amigos tienen móvil	1	2	3	4	5				
5. He intentado ocultar a los demás el tiempo que dedico a hablar con el móvil	1	2	3	4	5				
6. El uso del móvil me ha quitado horas de sueño	1	2	3	4	5				
7. He gastado más de lo que debía o podía pagar por un móvil	1	2	3	4	5				
8. Cuando no estoy localizable me preocupo con la idea de perderme alguna llamada	1	2	3	4	5				
9. A veces, cuando estoy al teléfono y estoy haciendo algo más, me dejo llevar por la conversación y no presto atención a lo que estoy haciendo	1	2	3	4	5				
10. El tiempo que paso en el móvil se ha incrementado en los últimos 12 meses	1	2	3	4	5				
11. He usado el móvil para hablar con otros cuando me sentía solo/a o aislado/a	1	2	3	4	5				
12. He intentado pasar menos tiempo con el móvil, pero soy incapaz	1	2	3	4	5				
13. Me cuesta apagar el móvil	1	2	3	4	5				
14. Me noto nervioso/a si paso tiempo sin consultar mis mensajes o si no he conectado el móvil	1	2	3	4	5				
15. Suelo soñar con el móvil	1	2	3	4	5				
16. Mis amigos y familia se quejan porque uso mucho el móvil	1	2	3	4	5				
17. Si no tuviera móvil, a mis amigos/as les costaría ponerse en contacto conmigo	1	2	3	4	5				
18. Mi rendimiento académico ha disminuido a consecuencia del tiempo que paso con el móvil	1	2	3	4	5				
19. Tengo molestias que se asocian al uso del móvil	1	2	3	4	5				
20. Me veo enganchado/a al móvil más tiempo de lo que me gustaría	1	2	3	4	5				
21. A veces preferiría usar el móvil que tratar otros temas más urgentes	1	2	3	4	5				
22. Suelo llegar tarde cuando quedo porque estoy enganchado/a al móvil cuando no debería	1	2	3	4	5				
23. Me pongo de mal humor si tengo que apagar el móvil en clases, comidas o en el cine	1	2	3	4	5				
24. Me han dicho que paso demasiado tiempo con el móvil	1	2	3	4	5				
25. Más de una vez me he visto en un apuro porque mi móvil ha empezado a sonar en una clase, cine o teatro	1	2	3	4	5				
26. A mis amigos/as no les gusta que tenga el móvil apagado	1	2	3	4	5				
27. Me siento perdido/a sin el móvil	1	2	3	4	5				

### ANEXO 1.3. CUESTIONARIO DE AUTOCONCEPTO AF5

Lea cada frase, y marque en cada una el grado que más se ajuste a su criterio, donde:

1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO	2 = EN DESACUERDO	3 = DE ACUERDO	4 = MUY DE ACUERDO	5 = TOTALMENTE DE ACUERDO	
1. Hago bien los trabajos escolares (profesionales).	1	2	3	4	5
2. Hago fácilmente amigos.	1	2	3	4	5
3. Tengo miedo de algunas cosas.	1	2	3	4	5
4. Soy muy criticado en casa.	1	2	3	4	5
5. Me cuido físicamente.	1	2	3	4	5
6. Mis superiores (profesores) me consideran un buen trabajador (estudiante).	1	2	3	4	5
7. Soy una persona amigable.	1	2	3	4	5
8. Muchas cosas me ponen nervioso.	1	2	3	4	5
9. Me siento feliz en casa.	1	2	3	4	5
10. Me buscan para realizar actividades deportivas.	1	2	3	4	5
11. Trabajo mucho en clase.	1	2	3	4	5
12. Es difícil para mí hacer amigos.	1	2	3	4	5
13. Me asusto con facilidad.	1	2	3	4	5
14. Mi familia está decepcionada de mí.	1	2	3	4	5
15. Me considero elegante.	1	2	3	4	5
16. Mis superiores (profesores) me estiman.	1	2	3	4	5
17. Soy una persona alegre.	1	2	3	4	5
18. Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso.	1	2	3	4	5
19. Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas.	1	2	3	4	5
20. Me gusta como soy físicamente.	1	2	3	4	5
21. Soy un buen trabajador (estudiante).	1	2	3	4	5
22. Me cuesta hablar con desconocidos.	1	2	3	4	5
23. Me pongo nerviosos cuando me pregunta el profesor	1	2	3	4	5
24. Mis padres me dan confianza	1	2	3	4	5
25. Soy bueno haciendo deportes	1	2	3	4	5
26. Mis profesores (superiores) me consideran inteligente y trabajador	1	2	3	4	5
27. Tengo muchos amigos	1	2	3	4	5
28. Me siento nervioso	1	2	3	4	5
29. Me siento querido por mis padres	1	2	3	4	5
30. Soy una persona atractiva	1	2	3	4	5

### ANEXO 1.4. APGAR FAMILIAR

Lea cada frase cuidadosamente, y marque en cada una el grado que más se ajuste a su criterio, donde:

1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO	2 = EN DESACUERDO	3 = DE ACUERDO	4 = MUY DE ACUERDO	5 = TOTALMENTE DE ACUERDO
------------------------------	-------------------	----------------	--------------------	---------------------------

1. Cuando algo me preocupa, puedo pedir ayuda a mi familia.	1	2	3	4	5
2. Me gusta la manera como mi familia habla y comparte los problemas conmigo.	1	2	3	4	5
3. Me gusta como mi familia me permite hacer cosas nuevas que quiero hacer.	1	2	3	4	5
4. Me gusta lo que mi familia hace cuando estoy triste, feliz, molesto, etc.	1	2	3	4	5
5. Me gusta como mi familia y yo compartimos tiempos juntos.	1	2	3	4	5

## ANEXO 1.5. ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL (EMAS)

Lee cada una de las siguientes frases cuidadosamente. Indica tu acuerdo con cada una de ellas empleando esta escala:

1	2	3	4	5	6	7					
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Más Bien en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más bien de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de Acuerdo					
1. Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil.					1	2	3	4	5	6	7
2. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías.					1	2	3	4	5	6	7
3. Mi familia realmente intenta ayudarme					1	2	3	4	5	6	7
4. Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito.					1	2	3	4	5	6	7
5. Existe una persona que realmente es una Fuente de bienestar para mí.					1	2	3	4	5	6	7
6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme					1	2	3	4	5	6	7
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal					1	2	3	4	5	6	7
8. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia					1	2	3	4	5	6	7
9. Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías					1	2	3	4	5	6	7
10. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos					1	2	3	4	5	6	7
11. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones					1	2	3	4	5	6	7
12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.					1	2	3	4	5	6	7

## ANEXO 1.6. AUTOINFORME DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS,(AICA)

Lea cada frase, y marque en cada una el grado que más se ajuste a su criterio, donde:

1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO	2 = EN DESACUERDO	3 = DE ACUERDO	4 = MUY DE ACUERDO	5 = TOTALMENTE DE ACUERDO
------------------------------	-------------------	----------------	--------------------	---------------------------

1	La droga no debería existir	1	2	3	4	5
2	La droga produce infelicidad a largo plazo	1	2	3	4	5
3	La droga mata	1	2	3	4	5
4	La droga es uno de los males de nuestra sociedad	1	2	3	4	5
5	La droga impide una buena comprensión entre las personas	1	2	3	4	5
6	Me disgusta que exista la droga	1	2	3	4	5
7	Detesto a quien consume droga	1	2	3	4	5
8	No estaría dispuesto a probar la droga por curiosidad	1	2	3	4	5
9	No estaría dispuesto a tomar drogas nunca	1	2	3	4	5
10	Rechazaría una invitación para tomar drogas	1	2	3	4	5
11	Me iría de un sitio donde estuvieran tomando droga	1	2	3	4	5
12	Discutiría con alguien que estuviera a favor de la droga	1	2	3	4	5
13	Cambiaría de amigos si los míos tomaran droga	1	2	3	4	5
14	No estaría dispuesto a tomar ningún tipo de droga	1	2	3	4	5
15	El tabaco en pequeñas cantidades es perjudicial	1	2	3	4	5
16	El tabaco es uno de los males de nuestra sociedad	1	2	3	4	5
17	Me disgusta que se consuma tabaco	1	2	3	4	5
18	Admito a quien no consume tabaco	1	2	3	4	5
19	No tengo curiosidad para probar el tabaco	1	2	3	4	5
20	Rechazaría una invitación para fumar	1	2	3	4	5
21	El tabaco nos hace mayores	1	2	3	4	5
22	Aunque todos mis amigos fumen yo no pienso fumar	1	2	3	4	5
23	El alcohol en pequeñas cantidades es perjudicial	1	2	3	4	5
24	El alcohol es uno de los males de nuestra sociedad	1	2	3	4	5
25	Me disgusta que se consuma alcohol	1	2	3	4	5
26	Admiro a quien no consume alcohol	1	2	3	4	5
27	No tengo curiosidad para probar el alcohol	1	2	3	4	5
28	Rechazaría una invitación para beber alcohol	1	2	3	4	5
29	El alcohol no nos hace mayores	1	2	3	4	5
30	Aunque todos mis amigos beban yo o pienso hacerlo	1	2	3	4	5

## ANEXO 2. Cuestionario GOOGLE FORMS

**ENLACE CUESTIONARIO:** <https://forms.gle/dm8hNmXKiCRdjKLU9>

**CÓDIGO QR**



### CUESTIONARIO SOBRE HÁBITOS DE CONSUMO JUVENIL: DROGAS Y USO DEL MÓVIL EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES.

armindamedinats@gmail.com [Cambiar de cuenta](#)

No compartido

Borrador guardado

\* Indica que la pregunta es obligatoria

Este cuestionario es **TOTALMENTE ANÓNIMO**. La información que nos facilites **ES CONFIDENCIAL** y se encuentra **PROTEGIDA POR LA LEY**.

Antes de empezar, **POR FAVOR, LEE LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:**

El presente cuestionario forma parte de un estudio de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, apoyado por la Red de Adicciones del Cabildo de Lanzarote sobre **VARIABLES SOCIALES E INDIVIDUALES ASOCIADAS AL CONSUMO ABUSIVO DE SUSTANCIAS Y USO PROBLEMÁTICO DEL MÓVIL** en la población escolarizada de la isla.

Tu centro educativo y tu clase han sido seleccionados al azar para participar en esta investigación.

**Responde a las preguntas siguiendo las indicaciones que se dan en cada parte del cuestionario.**

Si no encuentras una respuesta que corresponda exactamente con lo que quieres responder, escoge la más parecida. Si te equivocas, puedes rectificar tu respuesta.

Si te surge alguna duda, levanta la mano y la persona encargada de la encuesta te la resolverá.

Cuando hayas terminado, puedes avisar a la persona responsable de la encuesta.

Muchas gracias por la colaboración, y por dedicar tu tiempo en contestar las siguientes preguntas.



