

Health and Addictions

Salud y Drogas

DIRECTOR

José A. García del Castillo Rodríguez
Universidad Miguel Hernández

CONSEJO EDITORIAL

Julia Aguilar Serrano

Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias (España)

Javier Aizpiri Díaz

Medicina Psicoorgánica de Vizcaya (España)

Ramón Bayés Sopena

Universidad Autónoma de Barcelona (España)

Elisardo Becoña Iglesias

Universidad de Santiago de Compostela (España)

Juan V. Beneit Montesinos

Universidad Complutense de Madrid (España)

Julio Bobes García

Universidad de Oviedo (España)

Gilbert J. Botvin

Weill Medical College Cornell Univ. (USA)

Gregor Burkhart

Observatorio Europeo sobre Drogas (Portugal)

Guillermo A. Castaño Pérez

Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)

Joao Castel-Branco Goulao

Instituto da Droga e da Toxicoddependência (Portugal)

Ubaldo Cuesta Cambra

Universidad Complutense de Madrid (España)

Enrique Echeburúa Odriozola

Universidad del País Vasco (España)

José R. Fernández Hermida

Universidad de Oviedo (España)

Eliot L. Gardner

Albert Einstein College of Medicine (USA)

Kenneth W. Griffin

Weill Medical Collage Cornell Univ. (USA)

Consuelo Guerri Sirera

Instituto de Investigaciones Citológicas de Valencia (España)

Tania B. Huedo-Medina

University of Connecticut (USA)

Cándido Inglés Saura

Universidad Miguel Hernández (España)

Blair T. Johnson

University of Connecticut (USA)

Carl G. Leukefeld

University of Kentucky (USA)

Juan J. Llopis Llacer

Universidad Jaume I de Castellón (España)

Carmen López Sánchez

Universidad de Alicante (España)

Rafael Maldonado

Universidad Pompeu Fabra (España)

Gerardo Marín

University of San Francisco (USA)

Xavier Méndez Carrillo

Universidad de Murcia (España)

Luis Montesinos

Montclair State University (USA)

Rafael Nájera Morrondo

Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA (España)

Francisco Pascual Pastor

Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana (España)

Jesús A. Pérez de Arróspide

Fundación Vivir sin Drogas (España)

Bartolomé Pérez Gálvez

Hospital Universitario de Sant Joan d'Alacant (España)

Juan Preciado

City University of New York (USA)

Alain Rochon

Régie Régionale de L'Estrie (Canadá)

Fernando Rodríguez de Fonseca

Universidad Complutense de Madrid (España)

Jesús Rodríguez Marín

Universidad Miguel Hernández (España)

Javier Ruiz Fernández

Ayuntamiento de Portugalete (España)

Manuel Sanchís Fortea

Hospital Psiquiátrico de Bétera (España)

Roberto Secades Villa

Universidad de Oviedo (España)

Merrill Singer

Hispanic Health Council (USA)

Linda C. Sobell

Nova Southeastern University de Florida (USA)

Mark B. Sobell

Nova Southeastern University de Florida (USA)

Steve Sussman

University of Southern California (USA)

Sofía Tomás Dols

Directora General de Drogodependencias Conselleria de Sanitat (España)

Miguel A. Torres Hernández

Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana (España)

Objetivos

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

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

Frecuencia

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

Idioma

El idioma de publicación puede ser el español, inglés, francés y portugués.

Separatas

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

Copyright y permisos

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

Papel

Health and Addictions se imprime en papel libre de cloro.

Indexada en

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

Dirección Postal

Instituto de Investigación de Drogodependencias.

Universidad Miguel Hernández

Ctra. de Valencia s/n

03550 San Joan d'Alacant ALICANTE (España)

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

Web: www.haaj.org

ISSN: 1578-5319

Depósito legal: MU-1305-2001

Edita: Instituto de Investigación de Drogodependencias.

ÍNDICE

1. EDITORIAL

Sobre la percepción social del consumo de drogas a través
de sus actores y sus observadores

José A. García del Castillo 121-126

2. ORIGINALES

El consumo de esteroides y su relación con variables
psicológicas en practicantes de musculación

Enrique Cantón Chirivella e Irene Checa Esquivola. 129-142

Cuestionario para la evaluación de variables familiares
relacionadas con el consumo de drogas en estudiantes
universitarios

*Ramón Morell-Gomis, José A. García del Castillo, Mónica
Gázquez Pertusa y Álvaro García del Castillo-López* 143-162

Análisis longitudinal de diferencias en habilidades
cognitivas entre estudiantes de bachillerato consumidores
de alcohol de la provincia de Alicante

*José Luis Carballo, Gabriela García Sánchez, Valentina Jaúregui
Andújar, María Marín Vila y Virtudes Pérez-Jover* 163-178

Creencias asociadas al consumo intensivo de alcohol entre
adolescentes

*Cortés, M.T., Espejo, B., Giménez, J.A., Luque, L., Gómez, R. y
Motos, P.* 179-202

INDEX

1. EDITORIAL

- On the social perception of drug use by actors and observers
José A. García del Castillo 121-126

2. ORIGINALS

- The use of steroids and their relationship to psychological variables bodybuilding practitioners
Enrique Cantón Chirivella & Irene Checa Esquivá 129-142

- Questionnaire for assessing family variables related to drug use in university students
Ramón Morell-Gomis, José A. García del Castillo, Mónica Gázquez Pertusa & Álvaro García del Castillo-López 143-162

- Longitudinal analysis of differences in cognitive abilities among high school alcohol users from Alicante's region
José Luis Carballo, Gabriela García Sánchez, Valentina Jaúregui Andújar, María Marín Vila & Virtudes Pérez-Jover 163-178

- Beliefs associated with heavy consumption of alcohol among adolescents
Cortés, M.T., Espejo, B., Giménez, J.A., Luque, L., Gómez, R. & Motos, P. 179-202

EDITORIAL

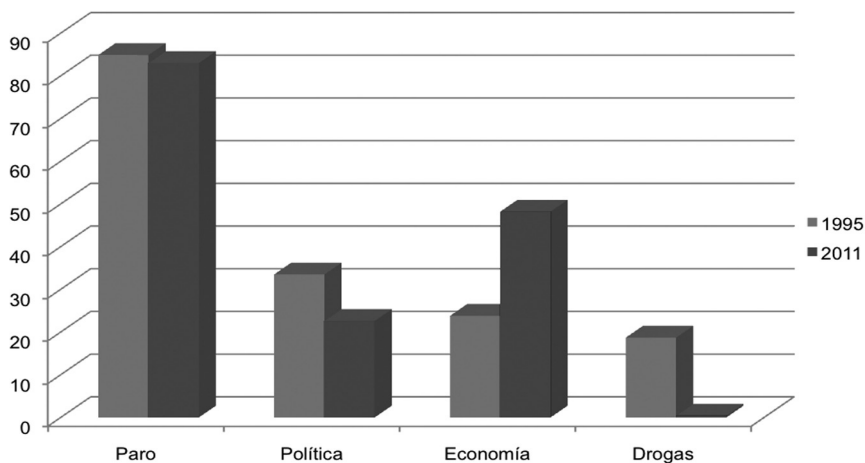
SOBRE LA PERCEPCIÓN SOCIAL DEL CONSUMO DE DROGAS A TRAVÉS DE SUS ACTORES Y SUS OBSERVADORES.

El estar sumidos en una profunda crisis económica, altera todo el sistema de valores social, hasta el punto de no poder predecir el alcance real que tendrá para las generaciones actuales y para las que vendrán, teniendo en cuenta que la falta de financiación produce un efecto dominó donde van cayendo, una tras otra, todas las piezas que mantienen las estructuras del engranaje social y del estado del bienestar. Desde mediados del pasado siglo, después de las grandes guerras, que se comenzó la reconstrucción de las sociedades modernas, poniendo nuevas bases a valores fundamentales y estilos de vida, hasta la actualidad, se ha tenido que trabajar muy duro para que prosperara el planteamiento perseguido. En las tres o cuatro últimas décadas, habíamos conseguido alcanzar las mejores cotas de bienestar de la que tenemos memoria, asumiendo que estábamos cubiertos en los aspectos más elementales de la vida y la convivencia, siendo conscientes, además, de que habíamos superado de una forma optimizada otros parámetros de bienestar siempre anhelados y nunca alcanzados hasta este momento.

La percepción de los problemas sociales, está es función de los acontecimientos, de los agentes de opinión y del hecho de considerarse más o menos alcanzados, determinados objetivos que son generados por la necesidad, que una vez cubierta adecuadamente, consiguen que los problemas tiendan a percibirse como superados. Estos hechos se ven claramente reflejados en los barómetros del CIS en nuestro país, donde las preocupaciones de los españoles van fluctuando a partir de estos principios. Si nos remontamos a enero de 1995, el barómetro marcaba como el problema más importante el paro (84,9%), en segundo lugar se señalaba la corrupción política (33,5%) y en tercer lugar la situación económica (23,8%), quedando las drogas en cuarto lugar (18,7%) (CIS, 1995). Si damos un salto de diez años, y consultamos el barómetro de enero (CIS, 2005), podemos comprobar que continúa el paro en primera

posición, aunque con un porcentaje muy inferior (58,2%), seguido del terrorismo (53,3%) y de la inmigración (20,2%), descendiendo la problemática de las drogas al puesto séptimo (8,5%). Finalmente, consultamos el último barómetro publicado de noviembre (CIS, 2011) y podemos observar que el paro (83%) sigue hegemónicamente en el primer lugar de las preocupaciones de los españoles, alcanzando cifras muy similares a las del año 1995, seguido por la situación económica (48,2%) y por la corrupción política (22,6%) que nuevamente concentra un alto grado de malestar entre la ciudadanía. Las drogas (0,4%), por su parte, caen significativamente hasta el puesto 21, alejándose completamente como fuente de problema (Gráfico 1).

Gráfico 1. Comparación barómetros del CIS 1995-2011.



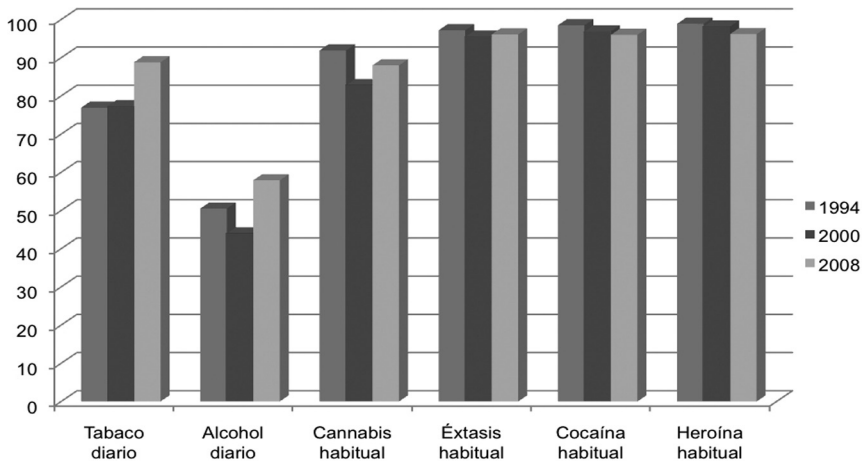
Fuente: Centro de Investigaciones Sociológicas. M^o de la Presidencia.

En este caso, los observadores, contando con los elementos que son capaces de recoger de los indicadores anteriormente mencionados, llegan a la conclusión de que las drogas y su entorno, dejan de ser un problema, dado que lo consideran suficientemente controlado con las medidas adoptadas desde diferentes instancias, cosa que no ocurre con otros factores.

Los actores entre los 14 y los 18 años, se encuentran también en una situación relajada, ya que su percepción de riesgo al consumo de sustan-

cias es alta en términos generales. Pensar en el consumo de sustancias como el éxtasis, la cocaína y/o la heroína, quedaría fuera de su tendencia, dado que la consideración, por parte de esta población, es que correrían un alto riesgo de salud. En cambio, las drogas socialmente aceptadas, como el tabaco y el alcohol, conllevan una percepción diferente en términos porcentuales. El tabaco evoluciona positivamente, dado que desde el año 1994 (76,9%) comienza a aumentar la percepción del riesgo al consumo, hasta alcanzar una cota considerablemente mejor en el 2008 que roza el 90%. En cambio el alcohol, continúa siendo la sustancia que se percibe como menos peligrosa, no alcanzando el 60%. El cannabis en su tendencia ascendente a la normalización por parte de los jóvenes, se sitúa en una posición intermedia entre las sociales y las ilegales, equiparándose en el 2008 a los niveles del tabaco (Gráfico 2).

Gráfico 2. Evolución de la percepción de riesgo al consumo de algunas sustancias.

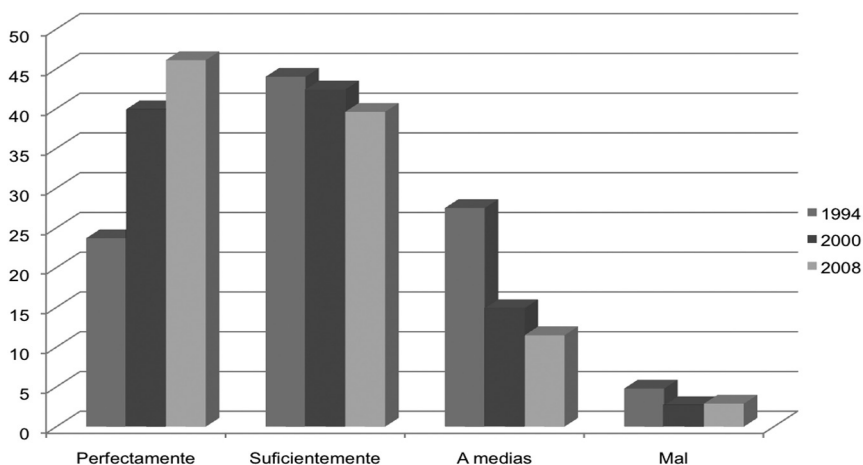


Fuente: DGPNSD (2007). Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Otro de los indicadores fundamentales con los que cuentan los actores, es el nivel de información percibida en materia de drogas. La información a priori, puede actuar como un elemento disuasorio de primer orden, aunque no siempre ejerce este papel, por ejemplo cuando se utilizan argumentos de compensación o se reduce la disonancia cognitiva

para lanzarse al consumo. Si la percepción de riesgo es baja, la información no llega a compensar la diferencia. De hecho podemos pensar y/o saber con certeza que el tabaco mata y, acto seguido, fumar tranquilamente un cigarrillo una vez reducida nuestra disonancia. Los datos sobre el nivel de información percibida de nuestros jóvenes entre 14 y 18 años, son francamente positivos y han ido mejorando significativamente a lo largo del tiempo pasando de un 67% que percibían su información sobre drogas como perfecta y/o suficiente en el año 1994, a casi un 86% en el año 2008 (PNsD, ESTUDES, 2008) (Gráfico 3).

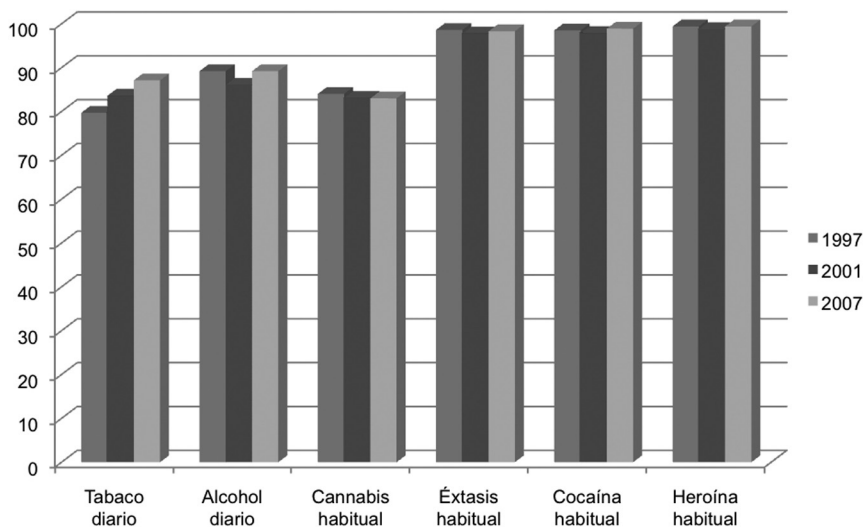
Gráfico 3. Evolución del nivel de información entre 14 y 18 años.



Fuente: DGPNSD (2007). Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

En general, tanto actores como observadores, cuentan con una percepción de riesgo alta a determinados consumos de sustancias, siendo más alto en las ilegales y más bajo en las socialmente aceptadas, como viene siendo tradicional a lo largo del tiempo (Gráfico 4). Las abundantes campañas y programas de prevención que se han venido desarrollando en nuestro país en los últimos años, han conseguido mejorar la tendencia y recuperar algunos valores imprescindibles para el mantenimiento de esta disposición orientada hacia el mantenimiento de la salud.

Gráfico 4. Percepción de riesgo en población entre 15 y 64 años.



Fuente: DGPNSD (2007). Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Además de los recursos preventivos que se han ejecutado en los centros escolares, se han llevado a cabo multitud de intervenciones para la familia que han redundado, así mismo, en el fomento e instauración de valores para todos sus miembros.

Estos interesantes avances en materia de drogas, que han supuesto el esfuerzo y el trabajo de muchos profesionales en España durante varias décadas, pueden verse ahora aminorados y/o truncados por las nuevas expectativas que se están generando por cuestiones netamente económicas. El estado del bienestar se empieza a recortar por los eslabones más débiles, que supuestamente no generan graves problemas sociales, porque de hecho están bastante controlados y se consideran de una magnitud significativamente menor que otras cuestiones de mayor calado, como pueden ser los procesos de enfermedad aguda, los medicamentos u otros aspectos sanitarios etiquetados como de primer orden. Posiblemente la reducción paulatina de medidas preventivas y de tratamiento especializado derive en un aumento del consumo y de los consumidores, volviendo a cotas de los años ochenta o noventa, con el consiguiente aumento de la percepción social del problema nuevamente.

La pérdida de valores, su cambio de signo y la influencia que pueden llegar a ejercer en determinados ámbitos, se convierte en una nueva amenaza añadida a los acontecimientos que estamos viviendo en la actualidad. Lo más razonable sería afrontar el problema de una forma inteligente, aunando recursos y manteniendo las estructuras que sustentan toda la red de protección y tratamiento de las adicciones. Dar pasos atrás ahora supondrá el fracaso de muchos años de trabajo.

REFERENCIAS

CIS (1995). *Barómetro de enero*. [En línea]. Consultado: [10, diciembre, 2011]. Disponible en: http://www.cis.es/cis/opencms/-Archivos/Marginales/2120_2139/2130/e213000.html

CIS (2005). *Barómetro de enero*. [En línea]. Consultado: [10, diciembre, 2011]. Disponible en: http://www.cis.es/cis/opencms/-Archivos/Marginales/2580_2599/2589/e258900.html

CIS (2011). *Barómetro de noviembre*. [En línea]. Consultado: [10, diciembre, 2011]. Disponible en: http://www.cis.es/cis/opencms/-Archivos/Indicadores/documentos_html/TresProblemas.html

PNsD (2008). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES), 1994-2008*. Observatorio Español sobre Drogas. Madrid: Dirección General para el Plan nacional sobre Drogas.

PNsD (2007). *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 1995-200*. Observatorio Español sobre Drogas. Madrid: Dirección General para el Plan nacional sobre Drogas.

José A. García del Castillo
Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID)
Grupo de Investigación PREVENGO
Universidad Miguel Hernández de Elche

ORIGINALES

EL CONSUMO DE ESTEROIDES Y SU RELACIÓN CON VARIABLES PSICOLÓGICAS EN PRACTICANTES DE MUSCULACIÓN.

Enrique Cantón Chirivella y Irene Checa Esquivá
Universidad de Valencia, España

(Received/Recibido: 12/11/2011 Accepted/Aceptado: 02/12/2011)

RESUMEN

El presente trabajo presenta un perfil del consumidor de esteroides en gimnasios, teniendo en cuenta los motivos de práctica y la posible relación con el autoconcepto físico. Son utilizados dos instrumentos: la escala de Autoconcepto Físico (Moreno y Cervelló, 2005) y un cuestionario *ad-hoc* sobre motivos de práctica, horas de entrenamiento y consumo de sustancias ergogénicas. Fueron evaluados 315 practicantes de musculación ($M=26.95$ años; $DT=7,33$) y los resultados demuestran que los consumidores no comienzan su práctica físico-deportiva por mejorar salud y continúan practicando por mejorar su musculatura. Además, entrenan significativamente más horas que los no consumidores. Sin embargo, no se encuentra relación alguna entre la medida de autoconcepto físico y el consumo de EEAs. Los niveles de prevalencia de consumo de EEAs en esta muestra se sitúan en un 9,2%.

Palabras clave: Esteroides; musculación; motivos; autoconcepto físico

Correspondencia

Dr. Enrique Cantón Chirivella
Departamento de Psicología Básica, Facultad de Psicología.
Universidad de Valencia.
Avd. Blasco Ibáñez, nº 21
46010-Valencia.

*Proyecto financiado por la Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias (FEPAD) con nº (20100597)-2010/11

ABSTRACT

This paper presents a consumer profile of steroids in gyms, taking into account the reasons of practice and the relationship with the physical self. They used two instruments: Physical Self-Concept Scale (Moreno and Cervelló, 2005) and *ad-hoc* questionnaire on the basis of practice, hours of training and ergogenic substance. 315 practitioners were evaluated weights ($M = 26.95$ years, $SD = 7.33$) and the results show that consumers do not start the practice sport to improve physical health and continue to practice to improve their muscle. In addition, the consumers training significantly more hours than non-consumers. However, there is no relationship between the measure of physical self-concept and consumption of EEAS. The levels of prevalence of EEAS in this sample are at 9.2%.

Keywords: Steroids; body building; motives, physical self-concept

Es un hecho ampliamente reconocido desde hace décadas que la salud es mucho más que la mera ausencia de enfermedad. Desde que en la conocida declaración de la Organización Mundial de la Salud se incorporara el componente de bienestar y desarrollo humano, muchos son los factores que se han tenido en cuenta para ello, incluyendo el ejercicio físico y el deporte, considerado en la mayoría de ocasiones como un elemento positivo y promotor de salud. Sin embargo, también es cierto que como toda práctica humana, es posible que una realización inadecuada pueda estar en la base de algunos efectos nocivos. En ese sentido, el ejercicio físico ha sido también estudiado como una posible conducta adictiva (Glasser, 1976; Griffiths, 1997; Hausenblas y Symons-Downs, 2002; Sachs, 1981, Vilella et. al, 2011) o como un entorno potencial de consumo de determinadas sustancias ergogénicas no indicadas, incluidos los esteroides (Cantón, 2010).

El consumo no indicado de esteroides anabolizantes (EEAs) ha demostrado tener consecuencias adversas, tanto a nivel físico, como a nivel psicológico y social. Las secuelas físicas se relacionan en gran medida con las transformaciones producidas debido a sustancias, como por ejemplo la testosterona, con efectos androgénicos tales como el agrandamiento de la próstata, la alopecia o la ginecomastia en los hom-

bres, y la masculinización en las mujeres (Laudo, Puigdevall, del Rio y Velasco, 2006; Mega et al., 2005). En el caso de las consecuencias psicológicas y sociales de este tipo de sustancias fuera de su uso adecuado, se han encontrado efectos tales como la fuerte labilidad emocional, el aumento de la agresividad, los trastornos del humor, la reducción de la libido e incluso el desarrollo de trastornos psicopatológicos como la depresión mayor o el trastorno bipolar (Pope y Katz, 1988; Pope, Kouri y Hudson, 2000; Silva, Danielski y Czepielewski, 2002).

En lo que respecta a la prevalencia en el consumo de esteroides anabolizante se cuentan con algunos datos de diversos países, variando entre el 3 y el 12% que presentan estudios con adolescentes estadounidenses (Yesalis, Kennedy, Kopstein y Bahrke, 1993; Yesalis y Bahrke, 2002) y un 2,8% de consumo en los estudiantes canadienses (Melia y Greenberg, 2006), éstos últimos con niveles de prevalencia similares a los de Europa (Aramendi, 2007). Estos datos se completan con los que hacen referencia al porcentaje de practicantes que desarrollan una dependencia a los EAAs, y que representan entre el 13% que presentan Dimeff y Malone (1991) con población que practica musculación y el 57% si la población estudiada compite en fisicoculturismo (Brower, Eliopulus, Blow, Catlin y Beresford, 1990; Brower, Blow, Young e Hill, 1991).

La relación entre el consumo de esteroides y los factores psicológicos ha sido también un aspecto que se ha tenido cuenta en algunas investigaciones previas, tomando como variable asociada la práctica intensiva del ejercicio de musculación (Cantón, 2010; Evans, 2004; Hernández y Guillen, 2005; Silva, Danielski y Czepielewski, 2002). Entre estos factores psicológicos, podemos destacar los referidos a los elementos que explican el porqué de su consumo, a lo que motiva estas conductas. Como motivos más habituales pueden identificarse aspectos como la búsqueda de una determinada imagen corporal, asociada a alteraciones perceptuales de la misma o a conductas frecuentes de auto-observación, y a otros factores como la autoestima, las habilidades sociales o pautas saludables de alimentación, todos ellos con una relación negativa con el consumo de esteroides anabolizantes.

Los motivos que explican la práctica deportiva se pueden agrupar de diferentes maneras, englobándose habitualmente en cuatro grandes grupos, en concreto los relacionados con el disfrute, la superación, las

relaciones interpersonales y la salud, subdividiéndose este último en tres factores: los referidos estrictamente a la salud en un sentido preventivo o paliativo de alguna enfermedad o trastorno, los referidos a búsqueda de mejora de la condición física en sus distintos componentes (fuerza, velocidad, resistencia, coordinación,...), o el relacionado con la búsqueda de una determinada imagen corporal. (Cantón, Mayor y Tortosa, 1995; Weinberg y Gould, 2010). En nuestro estudio y como es de prever conceptualmente, entendemos que estos últimos serán los que destaquen significativamente de entre los diferentes tipos que razones que hemos evaluado siguiendo la estructura habitual de motivos arriba indicada.

Por otra parte, es razonable entender que existirá cierta relación significativa entre el consumo de esteroides asociados a prácticas de musculación y el autoconcepto físico. Este constructo se deriva del más general, el autoconcepto, que se considera un componente esencial de la personalidad y que se entiende como la percepción que una persona mantiene sobre sí misma, formada a través de la interpretación de la propia experiencia y del ambiente, y que está mediada por los propios procesos cognitivos tales como las atribuciones, y afectada por las influencias que recibe, especialmente los refuerzos y el *feedback* de los otros significativos (entre otros, Palmero, Fernández-Abascal, Martínez y Chóliz, 2001; Reeve, 2002; Shavelson, Hubner y Stanton, 1976). El autoconcepto físico, se refiere más específicamente a los aspectos de la identidad personal relacionada con la actividad física, con la percepción de las propias cualidades físicas, como la fuerza, o a la imagen corporal, la apariencia o el atractivo. Incluye también la competencia percibida en este tipo de actividad y la autoestima asociada con ella (Fox, 2000; Fox y Corbin, 1989; Sonstroem, Speliotis y Fava, 1992).

Teniendo en cuenta las relaciones arriba señaladas y en el marco de una línea de investigación más amplia que se está desarrollando, el objetivo de este trabajo se centra en describir las relaciones entre el consumo de sustancias ergogénicas hormonales en practicantes de musculación y dichas variables psicológicas: los motivos de práctica, la autoestima y el autoconcepto físico. La hipótesis principal es que una menor preocupación por la salud y un bajo autoconcepto físico, se relacionará positivamente con un mayor consumo de este tipo de sustancias ergogénicas.

MÉTODO

PARTICIPANTES

La muestra recogida mediante una metodología incidental, habitual en los estudios de campo, ha reunido a 315 practicantes de musculación, con una media de edad de 26.95 años y una DT de 7,33. La distribución en función del género y como era de esperar, es asimétrica en beneficio de los hombres con un 92,7%, mientras que las mujeres suponen únicamente el 7,3% de la muestra. Por último, la media de horas a la semana que los participantes dedican a la práctica de musculación es de 7,34 horas, con una DT=4,54, mientras que las horas que consideran que sin embargo deberían dedicar a esta práctica presenta una media de 9,57 horas y una DT=6,06.

INSTRUMENTOS

Para la recogida de las diferentes variables contempladas en este estudio, se emplearon los siguientes instrumentos:

Por una parte, como medida del autoconcepto físico, se utilizó la escala *Physical Self-Perception Profile-PSPP* (Fox, 1990; Fox y Corbin, 1989), en su traducción al español (Moreno y Cervelló, 2005). Este instrumento está compuesto por 30 ítems, organizados en cinco factores: Competencia percibida, Atractivo corporal (imagen o percepción corporal), Condición física, Fuerza física y Autoestima. Se contesta empleando una escala tipo *Likert*, de 0 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo) puntos. Todos los ítems van precedidos de la frase: "Cuando realizo actividad física...". Los datos de fiabilidad de las escalas de la versión española oscilan entre .76 y .87, excepto el factor Fuerza Física, que presenta niveles más bajos de fiabilidad ($\alpha=.68$) (Moreno, Cervelló y Moreno, 2005).

Por otra parte, la evaluación se completa con un cuestionario *ad-hoc* elaborado por el equipo de investigación sobre la base del análisis de la literatura científica existente, que incluye tanto las variables físico-deportivas como los principales motivos de práctica. En concreto, se recogen los siguientes aspectos:

- Motivos de inicio de la práctica físico-deportiva. Los motivos que se evalúan son: "mejorar las habilidades físicas y técnicas"; "mejorar salud"; "mejorar aspecto físico"; "estar con amigos y/o conocer gente"; "agradar a familiares, pareja, etc." y "competir". Todos ellos se contestan con una opción de respuesta dicotómica de sí o no.

- Motivos de mantenimiento de la práctica físico-deportiva. Se responde con una escala Likert de 1 (nada importante) a 4 (muy importante) y son los siguientes: “mejorar mi condición física general”; “aumentar mi musculatura”; “mejorar imagen corporal”; “divertirme”; “ser conocido”; “hacer amistades”; “hacer amistades”; “competir”; “buscar nuevas sensaciones”; “relajarme” y “reducir la grasa corporal”.

- Horas de entrenamiento semanal, medidas mediante el ítem: ¿Cuántas horas a la semana dedica, de media, al entrenamiento?

- Horas que se consideran serían las adecuadas para su entrenamiento semanal, medido mediante el ítem: ¿Cuántas horas piensa que tendría que dedicarle?

- Consumo de sustancias ergogénicas tales como esteroides anabolizantes, hormona de crecimiento y eritropoyetina, que se pregunta a través del ítem ¿Qué tipo de ayuda ergogénica utiliza en su actividad físico-deportiva habitual? y que se contesta con un tipo de respuesta dicotómica (sí o no) para cada una de las posibles sustancias.

- Práctica de actividad físico-deportiva, recogida mediante un ítem de posible respuesta dicotómica: practica solo musculación o practica musculación y algún deporte.

PROCEDIMIENTO

Los instrumentos fueron contestados por los practicantes de musculación en el propio centro deportivo o gimnasio, antes o después de llevar a cabo la práctica. La recogida de información se llevó a cabo entre los meses de octubre de 2010 y marzo del 2011, asegurando siempre la confidencialidad, la voluntariedad y el anonimato de los resultados. Los datos se completaban de forma individual con la posibilidad de aclarar dudas de contenido por parte del personal del equipo de investigación que se mantenía a distancia para asegurar la privacidad de las respuestas, pero disponible para consultas. Todos los colaboradores de esta fase recibieron previamente unas sesiones de trabajo acerca de cómo realizar la recogida de información, presentar la investigación, responder a las dudas, etc.

ANÁLISIS DE DATOS

Una vez introducida la información en la base de datos, se llevó a cabo los análisis estadísticos pertinentes, que han consistido en un análisis descriptivo de los niveles de prevalencia, de las puntuaciones medias en

los factores del autoconcepto físico, de las horas de entrenamiento y de los motivos de práctica física. Posteriormente, se llevaron a cabo análisis de diferencias significativas, con la prueba no paramétrica de diferencia entre dos medias independientes, ya que las muestras no cumplían los requisitos de normalidad y varianzas homogéneas. Son presentados los estadísticos Z de las prueba *U de Mann-Whitney* con sus niveles de significación, entre la variable “consumo de sustancias ergogénicas esteroides” y los motivos de inicio y mantenimiento de la práctica física, para observar si existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo consumidor y el no consumidor.

RESULTADOS

En primer lugar, se presentan los resultados descriptivos. Como se puede observar en la Tabla 1, las horas que los participantes perciben que deberían entrenar son más de dos puntos superior a las horas que lo hacen realmente ($t=7.948$; $p<.000$). Las puntuaciones, tomando la muestra en su conjunto, en los factores del autoconcepto físico, presentan valores moderados siendo la dimensión autoestima la que presenta la puntuación más alta y la competencia percibida la puntuación más baja.

Tabla 1. Datos descriptivos de entrenamiento y de las dimensiones de la escala de autoconcepto físico

	Media	DT
Horas de entrenamiento en musculación	7,34	4,54
Horas ideales percibidas de entrenamiento en musculación	9,57	6
Condición física	2,82	,522
Apariencia	2,91	,567
Competencia percibida	2,63	,633
Fuerza	2,79	,586
Autoestima	2,99	,528

El porcentaje de consumo de esteroides anabolizantes, se sitúa en un 9,2% de la muestra analizada, sólo un poco por encima de la prevalencia encontrada en estudios similares. La muestra se distribuye de forma

prácticamente homogénea en función del tipo de práctica deportiva: si hacen sólo entrenamiento en musculación (51,2%) o si también practican algún deporte (48,8%).

Los datos sobre los motivos de inicio de la práctica deportiva (Figura 1) describen que los más importantes por los que dicen comenzar esta práctica es la mejora del aspecto físico o de las habilidades físico-técnicas, siendo la mejora de la salud tan sólo el tercer motivo más mencionado. En cuanto a los motivos de mantenimiento o de adherencia, que se presentan en la Tabla 2, los datos muestran que para continuar realizando práctica de musculación los motivos más importantes son la búsqueda de diferentes mejoras en: la condición física, la imagen corporal y la musculatura, además del objetivo explícito de reducir grasa corporal. Los motivos sociales o hedónicos presentan los valores más bajos en cuanto a su importancia como motivo de mantenimiento del entrenamiento en musculación.

Figura 1. Porcentaje de mención de los diferentes motivos de inicio para la práctica de musculación.

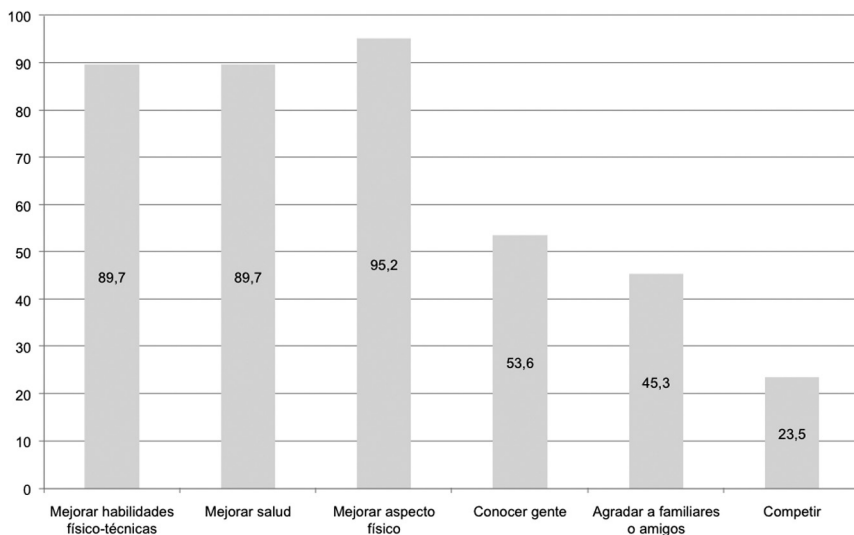


Tabla 2. Descriptivos obtenidos para la importancia otorgada a diferentes motivos de adherencia

	Media	DT
Mejorar mi condición física	3,27	,800
Mejorar mi musculatura	2,79	,927
Mejorar imagen corporal	3	,856
Divertirme	2,82	1,042
Ser conocido	1,45	,828
Hacer amigos	2,06	1,019
Competir	1,54	,920
Buscar nuevas sensaciones	1,96	1,011
Relajarme	2,63	1,040
Reducir grasa corporal	2,77	1,025

Teniendo como un objetivo básico el establecer un perfil específico diferenciado de todas las variables analizadas, en función de si los participantes son o no consumidores de esteroides, se procedió a aplicar las pruebas de *Mann-Whitney*. Los datos obtenidos señalan diferencias significativas en los motivos de inicio Mejorar la salud y competir y en los motivos de mantenimiento Mejorar la musculatura y competir. Todos estos motivos son más elegidos por los consumidores, excepto el motivo Mejorar la salud, que lo eligen más los no consumidores. Además, los consumidores de esteroides anabolizantes (EEAs) también entrenan significativamente más horas y creen que deberían hacerlo durante más tiempo. Sin embargo, en contra de lo que cabía esperar, en las dimensiones del autoconcepto físico no se encuentran diferencias significativas en función del consumo de éstas sustancias ergogénicas. Los diferentes valores de Z y su significación, se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3. Descriptivos y diferencias en motivos de inicio (MI) y mantenimiento (MM) de consumidores y no consumidores de EEAs.

	Consumo de EEAs				Z	p.
	No		Si			
	M	DT	M	DT		
MI Mejorar salud	1,91	,280	1,72	,455	-3,214	,001
MI Competir	1,22	,413	1,41	,501	-2,365	,018
MM Mejorar mi musculatura	2,75	,904	3,29	,976	-3,070	,002
MM Competir	1,49	,881	2,08	1,16	-2,914	,004
Hrs. de entrenamiento	7,10	4,31	9,56	6	-2,274	,023
Hrs. ideales de entrenamiento	9,23	5,34	13	9,95	-2,202	,028

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo es presentar la relación entre el consumo de EEAs en una muestra española de practicantes de musculación en gimnasios y su relación con algunos factores psicológicos. Así, junto a este primer objetivo, se ha buscado también conocer como algunas variables difieren entre el grupo de consumidores y el de no consumidores, de forma que se pudiera avanzar en el desarrollo del perfil del practicante de musculación que consume esteroides anabolizantes.

Los resultados presentan niveles de prevalencia de un 9,2%, que es una cifra un poco superior a las descritas en estudios norteamericanos (Yesalis y Bahrke, 2000), canadienses (Melia, 2006) y europeos (Aramendi, 2007). Sin embargo, si se revisan los porcentajes de consumo en población fisiculturista (Brower, Eliopoulos, Blow, Catlin y Beresford, 1990), se entiende que la prevalencia de este trabajo se sitúa entre la población general (entre un 2,5% y un 4%) y la de los fisiculturistas (52%).

Teniendo en cuenta las diferencias significativas obtenidas en las variables analizadas, se puede trazar un perfil del practicante de musculación que consume esteroides en la muestra descrita. En primer lugar, se trata de una persona que entrena más horas que el resto y que además percibe que debería entrenar un número de horas también superior a lo que opina la mayoría de practicantes. Además, las personas que consumen EEAs no comienzan su práctica de musculación por mejorar su salud, si

no que lo hacen más por competir y superar a otros. En esta línea, el consumidor de esteroides, continúa con su práctica de musculación también fundamentalmente por mejorar su musculatura o por competir.

En cuanto a la ausencia de relaciones entre los factores de la escala PSQ (Autoconcepto Físico) de Moreno, Cervelló y Moreno (2005) y las variables psicológicas o las de entrenamiento, se hipotetiza que puede ser debido a la elección del instrumento. En primer lugar, esta escala fue validada con una muestra de adolescentes practicantes de actividad física, participantes con un perfil muy diferente a los que componen la muestra de este trabajo. Es posible que las escalas no deban ser utilizados del mismo modo en diferentes muestras de deportistas o en población adulta, si no han sido validadas para ese uso (González, 2010), aunque es también conveniente someterlas a una contrastación suficiente para obtener resultados que, o bien avalen la transversalidad y validez de la medida para evaluar un constructo o bien sirvan para descartarlas como instrumento de uso general.

Para concluir, es adecuado mencionar alguna limitación que seguramente presenta este trabajo, como la dificultad en la obtención de respuestas veraces en alguno de los ítems de respuesta más "sensible". Cuando la intención es preguntar acerca del uso de alguna sustancia ilegal y/o no indicada para ese empleo, siempre hay que valorar la posible presencia de la deseabilidad social en las respuestas dadas. Por ello, el dato de prevalencia del 9,2%, pese a que es ligeramente superior a los encontrados por otros estudios, debe ser tomado con cautela ya que posiblemente siga infra-estimándose el consumo de estas sustancias, como también se señala en los estudios que se han venido realizando. Sin embargo y con todo, podemos extraer una faceta interesante de este posible sesgo, ya que los datos de diferencias significativas encontradas en las variables analizadas, entre el grupo de consumidores y no consumidores, serían en ese caso todavía mayores. Asimismo, refuerza la poca utilidad de la escala de autoconcepto empleada para discriminar o perfilar entre los sujetos de esta muestra.

Por otra parte, también hay que señalar que en la evaluación de los motivos de práctica física, se decidió utilizar una escala de repuesta dicotómica para los motivos de inicio debido a la dificultad que podía suponer recordar con exactitud una respuesta ordinal sobre porque empezó a practicar musculación. Sin embargo, para los motivos de mantenimiento

si se utilizó una escala tipo de Likert, con lo que resultó imposible la comparación siempre interesante entre los motivos por los que se inicia la actividad y los motivos por los cuáles se continúa.

En el futuro, sería interesante llevar cabo un análisis estadístico discriminante, de forma que se pudiera conocer hasta qué punto las variables en las cuales se han encontrado diferencias, predicen de forma significativa el consumo de estas sustancias ergogénicas. Sin duda, se trata de un campo en el que todavía existe la necesidad de estudiar exhaustivamente las variables psicológicas implicadas, con el fin de ir estableciendo los factores de riesgo y de protección. Aun así, este trabajo expone unas características muy claras que una población consumidora de EEAs cumple, de forma que los profesionales de la salud y la actividad física pueden disponer de ellas como una primera señal de alarma y prevención ante un posible consumo no indicado y con serios riesgos para la salud física y psicológica.

REFERENCIAS

- Aramendi, J.M. (2007). Uso y abuso de esteroides anabolizantes. *Osasunaz*, 8, 185-197.
- Brower, K.J., Eliopoulos, G.A., Blow, F., Catlin, D. y Beresford, T. (1990). Evidence for physical and psychological dependence on anabolic androgenic steroids in eight weight lifters. *Clinical and Research Reports*, 147(4), 510-512.
- Brower, K.J., Blow, F.C., Young, J.P. e Hill, E.M. (1991). Symptoms and correlates of anabolic-androgenic steroid dependence. *British Journal of Addiction*, 86 (6), 759-768.
- Cantón, E., Mayor, L. y Tortosa, F. (1995). Motivación en la actividad física y el deporte. En L. Mayor y F. Tortosa (Eds.): *Ambitos de aplicación de la psicología motivacional* (pp. 305-360). Bilbao: DDB
- Cantón, E. (2010). *Guía informativa sobre esteroides-anabolizantes*. Valencia: Conselleria de Sanitat, FEPAD.
- Dimeff, R. y Malone, D. (1991). Psychiatric disorders in weightlifters using anabolic steroids. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 18, p. 104.
- Evans, N.A. (2004). Current concepts in anabolic androgenic steroids. *American Journal of Sports Medicine*, 32, 534-542.

- Fox, K.R. (2000). The effects of exercise on self-perceptions and self-esteem. En S. J. H. Biddle, K. R. Fox y S. H. Boutcher (eds.): *Physical activity and psychological well-being* (pp. 88-118). London: Routledge y Kegan Paul.
- Fox, K.R. y Corbin, Ch., B. (1989). The Physical Self-Perception Profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 11(4), 408-430.
- Glasser, W. (1976). *Positive Addictions*. New York: Harper and Row.
- Griffiths, M.D. (1997). Exercise addiction: a case study. *Addiction Research*, 5, 161-168.
- Hausenblas, H.A. y Symons-Downs, D. (2002). Exercise dependence: a systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, 3, 89-123.
- Hernández, M. y Guillén, J.L. (2005). Abuso de anabolizantes. *Psiquiatría Biológica*, 12, 18-21.
- Laudo, C., Puigdevall, V., del Rio, M.J. y Velasco, A. (2006). Hormonas utilizadas como agentes ergogénicos: situación actual del problema. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29 (2), 207-217.
- Mega, C., Carijo, F.H., de Almeida, M.C., da Silveira, M., Mirailh, M.X.N., Monteiro, M., Martins, R., Mendes, T. y Sholl-Franco, A. (2005). Efeitos psicológicos do abuso de anabolizantes. *Ciências & Cognição*, 5, 84-91.
- Melia, A. y Greenberg, L. (1996). The use of anabolic-androgenic steroids by Canadian students. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 6, 9-14.
- Moreno, J.A., Cervelló, E. y Moreno R. (2005). Importancia de la práctica físico-deportiva y del género en el autoconcepto físico de los 9 a los 23 años. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 171-183
- Palmero, F., Fernández-Abascal, E., Martínez, F. y Chóliz, M. (2001). *Psicología de la Motivación y Emoción*. México: McGrawHill.
- Pope, H.G. y Katz, D.L. (1988). Affective and psychotic symptoms associated with anabolic steroid use. *The American Journal of Psychiatry*, 145 (4), 487-490.
- Pope, H.G., Kouri, E.M. y Hudson, J.L. (2000). Effects of supraphysiological doses of testosterone on mood and aggression in normal men: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 57, 133-140.
- Reeve, J.M. (2002). *Motivación y Emoción* (3ª Ed.). México: McGrawHil.
- Sachs, M.L. (1981). Running addiction. En: Sacks, M. y Sachs, M. (eds.): *Psychology of Running* (pp. 116-126). Champaign, Ill: Human Kinetics.

- Silva, P.R.P., Danielski, R. y Czepielewski, M.A. (2002). Anabolicsteroids in sports. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 8, 235-243.
- Shavelson, R.J., Hubner, J.J. y Stanton, J.C. (1976). Selfconcept: validation of construct interpretations, *Review of Educational Research*, 46, 407-441.
- Sonstroem, R.J., Speliotis, E.D. y Fava, J.L. (1992). Perceived physical competence in adults: an examination of the physical self-perception profile. *Journal of Sports and Exercise Psychology*, 14, 207-221.
- Villella, C., Martinotti, G., Di Nicola, M., Cassano, M., La Torre, G., Gliubizzi, M.D., Messeri, I., Petruccelli, F., Bria, P., Janiri, L. y Conte, G. (2011). Behavioural addictions in adolescents and young adults: Results from a prevalence study. *Journal of Gambling Studies*, 27, 2, 203-214.
- Weinberg, R.S. y Gould, D. (2010) Fundamentos de psicología del deporte y el ejercicio físico. (4ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Yesalis, C., Kennedy, N., Kopstein, A. y Bahrke, M. (1993). Anabolic-androgenic steroid use in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 270, 1217-1221.
- Yesalis, C. E. y Bahrke, M. (2002). Anabolic-androgenic steroids and related substances. *Current Sports in Medicine Reports*, 4, 246-252.

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE VARIABLES FAMILIARES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE DROGAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.

Ramón Morell-Gomis*; José A. García del Castillo**; Mónica Gázquez Pertusa** y Álvaro García del Castillo-López**.

**Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández*

***Instituto de Investigación de Drogodependencias. Grupo de Investigación
PREVENGO. Universidad Miguel Hernández*

(Received/Recibido: 14/08/2011 Accepted/Aceptado: 08/10/2011)

RESUMEN

La familia es una organización social donde los comportamientos de cada miembro tienen efectos sobre los demás. De la revisión de la literatura científica se desprende que las variables familiares que influyen en el comportamiento de consumo de drogas son la comunicación familiar, los conflictos, el apoyo social y las normas de convivencia. El objetivo del presente estudio es la construcción de un instrumento que mida estas variables en población joven en una muestra de 165 alumnos de diferentes titulaciones universitarias de Alicante. En el análisis de los ítems se llevó a cabo un juicio de expertos, modelados estructurales, análisis de fiabilidad, y correlaciones con variables criterio y consumo de drogas. El resultado final es un cuestionario compuesto de 18 reactivos que se estructuraron en cinco factores: Comunicación, Apoyo Social, Conflicto, Normas y Consecuencias, con unos índices de fiabilidad y validez adecuados.

Palabras clave: cuestionario, familia, consumo de drogas, evaluación.

Correspondencia

Ramón Morell Gomis
ramonmorell@yahoo.es
Telf.: 617555770

ABSTRACT

The family is a social organization where each member's behaviors have effects on others. From the scientific reviews have been found family variables that affect behaviors as drug use, they are family communication, conflict, social support and living rules. The target of this research is focused on the construction of a test to measure these variables. The sample consists of 165 students from different university degrees in Alicante. Analyzes of the items were done through expert opinion, structural models, reliability analysis, and correlations with criterion variables and drugs use. The final result is a test composed of 18 reactants that are structured into five factors: Communication, Social Support, Conflict, Rules and Consequences, providing indices of adequate reliability and validity.

Key Words: questionnaire, family, drugs use, addiction, evaluation.

INTRODUCCIÓN

La familia es una de las instituciones fundamentales en la consecución de objetivos educativos y formativos, haciéndose imprescindible su participación activa para poder cubrir unos mínimos en cuestiones de salud. Desde los postulados de la terapia familiar sistémica (Minuchin, 1997), la familia es una organización social, en la que los miembros se relacionan mediante vínculos sociales y afectivos, donde cada miembro cumple unos roles y funciones con los que se relacionan entre ellos y con otros sistemas externos, como la comunidad. La composición familiar es dinámica, a menudo se unen nuevos miembros y desaparecen otros, e incluso reaparecen, como los hijos "boomerang" que vuelven al núcleo familiar por problemas económicos o rupturas sentimentales.

Dentro del núcleo familiar se producen una serie de procesos de interacción que provocan determinados efectos en los miembros que lo componen. Desde la terapia familiar (Minuchin, 1997) se enfatiza la importancia de mantener una estructura estable y adecuada para permitir el desarrollo personal óptimo de cada miembro.

Para tener una panorámica del consumo de drogas en España, la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (Ministerio de Sa-

nidad, Política Social e Igualdad, 2010) revela que el consumo de los ciudadanos de edades comprendidas entre los 15 y 64 años se distribuye de la siguiente forma: la sustancia legal más consumida es el alcohol (84.4% en hombres y 72.7% en mujeres), seguido del tabaco (48.4% en hombres y 37% en mujeres). Las drogas ilegales se consumen en menor medida siendo el cannabis la más consumida (14.8% en hombres y 6.2% en mujeres), seguido de hipnosedantes (4.6% en hombres y 9.3% en mujeres), cocaína (4.2% en hombres y 1% en mujeres), éxtasis (1.4% en hombres y 0.3% en mujeres), anfetaminas (1% en hombres y 0.3% en mujeres), y finalmente no superando el 1% aparecen los alucinógenos (0.7% en hombres y 0.2% en mujeres) y la heroína (0.1% en hombre y muy cercano a 0% en mujeres).

El consumo de drogas realiza un doble papel, por un lado puede ser una fuente de estrés en la familia y por otro lado es una estrategia de afrontamiento evitativa (Wills y Hirky, 1996), lo que puede inhibir el aprendizaje de otras estrategias de afrontamiento apropiadas para manejar situaciones estresantes, lo que conlleva un mantenimiento del consumo de sustancias adictivas. Desde el modelo transaccional del estrés y afrontamiento (Glanz, Rimer y Lewis, 2002) se postula que los acontecimientos estresantes son evaluados en un principio según su significado o amenaza. Posteriormente, en una segunda evaluación se valora la controlabilidad del evento estresor y las estrategias de afrontamiento del individuo. En este sentido, los miembros de las familias que utilizan estrategias de evitación podrían no desarrollar las estrategias adaptativas para manejar situaciones estresantes.

Una fuente de estrés estudiada dentro del seno familiar es el conflicto entre sus miembros. Se entiende por conflicto como "la divergencia percibida de intereses, o la creencia de que las aspiraciones actuales de las partes son incompatibles" (Rubin, Pruit y Hee Kim, 1994, p. 8). En esta propuesta de investigación nos referimos a los conflictos entre familiares que no se resuelven adecuadamente, es decir los conflictos mal atribuidos, desplazados, latentes y pseudoconflictos. Estos conflictos hacen que sea difícil alcanzar acuerdos entre los miembros y que aparezcan discusiones frecuentes por causas aparentemente poco significativas, donde afloran sentimientos de enfado. Vivir en familias con niveles altos de conflictos tiene tanto poder predictivo en el consumo de sustancias adictivas (Muñoz-Rivas y Graña, 2001), como una influencia potenciadora signifi-

cativa en el consumo de dichas sustancias (Skeer, McCormick, Normand, Buka y Gilman, 2009).

No podemos dejar a un lado la existencia de otros fenómenos de interacción familiar que fomentan y proporcionan los medios para el desarrollo de estrategias de afrontamiento adecuadas o ayudan a redefinir la amenaza de los sucesos estresantes.

La comunicación es una de las variables fundamentales. Entre las abundantes definiciones posibles, que aglutina aquellos componentes básicos del proceso de comunicación, podemos optar por la que propone Berjano (2001), que la define como “un proceso intencional, interactivo y dinámico que pretende transmitir un mensaje, utiliza una enorme diversidad de estímulos verbales y no verbales, es un proceso enormemente mediado por las experiencias del aprendizaje que es susceptible de verse modificado en función de la situación en que se transmite el mensaje” (Berjano, 2001, p. 27). Entre sus funciones se encuentran el intercambio de información, control, negociación interpersonal y desarrollo de la identidad. Desde el modelo circunplejo (Olson, Russell y Sprenkle, 1979; citado en Musitu, 2006) la dividen en habilidades de comunicación positivas como empatía, escucha reflexiva y apoyo; y negativas como doble vínculo, dobles mensajes y críticas en exceso. Se ha encontrado relación entre la comunicación y el consumo de sustancias. Algunos autores indican que en las familias con consumidores de sustancias adictivas la comunicación se caracteriza por la desconfianza y la incertidumbre (García y Segura, 2005), asimismo el consumo de sustancias se asocia a una peor comunicación en el seno familiar (Iraurgi, Sanz y Martínez, 2004).

Por otra parte, el apoyo social se ha considerado como un factor que potencia el bienestar y la salud, y como moderador del efecto negativo, al redefinir el daño potencial del estresor y facilitar procesos de afrontamiento (Barrón, 1996). El apoyo social se ha definido como la información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos para el receptor (Gottlieb, 1983). Se destacan cuatro tipos de provisiones de apoyo social: a) apoyo emocional, que hace referencia a conductas que fomentan sentimientos de bienestar afectivo y que provocan que la persona se sienta querida, respetada y en la creencia de que tiene personas a su disposición para proporcionarle cariño y seguridad; b) apoyo material o instrumental, haciendo referencia a las ayudas en forma de

acciones o materiales que sirven para resolver o facilitar la realización de tareas cotidianas u otros problemas de la vida diaria; c) apoyo informativo, que se relaciona con las ayudas en forma de consejo o información para resolver o ajustarse a problemas o cambios en la vida de la persona; y d) apoyo valorativo, que hace referencia al suministro de retroalimentación o información de la evaluación de la actuación del sujeto, como son los refuerzos sociales. Musitu, Jiménez y Murgui (2007) señalan que el funcionamiento familiar se relaciona a través del apoyo social percibido con el consumo de sustancias. Estos mismos autores en un estudio posterior (Jiménez, Musitu y Murgui, 2008), resaltan el papel modulador de la autoestima con el funcionamiento familiar y el consumo.

Por último, los estilos educativos también influyen en el comportamiento y tienen consecuencias sobre el desarrollo de los hijos (Torío, Peña y Rodríguez, 2008). Entre los efectos más destacables, se pueden mencionar las consecuencias en el autocontrol, autoestima, responsabilidad, agresividad e impulsividad. Se ha indicado que los patrones educativos de los consumidores adolescentes se caracterizan por reglas flexibles, poco definidas y con escasas consecuencias si no se cumplen (García y Segura, 2005). Existe poca evidencia empírica, en población adulta y en relación a normas de convivencia. Un estudio realizado en adultos jóvenes de 21 años, concluye que existe una relación significativa entre reglas claras y un menor riesgo de consumo y dependencia de alcohol (Guo, Hawkins, Hill y Abbott, 2001).

Respecto a los cuestionarios construidos para medir variables familiares se pueden destacar los orientados a la prevención del consumo de sustancias adictivas en adolescentes. En estos instrumentos se evalúan variables familiares de riesgo para el consumo, incluyendo las dimensiones de conflicto, comunicación y estilo educativo parental (Villar, Luenigo, Gómez y Romero, 2003). Otros autores añaden variables familiares como la reacción de los familiares ante el consumo, grupo de amigos, acceso a drogas, situaciones de riesgo de la familia, educación familiar en drogas, estilo educativo y actividades protectoras (Carballo et al., 2004).

En población adulta la investigación esta menos desarrollada. Se han elaborado cuestionarios para evaluar variables familiares en cuanto al clima social (Moos, Moos y Trickett, 1984) que incluyen la cohesión, la expresividad y el conflicto. Contamos también con la escala de Olson, Portner y Lavee (1985) que abordan la cohesión familiar y la adaptabilidad.

En definitiva, con esta investigación se pretende suplir la escasez de instrumentos para evaluar variables familiares en población adulta, y obtener una herramienta precisa, válida y eficiente para evaluar variables familiares, basándonos en la posible relación con el consumo de sustancias adictivas. Las variables que se pretenden incluir en la prueba son tanto elementos que aumentan la amenaza o fuentes de estrés -el conflicto percibido con los familiares- como procesos que atenúan o redefinen la percepción de amenaza de las fuentes de estrés o ayudan a desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas -comunicación familiar, apoyo social percibido y la existencia y modo en que las normas familiares son establecidas-. Los ítems están enfocados para medir las variables atendiendo a cada miembro del núcleo familiar por separado, ya que cada interacción es diferente en cada miembro de la familia.

Esta prueba puede ser de utilidad, no solo para la prevención de adicciones sino también para la investigación, e incluso para la práctica clínica.

MÉTODOS

PARTICIPANTES

En este estudio participaron 165 estudiantes de la Universidad Miguel Hernández, de los campus de Elche y San Juan, ambos de la provincia de Alicante, cursando los grados de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte (n=53), Medicina (n=15), Farmacia (n=19), Fisioterapia (n=59) y Psicología (n=19). La media de edad es de 20 años con una desviación típica de 2.22, de los cuales el 44.2% son varones (n=73) y el 54.5% son mujeres (n=90). El estudio se realizó durante el primer semestre del año 2011.

VARIABLES E INSTRUMENTOS

Con el objetivo de evaluar las variables relacionadas con el funcionamiento familiar se ha elaborado una batería de ítems atendiendo a las teorías y modelos encontrados en las revisiones bibliográficas. Resultando un total de 73 ítems tras el juicio de expertos, de los cuales 20 ítems pertenecen a Comunicación Familiar, 25 a Apoyo Social, 14 a Conflicto Familiar y 14 a Normas de Convivencia.

Para la evaluación del criterio de Comunicación se utiliza la Escala de Comunicación Padres-Adolescente (PACS) de Barnes y Olson (1982), está formada por 20 ítems sobre el tipo de comunicación entre las díadas madre-adolescente y padre-adolescente, la escala original está organizada en dos factores (Grado de Apertura y Problemas de Comunicación) con alfa de Cronbach de 0.87 y 0.78, respectivamente. Sin embargo Estévez, Musitu y Herrero (2005) encontraron en población española, que la escala se estructura en 3 factores (Apertura a la Comunicación, Comunicación Familiar Ofensiva y Comunicación Familiar Evitativa) con alfa de Cronbach de 0.87, 0.76 y 0.75, respectivamente.

La evaluación del criterio de Apoyo Social se realiza mediante la Escala de Apoyo Social de Scholte, van Lieshout y van Aken (2001; citado en Jiménez, 2006). Está compuesta de 27 ítems y orientada hacia el padre, madre, hermanos, amigos, adultos significativos y pareja. La fiabilidad de las escalas (alfa de Cronbach) es de 0.92, 0.91, 0.83, 0.78 y 0.71, respectivamente. La escala evalúa apoyo emocional, respeto a la autonomía, calidad de la información, convergencia de metas y aceptación como persona.

No se emplearon pruebas criterio para las variables conflicto y normas de convivencia al no encontrar pruebas validadas en población adulta española y que atendieran a los diferentes miembros de la familia por separado.

El consumo de sustancias se evalúa mediante un inventario de consumo de sustancias que incluyen tabaco, alcohol fermentando (cerveza y vino) y destilado (otro tipo de alcohol y chupitos), cannabis, cocaína, drogas de síntesis y heroína. Las respuestas son de tipo Likert con 6 alternativas de respuesta referentes a la cantidad de sustancia consumida por periodo de tiempo, a diario en el consumo de tabaco y semanalmente en las otras sustancias.

PROCEDIMIENTO

La investigación se inicia con la redacción de ítems para cada escala del cuestionario que se pretende elaborar. Los ítems se redactan en función de los modelos encontrados en la literatura científica.

Una vez redactados los ítems se inicia un proceso de juicio de expertos. La batería de ítems se envía a 24 expertos en conductas adictivas. Los expertos se seleccionan en función de su experiencia en adicciones

y psicometría, contactando con ellos vía correo electrónico y enviándoles las baterías de ítems. Se les pide colaboración preguntándoles acerca de la relevancia y adecuación en la redacción de los ítems, ofreciendo la posibilidad de incluir sugerencias. Respondieron 12 de los expertos consultados y tras su juicio se eliminaron los ítems evaluados con un acuerdo inter-jueces menor de 80%, se modifican los ítems y se añaden nuevos reactivos según las recomendaciones, dando un resultado de 73 ítems.

La captación de la muestra se realiza a través de profesores de la Universidad Miguel Hernández, solicitando la colaboración voluntaria y anónima de los alumnos en el estudio. Una vez pactada la fecha de aplicación con profesores y alumnos, se procede a aplicar el pre-test y transcurridos 20 días se aplica la prueba post-test, ambos pases se realizan de forma colectiva. El periodo de latencia seleccionado evita el efecto recuerdo, sin dejar el tiempo suficiente para que hayan cambios en las variables a analizar. En todo momento se emplean procedimientos que aseguran el anonimato y confidencialidad de los participantes.

Una vez aplicadas las pruebas se codifican en una base de datos y se realizan análisis de discriminación, eliminando los ítems que no discriminan adecuadamente. Se concluye la depuración de reactivos suprimiendo secuencialmente aquellos ítems que tienen escaso peso en los factores. Se tienen en cuenta, tanto los resultados estadísticos como la evaluación cualitativa de los ítems, incluyendo aquellos ítems que aportan información diferente y eliminando aquellos donde es redundante.

Finalmente se realizan los análisis de fiabilidad y validez, calculando los coeficientes de consistencia interna, estabilidad temporal, correlaciones con las pruebas criterio y con la prueba de consumo de drogas.

ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los ítems se emplean los programas estadísticos SPSS® 19 y AMOS® 19.

Para el análisis de la bondad de ajuste de los modelos se calculan los estadísticos chi cuadrado, los índices de ajuste comparativo (CFI), los índices de la raíz del residuo estandarizado cuadrático medio (RMSEA) y las raíces del residuo cuadrático medio (RMR).

Los análisis de fiabilidad de las escalas se realizan mediante el cálculo de alfa de Cronbach para cada escala en función de la percepción de la relación con el padre, la madre y los hermanos. La estabilidad temporal

se analiza mediante las correlaciones entre la prueba pre-test y los resultados de la prueba post-test.

Para analizar la validez de las escalas Comunicación y Apoyo Social se calcula la correlación con los resultados de las pruebas criterio correspondientes. También se han correlacionado las escalas de la prueba con el consumo de sustancias, con el fin de analizar la validez tanto de las escalas en las que se dispone pruebas criterio como de las que no.

RESULTADOS

ANÁLISIS FACTORIALES

Los resultados en los modelos con ecuaciones estructurales muestran 5 factores. El factor Comunicación está compuesto por los ítems 1, 6, 8, 11 y 16, que evalúan lo agradable vs desagradable de las conversaciones, la expresión de los sentimientos, la disponibilidad para hablar y si hay empatía. El factor Apoyo Social está formado por los reactivos 5, 7, 13 y 18, haciendo referencia al apoyo social emocional, instrumental, informacional y valorativo. El factor Conflicto está formado por los ítems 3, 9, 12 y 15, relacionados con el conflicto familiar, más concretamente con el grado de discusión, de riñas por cosas insignificantes y de sentimientos de enfado. El factor Normas, está compuesto por los ítems 2 y 17, que indican si las normas se establecen de forma conjunta o negociada entre los miembros de la familia. El último factor, Consecuencias, está formado por los ítems 4, 10 y 14, y hacen referencia a las consecuencias de incumplir las normas, en concreto, si están claras y si se llevan a cabo. El factor Normas de Convivencia se ha separado en dos factores ya que mejora el funcionamiento de los modelos de ecuaciones estructurales (Figuras 1, 2 y 3).

Los estadísticos de bondad de ajuste del modelo respecto al padre son satisfactorios (CFI=0.98; RMSEA=0.04; RMR=0.08). Los resultados de la percepción de la relación con la madre también muestran unos índices de bondad de ajuste satisfactorios (CFI=0.97; RMSEA=0.04; RMR=0.08). En cuanto a los resultados de la percepción de la relación con los hermanos, resultan unos índices de bondad de ajuste del modelo adecuados, aunque en menor medida que los referidos al padre y a la madre (CFI=0.93; RMSEA=0.06; RMR=0.13) (Tabla 1).

Figura 1: Modelo estructural de la relación familiar percibida con el padre.

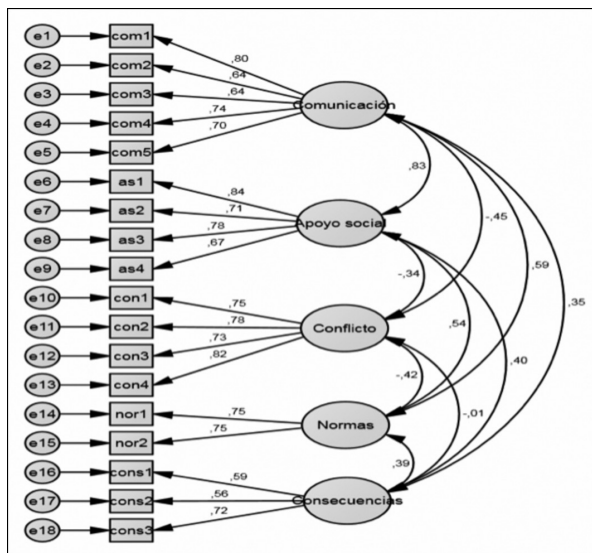


Figura 2: Modelo estructural de la relación familiar percibida con la madre.

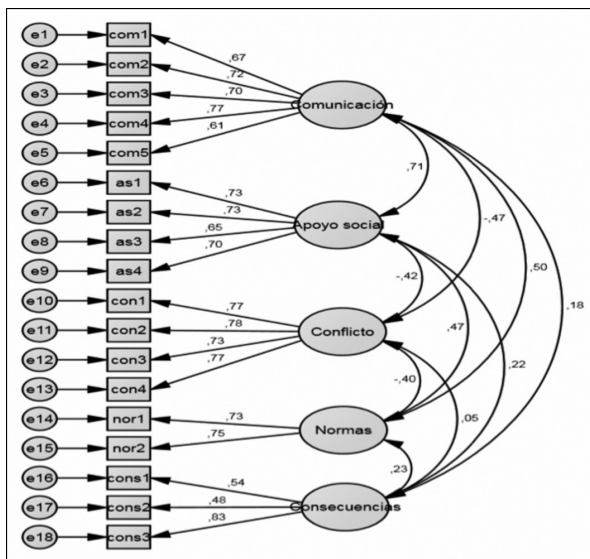


Figura 3: Modelo estructural de la relación familiar percibida con los hermanos.

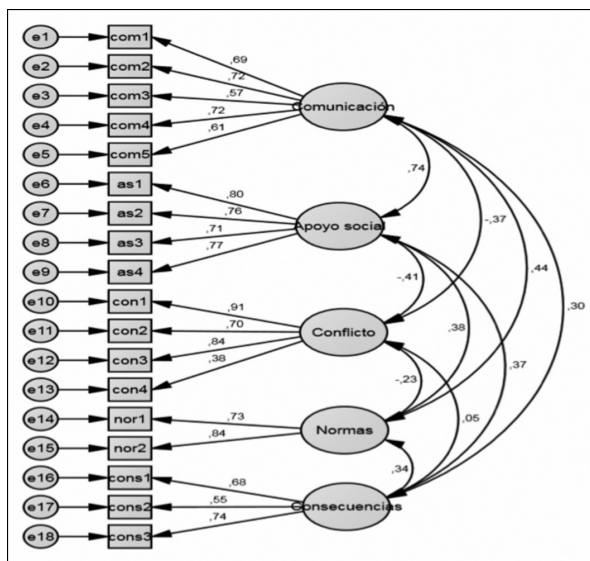


Tabla 1: Valores de ajuste de los modelos estructurales.

	Chi cuadrado	Grados de libertad	p valor	CFI	RMSEA (intervalos de confianza)	RMR
Padre	151.59	125	.053	.96	.04 (0;.06)	.08
Madre	158.02	125	.024	.97	.04 (.02;.06)	.08
Hermanos	178.96	125	.001	.93	.06 (.04;.08)	.13

ANÁLISIS DE FIABILIDAD

Los estadísticos de consistencia interna (alfa de Cronbach) de las escalas respecto a cada miembro son adecuadas (Tabla 2). Todas las escalas tienen coeficientes alfa mayores a 0.70 a excepción de la escala sobre consecuencias del incumplimiento de normas (0.64 referido el padre, 0.63 para la madre y 0.69 respecto a los hermanos) y la escala de Conflicto percibido con los hermanos (0.63).

Tabla 2: Fiabilidad de las escalas mediante alfa de Cronbach.

	Comunicación	Apoyo social	Conflicto	Normas	Consecuencias
Padre	.83	.83	.85	.72	.64
Madre	.82	.79	.84	.70	.63
Hermanos	.80	.84	.63	.76	.69

Los coeficientes de estabilidad temporal se encuentran por encima de 0.7 (Tabla 3), a excepción de las escalas de Normas (0.58, 0.59 y 0.63, para padre, madre y hermanos respectivamente) y la escala de Consecuencias respecto al padre (0.65).

Tabla 3: Correlaciones de los resultados de las escalas pre-test con las pruebas post-test.

	Comunicación	Apoyo social	Conflicto	Normas	Consecuencias
Padre	.73	.87	.73	.58	.65
Madre	.72	.84	.71	.59	.70
Hermanos	.75	.90	.78	.63	.78

ANÁLISIS DE VALIDEZ

Las correlaciones entre las escalas de comunicación de los miembros con los resultados de las pruebas criterio (Tabla 4) son altas: 0.75, 0.68 y 0.60, respecto al padre, madre y hermanos respectivamente, además se observa que las correlaciones entre diferentes miembros son reducidas.

Tabla 4: Correlaciones de los resultados de las escalas con los resultados de los criterios de apoyo social.

	r	Criterio apoyo social del padre	Criterio apoyo social de la madre	Criterio apoyo social de los hermanos
Apoyo social del padre	r	.75	.48	.37
Apoyo social de la madre	r	.47	.68	.41
Apoyo social de los hermanos	r	.31	.26	.60

Las escalas de percepción de la comunicación con el padre y la madre tienen altas correlaciones con las pruebas criterio correspondiente, de 0.79 y 0.62 respectivamente (Tabla 5).

Tabla 5: Correlaciones de los resultados de las escalas con los resultados de los criterios de comunicación.

		Criterio comunicación con el padre	Criterio comunicación con la madre
Comunicación con el padre	r	.79	.50
Comunicación con la madre	r	.46	.62

En cuanto a las correlaciones de las escalas respecto al consumo de sustancias, se exponen únicamente los resultados de consumo de tabaco, alcohol destilado, alcohol fermentado y cannabis, debido a que no ha habido respuestas afirmativas sobre el consumo de cocaína, drogas de diseño y heroína.

Respecto al padre (Tabla 6), la escala de Conflicto correlaciona significativamente con el consumo de tabaco (0.18) y alcohol fermentado (0.24), y la escala de consecuencias del incumplimiento de normas correlaciona de forma significativa con el consumo de alcohol fermentado (-0.18).

Tabla 6: Correlaciones de los resultados de la percepción del padre con el consumo de sustancias.

		Tabaco	Cannabis	Alcohol fermentado	Alcohol destilado
Comunicación	r (sig.)	.07 (.82)	.07 (.41)	-.04 (.66)	-.04 (.63)
Apoyo social	r (sig.)	.07 (.43)	-.01 (.91)	-.03 (.71)	.00 (.99)
Conflicto	r (sig.)	.18** (.04)	.11 (.18)	.24* (.00)	.03 (.71)
Normas	r (sig.)	.15 (.07)	.05 (.52)	-.016 (.85)	-.08 (.32)
Consecuencias	r (sig.)	-.06 (.47)	.08 (.37)	-.18** (.04)	.00 (1)

*. La correlación es significativa al nivel 0.01.

**.. La correlación es significativa al nivel 0.05

Acerca de las escalas relacionadas con la madre (Tabla 7), el factor Normas correlaciona de forma significativa con el consumo de alcohol destilado (-0.21), y la escala Consecuencias correlaciona de modo significativo con el consumo de alcohol fermentado (-0.19).

Tabla 7: Correlaciones de los resultados de la percepción de la madre con el consumo de sustancias.

		Tabaco	Cannabis	Alcohol fermentado	Alcohol destilado
Comunicación	r (sig.)	.00 (.98)	.05 (.58)	-.07 (.41)	-.13 (.11)
Apoyo social	r (sig.)	-.01 (.93)	-.01 (.87)	-.10 (.23)	-.12 (.14)
Conflicto	r (sig.)	.14 (.09)	.04 (.60)	.11 (.19)	.15 (.06)
Normas	r (sig.)	.13 (.12)	.03 (.69)	-.07 (.36)	-.21* (.01)
Consecuencias	r (sig.)	-.03 (.74)	.05 (.53)	-.19** (.02)	-.02 (.83)

*. La correlación es significativa al nivel 0.01.

**.. La correlación es significativa al nivel 0.05

Finalmente se exponen los resultados de las escalas referentes a la percepción de las relaciones familiares con los hermanos (Tabla 8). Las dimensiones Comunicación y Normas correlacionan significativamente con el consumo de alcohol destilado (-0.20 y -0.22 respectivamente). Mientras que el factor Conflicto correlaciona significativamente con el consumo de tabaco (0.19)

Tabla 8: Correlaciones de los resultados de la percepción de hermanos con el consumo de sustancias.

		Tabaco	Cannabis	Alcohol fermentado	Alcohol destilado
Comunicación	r (sig.)	-.01 (.93)	.09 (.36)	.00 (.97)	-.20** (.03)
Apoyo social	r (sig.)	.03 (.75)	-.03 (.76)	-.07 (.76)	-.07 (.43)
Conflicto	r (sig.)	.19** (.04)	.16 (.08)	.06 (.51)	.16 (.09)
Normas	r (sig.)	.07 (.45)	-.07 (.45)	-.12 (.20)	-.22** (.02)
Consecuencias	r (sig.)	-.08 (.44)	.14 (.15)	-.15 (.11)	-.06 (.51)

*. La correlación es significativa al nivel 0.01.

**.. La correlación es significativa al nivel 0.05

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio es elaborar una herramienta que permita medir variables familiares en población adulta, atendiendo a cada miembro de la familia por separado. Estas variables pueden estar relacionadas con el consumo de sustancias.

Teniendo en cuenta los coeficientes de fiabilidad de las escalas, se puede concluir que miden de forma precisa. Asimismo los ítems se organizan según las escalas propuestas atendiendo a los resultados en los modelados estructurales, formando 5 factores: Comunicación, Apoyo social, Conflicto, Normas y Consecuencias.

El instrumento tiene una validez adecuada. Se llega a esta conclusión atendiendo a las garantías que ofrece el juicio de expertos y las correlaciones con las pruebas criterios disponibles para las escalas de Comunicación y Apoyo Social.

Por otra parte, se ha observado que el consumo de alcohol se relaciona significativamente con el factor Conflicto con el padre, así mismo los resultados de la escala de Conflicto respecto al padre y a los hermanos presentan una relación significativa con el consumo de tabaco, en la misma línea que las investigaciones de Skeer, McCormick, Normand, Buka y Gilman (2009), en las que se deduce que los conflictos familiares se relacionan con el consumo de sustancias. Los resultados también coinciden con las investigaciones de López y Rodríguez-Arias (2010) que indican que el conflicto en la familia está relacionado con el consumo de tabaco.

En cuanto a las consecuencias de incumplir las normas de convivencia o factor Consecuencias (respecto al padre y a la madre), se puede aducir que tienen relación con el consumo de alcohol fermentado. Los datos concuerdan con los resultados de García y Segura (2005) donde se señala que los patrones educativos de los consumidores se caracterizan por reglas flexibles, poco definidas y con escasas consecuencias si no se cumplen. En población adolescente se señala que un menor control parental está relacionado con el consumo de alcohol (López y Rodríguez-Arias, 2010), en la misma línea de esta investigación, dado que no tener consecuencias el incumplimiento de normas está relacionado con el consumo de alcohol fermentado.

Otro dato significativo es el resultado de las escalas sobre el establecimiento de normas (factor Normas), donde aparece una relación negativa y significativa entre las escalas de normas de la madre y hermanos y el consumo de alcohol destilado. De estos resultados se desprende que existe una relación entre un menor consumo de alcohol destilado y la medida en que los miembros de la familia participan en el establecimiento de normas.

Finalmente, en los análisis de validez no se han encontrado relaciones significativas entre los factores Comunicación y Apoyo Social respecto al padre y madre con el consumo de sustancias, aunque el factor de Comunicación con los hermanos tiende hacia una relación significativa con el consumo de alcohol destilado. Los resultados en nuestra muestra no siguen los obtenidos en población adolescente por Musitu, Jimenez y Murgui (2007) y García y Segura (2005), en las que indican que el apoyo social y la comunicación familiar se relacionan con el consumo de sustancias, por lo que se podría pensar que existen diferencias entre la población adolescente y adulta respecto a las variables relacionadas con el consumo de drogas.

Una de las limitaciones del estudio sería el tamaño de la muestra, que podría considerarse ajustada, al estar compuesta de 18 reactivos y 165 participantes, siendo recomendable tener una proporción de 10 sujetos por reactivo (Coenders, 2005).

Para finalizar y en base a los resultados obtenidos, se puede concluir que contamos con una herramienta precisa, válida y eficiente para evaluar el funcionamiento familiar en adultos jóvenes y universitarios. Para futuras investigaciones nos proponemos validar la prueba en población general, con el objetivo de tener una herramienta para evaluar el funcionamiento familiar, que no solo está relacionado con el consumo de sustancias adictivas, sino que puede emplearse para relacionar las variables familiares con una gran diversidad de comportamientos.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento a todos y a cada uno de los investigadores que participaron en el juicio de expertos, así como a los profesores y alumnos que colaboraron voluntariamente tanto en el pase como en la cumplimentación de cuestionarios. De la misma forma agradecer su colaboración a todo el equipo de "Psicoactua, Psicología de la Medicina y la Salud" del Hospital Internacional MEDIMAR por sus aportaciones y sugerencias en el desarrollo de este proyecto.

Finalmente agradecemos la inestimable colaboración de los metodólogos del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández por su asesoramiento.

REFERENCIAS

- Barnes H. L. y Olson D. H. (1982). Parent-adolescent communication scale. En D. H. Olson, H. McCubbin, H. Barnes, M. Larsen, M. Muxen y W. Wilson (Eds.). *Family Inventories: Inventories Used in a National Survey of Families across de Family Life Cycle* (pp. 33-48). St. Paul, NM: University of Minnesota.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Berjano, E. y Pinazo, S. (2001). El proceso de comunicación fundamentación y modelos teóricos. En E. Berjano y S. Pinazo (Eds.), *Interacción social y comunicación* (pp. 17-56). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Carballo, J. L., García Rodríguez, O., Secades Villa, R., Fernández Hermida, J. R., García Cueto, E., Errasti Pérez, J. M. y Al-Halabi Díaz, S. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 16(4), 674-679.
- Coenders Gallart, G. (2005). *Temas avanzados en modelos de ecuaciones estructurales*. Madrid: La Muralla.
- Estévez Lopez, E., Musitu Ochoa, G. y Herrero Olaizola, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud mental*, 28(4), 81-89.
- García Campos, F. y Segura Díez, M. C. (2005). Estilos educativos y consumo de drogas en adolescentes. *Salud y drogas*, 5(1), 35-56.
- Glanz, K., Rimer, B.K. y Lewis, F.M. (2002). *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*. San Francisco: Wiley & Sons.
- Gottlieb, B. H. (1983). Social support as a focus for integrative research in Psychology. *American Psychologist*, 38(3), 278-287.
- Guo J., Hawkins J. D., Hill K. G. y Abbott, R. D. (2001). Childhood and adolescent predictors of alcohol abuse and dependence in young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(6), 754-62.
- Iraurgi Castillo, I., Sanz Vázquez, M. y Martínez Pampliega, A. (2004). Funcionamiento familiar y severidad de los problemas asociados a la adicción a drogas en personas que solicitan tratamiento. *Adicciones*, 16(3), 185-195.
- Jiménez, T., Musitu, G. y Murgui, S. (2008). Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes: el rol mediador de la autoestima. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8 (1), 139-151.

- Jiménez Gutiérrez, T. (2006). *Familia y Problemas de Desajuste en la Adolescencia: el Papel Mediador de los Recursos Psicosociales*. Tesis doctoral no publicada, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia.
- López Larrosa, S. y Rodríguez-Arias Palomo, J. L. (2010). Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según la edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010). *Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2009/2010*. Extraído el día 19 de Enero de 2011 desde www.msc.es.
- Minuchin, S. (1997). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Moos, R. H., Moos, B. S. y Trickett, E. J. (1984). Escalas de clima social. Madrid: TEA. (Adaptación española de R. Fernández-Ballesteros y B. Sierra).
- Muñoz-Rivas, M. J. y Graña López, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87-94.
- Musitu Ochoa, G. (2006). La comunicación familia desde la perspectiva sistémica. En Y. Pastor Ruiz (Ed.). *Psicología Social de la Comunicación* (pp. 161-177). Madrid: Pirámide.
- Musitu Ochoa, G., Jiménez, T. I. y Murgui Pérez, S. (2007). El rol de funcionamiento familiar y del apoyo social en el consumo de sustancias de los adolescentes. *Revista española de drogodependencias*, 3, 370-380.
- Olson, D. H., Portner, J. y Lavee Y. (1985). *FACES III*. St. Paul, MN: University of Minnesota.
- Olson, D. H., Russell, C. S. y Sprenkle, D. H. (1979). Circumplex Model of Marital and Family Systems I: Cohesión and Adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process*, 18, 74-79.
- Rubin, J. Z., Pruitt, D. G. y Hee Kim. (1994). *Social Conflict: escalation, stalemate and settlement*. New York: McGraw-Hill.
- Scholte, R. H. J., van Lieshout, C. F. M. y van Aken, M. A. G. (2001). Perceived relational support in adolescence: dimensions, configurations, and adolescent adjustment. *Journal of Research in Adolescence*, 11, 71-94.
- Skeer, M., McCormick, M. C., Normand, S. L., Buka, S. L. y Gilman, S. E. (2009). A prospective study of familial conflict, psychological stress, and the development of substance use disorders in adolescence. *Drug Alcohol Depend*, 104(1-2), 65-72.
- Torío López, S., Peña Calvo, J. V. y Rodríguez Menéndez, M. (2008). Estilos educativos parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de la educación*, 20, 151-178.

- Villar Torres, P., Luengo M. A., Gómez Fragueta, J. A. y Romero Triñanes E. (2003). Una propuesta de evaluación de variables familiares en la prevención de la conducta problema en la adolescencia. *Psicothema*, 15(4), 581-588.
- Wills, T. A. y Hirky, A. E. (1996). Coping and substance abuse: A theoretical model and review of evidence. En M. Zeidner y N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 279-302). Nueva York: John Wiley & sons.

APÉNDICE 1: CUESTIONARIO

Evaluación Familiar Estratégica (EFE)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: V M

Fecha: __/__/__

A continuación aparecen una serie de frases, rodee con un círculo la respuesta que más se aproxime a su situación respecto al miembro de la familia correspondiente, siguiendo la escala de respuesta que aparece al inicio de la tabla.

1 Nunca	2 A veces	3 Normalmente	4 Casi siempre	5 Siempre
------------	--------------	------------------	-------------------	--------------

	Miembro 1	Miembro 2	Miembro 3	Miembro 4	Miembro 5	Miembro 6
Escriba en esta fila el miembro de su familia (su edad y su parentesco).						
Conversamos agradablemente y de forma distendida.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Las normas de casa las establecemos conjuntamente.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Solemos discutir.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Cumple los castigos por saltarse las normas.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Me apoya emocionalmente (me respeta, me quiere, ofrece seguridad, etc.).	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Expresamos nuestros sentimientos con facilidad.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Me ayuda cuando me encuentro mal.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Cuando hablamos somos sinceros.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Reñimos por cosas que son insignificantes.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Sabemos las consecuencias del incumplir las normas.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Es fácil encontrar momentos para hablar de las cosas.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Nos enfadamos.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Los consejos que me ofrece son de utilidad.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Lleva a cabo los castigos por saltarse las normas.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Acabamos discutiendo por pequeñas cosas.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Intentamos comprender el punto de vista del otro.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Negociamos las normas de convivencia.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Reconoce cuando hago las cosas bien.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

ANÁLISIS LONGITUDINAL DE DIFERENCIAS EN HABILIDADES COGNITIVAS ENTRE ESTUDIANTES DE BACHILLERATO CONSUMIDORES DE ALCOHOL DE LA PROVINCIA DE ALICANTE

José Luis Carballo, Gabriela García Sánchez, Valentina Jaúregui
Andújar, María Marín Vila y Virtudes Pérez-Jover
*Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández de
Elche.*

(Received/Recibido: 15/09/2011 Accepted/Aceptado: 10/11/2011)

RESUMEN

La evidencia empírica ha puesto de manifiesto la relación entre el consumo excesivo de alcohol y el empeoramiento de determinadas funciones cognitivas. El objetivo de este estudio ha sido analizar la influencia del consumo abusivo de alcohol en el rendimiento cognitivo a través de un seguimiento de adolescentes consumidores. Se han utilizado varios cuestionarios para recoger el perfil adictivo de los jóvenes y para evaluar el rendimiento de los sujetos en tareas que implican ciertas habilidades cognitivas (atención, percepción y razonamiento). De un total de 246 estudiantes de la provincia de Alicante, completaron el seguimiento 42 estudiantes de bachillerato, de entre 16 y 20 años, siendo 21 consumidores de riesgo y 21 de bajo riesgo. El seguimiento realizado fue de un año de

Correspondencia

José Luis Carballo
Departamento de Psicología de la Salud.
Universidad Miguel Hernández de Elche.
Avenida de la Universidad, s/n, 03202 Elche (Alicante)
Teléfono: +34 96-6658309 Fax: +34 96-6658904
Email: jcarballo@umh.es

duración. En cuanto a los resultados, los datos del seguimiento mostraron un aumento del consumo de alcohol, así como del consumo de otras sustancias, como el tabaco y cannabis. Por lo que respecta al rendimiento cognitivo de los sujetos, aquellos con un consumo abusivo empeoraron sus resultados en el Test de Aptitud Perceptiva con respecto a la primera evaluación, en contraposición a los adolescentes que no cumplían criterios de abuso, que los mejoraron ($p < 0,05$). Resultan necesarios futuros estudios, con un mayor tamaño muestral y una duración más amplia del seguimiento, en el que puedan confirmarse las tendencias presentadas en este trabajo.

Palabras clave: Alcohol, abuso, habilidades cognitivas, adolescentes

ABSTRACT

Empirical evidence has shown the relationship between alcohol abuse and the impairment of certain cognitive abilities. The aim of this paper was to analyze the influence of alcohol abuse on adolescents' cognitive performance. Several questionnaires were used to assess adolescents' addictive profile, as well as their performance on tasks involving cognitive abilities, such as attention, perception and reasoning. A total of 42 students, from an initial sample of 246 adolescents, completed the follow-up. Participants, aged between 16 and 20, were classified in two groups (21 consumers at risk and 21 consumers at low risk) and followed for one year. Results showed an increase of alcohol, tobacco and cannabis use during the follow-up. Considering data from both initial and final assessment, adolescents who met abuse criteria showed worse results than those with a non-abusive use in the Perceptual Ability Test ($p < 0,05$). Future studies, with a larger sample size and a longer follow-up, are necessary to confirm the trends presented in this paper.

Key words: Alcohol, abuse, cognitive abilities, adolescents

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas es uno de los principales problemas de salud pública en España. Según el Plan Nacional sobre Drogas (2008), el 81,2%

de los estudiantes de 14 a 18 años había probado el alcohol alguna vez, un 72,9% lo había consumido en el último año y el 58,5% en el último mes. Con respecto al consumo abusivo, un 56,2% de los estudiantes se había emborrachado alguna vez en la vida y el 29,1% lo había hecho en el último mes (29,4% chicos, 28,7% chicas). Si bien la proporción de consumidores actuales de alcohol se ha estabilizado con respecto a los últimos años, parece observarse una tendencia creciente entre los adolescentes a beber de forma más intensiva.

Una ingesta abusiva de alcohol podría desencadenar problemas asociados en el futuro, a nivel social, físico y cognitivo. En relación a este último factor, la posible relación entre el consumo de alcohol y el rendimiento cognitivo ha generado una gran controversia en la literatura científica.

Por un lado, algunos estudios han encontrado asociaciones nulas, o prácticamente inexistentes, entre el consumo de alcohol y el rendimiento cognitivo (Anstey, Windsor, Rodgers, Jorm, & Christensen, 2005; Elwood et al., 1999; Wright, Elkind, Luo, Paik, & Sacco, 2006). Por otro lado, y en contraposición a estos resultados, diferentes estudios han puesto de manifiesto el papel del consumo abusivo de alcohol en el deterioro de determinadas funciones mentales (Glenn, 1993; Nixon & Glenn, 1995; García-Moreno, Expósito, Sanhueza, & Angulo, 2008). En esta línea, Sjölund, Allebeck y Hemmingsson (2011), en un estudio de seguimiento de 37 años que se realizó con jóvenes militares suecos, encontraron una asociación significativa entre su CI, evaluado durante la adolescencia, y un posterior riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol, si bien esta asociación se encontraba atenuada por distintos factores como, por ejemplo, el estatus social. Asimismo, en un estudio longitudinal estadounidense, se encontró una asociación positiva entre un mayor consumo de alcohol, en términos de cantidad y frecuencia, y una peor fluidez verbal (Gross et al., 2011).

El alcohol puede afectar tanto a la estructura como a la función del Sistema Nervioso Central (SNC), teniendo consecuencias negativas sobre las funciones neuropsicológicas (Kalechstein & van Gorp, 2007) Este grado de deterioro depende del patrón de consumo, la cantidad de ingesta, el policonsumo, los antecedentes, etc.

Diversos estudios han mostrado que el posible efecto negativo del consumo excesivo de alcohol en las habilidades cognitivas diferiría en función de la región cerebral concreta (McDougall, Becker, Delville, Vaughan,

& Acee, 2007; Rodgers et al., 2005). Dado que el consumo de alcohol afecta más a unas regiones que otras, resulta esperable encontrar diferentes resultados en los tests de rendimiento neuropsicológico (Moselhy, Georgiou, & Kahn, 2001; Tapert et al., 2001; Weissenborn & Duka, 2003).

Diferentes áreas como el neocórtex, el hipocampo o los lóbulos frontales serían algunas de las regiones más estrechamente relacionadas con disfunciones neurológicas debidas al consumo abusivo de alcohol (Moselhy et al., 2001; Pfefferbaum, Sullivan, Mathalon, & Lim, 1997). Los cambios en estas áreas resultarían especialmente significativos debido a su relación con procesos como la memoria, el aprendizaje, la atención, la resolución de problemas, así como la organización de la conducta.

En la línea de estos datos, la mayoría de estudios comparativos entre consumidores y no consumidores han encontrado un peor rendimiento en consumidores abusivos en aquellas capacidades relacionadas con la memoria, la atención, las funciones ejecutivas y la fluidez verbal (Carballo, García, Jáuregui, & Sáez, 2009; Gross et al., 2011; Pitel et al., 2008; Schreckenberger et al., 2004). Concretamente, Crego et al. (2009) encontraron diferencias electrofisiológicas a nivel cerebral entre consumidores y no consumidores. Al llevar a cabo tareas atencionales que implicaban el uso de la memoria de trabajo, comprobaron que los consumidores necesitaban niveles más altos de atención para realizar las tareas adecuadamente, así como tenían dificultades para discriminar la información en función de su relevancia. Asimismo, estos mismos autores, en el año 2010, observaron alteraciones funcionales (hipoactividad en la región anterior derecha de la corteza prefrontal) en consumidores a nivel de neuroimagen, si bien en este estudio la resolución de tareas en comparación al grupo control fue similar.

En la misma línea, otros autores encontraron ligeras diferencias entre grupos de consumidores y no consumidores, especialmente en tareas de atención, viéndose un peor rendimiento en los consumidores (Corcos, Phan, Nezelof, & Jeammet, 2005; Cortés Tomás, Espejo Tort, & Gimenez Costa, 2008; García-Moreno et al., 2008; Harvey, Sellman, Porter, & Frampton, 2007; Indlekofer et al., 2008; Pattij, Wiskerke, & Schoffeleer, 2008).

Las consecuencias del consumo excesivo de alcohol adquieren una especial importancia en el caso de la población adolescente. La edad de inicio de consumo de alcohol, situada en los 13 años (Plan Nacional sobre

Drogas, 2008), es un posible factor de riesgo debido a que puede afectar en el desarrollo cognitivo y físico del consumidor. Debido a que el cerebro adolescente se encuentra aún en desarrollo, y por lo tanto es más vulnerable, los riesgos de la toxicidad del alcohol aumentan y, con ello, el deterioro en determinados procesos, especialmente la memoria y el aprendizaje, como ya se ha comentado (Crews, He, & Hodge, 2007).

Estudios realizados con ratas adolescentes expuestas a ingentes cantidades de alcohol, aun de forma intermitente, han demostrado la aparición de un importante daño inflamatorio cerebral, así como un aumento de muerte cerebral en las células del neocórtex, hipocampo y cerebelo (Pascual, Blanco, Cauli, Minarro, & Guerra, 2007). Estas disfunciones, que conllevarían alteraciones comportamentales a largo plazo, así como una afectación en procesos cognitivos y motores, podrían mantenerse incluso habiendo abandonado el consumo (Crews, Braun, Ho- plight, Switzer, & Knaapp, 2000; Crews et al., 2007; Hiller-Sturmhofel & Swartzwelder, 2004; Tokunaga, Silvers, & Matthews, 2006; Yttri, Buro, & Hunt, 2004).

La mayor vulnerabilidad de los adolescentes, tanto en el inicio de consumo de drogas como en la mayor probabilidad de sufrir daños neurológicos como consecuencia de éstas, pone de manifiesto la importancia de la realización de estudios de seguimiento que identifiquen qué funciones concretas se ven afectadas y en qué momento empieza a producirse un deterioro en el rendimiento cognitivo de los adolescentes. El objetivo de este estudio, por lo tanto, es analizar si existe relación entre el consumo abusivo de alcohol y determinadas habilidades cognitivas (percepción, atención y razonamiento) a través de un seguimiento de estudiantes de bachillerato.

MÉTODO

PARTICIPANTES

En este estudio han participado un total de 246 estudiantes reclutados en IES de la provincia de Alicante, de edades comprendidas entre los 14 y los 20 años [edad media (DT)= 15,84 (1,38)]. Del total de estudiantes solamente completaron el seguimiento al año 42 estudiantes de bachillerato de dos institutos de Educación Secundaria de la provincia de Alicante. El

resto de estudiantes no participaron en el seguimiento por haber finalizado los estudios en los centro educativos. Los 42 participantes tenían una edad media (DT) de 16,6 (0,65). Se clasificaron en dos grupos según su nivel de consumo de alcohol: consumidores de riesgo (n = 21) y consumidores de bajo riesgo (n = 21). Para realizar esta clasificación, se tomaron como referencia los criterios establecidos por la OMS, que determinan que el consumo de menos de 14 unidades de bebida estándar (UBS) corresponde al propio de un consumidor de bajo riesgo, y el consumo mayor de 14 UBS/semana, al de un consumidor de riesgo.

VARIABLES E INSTRUMENTOS

Todos los instrumentos fueron aplicados en dos momentos distintos de evaluación a lo largo de un año, el primero de ellos en febrero de 2010 y el segundo en febrero de 2011.

Por un lado, se ha evaluado el consumo de alcohol y el perfil adictivo de los consumidores, mediante los siguientes instrumentos:

Consumo de alcohol, recogido en un cuestionario basado en la encuesta ESTUDES del Plan Nacional sobre Drogas (Plan Nacional sobre Drogas, 2008). Se mide el nivel de consumo de alcohol, desde un año antes de la cumplimentación del cuestionario, hasta las últimas 12 horas, garantizando así la acotación del nivel aproximado de consumo. Por otro lado, se evalúa el consumo de tabaco y cannabis durante los años previos a las evaluaciones. Además, se pregunta la edad de inicio del consumo de alcohol, cantidad de alcohol consumido en días laborables y fines de semana, y número de días en los que los sujetos han notado los efectos del alcohol o se han “emborrachado” en el último año, el último mes y la última semana.

Criterios de abuso y dependencia, medidos en el Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities: Interview Schedule-IV (AUDADIS) (Canino et al., 1999). Este cuestionario tiene un total de 10 ítems, de respuesta dicotómica (“sí” y “no”), que recogen los criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) para el trastorno de dependencia y/o abuso de alcohol.

Por otro lado, se han medido una serie de habilidades cognitivas utilizando varios Test psicotécnicos de aptitudes cognitivas (Fernández Muñoz, 1998). No se han utilizado tests neuropsicológicos individuales puesto que esta investigación se realizó de forma grupal y no individual.

El intervalo de puntuaciones de estos test, una vez transformadas, comprende un rango de 0 a 10 en todos los instrumentos utilizados. Con el objetivo de poder analizar la evolución en el rendimiento en estas tareas en el grupo de abuso y no abuso de alcohol, se calcularon las diferencias entre las puntuaciones en el año 2010 y las del año 2011. Una puntuación con signo negativo indica una mejora y una con signo positivo un empeoramiento en la ejecución de la tarea. Una puntuación negativa indica una mejoría puesto que en la resta al puntuación es mayor en el sustraendo

Percepción. El cuestionario utilizado fue el AP-1 (aptitud perceptiva), que cuenta con 14 ítems, y un límite de 1 minuto para su realización. Cada ítem contiene un número determinado de letras de igual tipología. Al sujeto se le presenta una letra para que, recurriendo al conjunto, cuente el número de veces que aparece ésta. El sujeto ha de seleccionar la opción correcta entre las cuatro alternativas que se le presentan donde se presentan el número de veces que aparece la letra.

Atención. El cuestionario utilizado para medir la capacidad de atención, el AT-1, consta de 14 ítems y de 2 minutos para su realización. Al sujeto se le presentan una serie de cadenas de letras en las que debe hallar y contabilizar el número de veces que aparecen las siguientes letras: A, E, F, T. Además, tendrá que seleccionar una de las siguientes alternativas de respuesta: a) 4 o menos, b) entre 5 y 8, ambos inclusive, c) 9 y 12, ambos inclusive y d) el resto de de casos.

Aptitud visoespacial. Se utilizó el cuestionario AM-1 (aptitud mecánica), que consta de 16 ítems. Al sujeto se le presentan una serie de preguntas que ha de contestar de manera lógica, basándose en la observación de las figuras que las acompañan. Por ejemplo, se presentan una serie de representaciones de tuercas engranadas y se le pregunta al sujeto hacia donde van a girar. El tiempo de realización para este cuestionario es de 5 minutos.

Razonamiento abstracto. Se utilizó el DAT 5 (Test de Aptitudes Diferenciales), (Bennet, Seashore & Wesman, 2000) que consta de 32 ítems. Al sujeto se le presenta una serie de imágenes ordenadas consecutiva y lógicamente, y ha de inferir, de entre las alternativas presentadas, cuál es la que seguiría en la serie.

PROCEDIMIENTO

Se trata de un estudio longitudinal en el cuál se realizó un seguimiento de un año de duración (Febrero 2010 – Febrero 2011) a estudiantes de 1º y 2º de

bachillerato. En primer lugar, se contactó con los directores de 5 institutos de enseñanza secundaria de los cuáles 2 accedieron a participar en la investigación. Tras recibir los permisos oportunos, se fijaron las fechas para la aplicación de los instrumentos de evaluación. Los cuestionarios fueron aplicados en febrero de 2010 y febrero de 2011 en horario lectivo por personal entrenado para tal fin. Los estudiantes, que participaron voluntariamente y de forma anónima y confidencial, recibieron una breve exposición de los objetivos de la investigación, así como se les proporcionó una serie de instrucciones de cara a la correcta cumplimentación de los cuestionarios.

El estudio fue aprobado por la Comisión de Ética e Investigación de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos obtenidos se codificaron y analizaron mediante el programa PASW Statistics¹⁸, para Windows. En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos en términos de medias (DT) y frecuencias, de este modo se pudo identificar los dos grupos diferenciados de consumidores de alcohol (“consumidores de bajo riesgo” y “consumidores de riesgo”). Asimismo, se realizó un análisis descriptivo de la evolución del consumo de alcohol durante el año del seguimiento.

Por otro lado, para el análisis de diferencias de medias entre los grupos en la edad de inicio se empleó la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes. Por último, se realizó un análisis de covarianza, en el que se controló la variable “edad de inicio de consumo”, y en el que se comparó la evolución del rendimiento en las pruebas cognitivas entre los dos grupos de consumidores. El nivel de confianza utilizado en la aplicación de las pruebas estadísticas fue del 95%.

RESULTADOS

En primer lugar, se llevaron a cabo análisis descriptivos, en términos de porcentajes y frecuencias de variables relacionadas con el uso de alcohol, con el objetivo de analizar la evolución del consumo de alcohol durante el año de seguimiento del estudio. Es decir, se analizaron por separado las tasas de consumo de alcohol y borracheras en febrero de 2010, y un año después, febrero de 2011.

Tal y como se puede observar en la Tabla 1, mientras que en el año 2010 el porcentaje de consumidores de alcohol de bajo riesgo era muy superior al de consumidores de riesgo, en el año 2011 ambas tasas se han equiparado al 50%. Además, en el año 2011 se ha producido un incremento en el número de estudiantes que se han emborrachado frecuentemente (más de 20 borracheras al año) frente al año 2010.

Tabla 1. Evolución del consumo de alcohol durante el seguimiento (Febrero 2010- Febrero 2011).

	2010 - %(n)	2011 - %(n)
Consumidores de bajo riesgo	73,8 (31)	50 (21)
Consumidores de riesgo	26,2 (11)	50 (21)
Ninguna borrachera	45,2 (19)	28,6 (12)
Más de 20 borracheras	2,4 (1)	14,3 (6)

En relación al consumo de otras sustancias, como se refleja en la Tabla 2, se produce un incremento tanto en el número de consumidores de tabaco como en el número de los que han consumido cannabis, pasando a doblarse el número de consumidores en esta última sustancia.

Tabla 2. Evolución del consumo de otras sustancias durante el seguimiento (Febrero 2010- Febrero 2011).

	2010 - %(n)	2011 - %(n)
Consumo de tabaco	31 (13)	47,6 (20)
Consumo de cannabis	21,4 (9)	45,2 (19)

Con el objetivo de identificar posibles alteraciones en el rendimiento cognitivo entre los consumidores de riesgo de alcohol, se subdividieron a los 21 consumidores de riesgo en función de si realizaban un uso abusivo del alcohol o no atendiendo a las puntuaciones en el AUDADIS. En total, 14 sujetos fueron enmarcados en el grupo de Abuso y 6 en el de no Abuso de alcohol. Al mismo tiempo, y a fin de evitar la posible influencia de variables extrañas, se comparó a ambos grupos en la edad de inicio del consumo de alcohol, ya que un uso más prolongado podría condicionarlos resultados en los test aplicados.

Como se puede observar en la Tabla 3, el análisis llevado a cabo con el estadístico de contraste U de Mann-Whitney indicó que existían diferencias entre la edad de inicio de uno y otro grupo. El grupo de sujetos que cumplían con criterios de Abuso inició casi dos años antes el consumo de alcohol. Estos resultados condicionaron los posteriores análisis donde se comparó a los dos grupos de Abuso y No Abuso en las variables de rendimiento cognitivo puesto que los resultados podrían verse afectados por la variable edad de inicio.

Tabla 3. Diferencias de medias (DT) en la edad de inicio de consumo de alcohol^a.

	No Abuso (n=14)	Abuso (n=6)	p
Edad de inicio	14, 92 (1,38)	13 (0,89)	0,006

^aU de Mann-Whitney

Por todo ello, se optó por llevar a cabo un análisis de covarianza donde se controlase el efecto de la variable edad de inicio sobre las posibles diferencias en los diferentes test entre el grupo de Abuso y No Abuso (Tabla 4). Los datos señalaron diferencias estadísticamente significativas únicamente en el Test de Aptitud Perceptiva ($F=5,20$, $p<0,05$; $\eta^2= 0,23$). Los sujetos del grupo de Abuso presentaron un empeoramiento en el rendimiento en dicha tarea, mientras que el grupo de No Abuso presentó una mejoría. Ocurrió algo similar en la tarea de atención, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Tabla 4. Diferencias de medias (DT) en los test de aptitudes cognitivas entre el grupo de Abuso y No Abuso^a

	No abusadores (n = 14)	Abusadores (n= 6)	F	eta ²
Test atención	- 1,38 (2,5)	0,35 (2,34)	2,62	,134
Test percepción	- 0,24 (0,88)	0,5 (1,19)	5,20*	,234
Test razonamiento abstracto	-1, 21 (1,49)	- 0,76 (1,19)	0,19	,011
Test aptitud visoespacial	-2,1 (1,6)	-1,87 (1,31)	0,06	,004

* Significativo para $p<0,05$

^a Covariable: edad de inicio consumo de alcohol

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo fue analizar si existe relación entre el consumo abusivo de alcohol y determinadas habilidades cognitivas (percepción, atención y razonamiento) a través de un seguimiento de estudiantes de bachillerato. En líneas generales, se ha podido comprobar que aquellos sujetos que inician un consumo a una edad más temprana y desarrollan problemas de abuso tienen un rendimiento más pobre en tareas de habilidades cognitivas. Sin embargo, estos datos se han de tomar con cautela y como tendencias, puesto que este estudio es una primera aproximación al fenómeno en una reducida muestra.

A nivel descriptivo, durante el seguimiento de un año, se ha podido comprobar cómo el consumo tanto de alcohol, tabaco y cannabis ha ido en progresivo aumento. Estos datos van en la línea de lo esperable a tenor de las encuestas de consumo que señalan mayores tasas de consumo según avanza la edad de los encuestados (Plan Nacional sobre Drogas, 2008).

Por otro lado, a pesar de haber contado con una muestra pequeña para la realización del seguimiento, resulta llamativo el elevado porcentaje de estudiantes de secundaria que realiza un consumo de riesgo de alcohol (50%) y, dentro de este grupo, el número de ellos que presentan problemas de abuso (29%). Sin embargo no resulta sorprendente que entre los consumidores del grupo de Abuso de alcohol, la edad de inicio sea menor que entre los sujetos del grupo de No Abuso (13 años vs 15 años). El inicio temprano, como cabría suponer, aumenta la probabilidad de que los sujetos desarrollen problemas y trastornos relacionados con el uso del alcohol (Hernández López et al., 2009). Este dato se ha tenido en cuenta a la hora de llevar a cabo los análisis pertinentes para poder comparar el rendimiento cognitivo de sujetos que abusan y no abusan del alcohol, puesto que podría condicionar los resultados al no tratarse de grupos totalmente homogéneos. Además, podría esperarse que una historia de uso más prolongada pudiese ser una variable que medie sobre la relación entre las habilidades cognitivas y el consumo de alcohol, por todo ello, la variable edad de inicio fue controlada.

A la vista de los resultados, en las cuatro variables evaluadas podría pensarse que se ha producido un aprendizaje a la hora de realizar las tareas, puesto que en el grupo de No Abuso mejora en todas. Sin embargo no ocurre lo mismo con el grupo de Abuso, ya que existen diferencias

estadísticamente significativas en la variable percepción. Los sujetos del grupo Abuso presentan un empeoramiento en su rendimiento en el Test de Aptitud Perceptiva entre las medidas de 2010 y 2011, mientras que los participantes del grupo de No Abuso mejoran su actuación. Algo similar ocurre con la variable atención, aunque en este caso las diferencias no se mostraron estadísticamente significativas.

De estos datos se podría inferir, que tal y como se ha encontrado en la literatura previa, el uso excesivo de alcohol podría estar relacionado con un peor rendimiento a nivel de atención y percepción (Corcos et al., 2005; Crego et al., 2009; Crego et al., 2010; García-Moreno et al., 2008; Harvey et al., 2007; Indlekofer et al., 2008; Pattij et al., 2008). Concretamente, en estudios recientes donde se utilizó la misma metodología, aunque con un diseño transversal y solamente en mujeres, se encuentran resultados muy parecidos (Carballo et al., 2009).

Por otro lado, puesto que los participantes del grupo de No Abuso mejoran su actuación en todos los test aplicados desde la primera medición a la segunda, y los participantes del grupo de Abuso no lo hacen, podría suponerse que los resultados obtenidos también estarían relacionados con dificultades a la hora de adquirir nuevos aprendizajes entre los jóvenes que hacen un uso problemático del alcohol. Dicho uso podría afectar a regiones del cerebro directamente implicadas en tareas de aprendizaje (Pfefferbaum, Sullivan, Mathalon & Lim, 1997; Moselhy et al., 2001). Como ya se ha comentado en este artículo, el desarrollo y maduración del cerebro del adolescente podría verse afectado por la neurotoxicidad asociada al consumo de alcohol y que esto afectase al aprendizaje (Crews, He & Hodge, 2007).

De todos modos, este estudio adolece de varias limitaciones importantes y resulta necesario que se lleven a cabo estudios más completos que permitan confirmar los datos que se han obtenido. La primera, y más importante, es la elevada mortalidad experimental, común en los estudios longitudinales, que se ha producido en el año de seguimiento; aunque ésta se ha tratado de solventar analizando solamente aquellos casos en los que se realizaron dos mediciones. Resulta necesario, por tanto, llevar a cabo nuevos estudios con muestras mucho más amplias y representativas de la población de estudiantes de secundaria. El presente trabajo podría considerarse como una primera aproximación o estudio exploratorio que supondría el inicio de estudios más completos en relación a esta problemática.

En segundo lugar, se necesitan realizar estudios de seguimiento de mayor duración, donde además se trabaje con rangos de edad más amplios. En el presente trabajo se ha realizado un seguimiento de un año que indica unas tendencias en posibles déficits en percepción y atención. Estos resultados son similares a la evidencia empírica previa, donde también se ha señalado la necesidad de llevar a cabo estudios de seguimiento (Sjolund, Allebeck, & Hemmingsson, 2011) que determinen en qué medida el rendimiento cognitivo puede verse afectado por el uso de alcohol abusivo en la adolescencia, tanto a medio como a largo plazo, y que por otro lado, podrían determinar a partir de qué edad podrían presentarse dichos deterioros.

En tercer lugar, con el objetivo de mejorar la investigación sobre esta temática, sería recomendable usar nuevos instrumentos de evaluación de habilidades cognitivas que sean válidos y fiables para la población concreta con la que se está trabajando. Parece necesario el uso de herramientas que permitan detectar los deterioros que se producen a estas edades en los adolescentes, tal y como proponen diversos autores (Szczebak & Glisky, 2011).

En conclusión, los resultados del presente trabajo sirven como una primera aproximación al diseño de estudios de seguimiento, indicando la posibilidad de que el consumo abusivo de alcohol puede producir un peor rendimiento en habilidades cognitivas a corto plazo, en este caso, a los dos años del inicio del consumo. Por último, se insiste en la necesidad de estudios con muestras representativas que permitan establecer el deterioro real asociado al consumo de alcohol en los jóvenes.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR (Text Revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anstey, K. J., Windsor, T. D., Rodgers, B., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2005). Lower cognitive test scores observed in alcohol abstainers are associated with demographic, personality, and biological factors: The PATH Through Life Project. *Addiction*, *100*, 1291-1301.

- Bennett, G.K., Seashore, H.G. & Wesman, A.G. (2000). Test de Aptitudes Diferenciales (DAT-5). Manual. Madrid: TEA Ediciones.
- Canino, G., Bravo, M., Ramirez, R., Febo, V. E., Rubio-Stipec, M., Fernandez, R. L., et al. (1999). The Spanish Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS): reliability and concordance with clinical diagnoses in a Hispanic population. *Journal on Studies of Alcohol*, 60(6), 790-799.
- Carballo, J. L., García, G., Jáuregui, V., & Sáez, A. (2009). Diferencias en habilidades cognitivas entre jóvenes universitarias consumidoras de alcohol. *Salud y Drogas*, 9(1), 79-92.
- Corcos, M., Phan, O., Nezelof, S., & Jeammet, P. (2005). [Psychopathology of the cannabis user teenager]. *Rev Prat*, 55(1), 35-40.
- Cortés Tomás, M. T., Espejo Tort, B., & Gimenez Costa, J. A. (2008). [Cognitive aspects of binge drinking]. *Psicothema*, 20(3), 396-402.
- Crego, A., Holguín, S. R., Parada, M., Mota, N., Corral, M., & Cadaveira, F. (2009). Binge drinking affects attentional and visual working memory processing in young university students. *Alcohol Clin Exp Res*, 33(11), 1870-1879.
- Crego, A., Rodríguez-Holguín, S., Parada, M., Mota, N., Corral, M., & Cadaveira, F. (2010). Reduced anterior prefrontal cortex activation in young binge drinkers during a visual working memory task. *Drug Alcohol Depend*, 109(1-3), 45-56.
- Crews, F., Braun, C. J., Hoplight, B., Switzer, R. C., & Knaapp, D. J. (2000). Binge ethanol consumption causes differential brain damage in young adolescent rats compared with adult rats. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 24, 1712-1723.
- Crews, F., He, J., & Hodge, C. (2007). Adolescent cortical development: A critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 86, 189-199.
- Elwood, P. C., Gallacher, J. E., Hopkinson, C. A., Pickering, J., Rabbitt, P., Stollery, B., et al. (1999). Smoking, drinking, and other life style factors and cognitive function in men in the Caerphilly cohort. *Journal of Epidemiological Community Health*, 53, 9-14.
- Fernández Muñoz, Á. (1998). *Pruebas Psicotécnicas*. Madrid: Centro de Estudios Financieros
- García-Moreno, L. M., Expósito, J., Sanhueza, C., & Angulo, M. T. (2008). [Prefrontal activity and weekend alcoholism in the young]. *Adicciones*, 20(3), 271-279.
- Glenn, S.W. (1993). Sex differences in alcohol-induced brain damage. En W.A. Hunt y Nixon (Eds.). *Alcohol-induced brain damage (NIAAA Research Monograph)*. Bethesda, MD: National Institutes of Health.

- Gross, A., Rebok, G., Ford, D., Chu, A., Gallo, J., Liang, K., et al. (2011). Alcohol consumption and domain-specific cognitive function in older adults: longitudinal data from the Johns Hopkins Precursors Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 66B (1), 39-47.
- Harvey, M. A., Sellman, J. D., Porter, R. J., & Frampton, C. M. (2007). The relationship between non-acute adolescent cannabis use and cognition. *Drug Alcohol Rev*, 26(3), 309-319.
- Hernández López, T., Roldán Fernández, J., Jiménez Frutos, A., Mora Rodríguez, C., Escarpa, D., & Pérez Álvarez, M. T. (2009). La edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 199-212.
- Hiller-Sturmhofel, S., & Swartzwelder, H. S. (2004). Alcohol's effects on the adolescent brain – What can be learned from animal models. *Alcohol Research and Health*, 28, 213-221.
- Indlekofer, F., Piechatzek, M., Daamen, M., Glasmacher, C., Lieb, R., Pfister, H., et al. (2008). Reduced memory and attention performance in a population-based sample of young adults with a moderate lifetime use of cannabis, ecstasy and alcohol. *J Psychopharmacol*.
- Kalechstein, A., & van Gorp, W. G. (2007). *Neuropsychology and Substance Use. State of the art and Future directions*. New York and London: Taylor and Francis.
- McDougall, G. J. J., Becker, H., Delville, C. L., Vaughan, P. W., & Acee, T. W. (2007). Alcohol use and older adults—A little goes a long way. *International Journal of Disability and Human Development*, 6, 431-440.
- Moselhy, H. F., Georgiou, G., & Kahn, A. (2001). Frontal lobe changes in alcoholism: A review of the literature. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 357-368.
- Nixon, S.J. y Glenn, S.W. (1995). Cognitive, psychosocial performance and recovery in female alcoholics. En M. Galanter (Ed.). *Recent developments in alcoholism: Alcoholism and women*. New York: Plenum Press.
- Pascual, M., Blanco, A. M., Cauli, O., Minarro, J., & Guerra, C. (2007). Intermittent ethanol exposure induces inflammatory brain damage and causes long-term behavioural alterations in adolescent rats. *European Journal of Neurosciences*, 25, 541-550.
- Pattij, T., Wiskerke, J., & Schoffelmeer, A. N. (2008). Cannabinoid modulation of executive functions. *Eur J Pharmacol*, 585(2-3), 458-463.
- Pfefferbaum, M. A., Sullivan, E. V., Mathalon, D. H., & Lim, K. O. (1997). Frontal lobe volume loss observed with magnetic resonance imaging in older chronic alcoholics. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 21, 521-529.

- Pitel, A. L., Beaunieux, H., Witkowski, T., Vabret, F., de la Sayette, V., Viader, F., et al. (2008). Episodic and working memory deficits in alcoholic Korsakoff patients: the continuity theory revisited. *Alcohol Clin Exp Res*, 32(7), 1229-1241.
- Plan Nacional sobre Drogas (2008). *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES)*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Rodgers, B., Windsor, T. D., Anstey, K. J., Dear, K. B., Jorm, A., & Christensen, H. (2005). Non-linear relationships between cognitive function and alcohol consumption in young, middle-aged and older adults: The PATH Through Life Project. *Addiction*, 100, 1280-1290.
- Schreckenberger, M., Amberg, R., Scheurich, A., Lechmann, M., Tichy, W., & Klega, A. (2004). Acute alcohol effects on neuronal and attentional processing: Striatal reward system and inhibitory sensory interactions under acute ethanol challenge. *Neuropsychopharmacology*, 29, 1527-1537.
- Sjolund, S., Allebeck, P., & Hemmingsson, T. (2011). Intelligence quotient (IQ) in adolescence and later risk of alcohol-related hospital admissions and deaths-37-year follow-up of Swedish conscripts. *Addiction*.
- Szczebak, M., & Glisky, M. (2011). The Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS) in Assessing Cognitive Deficits in Chronic Heavy Alcohol Consumers. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 26(6), 494-494
- Tapert, S. F., Brown, G. G., Kindermann, S. S., Cheung, E. H., Frank, L. R., & Brown, S. A. (2001). fMRI measurement of brain dysfunction in alcohol-dependent young women. *Alcoholism: Clinical, and Experimental Research*, 25, 236-245.
- Tokunaga, S., Silvers, J. M., & Matthews, D. B. (2006). Chronic intermittent ethanol exposure during adolescence blocks ethanol-induced inhibition of spontaneously active hippocampal pyramidal neurons. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 30, 1-6.
- Weissenborn, R., & Duka, T. (2003). Acute alcohol effects on frontal lobe function in social drinkers: Their relationship to personality traits and drinking habits. *Psychopharmacology*, 165, 306-312.
- Wright, C. B., Elkind, M. S., Luo, X., Paik, M. C., & Sacco, R. L. (2006). Reported alcohol consumption and cognitive decline: The northern Manhattan study. *Neuroepidemiology*, 27, 201-207.
- Yttri, E. A., Buro, J. A., & Hunt, P. S. (2004). Intermittent ethanol exposure in adolescent rat: Dose-dependent impairments in trace conditioning. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 28, 1433-1436.

CREENCIAS ASOCIADAS AL CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL ENTRE ADOLESCENTES

Cortés, M.T.¹; Espejo, B.¹; Giménez, J.A.¹; Luque, L.²; Gómez, R.²;
Motos, P.¹

¹*Departamento de Psicología Básica. Facultad de Psicología. Universitat de València.*

²*Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba (Argentina).*

(Received/Recibido: 10/10/2011 Accepted/Aceptado: 05/12/2011)

RESUMEN

Objetivos y método

En este trabajo se evalúan diferentes determinantes cognitivos que llevan a 136 estudiantes de enseñanza secundaria (Media=16.6 años; d.t.=1.17 años) a realizar un consumo intensivo de alcohol (>60 g. varones y >40 g. mujeres, en 2 horas), utilizando como marco de referencia la Teoría del Comportamiento Planificado (Ajzen, 1985).

Resultados

En líneas generales, se aprecia una sobreestimación de consecuencias positivas derivadas de este consumo unido a una infravaloración del deterioro psicosocial. También destaca la falsa percepción de control sobre la conducta, a pesar de llegar a reconocer su incapacidad para manejarla en situaciones puntuales, y el influjo intermedio que ejerce la presión social.

Correspondencia

Maite Cortés Tomás
Departamento de Psicología Básica
Facultad de Psicología
Avda. Blasco Ibáñez, 21
46010 Valencia
Maria.T.Cortes@uv.es

Discusión

Estos resultados plantean la necesidad de una intervención motivacional centrada en técnicas de aumento de concienciación, reevaluación ambiental y autoreevaluación, con el objetivo principal de incrementar el nivel de conciencia sobre los riesgos y consecuencias que pueden derivar de este patrón de consumo.

Palabras clave: Teoría Comportamiento Planificado; Consumo Intensivo de Alcohol; Binge Drinking; Adolescentes

ABSTRACT

Objectives and method

In this study some different cognitive determinants that lead 136 school students (Media=16.6 años; d.t.=1.17 años) to perform intensive alcohol consumption (>60 g males and >40 g, females, in 2 hours) are held taking as a model the Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1985).

Results

In general, an overestimation of positive consequences arising from this consumption coupled with an underestimation of psychosocial impairment is registered. It also highlights the false perception of control over behavior, although come to recognize their inability to handle specific situations, and the influence exerted through social pressure.

Discussion

These results suggest that focused motivational intervention techniques to increase awareness, environmental reevaluation, autoreevaluation are needed. The aim is to increase the level of awareness of the risks and consequences that may arise from the consumption pattern.

Keywords: Planned Behavior Theory, Heavy drinking, Binge Drinking, Adolescent

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se está produciendo una homogeneización en toda Europa en el modo de consumir alcohol por parte de los jóvenes, siendo cada vez más frecuente la ingesta temprana de cantidades ele-

vadas de alcohol, realizada durante pocas horas, principalmente en momentos de ocio de fin de semana, con algún grado de pérdida de control y con períodos de abstinencia entre episodios (Anderson y Baumberg, 2006; Bloomfield, Stockwell, Gmel y Rehm, 2003; Calafat, 2007; Cortés, Espejo y Giménez, 2007, 2008; Espada, Méndez e Hidalgo, 2000; Farke y Anderson, 2007; Institute of Alcohol Studies, 2007; Kuntsche, Rehm y Gmel, 2004; OED, 2007). Este patrón de consumo ha sido denominado en la literatura anglosajona *binge drinking* y como criterio más aceptado supone beber, al menos una vez al mes, 5 o más UBEs los varones (en España la Unidad de Bebida Estándar = 10gr de alcohol que equivale a una cerveza o medio whisky) y 4 ó más las mujeres, durante un intervalo de 2 horas (NIAAA, 2004). Concretamente, uno de cada seis adolescentes de 15 a 16 años (18%) afirman haber incurrido en un episodio de consumo intensivo (CI), atracón o *binge drinking* tres o más veces durante el último mes, porcentaje que se incrementa entre jóvenes de 24 años (de ellos un 22% lo realizan una vez por semana) (Anderson y Baumberg, 2006; Hibell, et al., 2007).

Datos similares se obtienen al evaluar a estudiantes españoles de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años (OED, 2009). En este caso se observa una estabilización desde 1994 en el número de consumidores, aunque estos realizan consumos de mayores cantidades de alcohol, tal como lo demuestra el incremento del porcentaje de borracheras registradas (un 49.6% manifiesta haberse emborrachado en los últimos 30 días en 2008 frente a un 21.7% en 1994). En cuanto al indicador de consumos en atracón, el 41.4% de los estudiantes que habían consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días (38.3% chicas y 44.7% chicos) había ingerido al menos una vez durante ese período 5 ó más consumiciones y el 15.2% lo había hecho más de 4 veces durante el último mes. Puede concluirse que, para un considerable sector de la juventud, el beber se ha convertido en una búsqueda rápida del fin último de la embriaguez.

Son varios los estudios que revelan que el CI de alcohol durante la adolescencia puede alterar el desarrollo del cerebro en proceso de maduración, repercutiendo tanto a nivel psicológico como comportamental (Spear, 2002; Tapert, 2007; Winters, 2004). Además, las alteraciones estructurales producidas en diferentes áreas, como el hipocampo o los lóbulos frontales permiten entender la presencia frecuente de lagunas de memoria, el enlentecimiento en el procesamiento de la información o la

mayor dificultad que muestran estos jóvenes para fijar su atención en tareas concretas (Brown, Tapert, Granholm y Delis, 2000; Cadaveira, 2009; DeBellis et al., 2000).

Puede decirse que el CI de alcohol interfiere en el desarrollo de capacidades básicas y esenciales que se adquieren durante esta etapa: el pensamiento abstracto, la lógica preposicional (capacidad para formar hipótesis y considerar posibles soluciones) y la metacognición (la capacidad de percibir y analizar los propios procesos de pensamiento). Todas estas capacidades son esenciales para el logro de objetivos propios de esta etapa como la planificación del futuro profesional o la consolidación de un grupo de referencia reforzante a medio y largo plazo (Fernández, Calafat y Juan, 2004). A todo ello hay que unir la frecuente asociación que se establece entre este tipo de consumo y accidentes de tráfico, conflictos de trabajo, enfermedades de transmisión sexual, actividades de riesgo, infracciones, problemas con la policía, peleas, urgencias médicas e ingresos hospitalarios, entre otros (Anderson y Baumberg, 2006; Brown y D'Amico, 2000; Farke y Anderson, 2007; Navarrete, 2004; OED, 2009; O'Malley, Johnston, y Bachman, 1998; Rodríguez-Martos, 2007; Room, Babor y Rehm, 2005; Wechsler, Davenport, Dowdall, Moeykens y Castillo, 1994; WHO, 2007).

Basándose en todos estos conocimientos diferentes organismos internacionales, entre los que se incluye la OMS, han solicitado que las administraciones elaboren, apliquen y evalúen estrategias y programas eficaces para reducir las consecuencias sanitarias y sociales negativas del consumo nocivo de alcohol en atracción que realizan los jóvenes (Comisión Clínica PNSD, 2007). Pero para poder planificar cualquier intervención se requiere de un conocimiento detallado y comprensivo de todos los aspectos relacionados con la población sobre la que se quiere actuar.

Al revisar lo que se conoce hasta el momento sobre los consumidores jóvenes que realizan CI se aprecian claras deficiencias. Los estudios se han centrado en analizar principalmente el patrón de consumo que realizan (cantidad consumida, tipo de alcohol, frecuencia, borrachera...) dejando en un lugar secundario el interés por los determinantes de esta conducta. Al respecto tan sólo se dispone de investigación realizada en otros países a partir de la cual poder formarse una primera impresión (Collins y Carey, 2007; Collins, Koutsky, Morsheimer y MacLean, 2001; Courtney y Polich, 2009; Fillmore, Ostling, Martin y Kelly, 2009), pero que debido a

las diferencias culturales y educativas existentes, debe tomarse con mucha cautela. En España, la investigación sobre determinantes del CI de alcohol en jóvenes, además de ser escasa, se limita a jóvenes que consumen de esta manera durante el botellón (Baigorri et al., 2003; Cortés et al., 2007, 2008; Cortés, Espejo, Martín y Gómez, 2010; Navarrete, 2004). En estos estudios se concluye que entre los motivos más aludidos para dar cuenta de esta conducta aparecen principalmente aspectos relacionados con la facilitación de la socialización (la diversión, el estar con los amigos, la mejora de las relaciones con otros), destacando entre los adolescentes la presión de grupo, el no quedarse sólo en casa o el poder hacer cosas que de otra manera no harían.

En cuanto a los efectos que esperan obtener por realizar un consumo de este tipo destacan principalmente las sensaciones agradables propias de un consumo moderado de alcohol, lo que no se corresponde con la realidad de su ingesta. El efecto más esperado, independientemente de la edad, es obtener un cambio en la relación con los demás -sentirse más hablador- y un estado de ánimo más alto -estar eufórico-. Por su parte, los adolescentes creen en mayor medida que el consumo de alcohol les permitirá: sentirse mejor; confiar más en sí mismos y asumir más riesgos. En líneas generales, parece ser que los adolescentes esperan mejorar algunas carencias personales.

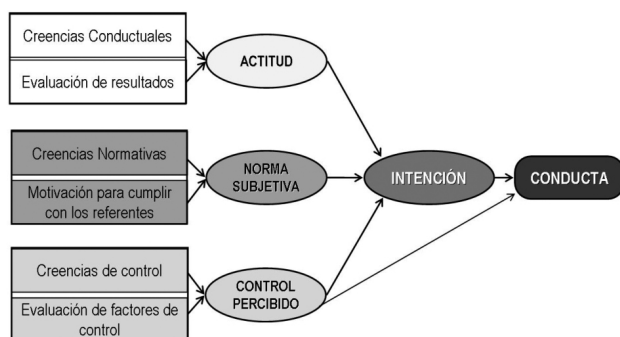
Algo similar ocurre al evaluar qué opinan acerca de las consecuencias psicosociales que pueden derivar de su ingesta. En este caso, destaca su escasa conciencia sobre la alteración que puede producirse en el rendimiento escolar -nivel de concentración, recuerdo, atención...- o la mayor probabilidad de verse envueltos en altercados sociales -peleas, discusiones...- debido a la merma del proceso de toma de decisiones.

Pero, aunque ya se dispone de algunos resultados relacionados con los determinantes cognitivos se echa en falta, tal como reconocen algunos investigadores (Oei y Morawska, 2004), un análisis más riguroso que parta de una base teórica sólida. En los tres estudios enunciados anteriormente la evaluación cognitiva se ha centrado en una recopilación de motivos, efectos esperados y creencias fruto de una revisión bibliográfica exhaustiva, pero sin tomar en consideración ninguno de los marcos teóricos existentes.

La Teoría del Comportamiento Planificado (Ajzen, 1985, 1987, 1988, 1991) destaca entre los modelos psicológicos que permiten explorar los

determinantes cognitivos de la conducta. Además, ha sido ampliamente probada y utilizada en el área de las conductas adictivas y concretamente en el estudio del consumo de alcohol por parte de jóvenes (Adams, Evans, Shreffler, y Beam, 2006; Collins y Carey, 2007; Conner, Warren, Close y Sparks, 1999; Hassan y Shiu, 2007; Norman, Armitage y Quigley, 2007; O'Callaghan, Chant, Callan y Baglioni, 1996; Wall, Hinson, y McKee, 1998). Pese a que es escasa la aplicación del planteamiento en su totalidad (ver gráfico 1), la evaluación que se ha realizado de algunas de sus variables ha permitido obtener información general sobre las características que mejor definen a un CI. Los diferentes estudios realizados (Johnston y White, 2003; Norman, Bennett y Lewis, 1998; Norman y Conner, 2006; O'Callaghan et al., 1996; Turrisi, 1999), destacan la actitud positiva que muestran estos jóvenes hacia este patrón conductual, el sentirse más presionados a nivel social para realizar este tipo de consumo o la relación inversa que aparece entre su percepción de control y el CI que realizan. A pesar de ello todavía no se dispone de información sobre las creencias (conductuales, normativas y de control) que fundamentan la realización de esta conducta, motivo por el cual se insiste en la necesidad de evaluar la totalidad de los determinantes propuestos en este marco teórico.

Gráfico 1. Teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1985, 1991, 2001).



El interés central de este trabajo se focaliza en el análisis de los factores cognitivos, motivacionales y conductuales que propician que los jóvenes realicen un consumo de alcohol en forma de CI o atracón basándose para ello en el planteamiento completo de la Teoría de la Conducta Planifi-

cada de Ajzen. Tras revisar en la literatura las creencias que subyacen a este tipo de conducta y siguiendo las recomendaciones de Ajzen para su evaluación (Ajzen, 2006) se ha elaborado un instrumento que permite estudiar todas las dimensiones de este planteamiento teórico. En este trabajo, una vez analizadas las propiedades psicométricas del instrumento diseñado (Espejo et al., en prensa), se realiza una descripción de los principales determinantes cognitivos que se encuentran a la base del CI. La evaluación de todos estos factores, en tanto que determinantes directos de la intención de ejecutar o no la conducta, supone una información útil destinada a diseñar actuaciones de intervención/formación dirigidas a modificar este patrón de ingesta juvenil.

MÉTODOS

PARTICIPANTES

La muestra total la componen 136 estudiantes españoles de enseñanza secundaria con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años (Media=16.6 años; d.t.=1.17 años). El 60.9% varones (n=82) y el 39.7% mujeres (n=54). El 72.1% (n=98) realiza un consumo intensivo de alcohol, el 21.3% (n=29) consume alcohol sin llegar a hacerlo en forma de atracón, y el 6.6% (n=9) no consume alcohol.

INSTRUMENTOS

Se ha elaborado una encuesta *ad hoc* siguiendo las directrices formuladas por Icek Ajzen (2006) para evaluar los determinantes cognitivos que influyen en la realización de un consumo intensivo de alcohol. Los análisis realizados sobre los ítems del cuestionario piloto han permitido concretar el instrumento definitivo (Espejo et al., en prensa), el cual ha quedado integrado por 25 ítems que evalúan las consecuencias que los jóvenes esperan encontrar al realizar un consumo de este tipo (ICC), 4 ítems que reflejan lo que el joven cree que opina la gente que le rodea respecto a que él realice ese tipo de consumo (ICN) y 6 ítems que muestran las habilidades o recursos de los que cree disponer para realizar o no la conducta de consumo intensivo (ICCT). Todas estas creencias se han medido a partir de una escala tipo Likert de 7 puntos bipolar (desde -3= muy en desacuerdo, hasta +3= muy acuerdo).

Además, se han confeccionado ítems paralelos a cada una de estas creencias enunciadas para evaluar el nivel de importancia que el joven asigna a cada una de ellas. Estos ítems de evaluación (ECC, MC, FP, respectivamente) se han medido, tal como propone Ajzen, mediante una escala tipo Likert de 7 puntos unipolar (1= muy poca importancia a 7= máxima importancia).

Para analizar la Actitud hacia esta conducta se ha construido un diferencial semántico de Osgood de 7 ítems. La Norma Subjetiva (NS) se ha evaluado con 3 ítems con escala de respuesta tipo Likert de 7 puntos, que reflejan la opinión general que el joven cree que tiene la mayor parte de la gente que le rodea sobre la realización de este tipo de ingesta (INS) y por un número de ítems equivalente que dan cuenta de la importancia que tiene para él que se piense esto sobre su conducta (MNS). La escala de medición de estos ítems de evaluación ha sido, al igual que en los casos anteriores, de tipo Likert con 7 anclajes (1= muy poca importancia a 7= máxima importancia).

El Control Percibido (CP) que el joven cree tener sobre la realización de un consumo intensivo se ha evaluado mediante 4 ítems, mientras que la Intención (I) que muestra sobre la probabilidad de realizar la conducta en los próximos seis meses se ha medido con 3 ítems. En ambos casos se ha utilizado una escala tipo Likert de 7 puntos, desde -3 (muy en desacuerdo) hasta +3 (muy acuerdo). Tan sólo uno de los ítems de la escala Intención se evalúa con una escala de 5 anclajes (1=nunca a 5=siempre).

Para facilitar la interpretación de los datos obtenidos, todas las escalas medidas desde -3 a +3 se han transformado posteriormente en escalas de 1 a 7.

La cantidad de alcohol consumida se ha medido calculando los gramos de alcohol ingeridos en una ocasión de consumo, sirviéndose para ello del número de consumiciones y de la graduación de la bebida alcohólica ingerida.

A partir de los gramos calculados y siguiendo los criterios del NIAAA se ha operacionalizado la variable "Consumo Intensivo" clasificando a los jóvenes en dos grupos: "1. Sí realiza este tipo de consumo" y "2. No realiza este tipo de consumo".

PROCEDIMIENTO

El cuestionario ha sido cumplimentado individualmente, de manera anónima y voluntaria por cada estudiante en las aulas del centro escolar y en horario docente, estando presente siempre algún miembro del equipo investigador.

ANÁLISIS DE DATOS

En el presente trabajo se evalúan posibles diferencias entre los determinantes cognitivos (creencias conductuales, de control y normativas, actitud, control percibido e intención de realizar consumos intensivos en el futuro) entre quienes realizan CI y quienes consumen alcohol pero no llegan a beber de ese modo. Para ello se realizan pruebas de diferencias de medias (t de Student para muestras independientes). Por otra parte, se calculan estadísticos descriptivos para los gramos de alcohol consumidos, en función del sexo y de si realizan o no CI. Además, se contrasta si existen diferencias significativas en los gramos consumidos en función del sexo, para el grupo de consumidores intensivos.

En todos los casos se utiliza el paquete estadístico SPSS 17.0 para Windows.

RESULTADOS

Seguidamente se detallan los resultados obtenidos agrupándolos en las dimensiones que la Teoría de la Conducta Planificada de Ajzen (1985, 1987, 1988, 1991) considera como determinantes directos o indirectos de la conducta evaluada.

CREENCIAS CONDUCTUALES: INTENSIDAD (ICC) Y EVALUACIÓN (ECC)

En la tabla 1 se presentan las medias de los ítems referidos a la intensidad de las creencias conductuales (ICC) y las evaluaciones subjetivas correspondientes (ECC).

Tabla 1. Creencias conductuales y sus evaluaciones en función del CI de alcohol o no, y pruebas t.

	CI de alcohol	Media	t		CI de alcohol	Media	t
ICC01- sentirse más confiado	SI	4.68	1.29	ECC01	SI	5.35	0.85
	NO	4.28			NO	5.07	
ICC02- sentirse más seguro	SI	4.15	0.59	ECC02	SI	5.25	0.85
	NO	3.93			NO	4.97	
ICC04- olvidarse de miedos	SI	4.25	1.18	ECC04	SI	4.57	-0.05
	NO	3.79			NO	4.59	

	CI de alcohol	Media	t		CI de alcohol	Media	t
ICC05- sentirse más sociable	SI	4.64	1.13	ECC05	SI	4.82	0.20
	NO	4.21			NO	4.76	
ICC06- superar la timidez	SI	4.90	0.29	ECC06	SI	4.66	-0.30
	NO	4.79			NO	4.76	
ICC07- perder la vergüenza	SI	4.95	0.16	ECC07	SI	4.58	-1.79
	NO	4.89			NO	5.17	
ICC09- sentirse más feliz	SI	4.68	1.69	ECC09	SI	5.59	1.67
	NO	4.18			NO	5.07	
ICC10- sentir emociones nuevas	SI	4.59	-0.29	ECC10	SI	4.47	1.47
	NO	4.68			NO	3.97	
ICC12- alcanzar el puntillo	SI	4.75	1.24	ECC12	SI	4.54	1.80
	NO	4.36			NO	3.90	
ICC13- volverse más hablador	SI	5.18	0.82	ECC13	SI	4.33	0.32
	NO	4.93			NO	4.21	
ICC14- sentirse más poderoso	SI	3.81	-0.92	ECC14	SI	3.26	-0.13
	NO	4.14			NO	3.31	
ICC15- sentirse más integrado en el grupo de amigos	SI	4.01	0.45	ECC15	SI	4.74	0.57
	NO	3.86			NO	4.55	
ICC16- estar más a gusto con amigos	SI	4.56	0.85	ECC16	SI	5.10	0.85
	NO	4.34			NO	4.82	
ICC18- ser más cariñoso	SI	4.59	0.93	ECC18	SI	4.67	1.12
	NO	4.24			NO	4.28	
ICC19- sentirse más sensual	SI	4.00	-0.96	ECC19	SI	4.27	1.60
	NO	4.38			NO	3.66	
ICC21- relaciones sexuales más fáciles y agradables	SI	3.75	-0.45	ECC21	SI	4.93	2.30*
	NO	3.93			NO	3.96	
ICC23- volverse más creativo	SI	4.36	0.38	ECC23	SI	4.00	0.67
	NO	4.24			NO	3.72	
ICC24- para pasarlo bien en una fiesta	SI	3.52	1.50	ECC24	SI	5.60	1.85
	NO	2.93			NO	5.07	
ICC33- aguantar toda la fiesta	SI	3.73	1.25	ECC33	SI	4.65	3.50**
	NO	3.24			NO	3.45	
ICC36- mejorar estado ánimo	SI	4.58	2.11*	ECC36	SI	5.15	2.86**
	NO	3.93			NO	4.29	

	CI de alcohol	Media	t		CI de alcohol	Media	t
ICC27- volverse grosero, o desagradable	SI	4.44	-0.85	ECC27-	SI	3.66	-1.94**
	NO	4.74			NO	4.46	
ICC29- asumir más riesgos	SI	3.24	-0.34	ECC29-	SI	4.32	-0.07
	NO	3.36			NO	4.34	
ICC31- ...verse envuelto en peleas, riñas, etc.	SI	4.58	-0.41	ECC31-	SI	3.51	-3.10**
	NO	4.74			NO	4.92	
ICC34- generar problemas	SI	3.85	-0.76	ECC34-	SI	5.22	-0.89
	NO	4.14			NO	5.54	
ICC41- generar mala relación con los que me rodean	SI	4.07	-1.01	ECC41-	SI	5.44	-1.10
	NO	4.44			NO	5.88	

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$ (Las consecuencias negativas se representan en cursiva)

Se observan claramente dos tipos de creencias. Por una parte las que hacen referencia a consecuencias positivas derivadas del consumo y por otra parte las que evidencian consecuencias de carácter negativo. En el primero de los casos, tan sólo se aprecian diferencias significativas entre el grupo de jóvenes que realizan CI y el de jóvenes que no llegan a ese nivel de consumo en una de estas creencias evaluadas, siendo los consumidores intensivos los que consideran que es más probable que mejore su estado de ánimo (ICC36) al realizar este tipo de consumo.

En el resto de creencias conductuales de carácter positivo, aunque no se aprecien diferencias entre ambos grupos, suelen ser los CI los que presentan puntuaciones algo más elevadas, destacando entre ellas las que asocian este patrón de consumo de alcohol con tener mayor facilidad de palabra (ICC13), perder la vergüenza (ICC07), superar la timidez (ICC06), llegar a alcanzar el puntillo (ICC12), sentirse más confiado (ICC01) o más feliz (ICC09). Si bien, al revisar el nivel de importancia que le atribuyen a cada una de estas creencias se observa un mayor peso de aspectos de mejora personal como sentirse más feliz (ECC09) o más confiado en uno mismo (ECC01).

La mayoría de las evaluaciones que se realizan acerca del nivel de importancia de estas consecuencias (ECC) son superiores a la media pero sin alcanzar una significación estadística. Los CI únicamente manifiestan en mayor medida que los consumidores moderados que es más relevante conseguir mejorar el estado de ánimo (ECC36), poder aguantar toda la fiesta (ECC33) y poder tener relaciones sexuales con más facilidad y más agradables (ECC21).

Llama la atención que la evaluación más elevada se obtenga en el ítem que refleja la importancia de pasarlo bien en una fiesta (ECC24), a pesar de ser el menos valorado entre las consecuencias esperables.

Entre las creencias que presentan consecuencias negativas se invierte tanto la probabilidad como la importancia que les atribuyen los jóvenes que realizan CI respecto a aquellos que no lo hacen. En este caso son los jóvenes que no llegan al CI los que valoran en mayor medida la importancia que se le atribuye a verse envuelto en peleas riñas (ECC31) o ser grosero con la gente (ECC27).

CREENCIAS NORMATIVAS: INTENSIDAD Y MOTIVACIÓN PARA CUMPLIR

Entre los referentes que se considera con mayor peso a la hora de influir en la decisión que adopta el joven (tabla 2) destacan a favor del CI principalmente sus amigos (ICN03) y en contra de ese patrón de ingesta los padres (ICN01). Al observar el peso que le atribuyen a la opinión de ambos colectivos destaca en mayor medida los padres (MC01) frente a los amigos (MC03). Es importante mencionar que todos los jóvenes, independientemente de la intensidad del consumo que realizan, atribuyen un nivel de importancia similar a todos estos referentes.

Tabla 2. Creencias normativas (ICN) y sus evaluaciones (MC) en función del CI o no, y pruebas t.

	CI de alcohol	Media	t		CI de alcohol	Media	t
ICN01- Mis padres piensan que debo realizar un CI	SI	1,84	-0,53	MC01	SI	4,91	-0,59
	NO	2,00			NO	5,10	
ICN03- A mis amigos les parece bien que lo haga	SI	4,17	0,21	MC03	SI	4,08	1,63
	NO	4,10			NO	3,48	
ICN04- Mi mejor amigo piensa que es una buena idea	SI	3,72	-0,20	MC04	SI	4,67	0,54
	NO	3,79			NO	4,48	
ICN05- A mi pareja le parece bien	SI	3,59	0,18	MC05	SI	4,77	1,11
	NO	3,55			NO	4,31	

CREENCIAS DE CONTROL: INTENSIDAD Y FUERZA

Las dos situaciones en las que se reconoce una mayor pérdida de control en el consumo de alcohol son las relacionadas con el botellón (ICCT09) y con cualquier celebración (ICCT10), siendo además estas dos situaciones las mejor valoradas por estos jóvenes (tabla 3). Además es el colectivo de CI el que reconoce en mayor medida perder el control en situaciones en las que en principio no estaba previsto el consumo.

Tabla 3. Creencias de control (ICCT) y sus evaluaciones (FP) en función del CI de alcohol o no, y pruebas t.

	CI de alcohol	Media	t		CI de alcohol	Media	t
ICCT01- Me cuesta evitar un CI cuando salgo de fiesta	SI	4,13	1,27	FP01	SI	3,72	-0,11
	NO	3,62			NO	3,76	
ICCT03- Me resulta fácil beber más de 4 consumiciones seguidas	SI	4,33	1,38	FP03	SI	3,97	1,89
	NO	3,82			NO	3,31	
ICCT04- Es probable que haga CI en situaciones que no tenía previstas	SI	4,63	2,09*	FP04	SI	3,55	-1,59
	NO	3,90			NO	4,07	
ICCT05- Es fácil evitar situaciones de CI	SI	3,35	1,28	FP05	SI	4,06	1,73
	NO	2,93			NO	3,48	
ICCT09- El botellón me facilita hacer un CI	SI	5,77	0,58	FP09	SI	4,35	2,54*
	NO	5,62			NO	3,48	
ICCT10- Cuando estoy celebrando algo me resulta fácil hacer un CI	SI	5,36	1,24	FP10	SI	4,71	1,07
	NO	5,00			NO	4,34	

*p<0.05; **p<0.01

ACTITUD HACIA LA CONDUCTA

Llama la atención que todos los jóvenes consideren que se trata de una conducta más cercana a lo poco saludable, perjudicial, mala e insegura, aunque se observa una tendencia menos clara entre los consumidores intensivos (tabla 4). A pesar de ello son estos mismos jóvenes los que califican esta práctica como más agradable y deseable.

Tabla 4. Actitudes hacia la conducta en función del CI de alcohol o no, y pruebas t.

	CI de alcohol	Media	t
Saludable a insalubre	SI	5,27	-0,78
	NO	5,55	
Beneficioso a perjudicial	SI	5,14	-0,96
	NO	5,45	
Bueno a malo	SI	4,99	-0,03
	NO	5,00	
Seguro a inseguro	SI	4,78	-0,80
	NO	5,03	
Satisfactorio a insatisfactorio	SI	3,59	-1,11
	NO	3,93	
Deseable a indeseable	SI	3,50	-2,91**
	NO	4,34	
Agradable a poco agradable	SI	2,91	-2,70**
	NO	3,59	

*p<0.05; **p<0.01

NORMA SUBJETIVA

En cuanto al constructo “Norma subjetiva”, los datos que se presentan en la tabla 5 muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los CI y los no CI. Esto incluye la creencia se espera de mí que realice un consumo concentrado (INS05).

Tabla 5. Norma Subjetiva (INS y MNS) en función del CI de alcohol o no, y pruebas t.

	CI de alcohol	Media	t		CI de alcohol	Media	t
INS01- La mayoría de las personas importantes para mí están de acuerdo ...	SI	3,37	0,79	MNS01	SI	5,19	1,09
	NO	3,10			NO	4,82	
INS05- Se espera de mí que realice...	SI	2,95	-0,34	MNS05	SI	3,51	-0,35
	NO	3,07			NO	3,62	
INS06- La gente que es importante para mí quiere que ...	SI	1,92	-1,73	MNS05	SI	3,51	-0,35
	NO	2,57			NO	3,62	

CONTROL PERCIBIDO

En cuanto al constructo teórico “Control percibido”, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas, tal como lo indican los resultados de la tabla 6. Ambos colectivos creen disponer de un nivel similar de control sobre la conducta que realizan, a pesar de que unos realizan CI y los otros no.

Tabla 6. Actitudes hacia la conducta y control percibido (CP) en función del CI de alcohol o no, y pruebas t.

	CI de alcohol	Media	t
CP03- La decisión ... sólo depende de mí	SI	5,96	1,30
	NO	5,54	
CP04- Mantenerme o no ... está bajo mi control	SI	5,55	-0,22
	NO	5,62	
CP05- Si me lo propongo puedo mantenerme por debajo...sin ningún problema	SI	5,61	0,29
	NO	5,52	
CP06- Yo decido si quiero o no ... y nada me influye en mantener esa decisión	SI	5,88	1,81
	NO	5,24	

INTENCIÓN

Finalmente, se compararon las Intenciones conductuales entre los grupos de consumidores que no llegan al CI y quienes realizan CI. En todos los casos (tabla 7), son los CI los que muestran una intención más clara de realizar este patrón de consumo en los próximos meses, incluso superando contratiempos que pueden surgir en algún momento.

Tabla 7. Intención hacia la conducta (I) en función del CI de alcohol o no, y pruebas t.

	CI de alcohol	Media	t
I1- Es muy probable que realice CI en los próximos 6 meses	SI	5,98	2,73**
	NO	5,21	
I2- ¿Con qué regularidad piensas hacer CI?	SI	3,19	3,45**
	NO	2,62	
I3- Aunque surja un contratiempo, es probable que realice CI	SI	5,18	2,22**
	NO	4,45	

CONDUCTA (GRAMOS DE ALCOHOL CONSUMIDOS)

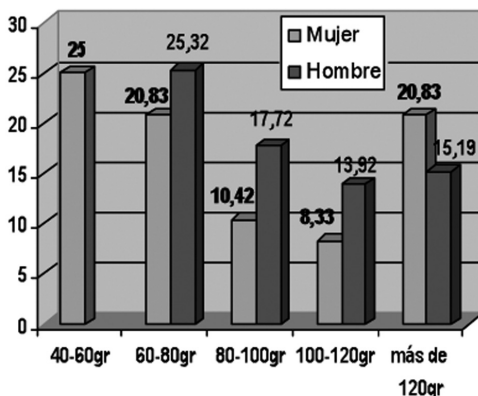
En la tabla 8 se observa cómo los jóvenes que realizan CI, tanto varones como mujeres, superan claramente los límites que marcan la realización de un consumo de este tipo (varones: 6 UBEs o 60 gramos y mujeres: 4 UBEs o 40 gramos), llegando a duplicar la cantidad en el caso de las mujeres. Al comparar el nivel de consumo medio de varones y mujeres no se obtienen diferencias significativas entre ellos ($t_{63,603} = ,511$, $p = ,611$), lo que permite afirmar que realizan un consumo de cantidades similares de alcohol. Si bien es importante advertir la mayor variabilidad o dispersión que muestra el consumo en mujeres.

Tabla 8. Estadísticos de los gramos de alcohol consumidos en función del tipo de consumo y sexo de los entrevistados.

	CI	N	Media	d.t.	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Moda	Mínimo	Máximo
Hombres	SI	57	90,00	28,61	60	80	110	60	60	160
	NO	22	34,09	11,82	20	40	40	40	20	50
Mujeres	SI	41	85,98	44,22	50	75	110	40	40	180
	NO	7	23,57	6,27	20	20	30	20	20	35

Concretamente, al analizar con mayor detalle estos consumos (gráfico 2) se aprecia que en todos los casos hay mayor número de consumidores varones en los diferentes intervalos establecidos de CI, si bien esta distribución se invierte cuando se consideran los consumos más extremos. Mientras que en las mujeres se observa mayor número de CI en el intervalo 40-60 y en el intervalo más extremo, entre los varones la tendencia es al descenso progresivo conforme se incrementa el consumo. A pesar de todo ello en ambos casos la mayor parte de jóvenes se sitúan en los consumos más reducidos de su categoría (40 g. para ellas y 60 g. para ellos).

Gráfico 2: Agrupación de los CI en función del nivel de consumo y sexo.



DISCUSIÓN

Tal como se advierte en diferentes fuentes documentales (Anderson y Baumberg, 2006; Hibell et al., 2007; IAS, 2007; OED, 2009) en este estudio nuevamente se constata que el CI constituye el patrón de consumo característico entre los jóvenes, superándose con creces los niveles mínimos que definen lo que se considera un consumo en atracón, intensivo o *Binge Drinking*. Además, también se confirma otra de las tendencias destacada en la última encuesta epidemiológica realizada en nuestro país con jóvenes entre 14 y 18 años (OED, 2009) referida a la equiparación en las cantidades de alcohol que llegan a consumir chicos y chicas.

Al evaluar los determinantes cognitivos, puede concluirse que en líneas generales los CI aluden en mayor medida a consecuencias relacionadas con la mejora social o sociabilidad (más hablador, perder la vergüenza, ayudar a relacionarse con los demás), el conseguir un estado de ánimo positivo (sentirse más feliz, mejorar el estado de ánimo) e incrementar el nivel de autoconfianza (sentirse más confiado, más seguro de sí mismo). En un segundo plano queda la afectividad interpersonal (llegar a ser más cariñoso, más sensual o poder entablar relaciones sexuales con mayor facilidad).

Al comparar estos resultados con los obtenidos en otros estudios en los que el CI se realiza dentro del botellón (Calafat, 2007; Cortés et al., 2007, 2008; GiesyT, 2001; Navarrete, 2004) se puede afirmar que, con indepen-

dencia del modo en el que los jóvenes realizan este consumo -asociado al botellón o no-, en todos los casos esperan obtener efectos parecidos. El problema deriva en que estos efectos sólo se obtienen cuando se realizan consumos de cantidades de alcohol reducidas, nunca cuando se consume en las cantidades en las que lo hacen estos jóvenes. Es por ello importante trabajar en este colectivo estas creencias distorsionadas, ya que las mantienen al mismo nivel que los jóvenes consumidores que no llegan a un CI, los cuales efectivamente pueden experimentarlas. En este caso, el que no se muestren diferencias significativas entre los dos colectivos de jóvenes consumidores refleja precisamente el nivel de distorsión de los CI entre los efectos esperados y los alcanzados con sus niveles de consumo. En este sentido, sería adecuado mostrarles los efectos reales de este consumo, tratando de ajustar sus expectativas ante el mismo.

Destaca también la importancia que para los consumidores en atracón tiene el pasarlo bien en una fiesta o el poder aguantar durante la misma. Si bien, parece que se trate de consecuencias más ajustadas a la realidad, ya que aunque es importante para ellos su consecución al mismo tiempo reconocen que es poco probable que puedan alcanzarlas consumiendo como lo hacen.

Al evaluar qué opinan los jóvenes que realizan CI acerca de las consecuencias psicosociales llama la atención que no le den una mayor importancia a verse envueltos en altercados como peleas, discusiones, etc., a pesar de que este tipo de consecuencias han sido demostradas desde hace tiempo a nivel empírico (Gmel, Rehm y Kintsche, 2003; Weschler et al., 1994). Esto evidencia la necesidad de incrementar el nivel de conciencia de este colectivo sobre este tipo de consecuencias.

Así pues, con los consumidores intensivos tan importante va a resultar ajustar las creencias distorsionadas sobre consecuencias positivas que esperan alcanzar realizando este tipo de consumo, como incrementar el nivel de conciencia de las consecuencias negativas que tienden a infravalorar.

Al tratar de evaluar hasta qué punto la presión social influye en la realización de este patrón de consumo se observa cómo las opiniones de todos los jóvenes, independientemente de su nivel de consumo, se sitúan en un punto intermedio o neutro (muy cercanas a la media). Esto permite cuestionar que se trate de uno de los determinantes relevantes en la realización de esta conducta, no considerándose por este motivo uno de los objetivos principales en el diseño de cualquier intervención.

Otro de los aspectos a trabajar con los CI es su falsa percepción de control, al considerar, al mismo nivel que los consumidores que no llegan a este nivel de consumo, que pueden detener o manejar su ingesta cuando quieran. De este modo obvian que están realizando consumos de una sustancia con propiedades adictivas, lo que va a condicionar su vinculación con la misma. En este caso, sería importante contrarrestar su falsa percepción de control sirviéndose de algunas de sus respuestas al manejo de situaciones concretas. Son estos mismos jóvenes CI los que informan de un incremento de su conducta de consumo en situaciones de botellón o cuando acuden a una celebración, incluso a pesar de reconocer que esto no va a facilitarles pasarlo bien o aguantar más. Esto viene a apoyar otra de las premisas actuales (Collins et al., 2001; Cortés et al., 2010; Courtney y Polish, 2009; OED, 2009; Rodríguez, 2007) que advierte de una creciente importancia del consumo por sí mismo, con independencia de las consecuencias que pueda llevar asociadas.

Además, su actitud hacia el CI refleja la ambivalencia y conductas de riesgo que caracteriza a este colectivo (Arnett, 1992, Ball, 1995; Gardner, 1993; Oliva, 2004; Rich, 2003). Es visible que a pesar de reconocer que puede llegar a ser poco saludable, perjudicial o inseguro, al mismo tiempo la valoran como agradable y deseable.

Respecto de la intención, los jóvenes que realizan CI muestran un claro propósito de llevar a cabo nuevos consumos en atracón a lo largo de los próximos meses, incluso teniendo que superar contratiempos para ello. Este indicador, junto con la escasa valoración que realizan de la presión por parte de sus iguales para realizar este consumo, señala la necesidad de focalizar la intervención en aspectos de carácter personal, principalmente aquellos relacionados con las creencias conductuales que modulan su conducta, tanto las distorsionadas como las poco conscientes. Para ello sería fundamental trabajar procesos motivacionales propios de personas precontemplativas (Prochaska y DiClemente, 1992), o lo que es lo mismo, aquellas que no manifiestan una necesidad de cambio de su conducta de consumo por considerar que la misma se encuentra dentro de lo considerado "normal" y que es imposible que genere problemas ni a corto ni a largo plazo. En estos casos, es importante utilizar técnicas que incrementen el nivel de conciencia, la reevaluación ambiental y la autoreevaluación con el objetivo último de incrementar la duda del joven sobre la conducta de ingesta que realiza.

NOTAS Y/O AGRADECIMIENTOS.

Esta investigación forma parte de los resultados obtenidos a partir del proyecto de investigación (A/023684/09) financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo dentro del Programa de Cooperación Interuniversitaria e Investigación Científica. BOE, 16 de enero, 2010.

REFERENCIAS

- Adams, T.B., Evans, D.R., Shreffler, R.M. y Beam, K.J. (2006). Development and Evaluation of Theory-Based Alcohol Education Programs. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 50(3), 21-30.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. En J. Kuhi y J. Beckmann (Eds.). *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I. (1987). Attitudes, traits, and actions: Dispositional prediction of behavior in personality and social psychology. En L. Berkowitz (Ed.). *Advances in experimental social psychology* (Vol. 20, pp. 1-63). New York: Academic Press.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Milton Keynes: Open University Press.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2006). *Constructing a TpB Questionnaire: Conceptual and Methodological Considerations*. Recuperado en mayo de 2007 de <http://www.people.umass.edu/aizen/tpb.html>
- Anderson, P. y Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Arnett, J. (1992). Reckless behavior in adolescence: A developmental perspective. *Developmental Review*, 12, 339-373.
- Baigorri, A., Fernández, R. et al. (2003) *Botellón: un conflicto postmoderno*. Barcelona: Icaria.
- Ball, S.A. (1995). The validity of an alternative five factor measure of personality in cocaine abusers. *Psychological Assessment*, 7, 148-154.
- Bloomfield, K., Stockwell, T., Gmel, G. y Rehm, N. (2003). International comparisons of alcohol consumption. *Alcohol Research & Health*, 27, 95-109.

- Brown, S.A. y D'Amico, E.J. (2000, agosto). Facilitating adolescent self-change for alcohol problems: A multiple brief intervention approach. Documento presentado en *108th Annual Convention of the American Psychological Association*. Washington, EEUU.
- Brown, S.A., Tapert, S.F., Granholm, E. y Delis, D.C. (2000). Neurocognitive functioning of adolescents: Effects of protracted alcohol use. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *24*(2), 164-171.
- Cadaveira, F. (2009). Alcohol y cerebro adolescente. *Adicciones*, *21*, 9-14.
- Calafat, A. (2007). El abuso de alcohol de los jóvenes en España. *Adicciones*, *19*, 217-224.
- Collins, S.E. y Carey, K.B. (2007) The Theory of Planned Behavior as a Model of Heavy Episodic Drinking Among College Students. *Psychology of Addictive Behaviors*, *21*(4), 498-507.
- Collins, R.L., Koutsky, J.R., Morsheimer, E.T. y MacLean, M.G. (2001). Binge drinking among underage college students: A test of a restraint-based conceptualization of risk for alcohol abuse. *Psychology of Addictive Behaviors*, *15*, 333-340.
- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2007). *Informe sobre alcohol*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Conner, M., Warren, R., Close, S. y Sparks, P. (1999). Alcohol consumption and the theory of planned behavior: An examination of the cognitive mediation of past behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, *29*, 1676-1704.
- Cortés, M.T., Espejo, B. y Giménez, J.A. (2007). Características que definen el fenómeno del botellón en universitarios y adolescentes. *Adicciones*, *19*, 357-372.
- Cortés, M.T., Espejo, B. y Giménez, J.A. (2008). Aspectos cognitivos relacionados con la práctica del botellón. *Psicothema*, *20*, 396-402.
- Cortés, M.T., Espejo, B., Martín, B. y Gómez, C. (2010). Tipologías de consumidores de alcohol dentro de la práctica del botellón en tres ciudades españolas. *Psicothema*, *22*(3), 363-368.
- Courtney, K.E. y Polich, J. (2009). Binge drinking in young adults: Data, definitions, and determinants. *Psychological Bulletin*, *135*, 142-156.
- DeBellis, M.D., Clark, D.B., Beers, S.R., Soloff P.H., Boring, A.M., Hall, J., Kersh, A. y Keshavan, M.S. (2000). Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 737-744.
- Espada, J.P., Méndez, F.X. e Hidalgo, M.D. (2000). Consumo de alcohol en escolares: descenso de la edad de inicio y cambios en los patrones de ingesta. *Adicciones*, *20*, 57-64.

- Espejo, B., Cortés, M.T., Giménez, J.A., Luque, L. y Gómez, R. (en prensa). Elaboración de un cuestionario basado en la Teoría de la Conducta Planificada de Ajzen para evaluar el consumo en atracón en jóvenes. *Revista Española de Drogodependencias*.
- Farke, W. y Anderson, P. (2007). El consumo concentrado de alcohol en Europa. Binge Drinking in Europe. *Adicciones*, 19, 333-340.
- Fernández, C., Calafat, A. y Juan, M. (2004). Detección, evaluación e intervención temprana en el tratamiento de jóvenes por abuso de drogas. En A. González, J. R. Fernández y R. Secades (Eds.). *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*, (pp. 225-269). Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Fillmore, M.T., Ostling, E.W., Martin, C.A. y Kelly, T.H. (2009). Acute effects of alcohol on inhibitory control and information processing in high and low sensation-seekers. *Drug and Alcohol Dependence*, 100, 91-99.
- Gardner, W. (1993). A life-span rational-choice theory of risk-taking. En N. Bell y R. W. Bell (Eds.). *Adolescent risk taking* (pp. 66-83). Newbury Park: Sage.
- GIESyT (2001). *El botellón en las ciudades de Badajoz, Cáceres, Mérida y Plasencia*. Mérida: Universidad de Extremadura. Consejería de Cultura y Patrimonio.
- Gmel, G., Rehm, J. y Kuntsche, E. N. (2003). Binge drinking in Europe: Definitions, epidemiology, and consequences. *Sucht*, 49, 105-116.
- Hassan, L.M Gmel, G., Rehm, J. y Kuntsche, E. (2003). Binge drinking in Europe: definitions, epidemiology and consequences. *Sucht*, 49, 105-116.
- Hassan, L.M y Shiu, E.M.K. (2007). Gender differences in low-risk single-occasion drinking: an application of the theory of planned behaviour. *International Journal of Consumer Studies*, 31, 317-325.
- Hibell, B., Ulf Guttormsson, S.A., Balakireva, O., Thoroddur, B.T., Kokkevi, A. y Ludwig, K. (2007). The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries. Recuperado el 10 de diciembre de 2011, de <http://www.espad.org>
- Institute of Alcohol Studies (2007). *Binge drinking: nature, prevalence and causes*. Recuperado el 8 de febrero de 2008, de http://www.ias.org.uk/resources/factsheets/binge_drinking.pdf
- Johnston, K.L. y White, K.M. (2003). Binge-drinking: A test of the role of group norms in the theory of planned behaviour. *Psychology & Health*, 18, 63-77.
- Kuntsche, E., Rehm, J. y Gmel, G. (2004). Characteristics of binge drinkers in Europe. *Social Science & Medicine*, 59, 113-127.
- Navarrete, L. (2004). *Juventud y drogas: 4 estudios sociológicos comparados*. Madrid: Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.

- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism -NIAAA- (2004). *Council Approves Definition of Binge Drinking*. NIAAA Newsletter, Winter(3): p. 3
- Norman, P., Armitage, C.J. y Quigley, C. (2007). The theory of planned behavior and binge drinking: Assessing the impact of binge drinker prototypes. *Addictive Behaviors* 32, 1753-1768.
- Norman, P., Bennett, P. y Lewis, H. (1998). Understanding binge drinking among young people: An application of the theory of planned behavior. *Health Education Research*, 13, 163-169.
- Norman, P. y Conner, M. (2006). The theory of planned behaviour and binge drinking: Assessing the moderating role of past behaviour within the theory of planned behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 11, 55-70.
- Observatorio Español sobre Drogas (2007). *Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (PNSD).
- Observatorio Español sobre Drogas (2009). *Encuesta Estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 1994-2008*, En Informe 2009, D. G. para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social (PNSD).
- O'Callaghan, F.V., Chant, D.C., Callan, V.J. y Baglioni, A. (1996). Models of alcohol use by young adults: An examination of various attitude- behavior theories. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 502-507.
- Oei, T.P.S. y Morawska, A. (2004). A cognitive model of binge drinking: The influence of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy. *Addictive Behaviors*, 29, 159-179.
- Oliva, A. (2004) La adolescencia como riesgo y oportunidad. *Infancia y Aprendizaje*, 27(1), 115-122.
- O'Malley, P.M., Johnston, L.D. y Bachman, J.G. (1998). Alcohol use among adolescents. *Alcohol, Health and Research World*, 22, 85-93.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification*, 28, 183-218.
- Rich, G. J. (2003). The positive psychology of youth and adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 1-3.
- Rodríguez-Martos, A. (2007). Drinking and bingeing among European youths: an urgent problem to face. European Parliament: *Health & Consumer Intergroup Meeting*. Documento recuperado el 15 de septiembre de 2009 de: www.ephpa.org/IMG/ppt/PPT_Parlamento_Europeo_25_abril_2007_4_version.ppt.
- Room, R., Babor, T.F. y Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365, 519-530.

- Spear, L.P. (2002). Alcohol's effects on adolescents. *Alcohol Health and Research World*, 26(4), 287-291.
- Tapert, S. (2007, abril). Consumo de alcohol en Adolescentes: efectos sobre el cerebro. Documento presentado en el *Seminario Internacional sobre alcohol y daño cerebral en menores*, Madrid, Spain.
- Turrisi, R. (1999). Cognitive and attitudinal factors in the analysis of alternatives to binge drinking. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(7), 1512-1535.
- Wall, A.M., Hinson, R.E. y McKee, S.A. (1998). Alcohol outcome expectancies, attitudes toward drinking and the theory of planned behavior. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 409-419.
- Wechsler H., Davenport A., Dowdall G., Moeykens B. y Castillo S. (1994). Health and behavioral consequences of binge drinking in college. A national survey of students at 140 campuses. *JAMA*, 272, 1672-1677.
- Winters, K.C. (2004). *Adolescent Brain Development and Drug Abuse*. Philadelphia: Treatment Research Institute.
- World Health Organization -WHO- (2007). WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption. Documento recuperado en abril de 2008 de www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol/

NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

Ejemplos de citación.

a) Para *libros*:

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

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

b) Para *capítulos de libros*:

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

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

c) Para revistas:

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

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

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

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



Boletín de suscripción.

Nombre: _____

Apellidos: _____

Profesión: _____

Dirección: _____

Tfno: _____

Fax: _____

E-mail: _____

Población: _____

Código postal: _____

Provincia: _____

País: _____

Deseo suscribirme a la revista "Salud y Drogas", mediante:

Transferencia bancaria a de _____ euros (ver tarifa)

Caja de Ahorros del Mediterráneo

Av. de Novelda, 156 03006 ELCHE (Alicante – España)

CCC: 2090-0369-88-0064000796

IBAN : CAAMESXXX

Es imprescindible que en la orden de transferencia conste el nombre del ordenante y el concepto "Salud y Drogas. Suscripción".

Domiciliación bancaria (rellenar la orden de pago adjunta)

En _____ a _____ de _____ de 2010.

(Firma)

Tarifa anual (incluye 2 ejemplares y gastos de envío)

España Suscripción particular	22 euros
España (Suscripción instituciones)	34 euros
Unión Europea (Suscripción particular)	28 euros
Unión Europea (Suscripción instituciones)	40 euros
Resto del Mundo (Suscripción particular)	36 euros
Resto del mundo (Suscripción instituciones)	48 euros

Enviar original de este boletín firmado a:

Instituto de Investigación de Drogodependencias

Universidad Miguel Hernández- Campus Universitari de Sant Joan d'Alacant.

Cra. Valencia, Km. 87. 03550. Sant Joan d'Alacant – Alicante – SPAIN



ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA.

Nombre y apellidos del titular de la cuenta: _____

N.I.F.- _____

Nombre del Banco o Caja de Ahorros: _____

Dirección del Banco o C.A.: _____

Población: _____ Código postal: _____

Provincia: _____ País: _____

Número de la Cuenta Corriente o Libreta (**debe constar 20 dígitos**)

Entidad					Oficina					D.C.					Cuenta				
---------	--	--	--	--	---------	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--------	--	--	--	--

Ruego a Uds. se sirvan tomar nota de que, hasta nuevo aviso, deberán adeudar en mi cuenta los efectos que les sean presentados para su cobro por "Salud y Drogas, Instituto de Investigación de Drogodependencias. Universidad Miguel Hernández".

En _____ a _____ de _____ de _____ .

Atentamente

(Firma del titular)

Editores



INSTITUTO
DE INVESTIGACIÓN
DE DROGODEPENDENCIAS
Universidad Miguel Hernández



Colaboradores



Fundación para el
Estudio, Prevención
y Asistencia a las
Drogodependencias



AGÈNCIA
VALENCIANA
DE SALUT

