

Health and Addictions

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 Toxicodependência (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 Morondo**
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 Access 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

La evaluación del consumo de drogas en perspectiva.

José A. García del Castillo.....7-15

2. ORIGINALES

Diferencias en el consumo de sustancias psicoactivas y psicofármacos entre estudiantes de Medicina y Psicología en época de exámenes.

José Luis Carballo, María Marín Vila, Carmen Pons Torres, José Pedro Espada, José Antonio Piqueras y Mireia Orgiles. 19-30

Adecuación y propuestas de mejora del contenido sobre creencias incluido en los programas de prevención universal.

Patricia Motos Sellés, M^a Teresa Cortés Tomás y Jose A. Giménez Costa.. 31-50

Importancia de la fidelidad en la implementación de programas escolares para prevenir el consumo de drogas.

Mónica Gázquez Pertusa, José A. García del Castillo e Isaac Ruiz Alfaro.. 51-69

Alcohol y violencia.

Francisco Pascual Pastor, Manuel Reig Ruano, Julio Fontoba Ferrándiz y Álvaro García del Castillo-López 71-94

Vigorexia: de la adicción al ejercicio a entidad nosológica independiente.

José Miguel Rodríguez Molina y María Frenzi Rabito Alcón. 95-114

INDEX

1. EDITORIAL

Drug consumption evaluation in perspective.

José A. García del Castillo. 7-15

2. ORIGINALS

Differences in psychoactive substances and psychotropic drugs use among Medical and Psychology students at exam time.

José Luis Carballo, María Marín Vila, Carmen Pons Torres, José Pedro Espada, José Antonio Piqueras y Mireia Orgilés. 19-30

Adaptation and proposals for improving the content of beliefs included on universal prevention programs.

Patricia Motos Sellés, M^a Teresa Cortés Tomás y Jose A. Giménez Costa. 31-50

Importance of fidelity in school programs implementation for prevention of drug consumption.

Mónica Gázquez Pertusa, José A. García del Castillo e Isaac Ruiz Alfaro. 51-69

Alcohol and violence.

Francisco Pascual Pastor, Manuel Reig Ruano, Julio Fontoba Ferrándiz y Álvaro García del Castillo-López 71-94

Vigorexia: from exercise addiction to a nosological independent entity.

José Miguel Rodríguez Molina y María Frenzi Rabito Alcón. 95-114

EDITORIAL



LA EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN PERSPECTIVA.

ANTECEDENTES

Desde que se comenzaron a realizar evaluaciones sistemáticas del consumo de sustancias en España, hace ahora casi tres décadas, la evolución ha ido fluctuando bastante en función de las épocas y de los mecanismos que se han ido poniendo en marcha para tratar el problema. Las sustancias de corte legal y que han estado más “protegidas” socialmente, el tabaco y el alcohol han ido manteniendo un nivel de consumo homogéneo, con pequeños vaivenes, fruto probablemente, de programas de prevención puntuales en el espacio y en el tiempo, así como de medidas legales, sobre todo con el tabaco. De hecho en el año 1997, la tasa de consumidores de tabaco era de un 69,7% pasando a un 68,5% en el año 2007, dato que nos indica claramente que poco se ha podido hacer en esa década. El alcohol, por su parte, ha descendido del año 1997 al 2007 en casi dos puntos porcentuales, pero con picos ascendentes muy pronunciados, como fue el caso del año 2005 (PNsD, 2007).

Otra de las sustancias estrella, ha sido y sigue siendo el cannabis que, tras varios procesos de normalización social, y controvertidos debates desde los que apoyan incondicionalmente su legalización, basando sus argumentos fundamentalmente en cuestiones de baja peligrosidad y altos beneficios para la salud, ha conseguido saltar a proporciones de consumo realmente significativas entre la población general de un 14% en el año 1995 a más de un 27% en el año 2007 (PNsD, 2007), a pesar de haberse intentado poner barreras a su rápida evolución, mediante programas preventivos al efecto.

El resto de sustancias que circulan por nuestro contexto, arrojan porcentajes de consumo proporcionalmente mucho más bajos, en comparación a las anteriormente mencionadas, aunque también experimentan aumentos considerables en el tiempo, en función de la sustancia. Por ejemplo, el éxtasis y sus derivados duplican su consumo, pasando de un 2% a un 4,3% (1995-2007); algo similar ocurre con la cocaína que pasa de un 3,4% a un 8% en la misma etapa temporal; o cifras mucho más elocuentes con los tranquilizantes, que en tan solo dos años, pasa de un 7% a más de un 13% (2005-2007) (PNsD, 2007).

La heroína, debe de tener una mención más especial, porque representa el desencadenante de toda la estructura donde se engarza el sistema y las políticas de prevención y tratamiento de drogas desde el año 1985 que nace en nuestro país el Plan Nacional sobre Drogas. No contamos con datos oficiales de las cifras de consumo real de los años setenta y ochenta, recurriendo para su medición a las tasas de tratamiento y muerte por consumo de heroína que se experimentaron durante estas dos décadas. Obviamente no se puede extrapolar a los datos actuales, ya que las circunstancias eran diferentes y la forma de evaluar también.

Se estima que en la España de los ochenta había una población de heroínómanos que rondaba los 300.000 (De la Fuente, Brugal, Domingo-Salvany, Bravo, Neira-León y Barrio, 2006), que comparada con las cifras que manejamos en la actualidad no sería una cantidad alarmante en absoluto, dado que estaría levemente por debajo de las actuales, un 0,79% de la población en el año 1980 frente a un 0,8% en el año 2007. Según el estudio elaborado por Sánchez-Niubó y cols. (2009), los ingresos por tratamiento de heroína experimentaron un espectacular aumento en el año 1980, después de pasar de 40 ingresos por 100.000 habitantes en el año 1971, a 190 en el año 1980 y reduciéndose espectacularmente a 8 casos por 100.000 habitantes en el año 2005 (Sánchez-Niubó, Fortiana, Barrio, Suelves, Correa y Domingo-Salvany, 2009).

Paradójicamente una sustancia como la heroína que ha representado tasas de prevalencia tan bajas, convulsionó a la población española de tal forma que entre las mayores preocupaciones de los españoles de los años ochenta estaba el consumo de drogas, cifrándose en más de un 49% los españoles preocupados por el consumo de drogas en el barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas correspondiente a junio de 1988, frente al 0,9% que se desprende del barómetro de mayo de 2011 (CIS, 2011). Estas cifras, de índole social, son las que pueden llegar a explicar que se pusieran medios suficientes para abordar el problema de la heroína en la década de los ochenta, más que el propio problema de heroína, que aun provocando muchas miles de muertes y un problema de salud pública desproporcionado por su asociación con el VIH, el VHB y el VHC, no podía competir con la repercusión e incidencia de nuestras drogas legales por excelencia y tradición, el tabaco y el alcohol.

CONSECUENTES

Uno de los principales consecuentes de las evaluaciones en materia de drogas, una vez reconocido el problema como de vital importancia para la sociedad en su conjunto, es la repercusión que se revierte en la prevención de las drogodependencias. En los años setenta y ochenta, en consonancia con los tratamientos paliativos, comienza el desarrollo y la puesta en marcha de programas de prevención de todas las sustancias, con el fin último de evitar que el problema tomara unas dimensiones mayores, así como intentar reducir, en la medida de lo posible, la prevalencia de sustancias legales como el alcohol y el tabaco.

El planteamiento formal de evaluar la prevención, no fue inmediato, dado que los primeros trabajos que fueron apareciendo en foros científicos, se basaban fundamentalmente en "experiencias" que se traducían en meras impresiones de los implementadores de acciones y/o programas preventivos, sin dar lugar a mediciones objetivas basadas en la evidencia científica. Si nos detenemos en la década 1975-1985, previa a la implantación del Plan Nacional sobre Drogas gubernamental, podemos observar que las acciones preventivas en nuestro país eran prácticamente nulas. Según la "Memoria del grupo de trabajo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y del tráfico y consumo de estupefacientes" de 1974, se desprende que no existen acciones preventivas ni para el alcohol ni otras drogas, así como tampoco se han puesto en marcha actividades de formación especializada en materia de drogas (Farrés, 1985).

A pesar de los esfuerzos que se han desarrollado en el campo de las drogodependencias, continuamos aun sin un cuerpo teórico propio en esta materia, lo que imposibilita que los avances sean lo óptimos que deseáramos. Posiblemente uno de los grandes pasos de la evaluación de la prevención se desencadena a partir del cambio de clasificación de la propia prevención, cuando se pasa de la elaborada por Caplan (1964) a la que promueve Gordon (1987) aceptada y adaptada por el Comité de Prevención de Trastornos Mentales del Instituto de Medicina de los Estados Unidos en 1994, que orienta la medición de la prevención en tres vertientes: universal, selectiva e indicada. A partir de esta nueva clasificación, la evaluación toma nuevos rumbos y se orienta hacia tres posibilidades de medición de programas preventivos: evaluación del proceso, de los

resultados y del impacto de los programas. Estas son las nuevas bases a la hora de plantear medidas en prevención de drogas y que conllevan un avance muy significativo en los procesos de evaluación en general, consiguiendo que las investigaciones sobre prevención busquen nuevas metas evaluativas, mejorando los diseños metodológicos.

En general, e independientemente de los progresos experimentados, los estudios sobre prevención de drogas, siguen buscando la reducción de los consumos en su meta final más objetiva, de tal forma que un buen programa ha de conseguir que en su evaluación de resultados el consumo, en un corte longitudinal, tienda a estabilizarse y/o reducirse en comparación con un grupo control no intervenido. Pero posiblemente uno de los inconvenientes más generalizados con los que tropezamos en la medición del consumo es, sin duda, que no contamos con instrumentos de medida universales a la hora de ejecutar la evaluación. Cada grupo de investigación se esfuerza en construir ad hoc, un instrumento que satisfaga sus necesidades, hecho que hace que las comparaciones entre estudios sea complicada o imposible, dado que la forma de medida no está consensuada.

Una posibilidad para ir avanzando en este sentido, es proponer un instrumento de partida, que sea sencillo de aplicar y que abarque todo el espectro de consumo, facilitando unas medidas objetivas, sin olvidar que al tratarse de un autoinforme, siempre estaremos en la duda razonable, de que los sujetos que contesten al mismo lo hagan influidos por la deseabilidad social y/o la aquiescencia, que tergiverse sus respuestas. En el anexo se propone una escala de consumo de tabaco, alcohol, y otras drogas, que puede servir de base para la evaluación del consumo.

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

ANEXO. ESCALA DE CONSUMO DE DROGAS (ESCON)

ESCON (ESCALA DE CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS).

(José A. García del Castillo, C. López-Sánchez, Mónica Gázquez y
Álvaro García del Castillo-López)*

Las cuestiones que te presentamos a continuación, se refieren al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, si es tu caso. Este cuestionario es anónimo, por favor, si decides rellenarlo contesta con total SINCERIDAD.

1. Basándote en la cantidad de tabaco, alcohol y otras drogas que consumes actualmente, dónde te situarías en una escala de 0 a 10 (0 ausencia de consumo y 10 consumo máximo):

0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	----	--------------------------

2. ¿Fumas?:

- 1 Sí.
2 Muy rara vez.
3 No.

3. En caso de que fumes, ¿qué cantidad de tabaco consumes a diario?:
_____ (nº de cigarrillos diarios).

4. ¿Bebes alcohol?:

- 1 Sí.
2 Muy rara vez.
3 No.

5. En caso de consumir bebidas alcohólicas, indica:

- 1 No bebo.
2 Muy rara vez.
3 Sólo en las comidas.
4 Sólo fines de semana.
5 Sólo en celebraciones: fiestas y reuniones.
6 Todos los días.

6. ¿Qué cantidad de vino bebes semanalmente? (Especifica número de vasos): _____ (1L = 5 vasos).

7. ¿Qué cantidad de cerveza bebes semanalmente? (Especifica número de botellines o cañas): _____ (1L = 5 cañas).

8. ¿Qué cantidad de otras bebidas alcohólicas, solas o combinadas, bebes semanalmente? (güisqui, ginebra, licor, coñac, ron, etc.): _____ (número de copas, se entiende una copa bien sola o combinada de refresco de cola, etc.).

9. ¿Cuántas veces, aproximadamente, te has emborrachado?:

- 1 Nunca.
- 2 Una vez.
- 3 Entre dos y seis veces.
- 4 Más de seis veces.
- 5 Son tantas, que he perdido la cuenta.

10. ¿Tomas estimulantes?:

- 1 Sí.
- 2 Muy rara vez.
- 3 No.

11. En el caso de que tomes estimulantes, ¿qué cantidad consumes semanalmente?: _____ (nº de dosis).

12. ¿Tomas tranquilizantes?:

- 1 Sí.
- 2 Muy rara vez.
- 3 No.

13. En el caso de que tomes tranquilizantes, ¿qué cantidad consumes semanalmente?: _____ (nº de dosis).

14. ¿Tomas analgésicos?:

- 1 Sí.
- 2 Muy rara vez.
- 3 No.

15. En el caso de que tomes analgésicos, ¿qué cantidad consumes semanalmente?: _____ (n° de dosis).

16. ¿Tomas marihuana?:

- 1 Sí.
- 2 Muy rara vez.
- 3 No.

17. En el caso de que tomes marihuana, ¿qué cantidad consumes semanalmente?: _____ (n° de porros).

18. ¿Tomas cocaína?:

- 1 Sí.
- 2 Muy rara vez.
- 3 No.

19. En el caso de que tomes cocaína, ¿qué cantidad consumes semanalmente?: _____ (n° de gramos).

20. ¿Tomas heroína?:

- 1 Sí.
- 2 Muy rara vez.
- 3 No.

21. En el caso de que tomes heroína, ¿qué cantidad consumes semanalmente?: _____ (n° de dosis).

22. ¿Tomas drogas sintéticas?:

- 1 Sí.
- 2 Muy rara vez.
- 3 No.

23. En el caso de que tomes drogas sintéticas, ¿qué cantidad consumes semanalmente?: _____ (n° de dosis).

24. Indica con una "X", la casilla que corresponda a tu consumo:

	Nunca	Muy rara vez	Mensualmente	Semanalmente	A diario
Tabaco					
Alcohol					
Estimulantes					
Tranquilizantes					
Analgésicos					
Marihuana					
Cocaína					
Heroína					
Drogas sintéticas					
Otras (especificar)					

* Grupo de Investigación PREVENGO. Universidad Miguel Hernández de Elche.

REFERENCIAS

- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2011). Tres problemas principales que existen actualmente en España, [en línea] CIS. Dirección URL: http://www.cis.es/cis/opencms/Archivos/Indicadores/documentos_html/TresProblemas.html [Consulta: 30 de junio de 2011].
- De la Fuente, L., Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., Bravo, M.J., Neira-León, M. y Barrio, G. (2006). Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 80(5), 505-520.
- Farrés, C. (1985). La prevención en drogodependencias: prevención escolar de las drogodependencias y prevención del alcoholismo: La situación en nuestro país (39-72). *XIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol*. Palma de Mallorca: Socidrogalcohol.

- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. In J. Steinberg y M. M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders* (pp. 20-26). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Plan Nacional sobre Drogas (2007). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2007, [en línea] PNsD. Dirección URL: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Domiciliaria2007.pdf>. [Consulta: 30 de junio de 2011].
- Sánchez-Niubó, A., Fortiana, J., Barrio, G., Suelves, J.M., Correa, J.F. y Domingo-Salvany, A. (2009). Problematic heroin use incidence trends in Spain. *Addiction*, 104(2), 248-255.



ORIGINALES



DIFERENCIAS EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y PSICOFÁRMACOS ENTRE ESTUDIANTES DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA EN ÉPOCA DE EXÁMENES.

José Luis Carballo¹, María Marín Vila², Carmen Pons Torres², José Pedro Espada¹, José Antonio Piqueras¹ y Mireia Orgilés¹
¹Grupo de Investigación AITANA. Universidad Miguel Hernández de Elche
²Universidad Miguel Hernández de Elche.

(Received/Recibido: 19/11/2010 Accepted/Aceptado: 12/01/2011)

RESUMEN

El aumento del estrés entre universitarios en época de exámenes se ha relacionado con el incremento del consumo de sustancias psicoactivas y psicofármacos. El objetivo de este estudio ha sido describir y analizar las diferencias en el consumo de sustancias psicoactivas y psicofármacos entre estudiantes de Medicina y Psicología en época de exámenes. Se reclutaron 257 estudiantes de la Universidad Miguel Hernández de Elche, pertenecientes a distintos cursos de Psicología (n= 154) y Medicina (n= 103) y con edades comprendidas entre los 17 y los 25 años. Se aplicaron distintos cuestionarios durante los días de exámenes que recogían el consumo de distintas sustancias psicoactivas y psicofármacos, además de los niveles de ansiedad y depresión de los participantes. En cuanto a los resultados obtenidos, los estudiantes de Psicología mostraron un mayor consumo de drogas de uso recreativo (p.ej.: tabaco, cannabis), mientras que los de Medicina presentaron un mayor consumo de psico-

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

fármacos, además de mayores niveles de ansiedad y depresión. El nivel de información previa sobre las sustancias o la accesibilidad a las mismas, podrían haber influido en las diferencias entre titulaciones, por lo que futuros estudios podrían centrarse en la evaluación de estos factores de riesgo.

Palabras claves: psicofármacos, exámenes, ansiedad, universitarios, sustancias psicoactivas.

ABSTRACT

The increase in stress among university students at exam time has been associated with an increase in the consumption of psychoactive substances and psychotropic drugs. The aim of this paper was to describe and analyze the differences in the consumption of psychoactive substances and psychotropic drugs among Medical and Psychology students at exam time. A total of 257 students of Miguel Hernández University were involved in this study. The participants, aged between 17 and 25, were selected from different years of Psychology and Medicine degrees. Several questionnaires were used to assess the consumption of psychoactive substances and psychotropic drugs, as well as depression and anxiety levels. Regarding the results, Psychology students showed a higher consumption of recreational drugs, such as tobacco or cannabis. However, Medical students reported a higher consumption of psychotropic drugs, besides more depression and anxiety. The level of prior information about the substances or the accessibility to them might have influenced the differences between both degrees, so that future papers should focus on the assessment of these risk factors.

Key words: psychotropic drugs, exams, anxiety, university students, psychoactive substances.

INTRODUCCIÓN

El ritmo de vida actual somete a los individuos a situaciones continuas de estrés que repercuten negativamente, de forma directa o indirecta, en sus hábitos de salud y en su calidad de vida. De esta manera, las situaciones potencialmente estresantes pueden afectar de manera significativa a los hábitos saludables, teniendo repercusiones a nivel emocional, físico

y cognitivo, y perjudicando a los hábitos de alimentación, ejercicio físico, o incrementando, incluso, el consumo de sustancias psicoactivas como el tabaco o el alcohol (Becoña, 2003; Sinha, 2008). De hecho, el estrés es un factor que se ha asociado a las conductas adictivas (Nadal, 2008).

Uno de los grupos que podría verse afectado por situaciones de estrés es el de los estudiantes universitarios. Las distintas situaciones de sobredemanda a la que se encuentran expuestos, pueden llegar a generar un malestar tanto físico como psicosocial que ha sido definido en la literatura científica como el "estrés académico" (Muñoz, 1999; Misra y McKean, 2000). Dentro de este marco, las distintas investigaciones realizadas al respecto coinciden en señalar los exámenes, así como el estudio para los mismos, como el periodo donde se producen los índices más altos de estrés (Rosenthal, Edwards y Ackennan, 1987; Kohn y Frazer, 1986; Muñoz, 1999; Celis, Bustamante, Cabrera, Cabrera, Alarcón y Monge, 2001; Carlotto, Camara y Brazil, 2005).

A pesar de que la aparición de la ansiedad en exámenes puede ser un acontecimiento normal, e incluso adaptativo o que a nivel moderado puede facilitar un buen rendimiento (Escalona y Miguel-Tobal, 1992), cuando ésta alcanza un nivel de intensidad que sobrepasa los recursos de afrontamiento de los alumnos puede derivar en una situación patológica. Más concretamente, los casos en los que este problema llega a ser excesivo y persistente, y al mismo tiempo es acompañado por una conducta de evitación, han sido enmarcados por distintos autores dentro de las fobias específicas de tipo situacional (Sánchez-Anguita, 2007; Mondéjar, 2010) o "fobias escolares" (Sandín, 1997; Caballo y Simón, 2005).

Las manifestaciones más representativas de este trastorno se darían a nivel cognitivo, con valoraciones y percepciones negativas sobre el estímulo fóbico (p.ej.: no me va a salir bien el examen), a nivel psicofisiológico (p.ej.: sudoración, aumento de la frecuencia cardiaca, vasodilatación periférica...), en el ámbito emocional, tras evaluar el estímulo estresante como una amenaza (p.ej.: culpabilidad) y, por último, en el aspecto motor, con conductas destinadas a posponer o impedir la interacción con el estímulo fóbico como, por ejemplo, no presentarse al examen (Mondéjar, 2010). Este tipo de patología, además, ha mostrado una comorbilidad del 65% con otros trastornos mentales, como la depresión o las conductas adictivas (Starcevic y Bogojevic, 1997; Stein, 2005).

Por otro lado, en distintas investigaciones se constata que en la población actual existe un consumo frecuente de diversas sustancias lícitas e ilícitas que podrían mejorar el rendimiento en el trabajo, consumo que puede dar lugar a conductas adictivas (Gay, Houdoyer y Rouzaud, 2008). En referencia a este punto, y con respecto a la población universitaria, Hernández, Pozo y Polo (1994) estudiaron el cambio de hábitos saludables en época de exámenes, observando que durante este periodo se producía un exceso en el consumo de cafeína, tabaco, así como de otras sustancias psicoactivas y psicofármacos. Estudios en esta misma línea encontraron unos resultados similares, observando, además, una disminución del consumo de alcohol durante esta etapa (Kushner, Abrams y Borchardt, 2000; Martín Monzón, 2007).

El consumo y abuso de estas sustancias como respuesta al estrés causa una gran alarma debido a sus consecuencias negativas. Esta repercusión se pone de especial manifiesto en el caso del consumo de psicofármacos, debido a su gran potencial adictivo y al peligro de su consumo cuando se da en forma de automedicación, fenómeno que ha sido observado con una mayor prevalencia en jóvenes (Jiménez y Hernández, 2010).

Distintos autores se han centrado en estudiar el consumo de psicofármacos y sustancias psicoactivas en estudiantes de Ciencias de la Salud, presuponiendo que éstos tendrían más precaución en su consumo debido a los conocimientos adquiridos durante sus estudios. No obstante, se ha constatado un aumento de la tasa de consumo de psicofármacos durante los últimos años en estos estudiantes (Martínez-Domínguez, Martínez-Sánchez, Rodríguez, Mesa, Muñoz y Bedoya, 2008; Oliveira et al., 2009). Analía, Álvarez, Georgef y Domínguez (2006), además, observaron en un estudio con alumnos de 5º año de Medicina que el 92% de esta muestra consumía medicamentos sin prescripción médica, llegando a concluir que el conocimiento de los fármacos podría no estar relacionado con el correcto uso de los mismos.

La mayoría de los estudios sobre el consumo de psicofármacos se han realizado con estudiantes de Medicina y Enfermería, sin centrarse en la posibilidad de si existirían diferencias en cuanto a los hábitos de salud en comparación con los alumnos de otras titulaciones que, en teoría, poseen menos información sobre estas sustancias. Por ello, y en este sentido, el objetivo de este estudio es describir y analizar las diferencias en cuanto

al consumo de sustancias psicoactivas y psicofármacos entre estudiantes de Medicina y Psicología en época de exámenes.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Se reclutaron un total de 257 estudiantes de la Universidad Miguel Hernández de Elche, pertenecientes a distintos cursos de las Licenciaturas de Psicología (n= 154) y Medicina (n= 103) y con edades comprendidas entre los 17 y los 25 años. En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de la muestra en términos globales y para cada titulación.

Tabla 1. Variables sociodemográficas por titulación

	Edad media (DT)	Mujeres % (n)
Psicología (n = 154)	20,25 (5,49)	81,2 (125)
Medicina (n = 103)	21,83 (2,83)	71,6 (73)
Total (n = 257)	20,88 (4,67)	77,4 (199)

VARIABLES E INSTRUMENTOS

Consumo de sustancias psicoactivas y psicofármacos, recogido en un cuestionario ad hoc basado en la encuesta EDADES del Plan Nacional sobre Drogas (Plan Nacional sobre Drogas, 2007). Se trata de un cuestionario autoaplicado y de respuesta cerrada que recoge un total de diez ítems. En primer lugar, se incluyeron ítems que hacían referencia, en términos de frecuencia y cantidad, al consumo de alcohol, tabaco y cannabis (hachís y/o marihuana). Los ítems hacían referencia tan sólo al consumo en la última semana, con el objetivo de acotar los datos en un intervalo de tiempo muy concreto y lo más cercano a la realización de los exámenes posible.

Por otro lado, se evaluó la frecuencia de consumo en la última semana de psicofármacos (p. Ej., diazepam, fluoxetina) y otras sustancias (p.ej. café, bebidas energéticas, tila y valeriana), utilizadas como medio para mejorar la concentración y/o lograr una mayor relajación.

Ansiedad y depresión, evaluadas mediante la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (Montón et al., 1993). Se trata de un cuestionario

compuesto por dos subescalas que miden, de forma separada, los niveles de ansiedad y depresión del participante. Cada subescala está compuesta por 9 ítems de formato dicotómico (sí/no) que el sujeto debía contestar teniendo en cuenta su estado de ánimo durante los 15 días previos a la realización del cuestionario. La traducción al castellano ha demostrado su fiabilidad y validez con una sensibilidad y especificidad superiores al 80%, y un valor predictivo positivo superior al 90% (Montón et al., 1993).

PROCEDIMIENTO

Se trata de un estudio es de corte exploratorio, ya que se dedica únicamente a la recogida y observación de datos. La muestra de estudiantes fue seleccionada de distintos cursos de las titulaciones de Psicología y Medicina de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Una vez obtenidos los permisos pertinentes, los cuestionarios fueron aplicados, por parte de personal previamente entrenado para tal fin, durante los días de exámenes en las propias aulas de la universidad. La duración de la prueba fue, aproximadamente, de 10 minutos. El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los datos obtenidos se codificaron y analizaron mediante el programa SPSS 15.0, para Windows. Se realizaron análisis descriptivos en términos de medias y desviaciones típicas, frecuencias y porcentajes. Se utilizaron la prueba chi-cuadrado para la comparación de variables nominales y la *t* de Student para muestras independientes con el objetivo de evaluar las diferencias de medias en variables ordinales entre titulaciones. El nivel de confianza utilizado fue del 95%.

RESULTADOS

Se analizaron las diferencias en el consumo de sustancias psicoactivas, psicofármacos y otras sustancias (p. Ej., café) entre ambas titulaciones en la semana previa a la realización del cuestionario. Por otro lado, se

evaluaron las diferencias en los niveles de ansiedad y depresión de los estudiantes.

En las tablas 2 y 3 se muestran las diferencias de porcentajes en el consumo de sustancias psicoactivas, psicofármacos y otras sustancias para cada titulación. Tal y como se puede observar, se encontraron diferencias significativas en el consumo de tabaco ($2= 21,36$; $p<0,05$), cannabis ($2= 8,38$; $p = .004$) y psicofármacos ($2= 4,07$; $p<0,05$). No obstante, no se hallaron diferencias en el consumo de alcohol ni el de otro tipo de sustancias, como el café, la valeriana o las bebidas energéticas.

Tabla 2. Diferencias entre titulaciones de porcentaje de uso de drogas de uso recreativo.

	Psicología % (n)	Medicina % (n)	X ² (p)
Alcohol	44,2 (68)	42,7 (44)	0,05 (.82)
Tabaco	33,8(52)	8,7 (9)	21,36 (.00)*
Cannabis	3,6 (21)	2,9 (3)	8,38 (.004)*
*Significativo para $p<0,05$			

Tabla 3. Diferencias entre titulaciones en porcentaje de uso de psicofármacos y otras sustancias.

	Psicología % (n)	Medicina % (n)	X ² (p)
Psicofármacos	9,7 (15)	18,4 (19)	4,07 (.04)*
Café	57,8(89)	62,7 (64)	0,63 (.43)
Bebidas energéticas	14,3 (22)	21,6 (22)	2,29 (.13)
Valeriana	6,5 (10)	6,9 (7)	0,01 (.92)
*Significativo para $p<0,05$			

Por otro lado, se analizaron las diferencias de medias (DT) en los niveles de ansiedad y depresión, encontrándose diferencias significativas en ambas dimensiones (Ansiedad $t= -3,02$; $p= .003$; Depresión $t=-3,81$; $p=.00$). En cuanto a los niveles de ansiedad, los estudiantes de Psicología presentaron una media (DT) de 4,65 (2,55), mientras que los alumnos de Medicina obtuvieron una media (DT) de 5,92 (4,19). Por lo que respecta

al nivel de depresión, los estudiantes de Psicología presentaron una media (DT) de 2,71 (1,98) frente a los alumnos de Medicina, cuya media (DT) fue de 3,73 (2,26).

Tabla 4. Diferencias de medias (DT) en ansiedad y depresión entre titulaciones.

	Psicología	Medicina	t
Ansiedad	4,65 (2,55)	5,92 (4,19)	-3,01
Depresión	2,71 (1,98)	3,73 (2,26)	-3,81
*Significativo para $p < 0,05$			

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio ha sido describir y analizar las diferencias en el consumo de sustancias psicoactivas y psicofármacos entre estudiantes de Medicina y Psicología en época de exámenes. En términos generales, los resultados obtenidos muestran diferencias en cuanto al consumo de estas sustancias entre los estudiantes de ambos grupos. Además, se observaron mayores niveles de ansiedad y depresión entre los estudiantes de Medicina.

En relación al tipo de sustancias consumidas, los estudiantes de Psicología mostraron un mayor consumo de sustancias de uso recreativo, como el tabaco o el cannabis, mientras que los alumnos de Medicina presentaron un mayor porcentaje de consumo de psicofármacos, tal y como se ha encontrado en otros estudios (Martínez-Domínguez et al., 2008; Oliveira et al., 2009).

Las diferencias de consumo halladas podrían ser debidas al efecto del nivel de información previa, a priori distinto entre los dos grupos, que podría influir en la capacidad de los sujetos a la hora de discriminar entre las consecuencias del consumo de unas sustancias u otras. De esta manera, el nivel de información previa podría influir en la valoración que hace el sujeto de los beneficios/riesgos del consumo de cada sustancia, así como en la evaluación de su efectividad para paliar el estrés o potenciar el rendimiento.

Asimismo, el grado de accesibilidad a estas sustancias (p. Ej., a través de familiares médicos), podría presentarse como otro factor que podría influir en las diferencias de consumo halladas. Además, es importante destacar que el mayor consumo de psicofármacos podría venir motivado por los mayores niveles de ansiedad y depresión encontrados en los estudiantes de Medicina que podría estar provocando un mayor nivel de “automedicación”.

A pesar de que los alumnos pueden consumir distintas sustancias con el objetivo de disminuir la sintomatología ansioso-depresiva relacionada con la época de exámenes y, de esta manera, potenciar su rendimiento, hay que tener en cuenta los efectos adversos de estas sustancias, que pueden producir distintas consecuencias como la reducción del estado de alerta, episodios de amnesia o la dificultad para la concentración, y que tendrían, por lo tanto, un efecto contrario y negativo sobre el rendimiento. Asimismo, se ha demostrado que el consumo de estas sustancias, junto con los estados emocionales negativos provocados por la ansiedad en estas situaciones, puede contribuir a que los estudiantes perciban un menor control de sus síntomas y conductas (Álvarez-Hernández et al., 2008). Parece necesario que futuras investigaciones analicen si dicha sintomatología ansioso-depresiva podría estar relacionada con algún tipo de fobia específica como la denominada “fobia a los exámenes” o “fobia escolar” (Sandín, 1997; Caballo y Simón, 2005).

En este estudio se ha considerado que los alumnos de Medicina poseen mayor conocimiento sobre el tipo de sustancias evaluadas, por lo que sería conveniente, de cara a futuros análisis, incorporar al cuestionario administrado una serie de preguntas sobre los efectos y características tanto de sustancias psicoactivas y de psicofármacos para evaluar este conocimiento. Asimismo, sería interesante aumentar el tamaño muestral, analizando los patrones de consumo de estudiantes de otras titulaciones, tanto del ámbito de Ciencias de la Salud (p. Ej., Farmacia), como de otras áreas (p. Ej., Periodismo).

Por otro lado, sería conveniente analizar la forma de acceso a los psicofármacos, para valorar, tal y como se ha encontrado en otras investigaciones (Análía et al., 2006) si los estudiantes de Medicina hacen uso de estas sustancias bajo prescripción médica o no. Asimismo, tal y como se ha comentado, sería interesante evaluar la posible relación entre una

mayor accesibilidad a este tipo de sustancias y el hecho de tener familiares médicos que puedan facilitar este acceso.

La estrecha relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y situaciones académicas (Martín Monzón, 2007; Carballo, García, Jáuregui y Sáez, 2009), así como el hecho de que el rendimiento académico se haya considerado como un factor de riesgo muy importante para el consumo de alcohol y otras drogas (Carballo Crespo et al., 2004), pone de manifiesto la necesidad de diseñar programas preventivos que se centren en esta problemática a través de la detección de factores de riesgo (Gázquez, García del Castillo y Espada, 2009). En este sentido, parecen necesarios futuros estudios que se centren en el análisis de los hábitos de salud durante este periodo con el objetivo de desarrollar estrategias tanto de prevención como de afrontamiento del estrés académico para evitar que su aparición, tal y como se ha comentado, pueda derivar en situaciones más problemáticas.

REFERENCIAS

- Álvarez-Hernández, J., Carrión-Martínez, J.J., Casanova, P., Rubio-Herrera, M., Miras, F., Salvador-Granados, M y Sicilia, M (2008). Programa autoaplicado para el control de la ansiedad de los exámenes. Extraído de: <http://www.ual.es/Universidad/GabPrensa/controlexamenes/index.htm>
- Anaía, C., Álvarez, S., Georgef, E. y Domínguez, J.D. (2006). Automedicación: Experiencia en estudiantes de 5º año de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Del Nordeste. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 155, 5-8.
- Becoña, E. (2003). Tabaco, ansiedad y estrés. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 3(1), 70-92.
- Caballo, V.E. y Simón, M.A. (2005). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos generales*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Carballo, J. L., García, G., Jáuregui, V. y Sáez, A. (2009). Diferencias en habilidades cognitivas entre jóvenes universitarias consumidoras de alcohol. *Health and Addictions/Salud y drogas*, 9(1), 79-92.
- Carballo Crespo, J.L., García Rodríguez, O., SecadesVilla, R., Fernández Hermedia, J.R., García Cueto, E y Errasti Pérez, J.M (2004). Construcción y validación de un cuestionario para la evaluación de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 16, 675-680.

- Carlotto, M.S., Camara, S.G. y Brazil, A.M. (2005). Predictores del síndrome de Burnout en estudiantes de un curso técnico de enfermería. *Perspectivas en Psicología*, 1, 195-205.
- Celis, J., Bustamante, M., Cabrera, D., Cabrera, M., Alarcón, W. y Monge, E. (2001). Ansiedad y estrés académico en estudiantes de Medicina Humana de primer y sexto año. *Revista Anales de la Facultad de Medicina*, 62, 25-30.
- Escalona, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1992). Ansiedad y rendimiento. En J.J. Miguel-Tobal (ed.). *Cognición, emoción y salud*. Facultad de Psicología. UCM: Mimeo
- Gay, V., Houdoyer y E., Rouzaud, G (2008). Taking drugs for performance-enhancing at job: a study in a sample of workers in Paris. *Therapie*, 63(6), 453-62.
- Gázquez, M., García del Castillo, J. A. y Espada, J. P. (2009). Características de los programas eficaces para la prevención escolar del consumo de drogas. *Health and Addictions/Salud y drogas*, 9, 185-208.
- Hernández, J.M., Pozo, C. y Polo, A. (1994). *La ansiedad ante los exámenes. Un programa para su tratamiento de forma eficaz*. Valencia: Promolibro.
- Jiménez Rubio, D. y Hernández Quevedo, C. (2010). Diferencias en la automedicación en la población adulta España según el país de origen. *Gaceta Sanitaria*, 24(2).
- Kohn, J.P. y Frazer, G.H. (1986). An academic stress scale: Identification and rated importance of academic stressors. *Psychological Reports*, 59(2), 415-426.
- Kushner Matt, G., Abrams, K. y Borchardt, C. The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, 20, 149-171.
- Martín Monzón, I.M. (2007). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de Psicología*, 25, 87-99.
- Martínez-Domínguez, G.I., Martínez-Sánchez, L.M., Rodríguez, M.A., Mesa, P., Muñoz, J.E. y Bedoya, J. (2008). Características del consumo de fármacos psicotrópicos en estudiantes de Ciencias de la Salud. *Vitae, Revista de la Facultad de Química Farmacéutica*, 15(2), 244-250.
- Misra, R. y McKean, M. (2000). College' students academic stress and its relation to their anxiety, time management, and leisure satisfaction. *American Journal of Health Studies*, 16, 41-51.
- Mondéjar, A. (2010). Características clínicas y tratamiento de la ansiedad académica y ante los exámenes como fobia específica de tipo situacional. *Universitat Oberta de Catalunya*.

- Montón, C., Pérez-Echevarría, M. J., Campos, R., García-Campayo, J., Lobo, A. y el GZEMPP. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg. Una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*, 12, 345-349.
- Muñoz, F.J. (1999). *El estrés académico: incidencia del sistema de enseñanza y función moduladora de las variables psicosociales en la salud, el bienestar y el rendimiento de los estudiantes universitarios*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla.
- Nadal, R. (2008). La búsqueda de sensaciones y su relación con la vulnerabilidad a la adicción y al estrés. *Adicciones*, 20, 59-72.
- Oliveira, L.G., Pereira, L., Arantes, G. de Carvalho, J. Malbergier, A. de Andrade, V. y Guerra, A. (2009). Drug consumption among medical students in São Paulo, Brazil: influences of gender and academic year. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(3), 227-39.
- Plan Nacional sobre Drogas (2007). *Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar 2006-2007*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Rosenthal, T.L., Edwards, N. B. y Ackennan B. J. (1987). Students' self-ratings of subjective stress across 30 months of medical school. *Behaviour, Research and Therapy*, 25(2), 155-158.
- Sánchez-Anguila, A. (2007). Ansiedad ante los exámenes. *Jano*, 1655.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Sinha, R. Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction (2008). *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141, 105-130.
- Starcevic, V. y Bogojevic, G. (1997). Comorbidity of panic disorder with agoraphobia and specific phobia: relationship with the subtypes of specific phobia. *Compr Psychiatry*, 38, 315 - 320.
- Stein, D.J. (2005). *Manual Clínico de los trastornos de ansiedad*. Barcelona: Ars Médica.

ADECUACIÓN Y PROPUESTAS DE MEJORA DEL CONTENIDO SOBRE CREENCIAS INCLUIDO EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN UNIVERSAL.

Patricia Motos Sellés, M^a Teresa Cortés Tomás¹
y José A. Giménez Costa

Dpto. de Psicología Básica. Facultad de Psicología. Universitat de València.

¹Dpto. de Psicología Básica. Facultad de Psicología. Universitat de València.

*Grupo de Investigación PREVENGO. Universidad Miguel Hernández de
Elche.*

(Received/Recibido: 20/09/2010 Accepted/Aceptado: 12/11/2010)

RESUMEN

Este estudio muestra cómo ajustar el trabajo sobre creencias en una intervención preventiva con un colectivo de 330 jóvenes (12-18 años), partiendo de una identificación de las principales creencias que mantienen los jóvenes en la actualidad, a partir de recursos electrónicos y programas de prevención.

Se aprecian diferencias significativas en las creencias en función de la edad y el nivel de consumo, siendo las referidas al alcohol las más distorsionadas.

De ellas, algunas no se incluyen en los programas revisados y otras no lo hacen en todos. Las creencias identificadas sería adecuado trabajarlas desde el inicio de la secundaria, manteniendo algunas de ellas durante todo este ciclo (e.g. el alcohol no es una droga o combinar emborracha más) y disminuyendo la importancia de otras (e.g. el alcohol anima o el café quita la borrachera).

Correspondencia

Patricia Motos Sellés,
Facultad de Psicología, Universitat de València
Av. Blasco Ibáñez, 21. 46010-València
Tel. 96 398 35 35. Fax: 96 386 48 22
E-mail: patricia.motos@uv.es

Las creencias sobre cannabis no se incluyen en los programas de prevención revisados, pese a aparecer alteradas en los primeros cursos de la ESO.

Al atender al nivel de consumo es el grupo de bebedores y el de poli-consumidores los que muestran mayor grado de distorsión en todas las creencias, excepto en el caso del cannabis en el que destacan claramente estos últimos.

Palabras clave: creencias, adolescentes, alcohol, cannabis, prevención.

ABSTRACT

The study shows how to adapt beliefs work in prevention measures with a group of 330 youngs (12-18 years), starting on an identification of the core beliefs that young people keeps today, from electronic resources and programs prevention.

Significant differences in beliefs appear on age and level of consumption, and that referred to alcohol are the most distorted.

Of these, some are not included in the programs reviewed and others do not at all. The beliefs identified may work from the beginning of the secondary school, sustaining some of them during this cycle (eg alcohol isn't drug or mix different type of dinks make easiest drunkenness) and decreasing the importance of others (eg alcohol liven up or coffee removed drunkenness).

Cannabis beliefs are not included in reviewed prevention programs, although they were altered in the early years of secondary.

Referring to level of consumption drinkers and polydrugs users show a greater degree of distortion in all beliefs, except in the case of cannabis ones which clearly highlights on the seconds.

Key words: beliefs, adolescents, alcohol, cannabis, prevention.

INTRODUCCIÓN

Las principales encuestas epidemiológicas españolas (EDADES y ESTUDES), muestran desde hace unos años que las sustancias más consumidas y en las que se inician más pronto los jóvenes son las dos de comercio legal -tabaco y alcohol- y en tercer lugar el cánnabis. De ellas, la

que muestra un inicio más temprano es el tabaco (13,3 años), seguida por el alcohol (13,7 años), y finalmente el cánnabis (14,6 años) (OED, 2009).

Si se atiende a su prevalencia entre los jóvenes de 14 a 18 años, los datos indican un ligero descenso en el consumo esporádico de tabaco (alrededor de un 45% de jóvenes) y de cánnabis (cerca de un 35% de jóvenes). Sin embargo, el consumo durante el último mes de ambas sustancias se ha estabilizado -14,8% de adolescentes consumidores de tabaco y 20,1% de cánnabis- (ESTUDES, 2006, 2008).

En el caso del alcohol los datos indican un cambio de tendencia en los patrones de consumo. El descenso en dos puntos del porcentaje de consumidores durante los últimos 12 meses (de un 74,9% en 2006 a un 72,9% en 2008), no se ve reflejado en el porcentaje de jóvenes que afirman haber ingerido bebidas alcohólicas durante los últimos 30 días, el cual se mantiene alrededor del 58%. De estos jóvenes, el 99,8% informan consumir en fin de semana, apreciándose además un incremento en la frecuencia de borracheras que dicen haber experimentado, la cual ha pasado del 44,1 % en 2006, al 49,6 % en 2008. Estos resultados permiten afirmar que a pesar de mantenerse estable el número de jóvenes consumidores, estos realizan actualmente ingestas de mayor cantidad de alcohol en un menor número de horas (consumos concentrados).

Este mismo patrón se ha observado en diversos estudios europeos, motivo por el cual se alude a la existencia de un consumo juvenil homogéneo en toda Europa vinculado mayoritariamente a factores sociales y con fines psicotrópicos (Anderson y Baumberg, 2008; Comisión Clínica PNSD, 2007; Comisión Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria, 2007).

En líneas generales, este patrón de consumo generalizado presenta un inicio a edades cada vez más tempranas (los más jóvenes se inician alrededor de los 12,5 años), caracterizado por la ingesta de grandes cantidades de alcohol (la cantidad media ingerida en una ocasión suele superar los 60 gramos de alcohol), realizada mayoritariamente durante los fines de semana y en cortos períodos de tiempo (de 2 a 4 horas), con el objetivo de llegar a la embriaguez lo más rápidamente posible. Además suele combinarse en una alta proporción de casos el consumo de alcohol con el de otras sustancias, especialmente cánnabis (Cadaveira, 2010; Cortés, Espejo y Giménez, 2007, 2008, 2010).

Sin embargo, pese a la generalización de este nuevo patrón de consumo juvenil, no existe a día de hoy una única denominación para referirse al mismo, utilizándose diferentes términos: binge drinking, consumo en atracón, consumo concentrado, consumo intensivo de alcohol... (Anderson, 2007; Cortés, Espejo y Giménez, 2007, 2008, 2010; Farke y Anderson, 2007).

Esta nueva forma de consumir alcohol lleva asociada la aparición de problemas biopsicosociales a corto, medio y largo plazo. Por un lado, se aprecia repetidamente la relación entre la frecuencia con la que se realiza consumo intensivo de alcohol o binge drinking y la prevalencia de actividades de riesgo -e.g. dejar de lado responsabilidades, participar en peleas o discusiones, faltar a la escuela, conducir después de haber bebido, realizar conductas sexuales de riesgo...(Miller et al., 2007); lagunas de memoria (Anderson y Baumberg, 2006; Weshler, Davenport, Dowdall, Mowykens y Castillo, 1995); mayor dificultad para pensar con claridad (O'Malley, Johnston y Bachman, 1998) o para realizar correctamente tareas académicas (Brown y D'Amico, 2000; Navarrete, 2004).

Además, ya se dispone de diversa investigación en adolescentes que evidencia los cambios tanto funcionales como estructurales que genera el consumo de alcohol en elevadas cantidades sobre cerebros que todavía se encuentran en período de maduración (Cadaveira et al., 2010; Crego et al., 2010; Guerri, 2008). Es notoria su influencia en el área pre-frontal encargada de las funciones ejecutivas, la atención, planificación, flexibilidad cognitiva, toma de decisiones y autocontrol, así como sobre el hipocampo encargado de la memoria y el aprendizaje. Ambas zonas son de las últimas en madurar y por tanto más vulnerables a sufrir cambios con el abuso de alcohol que se produce a partir de los 12-13 años, pudiendo incluso llegar a experimentar modificaciones irreversibles (Guerri, 2008; Tapert y Brown, 1999).

Todos estos resultados derivados de la investigación justifican la importancia de las actuaciones preventivas que se realizan en nuestro país dirigidas a reducir la incidencia del consumo en población adolescente. Las medidas preventivas utilizadas en estos momentos trabajan diferentes aspectos que modulan la conducta de consumo, entre ellos las creencias que son claves, tanto en calidad de factor de riesgo en el inicio de cualquier consumo, como en calidad de factor de mantenimiento de un consumo ya iniciado en el que prime pensar que puede llevar

asociado el logro de ciertas metas, a pesar de tratarse de una creencia errónea (Flores, Melero y Soto, 2003). En líneas generales, las creencias son consideradas uno de los factores de carácter afectivo imprescindible en el trabajo de los programas de prevención universal escolar (Espada, Rosa y Méndez, 2003; Gázquez, García y Espada, 2009). La investigación concluye (Hawthorne, 2001; Newcomb y Earleywine, 1996; Sierra, Pérez, Pérez y Núñez, 2005) que a la base de cualquier consumo suelen aparecer con mayor frecuencia creencias irracionales, las cuales suelen acentuarse conforme se incrementa el consumo. Por este motivo, se esperan mayores distorsiones entre los consumidores más extremos.

Pero no puede obviarse el cambio que se ha experimentado en el modo de inicio y de consumo de alcohol por parte de los jóvenes. Esto ha generado la necesidad de adaptar los contenidos de los programas preventivos y dentro de ellos ajustar las creencias a esta nueva realidad.

Por ello, en el presente trabajo se parte de la revisión de las creencias trabajadas en los tres programas de prevención universal más utilizados en la Comunidad Valenciana: Barbacana, Órdago y Prevenir para vivir (tabla 1). A estas se han sumado otras recogidas de las diferentes bases de datos y revistas electrónicas sobre adicciones, con el fin de disponer del mayor número posible de creencias que se manejan en la actualidad. Los resultados derivados del análisis sobre el nivel de distorsión asociado a estas creencias en función de la edad y del patrón de consumo de alcohol realizado por los jóvenes, permitirá proponer mejoras para poder ajustar las actuaciones preventivas existentes.

Tabla 1. Recopilación de creencias trabajadas al menos en 2 de los programas preventivos utilizados en la Comunidad Valenciana

	Barbacana				Órdago				Prevenir para vivir			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Drogas legales menos peligrosas	X	X			X						X	
Consumir sólo los fines de semana, significa que controlas					X		X					X
Alcohol												
Ayuda a olvidar problemas	X	X	X	X		X						X
En pequeña cantidad previene problemas cardíacos			X	X		X						
Mejora la capacidad sexual y facilita las relaciones sexuales			X	X		X	X					

Ayuda a entrar en calor	X	X	X	X		X						X
Es un estimulante, te alegra y da marcha	X	X	X	X		X				X		
Ayuda a relacionarse y a ser más comunicativo y extrovertido	X	X	X	X						X	X	X
Alimenta y abre el apetito	X	X	X	X								X
No es tan peligroso como dicen			X	X			X				X	X
Tomar unas pocas cervezas no impide conducir						X	X			X		
Combinar diferentes tipos de bebida potencia los efectos			X	X							X	
Tabaco												
El tabaco no daña tanto como dicen	X	X	X	X	X	X		X	X		X	

MÉTODO

INSTRUMENTO DE MEDIDA

En primer lugar se revisaron diferentes estudios sobre el consumo de sustancias entre la población adolescente (Becoña y Mínguez, 2006; Pascual, 2002; Sánchez, 2005), el binge drinking (Anderson y Baumberg, 2006; Calafat, 2007; Cadaveira, 2009; Cortés, Espejo y Giménez, 2007, 2008, 2010) así como el contenido de los programas preventivos escolares de carácter universal más utilizados en la Comunidad Valenciana (Flores, Melero y Soto, 2004; García y López, 2001; Gázquez, García y Espada, 2009). A partir de la revisión se elaboró un instrumento de evaluación que diese cuenta del patrón de consumo realizado por el joven, su nivel de formación en temas de drogas y finalmente su nivel de acuerdo con diferentes afirmaciones que recogían el conjunto de creencias recopiladas.

La búsqueda de información sobre creencias relacionadas con las sustancias adictivas se realizó en bases de datos específicas sobre adicciones (CendocBogani y PNSD), así como en la base de datos PsycArticles donde se indexan trabajos de corte psicológico. También se efectuaron búsquedas electrónicas en diferentes revistas científicas (Adicciones, Trastornos Adictivos, Salud y Drogas, Psicothema...) y se recurrió a la revisión manual, tanto de los programas de prevención universal utilizados en la Comunidad Valenciana, como de las referencias bibliográficas

de los diferentes trabajos consultados. Una vez recopilada y revisada toda la información se elaboraron listados exhaustivos de creencias que posteriormente fueron agrupadas en función de la sustancia a la que se referían. Este listado fue administrado a una muestra reducida de alumnos de primero de Psicología de la Universitat de València (n=63) con el objetivo de probar su nivel de comprensión. De esta manera se llegó a la elaboración definitiva del instrumento utilizado en este estudio.

VARIABLES

Inicialmente se les pedía que indicaran si consumían o no diferentes sustancias (alcohol, tabaco, cannabis u "otras", en cuyo caso especificaban cuáles) a partir de tres alternativas de respuesta: no la consumo, la he probado alguna vez y la consumo actualmente. En aquellos casos en los que se consumía la sustancia se les preguntaba por la edad de inicio y por la frecuencia de consumo durante los últimos seis meses, utilizando en este caso una escala de respuesta Likert con 5 puntos: 1-Nunca, 2-Uno o dos fines de semana, 3-Tres o cuatro fines de semana, 4-Varios días a la semana y 5-Todos los días.

El consumo de tabaco y cánnabis se registró por números de cigarrillos y porros; mientras que en el caso del alcohol especificaban el número de vasos consumidos y el tipo de bebida. Posteriormente, se generó una nueva variable con los gramos de alcohol consumidos por cada sujeto entrevistado.

Finalmente, se midió su grado de acuerdo con 31 afirmaciones que aglutinaban las diferentes creencias identificadas. En este caso la escala de respuesta utilizada fue un continuo de 1 a 10 (desde "totalmente en desacuerdo" hasta "totalmente de acuerdo"). El contenido de las creencias versaba sobre la funcionalidad de la sustancia (e.g., el alcohol te hace entrar en calor; te ayuda a tener relaciones sexuales más satisfactorias; te anima cuando estas de bajón; mejora tus relaciones sociales al volverte más comunicativo y extrovertido); la actitud de "rebeldía" frente a lo impuesto (e.g., los jóvenes consumen cánnabis porque es ilegal); el conocimiento del metabolismo de la sustancia (e.g., los efectos de dos cubatas duran más o menos una hora; el lunes es imposible detectar el consumo de porros del fin de semana); el grado de peligrosidad que se le otorga a la sustancia (e.g., el alcohol no es una droga; fumar cánnabis es menos perjudicial que fumar tabaco; no hay peligro

cuando se bebe por debajo del límite legal permitido; el cánnabis es inofensivo porque proviene de una planta natural); el grado de control subjetivo (e.g., se necesita beber mucho alcohol para llegar a afectar al organismo; hay gente que sabe beber y no se emborracha por mucho que beba) y las estrategias para reducir los efectos tóxicos de la sustancia (e.g., el café ayuda a quitarte la borrachera).

PROCEDIMIENTO

La administración del cuestionario se realizó durante el curso académico 2009 en un IES de la provincia de Alicante en el que en su Programación General Anual no contempla medidas preventivas en drogodependencias. Una vez se dispuso del consentimiento del Jefe de Estudios se realizaron los pases a todos los alumnos de cada nivel (desde 1º de la ESO hasta 2º de Bachillerato). Concretamente se llevaron a cabo en las clases de tutorías, dentro del horario lectivo, estando presente uno de los investigadores. La participación fue voluntaria y anónima, aunque hay que advertir que ninguno de los jóvenes se negó a participar.

MUESTRA

Se entrevistaron 330 jóvenes entre 12 y 18 años, 169 varones (51,2%) y 161 mujeres (48,8%). Un 10% de 12 años, un 17,3% de 13 años, un 18,5% de 14 años, un 14,3% de 15 años, un 19,5% de 16 años, un 14% de 17 años y un 6,4% de 18 años

ANÁLISIS DE DATOS

Se realizaron tablas de frecuencias y estadísticos descriptivos para obtener información sobre las sustancias que consumen, la frecuencia con la que lo hacen en los últimos 6 meses y en una semana habitual y la edad en la que empezaron a consumirlas. Posteriormente, para comprobar cuáles eran las creencias con las que estos adolescentes mostraban un mayor acuerdo; se llevó a cabo un análisis de varianza (ANOVA), considerando como variable independiente la edad de los adolescentes y como variable dependiente cada una de las creencias evaluadas. En los casos en que el resultado fue significativo, se realizaron pruebas a posteriori (Tukey) que mostrasen dónde se encontraban las diferencias.

Para evaluar posibles diferencias en función del consumo realizado por estos jóvenes, se generó una nueva variable "Tipo de Consumidor"

con tres niveles: 1-No consumidor, 2-Consumidor de alcohol y 3-Policonsumidor (combina alcohol con el consumo de tabaco, cannabis o ambos). Seguidamente, se realizó un ANOVA tomando como variable independiente el tipo de consumidor y como variable dependiente las creencias. Al igual que en el caso anterior, en aquellos casos en los que se obtuvieron diferencias significativas se realizaron pruebas a posteriori (Tukey).

RESULTADOS

Seguidamente se muestran los principales resultados obtenidos diferenciados en tres apartados:

PATRÓN DE CONSUMO

El alcohol es la sustancia más consumida entre los jóvenes entrevistados (58,5%; n=194), seguida por el tabaco (24,5%; n=81) y el cannabis (20%; n=66).

La edad media de inicio en el consumo de alcohol y tabaco coincide situándose en ambos casos en 12,8 años. Aproximadamente un año más tarde (Md= 14,03 años) se inician en el cannabis.

El consumo de alcohol, tabaco y cannabis se distribuye de manera similar a lo largo de los últimos 6 meses. Además, suele tratarse de un consumo de fin de semana (tabla 2), no observándose cambios significativos en función del género. Destaca de manera notoria el sábado como día de mayor consumo de las tres sustancias.

Tabla 2. Distribución semanal del consumo.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Alcohol gramos (n)	22 (5)	13,33 (6)	15,00 (6)	14,29 (7)	37,94 [V:33,51; M:43,23] (68)	76,95 [V:75,32; M:78,75] (151)	20,00 (18)
Tabaco nº cig. (n)	5,22 (54)	5,38 (52)	5,31 (54)	5,42 (52)	6,83 [V:6,09;M:7,63] (63)	8,12 [V:6,86; M:9,31] (76)	6,31 (48)
Cannabis nº porr (n)	2,32 (19)	2,31 (16)	2,43 (14)	2,31 (16)	2,49 [V:2,89; M:2,06] (37)	3,45 [V:3,57; M:3,24] (58)	3,19 (26)

CREENCIAS EN FUNCIÓN DE LA EDAD

En la tabla 3 se incluyen las creencias en las que los jóvenes difieren en función de su edad. En ella se diferencian dos partes. En la mitad superior se recogen las creencias que se trabajan actualmente en los programas de prevención de la Comunidad Valenciana, y en la mitad inferior aquellas que no son contempladas.

Tabla 3. Creencias en las que existen diferentes niveles de acuerdo entre los jóvenes entrevistados en función de la edad.

	12	13	14	15	16	17	18	F	Sig.(1)
El alcohol mejora tus relaciones sociales al volverte más comunicativo y extrovertido	4,48	4,32	5,08	5,85	6,19	6,46	6,62	3,861	0,001
El alcohol anima cuando estas de bajón	5,36	6,28	5,46	5,11	4,33	3,76	4,76	3,421	0,003
Mezclar diferentes tipos de bebida emborracha más	6,39	6,68	6,93	7,83	7,97	8,54	7,48	3,173	0,005
No hay peligro cuando se bebe por debajo del límite legal permitido	6,36	6,98	5,43	5,47	5,14	4,30	4,38	3,922	0,001
El alcohol no es una droga	5,67	6,33	7,82	7,85	8,31	8,87	8,24	5,791	0,000
El café ayuda a quitarte la borrachera	5,70	6,00	5,16	4,15	4,17	3,04	3,57	6,087	0,000
Los efectos de dos cubatas duran más o menos una hora	6,45	5,56	4,79	5,47	4,72	4,85	4,38	2,662	0,016
Hay gente que sabe beber y no se emborracha por mucho que beba	5,33	5,05	5,74	4,96	4,36	3,72	3,76	2,129	0,032
El lunes es imposible detectar el consumo de porros del fin de semana	5,27	5,04	3,87	4,47	3,44	2,17	3,00	5,952	0,000

(1) Cuando en el texto se haga referencia a diferentes significaciones de las pruebas a posteriori, tan sólo se indicará la que resulte mayor, siempre teniendo en cuenta que el resto de significaciones serán inferiores a la enunciada.

Al revisar las creencias trabajadas en los programas de prevención, se observa cómo los jóvenes de mayor edad (16 y 17 años), en comparación con los de 13 años ($p < 0,020$), opinan en mayor grado que beber ayuda a tener una mejor relación con los iguales, al facilitar la comunicación y la extroversión.

Asimismo, al considerar las consecuencias que pueden derivarse de la combinación de diferentes tipos de bebida, los adolescentes de 17 años creen en mayor medida que los grupos de 12 y 13 años, que esto facilita llegar más fácilmente a la embriaguez ($p < 0,026$).

En cambio, los adolescentes de menor edad (13 años), en comparación con los mayores de 16 y 17 años ($p < 0,016$), aceptan en mayor medida que el consumo de alcohol va a permitirles mejorar su estado de ánimo.

Además, son también estos jóvenes de 13 años, en comparación con los grupos de mayor edad (16 a 18 años), los que manifiestan con mayor intensidad que no hay peligro en conducir si se ha bebido por debajo del límite legal permitido ($p < 0,034$).

También es este colectivo de 13 años, junto al de 12 años, el que considera en mayor grado que puede quitarse la borrachera recurriendo al consumo de café ($p < 0,017$), por encima de grupos mayores que ellos (15 a 18 años).

Una de las creencias más distorsionada conforme se incrementa la edad es el poco reconocimiento que se tiene del alcohol como una droga. Esta tendencia es más notoria a partir de los 14 años ($p < 0,010$).

Entre las creencias no incluidas en estos momentos en las actuaciones preventivas, se observan diferencias en aspectos relacionados con la duración de los efectos derivados del consumo. Concretamente, el colectivo de 12 años cree con mayor firmeza, en comparación con los grupos de 14 y 16 años ($p < 0,048$), que el consumo de dos "cubatas" desaparece pasada una hora.

Otra de las creencias que muestran diferencias entre el colectivo de jóvenes (14 años) frente al de mayores (17 años) es pensar que las personas que consumen elevadas cantidades de alcohol sin parecer intoxicadas es porque han aprendido a beber ($p < 0,035$).

Respecto a creencias asociadas al consumo de cannabis, señalar que los colectivos de 12, 13 y 15 años creen con mayor firmeza que es imposible

detectar el consumo de esta sustancia pasadas 24 horas desde la última ingesta ($p < 0,005$), en relación con los adolescentes de 17 años.

CREENCIAS EN FUNCIÓN DEL CONSUMO

En la tabla 4 se recogen las creencias más relevantes organizadas en función del tipo de consumo que realizan los jóvenes. Al igual que en la tabla anterior en la parte superior se recogen aquellas creencias trabajadas en los programas revisados y en la parte inferior las que no se contemplan en los mismos.

Tabla 4. Creencias distorsionadas en los tres grupos y aquellas en las que se aprecian diferencias significativas en función del tipo de consumidor.

	No cons	Cons de alcohol	Policons	F	Sig.
El alcohol te hace entrar en calor	6,69	7,09	7,38		
Uno puede dejar de fumar cuando quiera	5,02	5,09	5,88		
El alcohol mejora tus relaciones sociales al volverte más comunicativo y extrovertido	6,47	7,60	7,36	11,185	0,000
Mezclar diferentes tipos de bebida emborracha más	6,82	8,04	8,07	7,250	0,001
El alcohol no es una droga	6,78	8,81	8,21	13,094	0,000
No hay peligro cuando se bebe por debajo del límite legal permitido	6,07	4,47	5,40	6,328	0,002
Fumar tabaco relaja	2,98	3,12	5,18	23,263	0,000
Fumar cánnabis es menos perjudicial que fumar tabaco	3,71	3,64	6,01	16,662	0,000
El cánnabis tiene efectos terapéuticos por lo que es bueno fumarse un porro de vez en cuando	5,32	5,38	7,28	11,531	0,000

En primer lugar destacar dos creencias en las que todos los consumidores muestran una distorsión independientemente del tipo de consumo

que realizan. Una se refiere a la sensación subjetiva de aumento de temperatura corporal tras el consumo de alcohol y la otra a la facilidad de abandonar el hábito de fumar.

Respecto a las creencias que sí muestran diferencias en función del consumo y que se trabajan en los programas de prevención, los dos colectivos de consumidores, creen con mayor intensidad ($p < 0,001$) que beber alcohol les puede facilitar las relaciones sociales con iguales. Además, opinan con mayor firmeza que combinar diferentes tipos de bebida facilita llegar a la borrachera ($p < 0,008$) y que el alcohol no puede catalogarse como una droga ($p < 0,002$). En cambio, el colectivo de no consumidores cree que no hay peligro en coger el coche mientras no se supere el límite legal permitido en contra de la opinión de los consumidores de alcohol ($p < 0,001$).

Al revisar las creencias sobre tabaco es el colectivo que realiza este tipo de consumo (policonsumidores) el que opina en mayor grado que los otros dos colectivos que fumar ayuda a relajarse ($p < 0,000$).

Entre las creencias no tratadas en los programas preventivos, los policonsumidores, opinan que fumar cánnabis es menos perjudicial que fumar tabaco ($p < 0,000$) y que tiene efectos terapéuticos por lo que es bueno fumarse algún porro de vez en cuando ($p < 0,000$).

DISCUSIÓN

En general, la muestra analizada presenta un patrón de consumo generalizado de fin de semana, que se distribuye de manera uniforme a lo largo de los meses, habiéndose iniciado en edades similares a las del resto de jóvenes europeos.

Un aspecto sobre el que es importante incidir es el relacionado con la realidad presente en la aplicación de medidas preventivas en centros educativos. Es frecuente encontrar instituciones, como la evaluada en este trabajo, en las que no se planifica ninguna intervención y otras en las que las actuaciones son de carácter puntual, limitado y sin continuidad temporal garantizada (Bühler y Kröger, 2006; Gázquez, García y Espada, 2009; McGrath et al., 2006).

Respecto a la evaluación de las diferentes creencias, destacar que las creencias en las que se alcanza una mayor distorsión se refieren a la sustancia más consumida por los jóvenes que es el alcohol. Concretamente,

en todos los niveles de edad se requiere trabajar las creencias relacionadas con: “el alcohol no es una droga”, “combinar diferentes tipos de bebida emborracha más” y “el alcohol mejora tus relaciones sociales al volverte más comunicativo y extrovertido”. En todos los casos el grado de acuerdo entre los adolescentes es elevado, observándose un aumento progresivo del nivel de distorsión a medida que avanza la edad.

Al revisar los programas de prevención, tan sólo la última de estas creencias se trabaja en el momento adecuado en los dos programas que la contemplan (Prevenir para Vivir y Barbacana). Las otras dos creencias, a pesar de ser las más distorsionadas, se trabajan en momentos inadecuados. Ambas se introducen en el segundo ciclo de secundaria (3º y 4º de la ESO), cuando lo adecuado sería introducirlas dos cursos antes. Además, dada la relevancia de estas creencias, sería importante que todos los programas las incluyesen, mejorándose de esta manera la situación actual.

Las creencias a trabajar en los primeros cursos de la ESO, al ser en este momento donde muestran una mayor distorsión son: “El alcohol anima cuando estas de bajón”, “No hay peligro cuando se bebe por debajo del límite legal permitido” y “El café ayuda a quitarte la borrachera”. Al igual que en el caso anterior se necesita una revisión del momento en el que se trabajan estas creencias en todos los programas evaluados. El Órdago es el único programa que contempla las tres creencias en segundo de la ESO, aunque sería importante que también las introdujese en el curso previo. Los otros dos programas sólo contemplan una de las tres creencias.

El Prevenir para Vivir únicamente recoge la creencia “No hay peligro cuando se bebe por debajo del límite legal permitido” en segundo de la ESO, motivo por el cual la recomendación anterior sirve para este mismo caso.

Por otra parte, el Barbacana únicamente recoge la creencia “el alcohol anima cuando estas de bajón”, incluyéndola a lo largo de toda la ESO. En este caso la trayectoria descendente de la distorsión recomienda trabajar otras creencias más relevantes en los últimos cursos de la ESO.

Entre las creencias no recogidas en los programas de prevención revisados que sería interesante introducir destaca “los efectos de dos cubatas duran más o menos 1 hora”. Esta creencia debido a su notoriedad en jóvenes de 12 años sería recomendable incluirla en el último curso de primaria. Además, atendiendo a su trayectoria en la que se observa una presencia estable a lo largo del tiempo, sería importante mantenerla a lo

largo de todos los niveles, aunque con menor intensidad que la otorgada a creencias más distorsionadas.

Algo similar ocurre con la creencia "Hay gente que sabe beber y no se emborracha por mucho que beba" con la única peculiaridad que su mayor peso se da a los 14 años, lo que permite poder trabajarla en primer curso de secundaria. Si bien, dada su trayectoria debería, al igual que en el caso anterior, incidirse en ella a modo de recordatorio a lo largo de todos los niveles.

Además, sería recomendable trabajar creencias relacionadas con el consumo de cánnabis a partir del último curso de primaria, al apreciarse que existe un mayor grado de distorsión en aspectos relativos a la duración y efectos del cánnabis en adolescentes de secundaria. Es importante darle entrada a las creencias del consumo de esta sustancia si se tiene en cuenta que es la tercera más consumida por los adolescentes y que a pesar de ello no se incluye de manera formal en los contenidos de los programas de prevención manejados.

Si se atiende a las diferencias en las creencias en función del consumo realizado, en general se observa mayor distorsión entre los consumidores, lo que indica la importancia de incidir con mayor intensidad sobre estos colectivos. Sin embargo, algunas de las creencias aunque se encuentran más distorsionadas entre los consumidores, también reflejan cierto grado de distorsión entre los no consumidores, por lo que sería interesante incidir sobre todos los colectivos. Concretamente, es importante matizar las consecuencias socializadoras derivadas del consumo de alcohol, insistiendo en cómo el alcohol influye en las relaciones sociales presentando la diferenciación entre pequeñas cantidades de alcohol (efecto euforizante) y grandes cantidades (efecto depresor) junto con la importancia del tiempo consumido, regularidad, peso, disponibilidad.... De igual forma, atender a cuestiones relacionadas con los efectos esperados tras la combinación de diferentes tipos de bebida. En este caso sería interesante remarcar la velocidad de absorción del alcohol y los factores que influyen sobre la misma, así como el proceso de metabolización.

Además, tener en cuenta el grado de atribución errónea que se tiene del alcohol, insistiendo en el concepto científico de lo que significa este término y porqué se le considera una droga igual que las demás (tabaco, cocaína o heroína).

Una creencia que muestra un nivel similar e importante de distorsión en los tres grupos evaluados es la referida a la sensación de aumento

de temperatura corporal tras el consumo de alcohol (“Te hace entrar en calor”). En este caso es importante hacer hincapié en los tres colectivos en que el alcohol provoca el efecto contrario, ya que produce una vasodilatación periférica. Por lo que llega más sangre a la piel, calentándola y provocando una sensación subjetiva de calor, al tiempo que se acelera la pérdida de calor del organismo.

Por otra parte, destacar la mayor distorsión existente en las creencias relacionadas con el consumo de tabaco y cánnabis entre el colectivo de policonsumidores. Es precisamente este colectivo en el que tendrá que trabajarse con mayor profundidad cuestiones que hacen referencia a los efectos terapéuticos e inocuos del cánnabis, aportando información sobre la procedencia de la planta, la composición de la sustancia, los efectos físicos y psicológicos en el organismo, qué tipo de efectos terapéuticos se le atribuye y sobre qué población y edades concretas. También es importante reforzar entre los policonsumidores, aunque su nivel de distorsión es similar al de los otros dos colectivos, la dificultad de dejar el tabaco cuando uno quiere. En este caso sería idóneo insistir en el fuerte poder adictivo que provoca esta sustancia por la rapidez en que afecta al cerebro, causando rápidamente una pérdida de control en el sujeto y como consecuencia un aumento progresivo de su consumo.

Los resultados obtenidos en este trabajo permiten detectar las necesidades de intervención sobre el colectivo de estudiantes evaluados en creencias distorsionadas, al tiempo que sugieren la importancia de variar el momento temporal (curso académico) en el que se trabajan algunas de estas creencias en los programas de prevención e incluso introducir algunas no contempladas en estos momentos. Todo ello permitirá fortalecer y ajustar la intervención sobre creencias en las edades en las que se detecta un mayor nivel de riesgo. Además es importante insistir en los aspectos a trabajar con mayor intensidad entre los consumidores debido a que constituyen un colectivo de mayor riesgo de permanecer y progresar a lo largo del proceso adictivo.

Sería adecuado ampliar este estudio a otros colectivos de estudiantes de manera que se pudiese justificar con mayor potencia estadística la necesidad de introducir los cambios en los programas de prevención universal evaluados. Por el momento, tan sólo permite ejemplificar cómo realizar un análisis de creencias distorsionadas para poder adaptar el contenido a tratar en un colectivo determinado y ofrecer unos primeros

resultados que marcan la necesidad de adaptar los contenidos de los programas en los contenidos que trabajan.

REFERENCIAS

- Anderson, P. y Baumberg, B. (2006). *El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública*. Reino Unido: Institute of Alcohol Studies.
- Becoña, E. y Míguez, M.C. (2006). Consumo de tabaco y alcohol en la población escolar de Galicia. *Revista Española de Drogodependencias*, 31, 46-56.
- Brown, S.A. y D'Amico, E.J. (2000). Facilitating adolescent self-change for alcohol problems: A multiple brief intervention approach. Presentado en *108th Annual Convention on the American Psychological Association*. Washington.
- 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, 217-223.
- Calafat, A. y Becoña, E. (2005). ¿Se puede prevenir el consumo de heroína? *Adicciones*, 17, 299-317.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. y Becoña, E. (2007). Vida recreativa nocturna de los jóvenes españoles como factor de riesgo frente a otros más tradicionales. *Adicciones*, 19, 125-131.
- Cortés, M.T. (2006). Realidad del fenómeno botellón: ¿hacia dónde vamos? Comunicación presentada en el *20 Congreso Sociedad, Familia y Drogas (FAD)*. Valencia.
- 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. y Giménez, J.A., Mestre, M.V., y Samper, P. (2007). ¿Se corresponden las alternativas con las necesidades reales? Presentado en *XXXIV Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*. Valencia.
- Crego, A., Rodríguez, S., Parada, M., Mota, N., Corral, M. y Cadaveira, F. (2010). Reduced anterior prefrontal cortex activation in young binge drinkers during a visual working memory task. *Drug and Alcohol Dependence* 109, 45-56.
- De la Villa, M., Rodríguez, F.J. y Sirvent, C. (2005). Motivaciones de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de diferencias intergénero y propuesta de un continuum etiológico. *Adicciones*, 17, 105-120.

- De la Villa, M., Rodríguez, F.J., Ovejero, A. y Sirvent, C. (2009). Cambios actitudinales y reducción del consumo de alcohol en adolescentes a partir de un programa de intervención psicosocial. *Adicciones*, 21, 207-220.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2007). *Informe sobre el alcohol en España*. Madrid: DGPNSD.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2008). *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España* (EDADES, 2008). Madrid: DGPNSD.
- Dusenbury, L. y Falco, M. (1995). Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health*, 65, 420-425.
- Espada, J.P., Méndez, F.X. y Hidalgo, M.D. (2000). Consumo de alcohol en escolares: descenso de la edad de inicio y cambios en los patrones de ingesta. *Adicciones*, 12, 57-64.
- Espada, J.P., Rosa, A.I. y Méndez, F.X. (2003). Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva. *Salud y drogas*, 3, 61-81.
- Farke, W. y Anderson, P. (2007). El consumo concentrado de alcohol en Europa. *Adicciones*, 19, 333-340.
- Fernández, J., Álvarez, E., Secades, R., Jiménez, J.M., Cañada, A., Donate, I., Fernández, J. R. y Vallejo, G. (2008). Consumo de drogas de síntesis en estudiantes de secundaria del principado de Asturias. *Adicciones*, 15, 31-37.
- Flores, R., Melero, J.C. y Soto, M. (2004). *Órdago, afrontar el desafío de las drogas*. Bilbao: EDEX.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2004). *Prevenir para Vivir*. Madrid: FAD.
- García, J.A. y López, C., (2001). *Barbacana. Guía Técnica*. Valencia: Conselleria de Benestar Social. Generalitat Valenciana.
- Gázquez, M., García, J.A. y Espada, J. (2009). Características de los programas eficaces para la prevención escolar del consumo de drogas. *Salud y Drogas*, 9, 185-208.
- Hawthorne, G. (2001). Drug education: myth and reality. *Health and Addictions*, 20, 111-119.
- Infante, C. y Rubio, J.M. (2004). La prevalencia del consumo de tabaco en España. *Adicciones*, 16, 59-72.
- Jiménez-Muro, A., Beamonte, A., Marqueta, A, Gargallo, P. y Nerín, I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes de primer curso. *Adicciones*, 21, 21-28.
- Mendieta, S. y Pascual, C. (2002). Sobre el alcohol, los jóvenes y la corresponsabilidad. *Salud y Drogas*, 2, 105- 234.

- Miller, J.W., Naim, T.S., Brewer, R.D. y Everett, S. (2007). Binge Drinking and associated health risk behaviors among high school students. *Pediatrics*, 119, 76-85.
- Moreno, J.A., Moreno, R. y Cervello, E. (2009). Relación del autoconcepto físico con las conductas de consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Adicciones*, 21, 147-157.
- Muñoz-Rivas, M., Andreu, J.M. y Gutiérrez, P. (2005). Género y continuidad en el consumo de alcohol, tabaco y cánnabis en jóvenes. *Salud y drogas*, 5, 67-80.
- Navarrete, L. (2004). *Juventud y drogas: 4 estudios sociológicos comparados*. Madrid: Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.
- Newcomb, M. y Earleywine, M. (1996). Intrapersonal contributors to drug use. *American Behavioral Scientist*, 39, 823-837.
- Observatorio Español sobre Drogas (2009). Encuesta Estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 1994-2008. En OED: *Informe 2009*, Madrid: DGPNSD. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- O'Malley, P.M., Johnston, L.D. y Bachman, J.G. (1998). Alcohol use among adolescents. *Alcohol, Health and Research World*, 22, 85-93.
- Pascual, F. (2002a). Imagen social de las bebidas alcohólicas. *Adicciones*, 14, supl.1, 115-122.
- Pascual, F. (2002b). Percepción del alcohol entre los jóvenes. *Adicciones*, 14, supl.1, 123-131.
- Rial, A., Torrado, N. y Varela, J. (2008). Orientación hacia la salud y consumo de drogas en la población juvenil. ¿Es realmente eficaz la prevención actual? *Salud y drogas*, 8, 173-188.
- Rodríguez, A., Hernán, M., Cabrera, A., García, J.M. y Romo, N. (2007). ¿Qué opinan los adolescentes y jóvenes sobre el consumo de drogas recreativas y las conductas sexuales de riesgo? *Adicciones*, 19, 153-168.
- Sánchez, L. (2004). *Los jóvenes y las drogas de síntesis (guía para la prevención del consumo del consumo de riesgo)*. Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia en las Drogodependencias. Comunidad de Madrid: Agencia Antidroga.
- Sánchez, L. (2005). *El cánnabis y los jóvenes, ¿te lo sabes todo?* Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia en las Drogodependencias. Comunidad de Madrid: Agencia Antidroga.
- Sierra, D., Pérez, M., Pérez, A. y Núñez, M. (2005). Representaciones sociales en jóvenes consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones*, 17, 349-360.

- Tapert, S.F. y Brown S.A. (1999). Neuropsychological correlates of adolescent substance abuse: Four-year outcomes. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 5, 481-493.
- Tovar, R. (1998). *La problemática de las drogas (mitos y realidades)*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

IMPORTANCIA DE LA FIDELIDAD EN LA IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS ESCOLARES PARA PREVENIR EL CONSUMO DE DROGAS.

Mónica Gázquez Pertusa, José A. García del Castillo
e Isaac Ruiz Alfaro
*Grupo de Investigación PREVENGO. Universidad Miguel Hernández
de Elche.*

(Received/Recibido: 04/12/2010 Accepted/Aceptado: 02/02/2011)

RESUMEN

La fidelidad de la implementación hace referencia al grado con el que una intervención se aplica tal y como se ha diseñado. Implementar las intervenciones basadas en la evidencia empírica con una elevada fidelidad constituye un aspecto clave en la diseminación de programas a contextos reales, puesto que los efectos de los programas disminuyen cuando los programas se ejecutan sin una adecuada adherencia al protocolo diseñado. En este estudio se define el concepto de fidelidad y las dimensiones que lo componen. A su vez, se revisan los aspectos más relevantes relacionados con la fidelidad en la implementación de programas de prevención escolar para el consumo de drogas. Por último, se discute la importancia de aumentar nuestro conocimiento sobre el proceso de implementar las innovaciones de la ciencia en la práctica cotidiana.

Palabras clave: Prevención, programas escolares, drogas de abuso, implementación, fidelidad.

Correspondencia

Mónica Gázquez Pertusa
Departamento de Psicología de la Salud
Universidad Miguel Hernández de Elche.
Avda. de la Universidad, s/n, 03202 Elche (Alicante)
Teléfono: + 34 96-6658312 Fax: 34 96-6658904
Email: mgazquez@umh.es

ABSTRACT

Implementation fidelity refers to the degree to which an intervention is delivered as intended. Implement evidence-based interventions with high fidelity is a key issue in the dissemination of programs to real life contexts, since the effects of the programs diminish when programs are implemented with poor fidelity to the protocol designed. This study defines the concept of fidelity and its component dimensions. In turn, we review the most relevant aspects related to implementation fidelity of school-based substance use prevention programs. Finally, it is discussed the importance of increasing our knowledge about the process of implementing the innovations of science in daily practice.

Key-Words: Prevention, school-based programs, drug abuse, implementation, fidelity.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los últimos decenios se han desarrollado numerosos y consistentes avances en la prevención escolar del consumo de drogas, que ponen de relieve la eficacia para prevenir o reducir el consumo de sustancias en la adolescencia, de muchos de los programas diseñados (Faggiano, et. al., 2008; La Torre, Chiarandia y Ricciardi, 2005; Lemstra et.al., 2010; Rohrbach, Dent, Skara y Sussman, 2007). De igual modo, en la actualidad disponemos de numerosos estudios sobre los componentes claves que deben incluir los programas preventivos. De esta manera, la literatura especializada muestra que obtienen mejores resultados los programas interactivos, enmarcados en aproximaciones basadas en los modelos de influencia social (Skara y Sussman, 2003; Tobler et al., 2000), que integran información y competencias personales como las habilidades sociales, de rechazo ante la presión grupal, de negociación y de resolución de problemas (Coggans, Cheyne, Mckellar, 2003; Faggiano, et. al., 2005; 2008; Lemstra et.al., 2010; Winters, Fawkes, Fahnhorst, Botzet, y August., 2007). Además de incluir componentes como el compromiso público de no consumir drogas en un futuro (Cuijpers, 2002; Hansen, Dusenbury, Bishop y Derzon, 2007) y sesiones de recuerdo que refuercen los aprendizajes adquiridos tras la aplicación de los programas (Flay,

2000; Lloyd, Joyce, Hurry y Ashton, 2000; McBride et al., 2001; Shope et al., 2001; Skara y Sussman, 2003).

Sin embargo, aún en muchas escenas escolares se continúan aplicando programas preventivos que no se han evaluado de manera rigurosa y/o que no han obtenido buenos resultados (Ennet, et al., 2003; Gottfredson, Gottfredson y Czeh, 2000; Halfors y Godette, 2002; Kellam, y Langevin, 2003; McGrath, Sumnall, McVeigh y Bellis, 2006; Ringwlat, et. al., 2009; Rohrbach, Rignwalt, Ennett, y Vincus, 2005; Wilson, Gottfredson y Najaka, 2001). E incluso, cuando se utilizan programas que han demostrado su eficacia, en muchas ocasiones, no se obtienen los resultados esperados (Harrington, Giles, Hoyle, Feeney y Yungbluth, 2001; Komro et al. 2006; St. Pierre et al. 2005), debido, en parte, a que con frecuencia estos programas eficaces no se aplican con una elevada fidelidad y adherencia a los protocolos diseñados (Gottfredson y Gottfredson, 2002; Halfors y Godette, 2002; Kumpfer y Alvarado, 2003) lo que disminuye su impacto sobre el consumo y las variables que lo median.

Por tanto, todavía nos encontramos frente al desafío de asegurar que los programas que han mostrado su eficacia, sean diseminados a gran escala y mantenidos a lo largo del tiempo, obteniendo los mismos efectos positivos que alcanzaron en los ensayos de investigación donde demostraron su eficacia. En general, en el ámbito de la prevención del consumo de drogas se constata especialmente la necesidad de trasladar las intervenciones eficaces desarrolladas en la investigación a las escenas de la práctica real (Rohrbach, Grana, Valente, y Sussman, 2006), reconociéndose ampliamente que el desarrollo de intervenciones eficaces constituye sólo un primer paso hacia la reducción de la prevalencia del consumo de drogas y el aumento de la salud de la población (Durlak y Dupre, 2008).

En este sentido, hoy contamos con un mayor conocimiento sobre el impacto de los programas preventivos cuando son aplicados bajo óptimas condiciones en las que los investigadores poseen un elevado control sobre su implementación, disponen de amplios recursos y los aplicadores o monitores son entrenados y supervisados, que cuando estos programas son aplicados bajo condiciones menos controladas, como por ejemplo las que tienen lugar cuando se diseminan ampliamente.

Por este motivo, una clave para entender cómo los avances en la investigación pueden ser traducidos a prácticas exitosas reside en la comprensión de cómo los programas pueden ser implementados de manera que

se mantenga la calidad y se alcancen los objetivos propuestos (Dusenbury, Brannigan, Falco y Hansen, 2003).

FIDELIDAD EN LA IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS

Podemos definir como implementación de un programa o intervención a la aplicación del conjunto de actividades específicas diseñadas para poner en práctica una actividad o programa de dimensiones conocidas (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman y Wallace, 2005). De acuerdo con esta definición, la fidelidad hace referencia al hecho de que un programa, fuera del contexto investigador, sea implementado de la misma manera en la que fue aplicado durante los ensayos de investigación en los que se evaluó su eficacia (ensayos de eficacia), o en ausencia de tales estudios si el programa es aplicado tal y como se ha diseñado (Stith, et al., 2006).

A este respecto, y pese a que permanece sin dilucidar cuál es el apropiado balance que debe existir entre una fidelidad estricta a los protocolos diseñados o una adaptación de los programas a las condiciones contextuales y/o necesidades de la población diana, en la literatura encontramos muchas sugerencias encaminadas a resaltar que una elevada fidelidad al protocolo diseñado conlleva mejores resultados (Derzon, Sale, Springer y Brounstein, 2005; Dusenbury y Hansen, 2004; Durlak y DuPre, 2008; Elliot y Mihalic, 2004; Fixsen et. al., 2005; Griffin, Mahadeo, Weinstein, y Botvin, 2006; Mihalic, Irwin, Elliot, Fagan y Hansen, 2001; Pentz, 2004; Sanders, Turner y Markie-Dadds, 2002).

En este sentido la fidelidad con la que un programa se implementa es un factor que puede impactar en la relación existente entre las intervenciones aplicadas y los resultados esperados (Carroll et al., 2007). De esta manera, la fidelidad se constituye como un componente clave para la transferencia y diseminación a gran escala de las intervenciones basadas en la evidencia.

LA IMPORTANCIA DE VALORAR LA FIDELIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN

En el actual contexto de transferencia de las innovaciones desarrolladas en la investigación, es imprescindible realizar una evaluación precisa del valor potencial de las nuevas intervenciones. Esta valoración es imposible si no se atiende adecuadamente al proceso de implementación,

puesto que si desconocemos qué aspectos de la intervención han recibido los participantes y cómo han sido aplicados, no podremos obtener conclusiones válidas y precisas. En efecto, analizar la fidelidad con la que se aplica un programa es necesario para asegurar la validez interna y externa (Durlak y DuPre, 2008), y por tanto para poder interpretar los resultados obtenidos de forma apropiada (Perepletchikova y Kazdin, 2005).

Siguiendo a autores como Durlak y Dupre (2008) y Dusenbury et al. (2003), podemos destacar diversas razones que justifican el coste invertido en realizar una adecuada monitorización de la fidelidad con la que se implementan los programas.

En primer lugar, sin una valoración de la implementación es difícil discernir porqué se obtienen unos determinados resultados, existiendo el potencial riesgo de caer en el denominado error tipo III (Dobson y Cook, 1980). Si se producen alteraciones al aplicar un programa tal y como se había diseñado, los efectos hallados pueden atribuirse erróneamente a una ineficacia del programa, cuando de hecho este no ha sido implementado correctamente. Realizando una evaluación de la fidelidad, podremos delimitar si la ausencia de efectos (o la presencia de efectos contradictorios) se deben a una mala aplicación o a deficiencias propias del programa.

Otra importante razón para atender al proceso de implementación radica en que los datos sobre la fidelidad nos proporcionan información relevante para valorar los fundamentos teóricos y la metodología que implícitamente sustentan un programa. Para valorar la importancia teórica de los diversos componentes que articulan un programa, necesitamos tener la certeza de que han sido correctamente administrados.

De igual modo, valorar la fidelidad contribuye a aumentar nuestro entendimiento acerca de por qué algunas intervenciones eficaces diseñadas ampliamente, a diferencia de otras, fracasan. En este sentido, es posible que se obtengan resultados negativos si un programa no se ha implementado suficientemente y entonces, evaluar el proceso de implementación nos permitiría realizar análisis coste/respuesta. Incluso, en otras ocasiones puede alcanzarse un impacto positivo con una intervención que en la práctica es muy diferente de la que se había diseñado. Por ello, valorar la fidelidad permite identificar los cambios que experimenta un protocolo, analizar cómo influyen en los resultados de consumo y en

las variables mediadoras, y así, proporcionarnos un feedback que oriente las mejoras o modificaciones que hay que realizar en las intervenciones.

Por último, el análisis de la fidelidad nos proporciona información sobre el grado de viabilidad que posee una intervención al informarnos de la probabilidad de que tal intervención pueda aplicarse y se realice con unos estándares elevados de calidad y adhesión al protocolo diseñado.

DIMENSIONES CLAVES DE LA FIDELIDAD

A pesar del importante rol que la fidelidad está alcanzando en la investigación preventiva, como así lo demuestra la continua aparición de manuales y medidas relacionadas con ella, la ausencia de una guía comprensiva y estructurada ha producido cierta confusión y ambigüedad terminológica (Gearing, et al, 2011).

En este sentido, no encontramos en la literatura un único término para definir este concepto. A modo de ejemplo, se suelen emplear términos como fidelidad de la implementación (Carroll, et al., 2007; Dusenbury et al, 2003; Lee et al, 2008; Mihalic, 2004; Rohrbach, Gunning, Sun, y Sussman, 2010; Sánchez et al., 2007), fidelidad (Fixsen et al., 2005; Forgatch, Patterson y DeGarmo, 2005), fidelidad del tratamiento (Eames et al., 2008; Hogue et al., 2008), integridad del tratamiento (Perepletchikova, Treat y Kazdin, 2007) y/o fidelidad de la intervención (Santacroce, Maccarelli, y Grey, 2004; Stein, Sargent, Rafaels, 2007) e incluso conceptos empleados en el ámbito de la medicina como dosis, fuerza del tratamiento, intensidad y exposición (Boruch y Gómez, 1977).

No obstante, con independencia de la terminología empleada todas las denominaciones son frecuentemente utilizadas para designar el grado total de fidelidad. Ahora bien, cuando los estudios se dirigen a analizar la fidelidad con la que se aplican los protocolos suelen valorar dimensiones específicas (ver tabla 1).

Tabla 1. Dimensiones de la fidelidad

Dimensiones	Definición	Otras Denominaciones
Adherencia	Si los componentes del programa se aplican como se especifican en los protocolos.	Integridad, replicación fiel, cumplimiento.
Dosis	Cantidad o número de sesiones del programa aplicadas.	Cantidad, intensidad, exposición, fuerza.
Calidad	Si la metodología o manera en la que el monitor aplica el programa es adecuada.	Competencia
Diferenciación	Grado en el que los componentes críticos del programa, que lo diferencian de otro tipo de programas, están presentes.	Singularidad, autenticidad.
Aceptación	Reacciones, interés o participación activa de los receptores.	Compromiso, asistencia, retención, satisfacción, sensibilidad.

La adherencia hace referencia al grado en el que los componentes claves, actividades y otros elementos del programa son aplicados tal y como se especifica en el protocolo diseñado. Para medir esta dimensión se deben identificar los componentes claves de los programas y valorar si están siendo aplicados (Berkel, Mauricio, Schoenfelder y Sandler, 2011; Forgatch et al., 2005), el tiempo que se dedica a cada uno de ellos (Berkel et al., 2011; Elliot y Mihalic, 2004; Lillehoj, Griffin y Spoth, 2004) y si su aplicación es adecuada para lograr los objetivos que se persiguen al incluir cada componente (Dusenbury et al., 2003).

Los estudios que evalúan la dosis valoran la cantidad de actividades y contenidos del programa que han recibido los participantes. Para ello toman como indicadores el número de sesiones que se han aplicado, la duración de cada sesión y la frecuencia con la que se administran (Payne y Eckert, 2010).

La calidad es la dimensión que analiza si el monitor aplica el programa utilizando la metodología de instrucción detallada y centrandó las actividades en los elementos deseados. Por tanto, incluye habilidades a nivel interpersonal y de proceso (Breitenstein, et al, 2010; Forgatch et al., 2005; Pereplechikova y Kazdin, 2005; Stein et al., 2007), que sirven para

estimular la interacción entre los participantes, el proceso de aprendizaje y para construir las competencias necesarias para que los participantes pongan en práctica las habilidades aprendidas (Giles et. al., 2008).

Con independencia de que todos los programas preventivos persigan el mismo objetivo (reducir y/o retrasar el consumo) e incluso se cataloguen dentro de la misma tipología o aproximación preventiva, cada programa parte de una o varias teorías que sustentan los componentes específicos que constituyen la intervención. A este respecto, la diferenciación del programa es aquella faceta de la fidelidad que analiza hasta qué punto están presentes los componentes específicos que caracterizan a un determinado programa, sin los cuales el programa no generará los efectos esperados. Un aspecto estrechamente relacionado con la diferenciación del programa es el referente a los cambios que los aplicadores realizan sobre los contenidos añadiendo, modificando y suprimiendo materiales o actividades incluidas en los protocolos originales.

Por último, la aceptación o capacidad de respuesta de los participantes está en relación con el grado en el que los participantes o beneficiarios entienden el material y participan en las actividades. En muchas ocasiones se trata de los juicios que emiten los participantes sobre los efectos y/o pertinencia de una intervención (Carroll et al., 2007).

Los cuatro primeros elementos suceden a lo largo de la aplicación de las sesiones del programa, y en consecuencia, constituyen potenciales fuentes de desviación entre el protocolo diseñado y el programa aplicado (Berkel et. al., 2011). Además, la adherencia, la calidad, la dosis y la diferenciación del programa son factores que dependen directamente del monitor o agente que aplica el programa, mientras que la respuesta o aceptación es una dimensión referida a los participantes o beneficiarios de la intervención. No obstante, normalmente se asume que la reacción de los participantes a un programa dado puede ser un indicador de las habilidades de los monitores para aplicar los programas tal y como se han diseñado (Rohbarch, Graham y Hansen, 1993).

En otro orden, y pese a que existe un amplio acuerdo al considerar que para analizar la fidelidad con la que se implementa un programa han de medirse las anteriores dimensiones, en la literatura encontramos dos posturas principales sobre cómo debe realizarse su evaluación. Por un lado, la mayoría de los estudios examina una única dimensión en cada evaluación (Berkel et al., 2011). Por lo que, existen argumentos que sos-

tienen el empleo de forma alternativa de indicadores de cualquiera de los citados elementos (Mihalic, 2004). Y por otro, algunos autores defienden que para evaluar la fidelidad, y obtener una visión más completa del proceso de implementación, es necesario realizar una medición integrada de todas las facetas que componen la fidelidad (Dane y Schneider, 1998; Dusenbury et al., 2003). A este respecto, las diversas revisiones efectuadas sobre el tema parecen indicar que aunque no está del todo claro que los cinco componentes de fidelidad deban garantizarse para lograr los objetivos deseados, probablemente estas dimensiones estén relacionadas entre sí e influyan de manera conjunta en los resultados (Rohrbach et al., 2010).

A estas dimensiones, algunos autores añaden otros elementos adicionales que han recibido menor atención, como la supervisión de los grupos de control o comparación y el análisis de la cobertura (Durlak y Dupre, 2008). A menudo se asume que los grupos control no reciben ninguna intervención, cuando en el ámbito escolar frecuentemente se aplican intervenciones de toda índole (por ejemplo, educación sexual, seguridad vial, etc...), que, sin duda alguna, generan efectos sobre muchas de las variables que median el consumo de drogas. Por tanto, realizar una supervisión o análisis del tipo y cantidad de intervenciones que reciben los sujetos, que componen los grupos control, proporcionará una visión mucho más acertada del valor del programa aplicado. Con respecto a la cobertura, realizar un análisis del porcentaje de población diana que está recibiendo el programa y sus características nos informa no sólo de la tasa de participación sino también de la representatividad de los beneficiarios.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA IMPLEMENTACIÓN

Implementar un programa es un proceso complejo (Rohrbach et al., 2006), en el que numerosas fuentes de variabilidad ponen en peligro la fidelidad con la que se lleva a cabo. Por tanto, si se logra identificar tales fuentes, y controlar o minimizar sus efectos, se podrá lograr una exitosa implementación de los programas, especialmente cuando se aplican a gran escala.

En este orden, la literatura especializada ha comenzado a identificar qué factores moderan el grado con el que los programas basados en la evidencia empírica son aplicados con una elevada fidelidad en contextos

reales. A grandes rasgos, podemos agrupar estos factores en tres categorías o niveles referentes: a los propios programas, a los agentes de aplicación y al contexto organizacional (Durlak y DuPre, 2008; Rohrbach, et. al., 2006).

Ciertas características propias de los programas tienen el potencial de influir en la fidelidad de la implementación. Por ejemplo, la complejidad del manual ha sido uno de los rasgos más estudiados. Si el programa está compuesto de muchos elementos, que requieren habilidades especiales para su instrucción, es menos probable que se aplique correctamente (Fagan y Mihalic, 2003; Mihalic, Fagan y Argamaso, 2008; Payne, Gottfredson, y Gottfredson, 2006; Rohrbach, et. al., 2006). De igual modo sucede si la estructura del programa es ambigua, los objetivos no están claramente definidos y las actividades no son fáciles de administrar (Dusenbury et al., 2003; Gearing, et al., 2011). Además, si las actividades son valoradas como relevantes y atractivas y los manuales detallan claramente cómo aplicar cada una de las actividades se aumenta la fidelidad al protocolo. A su vez, algunos estudios indican otras dos características que pueden afectar al proceso de implementación: la flexibilidad -hasta que punto ciertos elementos del programa pueden adaptarse para ajustarse a las necesidades de los beneficiarios- y la compatibilidad- el grado en el que los objetivos del programa son afines a la cultura de la escuela- (Gottfredson y Gottfredson, 2002; Mihalic, 2004; Richard et al., 2004; Rogers, 2002).

En cuanto a las características relacionadas con los agentes que aplican los programas aquellas que comúnmente influyen en la fidelidad hacen referencia a las percepciones sobre la necesidad o los potenciales beneficios de aplicar el programa (Durlak y DuPre, 2008; Ringwalt, Vincus, Ennett, Johnson y Rohrbach, 2004), las actitudes hacia el programa (Beets, et al., 2008; Han y Weis, 2005), la experiencia en aplicar programas preventivos (Lillehoj, et. al., 2004), la autoeficacia y las habilidades para emplear la metodología propuesta (Durlak y Dupre, 2008; Ringwalt, et al., 2004). De igual modo, los programas interactivos suelen aplicarse con un elevado grado de fidelidad si los monitores poseen unas adecuadas habilidades instructivas y dinamizadoras, junto con un estilo de enseñanza no autoritario (Tobler, 2000).

En última instancia la fidelidad con la que se implementa un programa depende del contexto en el que se lleva a cabo. Numerosas característi-

cas organizacionales han mostrado tener una relación con la fidelidad. Características que incluyen desde el establecimiento de adecuadas políticas y regulaciones financieras, a nivel estatal y comunitario, hasta una adecuada infraestructura de la institución escolar. Con respecto a las limitaciones o barreras propias del contexto de aplicación la literatura destaca con mayor frecuencia adaptaciones locales de las intervenciones, la ausencia de supervisión, apoyo y/o asistencia técnica, la carencia de una adecuada planificación, la inestabilidad del personal educativo, la falta de un entrenamiento y feedback continuado (Elliot y Mihalic, 2004; Ennett et al., 2003; Fagan y Mihalic, 2003; Gingiss, Roberts-Gray y Boerm, 2006; Mihalic et al., 2008; Payne, 2008; Roberts-Gray, Gingiss y Boerm, 2007; Rohrbach et al., 2006; Stith et al., 2006; Thaker et al. 2007; Weissberg y O'Brien, 2004).

ESTRATEGIAS PARA AUMENTAR LA FIDELIDAD

Se han propuesto varias estrategias que pueden ayudar a aumentar la fidelidad de los programas en contextos reales.

En primer lugar, en la mayoría de las revisiones sobre este tópico se destaca principalmente el proporcionar un adecuado entrenamiento a los aplicadores que facilite un conocimiento básico sobre la ejecución del programa (Dusenbury y Hansen, 2004; Elliott y Mihalic, 2004; Pentz, 2004; Sandler et al., 2005; Sanders, et. al., 2002; Stith et al., 2006) junto con un apoyo técnico continuado a lo largo de toda la aplicación de la intervención.

Muchos estudios sugieren que realizar una supervisión y retroalimentación permanente, identificando y abordando los obstáculos que surjan para aplicar los programas con fidelidad, puede ser una estrategia efectiva para promocionar una estricta adherencia a los protocolos (Elliott y Mihalic, 2004; Sandler, et. al., 2005; Sanders et al., 2002).

Otra estrategia relevante para optimizar la fidelidad consiste en identificar claramente cuáles son los componentes clave de los programas (Dusenbury y Hansen, 2004; Sandler, et al., 2005), de manera que pueda distinguirse qué componentes han de aplicarse con una fidelidad estricta y cuáles son susceptibles de adaptación. Sin embargo, autores como Elliot y Mihalic (2004) resaltan que esta estrategia en la práctica tiene utilidad limitada, puesto que pocos programas tienen establecidos cuáles son los componentes que fundamentan su eficacia. En este orden, y con

objeto de discernir los componentes responsables de los efectos preventivos, se sugiere previamente realizar análisis mediacionales a través de ensayos de eficacia (Sandler et al. 2005) y/o determinarlos mediante estudios meta-analíticos (Geeraert, Van der Noortgate, Grietens, y Ongheena, 2004), especialmente en aquellos programas que han sido ampliamente evaluados.

Por último, autores como Dusenbury y Hansen (2004), recomiendan que los programas se diseñen de manera que faciliten una exitosa implementación cuando son aplicados a gran escala.

CONCLUSIONES

En resumen, los avances en la investigación preventiva han concluido, que los programas escolares desarrollados consiguen reducir el consumo de drogas. Sin embargo, en los últimos años numerosos estudios documentan las dificultades que surgen para lograr una alta calidad cuando se implementan estos programas basados en la evidencia empírica (Gottfredson et al., 2000; Gottfredson y Gottfredson, 2002; Mihalic et al., 2008; Payne et al., 2006; Payne, 2009; Rohrbach et al., 2006).

La fidelidad de la implementación es una variable de especial relevancia en el contexto de diseminación de programas, no sólo por su efecto moderador entre la intervención aplicada y los resultados obtenidos, sino también porque su evaluación nos proporciona un conocimiento necesario para establecer conclusiones válidas sobre el valor de un programa. A este respecto, programas que no han mostrado su eficacia pueden ser ejecutados con una elevada calidad y, lo contrario, programas altamente eficaces pueden ser pobremente implementados.

Por tanto, para replicar las innovaciones desarrolladas en la investigación y garantizar que continúen siendo eficaces, los investigadores necesitan entender el proceso que se requiere para implementar una intervención de forma consistente y con una elevada calidad, especialmente cuando distintos agentes de implementación con diferentes niveles de experiencia son los que aplican los programas en diversos contextos (Glasgow, Lichenstein y Marcus, 2003).

En conclusión y en conformidad con Fixsen y colaboradores (2005) una adecuada y sistemática implementación de las innovaciones es esencial para emplear los productos de la ciencia (Fixsen, et al., 2005).

REFERENCIAS

- Beets, M.W., Flay, B.R., Vuchinich, S., Acock, A.C., Li, K. y Allred, C. (2008). School Climate and Teachers' Beliefs and Attitudes Associated with Implementation of the Positive Action Program: A Diffusion of Innovations Model. *Prevention Science*, 9(4), 264-275.
- Berkel, C., Mauricio, A.M., Schoenfelder, E. y Sandler, I.N. (2011). Putting the Pieces Together: An Integrated Model of Program Implementation. *Prevention Science*, 12(1), 23-33.
- Breitenstein, S., Gross, D., Garvey, C.A., Hill, C., Fogg, L. y Resick, B. (2010). Implementation Fidelity in Community-based Interventions. *Research in Nursing & Health*, 33(2), 164-173.
- Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J. y Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. (Versión electrónica) *Implementation Science*, 2(40). DOI:10.1186/1748-5908-2-40.
- Coggans, N., Cheyne, B. y McKellar, S. (2003) *The Life Skills Training Drug Education Programme: a review of research*. Scotland: University of Strathclyde, Scottish Executive Effective Interventions Unit, Scottish Executive Drug Misuse Research Programme.
- Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addictive Behaviors*, 27(6), 1009-1023.
- Dane, A. y Schneider, B. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: Are implementation effects out of control. *Clinical Psychology Review*, 18(1), 23-45.
- Derzon, J.H., Sale, E., Springer, J.F. y Brounstein, P. (2005). Estimating intervention effectiveness: Synthetic project of field evaluation results. *Journal of Primary Prevention*, 26(4), 321-343.
- Dobson, L. D. y Cook, T. J. (1980) Avoiding Type III error in program evaluation: results from a field experiment. *Evaluation and Program Planning*, 3(4), 269-276.
- Durlak, J.A y Dupre, E. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of Implementation on Program Outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350.
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M. y Hansen, W.B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: Implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, 18(2), 237-256.

- Dusenbury, L. y Hansen, W.B. (2004). Pursuing the course from research to practice. *Prevention Science*, 5(1), 47-53.
- Eames, C., Daley, D., Hutchings, J., Hughes, J.C., Jones, K., Martin, P. y Bywater, T. (2008). The Leader Observation Tool: A process skills treatment fidelity measure for the Incredible Years parenting programme. *Child: Care, Health and Development*, 34(3), 391-400.
- Elliot, D.S. y Mihalic, S. (2004). Issues in disseminating and replicating effective prevention programs. *Prevention Science*, 5(1), 55-59.
- Ennet, ST., Ringwalt, C., Thorne, J., Rohrbach, L.A., Vincus, A.A., Simons-Rudolph, A. y Jones, (2003). A comparison of current practice in school-based substance use prevention programs with meta-analysis findings. *Prevention Science*, 4(1), 1-14.
- Fagan, A. y Mihalic, S. (2003). Strategies for Enhancing the Adoption of School-Based Prevention Programs: Lessons Learned from the blueprints for violence Prevention replications of the Life Skills Training Program. *Journal of Community Psychology*, 31(3), 235-253.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F.D., Versino, E., Zambon, A., Borraciono, A. y Lemma, P. (2005). School-based prevention for illicit drugs use. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, Art. No. CD003020
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F.D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A. y Lemma, P. (2008). School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. *Preventive Medicine*, 46(5), 385-396.
- Fixsen, D.L., Naoom, S.F., Blase, K.A., Friedman, R.M. y Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231).
- Flay, B. R. (2000). Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change. *Addictive Behaviors*, 25(6), 861-885.
- Forgatch, M.S., Patterson, G.R. y DeGarmo, D.S. (2005). Evaluating fidelity: Predictive validity for a measure of competent adherence to the Oregon model of parent management training. *Behavior Therapy*, 36(1), 3-13
- Gearing, R.E., El-Bassel, N., Ghesquieres, A., Baldwin, S., Gillies, J. y Ngeow, E. (2011). Major ingredients of fidelity: A review an scientific guide to improving quality of intervention research implementation. *Clinical Psychology Review*, 3, 79-88.
- Geeraert, L., Van DerNoortgate, W., Grietens, H. & Onghena, P. (2004). The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: A metaanalysis. *Child Maltreatment*, 9(3), 277-291.

- Gingiss, P., Roberts-Gray, C. y Boerm, M. (2006). Bridge-It: A system for predicting implementation fidelity for school-based tobacco prevention programs. *Prevention Science*, 7, 197-207.
- Giles, S., Jackson-Newson, J., Pankratz, M., Hansen, W., Ringwalt, C. y Dusenbury, L. (2008). Measuring quality of delivery in substance use prevention program. *Journal of Primary Prevention*, 29(6), 489-501.
- Glasgow, R.E., Lichtenstein, E. y Marcus, A.C. (2003). Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition. *American Journal of Public Health*, 93(8), 1261-1267.
- Gottfredson, D. C. y Gottfredson, G. D. (2002). Quality of school-based prevention programs: Results from a national survey. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 29(1), 1-35.
- Gottfredson, G. D., Gottfredson, D. C. y Czeh, E. R., (2000). *Summary: National study of delinquency prevention in schools*. Ellicott City, MD: Gottfredson Associates, Inc.
- Griffin, K., Mahadeo, M., Weinstein, J. y Botvin, G. (2006). Program implementation fidelity and substance use outcomes among middle school students in a drug abuse prevention program. *Salud y drogas*, 6(1), 7-26.
- Hallfors, D. y Godette, D. (2002). Will the Principles of Effectiveness Improve Prevention Practice? Early Findings from a Diffusion Study. *Health Education Research*, 17(4), 461-470.
- Han, S. S. y Weiss, B. (2005). Sustainability of teacher implementation of school-based mental health programs. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(6), 665-679.
- Hansen, W.B., Dusenbury, L., Bishop, D. y Derzon, J.H. (2007). Substance abuse prevention program content: systematizing the classification of what programs target for change. *Health Education Research*, 22(3), 351-360.
- Harrington, N.G., Giles, S.M., Hoyle, R.H., Feeney, G.J., y Yungbluth, S.C. (2001). Evaluation of the All Stars character education and problem behavior prevention program: Effects on mediator and outcome variables for middle school students. *Health Education & Behavior*, 28(5), 533-546.
- Hogue, A., Henderson, C.E., Dauber, S., Barajas, P.C., Fried, A., y Liddle, H.A. (2008). Treatment adherence, competence, and outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 544-555.
- Kellam, S. G., y Langevin, D. (2003). A framework for Understanding "Evidence" in Prevention Research and Programs. *Prevention Science*, 4(3), 137-153.

- Komro, K.A., Perry, C.L., Veblen-Mortenson, S., Farbakhsh, K., Kugler, K.C., Alfano, K.A., Dudovitz, B.S., Williams, C.L. y Jones-Webb, R. (2006). Cross-cultural adaptation and evaluation of a home-based program for alcohol use prevention among urban youth: The "Slick Tracy Home Team Program." *Journal of Primary Prevention*, 27(2), 135-154.
- Kumpfer, K. L. y Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist*, 58(6/7), 457-465.
- La Torre, G., Chiaranda, G. y Ricciardi, G. (2005). School-based smoking prevention in children and adolescents: review of the scientific literature. *Journal of Public Health*, 13(6), 285-290.
- Lee, C.Y., August, G.J., Realmuto, G.M., Horowitz, J.L., Bloomquist, M.L. y Klimes-Dougan, B. (2008). Fidelity at a distance: Assessing implementation fidelity of the Early Risers Prevention Program in a going-to-scale intervention trial. *Prevention Science*, 9(3), 215-229.
- Lemstra, M., Bennet, N., Nannapaneni, U., Neudorf, C., Warren, L., Kershaw, T. y Scott, C. (2010). A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10-15. *Addiction Research and Theory*, 18(1), 84-96.
- Lillehoj, C.J., Griffin, K.W. y Spoth, R. (2004). Program provider and observer ratings of school-based preventive intervention implementation. Agreement and relation youth outcomes. *Health Education & Behaviour*, 31(2), 242-257.
- Lloyd, C., Joyce, R., Hurry, J. y Asthon, M. (2000). The effectiveness of primary school drug education. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 7(2), 109-126.
- McBride, N., Farrington, F., Midford, R. y Phillips, M. (2001). *SHAHRP final report to the Western Australian Health Promotion Foundation*. National Drug Research Institute: Perth, Western Australia.
- McGrath, Y., Sumnall, H., McVeigh, J. y Bellis, M. (2006). *Drug use prevention among young people: a review of reviews. Evidence briefing update January 2006*. Londres: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Mihalic, S.F., Fagan, A.A. y Argamaso, S. (2008). Implementing the lifeskills training drug prevention programs: Factors related to implementation fidelity. *Implementation Science*, 3(5), 1-16.
- Mihalic, S., Irwin, K., Elliot, D., Fagan, A. y Hansen, D. (2001). *Blueprints for violence prevention* (No. NCJ 187079). Whashington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Mihalic, S. (2004). The importance of implementation fidelity. *Emotional & Behavioral Disorders in Youth*, 4, 83-105.

- Payne, A.A. (2009). Do predictors of implementation quality of school-based prevention programs differ by program type? *Prevention Science*, 10(2), 151-167.
- Payne, A.A. y Eckert, R. (2010). The Relative Importance of Provider, Program, School, and Community Predictors of the Implementation Quality of School-Based Prevention Programs. *Prevention Science*, 11(2), 126-141.
- Payne, A.A., Gottfredson, D. C. y Gottfredson, G. D. (2006). School predictors of the intensity of implementation of school-based prevention program: Results for a national study. *Prevention Science*, 7(2), 225-237.
- Pentz, M.A. (2004). Form follows function: Designs for prevention effectiveness and diffusion research. *Prevention Science*, 5(1), 23-29.
- Perepletchikova, F. y Kazdin, A.E. (2005). Treatment integrity and therapeutic change: Issues and research recommendations. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 365-383.
- Perepletchikova, F., Treat, T.A. y Kazdin, A.E. (2007). Treatment integrity in psychotherapy research: Analysis of the studies and examination of the associated factors. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 75(6), 829-841.
- Richard, L., Lehoux, P., Breton, E., Denis, J., Labrie, L. y Leonard, C. (2004). Implementing the ecological approach in tobacco control programs: Results of a case study. *Evaluating and Program Planning*, 27(4), 409-421.
- Ringwalt, C. L., Vincus, A., Ennett, S., Johnson, R. y Rohrbach, L. A. (2004). Reasons for Teachers Adaptation of Substance Use Prevention Curricula in Schools with non-with Student Populations. *Prevention Science*, 5(1), 61-67.
- Ringwalt, C. L., Vincus, A., Hanley, S., Ennett, S., Bowling, J. M. y Rohrbach, L. A. (2009). The prevalence of Evidence-based drug use prevention curricula in U. S. middle schools in 2005. *Prevention Science*, 10(1), 33-44.
- Roberts-Gray, C., Gingiss, P. y Boerm, M. (2007). Evaluating school capacity to implement new programs. *Journal of Evaluation and Research, Evaluation and Program Planning*, 30(3), 247-257.
- Rogers, E. (2002). Diffusion of preventive innovations. *Addictive Behaviours*, 27(6), 989-993.
- Rohrbach, L. A., Dent, C. W., Skara, S., Sun, P. y Sussman, S. (2007). Fidelity of Implementation in Project Towards No Drug Abuse (TND): A comparison of Classroom Teachers and Program Specialists. *Prevention Science*, 8(2), 125-132.
- Rohrbach, L. A., Graham, J.W. y Hansen, W.D. (1993). Diffusion of a school-based substance abuse prevention program: predictors of program implementation. *Preventive Medicine*, 22(2), 237-260.

- Rohrbach, L. A., Grana, R., Valente, T.W. y Sussman, S. (2006). Type II translation: Transporting prevention interventions from research to real-world settings. *Evaluation in the Health Professions*, 29(3), 302-33.
- Rohrbach, L. A., Gunning, M., Sun, P. y Sussman, S. (2010). The Project Towards No Drug Abuse (TND) Dissemination Trial: Implementation Fidelity and Immediate Outcomes. *Prevention Science*, 11(1), 77-88.
- Rohrbach, L.A., Ringwalt, C.L., Ennett, S.T. y Vincus, A. (2005). Factors associated with adoption of evidence-based substance use prevention curricula in US school districts. *Health Education Research*, 20(5), 514-526.
- Sánchez, V., Steckler, A., Nitirat, P., Hallfors, D., Cho, H. y Brodish, P. (2007). Fidelity of implementation in a treatment effectiveness trial of reconnecting youth. *Health Education Research*, 22(1), 95-107.
- Sanders, M.R., Turner, K.M.T. y Markie-Dadds, C. (2002). The development and dissemination of the Triple P-positive parenting program: A multilevel, evidence-base system of parenting and family support. *Prevention Science*, 3(3), 173-189.
- Sandler, I., Ostrom, A., Bitner, M., Ayers, T. S., Wolchik, S., & Smith-Dainels, V. (2005). Developing effective prevention service for the realworld: A prevention service development model. *American Journal of Community Psychology*, 35(3-4), 127-142
- Santacroce, S.J., Maccarelli, L.M. y Grey, M. (2004). Intervention fidelity. *Nursing Research*, 53(1), 63-66.
- Shope, J., Elliott, M., Raghunathan, T., y Waller, P. (2001). Long term follow-up of a high school Alcohol Misuse Prevention Programme's effect on students subsequent driving. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 25(3), 403-410.
- Skara, S, y Sussman S. (2003). A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Preventive Medicine*, 37(5), 451-474.
- St. Pierre, T.L., Osgood, D.W., Mincemoyer, C.C., Kaltreider, D.L., y Kauh, T.J. (2005). Results of an independent evaluation of Project ALERT delivered in schools by cooperative extension. *Prevention Science*, 6(4), 305-317.
- Stein, K.F., Sargent, J.T. y Rafaels, N. (2007). Intervention research: Establishing fidelity of the independent variable in nursing clinical trials. *Nursing Research*, 56(1), 54-62.
- Stith, S., Pruitt, I., Dees, J., Fronce, M., Green, N., Som, A. y Linkh, D. (2006). Implementing Community-Based Prevention Programming: A Review of the Literature. *The Journal of Primary Prevention*, 27(6), 599-617.

- Thaker S., Steckler A, Sánchez V, Khatapoush S., Rose J y Hallfors D. D., (2007). Programs Characteristics and organitacional factors attencing the implementation of a school-based indicated prevention program. *Health Educational Research*, 23(2), 238-248.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V., y Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20(4), 275-336.
- Weissberg, R. P. y O'Brien, M. U. (2004). What Works in School-Based Social and Emotional Learning Programs for Positive Youth Development. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591(1), 86-97.
- Wilson, D., Gottfredson, D. y Najaka, S. (2001). School-Based Prevention of Problem Behaviors: A Meta-Analysis. *Journal of Quantitatiue Criminology*, 17(3), 247-272.
- Winters, K.C., Fawkes, T., Fahnhorst, T., Botzet, A. y August, G. (2007). A synthesis review of exemplary drug abuse prevention programs in the United States. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(4), 371-380.



ALCOHOL Y VIOLENCIA.

Francisco Pascual Pastor ¹, Manuel Reig Ruano², Julio Fontoba Ferrándiz³ y Alvaro García del Castillo-López⁴

¹ *Coordinador Comité asesor técnico de FARE. Junta directiva SOCIDROGALCOHOL. Grupo de Investigación PREVENGO. Universidad Miguel Hernández de Elche.* ² *Policía Local Valencia. Miembro de la Unidad Gama de apoyo a las víctimas de Violencia de Género y Doméstica.*

³ *Enfermero Salud Pública.* ⁴ *Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID). Universidad Miguel Hernández de Elche. Grupo de Investigación PREVENGO. Universidad Miguel Hernández de Elche.*

(Received/Recibido: 25/10/2010 Accepted/Aceptado: 12/12/2010)

RESUMEN

Desde hace tiempo se ha venido estableciendo una relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y la violencia, sin embargo no ha existido un acuerdo unánime en cuanto a las causa y a su justificación.

El presente trabajo pretende hacer una revisión de todas las teorías que han soportado esta relación incluidos los mecanismos neurobiológicos, así como de diversos estudios que señalan la importancia del consumo de alcohol con la violencia, de género, entre menores, de pareja o con los ancianos.

Al mismo tiempo aportamos la visión que se tiene sobre el tema entre los grupos de autoayuda de FARE en España, y los resultados y actuación de un grupo policial de la ciudad de Valencia específico para malos tratos y en donde se analiza el consumo de sustancias.

Terminamos el artículo con una serie de protocolos dirigidos a disminuir la incidencia del problema, así como una serie de propuestas que incluyen medidas legales, rehabilitadoras y sociales como posible solución.

Palabras clave: alcohol, alcoholismo, violencia, malos tratos, agresividad.

Correspondencia

Dr. Francisco Pascual Pastor.
UCA de Alcoy.
C/ La alameda, nº 41
03803-Alcoy (Alicante). España.
fr.pascualp@coma.es

ABSTRACT

Long has been establishing a relationship between alcohol and violence, however there has been no unanimous agreement as to the cause and justification.

This paper aims to review all the theories that have supported this relationship including the neurobiological mechanisms, as well as several studies indicating the importance of alcohol to violence, gender violence, among youths, couple or with the elderly.

At the same time bring the vision that has on the issue among FARE self-help groups in Spain, and the results and performance of a specific to abuse police group in the city of Valencia and where we analyze the substances consumption.

We ended the article with several protocols aimed to reduce the incidence of problem and a different proposals that include legal, social and rehabilitative solutions.

Key words: alcohol, alcoholism, violence, abuse, aggressiveness.

INTRODUCCIÓN

El consumo de bebidas alcohólicas ha estado tradicionalmente relacionado con la violencia y las conductas agresivas. No obstante no ha habido un claro consenso en cuanto a la influencia directa de las bebidas alcohólicas en la aparición de episodios violentos, a pesar de que en diversos estudios el consumo de alcohol está presente en muchos de estos cuadros.

Sería interesante pues analizar si el alcohol es el causante o desencadenante de estos cuadros violentos, cuales son los mecanismos neurobiológicos implicados en este desenlace, cuales las consecuencias y cómo podemos actuar en estos casos, revisando los protocolos existentes.

Además, con frecuencia se ha hablado de la violencia de género, pero será necesario tener en cuenta que también la violencia entre el grupo de iguales, con los hijos o los mayores en el entorno familiar e incluso la autoagresión pueden ser también una forma de presentación de este tipo de violencia.

Cuando se habla de violencia, a menudo pensamos en el crimen, en asesinatos, violaciones y robos violentos. Pero debemos tener presente

que en todo acto de agresión se hallan implicadas al menos dos personas. Se insiste en que los violentos son malos, como si con el mero uso de la palabra se les desterrase a un lugar oscuro y desconocido, aunque la triste realidad es que el violento es sólo un ser humano que, de hecho, vive entre nosotros.

Los agresores de los que hablamos viven en las mismas casas que sus víctimas, esta violencia proviene en muchos casos de una persona que una vez les dijo "te quiero".

Aunque tenemos numerosos hechos y cifras, todavía no entendemos ni la violencia ni a los individuos violentos. Muy extendida está la creencia de que muchos, se hallan de algún modo "enfermos" y pertenecen a otro tipo de sociedad que existe al margen de la normalidad; pero no podemos explicar con exactitud qué les hace diferentes

La aparición de nuestro comportamiento violento nos deja perplejos porque nos falta información esencial. Un sinnúmero de artículos, libros y programas de televisión sirven para determinar en cierto modo las dimensiones de la violencia: la pobreza, el racismo, la desestructuración de la familia, la omnipresente influencia de la televisión.

La violencia puede ser física (zarandeos, pellizcos, puñetazos, golpes...), psicológica (amenazas, insultos, coacciones...) o sexual (participación sexual en actividades no deseadas).

Haremos pues un repaso por las definiciones y por los estudios hechos, para analizar con más detalle las consecuencias y actuación de la Policía Local de Valencia, con la Unidad Gama de apoyo a las víctimas de Violencia de Género y Doméstica en un grupo de mujeres. Con todo ello intentaremos establecer unas conclusiones que nos permitan una reflexión seria en pro de evitar en la medida de lo posible estos sucesos.

Actualmente en el cajón de sastre de la violencia se puede encontrar de todo. Podemos encontrar "un conflicto" entre dos partes, generado por diferencias en sus respectivos intereses, valores, intenciones, juicios, aspiraciones o expectativas que pueden derivar hacia una "discusión" susceptible de evolucionar, por la vía de una "negociación" racional, razonable y razonada hacia la meta de una solución aceptable por ambas. En determinadas circunstancias, sin embargo, una de las partes puede optar por una solución violenta que conlleve el "maltrato" de la otra.

El "maltrato" no es pues una consecuencia inevitable del conflicto, sino la vía estratégica de lograr determinados resultados que, más que con el

conflicto, está estrechamente relacionada con la hostilidad, la agresión y la violencia propiamente dicha.

En este marco, la “violencia contra las mujeres” atraviesa todas las fronteras de edad, raza, etnia, clase social o nivel, adoptando configuraciones específicas según los contextos culturales en que se desarrolla.

La violencia en la pareja ha pasado relativamente desapercibida a lo largo del tiempo y todavía permanece así en muchos espacios socio-culturales. Un objeto físico o una realidad social sólo resulta visible y reconocible en la medida en que su imagen contrasta con el trasfondo delante del que aparece.

No se puede comprender de manera adecuada el maltrato de la mujer en las relaciones de pareja si no se lo relaciona con el contexto de un orden social y cultural que lo estructura y fundamenta: el sistema patriarcal.

La misma coerción física, sexual, psicológica, social o simbólica puede aparecer como un recurso ideológicamente legitimado de ese poder del hombre para generar efectos de control sobre la mujer.

Las múltiples formas de agresión a una mujer por su pareja “legítima” son en este contexto, al producirse en la esfera “privada” (doméstica, intramuros), se han venido dando con más intensidad, con más justificación y con menos comprensión social. Desde tal supuesto, la reacción lógica no podía ser otra que la de instar a la mujer maltratada a “comprender”, “disculpar”, “perdonar”, a su “compañero” y a “reconciliarse” con él.

En el marco de la pareja patriarcal el recurso de la violencia se fundamenta, pues, sobre estructuras sociales y culturales en las que esta práctica constituye un recurso estratégico del poder establecido para el mantenimiento del orden y es considerada además como un componente de la lógica de la realidad.

Ferreira (1992-1999) destaca entre los elementos significativos de esta ideología sobre el carácter natural, individual, privado y normal de la violencia en la pareja tesis como:

- Tiene una base instintiva y filogenética que explica su presencia en todo tipo de sociedades, pueblos y culturas y da cuenta de su carácter prácticamente inevitable e irreversible.

- Caracteriza las relaciones de pareja típicas de cierta categoría social de personas: las de clase baja, de pueblos primitivos, de países económicamente retrasados, de gente pobre, sin trabajo y sin cultura, propensa al abuso de alcohol y otras drogas, perteneciente a sectores marginados y socialmente excluidos
- Cuando la "autoridad" en la pareja pega, suele ser "por el bien" de la víctima, que "algo habrá hecho", para "merecer" su castigo.

ANTECEDENTES

De tiempo es sabido que el hombre es un lobo para el hombre (*Homo homini lupus* – T. Hobbes 1651, en su obra *Leviatán*) y que el hombre sin el freno de las normas sociales, sería un ser egoísta y brutal y su existencia se basaría en la fuerza, la lucha y la violencia.

Pues bien el alcohol hace precisamente que nos saltemos estas normas sociales.

La agresividad es un rasgo biológico del ser humano y constituye una herramienta al servicio de la supervivencia de la especie, base de la evolución y perpetuación de las especies.

Se puede decir, pues, que el agresivo nace pero el violento se hace. La agresividad estaría sustentada por la propia biología, por el instinto, siendo por lo tanto benigna en cuanto a que tiene una función defensiva, al contrario la violencia tiene una base más cultural, competitiva, vengativa, ofreciendo la cara más maligna y cruel de la especie humana.

Con respecto a la relación de la violencia con el consumo de alcohol se habla de cifras desde un 86% para Suecia a un 24% para Alemania de crímenes violentos relacionados con el consumo de alcohol, la cifra para España se sitúa alrededor del 42% (Anderson y Baumberg, 2006).

ALCOHOL Y AGRESIVIDAD

Se ha podido constatar con el paso de los años la gran correlación que existe entre violencia y el consumo de alcohol, aunque es difícil determinar si el alcohol etílico es el causante o el desencadenante de algunas de estas reacciones violentas.

La relación del consumo de bebidas alcohólicas con robos, asaltos con intimidación, violencia doméstica, problemas en lugares públicos o incluso crímenes nos obliga a buscar una explicación razonable.

Si bien es verdad que no todos los alcohólicos son violentos, ni todas las situaciones de agresividad comportan un consumo de alcohol, el número de veces que concurren ambas circunstancias se acerca en algunos casos al 50% (Fundación Salud y Comunidad – Proyecto Malva), e incluso más.

Actualmente están siendo objeto de crítica y de revisión prácticamente todos y cada uno de los “mitos” tradicionales sobre las supuestas “causas” de la violencia en la pareja, en relación al abuso de alcohol y otras drogas.

Autores como Gelles y Straus (1988) sostienen que la relación empírica entre la ingestión de alcohol y la violencia en general no permite establecer que el alcohol cause violencia. Los autores afirman que si las propiedades químicas del alcohol actúan sobre el cerebro humano, induciendo la conducta violenta, este efecto debe ser observable en cualquier parte del mundo y en cualquier momento de la historia. Basándose en diversos estudios antropológicos, llegan a la conclusión de que si bien, en algunas culturas, las personas que ingieren alcohol se tornan más violentas y sexualmente promiscuas, en otras, por el contrario tienden más bien a la “pasividad” y a la “retracción”.

En otros términos, desde este punto de vista, el comportamiento de la persona ebria es básicamente cultural y socialmente aprendido:

“En nuestra sociedad, como en muchas otras, los individuos aprenden que no tendrán que asumir responsabilidad por su comportamiento ebrio. En nuestra cultura (...) es un “tiempo muerto” en las normas usuales de conducta. El “tiempo muerto”, combinado con la necesidad de encubrir o de eludir la responsabilidad de la violencia familiar (...) provee la perfecta excusa en el campo de la violencia doméstica: “Yo no sabía lo que hacía cuando estaba borracho”, es la excusa más frecuentemente escuchada por quienes trabajan en el ámbito de la violencia familiar. Cuando las mujeres cuentan que sus parejas son como “Dr Jekyll y Mr, Hyde”, están proveyendo la excusa que sus parejas necesitan para justificar sus conductas violentas. Los padres y compañeros violentos aprenden que, si no quieren ser considerados responsables de su violencia, deben beber y pegar, o al menos, decir que estaban ebrios (Gelles y Straus, 1988, pag 45-46).

Lo ILUSORIO de este mito consiste en la creencia de que eliminando el alcohol o las drogas el problema de la violencia en la pareja desaparecerá. El hecho que una persona maltratadora habitual de su pareja deje de consumir alcohol u otras drogas no constituye una garantía suficiente de que por ello dejará de ejercer la violencia contra ella.

Esto puede explicarse por medio de la teoría de la desinhibición, ya que al consumir alcohol en determinadas cantidades los mecanismos que permiten frenar algunos impulsos y hacer valer las connotaciones éticas y morales, quedan diluidos, aunque también es cierto que los experimentos de laboratorio concluyen que además deben existir factores situacionales, por ejemplo presión social o deseos de venganza, entre otros.

Otra teoría explicativa es la del deterioro cognitivo y las alteraciones conductuales debidas al consumo agudo o crónico de alcohol debido a la alta afinidad del etanol sobre el sistema nervioso central así como a su elevada toxicidad, que llega a provocar alteraciones en el funcionamiento cerebral.

La información obtenida del seguimiento de las víctimas de violencia de género y doméstica de uno de los Distritos de Valencia (Distrito Marítimo) podemos observar aquellos obtenidos de víctimas de violencia de género de una Casa de Acogida de la ciudad de Valencia durante los años 2008 y 2009, el 71,8% de los agresores consumían de forma habitual alcohol (n=56).

La distribución de las mujeres que fueron acogidas en dicho recurso, es de 27 nacionalidades, de ellas tan sólo 28 eran españolas (14 + 14).

De la distribución de los agresores encontramos 22 nacionalidades distintas, de ellos 29 españoles (17 + 12)

De entre las usuarias de la casa de acogida en estos dos años se observa que tan solo el 9% (n= 7) del total presentaba problemas de consumo de alcohol.

En cuanto a los agresores, el 71,8% (n=56) de ellos presentaba problemas de adicción y consumo de alcohol, un 21,8% (n= 17) de ellos problemas de consumo de cocaína, y un 5,1% (n=4) consume tanto cocaína y heroína.

Asimismo de la información obtenida del seguimiento de las víctimas de violencia de género y doméstica de uno de los Distritos de Valencia (Distrito Marítimo), se puede observar que desde el año 2006 hasta el

2009 inclusive, un total de 205 de los agresores tenía problemas de adicción o de consumo de alcohol, otros 77 de ellos presentaban problemas de consumo de drogas como la cocaína, la heroína y otras, y otros 85 eran consumidores de alcohol y otras drogas.

Otro dato importante que se puede apreciar, son las agresiones bajo la influencia del alcohol u otras drogas. De los datos recogidos entre 2007 y 2009 un 42% (n=267) de los agresores cometieron sus agresiones, bajo la influencia de alguna de estas sustancias.

NEUROBIOLOGÍA

Las emociones producen un comportamiento específico condicionado por la actividad del tálamo, el hipotálamo, el sistema límbico y el sistema reticular.

En el sistema límbico tienen ubicación los sistemas neuroinmunológico, neurovegetativo y neuroendocrino, además del establecimiento de los ritmos circadianos, estando todo ello correlacionado con las propias emociones de las personas.

Pero, concretamente, las bases neurobiológicas de la agresividad se hallan en la corteza prefrontal y en la amígdala, actuando esta última como moduladora de la violencia. Todo ello mediatizado por neurotransmisores, especialmente la serotonina y la noradrenalina, así cuando hay una depleción de serotonina y un incremento de la noradrenalina se incrementa la irritabilidad personal y pueden aparecer episodios de agresividad.

La amígdala y el hipotálamo trabajan coordinadamente y según sus interacciones, se modulan los comportamientos de ataque o agresión, sabiendo además que el córtex frontal orbital, está ligado al raciocinio y las decisiones y definiendo las funciones ejecutivas, frena la impulsividad.

La amígdala es la que inicia la respuesta de defensa y prepara al organismo para entrar en acción, en cambio el hipotálamo regula los cambios vegetativos que se producen junto la emoción, pero en ningún caso es la estructura que inicia la respuesta.

El cortex prefrontal actuaría como un freno ante los impulsos agresivos. Hay estudios que concluyen que personas violentas y psicópatas tendrían una actividad reducida en la corteza prefrontal, aunque tam-

bién es cierto que no todos los que tienen daños a este nivel son violentos (Sánchez Navarro y Román, 2004).

A nivel neuroquímico con respecto a la agresividad, como ya hemos comentado, se sabe que los niveles de serotonina tienen una influencia directa sobre los estados de ánimo, si se agotan los niveles de serotonina, aumenta el comportamiento violento y viceversa, es decir un incremento de este neurotransmisor aumenta la sociabilidad.

Otros neurotransmisores implicados en las emociones y por lo tanto en las respuestas agresivas, son las endorfinas, acetilcolina, noradrenalina, dopamina y GABA. Por ejemplo, un descenso de los niveles de endorfinas propicia un incremento de la agresividad.

También ciertas glándulas endocrinas que liberan hormonas actúan en la conducta emocional, entre ellas, la hormona del crecimiento, la tirotrópina, las gonadotropinas, los estrógenos y la progesterona. Y en cuanto a la agresividad se ve una correlación directa con los niveles elevados de testosterona y vasopresina, lo que a priori justificaría que los hombres sean más agresivos que las mujeres, aunque los estudios no son concluyentes, ya que las hembras no son ajenas a los episodios violentos.

El alcohol interfiere sobre la fisiología de los sistemas cerebrales y produce una desinhibición que propicia la manifestación de las conductas agresivas, el alcohol actúa de facilitador de los mecanismos agresivos, manipulando la respuesta razonada ante situaciones e impidiendo el freno para actuar violentamente. El nivel de funcionamiento cognitivo y de expectativas personales afecta en cada individuo la respuesta que se manifieste después de un consumo de alcohol y ante un estímulo que genere agresividad.

En un estudio realizado en 1986 entre 6663 familias americanas (Straus y Gelles, 1986), se descubrió que el 50% de los perpetradores de actos violentos en el domicilio eran grandes bebedores. En el artículo publicado en 2001 David T. George y cols., se hace una revisión de distintos estudios que determinan incrementos de serotonina en el líquido cefalorraquídeo y niveles plasmáticos de testosterona elevados entre los agresores, la testosterona incrementa los niveles de serotonina y provoca ansiedad, aunque existe un efecto paradójico en los alcohólicos crónicos como es que entre los alcohólicos crónicos se produce una disminución de la testosterona sérica, aunque esta se incrementa en periodos de absti-

nencia, en situaciones de agresividad la testosterona suele estar elevada en todos los casos (George, 2001).

Los resultados de este estudio, en combinación con los resultados de los estudios animales anteriores, sugieren que tanto las concentraciones bajas de 5-HT y altas de testosterona son capaces de modular los estímulos sensoriales que sirven para activar las vías neuronales que median en el miedo inducido por la agresión. Estos cambios predisponen a reaccionar exageradamente. Se precisan Investigaciones posteriores, en las que participen una mayor población de sujetos, para determinar el mecanismo por el cual la 5-HT y la testosterona difieren en las concentraciones de los autores de actos violentos con y sin alcoholismo. Se trata de una hipótesis que requiere más estudios por lo contradictorio de los resultados y su difícil explicación.

Algunas personas son más propensas que otras a llegar a ser agresivos después de consumir alcohol. Los investigadores que estudian el uso de alcohol y la agresión mantienen la esperanza de identificar las diferencias individuales en el comportamiento y la bioquímica que existen entre los sujetos que se vuelven agresivos tras el consumo de alcohol. La investigación con primates no humanos ha demostrado que las diferencias individuales de la química del cerebro pueden predecir la impulsividad y la agresión inducida por el alcohol. Estas diferencias parecen estar asociadas con las experiencias de crianza temprana y se mantienen estables durante toda la vida del individuo (Higley, 2001).

Al igual que los humanos, otros primates con baja actividad de la serotonina en el SNC, son más propensos al mal control de impulsos y a la agresividad, por lo que una mala regulación serotoninérgica (disminución de la producción o recaptación) puede incrementar el riesgo de agresión después de un excesivo consumo de alcohol.

El estudio de Higley señala que esto es más frecuente en el alcoholismo tipo II de Cloninger, es decir entre consumidores impulsivos y con conducta antisocial, además de con dificultades en las relaciones sociales, lo que les hace proclives a la agresividad y la violencia.

ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA

El NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism), con el patrocinio de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y de

la PAHO (Pan American Health Organization) están llevando a cabo el proyecto GENACIS sobre género, alcohol y cultura, en este estudio multinacional se corrobora una vez más la asociación negativa entre abuso de alcohol y la calidad de la relación de pareja, en este ámbito el 47% de las personas involucradas en las agresiones habían estado bebiendo con anterioridad al episodio, en el 25% era el agresor quien había consumido, en el 16'7% tanto el agresor como la víctima y en el 3'5% fue la víctima quien había ingerido bebidas alcohólicas previamente a la agresión.

Durante el año 2006 la OMS publicó una serie de monografías sobre la violencia y el consumo de alcohol, en la pareja, en los niños, en los ancianos, etc.

En un documento de la OMS sobre la Violencia interpersonal y el alcohol, se señala que la violencia puede ser juvenil, maltrato infantil, violencia infringida por la pareja, maltrato en personas mayores o la violencia sexual.

Son pocos los países que cuantifican de manera sistemática la implicación del alcohol en actos violentos y es que además existe una diferencia importante entre los distintos países así como en la metodología empleada en la recogida de datos, lo que hace difícil tener cifras del todo reales y sobre todo homogéneas.

Algunos de los datos recogidos en este documento de la OMS, son los siguientes: En Australia, el 26% de las víctimas de homicidio masculinas y el 17% de las femeninas (2002-2003) habían estado bebiendo poco antes de morir. Entre 1970 y 1998, el 36% de las víctimas de violencia que acudieron a un servicio de traumatología en los Países Bajos habían consumido alcohol. Entre las víctimas de traumatismos violentos que acudieron a servicios de urgencias en seis países, la prueba de alcoholemia resultó positiva en un porcentaje comprendido entre el 24% de la Argentina y el 43% de Australia. En el período 1999-2001, la prueba de alcoholemia fue positiva en el 43%- 90% de las víctimas atendidas en servicios hospitalarios de traumatología de tres ciudades de Sudáfrica. En São Paulo (Brasil), el 42% de las víctimas de homicidio habían consumido alcohol antes de morir (2001), y la prueba de alcoholemia fue positiva en el 46% de las víctimas de agresiones que acudieron a servicios de traumatología (1998-1999).

En los estudios se vio que muchos de los agresores presentaban factores individuales comunes así la mayoría de los agresores eran varones

jóvenes con un consumo elevado de alcohol y una personalidad antisocial, produciéndose los actos violentos por la noche y en fin de semana, en lugares de mayor concentración de consumos tales como locales mal dotados, con descuentos, porteros agresivos y alta proporción de clientes ebrios.

En cuanto a los distintos países se apreció una mayor probabilidad de violencia en aquellos que presentaban un mayor consumo de alcohol por habitante, provocando unos altos costes sociales y económicos.

Un punto importante a señalar es la autoagresión que se produce en los consumos abusivos de alcohol, apreciándose un número importante de suicidios relacionados con el consumo de alcohol tanto entre la víctimas como en los agresores, se calcula además que aproximadamente el 7% de los dependientes al alcohol se quitan la vida.

En cuanto a la violencia infringida por la pareja y su relación con el alcohol, señala al alcohol como uno de los principales factores de riesgo de violencia en el ámbito de las parejas.

En un Estudio realizado en 2002 por la socióloga Mary Pepa García Mas, entre mujeres víctimas de malos tratos residentes en centros de acogida, observó que un 59 % de las parejas de las mujeres de los centros consumían alcohol, con cantidades de 5 a 6 copas (28%), o más de 10 (25%), de forma habitual (58%) y una evolución de continuidad de consumo de más de un año (67%), o 1 a 6 meses (21%) (García Mas, 2002). Se trata de todo comportamiento que comporte perjuicio físico psicológico o sexual, siendo el consumo de alcohol, sobre todo el de carácter nocivo o peligrosos uno de los principales factores de riesgo, ya que la relación entre ambos aparece en numerosas ocasiones.

También en este caso influyen otros factores, tales como la personalidad impulsiva o el nivel socioeconómico bajo, dando como explicación principal el hecho de que el alcohol afecta a las funciones cognitivas y por lo tanto disminuye el autocontrol, por lo tanto el consumo de alcohol agravaría o dispararía otros problemas pudiendo originar tensión y reacciones violentas.

Los otros factores de riesgo que intervienen son el que se presente un mayor consumo y frecuencia del mismo, que existan alteraciones en la salud mental de alguno de los miembros de la pareja, fundamentalmente del agresor, que el consumo sea masivo y que exista un trastorno de personalidad antisocial en el consumidor.

En las situaciones de violencia doméstica, el consumo de alcohol por el marido o la pareja de hecho, es un factor predictivo de violencia grave sólo en las relaciones con alto nivel conflictivo. Todos estos hallazgos son consistentes con la hipótesis de que la intoxicación sirve principalmente para agravar las situaciones conflictivas. La gente a menudo se embriaga antes de llegar a casa y los episodios se suceden de forma independiente a la clase social a la que pertenezcan. La violencia es más frecuente en los que ya eran consumidores antes de convivir en pareja o en los que empiezan a consumir nada más empezar su vida de pareja. En este caso el alcohol actúa tanto como facilitador como instigador de la conducta agresiva (Quigley y Leonard, 2005).

Incluso la creencia de que el alcohol genera agresividad, sirve a veces como disculpa para estos comportamientos y acaba por producirlos. En algunas parejas se ha observado que ser víctima de violencia conduce también al consumo, como empatía, imitación o como automedicación.

De cualquier forma en las parejas en el que uno de los dos es un consumidor habitual y en cantidad de bebidas alcohólicas, la probabilidad de sufrir actos violentos se incrementa considerablemente, especialmente cuando el consumidor es el varón ya que las creencias del alcohol se igualan al sentido de masculinidad.

Los menores que presencian actos violentos tienen más probabilidad de iniciar consumos nocivos de bebidas alcohólicas.

Según esta misma publicación de la OMS: "En los Estados Unidos de América y en Inglaterra y Gales, las víctimas creían que su pareja había estado bebiendo antes de una agresión física en el 55% y el 32% de los casos, respectivamente. En Australia, el 36% de los homicidas de su pareja estaban bajo los efectos del alcohol en el momento del incidente, mientras que en Rusia el 10,5% de ellos estaban ebrios"

Las consecuencias de estas acciones se pueden, desgraciadamente, leer casi todos los días en la prensa escrita, embarazos no deseados, abortos, depresión, suicidios, consumo de otras drogas o lesiones mortales, están a la orden del día.

Volviendo a la publicación de la OMS, el cálculo sobre costes económicos, es el siguiente: "Incluyendo los correspondientes a la atención sanitaria y el sistema judicial, el refugio y la pérdida de ingresos. Estos son los costes estimados en algunos países: En Estados Unidos; US\$ 12.600 millones anuales. Se ha estimado que los autores de los hechos

habían consumido alcohol en el 55% de los casos. Para Inglaterra y Gales; £ 5 700 millones en 2004, a los que se suman £ 17.000 millones en costes emocionales para la víctima. Se ha estimado que los autores de los hechos habían consumido alcohol en el 32% de los casos. Y finalmente, en Canadá: US\$ 1 100 millones anuales (costes médicos directos para las mujeres). En una comunidad canadiense, los autores habían consumido alcohol en el 43% de los casos.

La relación del consumo de alcohol con la violencia doméstica arroja cifras tan dispares como las del 71% alcanzadas en Islandia o Irlanda y el 16% para Portugal, situándose España en un 26%. El problema es que en muchas ocasiones los datos no se recogen de forma sistemática, debido a las características de los sucesos" (Anderson y Baumberg, 2006).

Otro punto analizado por la OMS es el de la violencia juvenil y el alcohol, observando una relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y la intimidación, violencia de bandas, agresiones sexuales, agresiones en la calle, bares y clubes nocturnos.

Según estos datos en el mundo mueren diariamente 565 jóvenes de entre 10 y 29 años por violencia interpersonal. Señalándose como factores individuales el sexo masculino, las complicaciones del parto, los trastornos de la personalidad y de la conducta, la inteligencia / rendimiento académico deficientes, la impulsividad y problemas de atención y el consumo de alcohol. Y entre los factores relacionales, la escasa supervisión parental, los castigos físicos severos por parte de los padres, los conflictos parentales, el gran número de niños en la familia, tener una madre muy joven (p. ej., adolescente), la escasa cohesión familiar, vivir en un hogar monoparental, tener un bajo nivel socioeconómico en la familia y tener amigos delincuentes. Y por último, entre los factores comunitarios y sociales, la presencia de bandas, armas y drogas, la mala integración social/escaso capital social, las transformaciones demográficas rápidas en poblaciones jóvenes, la modernización y urbanización, la desigualdad en los ingresos, y estar en una cultura que da apoyo a la violencia (Krug et al. 2002).

Todo ello más frecuente entre varones, aunque si hay abuso entre las mujeres también aparece violencia, en especial entre algunas etnias o clases sociales.

El 40% de los adultos jóvenes entre los 18 y 30 años experimenta violencia, (Perkins, 1997), entre las mujeres esta cifra disminuiría hasta el

28%, en ambiente universitario esta cifra puede estar alrededor del 33% entre los chicos y el 22% entre las chicas (Leonard et al. 2002). Pero sólo el 50% de estos son comunicados a la policía.

La violencia entre los varones se suele dar con mayor frecuencia en los bares, mientras que en las mujeres en sitio donde acaece es el hogar. En cuanto a las mujeres con cuadros violentos que van al bar y consumen suelen hacerlo solas o con extraños mientras que los hombres suelen acudir con su grupo de amigos. No obstante de nuevo el alcohol, la intoxicación etílica y la agresividad se vuelven a relacionar en la génesis de la violencia. No siempre hay una relación directa entre el alcohol y la agresividad pero éste actúa como factor de riesgo provocando más conflictividad y mayor gravedad.

El alcohol es más un facilitador que un instigador para la agresividad, porque además quien se ve envuelto en situaciones violentas en los bares suele tener un patrón característico de personalidad además de los consumos elevados de alcohol (Quigley y Leonard, 2005).

Se han realizado estudios en los que se analiza el fenómeno del Binge Drinking con la aparición de actos violentos encontrando una mayor proporción en estos casos debido a un incremento de la labilidad emocional, una disminución en la capacidad para resolver problemas y una alteración en el autocontrol (Anderson, 2008).

En definitiva, los jóvenes adultos experimentan más violencia que los grupos de más edad y esta ocurre principalmente en bares y clubs entre el sexo masculino, especialmente en bares con atmósfera muy permisiva donde hay más consumo de alcohol, más agresividad y como resultado más lesiones y en el hogar para el sexo femenino. En ambos casos la intoxicación en personas con una personalidad característica, impulsivos, tendencia al enfado, que les cuesta llegar a acuerdos y con carácter antipático lleva a la violencia, mucha gente se intoxica previamente a la agresión, con lo que la propia intoxicación está contribuyendo al resultado final.

También es importante considerar el Maltrato de ancianos y el alcohol, maltrato, abuso, abandono, explotación económica y marginación son algunas de las consecuencias de los consumos de alcohol bien en el agresor o en la víctima que finalmente pueden llegar al auto-abandono, por la disminución de la esperanza de vida, por la aparición de enfermedades que incluso pueden originar conductas suicidas.

Algunos cuidadores que beben demasiado se aprovechan económicamente de los ancianos teniendo en cuenta además que se trata de personas vulnerables en ocasiones con un claro deterioro cognitivo. Algunas veces es el cuidador quien incita al consumo, en otras es el propio anciano quien consume para mitigar el sufrimiento.

A este respecto y según la OMS, la mayor parte de los estudios en los que se ha cuantificado el papel del alcohol en el maltrato de ancianos proceden de América del Norte y el Reino Unido. En los Estados Unidos, el 44% de los varones y el 14% de las mujeres que maltrataban a sus padres (de 60 años en adelante) tenían dependencia del alcohol o de drogas, al igual que el 7% de las víctimas. En Inglaterra, el 45% de los cuidadores que prestaban asistencia de relevo a personas mayores admitieron infligirles algún tipo de maltrato, y el consumo nocivo de alcohol por parte de dichos cuidadores era el factor de riesgo más significativo de maltrato físico. En Canadá, un programa extra-institucional para personas de edad avanzada con problemas de consumo nocivo de alcohol o de otras sustancias notificó que el 15-20% de ellas padecía malos tratos psicológicos, físicos o económicos. También en Canadá, un estudio nacional de los casos de maltrato de ancianos registrados por organismos de todo el país halló que el 14,6% de los incidentes con daños tenían su origen en una gran borrachera del maltratador. En otro 18,7% de los casos los archivos indicaban que el maltrato era secundario al problema de consumo de alcohol (es decir, se consideró que éste era uno entre muchos factores de riesgo de maltrato).

Existen además unos factores de riesgo añadidos en cuanto al agresor que suele presentar problemas económicos, dependencia del anciano o incluso trastornos mentales.

Y el último aspecto analizado por la OMS, y no por ello menos importante es el del Maltrato infantil y el alcohol. El maltrato de niños puede definirse como todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia, explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Entre los factores de riesgo para que se produzca el maltrato a menores está el tener unos padres jóvenes, desempleados o socialmente aislados,

antecedentes de violencia, familia monoparental y vivir en un hogar atestado.

Las consecuencias que podemos observar entre los niños son tanto el maltrato psicológico como físico (traumatismos, hematomas, quemaduras, fracturas, alteraciones del sueño...).

Como en todos los supuestos anteriores, el consumo de alcohol por sí mismo no produciría la acción violenta, pero si sumamos éste a algunos de los factores de riesgo que hemos relatado para cada caso la probabilidad se hace evidencia.

A pesar de que se han ido resaltando casos de agresión y violencia hacia los demás, en especial con abusos hacia el cónyuge y los hijos, existía la necesidad de realizar un estudio con un análisis estadístico que estableciese estas relaciones (Gerhard y Jüger, 2003), estos autores analizaron cuatro criterios, el absentismo laboral, los heridos casuales, los abusos o malos tratos y la agresión y violencia, aunque ya hemos establecido la diferencia para ambos conceptos, la literatura en general utiliza el término agresión y violencia indistintamente.

Los autores hacen una revisión de distintos estudios que traten estos aspectos para llegar a las siguientes conclusiones: Muchos de los crímenes con violencia están relacionados con el consumo de alcohol. Como ya hemos comentado, varias teorías intentan explicar porque el consumo de alcohol incrementa la agresividad.

Una de estas teorías es la de la desinhibición, se trata de una teoría química sobre los efectos directos del alcohol sobre el cerebro, aunque los estudios experimentales no justifican la hipótesis de que el alcohol produzca agresividad por sí mismo.

Otra teoría es la del aprendizaje social, ya que la influencia cultural marca que la expectativa de consumo pueda provocar agresividad, para corroborarlo se ha utilizado placebo, en lugar de etanol, produciéndose reacciones violentas. Ante la expectativa de que algo pase, finalmente puede acabar pasando.

La siguiente teoría explica que el alcohol contribuye indirectamente a incrementar la agresividad al causar una disminución de los niveles de conciencia y provocar cambios psicológicos, cognitivos y emocionales.

Por último, la hipótesis atencional, que viene a decir que ante una provocación y con la desinhibición provocada por el consumo de alcohol se

produce una respuesta agresiva, esta será más llamativa cuando tiene lugar dentro o con un grupo de iguales.

Como podemos observar todas las hipótesis tienen algo de las demás y es que la respuesta agresiva es debida a múltiples factores, siendo uno de ellos el consumo de alcohol que actuaría de disparador o incrementaría la respuesta.

La realidad es que durante los años 1992 al 1995 el National Crime Victimization Survey (NCVS) de EE.UU. llegó a la conclusión que el 37% de los crímenes cometidos durante ese período de tiempo, tenían relación con el alcohol. Otros estudios observacionales dan cifras de entre un 30 y un 90% (Greenfiel, 1998).

Los problemas que con más frecuencia se han visto asociados a la violencia y consumo de alcohol en estos estudios han sido la pobreza, los problemas familiares, la personalidad antisocial y la predisposición genética.

En 1997 se realizó un meta-análisis con 129 estudios en los que se llegó a la misma conclusión (Lipsey y cols. 1997). En los estudios longitudinales se observó que la agresividad puede aparecer de forma más tardía, pero siempre se relaciona con conductas tempranas de violencia y consumos tempranos de alcohol, en estos estudios vuelven a aparecer las consecuencias sobre la familia, sobre el cónyuge o los hijos que pueden llegar a sufrir problemas sociales y médicos que persistirán en la edad adulta, siendo propensos a los conflictos y la violencia.

Finalmente, se ha observado que muchos de los agresores presentan un síndrome de descontrol, el cual se caracteriza por cuatro síntomas:

- Un historial de agresión física, sobre todo malos tratos a los hijos y a la esposa.
- El síntoma de embriaguez patológica, es decir, el hecho de beber incluso una pequeña cantidad de alcohol desencadena actos de una brutalidad disparada.
- Un episodio de comportamiento sexual impulsivo, incluyendo a veces agresiones sexuales.
- Un historial de múltiples infracciones de tráfico y accidentes graves de automóvil.

OTROS ANÁLISIS

Hemos hecho una valoración entre los usuarios que acuden las asociaciones de alcohólicos rehabilitados, para ello se ha pasado un cuestionario a un total de 172 personas de las asociaciones de alcohólicos rehabilitados de Albacete, Linares, Sanpedreña (Málaga), Cáceres y Madrid, todas ellas pertenecientes a la Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (FARE)

Los entrevistados eran un 64% hombres y un 36% mujeres, el 65% eran alcohólicos y el 35% familiares, el 80% de la edad de los entrevistados estaba entre los 36 y 60 años, de ellos el 35,5% entre 41 y 50 años y de entre todos los entrevistados el 38% se consideraban víctimas de malos tratos y el 50% reconocieron haberlos cometido, es decir se consideraban agresores.

- Los que recibieron malos tratos los cifraban como:
- 13,4% malos tratos físicos.
- 34,9% malos tratos psicológicos.
- 1,7% malos tratos sexuales.
- 16,9% malos tratos verbales.

Las mujeres fueron víctimas en el 65,5% de los casos frente al 21,8% de los varones ($p < 0,000$). De entre los entrevistados el 50% del grupo de entre 26-35 años fueron víctimas de malos tratos al igual que los del grupo de 41-50 años.

Los familiares son los que con mayor frecuencia sufren malos tratos, el 62,7% frente al 25% de los alcohólicos ($p < 0,000$).

En el 98,1% de los casos en que se producen malos tratos, el agresor estaba bajo los efectos el alcohol ($p < 0,000$), el 62,7% de los hombres encuestados había cometido malos tratos, frente al 27,9% de las mujeres.

El 64% de los alcohólicos habían cometido malos tratos frente al 22% de los familiares. Entre los que habían cometido malos tratos, declaraban haberlos infringido con las siguientes características:

- 18,6% malos tratos físicos.
- 50% malos tratos psicológicos.
- 2,3% malos tratos sexuales.
- 27,9% malos tratos verbales.

Por último, entre los que han cometido malos tratos, el 80% son varones y el 20% mujeres, el 83,7% alcohólicos y el 15% familiares.

PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN

Casi todos los protocolos que se han desarrollado van encaminados a prevenir la violencia de género y doméstica. Existiendo un Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género elaborado por el Ministerio de Sanidad y consumo en el año 2007, y posteriores adaptaciones en las CC.AA.

Se insiste en estos programas en la labor común y en que al menos los profesionales deben preguntar, detectar y analizar, en todos los casos en mujeres mayores de 14 años en los que haya una sospecha mínimamente fundada.

Para la violencia de género señalan como factores de riesgo asociados, la pobreza, los bajos ingresos económicos el desempleo, los antecedentes de maltrato familiar durante la infancia, edad joven, el consumo de alcohol, el consumo de drogas ilícitas y el mayor número de relaciones de pareja anteriores. Además de ciertos comportamientos característicos en los agresores, comportamiento abusivo, destructivo, controlador o coercitivo, acosador, agresivo, intimidatorio, aislador y amenazador, dándose este tipo de violencia en todos los niveles sociales, culturales y económicos de la sociedad.

Desde Noviembre del año 2000 se está llevando a cabo un programa denominado MALVA para la prevención de la violencia de género asociada al abuso de alcohol, ya que según la Fundación salud y Comunidad que lo ha elaborado y está ejecutándolo, cerca del 50% de los casos de violencia de género están vinculados al consumo de alcohol.

El proyecto MALVA se desarrolla básicamente en Madrid, Valencia y Cataluña y tiene como objetivo informar y sensibilizar a la población sobre los mecanismos que desencadenan los procesos violentos, señalando como mecanismo desencadenante principal el consumo de alcohol. A partir de ahí el siguiente objetivo marcado es la detección precoz, la formación de profesionales y la elaboración de materiales de prevención.

El programa MALVA, ha desarrollado unos protocolos para saber cómo actuar en el ámbito profesional de las drogodependencias. Y aún sabiendo que hay alcohólicos que no son maltratadores y maltratadores

que no son alcohólicos, con lo cual no se puede establecer una correlación directa, el hecho de que el consumo de alcohol esté presente en más del 50% de los casos de malos tratos obliga a iniciar intervenciones en este sentido, siendo el alcohol un factor de riesgo dentro de la multicausalidad del fenómeno.

Los objetivos del proyecto MALVA, van dirigidos a informar y sensibilizar a la población, a las potenciales víctimas y agresores y a sensibilizar a los profesionales que puedan diagnosticar y actuar en estos casos, tanto los que trabajan en drogodependencias como en atención primaria. A la vez proporciona a estos profesionales pautas de actuación, mejora la capacidad de respuesta y capacita a los intervinientes en la detección de casos, todo ello encaminado a disminuir la prevalencia y la intensidad de la violencia ligada al consumo de bebidas alcohólicas.

Al juntarse el consumo de alcohol con las frustraciones cotidiana, la violencia aflora y aparece la necesidad de la intervención precoz.

Sería necesario hacer un diagnóstico precoz del abuso o la dependencia al alcohol, utilizando cuestionarios de cribaje como el AUDIT y el CAGE, aunque hay que estar atento a las distintas fases de la agresión que se suele iniciar por una acumulación de tensión, seguida de una explosión violenta para terminar en el perdón o reconciliación, lo que podríamos denominar luna de miel que va unida a la negación del problema, que como suele ser cíclico vuelve a producirse al cabo de más o menos tiempo. De ahí la necesidad imperiosa de hacer una intervención individual tanto en el agresor como en la víctima, siendo muy útiles las terapias psicoeducativas grupales en ambos casos.

Añadimos un riesgo en el conflicto, los malos tratos pueden no desaparecer cuando dejan el consumo de alcohol, cesan los malos tratos físicos pero dan paso a los malos tratos psicológicos

A estos profesionales se suman también los de atención primaria ya que como primer escalón asistencial suelen ser los primeros en detectar algunos casos, sobre todo en etapas más iniciales.

Aun no siendo causa necesaria de violencia, el alcohol está catalogado en este proyecto como un factor de riesgo para la violencia familiar que puede tener como efectos inmediatos tras el consumo, agresividad, prepotencia, exaltación del ánimo, mayor seguridad en uno mismo, disminución de las inhibiciones y sensación de euforia, lo cual explicaría el resultado final.

La CAM (Caja de Ahorros del Mediterráneo) también ha elaborado y desarrollado un programa de formación/información acerca del maltrato, coordinado por el presidente de la Audiencia Provincial de Alicante, denominado prevención y lucha contra la violencia de Género, constando de unas clases teóricas para profesionales y de un DVD con material específico sobre conceptos, actitudes, detección y actuación frente a este tipo de violencia.

CONCLUSIONES Y MEDIDAS

El planteamiento estratégico ya lo definió la OMS en el año 2002 en su informe mundial sobre la violencia y la salud, pero en general las medidas a tomar deberían ir encaminadas a reducir la disponibilidad del alcohol, regular los precios de las bebidas alcohólicas, propiciando un incremento de los mismos, tratar los trastornos producidos por el alcohol e instaurar cribados e intervenciones breves.

Precisamente la OMS toma como medida preventiva frente a la violencia la reducción del acceso a las bebidas alcohólicas.

A pesar del paso de los años creemos que las medidas presentadas por García Mas (García Más, 2002) siguen estando vigentes, ya que poco se ha avanzado en este terreno, entre ellas cabe destacar cuatro modelos de intervención, el ético – jurídico, el médico –sanitario, el psicosocial y el socio-cultural que daría lugar a las estrategias expuestas a continuación:

Modelos	Estrategias
Ético-Jurídico	Solución rápida y eficaz de los juicios por malos tratos. Incapacidad de sus parejas para custodia de los hijos. Presencia Asistente Social en las visitas a los hijos. Alejamiento del agresor. Reglamentación del número de visitas. Reforma de las leyes. Mayor protección a las mujeres maltratadas.
Médico-Sanitario	Obligatoriedad de tratamiento psiquiátrico y de alcoholismo. Apoyo Psicológico. Elevar el precio de las bebidas.
Psicosocial	Campañas de sensibilización.
Socio-Cultural	Viviendas sociales. Ayudas económicas. Proporcionarles trabajos

AGRADECIMIENTOS

Ana María López Lorente. Psicóloga de la Asociación Libres del Alcohol "Cástulo". Linares (Jaén). Asesora Técnica de la Federación de Alcohólicos Rehabilitados de Andalucía (AL'ANDALUS).

Montaña González Jiménez. Psicóloga de la Asociación de Alcohólicos Nominativos Extremeños (ANEX) Cáceres. Asesora Técnica de la Federación de Alcohólicos Rehabilitados de Extremadura (FALREX).

Silvia Stretti. Psicóloga. Psicóloga de la Asociación para la Prevención del Alcoholismo (APRA). Asesora Técnica de la Federación de Alcohólicos Rehabilitados de Madrid (FACOMA).

Sonia Sánchez Suárez. Psicóloga de la Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Sampedreña (Málaga).

REFERENCIAS

Anderson, P. (2008). *Binge Drinking and Europe*. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS).

Anderson, P. y Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective*. Luxemburg: European Communities.

García Mas, M.P. (2002). *Alcohol y violencia familiar*. Congreso sobre jóvenes, noche y alcohol. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Febrero 2002.

Gelles, R. J. y Straus, M. A. (1988). *Intimate violence: The definitive study of the causes and consequences of abuse in the American family*. New York: Simon & Schuster.

George, D.T., Umhau, J.C., Monte, J. P., Devadatham, E., Ragan, P.W., Shoaf, S.E. y Rawlings, R.R. (2001). Serotonin, testosterone and alcohol in the etiology of domestic violence. *Psychiatry Research*, 104(1), 27-37.

Higley, J.D. (2001). Individual Differences in Alcohol-Induced Aggression. *Alcohol Research & Health*, 25(1), 12-19.

Leonard, K.E., Quigley, B.M. y Collins, R.L. (2002). Physical aggression in the lives of young adults: Prevalence, location, and severity among college and community samples. *Journal of Interpersonal Violence*, 17, 533-550.

- Lipsey, M.W., Wilson, D.B., Cohen, M.A. y Derzon, J.H. (1997). Is there a causal relationship between alcohol use and violence? A synthesis of evidence. In M. Galanter (ed.) *Alcohol and Violence: Epidemiology, Neurobiology, Psychology, Family Issues*. Recent Developments in Alcoholism. Vol. 13. New York: Plenum Press, 245–282.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Madrid: M° Sanidad y Consumo.
- NIAAA. Health Risks and Benefits of Alcohol Consumption. *Alcohol Research & Health*, 24(1), 5-11.
- OMS. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: O.M.S.
- OMS. (2003). *Aplicación de las recomendaciones del Informe mundial sobre la violencia y salud*. 56 Asamblea Mundial de la salud (ONU). Ginebra: O.M.S.
- Pascual, F. (2004). Malos tratos y alcohol. Cuadernos de la Guardia Civil. *Revista de Seguridad Pública*. IUISI. N° XXX, 71-77.
- Perkins, C.A. (1997). *Age Patterns of Victims of Serious Crimes*. Dept. of Justice Pub. No. NCJ-162031. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Quigley, B.M. y Leonard, K.E. (2005). Alcohol Use and Violence Among Young Adults. *Alcohol Research & Health*, 28(4), 191.
- Sánchez, L., Navarro, J. y Valderrama, J.C. (2004). SET. Estudio Internacional sobre género, alcohol y cultura – Proyecto Genacis. Alicante: Gráficas Díaz.
- Sánchez-Navarro, J.P. y Román F. (2004). Amígdala, corteza prefrontal y especialización hemisférica en la experiencia y expresión emocional. *Anales de psicología*, 20(2), 223-240.
- Straus, M.A. y Gelles, R.J. (1986). Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *Journal of Marriage and the Family* 48, 465-479.
- Tabakoff, B. y Hoffman, P.L. (2000). Animal Models in Alcohol Research. *Alcohol Research & Health*, 24 (2), 77-84.

VIGOREXIA: DE LA ADICCIÓN AL EJERCICIO A ENTIDAD NOSOLÓGICA INDEPENDIENTE.

José Miguel Rodríguez Molina y María Frenzi Rabito Alcón
Universidad Autónoma de Madrid.

(Received/Recibido: 10/09/2010 Accepted/Aceptado: 06/11/2010)

RESUMEN

En los últimos años se ha llegado a un culto excesivo a la belleza corporal y a una auténtica obsesión por la salud (hasta el extremo de producir enfermedad), como símbolo de perfección. Los objetivos de este estudio son: hacer una revisión del constructo de Vigorexia, establecer un diagnóstico diferencial con la Adicción al ejercicio y otros trastornos, así como establecer la relación que mantienen con la Distorsión de la Imagen Corporal y la posible comorbilidad de dicho trastorno con otros Trastornos de Personalidad. Igualmente se pone a prueba un modelo teórico de Vigorexia a través de un análisis de regresión jerárquica múltiple. Para ello se realizó un estudio transversal en el que se estudian a 85 sujetos usuarios de los gimnasios, con un rango de edad de entre los 15 y 54 años. Estos sujetos fueron evaluados con una entrevista semiestructurada de datos sociodemográficos y los siguientes cuestionarios: TBV, TOC, ACQ y MCMI II. Se puso a prueba del modelo teórico propuesto a través de un análisis de regresión jerárquica múltiple, dónde la variable dependiente se midió de dos formas distintas. Como resultados la Vigorexia parece ser una entidad nosológica independiente. Se verifica en el modelo teórico propuesto y parece haber comorbilidad entre ciertos rasgos psicopatológicos de personalidad (hipomanía, narcisismo y com-

Correspondencia

jm.rodriguez@uam.es

pulsividad) y la Vigorexia, no siendo significativa la comorbilidad con tendencias obsesivas.

Palabras clave: Vigorexia, Dependencia al Ejercicio, Imagen corporal, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Dismorfia Muscular.

ABSTRACT

In the last few years an excessive concern for the corporal beauty and an authentic obsession for the health have risen to the point of a cult as a symbol of perfection (even to the point of managing to fall ill). The aim of this study is to review of Bigorexia's construct, to establish a differential diagnosis with Exercise Dependecy and others disorders, as well as the relationship that supports Body Image Disorder and the possible comorbidity of the above mentioned disorder with other Personality Disorders. We tested the theoretical model proposed across an analysis of hierarchical multiple .A cross-sectional study based on self-report was used to screen people who go usually to the gym and have high-risk to develop Bigorexia. The sample size was of 85 people from Spain between the ages of 15 and 54 years. The instruments included: TBV, TOC, ACQ and MCMI- II. Later we tested the theoretical model proposed across an analysis of hierarchical multiple regression, where the dependent variable measured up to two different forms. Bigorexia seems to be an independent entity. It is approved in the theoretical proposed model and seems to have comorbidity between certain psychopathological characteristics of personality (hypomania, narcissism and compulsivity) and the Bigorexia. The comorbidity is not being significant with obsessive trends.

Keywords: Bigorexia, Exercise Dependence, Body Image, Obsessive Compulsive Disorder, Muscular Dystrophia.

INTRODUCCIÓN

Aunque los cánones de belleza corporal son un hecho que se remonta tiempo atrás en la historia de la humanidad, desde principios del siglo XXI el culto al cuerpo cobra una nueva dimensión. Se trata de una moderna obsesión por la perfección del cuerpo que tiene distintas formas de manifestarse y comparten sintomatología común bajo el deseo

de una imagen corporal perfecta. La Vigorexia sería una de estas formas manifiestas de obsesión por la perfección corporal definida según Baile (2005) como “una alteración de la salud caracterizada por una preocupación patológica de ser débil y no tener suficiente desarrollo muscular del cuerpo –aun teniéndolo- y que se manifiesta en la incapacidad de ver con exactitud el tamaño del propio cuerpo, con comportamientos obsesivos y negativos relacionados con al apariencia”.

Las primeras referencias que encontramos de esta patología datan del 1970, dónde Baekeland hizo anotaciones sobre la dependencia al ejercicio en sus trabajos. En ellos, se estudiaba el efecto que producía la privación del ejercicio en patrones de sueño (Baekeland, 1970). Sin embargo, hasta 1993 no se sacó a la luz este trastorno cuando el Dr. Harrison Pope exploraba los efectos secundarios de los esteroides anabolizantes en personas que iban asiduamente al gimnasio. Pope encontró que ciertos culturistas consumidores de esteroides anabolizantes presentaban comportamientos psicóticos y se percibían pequeños y flacos cuando en realidad eran grandes y musculosos (Pope, Katz y Hudson, 1993).

Por otro lado, los Trastornos de la Conducta Alimentaria, y los problemas con la propia imagen corporal se consideraban como típicos de género femenino. Sin embargo, en la última década del siglo pasado se puso de manifiesto que el hombre también recibía presión sobre su imagen corporal, la de fitness o desarrollo muscular sin grasa.

Por tanto, nos encontramos que mientras que las mujeres desean adelgazar, los hombres quieren ganar peso a través de la masa muscular (Wagner, Musher- Eizenman, Neufeld y Hauser 2009), en un contexto de culto excesivo a la belleza corporal, llegándose a una auténtica obsesión por la salud como símbolo de perfección (“incluso hasta llegar a enfermar”).

El ideal masculino en los medios de comunicación ha ido cambiando a lo largo del tiempo. Federico, Fessler y Hasselton en el año 2005 apuntaron que el ideal masculino cada vez es más musculado, sobrepasando incluso lo preferido por las mujeres. Se ha demostrado que la exposición a los ideales de belleza masculinos incrementan la insatisfacción muscular frente a los anuncios publicitarios que no contenían este tipo de imágenes (Hargreaves y Tiggemann 2009., Hobza y Rochlen 2009). Estos cambios del ideal masculino no solo han ocurrido en los medios de comunicación, si no que también las figuras de acción de los juguetes han

ido cambiando y se presentan ahora mucho más musculados que hace 25 años (Baghrust y Kissinger 2009., Pope, Olivardía, Gruber y Borowiecki 1999). Que un niño juegue con este tipo de juguetes no implica que vaya a desarrollar Vigorexia, pero sí que éstos van a contribuir a que se forme desde pequeño una imagen sobre cual es el ideal de belleza masculino.

Las personas que desean ser más delgadas que su talla percibida sufrirán a un impulso hacia la delgadez (mayoritariamente se producirá en el género femenino), mientras que las personas que desean tener una mayor musculatura que su volumen percibido tenderán a hacia un impulso hacia la musculatura, lo cual se producirá mayoritariamente en el género masculino (Kelley, Neufeld y Musher- Eizenman 2010., Xiao-yan, Mellor, Kiehne, Ricciardelly, McCabe y Yangang 2010).

La interiorización de los ideales de belleza, bien de delgadez o de fitness, predispone a que estas personas sientan insatisfacción corporal. Esta insatisfacción corporal puede ser generada por y generar a la vez una distorsión de la imagen corporal o incapacidad de percibirse con las dimensiones corporales que uno realmente tiene (Greenberg, Delinsky, Reese, Buhlmann y Wilhelm 2010).

La Vigorexia tiene un influencia multifactorial, dónde habría una distorsión de la imagen corporal influida por el descontento corporal de otras personas, por el grado de interiorización del ideal de belleza, baja autoestima y esquema perfeccionista, afectos negativos, la presión de los medios de comunicación y por la ansiedad físico social, SPA (por sus siglas en inglés "Social Physique Anxiety"). SPA ocurre cuando un individuo espera o prevé que los demás lo están evaluando negativamente por su apariencia física (Brunet, Sabiston, Dorsch y McCreary, 2010; Chandler, 2009).

En un artículo anterior (Rodríguez, 2007) se intentó una aproximación al concepto de Vigorexia, así como definir diferencialmente con respecto a otros trastornos como la anorexia nerviosa, adicción al ejercicio, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastorno dismórfico corporal (TDC) o muscular (TDM).

Por otra parte, el ejercicio excesivo puede ocasionar un comportamiento adictivo que está recompensado psicológicamente de varias formas, por ejemplo, mejorando el estado de ánimo, mejorando la salud o proporcionando más ocasiones para relacionarse socialmente (reforzamiento positivo) y estas recompensas pueden fomentar un comportamiento

de ejercicio continuado (Pierce, McGowan y Lynn, 1993). La Adicción o dependencia al ejercicio representa una condición en la que una persona se involucra en la práctica de ejercicio excesivo. Los individuos con Adicción al Ejercicio tienden a no tomarse días de descanso, haciendo ejercicio voluntariamente por lo menos una vez al día o más, a pesar de lesiones o enfermedades potenciales; a menudo tienen pensamientos compulsivos sobre la práctica de ejercicio y experimentan síntomas físicos y psicológicos de retirada cuando están privados de hacer ejercicio (Gutiérrez y Ferreira, 2007).

La Vigorexia se relaciona con factores socioculturales (Baker 2009., Goldfield 2009., Grieve 2007), pero también con déficits serotoninérgicos (Martínez, Fenoller, Rico, Carricajo, García, Piñol, Reinante y López-Higes 2008) y personalidad de tipo obsesiva (Hollander 1997), entre otros.

Varios mecanismos fisiológicos han sido relacionados en la adicción a la práctica de ejercicio, como la Adicción al Ejercicio debido a las endorfinas que son neurotransmisores opioides que actúan principalmente como relajantes o como analgésicos endógenos (Kanamaya, Barry, Hudson y Pope 2006 y Kanamaya, Brower, Wood, Hudson y Pope 2009).

Cuando una persona practica deportes rutinariamente hasta extenuarse el organismo empieza a producir estas sustancias para aliviar los síntomas y esto le permite poder continuar el trabajo por más tiempo cada día.

A medida que pasa el tiempo, se requerirá una cantidad cada vez mayor para poder soportar el dolor, lo que acarreará serias consecuencias. Todo esto produce adicción a las endorfinas (Martínez et al., 2008).

De todos modos, los estudios donde se ha sugerido que la dependencia de la práctica de ejercicio podría ser el resultado de la dependencia sobre los opioides endógenos estimulados por la gran intensidad del ejercicio no han sido concluyentes ya que la mayoría de las evidencias de la conexión entre la endorfina y la adicción a la práctica de ejercicio se presentan como una teoría asociativa más que como una evidencia causal (Adams, Kirb y Robert, 2003).

Aparentemente esta autoadicción a las endorfinas podría relacionarse con el consumo de sustancias exógenas. Los vigoréxicos, que generalmente realizan mucho ejercicio físico, con cierta frecuencia suelen consumir esteroides anabolizantes. Los AAS (por sus siglas en inglés "Ana-

bolic Androgenic Steroids”), son sustancias sintéticas relacionadas con las hormonas sexuales masculinas (testosterona). Ingiriendo altas dosis de estas hormonas, junto con un levantamiento de peso intenso y una alimentación adecuada, los consumidores de AAS pueden incrementar su masa muscular de manera espectacular, a menudo, más allá de lo que se podría alcanzar por métodos naturales (Kouri et al; 1995 citado en Kanamaya et al; 2009).

Sin embargo, la Vigorexia no es una adicción a los AAS. El consumo de AAS se diferencia de la adicción a las drogas (véase tabla 1).

Gen Kanamaya y sus colaboradores en el 2006 hicieron un estudio para comprobar si la Distorsión de la Imagen Corporal se debía al consumo de esteroides anabolizantes. Se compararon consumidores en la actualidad con personas que consumían en el pasado a corto y largo plazo. Los hallazgos demostraron que los consumidores de esteroides anabolizantes a largo plazo mostraban una mayor sintomatología asociada a la Dismorfia Muscular, por ejemplo, no mostrar sus cuerpos en público o dejar de lado las actividades placenteras por preocupaciones sobre su cuerpo). Años más tarde, se hallaron evidencias de el consumo de AAS generaba dependencia como si de cualquier droga se tratase, tal vez porque incluye mecanismos opioides. El 30 % de los usuarios estudiados consumidores de AAS desarrollaban una dependencia a dicha sustancia con consecuencias físicas y psicosociales (Kanamaya et al; 2009).

Algunos hombres están tan preocupados por su desarrollo muscular que eluden eventos sociales, pierden su trabajo e incluso siguen un programa de entrenamiento aunque estén lesionados. Como no consiguen el cuerpo ideal, son capaces de gastar grandes cantidades de dinero en suplementos alimenticios e incluso experimentar con AAS. Estos producen un incremento rápido de la masa muscular, a cambio de unos pequeños efectos secundarios a corto plazo. Sin embargo, a largo plazo el consumo de AAS se asocia con calvicie, elevado colesterol, acné, ginecomastia y atrofia testicular.

Tabla 1. Semejanzas y diferencias entre el consumo AAS y una adicción clásica a las drogas (Tomado de Kanamaya et al; 2009).

Drogas clásicas	AAS
Semejanzas	
Administración de drogas clásicas a animales.	Administración de AAS a hámsteres.
Síndrome de abstinencia tras un consumo prolongado.	Síndrome de abstinencia característico tras el consumo prolongado.
Algunos individuos siguen consumiendo a pesar de efectos médicos y psicológicos negativos.	Consumo aunque tengan consecuencias adversas.
Diferentes subculturas en torno al consumo de drogas.	En la subcultura está bien visto ir al gimnasio y de moda la imagen corporal
Es común el consumo de varias drogas.	Frecuente consumo de otras drogas además de AAS.
Diferencias	
Reforzador inmediato tras el consumo.	No hay reforzador inmediato tras el consumo; pero puede causar un incremento de energía, libido y autoconfianza.
Con frecuencia hay efectos residuales por el consumo (resaca, insomnio, depresión, etc).	Pocos efectos adversos inmediatos.
Perjudica el funcionamiento diario del consumidor (trabajo, conducción, etc).	Daño en el funcionamiento diario mínimo aunque incrementa la irritabilidad y la agresión en las relaciones sociales.
Se desarrolla tolerancia física.	Evidencia limitada sobre la tolerancia, ya que suben la dosis incrementan los efectos.
Tiempo de consumo (obtención de la droga, intoxicación, recuperación de la Intoxicación).	No hay intoxicación aguda.

La retirada de un ciclo de esteroides puede conducir a la depresión y ha sido relacionado con el suicidio (Pope, Gruber, Mangweth, Benjamin, De Col, Jouvent y Hudson, 2000).

Hay más actitudes y conductas alimentarias de tipo patológico y una pobre imagen corporal cuando los individuos practican ejercicio para evitar sentirse mal (afectos negativos), en comparación con la gente que lo practica por otros motivos. Estos grupos no difieren en la frecuencia o en la intensidad del ejercicio (Young y Anderson, 2010).

Como ya establecimos en un artículo anterior (Rodríguez, 2007), la Vigorexia no sería una adicción al ejercicio, ya que muestra diferencias con respecto a éstos. Los adictos realizan el ejercicio como fin en sí mismo, para disminuir el malestar (por ejemplo la abstinencia) y conseguir un estado interno agradable, con lo cual, habría un proceso de reforzamiento positivo, ya que la práctica deportiva produce placer. Este reforzamiento positivo no parece darse en los vigoréxicos, verdaderamente no disfrutan haciendo ejercicio, solo evitan el malestar que le produce. Así mismo, en dicho artículo, la Vigorexia no se engloba dentro de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, ya que, aunque comparta la percepción errónea del propio cuerpo y ciertas alteraciones de la alimentación, ésta no es el elemento definitorio del trastorno.

También se estableció la relación entre la Vigorexia y el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), en cuanto a que tales individuos se obsesionan con la idea de si están lo suficientemente musculados. Las compulsiones se manifiestan pasando muchas más horas en el gimnasio, malgastando grandes cantidades de dinero en suplementos deportivos inútiles, tienen un ingesta de alimentos anormal e incluso recurren al abuso de sustancias. Sin embargo, la Vigorexia parece originarse en emociones negativas, por disgusto o por vergüenza, en lugar de en una excesiva ansiedad como es el caso del TOC. En el TOC, la compulsión se repite de forma idéntica, su objetivo es disminuir los efectos negativos de la ansiedad asociada a la no realización. En la Vigorexia, la persona podría sustituir perfectamente sus ejercicios por otros que pensase como más eficaces para ganar más masa muscular (Rodríguez, 2007).

En último lugar, también se trató la relación de la Vigorexia con el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) en el artículo precedente a éste. El TDC se trata de una preocupación excesiva por un defecto imaginado del cuerpo/ apariencia. Sí existiese, sería una reacción excesiva a ese defecto. Las personas que padecen un TDC se centran en un defecto subjetivo concreto, acorde o no con las normas sociales estéticas actuales, mientras que en Vigorexia la insatisfacción corporal es general por no ajustarse a los cánones de belleza imperantes.

En la misma línea, estudios posteriores apuntan a la Vigorexia como una entidad nosológica independiente, una patología derivada de lo que serían los "trastornos de la imagen corporal" (Wolke y Sapouna, 2008.,

Xiaoyan et al., 2010), o “Vigorexia como una expresión de una patología común cómo los TCA” (Mosley, 2009), como en nuestro modelo.

No hay un modelo universalmente aceptado ni etiológico ni de mantenimiento de la Vigorexia, ni ninguno de los modelos estudiados explica el elemento clave: por qué el sujeto (a partir de un determinado momento y no antes) se percibe de forma errónea (Rodríguez, 2007). Desafortunadamente, hoy día el tener un físico imperfecto puede llevar a problemas de índole social, como el ser aceptado o ser motivo de burla, muchas de las veces sin tener en cuenta ninguna característica personal más. Se realiza una inferencia de más cualidades positivas o deseables de la persona si esta tiene un físico adecuado. De la misma forma, en la persona que no se considera perfecta (en términos de ideales sociales) en sus cualidades físicas, también se establece la inferencia de que personalmente también tendrá cualidades no muy deseadas. Pero aunque puede ser coherente pensar que si un joven es rechazado por una chica y cree que se debe a su escasa musculatura tome la decisión de pasar largas horas en el gimnasio, esto no explica que empiece a percibirse como menos musculoso de lo que realmente es, incluso con diferencias muy notables con la realidad.

Dado que la Vigorexia presenta diferencias significativas con todos los trastornos en los que se ha intentado incluir (Rodríguez, 2007), se cuestiona la idoneidad de incluirlo en alguno de ellos y por ello, hemos desarrollado un modelo tentativo dónde se define a la Vigorexia como un trastorno de la imagen corporal, como lo serían los TCA (véase Figura 1).

Habría una serie de factores, como haber tenido experiencias negativas relevantes para el sujeto relacionados con su apariencia física, la internalización de los ideales de belleza, la insatisfacción corporal, la importancia de la apariencia... y ciertas características de personalidad que actuarían como factores de riesgo al ser predisponentes de padecer Vigorexia, por lo que sería necesario evaluar el grado de preocupación que tiene un hombre con su imagen corporal. Como desencadenante, parece haber una constante discrepancia percibida por el sujeto entre cómo percibe su figura y como realmente es, lo cual genera un tremendo malestar psicológico al establecer una permanente autoevaluación que deriva en una insatisfacción corporal.

Generalmente esta insatisfacción corporal es distinta entre géneros, ya que, entre otros factores, la presión social que se ejerce entre unos y otros es distinta. En el caso de los hombres, la presión sería hacia la muscula-

tura, pudiendo llegar a desarrollar algunas personas Vigorexia. Cada conducta que se realiza para conseguir estar cada vez más musculados causa y a la vez mantiene la percepción errónea del propio cuerpo o distorsión de la imagen corporal. Se pierden los límites, acaban por no discriminar entre conductas saludables y conductas potencialmente perjudiciales para la salud y cada vez quieren objetivos más ambiciosos como forma de estar más cercanos a la perfección (se produce el fenómeno de escalada en el que no solo se va a incrementar la cantidad de ejercicio sin límites, sino que también se va alterando la percepción, y también cada vez más la ansiedad ante su imagen). Todas estas conductas mantienen la distorsión de la imagen corporal, y a la vez la reforzarían negativamente al disminuir momentáneamente el malestar que le produce la insatisfacción corporal por no percibir su silueta como el ideal de belleza.

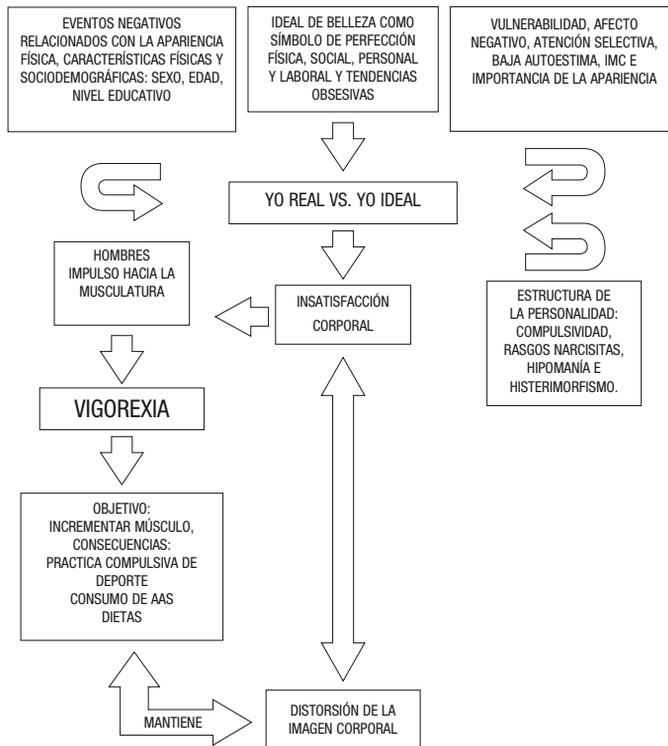


Figura 1. Modelo tentativo de Vigorexia como Trastorno de la Imagen Corporal.

Los objetivos de este estudio, por tanto son, en primer lugar, hacer una revisión del constructo de Vigorexia. En segundo lugar, establecer un diagnóstico diferencial con el Trastorno Obsesivo Compulsivo, los Trastornos de la Conducta Alimentaria, el Trastorno Dismórfico Corporal y con la Dependencia al Ejercicio, y finalmente poner a prueba un modelo teórico a través de un análisis de regresión jerárquica múltiple.

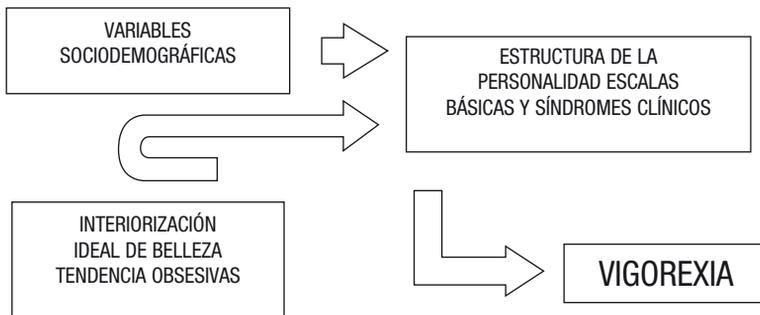


Figura 2. Estructura de la hipótesis que sustenta el estudio.

MÉTODO

En la figura 1, se puede ver la relación entre las distintas variables que hemos incluido en este estudio, que corresponden al modelo teórico anteriormente expuesto (véase figura 2). La variable dependiente es Vigorexia, que se mide de dos formas distintas a través del Test Breve de Vigorexia y a través de la evaluación de expertos. La variable Vigorexia se pone a prueba a través de una secuencia en tres pasos de variables independientes (variables sociodemográficas, variables comportamentales y variables de personalidad) que se describirán más detalladamente en el apartado método.

Con la intención de poner a prueba nuestro modelo se llevó a cabo el siguiente estudio.

PARTICIPANTES

La muestra estaba formada por 85 participantes voluntarios usuarios habituales de gimnasios, de la muestra 60 eran varones y 25 mujeres entre 15 y 54 años de edad, siendo la edad media 28 años. La mayor parte de la muestra tenía un nivel de estudios por encima del bachillerato (60 sujetos) y 19 de ellos poseían una titulación deportiva. De los 85 participantes, 25 (29. 41% de los sujetos) fueron señalados como Vigoréticos según la evaluación de expertos.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA

A cada uno de los sujetos que compone la muestra se le administro una batería de test bajo el nombre de estudios sobre "Aspectos Psicológicos del Ejercicio Físico", la cual está compuesta, en primer lugar, por un cuestionario de datos sociodemográficos elaborado específicamente para este estudio en el que se recogían variables como la edad, el sexo, los estudios finalizados, si tenía titulación deportiva, estudios actuales, deporte que practican y horas a la semana que dedican a la práctica deportiva. El ideal de belleza se midió con el Adonis Complex Questionnaire (Pope, 2002). La tendencias obsesivo-compulsivas con un nuevo instrumento llamado TOC (Rodríguez y Ávila, 2006), elaborado para medir específicamente pensamientos y conductas obsesivo compulsivas en la práctica deportiva y que es una adaptación de la Escala de Yale-Brown (Goodman, Price y Rasmussen, 1989). Por último, las variables de personalidad se midieron a través del MCMI II (Millon, 1986).

La variable dependiente Vigorexia se midió de dos formas distintas. En primer lugar, a través del Test Breve de Vigorexia (TBV) (Baile, 2005). En segundo lugar, a través del juicio de expertos. Los expertos fueron entrenadores instruidos previamente sobre Vigorexia encargados de administrar la batería de test a la muestra. Estos colaboradores señalaban con una "X" la batería de test de los sujetos de la muestra que según a su juicio podría padecer Vigorexia.

PROCEDIMIENTO

El diseño del estudio fue transversal descriptivo con mediciones simultáneas de todas las variables en un periodo de cuatro meses. Los centros deportivos y los colaboradores que participaron en el estudio lo hicieron de manera voluntaria. Los colaboradores eran las personas encargadas

de administrar los cuestionarios y aunque sabían que era una investigación sobre vigorexia, no conocían las hipótesis de estudio (método de doble ciego). Los sujetos de la muestra se eligieron de forma aleatoria y se les presentó como un estudio de “aspectos psicológicos de la práctica deportiva”.

Por lo que respecta al análisis de datos, se calculó en primer lugar la fiabilidad del nuevo instrumento para medir pensamientos y comportamientos de tipo obsesivo en la práctica deportiva (TOC). Al tratarse de un instrumento nuevo el estudio previo de la fiabilidad del mismo es un paso necesario. A continuación, se realizaron dos análisis de regresión jerárquica múltiple, uno para cada forma de medición de la variable dependiente, siendo las variables independientes las mismas en ambos casos. Se eligió este tipo de análisis en concordancia con el modelo teórico que se pone a prueba, que es un modelo que incluye la influencia de sucesivos conjuntos de variables. En el primer paso de dicho análisis se incluyeron las variables sociodemográficas de los sujetos: sexo, edad, estudios realizados, deporte y horas a la semana de práctica deportiva. En el segundo paso se incluyeron las puntuaciones totales del ACQ y del TOC. Por último, en el tercer paso se incluyeron las variables de personalidad medidas a través del MCMI II: compulsividad, narcisismo, hipomanía y la variable histeriforme.

Todo ello se analizó con el programa estadístico SPSS V. 15.0.

RESULTADOS

En nuestra muestra se sigue cumpliendo el perfil del “vigoréxico” descrito por Baile en 2005 de hombre con edad comprendidas entre los 18 y los 35 años que practican alrededor de 3 horas diarias de deporte. Dentro de las variables sociodemográficas el nivel educativo aparece como variable significativa en ambos análisis, por lo que se podría considerar un factor de riesgo.

Se analizó la fiabilidad del TOC, ya que el instrumento para medirlo era nuevo. Este instrumento es una adaptación de la Escala Yale-Brown (Goodman et al., 1989), que evalúa específicamente comportamientos obsesivos compulsivos en personas que realizan práctica deportiva. Es una escala tipo likert, que consta por lo tanto de 5 opciones de respuesta. Se calculó la fiabilidad de la escala aplicándola a los 85 participantes de

la muestra del estudio. La correlación Alfa de Cronbach resultó ser alta (alfa = ,705) lo que equivale a decir que el instrumento tiene una buena fiabilidad. Dado que la escala consta de 10 ítems no tiene sentido seguir haciendo más análisis psicométricos (pares- impares, dos mitades, etc.).

La hipótesis principal se puso a prueba utilizando para ello dos análisis de regresión jerárquica múltiple. La diferencia entre ambos análisis fue que la variable dependiente vigorexia se midió de dos formas distintas. En el primer caso, a través de la puntuación en el TBV. En segundo lugar, a través de la evaluación por expertos. En ambos análisis se establecieron tres pasos, en concordancia de nuestro modelo teórico (véase figura 1).

Respecto a las tendencias obsesivas, no resultó significativa la correlación con la VD cuando ésta se midió a través del juicio de expertos (alfa = ,198). Sin embargo cuando se midió a través del TBV se obtuvo un alfa significativo de ,769.

En cuanto a los datos referidos al Ideal de belleza, medido con el ACQ, en ambos análisis se obtiene una significación muy alta (alfas: ,003 y ,000 respectivamente), lo que indicaría una importancia de la interiorización del ideal de belleza, de la preocupación excesiva de la autoimagen y de las áreas relacionadas con la imagen corporal como factores de influencia en el desarrollo y mantenimiento de la Vigorexia. Efectivamente, puede observarse una alta significación del ACQ en los dos análisis, con un cambio en R2 de .188 a .556 cuando la variable dependiente esta medida por el TBV.

Así mismo, también hubo un incremento en R2 cuando se añadieron las variables de personalidad en el tercer paso de .336 a .441 en el análisis dónde la variable dependiente fue medida por expertos y en el análisis de la variable dependiente a través del TBV el incremento de significación estadística al añadir las variables de personalidad paso de .556 a .609.

Respecto a las diferencias en las formas de medición, en las tablas 2 y 3 se puede observar como los resultados cambian sustancialmente de una forma de medición a otra. Por un lado, los cambios en R2 de los 3 pasos de la primera forma de medida fueron: en el primer paso .296, en el segundo se incrementó a .364 y en el tercero a .441, explicando en total poco más del 40% de la significación estadística total. Sin embargo, en la segunda forma de medición el cambio en R2 del primer al segundo paso se incrementó de un .188 a .556, y del segundo al tercero a .609, es decir,

en el segundo modelo de regresión jerárquica medido a través de TBV se explica un 20% más de la varianza, lo que supone un total del 60% de la varianza total explicada.

Los resultados de ambos análisis se pueden observar en las tablas 2 y 3.

Tabla 2. Análisis de Regresión Múltiple Jerárquica.

Pasos del Modelo y variable		Vigorexia evaluada por expertos		
Betas Estandarizadas.		Paso 1	Paso 2	Paso 3
Variables Sociodemográficas				
	Estudios	.001*	.002*	.000*
	Sexo	.038**	.166	.069
	Edad	.815	.512	.418
	Deporte	.001*	.002*	.002*
	Horas	.238	.668	.581
Resultados totales del TOC y el ACQ				
	TOCtotal		.198	.204
	ACQtotal		.005*	.003*
Escala Básica de Personalidad y Síndromes Clínicos				
	Narcisista			.188
	Compulsiva			.195
	Hipomanía			.017**
	Histeriforme			.162
R ² corregida		.252	.306	.356
Δ R ²		.296	.364	.441
* p<.05; ** p<.01; *** p<.001				

Tabla 3. Análisis de Regresión Múltiple Jerárquica.

Pasos del Modelo y variable		Vigorexia medida por el Test Breve de Vigorexia		
Betas Estandarizadas.		Paso 1	Paso 2	Paso 3
Variables Sociodemográficas				
	Estudios	.045**	.059	.039**
	Sexo	.016**	.000*	.000*
	Edad	.089	.011*	.018**
	Deporte	.373	.863	.948
	Horas	.141	.433	.476
Resultados totales del TOC y el ACQ				
	TOCtotal		.769	.517
	ACQtotal		.000*	.000*
Escala Básica de Personalidad y Síndromes Clínicos				
	Narcisista			.466
	Compulsiva			.023**
	Hipomanía			.493
	Histeriforme			.299
R ² corregida		.137	.515	.550
Δ R ²		.188	.556	.609
* p<.05; ** p<.01; *** p<.001				

DISCUSIÓN

Hoy día muchas mujeres y hombres jóvenes hacen dieta y ejercicio pero solo una parte pequeña de ellos desarrollan comportamientos y síntomas serios que indiquen una Distorsión de la Imagen Corporal. Posiblemente el fuerte deseo de estar delgadas o de estar musculados sea uno de los factores que más influencia tienen en la diferenciación del grupo de mujeres y hombres que hacen dieta y ejercicio y no llegan a desarrollar ni TCA ni Vigorexia, de los que sí los acaban desarrollándola. Actualmente, estos trastornos están haciendo sufrir y matando a miles de personas.

Por su importancia y para poder desarrollar una buena prevención y un tratamiento efectivo en estos trastornos es necesario, primeramente delimitar sus características propias y no encasillarlos junto a otros porque compartan sintomatología similar. Por ello, como primera hipótesis de nuestro estudio, se planteo la Vigorexia como una entidad nosológica independiente. Para ello, uno de nuestros objetivos era establecer un diagnóstico diferencial de los trastornos con los que se ha ido mezclando según su sintomatología predominante, como la Adicción al Ejercicio, los TCA, el TOC y el TDC.

Se puede considerar que el modelo que se pone a prueba queda confirmado (véase figuras 1 y 2), y por tanto la Vigorexia sería un trastorno que actuaría como solución a una percepción errónea de la propia imagen (Distorsión de la Imagen Corporal) y a la vez el resultado de una serie de factores psicológicos y sociodemográficos predisponentes, con la presencia de ciertas características de personalidad. Hay que resaltar dentro del modelo el peso de factores de riesgo significativos e influyentes en la Vigorexia: el ideal de belleza y las variables de personalidad.

No esperábamos diferencias significativas en las dos formas de medir la variable dependiente Vigorexia (una a través del juicio de expertos y otra a través de la puntuación total obtenida del TBV), sin embargo, los resultados indicaron lo contrario. En general parece más fiable utilizar un instrumento de medida estandarizado que la simple opinión de expertos. Y por otro lado, estos resultados nos plantean posibles limitaciones del estudio: la fiabilidad de las mediciones realizadas a través del juicio de expertos y la heterogeneidad de los participantes.

Se verifica el modelo teórico propuesto, dónde la imagen corporal juega un papel muy importante en dicho trastorno y además parece haber comorbilidad entre rasgos psicopatológicos de personalidad (hipomanía, narcisismo y compulsividad) y la Vigorexia, no siendo significativa la comorbilidad con tendencias obsesivas.

REFERENCIAS

Adams, J., Kirb y Robert J. (2003). El exceso de ejercicio como adicción. Una revisión, *Revista de toxicomanías*, 34, 10- 22.

American Psychiatric Association (2006). *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales-DSM-IV*. Madrid: Masson (6º edición).

- Baekeland, P. (1970). Exercise Deprivation. *Archives of General Psychiatry*, 22, 365-369.
- Baghurst T. y Kissinger D. B. (2009). Perspectives on Muscle Dysmorphia. *International Journal of Men's Health*, 8(1), 82- 89.
- Baile, J. I. (2005). *Vigorexia: Cómo reconocerla y evitarla*. Madrid: Síntesis.
- Baker J. H., Maes H. H., Lisner L., Aggen S. H., Lichtenstein P. y Kendler K. S. (2009). Genetic risk factors for disordered eating in adolescent males and females. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 576- 586.
- Brunet, J., Sabiston C. M., Dorsch K. D. y McCreary D. R. (2010). Exploring a model linking social physique anxiety drive for muscularity drive for thinness and self- esteem among adolescent boys and girls. *Body image*, 7, 137- 42.
- Chandler, E. G. (2009). Are Anxiety and Obsessive- Compulsive Symptoms related to Muscle Dysmorphia? *International Journal of Men's Health*, 8(2), 143- 154.
- Goldfield G. S. (2009). Body Image, Disordered Eating and Anabolic Steroid Use in Female Bodybuilders. *Eating Disorders*, 17, 200- 210.
- Greenberg J. L., Delinsky S. S., Reese H. E., Buhlmann U. y Wilhelm S. (2010) Body image. *Young adult mental health*. London: Oxford University Press, 126-142.
- Grieve, F. G. (2007). A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eating Disorders*, 15, 63-80.
- Goodman, W. K., Price, L. H. y Rasmussen, S. A. (1989). The Yale- Brown obsessive- compulsive scale. I: development, use, and reliability. *Achieves of General Psychiatry*, 46, 1006- 1011.
- Gutiérrez C. F. y Ferreira R; (2007). *Estudio sobre la Adicción al Ejercicio: Un Enfoque de la Problemática actual*. Medellín: Universidad de Antioquía.
- Hargreaves D. A. y Tiggemann M. (2009). Muscular Ideal Media Images and Men's Body Image: Social Comparison Processing and Individual Vulnerability. *Psychology of Men & Masculinity*, 10(2), 109- 119.
- Hobza C. L. y Rochlen A. B; (2009). Gender role conflict, drive for muscularity, and the impact of the ideal media portrayals on men. *Psychology of Men & Masculinity*, 10(2), 120- 130.
- Hollander, E. (1997). Obsessive-compulsive-spectrum-disorders: an overview. *Psychiat Ann*, 23, 355-358.
- Kanayama G., Barry S., Hudson J. I. y Pope H. G. (2006). Body image, self-esteem, and attitudes towards male roles in anabolic-androgenic steroid users. *Am J Psychiatry*, 163, 697-703.

- Kanamaya G., Brower K. J., Wood R. I; Hudson J. I. y Pope H. G (2009). Anabolic- Androgenic Steroid Dependence: An Emerging Disorder. *Addiction*, 104, 1966- 1978.
- Kelley C. C., Neufeld J.M. y Musher-Eizenman D. R. (2010). Drive for thinness and drive for muscularity opposite ends for the continuum or separate constructs? *Body Image*, 7(1), 74-77.
- Martín Martínez, A. B., Fenollar Iváñez F. M., Rico Gomis J. M., Carricajo Lobato M. P., García Núñez C., Piñol Ferrer B., Reinante G. y López-Higes J. (2008). *Vigorexia, complejo de Adonis o Dismorfia Muscular*. 9º Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis.
- Millon, T. (1986). Personality prototypes and their diagnostic criteria. En T. Millon y G. L. Klerman (comps.). *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSMIV*. Nueva York: Guilford.
- Mosley P. E. (2009). Bigorexia: Bodybuilding and muscle dysmorphia. *Eur. Eating Disorders R*, 17, 191-198.
- Pierce, E.F., McGowan, R.W. y Lynn, T.D. (1993). Exercise dependence in relation to competitive orientation in runners. *J Sport Med Phys Fit*, 33, 189-193.
- Pope, H. G. (2002). *Adonis Complex: How to Identify Treat and Prevent Body Obsession in Men and Boys*. Boston: Touchstone Books.
- Pope, H. G., Gruber, A. J., Mangweth, B., Benjamin, B., De Col, C, Jouvent, R. y Hudson, J. I. (2000). Body image perception among men in three countries. *American Journal of Psychiatry* 157, 1297-1301.
- Pope H.G., Katz D. L. y Hudson, J. L. (1993). Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders, *Compr. Psychiatry*, 34(6), 406-409.
- Pope HG Jr, Olivardia R., Gruber A. y Borowiecki J. (1996). Evolving ideals of male body image as seen through action toys. *Int J Eat Disord*, 26, 65-72.
- Rodríguez Molina, J. M. (2007). Vigorexia: Adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación. *Salud y Drogas*, 7(2), 289-308.
- Rodríguez Molina, J. M. y Ávila Muñoz, A. M. (2006). *Vigorexia: Hacia un modelo explicativo y de intervención*. Comunicación presentada en el I Congreso Internacional: Intervención en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid, 12-14 de Octubre. (Libro de Actas).
- Wagner Oehlhof, M. E., Musher-Eizenman, D. R., Neufeld, J. M. y Hauser, J. C. (2009). Self-objectification and ideal body shape for men and women. *Body Image*, 6(4), 308- 310.

- Wolke D. y Sapouna M. (2008). Big men feeling small: childhood bullying experience, muscle dysmorphia and other mental health problems in bodybuilders. *Psychology of Sport and Exercise*, 9, 595- 604.
- Xiaoyan, X., Mellor, D., Kiehne, M., Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P. y Yanggang X.(2010). Body dissatisfaction, engagement in body change behaviors and sociocultural influences on body image among Chinese adolescents. *Body Image*, 7(2), 156- 164.
- Young K. P. y Anderson D. A. (2010). The importance of the function of exercise in the relationship between obligatory exercise and eating and body image concerns. *Eating behaviors*, 11, 62- 64.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

1. Health and Addictions 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 mediante la modalidad doble ciego. Con el fin de mantener dicho anonimato, el nombre y filiación de los autores aparecerán únicamente en la primera página. Los autores evitarán que el texto contenga claves o sugerencias que los identifiquen.
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*, 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 2011.

(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

Editores



INSTITUTO
DE INVESTIGACIÓN
DE DROGODEPENDENCIAS
DIRECTOR MIGUEL HERNÁNDEZ



Colaboradores



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT



Fundación para el
Estudio, Prevención
y Asistencia a las
Drogodependencias

compromiso social.
Bancaja 



AGÈNCIA
VALENCIANA
DE SALUT

