

Revista Salud y drogas

Salud y drogas 2008, Vol. 8, nº 1
Periodicidad semestral

Health and addictions

DIRECTOR

José A. García del Castillo Rodríguez
Universidad Miguel Hernández

SECRETARIO

Daniel Lloret Irlés
Universidad Miguel Hernández

CONSEJO EDITORIAL

Javier Aizpiri Díaz
Medicina Psicoorgánica, Bilbao, España
Francisco Javier Ayesta Ayesta
Universidad de Cantabria, España
Ramón Bayés Sopena
Universidad Autónoma de Barcelona, España
Elisardo Becoña Iglesias
Universidad de Santiago de Compostela, España
Juan Vicente Beneit Montesinos
Universidad Complutense de Madrid, España
Julio Bobes García
Universidad de Oviedo, España
Gilbert J. Botvín
Weill Medical College Cornell Univ., USA
Guillermo Alonso Castaño Pérez
Fundación Universitaria Luis Amigó, Colombia
Joao Castel-Branco Goulao.
Instituto da Droga e da Toxicodependência, Portugal
Gaspar Cervera Martínez
Hosp. Clínico Universitario de Valencia, España
Enrique Echeburúa Odrizola
Universidad del País Vasco, España
José Ramón Fernández Hermida
Universidad de Oviedo, España
Lawrence Gardner Eliot
Albert Einstein College of Medicine, USA
Kenneth W. Griffin
Weill Medical College Cornell Univ., USA
Consuelo Guerrá Sira
Instituto de Investigaciones Citológicas, España
Carl G. Leukefeld
University of Kentucky, USA
Carmen López Sánchez
Universidad de Alicante, España
Juan José Llopis Llacer
Universidad Jaime I, Castellón, España.
Rafael Maldonado
Universidad Pompeu Fabra, España
Gerardo Marín
University of San Francisco, USA
F. Xavier Méndez Carrillo
Universidad de Murcia, España

JEFE DE REDACCIÓN

José Pedro Espada Sánchez
Universidad Miguel Hernández

SECRETARIA TÉCNICA

M^a del Carmen Segura Díez
Universidad Miguel Hernández

Rafael Nájera Morrondo
Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA, España
Miguel Ángel Ortíz de Anda
Edex-Centro de Recursos Comunitarios, España
César Pascual Fernández
Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
Gobierno de Cantabria, España
Francisco Pascual Pastor
Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana, España
Jesús Ángel Pérez de Arróspide
Fundación Vivir sin Drogas, España
Bartolomé Pérez Gálvez
Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana, España
Joaquín Portilla Sogorb
Hospital Gral. Universitario de Alicante, España
Alain Rochon
Régie Régionale de L'Estriv, Canadá
Fernando Rodríguez de Fonseca
Universidad Complutense de Madrid, España
Jesús Rodríguez Marín
Universidad Miguel Hernández, España
Javier Ruíz Fernández
Ayuntamiento de Portugaete, España
Jesús Sánchez Martos
Universidad Complutense de Madrid, España
José Sánchez Payá
Hospital Gral. Universitario de Alicante, España
Manuel Sanchís Fortea
Hospital Psiquiátrico de Bétera, España
Roberto Secades Villa
Universidad de Oviedo, España
Merrill Singer
Hispanic Health Council, USA
José Solé Puig
Cruz Roja de Barcelona, España
Steven Sussman
University of Southern California, USA
Miguel Ángel Torres Hernández
Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana, España
José Ramón Varo Prieto
Servicio Navarro de Salud, España

REVISTA SALUD Y DROGAS

Objetivos

Salud y drogas 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, *Salud y drogas* publica artículos sobre tratamiento, prevención y reinserción social, así como estudios epidemiológicos, básicos y descriptivos sobre las drogodependencias y otras conductas adictivas.

Frecuencia

Salud y drogas se publica dos veces al año en versión impresa y electrónica, siendo la versión electrónica idéntica a la impresa.

Idioma

El idioma de publicación es el español, si bien ocasionalmente se aceptan artículos escritos en lenguas de la Unión Europea.

Separatas

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

Copyright y permisos

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

Papel

Salud y drogas se imprime en papel libre de cloro.

Indexada en

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

Dirección Postal

Instituto de Investigación de Drogodependencias.

Universidad Miguel Hernández

Ctra. de Valencia s/n

03550 San Joan d'Alacant ALICANTE (España)

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

Web: <http://inid.umh.es>

ISSN: 1578-5319

Depósito legal: MU-1305-2001

Foto de portada por cortesía de la Dra. C.de Felipe
(Instituto de Neurociencias, UMH).

Edita: Instituto de Investigación de Drogodependencias.

ÍNDICE

1. EDITORIAL5

Fumadores con carné

José A. García del Castillo7-8

2. ORIGINALES9

Rendimiento neuropsicológico de pacientes en tratamiento por adicción a la cocaína

Roberto Secades-Villa, Gloria García Fernández, Olaya García-Rodríguez, Juan C. Álvarez Carriles y Emilio Sánchez Hervás. 11-28

Efectos del programa Saluda sobre factores cognitivos relacionados con el consumo

José A. Espada, Mireia Orgilés, Xavier Méndez, José M. García-Fernández y Cándido J. Inglés 29-50

Perfil de un grupo de autocambiadores hispanohablantes del Norte de España y del Sur de Florida (EEUU)

José Luis Carballo y José Ramón Fernández-Hermida. 51-72

Autoeficiencia, esfuerzo y expectativas de control en la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+ en un programa de mantenimiento con metadona

Santos Orejudo Hernández, Lucía Ladero Martín y José A. Carrobes Isabel 73-92

When and why do Portuguese University Students start smoking: implications for prevention

José Precioso y M. Macedo 93-104

3. RENCENSIONES DE LIBROS105

INDEX

1. EDITORIAL 5

2. ORIGINALS 9

Neuropsychological performance of patients in treatment for cocaine addiction
Roberto Secades-Villa, Gloria García Fernández, Olaya García-Rodríguez, Juan C. Álvarez Carriles y Emilio Sánchez Hervás 11-28

Effects of the preventive program Saluda on cognitive factors related to drug use
José A. Espada, Mireia Orgilés, Xavier Méndez, José M. García-Fernández y Cándido J. Inglés 29-50

Profile of a group of Spanish-speaking self-changers from northern Spain and southern Florida (USA)
José Luis Carballo y José Ramón Fernández-Hermida 51-72

Self-efficacy, effort and control expectancy in the antirretroviral treatment adherence in methadone maintenance patients.
Santos Orejudo Hernández, Lucía Ladero Martín y José A. Carrobes Isabel 73-92

When and why do Portuguese University Students start smoking: implications for prevention
José Precioso y M. Macedo 93-104

3. BOOKS 105

EDITORIAL

FUMADORES CON CARNÉ

José A. García del Castillo

Seguro que uno de los momentos más entrañables que conservamos en el recuerdo es la primera vez que conseguimos un carné, uno de esos cartoncitos con nuestra fotografía, un sello y una firma, que nos facultaba para hacer algo. Lo normal es que fuera de un club deportivo, de una asociación de amigos de los animales o de una organización juvenil. No me negarán que tener en nuestras manos uno de esos cartones de colores hacía que nos sintiéramos más personas, más integrados y orgullosos de pertenecer a algo tan anhelado.

La evolución de estos trocitos de identidad ha sido trepidante, pasándose del cartón al plástico, de la fotografía en blanco y negro al color, y de ésta a la digitalizada. Ahora muchos carnés tienen incorporado un microchip que permite a los usuarios acceder a determinados lugares de privilegio.

En la encarnizada y desproporcionada lucha contra el tabaco se ha pensado de todo, pero siempre con tintes incriminadores para los usuarios, que son el final de la cadena de producción para las tabaquerías y el final de la cadena sanitaria para las autoridades, y unos y otros disparan sus respectivos cartuchos para intentar llevarse el pato al agua.

Los que elaboran y venden el producto se devanan los sesos para crear nuevas estrategias de persuasión que permitan aumentar sus emolumentos sin reparar en gastos éticos o económicos; los que protegen la salud general de la población se parapetan como pueden y deciden, día sí y día también, poner barreras al campo, ideando leyes, trabas y estratagemas para reconvenir al pobre fumador de que su enfermedad no debe seguir minando su vida, debiendo deshacerse de su pesada carga, y para ello le propone amablemente tantas y tantas cortapisas como puede o se les ocurre, desde impedir fumar en prácticamente todos los lugares mediante la ley, hasta fustigar sus cansadas sensibilidades mediante mensajes aterradores que serían capaces de fulminar el más mínimo resquicio de duda de cualquier cuerdo.

Ahora los británicos parece que vuelven a la carga y se están planteando dar otro pasito adelante en la erradicación del tabaquismo, mediante la novedosa idea de que todo fumador sea acreditado debidamente con un carné. Este documento, como era de suponer, no sería nada atractivo para los paupérrimos fumadores, porque de ser así podría convertirse en ese oscuro objeto de deseo y nada más lejos de las intenciones de los mandatarios británicos, sino que se diseñaría con los tristemente famosos pulmones putrefactos entre los que se insertaría adecuadamente la fotografía digital del futuro interfecto, junto con sus datos personales, para deshonra de su portador y pitorreo del personal.

Huelga señalar que la emisión del carné acarrea unos costes económicos aun por determinar, así como su fiel mantenimiento, obligando a su titular a pagar religiosamente un impuesto anual para satisfacer su necesidad imperiosa de fumar.

No deja de ser chocante y malicioso que tenga que ser el eslabón más débil de la cadena el que siga pagando los desatinos de la ciencia y la política, que por más que se empeñan no encuentran un camino exitoso y menos incisivo, para convencer al enfermo de que abandone su enfermedad sumisamente y sin recelos. Se acotan los lugares donde poder fumar libremente, se suben los impuestos directos e indirectos del tabaco, se impide el acceso a determinados trasplantes asegurando y acelerando la muerte del fumador y, finalmente, se les cubre de gloria obligándoles a llevar un carné cutre que les permita fumar.

Está visto que lo que nunca se intenta es una buena política de incentivos, donde se potenciaran los tratamientos gratuitos, las primas por abandonar el tabaco, los reconocimientos sociales por intentarlo, la detención completa de todo tipo de publicidad del producto y el apoyo real para la investigación de nuevas formas de prevenir el inicio al consumo, que es donde verdaderamente está la clave para detener esta pandemia. Pero de momento aguardaremos pacientemente a que se obligue este carné para censar a los fumadores y poder castigar a los infractores que no acrediten su condición de pulmón negro.

ORIGINALES

RENDIMIENTO NEUROPSICOLÓGICO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO POR ADICCIÓN A LA COCAÍNA

Gloria García Fernández¹, Olaya García-Rodríguez², Roberto Secades-Villa¹, Juan C. Álvarez Carriles³ y Emilio Sánchez Hervás⁴.

¹Universidad de Oviedo. ²Universidad de Barcelona. ³Hospital Central de Asturias. ⁴Consejería de Sanidad (Valencia)

Recibido: 23/09/2008 / Aceptado: 21/10/2008

RESUMEN

En este estudio se evaluó la presencia de alteraciones neuropsicológicas en 50 pacientes adictos a la cocaína en comparación con un grupo control de 22 sujetos de la población normal, balanceados en edad, sexo y años de escolarización. Se aplicó un protocolo de evaluación compuesto de tareas sensibles a la detección de alteraciones en diferentes componentes de las funciones ejecutivas. Los resultados descartaron la presencia de un déficit neuropsicológico generalizado en la población de adictos a la cocaína, y apuntaron hacia alteraciones neuropsicológicas más específicas. En concreto, el grupo clínico obtuvo un peor rendimiento en tareas relacionadas con el procesamiento de la información e inhibición de respuestas, así como una tendencia hacia una menor flexibilidad mental. Además, el consumo abusivo concomitante de alcohol interfería en funciones de procesamiento y recuperación de la información.

Palabras clave: Adicción a la cocaína. Déficit neuropsicológico. Funciones ejecutivas.

Correspondencia

Gloria García Fernández
Grupo de Conductas Adictivas.
Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo.
Plaza Feijoo, s/n. 33003 Oviedo
E-mail: uo191596@uniovi.es

ABSTRACT

The aim of this study was to assess the presence of neuropsychological alterations in 50 patients addicted to cocaine, compared to a control group of 22 people from the normal population, balanced in age, sex and years of education. We applied an assessment protocol comprising tasks sensitive to the detection of alterations in different components of the executive functions. The results ruled out the presence of a generalized neuropsychological deficit in the population of cocaine addicts, and indicated more specific neuropsychological alterations. In particular, the clinical group performed more poorly in tasks related to information processing and to response inhibition, and showed a tendency for less mental flexibility. Moreover, concomitant alcohol abuse interfered with functions of information processing and recovery.

Key words: Cocaine addiction. Neuropsychological deficit. Executive functions.

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de cocaína constituye un problema de tendencia creciente en nuestro país. Estudios recientes reflejan el elevado uso experimental de esta sustancia entre la población joven, así como la alta prevalencia de consumo entre la población adulta y un aumento de los indicadores asistenciales por consumo de esta sustancia (Plan Nacional sobre Drogas, 2005, 2007).

Hasta la actualidad, se ha venido desarrollando un sólido marco teórico y empírico sobre la adicción a la cocaína y su tratamiento (Secades y Fernández, 2003). Sin embargo, a pesar del indudable avance en el conocimiento y en el tratamiento de esta adicción, aún quedan muchas cuestiones abiertas tanto para explicar el desarrollo del trastorno como, sobre todo, para avanzar en el tratamiento eficaz del mismo.

En particular, la neuropsicología ha proporcionado, en la última década, un caudal de conocimientos en torno al fenómeno de los comportamientos adictivos que, por otra parte, aún no se ha trasladado al ámbito de los tratamientos aplicados (Aharonovich et al., 2006; Lorea, Tirapu, Landa y López-Goñi, 2005).

La mayoría de los trabajos llevados a cabo hasta este momento han tratado de explorar los efectos que puede causar el consumo de distintas

drogas a nivel cerebral (neuroanatómico y neuropsicológico) a través de estudios clínicos, neuroanatómicos y neuropsicológicos (para una revisión, ver Garavan y Stout, 2005; Robinson y Kolb, 2004; Verdejo-García et al., 2004; Rogers y Robbins, 2001).

Se ha tratado de discernir qué funciones, componentes y subcomponentes se ven alterados en función del patrón de consumo de los sujetos (gravedad de la adicción, tipo de sustancias consumidas, etc.) (Verdejo et al., 2004, 2005, 2006, 2007), la influencia de las alteraciones neuropsicológicas en el origen y mantenimiento de la adicción (Robinson y Berridge, 2003; Yücel y Lubman, 2007; Yücel, Lubman, Solowij y Brewer, 2007), el efecto sobre el aprovechamiento y éxito de la terapia (Aharonovich et al., 2003, 2006; Streeter et al., 2008) y las implicaciones clínicas de la presencia de alteraciones neuropsicológicas (Tirapu, Landa y Lorea, 2003).

En los últimos años se ha dedicado una mayor atención a la evaluación específica de las funciones ejecutivas en sujetos adictos a la cocaína (Beatty, Katzung, Moreland y Nixon, 1995; Bolla, Funderburk y Cadet, 2000; Di Sclafani, Tolou-Shams, Price y Fein, 2002; Fillmore y Rush, 2002; Pace-Schott et al., 2008; Roselli et al., 2001; Verdejo-García, Perales y Pérez-García, 2007). Sin embargo, aunque la mayoría de estudios apuntan hacia la presencia de alteraciones en funciones como atención (Goldstein et al., 2004) o las funciones ejecutivas (Bolla, Funderburk y Cadet, 2000; Di Sclafani, Tolou-Sham, Price y Fein, 2002; Pace-Schott et al., 2008), no existe consenso en el tipo concreto de déficit y en su conceptualización, así como en qué instrumentos o tareas neuropsicológicas son las más adecuadas para detectarlos (Jonanovski et al., 2005).

Por otra parte, existen estudios donde el perfil de resultados se encuentra disociado. El grupo clínico de pacientes adictos a la cocaína presenta un ligero déficit en memoria visual y memoria de trabajo, pero a su vez presentan mejores resultados en tareas sencillas, tareas que requieren de velocidad psicomotora y tareas manipulativas (Bolla et al., 1998; Guillen et al., 1998; Hoff et al., 1996; Van Gorp et al., 1999).

2. OBJETIVOS

El objetivo del estudio es valorar el rendimiento neuropsicológico de pacientes en tratamiento por adicción a la cocaína, en comparación con un grupo control, constituido por sujetos de la población normal. En un segundo lugar, se trató de examinar la relación entre variables de

relevancia clínica en el campo de las adicciones (tales como historia y patrón de consumo) y la ejecución en las distintas tareas de la batería neuropsicológica.

3. MÉTODO

3.1 MUESTRA

La muestra estuvo compuesta por 50 pacientes adictos a la cocaína asignados al grupo clínico, y 22 sujetos de la población normal asignados al grupo control y balanceados en edad, sexo y años de escolarización.

Los participantes de la muestra clínica fueron extraídos de forma aleatoria del total de pacientes que habían solicitado asistencia terapéutica en Proyecto Hombre Asturias debido a sus problemas derivados del consumo de cocaína, en el período de Marzo del 2005 a Enero del 2008.

Los criterios de inclusión de los participantes del grupo experimental fueron los siguientes: ser mayor de 20 años; cumplir los criterios de dependencia de la cocaína exclusiva o politoxicomanía con adicción principal a la cocaína según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002); no presentar trastornos psicopatológicos graves o alteraciones neurológicas; presentar un período de abstinencia de cocaína mínima de una semana y máxima de un mes en el momento de la evaluación neuropsicológica.

Los criterios de inclusión para formar parte del grupo control fueron: perfil sociodemográfico similar al grupo experimental (sexo, edad, raza, años de escolarización y localización geográfica); no historia previa o presente de consumo de drogas (excluyendo consumo no abusivo de alcohol y tabaco); ausencia de alteraciones neurológicas, orgánicas o psiquiátricas; no prescripción de medicación en el momento de la evaluación.

Todos los participantes del estudio fueron informados acerca de los objetivos del estudio y mostraron su consentimiento para formar parte del mismo.

En la Tabla 1 se presentan las principales características de la muestra completa del estudio.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

	Grupo Experimental N=50	Grupo Control N=22	<i>p</i>
% Hombres (n)	94% (47)	86,4% (19)	0,280
Edad			
<i>Media (Sx)</i>	29,84 (5,76)	31,41 (7,47)	0,3337
<i>Rango</i>	19-43	22-51	
Años escolarización			
<i>Media</i>	9,61 (2,63)	10,95 (2,60)	0,051
<i>Rango (Sx)</i>	5-18	8-17	

Con respecto a la muestra clínica, se trataba mayoritariamente, de hombres entorno a los 30 años de edad, con estudios básicos, solteros (70%), sin problemas médicos crónicos que interfieran con su vida (68%), que nunca han estado en prisión (82%) y que en el momento de inicio de tratamiento se encontraban activos (56%) o inactivos (42%) laboralmente. Los datos acerca de la historia y del patrón de consumo se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. Historia y patrón de consumo del grupo clínico

Años de consumo de cocaína	
<i>Media (Sx)</i>	7,52 (5,41)
<i>Rango</i>	1-21
Vía de administración (%)	
Nasal	92%
Fumada	8%
Consumo de alcohol (%)	93,9%
Puntuación del MAST	
<i>Media (Sx)</i>	6,14 (4,72)
<i>Rango</i>	0-19
Toma disulfiram (%)	38%
Consumo cannabis (%)	61,2%

3.2. INSTRUMENTOS

3.2.1. VARIABLES CLÍNICAS

- **Criterios de dependencia a la cocaína DSM-IV-TR** (APA, 2001/2002).
- **EuropASI** (Kokkevi y Hartgers, 1995). Se trata de la adaptación europea del Addiction Severity Index (ASI) (McLellan, Luborsky, Woody y O'Brien, 1980). Proporciona información sobre seis áreas independientes de la vida del paciente con problemas de abuso o dependencia de sustancias: situación médica, situación laboral/soportes, consumo de alcohol/ otras drogas, problemas legales, relaciones familiares/sociales, y estado psiquiátrico. Se utilizaron las denominadas puntuaciones compuestas (*composite scores*) por considerarse más adecuadas para la posterior realización de análisis estadísticos y comparativos (McLellan et al., 1982).
- **Quickscreen Test**. Test de detección de cocaína en la orina de Eve Layper y/o Perfelena. Los niveles de corte que detectan estos test son los recomendados por el Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) del National Institute of Drug Abuse (NIDA) en Estados Unidos.
- **Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)** (Selzer, 1971). Cuestionario autoaplicado de 25 ítems, diseñado para proporcionar una visión rápida del posible abuso de alcohol y los problemas relacionados.

3.2.2. VARIABLES NEUROPSICOLÓGICAS

El protocolo de evaluación neuropsicológica se componía de varias tareas, seleccionadas de distintos test, y sensibles a la detección de alteraciones en diferentes componentes del funcionamiento ejecutivo, incluyendo: atención, flexibilidad mental/memoria de trabajo, inhibición de respuestas automatizadas y fluidez (procesos de iniciación de respuestas).

- **Test de Palabras y Colores de Stroop** (Golden, 1993). Instrumento que consta de tres partes. Evalúa la capacidad de un sujeto para inhibir una respuesta automática, la habilidad de atención dividida y la resistencia a la interferencia. De esta prueba se obtienen cuatro medidas y una de ellas, la de interferencia, refleja la capacidad del sujeto para clasificar información de su entorno y reaccionar selectivamente a esa información. Esta puntuación se considera una buena medida de las funciones ejecutivas, de resistencia a la interferencia y control inhibitorio.

- **Test de Programas Alternantes (go/no go Task)**. Se trata de una prueba que mide control inhibitorio e interferencia atencional y que se agrupa dentro del tipo de pruebas del paradigma go/no go. El formato de la prueba fue creado experimentalmente. Se establece una secuencia

alternante en función de una instrucción, que consiste en levantar la mano derecha cuando el evaluador levante un dedo y levantar la izquierda cuando levante dos dedos. Al inicio de la prueba se crea un patrón de respuesta alternante repetitivo (derecha-izquierda, derecha-izquierda, derecha-izquierda) para posteriormente pasar a un patrón de respuesta más azaroso que exige la inhibición del patrón de respuesta inicial.

- Test del Trazado o Trail Making Test (TMT) de la Batería Neuropsicológica de Halstead-Reitan (Reitan y Wolfson, 1985). Consta de dos partes (A y B). Evalúa atención visual sostenida, atención alternante (secuenciación), flexibilidad mental, rastreo visual, velocidad de procesamiento de la información y habilidad grafomotora. Se contabiliza tiempo de ejecución y errores en cada parte.

- Subtest de Evocación Categorical del Programa integrado de exploración neuropsicológica "Test de Barcelona" (Peña-Casanova, 1991). Se trata de una prueba de fluidez verbal que requiere un adecuado funcionamiento de la memoria de trabajo y de las funciones ejecutivas, como la iniciación de respuestas y las estrategias de búsqueda. Consta de dos partes en las que se solicita al paciente que diga nombres de animales en el período de tiempo de 1 minuto y palabras que comiencen por la letra P en un período de 3 minutos.

3.3 PROCEDIMIENTO

El reclutamiento de los pacientes consumidores de cocaína se llevó a cabo en el programa ambulatorio para la adicción a la cocaína de Proyecto Hombre Asturias. El protocolo de evaluación neuropsicológica se añadió de forma sistemática al protocolo de evaluación pretratamiento. Además, la exploración neuropsicológica tuvo lugar una vez transcurrido un período de abstinencia mínimo de 1 semana y máximo de 1 mes, con el objetivo de controlar la interferencia sobre el desarrollo de las pruebas de posibles estados de intoxicación o de sintomatología aguda asociada a la abstinencia.

Los sujetos del grupo control fueron reclutados y emparejados con el grupo clínico. Antes de aplicar el protocolo de evaluación neuropsicológica, los sujetos cumplieron un cuestionario heteroaplicado elaborado "ad hoc" con el objetivo de valorar el cumplimiento de los criterios de inclusión establecidos.

La aplicación de la batería neuropsicológica en ambos grupos fue llevada a cabo individualmente y durante una única sesión de aproximadamente 30 minutos de duración.

4. RESULTADOS

4.1. PERFIL NEUROPSICOLÓGICO

En la Tabla 3 se resumen las puntuaciones del grupo clínico y control en cada una de las pruebas de la batería neuropsicológica. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) entre los dos grupos en dos de las pruebas del Test de Stroop: Colores, y Palabras-Colores. En ambos casos, el grupo de pacientes adictos a la cocaína obtienen una puntuación más baja. Estas diferencias indican que el grupo de consumidores de cocaína tienen más dificultades en el procesamiento de información y en la capacidad de inhibición de respuestas.

Las diferencias entre ambos grupos en la Parte B del Test del Trazado se acercan también a la significación estadística. Estos resultados indican que hay una tendencia a que los adictos a la cocaína empleen más tiempo para ejecutar la tarea, lo que se relacionaría con menor flexibilidad mental.

En el resto de las medidas no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. Ambos grupos muestran una ejecución equiparable en la mayoría de las pruebas neuropsicológicas.

Tabla 3. Puntuaciones en las pruebas de la batería neuropsicológica

Variable	t de Student		Grupo Control	p
	Grupo Clínico			
Test de Stroop				
Palabras ^a	105,96	(17,14)	110,72 (14,86)	0,263
Colores ^a	71,00	(12,06)	80,04 (9,93)	0,003
Palabras y Colores ^a	44,69	(9,27)	49,68 (8,81)	0,037
Índice interferencia ^a	2,48	(7,85)	3,42 (6,77)	0,629
Test de Programas Alternantes				
Errores ^a	0,30	(0,83)	0,22 (0,42)	0,702
Autocorrecciones ^a	1,56	(1,32)	1,54 (1,29)	0,966
Test del Trazado				
Parte A				
Tiempo (seg.) ^a	27,60	(9,54)	26,18 (8,40)	0,550
Errores ^a	0,16	(0,42)	0,04 (0,21)	0,131
Parte B				
Tiempo (seg.) ^a	66,42	(27,73)	54,18 (17,01)	0,060
Errores ^a	0,34	(0,65)	0,13 (0,35)	0,093
Prueba de Fluidez Verbal:				
Animales	24,26	(5,43)	25,95 (4,20)	0,198

^a Puntuación media y desviación típica (Sx).

4.2. GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN Y DÉFICIT NEUROPSICOLÓGICO

En la Tabla 4 se observa la relación entre variables de gravedad de la adicción, (años de consumo, puntuación obtenida en el MAST y puntuaciones obtenidas en los *composite scores* de drogas y alcohol del EuropASI), y el rendimiento en las distintas pruebas de la batería neuropsicológica. No hay correlación significativa entre las variables de adicción y la ejecución en cada una de las pruebas de la batería neuropsicológica. Los años de consumo, la puntuación obtenida en el MAST y los *composite scores* no son determinantes en el rendimiento neuropsicológico. La relación es baja, no significativa y, en ocasiones, en el sentido opuesto al esperado.

Tabla 4. Relación entre variables de la adicción y variables neuropsicológicas I

Coeficiente de Correlación de Pearson (r _{xy})				
Variables	Años consumo	MAST	CS Drogas	CS Alcohol
Test de Stroop				
Palabras	,042	,087	,072	-,015
Colores	,194	-,132	,020	-,145
Palabras y Colores	,042	,100	-,01	-,156
Índice interferencia	-,076	,151	-,044	-,101
Test de Programas Alternantes				
Errores	,197	,043	-,040	-,040
Autocorrecciones	-,219	-,013	-,013	-,013
Test del Trazado				
Parte A				
Tiempo	-,390	,166	-,030	,223
Errores	-,203	,066	,002	,002
Parte B				
Tiempo	-,123	,097	-,178	,035
Errores	-,227	-,090	-,199	-,199
Fluidez Verbal				
Animales	-,019	-,168	-,285	-,021
Palabras P	,196	,043	-,092	-,042

* p < .05

En la Tabla 5 se muestra la relación entre el rendimiento neuropsicológico y otras variables relacionadas con la adicción, en concreto: consumo de cannabis a lo largo de la vida y abuso o no de alcohol basándose en el punto de corte establecido en el MAST. Tal como se observa, no hay diferencias estadísticamente significativas en las variables neuropsicológicas entre dos grupos establecidos clínicamente por su consumo de cannabis. Del mismo modo, no existen diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con problemas de alcohol y sin problemas de alcohol en la mayoría de las pruebas, excepto en dos de ellas: tiempo empleado en completar la Parte A del test del Trazado y la prueba de fluidez verbal de Animales. En ambas pruebas, los pacientes sin problemas de alcohol obtienen un mejor rendimiento ($p < .05$)

Tabla 5. Relación entre variables de la adicción y variables neuropsicológicas II

Variables	t de Student			
	CONSUMO CANNABIS		ABUSO ALCOHOL	
	SI	NO	SI	NO
Test de Stroop				
Palabras ^a	104,96	108	105,03	106,95
Colores ^a	71,26	71,44	68,73	73,56
Palabras-Colores ^a	45,06	44,5	44,73	44,65
Ínterferencia ^a	8,84	1,83	3,42	1,42
Test de Programas Alternantes				
Errores ^a	0,26	0,36	0,46	0,12
Autocorrecciones ^a	1,40	1,68	1,38	1,75
Test del Trazado				
Parte A				
Tiempo ^a	27,43	27,57	*30,26	*24,70
Errores ^a	0,20	0,10	0,19	0,12
Parte B				
Tiempo ^a	65,13	66,57	68,03	64,66
Errores ^a	0,20	0,57	0,26	0,41
Fluidez Verbal ^a				
Animales ^a	23,20	26,21	*22,69	*25,95
Palabras P ^a	33,76	34,05	33,65	33,54

^a Media obtenida en cada una de las pruebas

* p < .05

5. DISCUSIÓN

Los objetivos del presente estudio eran conocer el perfil neuropsicológico de pacientes consumidores de cocaína y evaluar la posible relación entre la gravedad de la adicción y las alteraciones neuropsicológicas.

Los resultados no apoyan la presencia de un déficit neuropsicológico generalizado en la población de adictos a la cocaína, y apuntan más bien hacia alteraciones neuropsicológicas específicas. En concreto, el grupo clínico obtuvo un rendimiento menor en tareas relacionadas con el procesamiento de información e inhibición de respuestas, así como una tendencia hacia una menor flexibilidad mental. En el resto de pruebas ambos grupos mostraron una ejecución equiparable. Estos resultados son acordes a los encontrados en estudios previos en los que se sugiere que las alteraciones neuropsicológicas pueden ser específicas y sutiles frente a la existencia de

un déficit generalizado (Bolla, Cadet y London, 1998). Sin embargo, dichas alteraciones específicas distan mucho de ser consistentes en las distintas investigaciones que se han realizado (Jovanovski y Zakzanis, 2005).

Algunos estudios refieren alteraciones principalmente en la atención y procesamiento de la información (Goldstein et al., 2004; Jonanovski et al., 2005; Roselli et al, 2001), mientras otros apuntan a alteraciones parciales en las funciones ejecutivas (Bolla, Funderburk y Cadet, 2000; Di Sclafani, Tolou-Sham, Price y Fein, 2002; Pace-Schott et al, 2008). Incluso se encuentran estudios en donde los pacientes con adicción a la cocaína presentan una mejor ejecución en determinadas tareas (Bolla et al., 1999; Guillen et al., 1998; Hoff et al., 1996; Van Gorp et al., 1999).

Esta disparidad de los resultados es posible que sea debida a la influencia de determinadas variables relacionadas con la adicción. El tiempo de abstinencia en el momento de la evaluación es una de ellas. Para la realización de nuestro estudio, se estipuló como criterio de inclusión un período de abstinencia entre una semana y un mes, con el fin de controlar los efectos propios de la intoxicación o síndrome de abstinencia. Sin embargo, no se han tenido en cuenta otras variables relevantes, como el año de inicio de consumo y su relación con el momento de maduración de los procesos neurales asociados al desarrollo del control inhibitorio y la toma de decisiones (Yücel y Lubman, 2007). La gran variabilidad en la historia y patrón de consumo de los pacientes, el consumo de otras drogas además de la cocaína, la presencia de comorbilidad psicopatológica y médica, los efectos de medicación prescrita en el momento de evaluación o el tiempo de abstinencia, pueden repercutir en los hallazgos encontrados y dificultar la comparación y generalización de los resultados.

Por otra parte, el protocolo de evaluación neuropsicológica empleado posee limitaciones en cuanto a sensibilidad, especificidad en la "pureza" de las funciones evaluadas y capacidad de generalización o comparación con otras pruebas utilizadas en otros estudios. Asimismo, se debe tener en cuenta también la gran heterogeneidad de las funciones consideradas como ejecutivas y la diversidad de pruebas para evaluarlas. Las diferentes tareas (instrucciones, dificultad, etc.) de los tests ejecutivos afectan diferencialmente al rendimiento de los consumidores de cocaína. Es necesario tener presente que las alteraciones neuropsicológicas de adictos a la cocaína son sutiles en comparación con otros pacientes (ej., esquizofrenia o lesiones dorso-laterales) y los instrumentos utilizados han de ser suficientemente

complejos y sensibles para detectar estas diferencias (Aharonovich, Nunes y Hasin, 2006).

Algunas de estas limitaciones son inherentes al contexto clínico en donde se ha llevado a cabo el estudio. El perfil clínico de los participantes en este estudio es el habitual en los centros de tratamiento de drogodependencias, que difiere de un contexto experimental en el que es posible un mejor control de determinadas variables y, por tanto, medir de forma más precisa los efectos “puros” de la adicción de la cocaína sobre el funcionamiento neuropsicológico.

El segundo objetivo pretendía analizar la relación entre algunas variables relacionadas con la adicción y las variables neuropsicológicas. Varios estudios apuntan hacia la multiplicidad de factores que inciden en el deterioro neuropsicológico, argumentando que dada la gran heterogeneidad dentro de un mismo grupo con un mismo diagnóstico, quizás sea más útil relacionar déficit neuropsicológicos con aspectos específicos de la adicción (Verdejo et al., 2004). De este modo, se trataría de esclarecer si existe relación entre dichas variables, en qué grado, y en qué dirección. La hipótesis de partida giraba en torno a la idea de que una mayor gravedad de la adicción se relacionaría con una mayor presencia de alteraciones neuropsicológicas.

Los resultados mostraron que no existían relaciones estadísticamente significativas entre el rendimiento neuropsicológico y las variables relativas a la gravedad de la adicción, excepto el consumo problemático de alcohol medido a través del MAST. Los pacientes adictos a la cocaína que además presentaban abuso de alcohol tenían un rendimiento neuropsicológico más bajo en determinadas tareas del protocolo, en concreto, en el tiempo empleado para completar la parte A del Test del Trazado y en el número de Animales de la prueba de fluidez verbal. En sintonía con los resultados de otros estudios (por ejemplo, Bolla, Funderburk y Cadet, 2000), el consumo problemático de alcohol interfería en las funciones de procesamiento y recuperación de información. Sin embargo, otros trabajos no encuentran esta misma relación (Brown, Seraganian y Tremblay, 1993; Horner, 1997).

Con el fin de poder resolver las limitaciones planteadas y de resolver algunos de los interrogantes abiertos, sería de interés realizar un acercamiento al patrón evolutivo de las alteraciones neuropsicológicas a través de estudios longitudinales. Asimismo, resulta necesario definir con precisión las variables relacionadas con la gravedad de la adicción que se tienen en cuenta en este tipo de investigaciones. De esta manera,

se podría indagar con mayor rigor cuáles son los déficit que desaparecen, cuales se mantienen a lo largo de un programa de tratamiento, y qué variables pueden mediar la recuperación en un tratamiento por drogadicción.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio forma parte de un proyecto de investigación financiado por la Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad y Consumo) (Referencia: MSC-06-01)

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aharonovich, E., Edward, N., y Hasin, D. (2003). Cognitive impairment, retention and abstinence among cocaine abusers in cognitive-behavioral treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 71, 207-211.
- Aharonovich, E., Hasin, D.S., Brooks, A.C., Xinhua, L., Bisaga, A. y Nunes, E.V. (2006). Cognitive deficits predict low treatment retention in cocaine dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 81, 313-322.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Beatty, W.W., Katzung, V.M., Moreland, V.J. y Nixon, S.J. (1995). Neuropsychological performance of recently abstinent alcoholics and cocaine users. *Drug and Alcohol Dependence*, 37, 247-253.
- Bolla, K.I., Cadet, J.L. y London, E.D. (1998). The neuropsychiatry of cocaine of chronic cocaine abuse. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 10, 280-289.
- Bolla, K., Ernst, M., Kiehl, K., Mouratidis, M., Eldreth, B.A., Contoreggi, M.D., Matochik, J., Kurian, M.S., Cadet, J., Kimes, A., Funderburk, M.A. y London, E. (2004). Prefrontal Cortical Dysfunction in Abstinent Cocaine Abusers. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 16, 456-464.
- Bolla, K., Funderburk, F. y Cadet, J.L. (2000). Differential effects of cocaine and cocaine + alcohol on neurocognitive performance. *Neurology*, 54, 2285-2292.
- Bolla, K.I., Rothman, R. y Cadet, J.L. (1999). Dose-related neurobehavioral effects of chronic cocaine use. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 11, 361-369.

- Brown, T.G., Seraganian, P. y Tremblay, J. (1993). Alcohol and cocaine abusers 6 months after traditional treatment: Do they fare as well as problem drinkers? *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 10, 545-552.
- Di Sclafani, V., Tolou-Shams, M., Price, L.J., y Fein, G. (2002). Neuropsychological performance of individuals dependent on crack-cocaine, or crack cocaine and alcohol, at 6 weeks and six months of abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, 66, 161-171.
- Fillmore, M.T. y Rush, C.R. (2002). Impaired inhibitory control of behaviour in chronic cocaine users. *Drug and Alcohol Dependence*, 66, 265-273.
- Garavan, H. y Stout, J.C. (2005). Neurocognitive insights into substance abuse. *Trends in cognitive Sciences*, 9, 195-201.
- Golden, C.J. (1994). STROOP. *Manual del Test de Colores y Palabras*. Madrid: TEA.
- Goldstein, A.C., Leskovan, A.L., Hoff, R., Hitzemann, F., Bashan, S.S., Khalsa, G.J., Wang, J.S., Fowler y Volkow, N.D. (2004). Severity of neuropsychological impairment in cocaine and alcohol addiction: association with metabolism in the prefrontal cortex. *Neuropsychologia*, 42, 1447-1458.
- Guillen, R.W., Kranzler, H.R., Bauer, L.O., Bursleson, J.A., Samarel, D. y Morrison, D.J. (1998). Neuropsychologic findings in cocaine-dependent outpatients. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 22, 1061-1076.
- Hoff, A.L., Riordan, H., Laurette, M., Cestaro, V., Wieneke, M., Alpert, R., Wang, G. y Volkow, N. (1996). Effects of crack cocaine on neurocognitive function. *Psychiatry Research*, 60, 167-176.
- Honer, M.D. (1997). Cognitive functioning in alcoholic patients with and without cocaine dependence. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 12, 667-676.
- Jovanovski, D. y Zakzanis, K. (2005). Neurocognitive Deficits in Cocaine Users: A Quantitative Review of the Evidence. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 27, 189-204.
- Kokkevi, A. y Hartgers, C. (1995). European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210.
- Lorea, I., Tirapu, J., Landa, N. y López-Goñi, J.J. (2005). Deshabituación de drogas y funcionamiento cerebral: una visión integradora. *Adicciones*, 17, 121-129.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P., Woody, G.E. y Druley, K.A. (1982). Is treatment for substance abuse effective? *Jama*, 247(10), 1423-1428.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E. y O'Brien (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168(1), 26-33.

- Pace-Schott, E.F., Morgan, P.T., Malison, R.T., Hart, C.L., Edgar, C., Walker, M. y Stickgold, R. (2008). Cocaine users differ from normals on cognitive tasks which show poorer performance during drug abstinence. , 34, 109-121.
- Peña-Casanova, J. (1991). *Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica "Test Barcelona"*. Normalidad, Semiología y patología neuropsicológicas. Barcelona: Masson.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2005). *Informe 2004 del Observatorio Español sobre Drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (2007). *Programa de actuación frente a la cocaína 2007-2010*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Robinson, T.E. y Berridge, K.C. (2003). Addiction. *Annual Review of Psychology*, 54, 25-53.
- Robinson, T.E. y Kolb, B. (2004). Structural plasticity associated with exposure to drugs of abuse. *Neuropharmacology*, 47, 33-46.
- Rogers, R.D. y Robbins, T.W. (2001). Investigating the neurocognitive déficits associated with chronic drug misuse. *Current Opinion in Neurobiology*, 11, 250-257.
- Roselli, M., Ardila, A., Lubomski, M., Murray, S. y King, K. (2001). Personality profile and neuropsychological test performance in chronic cocaine-abusers. *International Journal of Neuroscience*, 110, 55-72.
- Secades Villa, R. y Fernández Hermida, J.R. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. In M. Pérez Álvarez & J.R. Fernández Hermida & C. Fernández Rodríguez & I. Amigo Vázquez (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (pp. 107-132). Madrid: Pirámide.
- Selzer, M.L. (1971). The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnostic instrument. *The American Journal of Psychiatry*, 127, 1653-1658.
- Streeter, C.C., Terhune, D.B., Whitfield, T.H., Gruber, S., Sarid-Legal, O., Silveri, M.M., Tzilos, G., Afshar, M., Rouse, E.D., Tian, H., Renshaz, P.F., Ciraulo, D.A. y Yurgelun-Todd, D.A. (2008). Performance on the Stroop predicts treatment compliance in cocaine-dependent individuals. *Neuropsychopharmacology*, 33, 827-836.
- Tirapu, J., Landa, N. y Lorea, I. (2003). Sobre las recaídas, la mentira y la falta de voluntad de los adictos. *Adicciones*, 15, 7-16.
- Van Gorp, W.G., Wilkins, J.N., Hinkin, C.H., Moore, L.H., Hull, J., Horner, M.D. y Plotkin, D. (1999). Declarative and procedural memory functioning in abstinent cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 56, 85-89.

- Verdejo-García, A., López-Torrecillas, F., Aguilar de Arcos, F. Pérez-García, M. (2005). Differential effects of MDMA, cocaine, and cannabis use severity on distinctive components of the executive functions in polysubstance users: A multiple regression analysis. *Addictive Behaviors*, 30, 89-101.
- Verdejo-García, A., López-Torrecillas, C., Orozco, C. y Pérez-García, M. (2004). Clinical implications and methodological challenges in the study of the neuropsychological correlates of cannabis, stimulant and opioid abuse. *Neuropsychology Review*, 14, 1-41.
- Verdejo, A., Orozco-Gimenez, C., Sánchez-Jofre, M.M., de Arcos, F.A. y Pérez-García, M. (2004). The impact exerted by severity of recreational drug abuse on the different components of the executive function. *Revista de Neurología*, 38, 1109-1116.
- Verdejo-García, A., Perales, J.C. y Pérez-García, M. (2007). Cognitive impulsivity in cocaine and heroin polysubstance abusers. *Addictive Behaviors*, 32, 950-966.
- Verdejo-García, A. y Pérez-García, M. (2007). Profile of executive deficits in cocaine and heroin polysubstance users: common and differential effects on separate executive components. *Psychopharmacology*, 190, 517-530.
- Verdejo-García, A., Rivas-Pérez, C., López-Torrecillas, F. y Pérez-García, M. (2006). Differential impact of severity of drug use on frontal behavioral symptoms. *Addictive Behaviors*, 31, 1373-1382.
- Yücel, M., Lubman, D.I. (2007). Neurocognitive and neuroimaging evidence of behavioural dysregulation in human drug addiction: implications for diagnosis, treatment and prevention. *Drug and Alcohol Review*, 26, 33-39.
- Yücel, M., Lubman, D.I., Solowij, N. y Brewer, W.J. (2007). Understanding drug addiction: a neuropsychological perspective. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 957-968.

EFFECTOS DEL PROGRAMA SALUDA SOBRE FACTORES COGNITIVOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS

José P. Espada y Mireia Orgilés¹, Xavier Méndez², José M. García-Fernández³, Cándido J. Inglés⁴

¹Universidad Miguel Hernandez, España. ²Universidad de Murcia, España.
³Universidad de Alicante, España. ⁴Universidad Miguel Hernandez, España.

(Recibido: 23/08/2008/ Aceptado: 2/11/2008)

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar los efectos del programa de prevención escolar Saluda sobre tres factores de riesgo de tipo cognitivo: información sobre las drogas, percepción de riesgo y estimación normativa del consumo. La muestra estuvo compuesta por 133 adolescentes de ambos sexos. Se aplicó un diseño cuasiexperimental con cinco condiciones: programa Saluda, un programa de eficacia probada, un programa de educación para la salud, un grupo de atención placebo y grupo sin intervención. Los resultados mostraron que el programa aumentaba el nivel de información y la percepción de riesgo ante distintas sustancias. El análisis de los tamaños del efecto indican que el programa Saluda se mostraba al menos tan eficaz como el programa de comparación y ambos mejoraban a los grupos de control. A partir de los resultados se concluye que las intervenciones resultan más eficaces que la no intervención a la hora de modificar variables mediadoras de tipo cognitivas.

Correspondencia

Dr. José P. Espada.

Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández. Campus de Elche.

Avda. de la Universidad, s/n. 03202. Elche, Alicante (España).

Fax: 34-96 665 89 04. Tel.: 34-96 665 83 44.

E-mail: jpespada@umh.es

Palabras clave: adolescencia, drogodependencias, evaluación de programas, prevención escolar, percepción normativa, percepción de riesgo.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the effects of a school-based prevention program Saluda on three cognitive risk factors: information about drugs, risk perception and normative perception of consumption. The sample consisted of 133 scholars. A quasi-experimental design was carried out with five experimental conditions: program Saluda, a proven efficacy program, a health promotion program, a placebo group and a non intervention group. The results showed that the program increased the level of information and risk perception to various substances. The analysis of the effect sizes indicate that the program greets showed at least as effective as the program and both improved compared to control groups. Based on the findings concluded that interventions are more effective than non-intervention modifying cognitive mediating variables.

Key words: adolescence, addictions, program evaluation, school prevention, normative perception, risk perception

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas en la adolescencia es desde hace décadas una de las problemáticas que genera mayor preocupación social. Entre las repercusiones físicas y psicológicas del consumo se encuentra el fracaso escolar, conductas agresivas, relaciones sexuales de riesgo y realizar otras conductas perjudiciales para la salud. El consumo de sustancias se encuentra muy relacionado con los accidentes de tráfico, suicidios y homicidios, siendo éstas las tres primeras causas de muerte entre los jóvenes (García y González, 2002). El inicio y mantenimiento del consumo de drogas legales ha sido identificado como un factor de riesgo para iniciarse en el uso de drogas ilegales (Becoña, 2000; DGPND, 2007; Petterson, Hawkins y Catalano, 1992).

Los datos de la última encuesta escolar del Plan Nacional sobre Drogas (2007) con una muestra amplia de adolescentes de 14 a 18 años, informan de una tasa de consumo de alcohol experimental elevada (79.6 %), seguida por el tabaco (46.1 %), el cannabis (36.2 %) y otras sustancias como las drogas de síntesis (1-6 %).

Durante los últimos treinta años se han realizado numerosos esfuerzos dirigidos a la prevención del problema. El hecho de que no se haya logrado superar puede indicar la falta de eficacia de los programas preventivos para eliminar o reducir el consumo. La evaluación de programas indica que ha habido una mejora en su eficiencia, aunque sigue siendo necesario mejorar los resultados. El estudio realizado por Tobler (1986) incluyó 143 programas de prevención que fueron clasificados en cinco categorías: 1) programas informativos, impartidos en forma de conferencia, 2) programa afectivos, que desarrollaban un currículo inespecífico para la mejora de la autoestima, la clarificación de valores y las habilidades de competencia, 3) una combinación de los dos anteriores (informativos + afectivos), 4) programas de variables psicosociales, entre los que se encontraban los programas de habilidades sociales y de vida, y los programas de habilidades de resistencia, y 5) programas de alternativas, que trataban de promover la participación de los destinatarios en actividades comunitarias. Según el tipo de programa, resultaron más eficaces los centrados en factores psicosociales que los focalizados en la generación de alternativas, mientras que no se mostraron eficaces los basados en la transmisión de información y/o en la educación afectiva. Según el aspecto evaluado, los programas produjeron un efecto moderado en el nivel de conocimiento sobre las drogas, pequeño en el desarrollo de habilidades sociales y en el consumo autoinformado, e insignificante en el cambio de actitudes.

En el contexto español existen revisiones cualitativas y cuantitativas. Lence, Gómez y Luengo (1997) examinaron los meta-análisis sobre programas de prevención españoles de ámbito escolar, concluyendo que los programas eran más eficaces para mejorar el conocimiento sobre las drogas que para producir cambios de conducta. Además, los programas que incidían en las variables psicosociales eran más eficaces que los programas meramente informativos.

Nosotros desarrollamos un meta-análisis sobre la eficacia de los programas de prevención escolar aplicados en España entre 1985 y 2002 (Espada et al., 2002). Fueron incluidos 21 estudios independientes que cumplieron los criterios de selección. La mayoría de los programas se basaban en la teoría del aprendizaje social y utilizaban una metodología activa. Todos ofrecieron información oral, escrita y/o audiovisual sobre las drogas, siendo la combinación oral + escrita la fórmula más empleada. Los programas desarrollaron principalmente contenidos sobre los tipos de drogas y sus efectos, sobre las repercusiones nega-

tivas a corto y largo plazo, y sobre los factores de riesgo. Más de la mitad de los programas incluyeron el compromiso público respecto al uso de drogas y el entrenamiento en habilidades sociales, en general, y en resistencia a la presión social, en particular. Aproximadamente un tercio incorporaron como componentes activos el entrenamiento en resolución de problemas, la toma de una decisión personal sobre el uso de drogas, y el modelado, especialmente activo y en vivo. El programa preventivo promedio comprendía 9 horas de intervención, distribuidas en 9 sesiones semanales.

Los programas basados en las teorías de la acción razonada y del aprendizaje social fueron más eficaces que los fundados en la teoría de la transmisión de información, aunque esta diferencia fue solo marginalmente significativa. Los programas con contenidos sobre los tipos de drogas y sus efectos, y sobre las repercusiones negativas a corto y largo plazo, fueron más eficaces que los que no proporcionaron esta información, aunque la diferencia fue pequeña ($d_+ = 0,25$). La diferencia entre debatir o no los factores de riesgo fue marginalmente significativa, mientras que ofrecer datos sobre consumo no aumentó la eficacia.

El tamaño del efecto medio global reveló que los programas en el contexto escolar para disminuir el abuso de drogas son eficaces, aunque su eficacia fue pequeña ($d_+ = 0,20$). Sin embargo, al analizar los programas con seguimiento a medio plazo (rango: 6-18 meses), entonces la eficacia aumenta hasta alcanzar un nivel moderado ($d_+ = 0,65$). Los programas resultaron más eficaces con el alcohol, que con el tabaco u otras drogas. También obtuvieron más éxito para disminuir el consumo y mejorar el conocimiento, que para modificar las actitudes hacia las drogas. El componente de los programas que se mostró más eficaz fue la información sobre las sustancias.

En líneas generales, el efecto de los programas preventivos en España es pequeño y se sitúa en el límite inferior de la categoría baja eficacia establecida por Cohen (1988). En este sentido, la situación de la prevención escolar de nuestro país no es mejor ni peor que la estadounidense y canadiense (Bangert-Drowns; 1988; Enneth et al., 1994; Espada et al., 2002; 2008; Rooney y Murray, 1996; Tobler, 1986, 1992; Tobler et al., 1999).

Los objetivos de este trabajo fueron valorar los efectos del programa preventivo Saluda en una muestra de adolescentes, sobre los factores de riesgo cognitivo, como el nivel de información, la percepción de riesgo y la estimación normativa del consumo. Para ello se utilizó un diseño incluyendo como grupo de comparación un programa de prevención

escolar de eficacia probada. Un objetivo secundario consistió en comparar los efectos de dos programas de prevención con una intervención preventiva inespecífica.

Se plantea la hipótesis de que los programas activos serán eficaces aumentando el nivel de conocimientos, la percepción de riesgo y reduciendo la estimación normativa frente a la atención placebo y la no intervención. En resumen: Programa Saluda \geq Entrenamiento en Habilidades de Vida $>$ Programa de Educación para la Salud $>$ Atención placebo $>$ No intervención.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Los participantes fueron 133 alumnos de tercero de secundaria, de los que 63 (47.4 %) eran chicos y 70 (52.6 %) chicas, con un rango de edad de 13 a 15 años ($M = 14.17$; $DE = .72$). El nivel socioeconómico era medio en el 82% de los casos y la mayor parte (95%) era de nacionalidad española. Todos los sujetos participaron voluntariamente. Por medio de la prueba χ^2 de homogeneidad de la distribución de frecuencias, se comprobó que no existían diferencias estadísticamente significativas de género y edad entre los grupos ($\chi^2 = .10$; $p = .77$).

INSTRUMENTOS

Cuestionario de Consumo de Drogas (CCD; Espada, Méndez e Hidalgo, 2003). Está formado por 13 ítems de alternativa múltiple que evalúan conductas de consumo de distintas sustancias, frecuencia y percepción de riesgo.

Cuestionario de Intención de Consumo (CIC; Espada, Méndez e Hidalgo, 2003). Está compuesto por siete preguntas con formato de respuesta dicotómico, solicitando el juicio de los sujetos sobre su intención de realizar conductas relacionadas con la compra, consumo ocasional o habitual de drogas. Se realizó un análisis de la dimensionalidad del test mediante un análisis factorial común de ejes principales iterados con rotación varimax, hallando una estructura factorial unidimensional. El único factor aislado explicó el 36.61 % de la varianza total (autovalor = 2.57). El coeficiente de consistencia interna, alfa de Cronbach, fue de .66, satisfactorio teniendo en cuenta el reducido número de ítems que componen la escala.

Cuestionario de Información sobre Drogas (CID; Espada, Méndez e Hidalgo, 2003). Indaga el conocimiento sobre los efectos a corto y largo plazo del alcohol y las drogas de síntesis. También identifica creencias erróneas sobre estas sustancias. Se compone de veinte preguntas con tres alternativas de respuesta y de seis escalas gráficas sobre la percepción del consumo de drogas por compañeros de la misma edad. Con el fin de descartar preguntas con escasa capacidad discriminativa, se estudió el índice de dificultad comprobando que ninguna era contestada erróneamente por más del 90 % de los participantes. A partir de los análisis psicométricos, se establecieron dos subescalas que miden respectivamente la información sobre el alcohol y sobre las drogas de síntesis. La escala de información sobre alcohol comprende los ítems del 1 al 10. Se llevó a cabo un análisis factorial común de ejes principales iterados con rotación varimax. La estructura factorial fue unidimensional, explicando el 19.5 % de la varianza total (autovalor = 1.95). El coeficiente de consistencia interna, alfa de Cronbach, fue .50. La escala de información sobre drogas de síntesis comprende los ítems del 11 al 20. Se llevó a cabo un análisis sobre la estructura factorial del cuestionario, realizando un análisis factorial común de ejes principales iterados con rotación varimax. La estructura factorial fue unidimensional, explicando el 30.1 % de la varianza total (autovalor = 3.09, alfa de Cronbach = .74).

Programa Saluda (Espada y Méndez, 2003). El programa se centra en el consumo de drogas en el contexto del ocio. Parte de un modelo teórico que explica el uso y abuso de drogas en función de variables de carácter personal y social. A partir del análisis motivacional del consumo el programa incluye cuatro componentes principales: entrenamiento en resolución de problemas, fomento de las actividades de ocio saludable, habilidades de resistencia a la presión, habilidades sociales, información sobre las drogas y sus efectos, compromiso público y entrenamiento en autorrefuerzo. El programa consta de diez sesiones y un manual de aplicación.

Programa Entrenamiento en Habilidades de Vida (Botvin, 1998). Price, Cowen, Lorion y Ramos-McKay (1988) lo calificaron como uno de los 14 mejores programas preventivos entre más de 300. Ha sido aplicado con evaluaciones muy positivas, según estudios realizados por los propios autores (Botvin y Eng, 1982; Botvin, Baker, Filazzola y Botvin, 1990; Botvin, Schinke, Epstein y Díaz, 1994; Botvin, Griffin, Diaz, Scheier, Williams y Epstein, 2000; Botvin, Griffin, Diaz y Ifill-Williams, 2001), y por estudios meta-analíticos (Lence, Gómez y Luengo, 1997). Los resul-

tados en cuanto a reducción de consumo han llegado a ser del 80 % en tabaco y alcohol. Los seguimientos a largo plazo, realizados hasta seis años después de su finalización, muestran que los resultados se mantienen en el tiempo.

En nuestro país el programa fue traducido y adaptado por Luengo, Gómez, Garra, Romero y Otero-López (1998), que ampliaron sus objetivos a la prevención de conductas agresivas, incorporando contenidos adicionales.

Programa de Educación para la Salud. Esta intervención consiste en una adaptación de los contenidos del programa Saluda, eliminando toda referencia al alcohol y otras drogas. Las sesiones informativas versaron sobre la salud y los hábitos de vida saludables. Se entrenaron habilidades sociales generales y se practicó el procedimiento de resolución de problemas aplicado a todo tipo de situaciones excepto el consumo de drogas. La resistencia ante la presión social se abordó desde un punto de vista general, evitando toda mención a las drogas. Se incluyó esta modalidad con el fin de evaluar la eficacia de una intervención inespecífica basada en técnicas conductuales (transmisión de información, entrenamiento en habilidades, resolución de problemas y autorreforzamiento), similares a las empleadas en los otros dos programas. La intervención constó de diez sesiones de una hora.

PROCEDIMIENTO

Previamente al inicio de la intervención se informó mediante una circular a los padres, solicitando su consentimiento informado. Se realizó una evaluación pretest en dos sesiones, en la que se informó a los participantes de los objetivos del estudio y se garantizó la confidencialidad de sus datos. Una semana más tarde se inició la intervención, incluida en el horario escolar. Las sesiones se desarrollaban dos veces por semana. Se controlaba la asistencia a las sesiones mediante un registro en el que figuraba el código de cada alumno. En la semana posterior a la finalización del programa se realizó la evaluación postest. A los tres meses tuvo lugar el primer seguimiento, y al cabo de seis meses se realizó un segundo seguimiento.

Cada grupo de clase fue asignado aleatoriamente a una de las cinco condiciones. El grupo que recibió la intervención Programa Saluda (PS) estuvo compuesto por 35 sujetos, el grupo Entrenamiento en Habilidades de Vida (EHV) por 39 sujetos, el grupo Programa de Educación para la Salud (EPS) por 21 sujetos, y el grupo Atención-Placebo (AP) por 16

sujetos. En la condición atención placebo se realizaron diez sesiones con la misma temática que el programa Saluda, pero de forma no estructurada. Se planteaban debates en grupo, haciendo el monitor únicamente funciones de moderador en las discusiones. Así por ejemplo, en las sesiones informativas no se proporcionan datos adicionales a los que los componentes del grupo ya conocen. En el módulo sobre relaciones interpersonales se plantean temas de carácter general para el diálogo en grupo, por ejemplo “Cómo mejorar las relaciones sociales”, “Problemas más frecuentes en la comunicación” o “Cuándo es difícil ser uno mismo”. El grupo No Intervención (GC) con 22 sujetos funcionó como control puro (control inactivo).

ANÁLISIS DE DATOS

En primer lugar realizamos análisis descriptivos para obtener las frecuencias y puntuaciones medias en las distintas escalas. Para la comparación de medias se realizaron ANOVAS y ANCOVAS. Con el fin de analizar las diferencias significativas se realizaron pruebas post hoc para la comparación de grupos dos a dos (HSD de Tukey). En un análisis posterior se obtuvieron los índices del tamaño del efecto. Para determinar si las intervenciones preventivas mejoran respecto a la no intervención, se calculó la magnitud de la diferencia entre cada grupo de tratamiento con el grupo sin tratamiento. En segundo lugar, a fin de conocer si se dan efectos inespecíficos a causa de las intervenciones preventivas, se calculó la magnitud de la diferencia entre cada grupo de tratamiento con el grupo de atención placebo. Por último, para conocer los efectos diferenciales entre las intervenciones, se calculó la magnitud de la diferencia entre los tres programas activos. Cada índice “d” se obtuvo restando las medias de los dos grupos implicados y dividiendo por una estimación de la desviación estándar conjunta a partir de las de los dos grupos. Según la clasificación de Cohen (1988), un valor negativo del índice d supone un efecto de empeoramiento con el tratamiento, un valor de .20 significa un efecto bajo, un valor de .50 un efecto medio y un .80 un efecto elevado.

RESULTADOS

INFORMACIÓN

En el postest todos los grupos mejoraron su nivel de conocimientos sobre el alcohol. La media fue mayor en el programa PS ($M = 6.63$) que

en los demás grupos. Las puntuaciones en esta prueba se ordenan, de mayor a menor, como sigue: PS, GC, AP, EPS y EHV. La comparación de medias arrojó diferencias globales significativas ($F_{4, 132} = 2.79$; $p < .05$). Las comparaciones post hoc mostraron que la diferencia entre los programas PS y EHV era significativa ($p = .04$). La media del grupo GC resultó superior con tendencia a la significación a la del programa EHV ($p = .06$). A los tres meses tras la intervención las diferencias continuaron siendo significativas ($F_{4, 130} = 4.03$; $p < .00$). Las comparaciones dos a dos arrojaron diferencias entre PS y EHV ($p < .05$), GC y EHV ($p < .05$) y GC frente a AP ($p < .05$). En el seguimiento a los seis meses las diferencias tienden a la significación estadística ($p < .10$), sin que existan diferencias dos a dos entre las medias de los grupos (Figura 1).

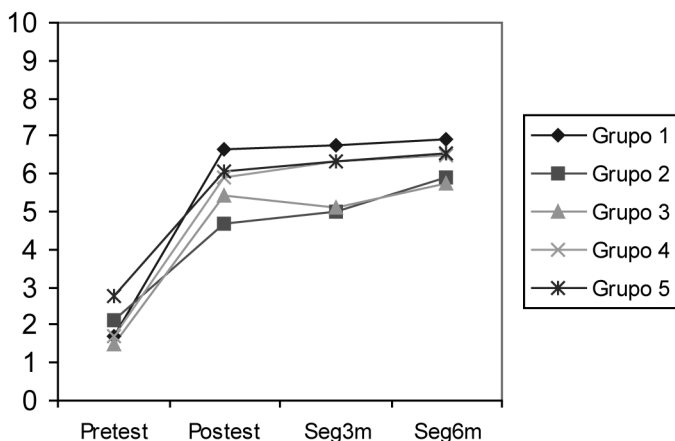


Figura 1. Conocimientos sobre el alcohol.

En cuanto a los conocimientos sobre las drogas de síntesis, las comparaciones de medias mediante ANCOVAS muestran diferencias globales entre los grupos en el postest ($F_{4, 132} = 8.83$; $p < .00$), primer seguimiento ($F_{4, 132} = 8.93$; $p < .00$) y segundo seguimiento ($F_{4, 127} = 4.96$; $p < .00$). En el postest se observan diferencias significativas entre el programa PS y los grupos EHV, EPS y AP. Así, las puntuaciones medias en esta variable se ordenan, de mayor a menor, como sigue: PS, GC, EHV, AP y EPS. En el seguimiento a los tres meses, la media de PS es mayor a la del resto de

grupos (véase la Tabla 1). Aparecen también diferencias entre EPS y GC, siendo mayor la media en el segundo. En el seguimiento a los seis meses permanecen las diferencias entre PS y EHV, y entre AP y EPS.

Tabla 1. Nivel de conocimientos sobre las drogas de síntesis

	PS		EHV		EPS		AP		GC	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
Pretest	2.89	2.37	4.68	3.15	3.42	2.27	5.43	1.71	4.36	2.30
Posttest	7.31	2.90	4.89	1.90	4.03	1.84	4.08	1.59	5.24	1.67
Seg 1	7.72	2.49	4.85	1.53	4.55	1.75	5.06	1.82	5.89	1.92
Seg 2	7.34	2.37	5.05	2.06	4.96	1.76	5.27	1.67	6.11	1.96

Nota: PS: Programa Salud; EHV: Programa Entrenamiento en Habilidades de Vida; EPS: Programa de Educación para la Salud; AP: Grupo Atención Placebo; GC: Grupo Control sin intervención. Seg1: Seguimiento a los tres meses; Seg2: Seguimiento a los seis meses. M: Media; DE: Desviación estándar.

Tabla 2. Magnitud del tamaño del efecto en información

		PS-GC	EHV-GC	EPS-GC	PS- AP	EHV-AP	EPS-AP	PS-EHV	PS-EPS	EHV-EPS
Postest	Alcohol	.26	-.64	-.28	.35	-.59	-.22	.89	.52	-.33
	Drogas síntesis	.89	-.20	-.69	1.35	.46	-.03	1.00	1.37	.46
Seg1	Alcohol	.23	-.60	-.67	.26	-.61	-.72	.80	.96	-.04
	Drogas síntesis	.84	-.60	-.73	1.22	-.13	-.29	1.44	1.51	.18
Seg2	Alcohol	.25	-.34	-.38	.26	-.32	-.36	.48	.51	.07
	Drogas síntesis	.57	-.53	-.62	1.01	-.12	-.18	1.04	1.16	.05

Nota: PS: Programa Salud; EHV: Programa Entrenamiento en Habilidades de Vida; EPS: Programa de Educación para la Salud; AP: Grupo Atención Placebo; GC: Grupo Control sin intervención. Seg1: Seguimiento a los tres meses; Seg2: Seguimiento a los seis meses.

PERCEPCIÓN DE RIESGO

Las diferencias entre grupos en cuanto al riesgo percibido por el abuso de alcohol son marginalmente significativas en el postest y en el segundo seguimiento, y significativas en el primer seguimiento. En el seguimiento a los tres meses hay diferencias marginalmente significativas entre AP y GC ($p = .07$) y entre EHV y GC ($p = .08$).

Respecto al riesgo por fumar cannabis, se observan diferencias significativas entre los grupos en el postest ($F_{4,132} = 3.30$; $p = .01$), en el seguimiento a los tres meses ($F_{4,132} = 2,77$; $p < .05$) y a los seis meses ($F_{4,130} = 3,26$; $p = .01$). La prueba HSD de Tukey arroja diferencias significativas en el postest entre EHV y GC ($p < .05$) y entre PS y GC ($p < .05$), marginalmente significativas en el seguimiento a los tres meses entre PS y GC ($p = .07$) y significativas en el seguimiento a los seis meses entre PS y GC ($p < .05$).

En cuanto al riesgo percibido en el éxtasis, no aparecen diferencias significativas a lo largo de los cuatro momentos de evaluación. En el caso del riesgo percibido en las drogas sintéticas (éxtasis y LSD) se produce un efecto techo, siendo las puntuaciones elevadas en las cuatro mediciones.

Tabla 3. Magnitud del tamaño del efecto en percepción de riesgo

	PS-GC	EHV-GC	EPS-GC	PS-AP	EHV-AP	EPS-AP	PS-EHV	PS- EPS	EHV-EPS
Postest									
Alcohol	-.18	-.66	-.56	.66	.05	.24	.53	.41	-.17
Cannabis	1.07	.93	.45	.16	.16	-.36	-.02	.49	.45
Éxtasis	.25	.49	.22	-.24	.02	-.33	-.26	.06	.36
LSD	.39	.19	-.02	.34	.11	-.14	.18	.43	.22
Seg1									
Alcohol	-.36	-1.01	-.88	-.04	-.59	-.50	.58	.49	-.07
Cannabis	1.09	.81	.18	.44	.28	-.26	.16	.78	.58
Éxtasis	-.32	.00	-.49	-.39	.00	-.51	-.06	.25	.13
LSD	-.17	.15	-.18	-.31	.00	-.32	-.33	.02	.34
Seg2									
Alcohol	-.13	-.87	-.60	-.03	-.78	-.51	.69	.44	-.26
Cannabis	1.13	.70	.34	.17	-.17	-.64	.31	.79	.39
Éxtasis	-.18	-.11	-.49	-.17	-.11	-.46	-.07	.35	.42
LSD	-.40	.03	-.46	-.63	-.13	-.65	-.55	.09	.59

Nota: PS: Programa Saluda; EHV: Programa Entrenamiento en Habilidades de Vida; EPS: Programa de Educación para la Salud; AP: Grupo Atención Placebo; GC: Grupo Control sin intervención. Seg1: Seguimiento a los tres meses; Seg2: Seguimiento a los seis meses.

ESTIMACIÓN NORMATIVA DEL CONSUMO

En el posttest los grupos que estiman más a la baja el consumo de alcohol son PS ($M = 30.79\%$) y EHV ($M = 42.85\%$), a los que se les había informado de las tasas reales de consumo en su rango de edad. El resto de grupos realizan estimaciones superiores, tal y como se representa en las Figuras 2, 3 y 4. Las diferencias resultan significativas ($F_{4, 132} = 3.04$; $p < .05$). Las comparaciones dos a dos indican que los sujetos del grupo PS hacen estimaciones significativamente menores que los de los grupos EPS ($p < .05$) y GC ($p < .05$) y con tendencia a la significación respecto a AP ($p < .05$). La estimación sobre la cantidad de adolescentes que han experimentado alguna vez la embriaguez es inferior en PS que en el resto ($M = 34.47\%$), siendo significativas las diferencias entre los cinco grupos ($F_{4, 131} = 2,57$; $p < .05$). Las comparaciones dos a dos arrojaron diferencias con tendencia a la significación entre el programa PS y EPS ($p < .05$) y entre PS y AP ($p < .10$). Por último, se observa que la estimación sobre los compañeros que han probado las drogas de síntesis es más baja en PS ($M = 18.16\%$) que en el programa EHV ($M = 29.76\%$), EPS ($M = 33.75\%$), AP ($M = 28.33\%$) y GC ($M = 24.97\%$). No obstante, las diferencias no resultan significativas estadísticamente.

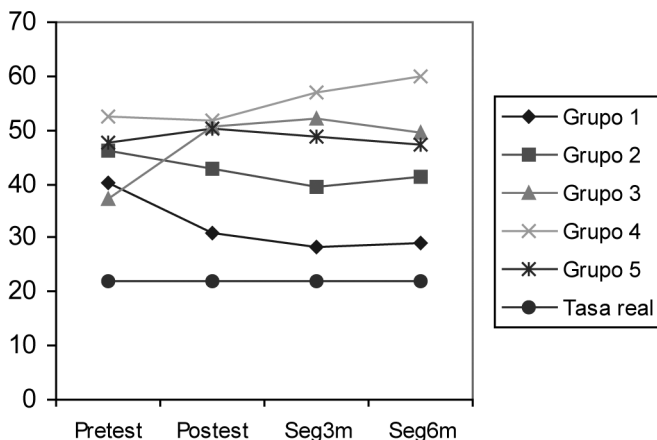


Figura 2. Estimación de compañeros que beben habitualmente.

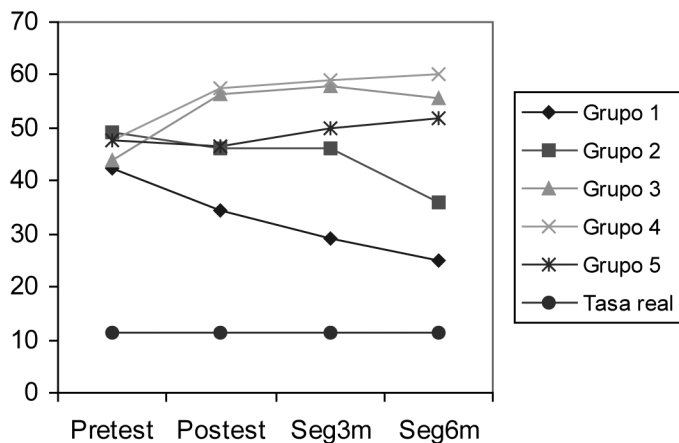


Figura 3. Estimación de compañeros que se han emborrachado.

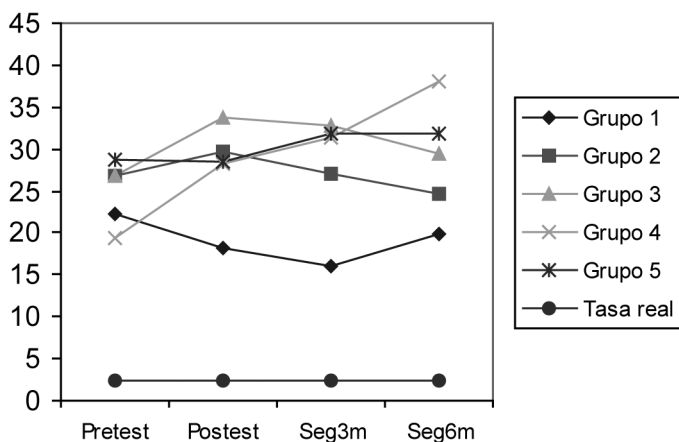


Figura 4. Estimación de compañeros que consumen drogas sintéticas.

Tabla 4. Magnitud del tamaño del efecto en la estimación del consumo normativo

	PS-GC	EHV-GC	EPS-GC	PS-AP	EHV-AP	EPS-AP	PS-EHV	PS-EPS	EHV-EPS
Postest									
Bebedores	.99	.30	-.02	1.67	.42	.04	.59	.94	.30
Embriagueces	.53	.02	-.36	1.07	.44	.04	.52	.94	.38
Drogas síntesis	.49	-.05	-.21	-.59	-.06	-.23	.56	.72	.15
Seg1									
Bebedores	1.08	.36	-.15	1.56	.66	.22	.48	1.35	.50
Embriagueces	1.04	.15	-.31	1.64	.50	.05	.83	1.52	.46
Drogas síntesis	.80	.21	-.04	.94	.21	-.07	.65	.82	.25
Seg2									
Bebedores	.93	.24	-.10	1.97	.82	.62	.58	1.33	.37
Embriagueces	1.14	.59	-.15	2.08	1.06	.22	.52	1.72	.86
Drogas síntesis	.56	.33	.13	.93	.65	.52	.23	.58	.27

Nota: PS: Programa Saluda; EHV: Programa Entrenamiento en Habilidades de Vida; EPS: Programa de Educación para la Salud; AP: Grupo Atención Placebo; GC: Grupo Control sin intervención. Seg1: Seguimiento a los tres meses; Seg2: Seguimiento a los seis meses.

DISCUSIÓN

El principal objetivo de este trabajo fue valorar los efectos del programa Saluda sobre tres factores de riesgo de tipo cognitivo: nivel de información, percepción de riesgo y estimación normativa del consumo. Considerando la magnitud de los tamaños del efecto, se ha demostrado que tanto el programa Saluda como el Entrenamiento en Habilidades de Vida resultan eficaces, variando su eficacia según las variables de resultado. A partir de los resultados cuantitativos y cualitativos se puede concluir que el programa Saluda consigue mejorar las capacidades cognitivas de protección frente al consumo de drogas, dato ya conocido en el programa Entrenamiento en Habilidades de Vida. Un objetivo adicional consistió en comparar ambas intervenciones con un programa preventivo de promoción de la salud en general, observando si una intervención de educación para la salud era tan eficaz como un programa específico para la prevención del abuso de sustancias. Se ha observado que, en las variables controladas en este estudio, los dos programas específicos producen cambios mayores.

Respecto a los efectos de las intervenciones sobre las conductas de consumo, no ha transcurrido el suficiente tiempo para establecer si los programas han producido cambios, y su efecto diferencial. Se trata de resultados que esperan alcanzarse a largo plazo. Según los distintos modelos teóricos del consumo, los factores de riesgo y protección, como en este caso las percepciones del sujeto sobre el riesgo de la conducta, la información de que dispone sobre sus consecuencias y la estimación que realiza sobre la frecuencia de dicho comportamiento entre sus iguales puede determinar en gran medida el consumo final (Becoña, 1999, 2002).

El análisis de los efectos sobre el nivel de conocimientos indica que en el posttest el nivel de conocimientos sobre el alcohol es mayor en el programa Saluda que en el resto de grupos de tratamiento y control, quedando ordenadas de mayor a menor como sigue: Saluda > No intervención > Atención placebo > Promoción de la Salud > Entrenamiento en Habilidades de Vida. Tampoco se confirma la hipótesis en el aspecto de la igualdad entre los dos tratamientos principales, ya que se dan diferencias significativas entre los dos programas. Los resultados se mantienen en los dos seguimientos, si bien a los seis meses desaparecen las diferencias entre ambos grupos. Respecto a las drogas sintéticas, se comprueba que el programa Saluda aumentaba significativamente el grado de conocimientos respecto al resto de intervenciones, siendo significativas las diferencias con los demás grupos, excepto con la no intervención. Las puntuaciones medias en esta variable quedaron ordenadas, de mayor a menor, del siguiente modo: Saluda > No intervención > Entrenamiento en Habilidades de Vida > Atención Placebo > Promoción de la Salud. Analizando la magnitud de los tamaños del efecto, se muestra más eficaz el programa Saluda, obteniendo los otros dos programas activos d negativas en el conocimiento sobre el alcohol y las drogas de síntesis. El programa Saluda obtiene d elevadas en cuando a las drogas sintéticas y bajas en el alcohol. Comparando los tres programas activos entre sí, el programa Saluda es el más eficaz, obteniendo d elevadas y moderadas. Entre los otros dos programas activos, Entrenamiento en Habilidades de Vida es más eficaz en las drogas sintéticas y en el alcohol (segundo seguimiento).

Se hipotetizó que los dos programas principales serían eficaces para aumentar la percepción de riesgo en el abuso de alcohol y drogas de síntesis, y superiores al resto de intervenciones. La hipótesis se confirma parcialmente. En el caso del alcohol, las diferencias entre grupos son marginalmente significativas en el posttest, siendo el programa

Saluda el único que consigue aumentar la percepción de riesgo, manteniéndola en los dos seguimientos. En esta variable el grupo control sin intervención aparece superior a los demás en los cuatro momentos de medida. En el caso del cannabis, la percepción de riesgo disminuye, especialmente en el grupo sin intervención y en menor medida en los dos programas activos. En las drogas de síntesis se mantiene a lo largo de las cuatro evaluaciones realizadas. Al comparar la magnitud del tamaño del efecto entre los tres programas activos y el grupo sin intervención, se observa que ninguno de los tres programas logra superar al grupo sin tratamiento en la percepción de riesgo sobre el alcohol. Sí se dan tamaños del efecto altos en el caso del cannabis, y moderados y bajos en el éxtasis y LSD. Cuando se comparan los programas activos con la atención placebo, encontramos que en el postest el programa Saluda mejora a la atención placebo en la intención de consumo de alcohol ($d+ = .66$), lográndolo en menor medida los programas Entrenamiento en Habilidades de Vida ($d+ = .05$) y Promoción de la Salud ($d+ = .24$). Respecto a otras sustancias, los resultados son más modestos, destacando que en el caso del cannabis el programa Saluda obtiene una magnitud del tamaño del efecto respecto a la atención placebo de .16 en el primer seguimiento. Al comparar los tres programas activos entre sí, se observa que el programa más eficaz en el postest aumentando el riesgo percibido por el abuso de alcohol es el Saluda, que obtiene un tamaño del efecto medio respecto al programa Entrenamiento en Habilidades de Vida ($d+ = .53$). Esta diferencia se mantiene en los dos seguimientos. No obstante, el segundo programa es más eficaz en el caso del cannabis y éxtasis (sólo en el postest). El programa Saluda se muestra más eficaz que la intervención inespecífica, ya que se obtienen tamaños del efecto positivos.

Según Goldberg, Halpern-Felsher y Millstein (2002), existen varias limitaciones que pueden afectar al estudio de la percepción de riesgo en la conducta de beber, entre otros los problemas a la hora de evaluar ese constructo. Muchos estudios sobre comportamientos de salud utilizan preguntas descontextualizadas respecto a la conducta estudiada o escalas de respuesta poco comprensibles para la edad de los sujetos, que dan pie a ser interpretadas de forma subjetiva (Halpern-Felsher et al., 2001). Según la teoría de la acción razonada, en la decisión de consumo entran en juego los beneficios esperados y la evaluación de los costes o riesgos que implica la conducta. Algunos autores se refieren al concepto de invulnerabilidad, incorporándolo a las explicaciones teóricas sobre el

fenómeno y a las intervenciones preventivas (Goldberg, Halpern-Felsher y Millstein, 2002; Weinstein, 1980, 1983, 1984).

Los efectos sobre la estimación normativa informan sobre la percepción que tienen los escolares sobre la tasa normal de consumidores entre sus iguales. El efecto del falso consenso ha sido constatado en diversos estudios (Andrews, et al., 2002; Ross et al., 1977; Sherman et al., 1983). Desde las teorías cognitivas, como la teoría de la acción razonada o la teoría de la conducta planificada, la percepción del consumo de drogas por parte de los compañeros es uno de los principales factores que contribuyen al consumo de drogas. Así, Iannotti y Bush (1992) mostraron que la percepción del consumo que realizaban los adolescentes de sus compañeros era un predictor muy fiable del propio consumo. En nuestro estudio se comprueba que los dos programas principales lograron modificar la estimación del consumo normativo, y de forma más notoria el programa Saluda, siendo las diferencias con los otros grupos estadísticamente significativas. En los seguimientos, las estimaciones realizadas por los sujetos que participaron en este programa se aproximaban más a las tasas reales, especialmente en cuanto a la estimación del porcentaje de compañeros que se han emborrachado.

El tamaño del efecto en el postest respecto al grupo sin intervención resulta elevado según los criterios de Cohen (1988) ($d+ = .99$), manteniéndose en este rango en los dos seguimientos. En cuanto a la estimación de las tasas de embriaguez, los d son medios en el postest ($d+ = .53$) y altos en los dos seguimientos ($d+ = 1.04$ y $d+ = 1.14$). Al compararlo con el grupo de atención placebo, hallamos resultados similares. En la comparación entre los tres programas activos, el programa Saluda predomina por su eficacia a la hora de modificar este tipo de creencias, siendo el programa Entrenamiento en Habilidades de Vida superior al programa Promoción de la Salud.

Entre las limitaciones de esta investigación, cabe destacar el reducido tamaño de la muestra que puede afectar a la generalización de los resultados. No obstante, el tamaño muestral de este estudio no difiere demasiado con el de otros de características similares (Casas, 1998; García-Rodríguez, 1988; López-Sánchez, 2000; Palomares, 1996).

La evaluación a largo plazo también puede ser un aspecto a mejorar en el futuro, debido a que en prevención de la drogodependencia los resultados de las intervenciones pueden observarse mejor a largo plazo. En nuestro estudio se estableció un periodo de seis meses como último seguimiento, debido a que tras la finalización del curso escolar resultaba

difícil mantener localizables a los sujetos. No obstante, está previsto realizar evaluaciones sucesivas.

A partir de los resultados de la aplicación de los programas, podemos concluir que las intervenciones resultan más eficaces que la no-intervención a la hora de modificar variables mediadoras de tipo cognitivas. Los resultados de este estudio animan a continuar investigando sobre la eficacia de los programas de prevención escolar ya que, a pesar de las limitaciones y los cambios modestos en cuanto a comportamientos, se observan importantes mejoras en cuanto al grado de conocimientos y estimaciones normativas, variables cognitivas que se consideran de peso como mediadoras del consumo. Aunque es preferible enmarcar la prevención del abuso de drogas como una intervención continuada en el contexto de la educación para la salud, los programas escolares intensivos presentan la ventaja de que suponen una forma efectiva de lograr cambios cognitivos y de enseñar a los alumnos habilidades conductuales que pueden aplicar en situaciones de oferta de drogas y también en otras áreas de la vida.

Los datos obtenidos dan cierto apoyo a que los programas preventivos resultan eficaces en la mejora de factores de protección del abuso de drogas, las investigaciones futuras deberían abordar las siguientes tareas: a) Modificar los parámetros o variables de medida de resultado, seleccionando las que mejor reflejen los cambios relacionados con los constructos determinantes del consumo de drogas, así como los instrumentos más válidos y fiables para la medición de dichas variables. b) Implementar el programa Saluda con muestras de mayor tamaño y distintas condiciones socioculturales y económicas para analizar qué resultados se dan con poblaciones de distinto perfil, c) Realizar estudios de seguimiento a largo plazo, que reúnan información sobre el mantenimiento o desaparición de los cambios a partir de los seis meses de finalizada la intervención, d) Desarrollar estudios para valorar los diferentes componentes de cada intervención preventiva por separado, desmantelando el programa, e) Variar las características de los educadores, poniendo a prueba la eficacia del mismo programa desarrollado por docentes, psicólogos, personal sanitario y compañeros, analizando las características idóneas del aplicador que optimicen los resultados del programa.

REFERENCIAS

- Andrews, J. A., Tildesley, E., Hops, H. y Li, F. (2002). The influence of peers on young adult substance use. *Health Psychology*, 21, 4, 349-357.
- Bangert-Drowns, R. L. (1988). Effects of school-based substance abuse education: A meta-analysis. *Journal of Drug Education*, 18, 3, 243-264
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, 77.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Botvin, G. J. (1998). *Entrenamiento en Habilidades de Vida. A drug and violence prevention program*. New York: Institute for Prevention Research, Cornell University Medical College.
- Botvin, G. J. (2000). Preventing drug abuse in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. *Addictive Behaviors*, 25, 6, 887-897.
- Botvin, G. J. y Eng, A. (1982). The efficacy of a multicomponent approach to the prevention of cigarette smoking. *Preventive Medicine*, 11, 199-211.
- Botvin, G. J. y Griffin, K. W. (2000). Preventing substance use and abuse. En K. M. Minke y G. C. Bear (Eds.), *Preventing school problems-promoting school success: strategies and programs that work* (pp. 259-298). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
- Botvin, G. J., Baker, E., Filazzola, A. y Botvin, E. (1990). A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention: one year follow-up. *Addictive Behaviors*, 15, 47-63.
- Botvin, G. J., Dusenbury, I., Baker, E., James-Ortiz, S., Botvin, E. M. y Kerner, J. (1992). Smoking prevention among urban minority youth: Assessing effects on outcome and mediating variables. *Health Psychology*, 11, 5, 290-299.
- Botvin, G. J., Griffin, K. W., Diaz, T. y Ifill-Williams, M. (2001). Preventing binge drinking during early adolescence: One- and two- year follow-up of a school-based preventive intervention. *Psychology of Addictive Behaviors*, 4, 360-365.
- Botvin, G. J., Griffin, K.W., Diaz, T., Scheier, L. M., Williams, C. y Epstein, J. A. (2000). Preventing illicit drug use in adolescents: Long-term follow-up data from a randomized control trial of a school population. *Addictive Behaviors*, 25, 5, 769-774.

- Botvin, G. J., Schinke, S. P., Epstein, J. y Díaz, T. (1994). Effectiveness of culturally focused and genesic skills training approaches to alcohol and drug abuse prevention among minority youths. *Psychology of addictive behaviors*, 8, 2, 116-127.
- Casas, J. (1998). *Actitudes, habilidades sociales y autocontrol en la prevención del consumo abusivo de alcohol y tabaco*. Universidad Autónoma de Madrid: Tesis doctoral sin publicar.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NH: Erlbaum.
- Enneth, S. T., Tobler, N. S., Ringwalt, C. L. y Flewelling, R. L. (1994). How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of project DARE outcome evaluations. *American Journal of Public Health*, 84, 9, 1394-1401.
- Espada, J. P., Méndez, F. X. e Hidalgo, M. D. (2003). Bateria de Cuestionarios para la Evaluación del Consumo de Drogas. En J. P. Espada y F. X. Méndez. *Programa Saluda* (CD-Rom). Madrid: Pirámide.
- Espada, J. P. y Méndez, F. X. (2003). *Programa Saluda: prevención del abuso de alcohol y consumo de drogas de síntesis*. Madrid: Pirámide.
- Espada, J. P., Lloret, D. y García del Castillo, J. A. (2008). Applying drug dependence research to prevention interventions in Spain. *Evaluation & the Health Professions*, 31 (2), 182-197.
- Espada, J. P. Méndez, F. X., Griffin, K. W. y Botvin, G. J. (2002). Prevención del abuso de drogas en la adolescencia. En J. M. Ortigosa, M. J. Quiles y F. X. Méndez (Eds.), *Manual de Psicología de la Salud. Intervención con niños, adolescentes y familias*. Madrid: Pirámide.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPND) (2007). *Encuesta Estatal sobre el uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias* (ESTUDES). Madrid: Autor.
- García-Rodríguez, J. A. (1986). *Modelado y resolución de problemas en la prevención de la drogodependencia*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia.
- García, L. y González, M.T. (2002). *Consumo de sustancias en chicas adolescentes*. Las Palmas de Gran Canaria: Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.
- Goldberg, J. H., Halpern-Felsher, B. L. y Millstein, S. G. (2002). Beyond invulnerability: The importance of benefits in adolescents' decision to drink alcohol. *Health Psychology*, 21, 5, 477-484.
- Halpern-Flesher, B. L., Millstein, S., Ellen, J., Adler, N. Tschann, J. y Biehl, M. (2001). The role of behavioral experience in judging risks. *Health Psychology*, 20, 120-126.

- Ianotti, R. J. y Bush, P. J. (1992). Perceived vs. actual friends' use of alcohol, cigarettes, marijuana, and cocaine: Which has the most influence? *Journal of Youth and Adolescence*, 21, 275-289.
- Lence, M., Gómez, J. A. y Luengo, M. A. (1997). El meta-análisis y la prevención de drogodependencias en el ámbito escolar: Una revisión. *Adicciones*, 9, 4, 601-161
- López-Sánchez C. (2000). *Comparación de diversas técnicas psicológicas en la prevención de las drogodependencias*. Tesis doctoral. Universidad Miguel Hernández.
- Luengo, A., Gómez-Fragüela, J. A., Garra, A., Romero, E. y Otero-López, J. M. (1998). *Construyendo salud. Promoción del desarrollo personal y social*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura.
- Palomares, A. (1996). *Evaluación de un programa de prevención del tabaquismo en escolares de EGB de La Coruña*. Tesis doctoral sin publicar. Universidad de Santiago de Compostela.
- Petterson, P. L., Hawkins, J. D. y Catalano, R. F. (1992). Evaluating comprehensive community drugs risk reduction interventions. Design challenges and recommendations. *Evaluation Review*, 16, 579-602.
- Price, R., Cowen, E., Lorion, R. y Ramos-Mckay, J. (Eds.) (1988). *Fourteen onces of prevention*. Washington: APA.
- Rooney, B. L. y Murray, D. M. (1996). A meta-analysis of smoking prevention programs after adjustment for errors in the unit of analysis. *Health Education Quarterly*, 23, 1, 48-64.
- Ross, L., Greene, D. y House, P. (1977). The false consensus phenomenon: An attributional bias in self-perception and social psychological processes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 13, 279-301.
- Sherman, S. J., Presson, C. C., Chassin, L., Corty, E. y Olshavsky, R. (1983). The false consensus effect in estimates of smoking prevalence: Underlying mechanisms. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 445-459.
- Tobler, N. S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *Journal of Drug Issues*, 16, 4, 537-567
- Tobler, N. S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *Journal of Drug Issues*, 16, 4, 537-567
- Tobler, N. S. (1992). Drug prevention programs can work: research findings. *Journal of Addictive Diseases*, 11, 3, 1-28.

- Tobler, N. S. (1999). Meta-análisis de programas de prevención de drogas en adolescentes: resultados del meta-análisis de 1993, En AAVV, *Meta-análisis de programas de prevención del abuso de drogas*. (pp. 9-66) Madrid: Fundación de ayuda contra la drogadicción (original en inglés de 1997).
- Weinstein, N. (1980). Unrealistic optimism about future life event. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100, 502-515.
- Weinstein, N. (1983). Reducing unrealistic optimism about illness susceptibility. *Health Psychology*, 2, 11-20.
- Weinstein, N. (1984). Why it won't happen to me: Perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*, 3, 431-457.

PERFIL DE UN GRUPO DE AUTOCAMBIADORES HISpanOHABLANTEs DEL NORTE DE ESPAÑA Y DEL SUR DE FLORIDA (EEUU)

José Luis Carballo¹ y José Ramón Fernández-Hermida²

¹*Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández de Elche.* ²*Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo*

(Recibido: 02/06/2008 / Aceptado: 12/09/2008)

RESUMEN

La recuperación natural se ha mostrado como la vía más utilizada entre los que abandonan o reducen el consumo de alcohol y otras sustancias. El objetivo de este trabajo fue analizar en población hispanohablante, los procesos, las circunstancias y las características que explican cómo y porqué los adictos a sustancias (alcohol y otras drogas) se recuperan sin solicitar ayuda profesional. Utilizando fundamentalmente anuncios de prensa, se reclutaron 54 autocambiadores hispanohablantes que llevaban al menos 1 año recuperados, de los cuales 29 fueron reclutados en España y 25 en el Sur de Florida (EEUU). A todos ellos se les evaluó en una única sesión en aspectos relacionados con la adicción y la recuperación. Los resultados mostraron que el autocambiador hispanohablante es fundamentalmente un varón de mediana edad, que ha tenido problemas en el pasado con el alcohol y que ha abandonado el consumo por razones de salud, sin acudir a tratamiento por no considerar su problema de gravedad. El perfil encontrado en este estudio de los participantes

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

hispanohablantes es muy similar al encontrado en estudios previos con población no hispanohablante.

Palabras clave: Recuperación natural, Autocambiadores, adicción, alcohol, drogas ilegales

ABSTRACT

Natural recovery has shown itself to be the most common form of recovery among those who give up or reduce the use of alcohol and other substances. The goal of the present work was to analyze in Spanish-speaking population the processes, circumstances and characteristics that explain how and why addicts to substances (alcohol and other drugs) recover without seeking professional help. Using mainly press advertisements, we recruited 54 Spanish-speaking self-changers who had recovered at least 1 year previously, 29 from Spain and 25 from southern Florida (USA). All participants were assessed in a single session on aspects related to addiction and recovery. The results showed that the Spanish-speaking self-changer is basically a middle-aged male, who has had problems in the past with alcohol and who has given it up for health reasons, without seeking treatment since he does not consider it a serious problem. The profile found in this study with Spanish-speaking participants is very similar to that found in previous studies with non-Spanish-speaking populations.

Key words: Natural recovery, Self-changers, addiction, alcohol, illegal drugs

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los estudios que han tratado de analizar el fenómeno de la recuperación natural entre los que dejan o reducen el consumo de alcohol y otras sustancias se han centrado en el análisis de la prevalencia de éste. Estos trabajos han mostrado que ésta es la principal vía de recuperación entre los adictos a alcohol y otras sustancias (Cunningham, 1999; Dawson et al., 2005; Hasin & Grant, 1995; Sobell, Cunningham, & Sobell, 1996).

Otras investigaciones han analizado cuáles son los procesos y determinantes de la recuperación natural o autocambio en conductas adictivas. La importancia de estos trabajos radica en el hecho de que pretenden mejorar los tratamientos existentes para este tipo de problemas, ampliar

el conocimiento que se tiene de las adicciones y elaborar estrategias preventivas basadas en la promoción del autocambio (Carballo et al., 2007).

La mayoría de estas investigaciones se han centrado en los autocambiadores del alcohol (Carballo et al., 2007). Sin embargo, el crecimiento reciente del consumo de otras sustancias, como la cocaína y el cannabis, ha provocado un aumento de trabajos sobre la recuperación natural de otras sustancias.

En el caso de la recuperación natural del alcohol se han estudiado muchos tipos de factores con el fin de entender mejor el fenómeno. Uno de los posibles determinantes de la recuperación natural es la edad, no tanto como factor causal sino como modulador de otros determinantes que influyen en el autocambio. Así, en adultos jóvenes de entre 20 y 40 años, el cambio puede tener que ver con el hecho de asumir nuevas responsabilidades con el paso a la vida adulta/familiar, aunque, esto por sí solo, no parece ser causa suficiente de la recuperación (Klingemann et al., 2001). En los casos en los que los problemas con el alcohol se inician a edades tardías, el autocambio parece ser la vía de recuperación más utilizada, ya que las consecuencias del consumo no suelen ser tan graves como los que empiezan a tener problemas a edades más tempranas (Klingemann et al., 2001). Por lo demás, no se han realizado comparaciones de recuperados en función de las edades.

Por lo que se refiere al género de los recuperados sin tratamiento, el número de casos es mayor entre los varones, lo cual no es sorprendente, ya que el número de consumidores problemáticos también lo es (Carballo et al., 2007). Tan sólo Bischof, Rumpf, Hapke, Meyer y John (2000) compararon a un grupo de mujeres y otro de hombres que habían abandonado el consumo de alcohol por sí mismos. A pesar de que, en general, no se encontraron muchas diferencias relevantes, se detectó que las mujeres tendían a tener más ocultos sus problemas con el alcohol, en gran medida porque su entorno niega la existencia de éstos. Perciben que tienen menos presión y apoyo social para abandonar el consumo y mantener la abstinencia. Los autores de este estudio concluyeron que las diferencias en género vendrían dadas por el entorno social de los sujetos (Bischof, Rumpf, Hapke, Meyer, & John, 2000).

La abstinencia es el tipo de recuperación más frecuente entre los autocambiadores, pero el consumo moderado o de bajo riesgo se sitúa por encima del 40% de los casos (Carballo et al., 2007; Sobell, Ellingstad, & Sobell, 2000). Este es un dato muy importante ya que el modelo biomédico imperante niega la posibilidad de consumos moderados en la recu-

peración. King y Tucker (2000) analizaron el proceso de recuperación en términos de abstinencia y consumo moderado. Estos autores encontraron que entre los sujetos que se mantenían con un consumo moderado sin haber recibido ayuda terapéutica, unos habían pasado anteriormente por un período de abstinencia total frente a otros que habían reducido su consumo gradualmente. El camino hacia la moderación, por tanto, es variable, el caso de la abstinencia total suele ser de iniciación abrupta. En este mismo estudio, los sujetos que hacían uso moderado del alcohol cambiaron sus prácticas de consumo y el contexto que les rodeaba, a través de estrategias relacionadas con la limitación del consumo a ciertos contextos (King & Tucker, 2000).

En el caso del cannabis, entre los factores que más influyen en el mantenimiento de la abstinencia están estrategias conductuales, tales como, la evitación de situaciones de tentación, los cambios en el estilo de vida y el desarrollo de nuevos intereses más allá del consumo (Ellingstad, Sobell, Sobell, Eickelberry, & Golden, 2006). Entre las razones que refieren los consumidores de cannabis para no solicitar tratamiento están el no creer que necesiten tratamiento y el deseo de recuperarse por sí mismos.

Toneatto et al. (1999), por su parte, estudiaron los factores que influyen en la recuperación natural en sujetos adictos a la cocaína. Estos autores encontraron un perfil adictivo moderado grave, en términos de dependencia y comorbilidad psiquiátrica entre estos autocambiadores (Toneatto, Sobell, Sobell, & Rubel, 1999). Además, se encontró que la evaluación cognitiva de pros y contras era un aspecto fundamental a la hora de iniciar la recuperación. Los datos son similares a los encontrados en otros estudios anteriores en cocaína (Waldorf, Reinerman, & Murphy, 1991).

La "evaluación cognitiva" es uno de los aspectos que más se destaca en los trabajos de recuperación natural en alcohol y drogas ilegales. Se trata de la evaluación de los "pros" y "contras" que el consumo tiene para el sujeto (Ellingstad et al., 2006; Klingemann & Sobell, 2007; Klingemann et al., 2001; Sobell & Sobell, 1995). Esta evaluación cognitiva es muy habitual en sujetos con problemas de alcohol, aunque no en otras adicciones a sustancias y conductuales. Por ejemplo, en estudios recientes de recuperación natural en juego patológico no se encuentra excesiva relevancia de este aspecto entre los jugadores patológicos (Carballo Crespo, Secades Villa, Fernández Hermida, García Rodríguez, & Sobell, 2005; Hodgins & el-Guebaly, 2000).

Puesto que la existencia de estudios que hayan analizado este fenómeno en población hispanohablante son muy escasos (Carballo et al.,

2007; Carballo et al., 2008) el objetivo de este artículo es analizar, por primera vez con población hispanohablante, los procesos, las circunstancias y las características que explican cómo y por qué los adictos a sustancias (alcohol y otras drogas) se recuperan sin tratamiento formal o grupo de autoayuda y mantienen la abstinencia o el consumo moderado a largo plazo.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Para la selección de la muestra se establecieron unos criterios que los participantes en esta investigación debían cumplir: (a) 18 años de edad como mínimo; (b) consumo previo de riesgo de alcohol [21 o más unidades de bebida a la semana en hombres y 14 o más en mujeres, tal y como lo define la OMS (World Health Organization, 1998)] u otras sustancias psicoactivas (más de 2 consumos al año de cannabis y más de 1 para el resto de drogas ilegales) acompañado de consecuencias negativas, y/o cumplimiento de los criterios de dependencia o abuso para el alcohol u otras sustancias del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000); (c) abstinencia o consumo de bajo riesgo durante al menos un año [revisiones recientes han mostrado que la media de tiempo de recuperación requerido en las investigaciones de recuperación natural es de poco más de un año (Carballo et al., 2007; Sobell et al., 2000)]. El consumo moderado o de bajo riesgo fue definido en función de los criterios de la OMS (World Health Organization, 1998), es decir, menos de 21 unidades de bebida estándar a la semana en hombres y menos de 14 en mujeres, y en caso de las drogas ilegales se estableció menos de 2 para el cannabis y menos de 1 para el resto de drogas ilegales.

Para descartar a aquellos que habían recibido ayuda formal se utilizó una definición de tratamiento que incluía los siguientes formatos: (a) tratamiento formal (médico, farmacológico, psiquiátrico o psicológico); (b) grupo de autoayuda (p. Ej.: Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos). Se admitieron en este grupo a personas que acudieron a menos de tres sesiones a grupos de autoayuda como se hace en muchas de las investigaciones de recuperación natural (Sobell et al., 2000); (c) Intervenciones mínimas, tales como las que lleva a cabo el médico de cabecera, o las que se puedan derivar de libros de autoayuda, que les ayudasen el abandono del consumo, según la propia percepción del sujeto.

En total se contó con 54 autocambiadores de alcohol y otras drogas (29 reclutados en el norte de España y 25 den el Sur de Florida); 34 de ellos eran autocambiadores de problemas adictivos con el alcohol (63%), 11 lo eran de cocaína (20,4%), 6 de cannabis (11,1%), 2 de alucinógenos (3,7%) y 1 de heroína (1,9%). La edad media (DT) de los participantes fue de 41,88 (DT= 13,8) años en el momento del estudio y el 74,1% eran hombres.

Las estrategias empleadas para la captación de estos participantes en ambos países fueron: anuncios en periódicos; difusión de la investigación a través de los diferentes medios de comunicación regionales, mediante la participación en entrevistas y debates sobre el tema; solicitud de ayuda a médicos especialistas que atienden con frecuencia este tipo de casos pero no llevan a cabo ningún tratamiento específico; colocación de póster y la técnica "bola de nieve".

El 66,6% del total de participantes fueron captados a través de los anuncios en prensa. El resto de participantes fueron captados mediante el resto de las estrategias ya descritas, que han sido muy poco útiles.

VARIABLES E INSTRUMENTOS

Para la evaluación de los participantes recuperados sin ayuda formal y tratados se utilizó la *Entrevista para la Evaluación del Autocambio en Consumidores de Drogas (EACD)* que es una entrevista semiestructurada heteroaplicada, de unos 30 minutos de duración aproximadamente (Carballo, 2007). Esta entrevista incluye preguntas abiertas y también escalas usadas en estudios previos para la evaluación de algunas variables relacionadas con el autocambio. Los distintos tipos de variables medidas fueron las siguientes:

Variables sociodemográficas (por ejemplo, sexo, edad, nivel educativo) en el momento de la entrevista y en el momento de la recuperación.

Uso pasado de alcohol y otras sustancias: para lo cual se utilizó el *Drug Use History Questionnaire DUHQ* (Sobell, Kwan, & Sobell, 1995), que ha mostrado buena fiabilidad test-retest. Los coeficientes de correlación intraclases y los valores de la correlación de Pearson fueron altos y se mostraron significativos ($p < 0,05$) entre las dos aplicaciones que se hicieron para analizar la fiabilidad de este instrumento (Sobell et al., 1995).

Gravedad de la dependencia: se utilizaron los criterios para el diagnóstico de la dependencia del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) con la adaptación al español (Bedregal, Sobell, Sobell, & Simco, 2006; Canino et al., 1999) del *The past substance use diagnosis chec-*

klist for substance abuse and dependence (Grant, Harford, Dawson, Chou, & Pickering, 1995).

Recuperación e historia de tratamiento: se midió mediante preguntas abiertas el tiempo que llevaban abstinentes o realizando un consumo de bajo riesgo del alcohol; la posible *historia de tratamiento* se evaluó preguntándoles a los sujetos si habían acudido a tratamiento psicológico, médico, psiquiátrico y/o grupo de autoayuda, en su caso, duración del o los tratamientos, además de, un posible consejo médico o la influencia de libros de autoayuda en su recuperación.

Comorbilidad psiquiátrica: se realizaron una serie de preguntas abiertas en las cuales se evalúa posibles diagnósticos y tratamientos para otros problemas psicopatológicos que podrían estar relacionados con el consumo de alcohol. La evidencia empírica muestra la relevancia de la comorbilidad psiquiátrica en la gravedad de la adicción y en el pronóstico del problema.

Presión y apoyo social: se les preguntó a los participantes si habían recibido presión por parte de su familia o entorno social para cambiar sus hábitos con el alcohol y si habían recibido apoyo familiar o social para el mantenimiento de la recuperación.

Razones para dejar o reducir el consumo: se usó la *Reason for quitting scale* (*Escala de Razones para dejar de consumir*) (RQS), de 13 ítems donde se exponen las razones o motivos más comunes entre los consumidores de sustancias para el cambio de hábitos de consumo. La RQS es un instrumento validado psicométricamente para la medida de motivación extrínseca e intrínseca en el cambio (Curry, Grothaus, & McBride, 1997; Curry, Wagner, & Grothaus, 1990, 1991). Los ítems de esta escala fueron agrupados en tres factores con puntuaciones que van de 0 a 10 para cada factor: Razones relacionadas con la salud, con el autocontrol y con la presión social y familiar.

Estrategias para el cambio y el mantenimiento: para su evaluación se ha utilizado la adaptación española (García González & Alonso Suárez, 2002) del *Coping Behavior Inventory* (Litman, Stapleton, Oppenheim, & Peleg, 1983). Este instrumento consta de 4 factores bien diferenciados (pensamiento positivo, pensamiento negativo, distracción y evitación) y ha mostrado una buena consistencia interna y validez de constructo. Además, se incluyó un instrumento de 23 ítems, *Maintenance factors* (*Factores de Mantenimiento*), que se corresponden con los factores que más influyen en el mantenimiento del cambio en la recuperación natural según estudios previos de recuperación natural como cambios en fac-

tores familiares, de salud, laborales o legales (Blomqvist, 1999; Sobell, Sobell, & Toneatto, 1992; Sobell, Sobell, Toneatto, & Leo, 1993; Toneatto et al., 1999). Los ítems de esta escala fueron agrupados en 5 factores con puntuaciones que van de 0 a 10 para cada factor: Cambios relacionados con la salud, con el autocontrol, con el estilo de vida, con la influencia religiosa y con el apoyo social y familiar.

Razones para no solicitar tratamiento: Se evalúan posibles razones por las cuales el sujeto no solicitó ayuda profesional, mediante 9 ítems que han sido construidos a partir de las razones que se han mostrado más influyentes en estudios anteriores de autocambio. Esta metodología ha sido utilizada en multitud de investigaciones sobre recuperación natural en alcohol y otras drogas (Ellingstad et al., 2006; Sobell et al., 1993; Toneatto et al., 1999).

La RQS, el DUHQ y las *Razones para no solicitar ayuda formal* eran instrumentos en inglés que fueron traducidos al español. Una de las formas habituales de conseguir traducciones fiables es a través de dos traductores independientes (Babor et al., 1994; Room, Janca, Bennett, Schmidt, & Sartorius, 1996; Sobell et al., 2001). En este estudio se contó con las traducciones independientes de un psicólogo experto y un traductor profesional. La versión final de estos instrumentos fue un consenso entre ambas traducciones.

PROCEDIMIENTO

Las entrevistas se llevaron a cabo en persona, en una única sesión, excepto en dos casos que se realizaron telefónicamente. En todos los casos fueron grabadas, siempre con el consentimiento del evaluado, con el fin de poder llevar a cabo análisis más completos sobre la información que se recoge. Los lugares de aplicación de los instrumentos clínicos fueron las dependencias de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo y de la Nova Southeastern University en Florida. Los encargados de la aplicación de los instrumentos fueron psicólogos expertos en el campo de las adicciones.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los datos obtenidos de la entrevista se codificaron y analizaron por medio del programa SPSS 15 para Windows. Se llevaron a cabo análisis de frecuencias y se utilizaron estadísticos descriptivos para la descripción de la muestra de la investigación y del perfil de los autocambiadores.

RESULTADOS

En este apartado se describen las características de los autocambiadores que participaron en esta investigación en términos de variables sociodemográficas, de patrón de consumo y gravedad de la adicción, de variables de recuperación, de motivaciones para el cambio, mantenimiento de la recuperación y razones para no solicitar ayuda formal. Se pretende identificar al perfil “tipo” del autocambiador que facilite la formulación de hipótesis sobre las circunstancias y determinantes de la recuperación natural o autocambio.

En la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de los 54 autocambiadores hispanohablantes que participaron la investigación. La mayoría de los participantes fueron varones, con pareja y trabajo estable.

Tabla 1. Medias (DT) y porcentajes de variables sociodemográficas en los Autocambiadores Hispanohablantes (AH).

	AH N= 54
% Hombres	74,1 (40)
Edad media (DT) en la entrevista	41,88 (13,80)
Edad media (DT) en la recuperación	36,88 (12,94)
% Desempleo en la entrevista	14,8 (8)
% Desempleo en la recuperación	5,6 (3)
Nivel educativo	
% Elemental/primario	14,8 (8)
% Secundario/técnico	37,0 (20)
% Superior	46,3 (25)
% Pareja estable o casados en la entrevista	37,0 (20)
% Pareja estable o casados en la recuperación	44,4 (24)

Recuperación y gravedad de la adicción.

En la Tabla 2 se exponen las características principales de los autocambiadores hispanohablantes (AH) en variables relacionadas con la recuperación y en el patrón de gravedad de la adicción previo al abandono o reducción del consumo. Destaca el hecho de que la mayoría de los entrevistados hayan cumplido más de 3 criterios de dependencia, con una historia de consumo de más de 15 años y que llevarsen abstinentes 5 años.

Tabla 2. Medias (DT) y porcentajes para variables de gravedad de la adicción y de recuperación en Autocambiadores Hispanohablantes (AH).

	AH N= 54
Media (DT) duración de la recuperación (años)	5,0 (5,84)
Tipo de recuperación	
% <i>Abstinentes último año</i>	75,9 (41)
% <i>Abstinentes largo plazo</i>	75,9 (41)
Media (DT) sustancias consumidas	3,7 (2,08)
Porcentajes de consumo de sustancias	
% Alcohol	100 (54)
% Tabaco	77,8 (42)
% Cannabis	61,1 (33)
% Cocaína	48,1 (26)
Media (DT) años de uso sustancia principal	16,4 (12,48)
Media (DT) criterios DSM-IV-TR de dependencia antes de la recuperación	4,16 (2,09)
% Sujetos dependientes	77,8 (42)
% Tratamiento problemas psicopatológicos	40,7 (22)

Razones para el cambio y factores relacionados con el mantenimiento de la recuperación.

En la Figura 1 aparecen las principales razones para el cambio referidas por los autocambiadores que participaron en este estudio. Las razones relacionadas con la salud (p.ej., notar síntomas físicos que indicaban que el consumo estaba dañando la salud) y las relacionadas con el autocontrol (p.ej., probarse que no era un adicto) fueron las más referidas por los autocambiadores como motivación para abandonar o reducir el consumo de alcohol u otras drogas. La presión y apoyo familiar no parece tener tanto peso en este grupo de recuperados.

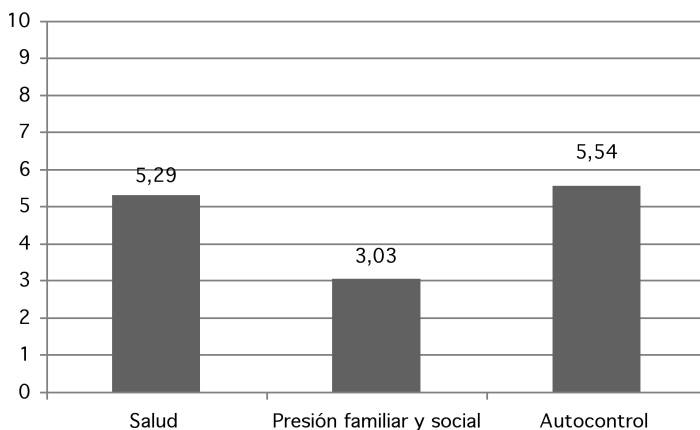


Figura 1. Razones para el cambio.

En cuanto a los factores relacionados con el mantenimiento de la recuperación, las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los participantes (tal y como aparece en la Figura 2) fueron las relacionadas con el pensamiento positivo (p.ej., pensar en cuanto mejor se está sin consumir) con una media de 6,6, seguidas de las relacionadas con el pensamiento negativo (p.ej., pensar en los problemas que les causó el consumo) y las asociadas a las evitación (p. ej., dejar de ir a lugares donde antes consumía) con una medias ambas superiores a 4.

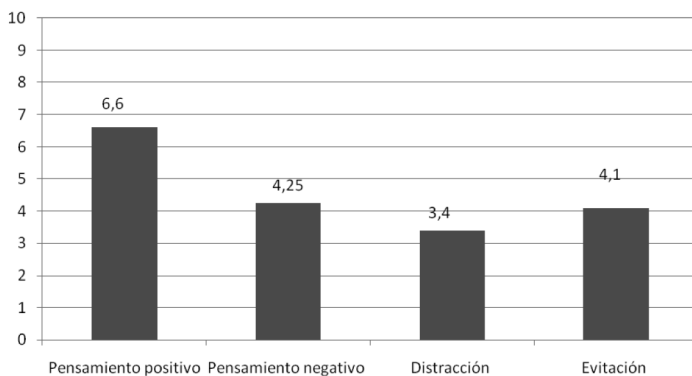


Figura 2. Estrategias de Afrontamiento.

Por último, en la Figura 3 aparecen los factores de mantenimiento más referidos por el los autocambiadores hispanohablantes. Los factores relacionados con las mejoras en el autocontrol (p.ej., mejoras en la “fuerza de voluntad”) fueron los más referidos para el mantenimiento de la recuperación, seguidos por los relacionados con los cambios en el estilo de vida (p.ej., cambio de actividades de ocio), y los relacionados con la salud (p.ej., mejoras en la salud tras reducir o abandonar el consumo).

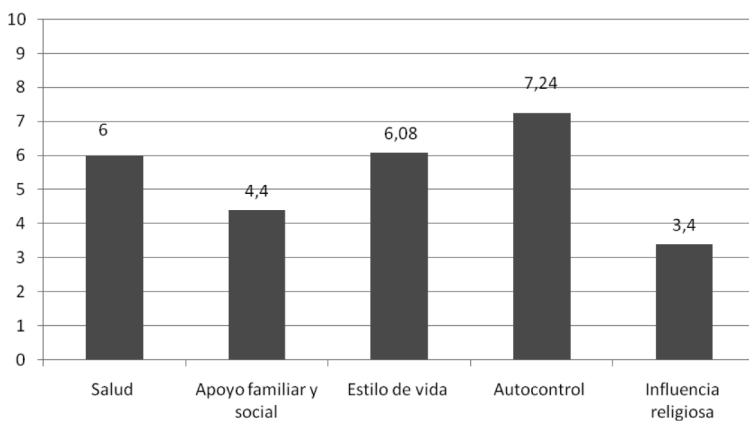


Figura 3. Factores de mantenimiento.

Razones para no solicitar ayuda formal.

El último aspecto evaluado fueron las razones mencionadas por los autocambiadores para no solicitar ayuda formal o grupo de autoayuda que aparecen en la Tabla 3. Las razones más relevantes para no acudir a tratamiento fueron las relacionadas con querer tratar el problema por sí mismos, el sentir que no necesitaban tratamiento para resolver sus problemas adictivos y el temor a la posibilidad de ser etiquetados como alcohólicos o drogodependientes.

Tabla 3. Medias (DT) de razones para no solicitar ayuda formal de los Autocambiadores Hispanohablantes (AH).

	AH
	N= 54
Vergüenza	1,85 (1,43)
Estigmatización o ser etiquetado	2,29 (1,68)
Actitudes hacia tratamientos	1,88 (1,55)
No querer compartir problemas con otros	1,92 (1,45)
Coste económico	1,79 (1,50)
Sentir que no necesitaba tratamiento	3,57 (1,79)
Querer tratar el problema por sí mismo	4,03 (1,58)
No conocer las opciones de tratamiento	1,44 (1,20)

Descripción del Perfil

El perfil medio de los autocambiadores incluidos en este estudio es el siguiente: un hombre de unos 44 años, con trabajo, estudios medios o superiores, no casado, en el pasado tuvo problemas de dependencia del alcohol, sustancia que estuvo consumiendo durante 16 años, y de la que lleva abstinentemente durante los últimos 5 años. Además, ha consumido a lo largo de su vida una media de dos sustancias más, en general, tabaco y cannabis.

El alejamiento de sus familiares y amigos y los problemas maritales podrían haber puesto en marcha su recuperación, motivada, en gran medida, por razones de salud y por recuperar el control sobre su vida.

No habría solicitado ayuda formal porque quería tratar el problema por sí mismo y no creía necesitar tratamiento alguno por considerarlo menos grave. El uso de estrategias de evitación y de pensamiento positivo podría ayudarle a mantenerse abstinentemente además de las mejoras en la salud y en su estilo de vida.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de este artículo era el estudio de las circunstancias y determinantes del proceso de autocambio de las conductas adictivas. El análisis de estas circunstancias y determinantes se ha llevado a cabo mediante el análisis descriptivo de aspectos relacionados con la historia de consumo y de la recuperación y también mediante la elaboración del perfil de la muestra de autocambiadores.

Si se compara el perfil de los autocambiadores hispanohablantes que participaron en esta investigación con el de los autocambiadores que participaron en estudios previos, tal y como aparece en la revisión de Carballo et al. (2007), se encuentra que ambos perfiles son muy similares. En ambos casos, el alcohol es la sustancia de uso principal más frecuente, la edad media se sitúa en torno a los 40 años, la mayoría de los participantes son varones que mantienen la abstinencia durante los últimos 5 años y que en el pasado cumplieron los criterios DSM para la dependencia. Las razones para el cambio, los factores de mantenimiento y las razones para no acudir a tratamiento son las que ya se habían reflejado también en estudios previos.

Las razones referidas por los participantes, como causas del abandono o reducción del consumo, están más relacionadas con problemas de salud y con el autocontrol de su conducta, en detrimento de la presión social como variable que dispara la recuperación. Esto es similar a lo encontrado en estudios previos con autocambiadores no hispanohablantes (Bischof, Rumpf, Hapke, Meyer, & John, 2001; Cunningham, Lin, Ross, & Walsh, 2000; Ellingstad et al., 2006; Tucker, 2001). Parece que la motivación intrínseca tiene más peso en la puesta en marcha de la recuperación que la motivación extrínseca. Esto puede estar motivado por perfiles adictivos menos graves que impliquen un menor número de problemas sociales (p.ej., laborales y legales) asociados al consumo.

En cuanto a los factores que mantienen la recuperación, de nuevo aspectos relacionados con la salud y el autocontrol adquieren gran rele-

vancia entre los autocambiadores que participaron en esta investigación. El apoyo familiar y social también parecen tener efecto sobre el mantenimiento, ya que la mitad de los participantes lo refieren como muy importante en su proceso de recuperación. Las mejoras en los aspectos que motivaron el cambio parecen ser también las más relevantes en el mantenimiento.

Las estrategias de afrontamiento que los autocambiadores refieren para la prevención de recaídas son fundamentalmente cognitivas, ya que las puntuaciones en pensamiento positivo y negativo son más altas que en los factores de estrategias más conductuales, como son la evitación y la distracción. Una posible explicación de este resultado es que las estrategias cognitivas podrían implicar un menor coste de respuesta para los autocambiadores. Los programas de tratamiento, por su parte, suelen incidir más en estrategias de control estimular y de desarrollo de conductas alternativas que implican un mayor esfuerzo y coste de respuesta.

Al igual que en la literatura previa sobre esta temática (Ellingstad et al., 2006; Sobell et al., 1993; Toneatto et al., 1999), las razones para no solicitar ayuda formal están fundamentalmente relacionadas con sentir que su problema no es tan grave como para necesitar tratamiento alguno y porque quieren tratar su problema por sí mismos. El temor a ser etiquetados y la estigmatización asociada a la asistencia a tratamiento o grupo de autoayuda parece influir también en que los participantes de esta investigación abandonasen o redujesen su consumo por sí mismos.

En líneas generales, parece que el perfil de los autocambiadores hispanohablantes es similar al que se han descrito en los estudios previos sobre recuperación natural en población no hispanohablantes de diferentes países (Carballo et al., 2007; Sobell et al., 2000).

En relación a esta similitud de perfiles, en un estudio del año 2003, se realizó una clasificación de autocambiadores de la adicción al alcohol en tres grupos en función del patrón de gravedad de la adicción y del apoyo social recibido, mediante un análisis de clúster (Bischof, Rumpf, Hapke, Meyer, & John, 2003). En el primer grupo de autocambiadores se incluyeron aquellos autocambiadores que referían baja gravedad de los problemas con el alcohol y bajo apoyo social para el mantenimiento de la recuperación. El segundo grupo incluía a los autocambiadores que referían altas tasas de gravedad de la adicción al alcohol y mucho apoyo social implicado en el cambio de hábitos. Por último, en el tercer grupo se situaron los autocambiadores que referían un patrón adictivo leve pero acompañado en este caso de mucho apoyo social para el cambio y

el mantenimiento de la recuperación. El perfil de los autocambiadores hispanohablantes que participaron en esta investigación parece ajustarse al segundo grupo de recuperación natural propuesto en el estudio de Bischof et al. (2003), ya que:

a) El porcentaje de dependientes es muy elevado, cercano al 70%, además es frecuente el policonsumo de sustancias y el número de años que estuvieron consumiendo la sustancia principal también es alto (16 años de media). En definitiva, la gravedad de la conducta adictiva en los autocambiadores de este estudio es notable. b) El nivel de apoyo social que refieren los autocambiadores de esta investigación podría considerarse medio, puesto que el 50% de los casos refirieron haber recibido apoyo para el mantenimiento de la recuperación.

En conclusión, y a la espera de estudios con muestras más amplias de hispanohablantes, podría decirse que las características y los determinantes que definen a los autocambiadores incluidos en este estudio son muy similares a los que los investigadores que trabajan en el campo de la recuperación natural de las conductas adictivas han encontrado en investigaciones previas, en otros países y culturas. Quizás el proceso de autocambio sea similar en líneas generales a lo largo de las distintas culturas con pequeñas variaciones en aspectos como los patrones de consumo (p. ej., uso del alcohol en culturas típicamente vitivinícolas como la española frente a culturas anglosajonas donde el uso de cerveza y licores podría ser más frecuente) o la frecuencia con la que aparece en cada una de ellas.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido financiado por el proyecto de investigación MCYT-03-BSO- 00732 (Ministerio de Ciencia y Tecnología), que además cuenta con una Beca Predoctoral para la formación de personal investigador (FPI). Referencia BES-2004-6693 (Ministerio de Educación y Ciencia).

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR (Text Revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Babor, T. F., Grant, M., Acuda, W., Burns, F. H., Campillo, C., Del Boca, F. K., et al. (1994). A randomized clinical trial of brief interventions in primary care: summary of a WHO project. *Addiction*, 89(6), 657-660.
- Bedregal, L. E., Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Simco, E. (2006). Psychometric characteristics of a Spanish version of the DAST-10 and the RAGS. *Addictive Behaviors*, 31(2), 309-319.
- Bischof, G., Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C., & John, U. (2000). Gender differences in natural recovery from alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(6), 783-786.
- Bischof, G., Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C., & John, U. (2001). Factors influencing remission from alcohol dependence without formal help in a representative population sample. *Addiction*, 96(9), 1327-1336.
- Bischof, G., Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C., & John, U. (2003). Types of natural recovery from alcohol dependence: A cluster analytic approach. *Addiction*, 98(12), 1737-1746.
- Blomqvist, J. (1999). Treated and untreated recovery from alcohol misuse: environmental influences and perceived reasons for change. *Substance Use & Misuse*, 34(10), 1371-1406.
- Canino, G., Bravo, M., Ramirez, R., Febo, V. E., Rubio-Stipec, M., Fernandez, R. L., et al. (1999). The Spanish Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS): reliability and concordance with clinical diagnoses in a Hispanic population. *Journal on Studies of Alcohol*, 60(6), 790-799.
- Carballo Crespo, J. L., Secades Villa, R., Fernández Hermida, J. R., García Rodríguez, O., & Sobell, L. C. (2005). Recuperación de los problemas de juego patológico con y sin tratamiento. *Salud y Drogas*, 4, 61-78.
- Carballo, J. L. (2007). *La recuperación natural de la adicción al alcohol y otras sustancias*. Universidad de Oviedo, Oviedo.
- Carballo, J. L., Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R., Sobell, L., Dum, M., & García-Rodríguez, O. (2007). Natural recovery from alcohol and drug problems: A methodological review of the literature from 1999 through 2005. In H. Klingemann & L. Sobell (Eds.), *Promoting self-change from problem substance use: Practical implications for policy, prevention, and treatment*. London: Springer Verlag.

- Carballo, J. L., Fernández-Hermida, J. R., Sobell, L. C., Dum, M., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., et al. (2008). Differences among substance abusers in Spain who recovered with treatment or on their own. *Addictive Behaviors*, 33, 94-105.
- Cunningham, J. A. (1999). Untreated remissions from drug use: the predominant pathway. *Addictive Behaviors*, 24(2), 267-270.
- Cunningham, J. A., Lin, E., Ross, H. E., & Walsh, W. E. (2000). Factors associated with untreated remissions from alcohol abuse or dependence. *Addictive Behaviors*, 25(2), 317-321.
- Curry, S. J., Grothaus, L., & McBride, C. (1997). Reasons for quitting: intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation in a population-based sample of smokers. *Addictive Behaviors*, 22(6), 727-739.
- Curry, S. J., Wagner, E. H., & Grothaus, L. C. (1990). Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 310-316.
- Curry, S. J., Wagner, E. H., & Grothaus, L. C. (1991). Evaluation of intrinsic and extrinsic motivation interventions with a self-help smoking cessation program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(318-324).
- Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., Chou, P. S., Huang, B., & Ruan, W. J. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction*, 100(3), 281-292.
- Ellingstad, T. P., Sobell, L. C., Sobell, M. B., Eickelberry, L., & Golden, C. J. (2006). Self-change: A pathway to cannabis abuse resolution. *Addict Behav*, 31(3), 519-530.
- García González, R., & Alonso Suárez, M. (2002). Evaluación en programas de prevención de recaída: adaptación española del Inventario de Habilidades de Afrontamiento (CBI) de Litman en dependientes del alcohol. *Adiciones*, 14(4), 455-463.
- Grant, B. F., Harford, T. C., Dawson, D. A., Chou, P. S., & Pickering, R. P. (1995). The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview schedule (AUDADIS): reliability of alcohol and drug modules in a general population sample. *Drug Alcohol Depend*, 39(1), 37-44.
- Hasin, D., & Grant, B. (1995). AA and other help seeking for alcohol problems: Former drinkers in the U.S. general population. *Journal of Substance Abuse*, 7, 281-292.
- Hodgins, D. C., & el-Guebaly, N. (2000). Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: a comparison of resolved and active gamblers. *Addiction*, 95(5), 777-789.

- King, M. P., & Tucker, J. A. (2000). Behavior change patterns and strategies distinguishing moderation drinking and abstinence during the natural resolution of alcohol problems without treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(1), 48-55.
- Klingemann, H., & Sobell, L. C. (2007). *Promoting self-change from addictive behaviors: Practical implications for policy, prevention, and treatment*. New York: Springer.
- Klingemann, H., Sobell, L. C., Barker, J., Blomqvist, J., Cloud, W., Ellingstad, T. P., et al. (2001). *Promoting self-change from problem substance use: practical implications for policy, prevention and treatment*. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheim, A. N., & Peleg, M. (1983). An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics: implications for relapse prevention treatment. *British Journal of Addictions*, 78(3), 269-276.
- Room, R., Janca, A., Bennett, L. A., Schmidt, L., & Sartorius, N. (1996). WHO cross-cultural applicability research on diagnosis and assessment of substance use disorders: an overview of methods and selected results. *Addiction*, 91(2), 199-220.
- Sobell, L. C., Cunningham, J. A., & Sobell, M. B. (1996). Recovery from alcohol problems with and without treatment: Prevalence in two population surveys. *American Journal of Public Health*, 86(7), 966-972.
- Sobell, L. C., Ellingstad, T. P., & Sobell, M. B. (2000). Natural recovery from alcohol and drug problems: Methodological review of the research with suggestions for future directions. *Addiction*, 95(5), 749-764.
- Sobell, L. C., Klingemann, H. K., Toneatto, T., Sobell, M. B., Agrawal, S., & Leo, G. I. (2001). Alcohol and drug abusers' perceived reasons for self-change in Canada and Switzerland: computer-assisted content analysis. *Substance Use & Misuse*, 36(11), 1467-1500.
- Sobell, L. C., Kwan, E., & Sobell, M. B. (1995). Reliability of a Drug History Questionnaire (DHQ). *Addictive Behaviors*, 20, 233-341.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Toneatto, T. (1992). Recovery from alcohol problems without treatment. In N. Heather, W. R. Miller & J. Greeley (Eds.), *Self-control and the Addictive Behaviours*. New York: Maxwell MacMillan.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., Toneatto, T., & Leo, G. I. (1993). What triggers the resolution of alcohol problems without treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17(2), 217-224.
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1995). Controlled drinking after 25 years: How important was the great debate? *Addiction*, 90, 1149-1153.

- Toneatto, T., Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Rubel, E. (1999). Natural recovery from cocaine dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13(4), 259-268.
- Tucker, J. A. (2001). Resolving problems associated with alcohol and drug misuse: Understanding relations between addictive behavior change and the use of services. *Substance Use & Misuse*, 36(11), 1501-1518.
- Waldorf, D., Reinarman, C., & Murphy, S. (1991). *Cocaine Changers: The Experience of Using and Quitting*. Philadelphia, PA: Temple University.
- World Health Organization. (1998). *Mental Disorders in Primary Care*. Geneva: World Health Organization.

AUTOEFICACIA, ESFUERZO Y EXPECTATIVAS DE CONTROL EN LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES VIH+ EN UN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA

Lucía Ladero Martín¹, Santos Orejudo Hernández²,
José A. Carrolles Isabel³

¹Centro de Atención Integral a Drogodependencias de Torrejón de Ardoz. Madrid (España). ²Universidad de Zaragoza (España). ³Univesidad Autónoma de Madrid (España)

(Recibido: 13/10/2008 / Aceptado: 12/11/2008)

RESUMEN

La adhesión al tratamiento antirretroviral es un factor a considerar en el control del VIH/SIDA. El presente estudio longitudinal tiene como objetivo la exploración de la relación existente entre la adhesión al régimen de tratamiento VIH/SIDA y las variables autoeficacia, esfuerzo y expectativas de control en una muestra de población drogodependiente en programa de metadona. A través de un cuestionario y con un intervalo anual se estudió la evolución de 100 pacientes VIH+. Los participantes se clasificaron en cuatro grupos: adherentes, no adherentes, los que abandonan o inician el tratamiento, según intervalos temporales en los que se recogió la información (día, semana, mes anterior). Se analizaron

Correspondencia

Santos Orejudo Hernández
Facultad de Educación – Universidad de Zaragoza
C/ San Juan Bosco, 7
50009 – Zaragoza
sorejudo@unizar.es

las relaciones que presentaban con las variables estudiadas encontrándose diferencias en las mismas entre los cuatro grupos. La autoeficacia, el esfuerzo y las expectativas de control se asociaron al inicio, al mantenimiento, a la no adhesión y al abandono del régimen de tratamiento.

Palabras clave: Adhesión, TARGA, autoeficacia, esfuerzo, expectativas de control, drogodependientes, programa de mantenimiento con metadona.

ABSTRACT

The adherence to treatment regimens to Highly Active Antiretroviral Therapies (HAART) is the problem for the success of the viral infection. In this longitudinal study was to explore the relationship of IDUs between adherence to HAART by self-efficacy, effort and control expectancy a sample of 100 HIV+ patients on a methadone maintenance program in Madrid (Spain). They were elicited using a structured, interviewer-administered questionnaire and they were followed for one year. We have split up the sample with the rigorous adherence criteria (>85% pill intake) and we were been a analysed the relation the adherence to HAART over time with these variables. We describe the following 4 research team: the patients was continued, was refused, was started and the patients was the treatment failure. The results considering that detected significant relations between these variables and the adherence to HAART in the start, continuation, refuse and to medical treatment failure.

Key Words: Adherence, HAART, self-efficacy, effort, control expectancy, drug addict, methadone maintenance program.

INTRODUCCIÓN

Desde que en 1996 aparecieron los primeros tratamientos antirretrovirales para la infección VIH/SIDA (TARGA- Terapia Antirretroviral de Gran Actividad) son muchos los avances conseguidos en el control de esta enfermedad hasta el punto de ser considerada con un estatus crónico (Nischal, Khopkar y Saple, 2005).

En el mundo Occidental los agentes de salud nos enfrentamos a un problema de gran magnitud como es el abandono del régimen de tratamiento antirretroviral por parte de los pacientes VIH+, todo ello a pesar de los muchos esfuerzos realizados por las industrias farmacéuticas para

conseguir la reducción del número de fármacos y la disminución de su toxicidad. La falta de adhesión a la TARGA supone la principal amenaza para el fracaso terapéutico de esta enfermedad. Algunos autores hablan de que por debajo del 95% de la toma de las dosis prescrita existe riesgo de aumento de la carga viral y de la disminución del número de Linfocitos T4 con la consiguiente aparición de cepas resistentes (Vlahov y Celentano, 2006).

La gran variabilidad y complejidad de la adhesión hace difícil conseguir evaluar los factores que influyen en este comportamiento, por lo que también resulta dificultoso el implementar programas de intervención que ayuden a mejorarla. En otras enfermedades, como por ejemplo la esquizofrenia, se han estudiado las variables que influyen en la adhesión al régimen de tratamiento y se ha encontrado que los factores a considerar son los mismos que para la adhesión a la TARGA (Hudson et al., 2004) lo que ayuda a orientar, en alguna medida, las intervenciones a desarrollar con las diferentes poblaciones.

Según las fuentes consultadas se podría hablar de cuatro tipos de factores que influyen en la adhesión: a) factores referidos al régimen terapéutico, b) aspectos psicosociales del paciente, c) referidos a la enfermedad de que se trate y d) interacción con el profesional sanitario (Rodríguez Marín, 1995).

Distintos autores han constatado la importancia de variables sociales como el nivel cultural (Reynolds et al., 2004), la edad (Goodkin et al., 2004), el estar empleado (Carballo et al., 2004), no vivir solo, el encarcelamiento (Kerr et al., 2005) con la adhesión a la TARGA en pacientes infectados por VIH/SIDA. También se han encontrado relaciones entre variables psicológicas como la depresión, la ansiedad y el estrés y la adhesión al tratamiento antirretroviral, comprobando que cuando se tratan los trastornos mentales, además de sus problemas de adicción a drogas, su adhesión a la TARGA se ve aumentada (Podymow, Turnbull, Tadic y Muckle, 2006; Pence, Millar, Gaynes y Eron, 2007).

La población drogodependiente, objeto de nuestro estudio, parece que es la que presenta niveles de adhesión más bajos a la TARGA debido quizá a sus características: consumo de drogas, problemas sociales, trastornos mentales, dificultades de acceso a recursos, etc. De entre las variables explicativas de la falta de adhesión a la TARGA en esta población el consumo de drogas es la que se erige como una de las barreras más claras para conseguir dicha adhesión (Battaglioli-DeNero, 2007; Hinkin et al, 2007). El tratamiento con sustitutivos opiáceos, como la metadona,

ha contribuido a mejorar la supervivencia de la población adicta a drogas por vía parenteral, aunque su efecto protector más que por el efecto propiamente farmacológico esté basado en la posibilidad que brinda de reducir daños (Esteban, Gimeno, Barril, De la Cruz, 2004) además de contribuir junto a otros factores como son la organización y la estrategia del tratamiento a aumentar la retención de los pacientes (Camacho, Gimeno, Linares, Gimeno, 2003).

Otra de las variables exploradas en la adhesión a los tratamientos es la autoeficacia. Los resultados encontrados en estudios que indagan acerca de la relación entre autoeficacia y la adhesión al régimen de tratamiento antirretroviral avalan dicha relación, aunque los autores no siempre coinciden en la capacidad predictiva de esta variable (Johnson et al., 2006; Kerr et al., 2005). Se han encontrado algunas variables psicosociales como la ansiedad, el apoyo social percibido o la frecuencia de asistencia al centro de tratamiento que se han considerado como predictoras de la autoeficacia y a través de ésta podían influir en la adhesión al régimen de tratamiento antirretroviral (Ladero, Orejudo, Carrobles, 2005).

En la literatura revisada existen numerosos estudios que investigan la influencia de la autoeficacia en conductas como la abstinencia a drogas (Hser, 2007; Davis y Jasón, 2005), considerándola en algunos de ellos como una variable predictora del éxito de los tratamientos, junto a otras variables como el apoyo social (McKellar, Harris y Moods, 2006; Montoya, 1998). También se ha investigado la influencia de esta variable en la adhesión a regímenes complejos de tratamiento en enfermedades como hipertensión (García-Pavia et al., 2007) o diabetes. En los estudios que evalúan las relaciones entre la adhesión en esta última y la autoeficacia encuentran que el grupo que recibe una información exhaustiva acerca de la autoadministración de la insulina además de una buena preparación, consiguen un mejor nivel de autoeficacia para el tratamiento y ven reducidos a su vez, los niveles de depresión y ansiedad, mientras que el grupo que solo recibe información presenta un nivel de autoeficacia menor y por tanto una menor adhesión (Matteucci y Giampietro, 2003). Así, y al igual que ocurre en otros campos como por ejemplo en la ansiedad social (Orejudo, Nuño, Fernández, Ramos y Herrero, 2006), parece que la autoeficacia guarda relación con la conducta y que a su vez es un buen mediador de otras variables que inciden en la misma.

Si bien abundan los estudios sobre la relación entre autoeficacia y adhesión a la TARGA con un diseño transversal, no ocurre lo mismo con los estudios de diseño longitudinal. Por ello, el objetivo principal de este

trabajo consiste en aportar un análisis evolutivo de las relaciones entre la autoeficacia y la adhesión a la TARGA en una población drogodependiente que se encuentra en tratamiento con metadona con el fin último de conseguir un mayor acceso a los tratamientos antirretrovirales por parte de esta población, así como una mejor adhesión a los mismos.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Los participantes se seleccionaron en dos Centros de Atención Integral a Drogodependencias (CAID) de la Comunidad de Madrid. De los 250 pacientes del programa de mantenimiento con metadona del centro de Torrejón de Ardoz, se seleccionaron aquellos 83 que cumplían con los criterios de inclusión en la investigación (ser mayores de 18 años, portadores de VIH y tener una prescripción facultativa de antirretrovirales) y ninguna de las condiciones de exclusión (no aceptar el consentimiento informado, no presentarse físicamente a la cita con el investigador, encontrarse durante el periodo de recogida de datos hospitalizado, encamado o preso). La muestra se completó con otros 17 participantes pertenecientes al CAID de San Blas que cumplían con los criterios señalados anteriormente, y que fueron seleccionados aleatoriamente entrando a formar parte de la muestra aquellos que mostraban su consentimiento según pasaban a recoger las dosis de metadona el día elegido. Del total de participantes (N=100), la mayoría eran hombres (80%) de bajo nivel socioeconómico (71%) y con una media de edad de 37,01 años, quedando todas las edades comprendidas entre 20-49 años.

La política de los programas de mantenimiento con metadona de ambos centros es de bajo umbral, no exigiéndose la abstinencia como condición necesaria para la permanencia en el mismo. Los programas funcionan desde 1995, por lo que hay personas que pueden estar en el mismo desde esta fecha. Se facilita la normalización de los pacientes con dosis para casa (semanales y tres veces por semana) quedando la recogida diaria únicamente para aquellos que se inician en el programa. A los pacientes se les oferta la posibilidad de recoger sus dosis en distintos puntos de dispensación: en el CAID, en el Metabús (servicio móvil de dispensación de metadona de la CAM) o en algunas farmacias concertadas.

Todos los pacientes hacen entre uno y dos controles toxicológicos por semana, penalizándose la falta de asistencia a los mismos con pérdidas

temporales de las dosis para casa. El equipo básico de tratamiento está compuesto por un médico, un trabajador social y un psicólogo. Se presta especial atención al estado de salud de los pacientes infectados por VIH+, por lo que se incluye una intervención psicoeducativa específica para ellos.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Las variables que se han incluido en este estudio han sido las variables de adhesión a la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) y distintas escalas que evalúan la autoeficacia y otros constructos relacionados. Más concretamente, las variables incluidas han sido las siguientes:

- **Adherencia a la terapia antirretroviral**, evaluada con un autoinforme que incluye datos sobre la toma de los fármacos tres momentos temporales distintos: ayer, la última semana y el último mes. Los valores inicialmente adoptados iban desde un cumplimiento perfecto, toma perfecta de todas las pastillas (del día anterior, de la semana o del mes), a incumplimiento total con algunos grados intermedios. No obstante, el tratamiento de la variable fue dicotómico, por lo que se consideraron como adherentes a aquellos participantes que cumplían perfectamente con toda la medicación y dado el carácter longitudinal del estudio, diferenciamos distintos niveles de adhesión, a partir de la evolución ocurrida con la misma. Así, generamos cuatro grupos de participantes: pacientes adherentes que lo siguieron siendo al año de seguimiento, pacientes adherentes que abandonaron el tratamiento, pacientes inicialmente no adherentes que iniciaron terapia antirretroviral y aquellos que siguieron todo el año sin tomar la medicación. Dado el grado de concordancia entre el indicador de la semana y del día anterior, para simplificar la exposición de resultados nos remitiremos únicamente a la adherencia semanal y del mes anterior.
- **Autoeficacia y Esfuerzo para la TARGA**. La primera definida como la percepción de la capacidad para seguir con el tratamiento antirretroviral (autoeficacia). Evaluada con una escala tipo likert de (1) "Mucho" a (5) "Nada". Esta escala ha sido usada en otros estudios sobre adhesión (Remor et al., 2001). Un indicador adicional inverso se obtiene al preguntar con el mismo procedimiento por el grado de *esfuerzo* que supone el tratamiento.
- También se ha incluido el Cuestionario de percepción de control BEEGC-20. (Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control; Palenzuela, 1994) que mide diferentes tipos de expectativas.

Se trata de una escala con 20 ítems que mide cuatro tipos de expectativas y que incluye cinco puntuaciones diferentes fruto de la suma de cuatro ítems en cada caso. Las dos primeras son las expectativas de éxito y de locus de control (LOC) derivadas de la teoría del aprendizaje social de Rotter (1966), que por su naturaleza multidimensional se evalúan con tres escalas: *expectativa de contingencia o internalidad* ($\alpha=.807$ en la primera recogida y $\alpha=.938$ en la segunda recogida), *expectativa de no contingencia o Indefensión* ($\alpha=.722$ y $\alpha=.809$, respectivamente) y *creencia en la Suerte* ($\alpha=.863$ y $\alpha=.884$). También mide la expectativa de indefensión, derivada de la teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1975) mediante la *escala de Éxito* ($\alpha=.855$ y $\alpha=.924$) y la expectativa de autoeficacia (escala de autoeficacia, $\alpha=.726$ y $\alpha=.846$), derivada de la teoría cognitivo social de Bandura (1977). La escala es tipo likert con opciones que van desde “totalmente en desacuerdo” (0) a “totalmente de acuerdo” (9). La puntuación final se obtiene sumando las puntuaciones directas de las diferentes subescalas (Palenzuela, Almeida, Prieto y Barros, 1994).

PROCEDIMIENTO

Para la realización del estudio se tomó el listado de todos los usuarios que estaban en el programa de mantenimiento con metadona y se seleccionaron aquellos que fueran VIH+; Se consultaba la historia clínica para comprobar que en algún momento de su tratamiento con metadona en el CAID habían iniciado algún periodo de TARGA, independientemente de que continuaran con él o no. Una vez recogidos estos datos se les citaba con el entrevistador y se les explicaban las características del estudio invitándoles a participar en él. Todos debían firmar el consentimiento informado y en el transcurso de esta misma cita se les pasaba el cuestionario de evaluación diseñado ad hoc para esta investigación. Las pruebas eran administradas por el entrevistador de modo que se acertara el tiempo y que no cansara a los participantes. Las pruebas duraban entre 15 y 20 minutos. La recogida de datos se hizo entre los meses de Abril, Mayo y Junio y se volvieron a recoger en los mismos meses del año siguiente.

RESULTADOS

De los 100 participantes en el estudio, la mayor parte de ellos había tomado la medicación antirretroviral en la semana anterior a la evalua-

ción, tanto en la primera toma de datos (60%), como en la segunda un año después (63.5%). Aunque en el indicador mensual, el porcentaje de participantes adherentes es menor que en el semanal, aún siguen manteniendo buenos niveles de adhesión, tanto en la primera recogida de datos (44%), como en la segunda (51.8%).

Analizando pormenorizadamente los cambios experimentados por los participantes en el transcurso del año en su adhesión (tabla 1), se observa que casi la mitad de los mismos continuaban tomando su medicación antirretroviral de forma correcta la semana anterior (47%) y el mes anterior (34.9%) a ser evaluados. Los participantes que continúan sin tomar la medicación en la semana anterior (19.3%) y, sobre todo en el mes anterior (36.1%), suponen también un porcentaje importante.

Un número menor sufre modificaciones en su adhesión, siendo los porcentajes de los que hacen un cambio positivo (15.7% para la adhesión semanal y 16.9% para la mensual) ligeramente superior a los que abandonan el tratamiento (18% para la adhesión semanal y 12% para la mensual) (tabla 1).

Tabla 1. Frecuencias de adhesión y evolución entre el primer y el segundo momento de recogida de datos.

	Adhesión al tratamiento antirretroviral			
	Momento 1	Momento 2		
Semana	60 (60.0%)	54 (63.5%)		
Mes	44 (44.0%)	44 (51.8%)		
	Cambios en adhesión			
	Cambio negativo, abandona el tratamiento	Sigue mal, sin tratamiento	Cambio positivo, inicia tratamiento	Sigue bien, adherente
Semana	15 (18%)	16 (19.3%)	13 (15.7%)	39 (47%)
Mes	10 (12%)	30 (36.1%)	14 (16.9%)	29 (34.9%)

Se observan diferencias entre los grupos definidos por su condición de adherencia en el primer momento de evaluación. En concreto, con relación a los grupos definidos a partir de la adherencia, vemos que se dan diferencias tanto en la autoeficacia percibida para seguir el tratamiento (Chi-Cuadrado basado en Kruskal-Wallis=51.994, $p<.000$ en los grupos de adherencia semanal, Kruskal-Wallis=35.303, $p<.001$ en adherencia mensual), en el esfuerzo que éste les supone (Kruskal-Wallis=39.524, $p<.000$ para la adherencia semanal y Kruskal-Wallis=32.379, $p<.000$ para la mensual), en las expectativas de éxito (Kruskal-Wallis=8.731, $p=.033$ y Kruskal-Wallis=96.26, $p=.022$) y en la percepción de contingencia (Kruskal-Wallis=10.736, $p=.013$) e indefensión. (Kruskal-Wallis=8.647, $p=.034$). Aunque, en las dos últimas variables únicamente presentaron diferencias en la adhesión semanal. No se encuentran diferencias en ninguna de las dos condiciones de adherencia en dos de las escalas del cuestionario de percepción de control, en la de autoeficacia y en la de contingencia.

Las comparaciones por pares (U de Mann-Whitney) atendiendo a adherencia semanal muestran que en todos los casos los grupos que siguen sin ser adherentes presentan puntuaciones diferentes a los que siguen adherentes ($p<.05$), salvo en el caso de la puntuación de BEEG-Suerte en la que no se encuentran diferencias.

Por su parte, los que hacen un cambio negativo, es decir son adherentes en el momento de tomar la medida, no se diferencian en ninguna puntuación de los que seguirán adherentes todo el año.

Sin embargo, sí aparecen diferencias entre los que seguirán mal todo el año y los que estando mal, harán un cambio positivo, en concreto los segundos presentan una mayor expectativa de éxito ($p=.012$, rango promedio= 19.38 vs. 11.44), mayor expectativa de contingencia ($p=.005$, rango promedio=19.96 vs. 19.96) y menor indefensión ($p=.011$, rango promedio=10.54 vs. 18.63).

Por su parte, los que hacen un cambio positivo frente a los que siguen bien todo el año, son menos capaces de seguir el tratamiento ($p=.000$, 10.77 vs. 31.74) y señalan mayor esfuerzo para hacerlo ($p=.000$, 40.42 vs. 21.86).

También se encuentran algunas diferencias entre los que hacen un cambio negativo de los que siguen mal, siendo en el momento inicial los primeros más capaces de seguir un tratamiento ($p=.000$, rango promedio=22.90 vs. 9.53), presentando más expectativas de éxito ($p=.038$, 10.54 vs. 18.63), más percepción de contingencia ($p=.019$, 19.93 vs. 12.31) y menor percepción de esfuerzo para seguir el tratamiento ($p=.000$, 22.50 vs. 9.07).

Por otra parte, los que hacen un cambio negativo frente a los que hacen un cambio positivo se muestran inicialmente más capaces de seguir el tratamiento ($p=.000$, 19.33 vs. 8.92) y con menor esfuerzo para hacerlo ($p=.001$, 9.90 vs. 19.81).

Cuando tomamos como factor la adherencia mensual, vemos que las diferencias entre los grupos se encuentran básicamente en la percepción de autoeficacia, de esfuerzo para el tratamiento y en las expectativas de éxito. Las comparaciones por pares muestran diferencias en las tres variables entre los sujetos que siguen bien y los que siguen mal, a favor de los primeros en los tres casos, y también en la percepción de contingencia.

En este caso, tampoco se encuentran diferencias entre los que siguen bien todo el año de aquellos que harán un cambio negativo, es decir, que inicialmente eran también adherentes.

Como en el caso anterior, se dan diferencias entre los que siguen mal y los que harán un cambio positivo, presentando estos últimos más expectativas de éxito ($p=.027$, 28.75 vs. 19.58) y menor indefensión ($p=.027$, 28.75 vs. 19.58).

Los que hacen un cambio positivo frente a los que siguen bien todo el año se diferencian por mostrar en el momento inicial una menor capacidad percibida para hacer el tratamiento ($p=.000$, 11.89 vs. 26.88) y un mayor esfuerzo para seguirlo ($p=.000$, 30.75 vs. 17.78).

Por su parte, los que siguen mal frente a los que hacen un cambio negativo se diferencian en su menor capacidad percibida para el tratamiento ($p=.003$, 17.43 vs. 29.70), en su menor expectativa de éxito ($p=.036$, 18.28 vs. 27.15) y menor expectativa de contingencia ($p=.043$, 18.33 vs. 27.00) y por su mayor esfuerzo percibido para seguir el tratamiento ($p=.001$, 23.77 vs. 10.70).

Por último, los que hacen un cambio positivo frente a los que hacen un cambio negativo únicamente difieren en su menor capacidad percibida para hacer el tratamiento ($p=.007$, 9.43 vs. 16.80).

Las tablas 2 a 5 recogen las comparaciones entre los dos momentos de medida para cada uno de los cuatro grupos de adherencia semanal y mensual considerados. En el caso de aquellos participantes que mantienen su adherencia en este tiempo, podemos comprobar además que con el paso del tiempo han disminuido su creencia general en la suerte y su percepción general de indefensión, tanto en el grupo definido a partir de la adherencia mensual como de la semanal (tabla 2). Además, en el caso de la adherencia semanal se comprueba una reducción significativa en el esfuerzo percibido para mantener el tratamiento.

Curiosamente, el grupo de los que siguen sin tomar la medicación también ha disminuido su percepción de indefensión (tabla 3), que como ya hemos comentado, era claramente superior a los del grupo que seguían bien. Algo parecido ocurre con la percepción de contingencia, que se incrementa en este intervalo temporal y se equipara a los grupos que han hecho bien el tratamiento durante este año.

Tabla 2. Medias pre-post en el grupo que sigue bien

	Semana (n=39)					Mes (n=29)				
	Pre		Post		Z	Pre		Post		Z
	M	S.D.	M	S.D.		M	S.D.	M	S.D.	
Autoeficacia tratamiento	4.87	0.41	4.92	0.26	-0.632	4.96	0.18	4.93	0.22	-1.802
Esfuerzo tratamiento	1.71	1.12	1.25	0.54	-2.440*	1.48	1.05	1.13	0.35	-0.577
BEGG-Autoeficacia	22.5	6.27	23.5	6.36	-1.576	22.8	5.88	23.0	6.52	-0.796
BEGG-Expectativas éxito	28.9	6.19	28.4	6.73	-0.063	29.6	4.89	29.0	5.95	-0.122
BEGG-Contingencia	30.4	4.93	31.8	4.10	-1.761	30.6	4.77	32.0	3.66	-1.509
BEGG- Suerte	20.2	6.87	16.8	7.57	-2.516*	19.8	7.13	16.1	7.96	-2.566**
BEGG-Indefensión	19.5	6.74	16.3	7.13	-2.637**	19.8	6.94	15.5	7.06	-3.158**

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

Z basada en la prueba de Wilcoxon de comparación de muestras relacionadas.

Tabla 3. Medias pre-post en el grupo que sigue mal

	Semana (n=16)					Mes (n=30)				
	Pre		Post		Z	Pre		Post		Z
	M	S.D.	M	S.D.		M	S.D.	M	S.D.	
Autoeficacia tratamiento	2.25	1.34	1.81	1.16	-1.086	3.03	1.65	2.73	1.61	-0.817
Esfuerzo tratamiento	4.50	1.09	4.87	.500	-1.089	3.80	1.54	4.23	1.22	-1.144
BEGG-Autoeficacia	18.1	7.48	20.7	8.30	-1.337	20.1	7.04	20.9	7.42	-0.969
BEGG-Expectativas éxito	23.2	7.68	24.3	9.63	-0.711	24.9	7.39	25.8	8.57	-0.949
BEGG-Contingencia	24.3	7.84	30.4	6.06	-2.688**	27.2	6.81	31.5	5.29	-3.161**
BEGG- Suerte	20.5	6.58	18.1	7.89	-1.035	20.3	6.03	18.8	7.20	-1.039
BEGG-Indefensión	25.0	6.66	19.0	7.59	-2.616**	23.5	7.13	18.4	6.99	-3.238***

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

Z basada en la prueba de Wilcoxon de comparación de muestras relacionadas.

Por lo que respecta a los que hacen un cambio positivo, su evolución más significativa se da en que su eficacia percibida para hacer el tratamiento se ve aumentada y disminuye el esfuerzo que éste les supone (tabla 4), aproximando sus puntuaciones a los valores máximos y mínimos de la escala con valores similares a los del grupo que fue adherente todo el año. Además, en el caso del grupo de adherencia mensual se produce un incremento general en su percepción de autoeficacia evaluada a través del BEEGC-20.

Por el contrario, los que hacen un cambio negativo tienen una evolución inversa a la mostrada por los que hicieron un cambio negativo. De manera estadísticamente significativa disminuyen su percepción de autoeficacia para seguir el tratamiento y se acercan a valores próximos a los que siguieron mal todo el año (tabla 5). Además, en el caso de los adherentes semanales, se produce un incremento notable en el esfuerzo percibido para seguir el tratamiento, similar al de los no adherentes. Curiosamente, este mismo grupo disminuye su percepción general de control de los acontecimientos relacionados con la suerte.

Tabla 4. Medias pre-post en el grupo que hace un cambio positivo

	Semana (n=13)					Mes (n=14)				
	Pre		Post		Z	Pre		Post		Z
	M	S.D.	M	S.D.		M	S.D.	M	S.D.	
Autoeficacia tratamiento	2.61	1.50	4.84	0.37	-2.953**	3.35	1.44	5.00	0.00	-2.821**
Esfuerzo tratamiento	4.00	1.47	1.84	1.06	-2.850**	3.07	1.49	1.28	.611	-2.958**
BEGG-Autoeficacia	22.6	3.90	24.2	6.88	-1.495	22.5	6.50	25.7	7.26	-2.135*
BEGG-Expectativas éxito	30.2	4.76	29.6	5.97	-0.102	29.8	6.45	29.1	7.66	-0.409
BEGG-Contingencia	32.0	4.16	33.3	4.00	-1.080	30.8	5.41	31.2	5.22	-0.297
BEGG- Suerte	17.6	9.01	19.0	9.40	-0.270	19.7	9.42	18.8	8.00	-0.490
BEGG-Indefensión	17.7	7.71	17.0	6.99	-0.472	17.4	7.92	19.5	6.72	-1.808

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Z basada en la prueba de Wilcoxon de comparación de muestras relacionadas.

Tabla 5. Medias pre-post en el grupo que hace un cambio negativo

	Semana (n=15)					Mes (n=10)				
	Pre		Post		Z	Pre		Post		Z
	M	S.D.	M	S.D.		M	S.D.	M	S.D.	
Autoeficacia tratamiento	4.67	0.61	2.80	1.78	-2.615**	4.80	.421	3.10	2.02	-2.020*
Esfuerzo tratamiento	1.86	1.06	4.13	1.35	-2.499**	1.90	1.19	3.50	1.64	-1.901
BEGG-Autoeficacia	22.6	6.63	22.2	6.98	-0.404	22.3	5.77	24.4	4.88	-1.227
BEGG-Expectativas éxito	28.9	5.17	28.7	7.00	-0.284	30.1	4.70	28.9	6.72	-0.654
BEGG-Contingencia	30.8	3.50	31.5	5.81	-0.595	31.9	3.95	32.2	6.37	-0.140
BEGG- Suerte	21.0	5.13	17.3	5.88	-1.960*	20.1	5.19	15.8	6.95	-1.365
BEGG-Indefensión	21.8	7.77	19.4	7.27	-0.856	19.4	6.38	18.0	8.58	-0.460

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

Z basada en la prueba de Wilcoxon de comparación de muestras relacionadas.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio longitudinal con una muestra de población drogo-dependiente en programa de mantenimiento con metadona se pone de manifiesto que la adhesión a la medicación antirretroviral varía con el transcurso del tiempo, motivo por el cuál resulta más difícil su estudio y el posterior desarrollo de programas de intervención para conseguir aumentarla.

De entre los resultados obtenidos en referencia a la variable autoeficacia para seguir el régimen de tratamiento se encuentra el hecho de que ésta evoluciona en relación a la adhesión a la TARGA y, en general los cuatro grupos de participantes difieren en la misma. Los pacientes que siguen siendo adherentes difieren significativamente de aquellos que se mantienen no adherentes en sus niveles de autoeficacia para el tratamiento, observando un aumento de la misma en el transcurso del año. Los pacientes que se inician en la TARGA durante el transcurso del año parten de unos niveles de autoeficacia menores que los que abandonan y consiguen un aumento significativo de la misma durante el año disminuyendo, a su vez, el esfuerzo percibido para la toma de la medicación antirretroviral. Este resultado muestra un patrón opuesto a la pérdida de autoeficacia experimentada por aquellos pacientes que

abandonan la medicación, alcanzando niveles de pérdida similares a los adherentes de larga evolución y también ven aumentado el esfuerzo para continuar con el tratamiento. Los participantes que se incorporan a tomar la medicación antirretroviral durante el año muestran niveles similares de autoeficacia percibida que los que ya eran adherentes. En este grupo destaca principalmente el aumento de su eficacia percibida para la toma de la medicación antirretroviral en el transcurso del año, ya que en un principio presentaban similares niveles de autoeficacia a los no adherentes. Se podría deducir, por tanto, que la variable autoeficacia tiene un valor predictivo, debiendo considerarla un factor importante no solamente en el inicio, sino también y sobre todo, en el manteniendo la adhesión a la TARGA. En este grupo también se observa un aumento en sus expectativas de autoeficacia, de contingencia y unas mejores expectativas de éxito cuando se comparan con el grupo de pacientes que siguen sin tomar la medicación en el transcurso del año.

Resultados similares han sido hallados en los estudios realizados sobre Síndrome de Burnout en los que un Locus de Control Interno (contingencia, autoeficacia y éxito) parece asociarse con la evitación de aparición del Síndrome, mientras que un Locus de Control Externo (suerte) y el uso de estrategias emocionales propiciaría la aparición del mismo (Menezes, Calvo y Ramos, 2001).

Sin duda una de las explicaciones más plausibles para la baja percepción de autoeficacia y un alto esfuerzo percibido en los pacientes que no inician el tratamiento antirretroviral o en los que lo abandonan sea la del consumo de drogas, ya que existen participantes que presentan consumos activos de heroína, cocaína y benzodiacepinas detectados a través de urinocontroles. Además de la recaída en el consumo de drogas en el grupo de personas que no inician tratamiento antirretroviral o que lo abandonan, cabe darle protagonismo también a otras variables que podrían explicar la falta de adhesión como es la pérdida de apoyo social, el ver aumentados sus niveles de ansiedad, depresión y estrés, el abandono de la terapia psicológica, pueden ser factores que expliquen un comportamiento complejo que varía con el paso del tiempo. En cuanto a las variables referidas propiamente al régimen de tratamiento, la automatización de estrategias a la hora de la toma de los fármacos podría explicar el mantenimiento de los buenos niveles de adhesión.

La autoeficacia se define como la capacidad que uno mismo percibe para organizar y llevar a cabo cursos de acción encaminados a obtener una serie de metas. Los niveles de autoeficacia varían en función del

nivel de dificultad de la tarea, del contexto y pueden ser generalizables transfiriéndose de una tarea a otra (Bandura, 1997).

En intervenciones llevadas a cabo para conseguir aumentar la adhesión a los programas de tratamiento de drogodependencias se ha puesto de manifiesto cómo las teorías del aprendizaje social-cognitivo aplicadas a población drogodependiente que se encuentra en tratamiento tienen buena fiabilidad y validez (Fernández Gómez y Llorente del Pozo, 2006). Otros estudios que han intentado validar el Modelo Trans-teórico para relacionar la autoeficacia con el proceso de cambio hacia la abstinencia obtienen resultados a favor de la aplicación de dicho Modelo, de hecho las intervenciones que hacen mejorar la autoeficacia, así como el apoyo social, ven reducidos el uso de sustancias (Naar-King et al., 2006). De acuerdo con Bandura, la red social es importante para sentirse apoyado y el apoyo social es vital para la autoeficacia (Bandura, 1997; Montoya, 1998).

Se han encontrado diferencias de género en algunos estudios en el sentido de que las mujeres encarceladas tendrían una mayor concepción del problema del uso de drogas, mayor reconocimiento de situaciones de riesgo y mayor autoeficacia, así como mejores estrategias de afrontamiento y apoyo social, una mayor aceptación de responsabilidades y evasión que los hombres (Pelissier y Jones, 2006; Davis y Jasón, 2005).

Existen también estudios que validan la teoría de la autoeficacia en intervenciones que aumentan la adhesión a la TARGA con sistemas de premios y castigos, tanto a nivel ambulatorio (Kerr et al., 2004; Haug y Sorensen, 2006), como en régimen cerrado (Sabbatani et al., 2004) y, sobre todo, con la Terapia Directamente Observada (Smith-Rohrberg, Mezger, Walton, Bruce y Altice, 2006; Chander, Himelhoch y Moore, 2006).

Como conclusión final cabe deducir que la autoeficacia es una variable importante y debe tenerse en cuenta en la intervención con población drogodependiente para conseguir aumentar su adhesión a los tratamientos antirretrovirales. En este sentido, los Centros de Atención a las Drogodependencias constituyen un espacio desde el que se podrían implementar programas de intervención que consigan un aumento en el número de pacientes que tengan acceso a la TARGA, así como un aumento de la adhesión. En estos Centros además de los programas de atención específicos de consumo de drogas se pueden tratar las diversas patologías que estos pacientes presentan constituyéndose así, en una verdadera fuente de apoyo social que logre acompañarlos en la consecución de sus objetivos de mejora de la salud.

REFERENCIAS

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman
- Battaglioli-DeNero, A. M. (2007). Strategies for improving patient adherence to therapy and long-term patient outcomes. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18 (1 Suppl), 17-22.
- Camacho, I., Gimeno, M. J., Linares, R. & Gimeno, M. C. (2003). Tratamiento con metadona: relación entre dosis y retención. *Salud y Drogas*, 3, 49-109.
- Carballo, E., Cadarso-Suárez, C., Carrera, I., Fraga, J., De la Fuente, J., Ocampo, A., Ojea, R. & Prieto, A. (2004). Assessing relationships between health-related quality of life and adherence to antiretroviral therapy. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 13, 587-599.
- Chander, G., Himelhoch, S. & Moore, R.D. (2006). Substance abuse and psychiatric disorders in HIV-positive patients: epidemiology and impact on antiretroviral therapy. *Drugs*, 66, 769-89.
- Davis, M. I. & Jason, L. A. (2005). Sex differences in social support and self-efficacy within a recovery community. *American Journal of Community Psychology*, 36, 259-74.
- Esteban, J., Gimeno, M. C., Barril, J. & De la Cruz, M. (2004). El tratamiento de mantenimiento con metadona, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y la supervivencia de los adictos a opioides. *Salud y Drogas*, 4, 85-96.
- Fernández Gómez, C. & Llorente del Pozo, J.M. (2006). Evaluación de constructos relacionados con las teorías del aprendizaje social-cognitivo en drogodependientes en tratamiento: Fiabilidad y Validez. *Adicciones*, 18, 251-258.
- Goodkin, K., Shapshak, P., Asthana, D., Zheng, W., Concha, M., Wilkie, F. & Molina, R. (2004). Older age and plasma viral load in HIV-1 infection. *AIDS. Special Issue: HIV/AIDS and Aging*, 18 (Suppl1), 587-598.
- García-Pavía, P., González Mirelis, J., Pastorín, R., Bruna, M., Ruez, J., Tabuenca, A. I., Alonso-Pulpón, L. & Banegas, J.R. (2007). Epidemiological analysis of the improving areas for blood pressure control at Primary Care practice. *Revista clínica española*, 206, 220-4.
- Haug, N.A. & Sorensen, J. L. (2006). Contingency management interventions for HIV-related behaviors. *Current HIV/AIDS reports*, 3, 154-9.
- Hinkin, C. H., Barclay, T. R., Castellon, S. A., Levine, A. J., Durvasula, R. S., Marion, S. D., Myers, H. F. & Longshore, D. (2007). Drug use and medication adherence among HIV-1 infected individuals. *AIDS and behavior*, 11, 185-94.

- Hser, Y. I. (2007). Predicting long-term stable recovery from heroin addiction: findings from a 33-year follow-up study. *Journal of addictive diseases*, 26, 51-60.
- Hudson, T.J., Owen, R.R., Thrush, C.R., Han, X., Pyne, J.M., Thapa, P. & Sullivan, G. (2004). A pilot study of barriers to medication adherence in schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*, 65, 211-216.
- Johnson, M.O., Chesney, M.A., Goldstein, R.B., Remien, R.H., Catz, S., Gore-Felton, C., Charlebois, E. & Morin, S.F. (2006). Positive provider interactions, adherence self-efficacy, and adherence to antiretroviral medications among HIV-infected adults: A mediation model. *AIDS Patient Care STDS*, 20, 258-68.
- Kerr, T., Marshall, A., Walsh, J., Palepu, A., Tyndall, M., Montaner, J., Hogg, R. & Wood, E. (2005). Determinants of HAART discontinuation among injection drug users. *AIDS Care*, 17, 539-549.
- Kerr, T., Palepu, A., Barness, G., Walsh, J., Hogg, R., Montaner, J., Tyndall, M. & Wood, E. (2004). Psychosocial determinants of adherence to highly active antiretroviral therapy among injection drug users in Vancouver. *Antiviral therapy*, 9, 407-14.
- Ladero, L., Orejudo, S. & Carrobles, J. A. (2005). Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema*, 17, 573-579.
- McKellar, J. D., Harris, A. H. & Moods, R. H. (2006). Predictors of outcome for patients with substance-use disorders five years after treatment dropout. *Journal of studies on alcohol*, 67, 685-93.
- Matteucci, E. & Giampietro, O. (2003). Closing the gap between literature and practice: evaluation of a teaching programme (in the absence of a structured treatment) on both type 1 and type 2 diabetes. *Diabetes, nutrition & metabolism*, 16, 298-305.
- Menezes, V., Calvo, B. & Ramos, F. (2001). Creencias de control personal y afrontamiento del Síndrome de Burnout en cuidados formales de ancianos. *Revista de Psiquiatría*, 16, 298-305.
- Montoya, I. D. (1998). Social network ties, self-efficacy and condom use among women who use crack cocaine: a pilot study. *Substance Use & Misuse*, 33, 2049-73.
- Naar-King, S., Wright, K., Parsons, J.T., Frey, M., Templin, T. & Ondersma, S. (2006). Transtheoretical Model and substance use in HIV-positive youth. *AIDS Care*, 18, 839-45.
- Nischal, K.C., Khopkar, U. & Saple, D.G. (2005). Improving adherence to antiretroviral therapy. *Indian journal of dermatology, venereology and leprology*, 71, 316-20.

- Orejudo, S., Nuño, J., Fernández -Turrado, T. , Ramos, T. & Herrero, M.L. (2006). Participación del alumnado universitario en el aula. Una investigación sobre el temor a hablar en público en grandes grupos. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 21, 145-162.
- Palenzuela D. L. (1994). BEEGC. *Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control*. Universidad de Salamanca.
- Palenzuela D. L., Almeida L., Prieto G. & Barros A. M. (1994). *Validación transcultural hispano-portuguesa de una versión revisada de la batería de escalas de expectativas generalizadas de control (BEEGC)*. Memoria Final de la Acción Integrada entre España y Portugal (79 B). Ministerio de Asuntos Exteriores y de Educación y Ciencia de las Universidades de Salamanca, Minho y Braga.
- Pelissier, B. & Jones, N. (2006). Differences in motivation, coping style, and self-efficacy among incarcerated male and female drug users. *Journal of substance abuse treatment*, 30, 113-20.
- Pence, B.W., Miller, W.C., Gaynes B.N. & Eron, J.J. (2007). Psychiatric illness and virologic response in patients initiating highly active antiretroviral therapy. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 44, 159-66.
- Podymow, T., Turnbull, J., Tadic, V. & Muckle, W. (2006). Shelter-based convalescence for homeless adults. Canadian journal of public health. *Revue canadienne de santé publique*, 97, 379-83.
- Reynolds, N. R., Testa, M. A., Marc, L. G., Chesney, M. A., Neidig, J. L., Smith, S.R., Vella, S. & Robbins, G. K. (2004). Factors influencing medication adherence beliefs and self-efficacy in persons naïve to antiretroviral therapy: A multi-center, cross-sectional study. *AIDS and Behavior*, 8, 141-150.
- Remor, E., Ulla, S., Arranz, P. & Carrobles, J.A. (2001). ¿Es la percepción de control un factor protector contra el distrés emocional en personas VIH+? *Psiquis*, 22, 5-10.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1 (Whole no. 609).
- Sabbatani, S., Giuliani, R., Fulgaro, C., Paolillo, P., Baldi, E. & Chiodo, F. (2004). HIVAb, HCVAb and HbsAg seroprevalence among inmates of the prison of Bologna and the effect of counselling on the compliance of proposed tests. *Epidemiologia e prevenzione*, 28, 163-168.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Indefensión*. Madrid: Debate.

- Smith-Rohrberg, D., Mezger, J., Walton, M., Bruce, R.D. & Altice, F.L. (2006). Impact of enhanced services on virologic outcomes in a directly administered antiretroviral therapy trial for HIV-infected drug users. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 43 Suppl 1, 48-53.
- Vlahov, D. & Celentano, D.D. (2006). Access to Highly Active Antiretroviral Therapy for injection drug users: Adherence, resistance and death. *Cadernos de saúde pública*, 22, 705-731.

WHEN AND WHY DO PORTUGUESE UNIVERSITY STUDENTS START SMOKING: IMPLICATIONS FOR PREVENTION.

José Precioso¹, M. Macedo²

¹Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, Braga, Portugal. ²Hospital de S. Marcos, Braga, Portugal.

(Recibido: 5/06/2008 / Aceptado: 12/10/2008)

ABSTRACT

The Portuguese National Health Surveys show that, contrarily to what happens in most developed countries, the Portuguese population in general starts smoking later than we were led to expect. These facts pose a question; to know if the same occurs with university students and if the transition from secondary to university favours regular smoking. To give an answer to this question, a survey took place at Minho University at the end of the school year 2002/2003. It consisted of the application of a questionnaire to a stratified sample constituted by 388 university students. The results show that although most of the students started smoking in secondary school (therefore in adolescence), a high percentage of students (about 30%), particularly female students (34%), started smoking at university. Contrarily to what happens in most developed countries, the Portuguese population in general and university students in particular start smoking later than it would have been expected.

Key words: smoking; prevention; tobacco;

Correspondencia

José Precioso
Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho.
Campus de Gualtar, 4710-057, Braga, Portugal.
E-mail: precioso@iep.uminho.pt.

1. INTRODUCTION

In order to take effective smoking prevention measures, it is necessary to know in detail when and why people start smoking. Several authors refer that 50 to 60% of smokers started smoking before they were fifteen years old and about 90% before adult age (Nutbeam, Mendoza and Newman, 1988; Joossens, 1988; Jodral, 1992).

Rheinstein et al. mentioned by Trullén and Labarga (2002) claim that children make their first attempts to smoke around the age of 14 and become daily smokers before they are 18, pointing out that more than 80% of adult smokers start smoking before that age. Ariza and Nebot (1995) consider that the critical ages to start smoking is from 12 to 15 years old. After this age the risk of becoming regular smokers decreases significantly. According to David Byrne, the ex-European Commissioner responsible for consumer health and protection, it is almost a certainty that if a person doesn't start smoking in adolescence, this habit is rarely acquired later on (Byrne, 2001).

However, the data of the Portuguese National Health Survey carried out in 1995/96 showed that, in Portugal, 39% of the smokers began smoking between the ages of 18 and 24 and about 6% after they were 24 (DEPS, 1997, Nunes, 2002), that is to say, about 45% of actual smokers started smoking when they were over 17.

A study, using a sample of 227 teachers, undertaken in the city of Oporto in Portugal showed that 27% of the teachers who smoke started smoking when they were already teaching (30% men, 24% women) (Brandão, 2002).

The previous studies show that, contrarily to what happens in most developed countries, the Portuguese population in general starts smoking later than it would be expected.

On the other hand, the results of research undertaken on smoking onset seem to indicate that smoking is mainly a psychosocial behaviour, mainly motivated by psychosocial influences (Nutbeam, Mendoza and Newman; 1988; Hill, 1991; Flay, 1985; Becoña, Palomares and García, 1994). This means that whenever people are confronted with changes in their social environment, such as change of scholar level, change from student status to worker status, change of work place and type, etc., they run a larger risk of starting a smoking addiction.

According to Faria (1999), the transition from secondary school to university, generally implies a physical distance from family and from friends; the settling of new friendships inside and outside of the educational institution, the conquering of new spaces (physical, scholar, social, cultural), and the frequent or even daily participation in nightlife leisure activities may increase smoking risk.

These facts raise the question whether the transition from secondary education to higher education favours regular smoking by university students. In an attempt to find an answer to this question, we started an investigation in order to characterise the smoking pattern of University students; to determine the pattern of tobacco consumption by gender; the period of school life in which they started smoking regularly; the risk factors associated to smoking; and to propose means to prevent and to treat smoking addiction among university students.

This article presents the methodology, results and conclusions of the study.

2. METHOD

At the end of the 2002/2003 school year, a survey took place at Minho University; it consisted of the application of a questionnaire to a stratified sample constituted by 388 university students, from the 1st, 2nd, 3rd and 4th years of the Science Teaching, Mathematics, Law and Education courses, whose characteristics are presented in Table 1. The courses were selected in a random way.

Table 1. Study sample by courses

Courses	N=388	
	%	f
Science teaching	24	(93)
Law	25	(98)
Mathematics	23	(90)
Education	27	(107)

In the questionnaire there were two main groups of questions: the first group of questions was intended to obtain information on the school level at which they started smoking and the second group was meant to determine the reasons why they began doing it. The questionnaire was expected to survey the smoking habits, the school level in which regular consumption began, and some factors related to consumption, especially the perception of smoking risks.

The data was entered and managed on a Statview program sheet. In order to determine the pattern of smoking frequency, distributions were made. To have a better understanding of the smoking aetiology in the sample youths (that is to say, the factors associated to the consumption), associations of variables making use of the χ^2 for being category variables were settled down. A content analysis of the question "Describe in a brief way the reasons that led you to becoming a daily smoker" was also made.

3. RESULTS

3.1. PREVALENCE

As can be verified in table 2, 18% of the students smoked daily and 7% occasionally (less than a cigarette a day); 4% were ex-daily smokers and 13% were ex-occasional smokers.

The prevalence of male daily smoker students was higher than the one registered in female students (20% of the male students smoked daily while the percentage of female student smokers was 16%). In what concerns occasional tobacco consumption, the situation was different. The percentage of occasional smokers was lower among male students (4%) than among female students (8%).

Table 2. Prevalence of regular smokers (daily and weekly), occasional smokers and non-smokers by gender

N=384

Gender	Smoking									
	Non- smoker		Ex-smoker				Smoker Occasional			
	%	f	Occasional		Daily		Daily		%	f
Male (n=108)	56	(60)	16	(17)	5	(5)	4	(4)	20	(22)
Female (n=276)	59	(163)	13	(35)	4	(12)	8	(21)	16	(45)
Total (n=384)	58	(223)	14	(52)	4	(17)	6	(25)	18	(67)

3.2. WHEN AND WHY DID THEY START SMOKING?

The data in table 3 shows that 71% of the students started smoking in basic and secondary education (22% when they were 11 to 14 years old and 49% at the ages of 15 to 18) and 29% began smoking at University.

Boys started smoking more precociously than girls. 32% of the boys started smoking when they were 11 to 14 years old, 50% when they were 15 to 18 years old and 18% as University students; as for girls, 17% started smoking when they were 11 to 14 years old, 50% when they were 15 to 18 years old and 33% at University.

The data show that a high percentage of students (particularly girls) start smoking regularly at University, that is, as young adults, which contradicts the conviction expressed by many authors that defend that if students do not start smoking until the end of adolescence, hardly ever will they start smoking. This is particularly visible and worrying in women.

The data is in conformity with all epidemiological studies carried out in Portugal, evidencing that regular tobacco consumption happens later in other countries. For example, the data of the National Health Survey undertaken in Portugal in 1995 showed that 39% of smokers acquired the smoking habit between the ages of 18 and 24. (DEPS, 1997, Nunes, 2002).

Table 3. Frequencies distribution of the scholar level in which students started smoking by gender

N=69

Gender	n	Onset of smoking (scholar level)					
		7, 8 ^o or 9 ^o year		10, 11 or 12 ^o year		University	
		%	f	%	f	%	f
Male	22	31	(7)	50	(11)	18	(4)
Female	47	17	(8)	49	(23)	34	(16)
Total	69	22	(15)	49	(34)	29	(20)

3.3. WHY THEY STARTED SMOKING.

A content analysis of the question “Describe in a brief way the reasons that led you to becoming a daily smoker” reveals that most of the students that started smoking in secondary school did it out of curiosity, desire of trying and also because they were motivated by friends. Many of them tried, enjoyed the sensation and kept on smoking, having soon become addicted.

Most of the students that started smoking at University did it mainly because of friends’ influence, because they went out at night and smoking is normal in many nightlife places, and also because they believed that smoking would be a way of releasing stress. Curiosity was what made them start smoking. Later, they kept on smoking because it gave them pleasure.

In this study, we tried to determine whether there was any kind of relationship between the concern with the consequences of smoking and smoking. It was verified that non-smokers were more concerned with the consequences of tobacco consumption than smokers. In reality, the prevalence of daily smokers in the group of students who considered that there is a probability of a person harming his/her health, of suffering from lung cancer, and of having a deteriorated aspect due to smoking is lower than that in the group which considered that the probability of smoking affecting him/her is lower, as can be seen in table 4.

Table 4 . Relationship between the degree of concern with the consequences of smoking and tobacco consumption

N=384

Preoccupying	n	Smoking									
		No smoker			Ex-smoker				Smoker		
		%	f		Ocasional	Daily		Ocasional	Daily		
A lot	38	59	(130)	57	(30)	58	(10)	28	71)	23	(16)
Plenty	270	37	(82)	41	(21)	41	(7)	64	(16)	61	(41)
Not very	74	3	(6)	1	(1)	0	(0)	8	(2)	13	(9)

P<0,001

In this study, an attempt was made to determine the relationship between the concern with the risks related to smoking and the smoking onset. One could see that non-smokers were more vulnerable to feelings of concern regarding the consequences of smoking than smokers. By analysing table 5, it is possible to perceive that, when confronted with the question: "Are the negative consequences caused by smoking worrying? (the answer being the options *very much, much, not much, not at all*) non-smokers are more concerned about the consequences of smoking than smokers.

The data seem to support Sussman's thesis (1995) that defends that providing youths with information about the consequences of smoking can have a highly preventive effect.

Table 5 . Relationship between the degree of concern with the consequences of smoking and tobacco consumption

N=384

Question /Probability		Smoking habits									
		Non smoker		Ex-smoker				Smoker			
		%	f	Occasional		Daily		Occasional		Daily	
		%	f	%	f	%	f	%	f	%	f
1	High	67	(116)	14	(24)	2	(4)	5	(9)	12	(20)
	Low	54	(8)	8	(3)	17	(4)	13	(2)	33	(7)
2	High	60	(28)	16	(10)	3	(5)	5	(30)	15	(111)
	Low	67	(8)	0	(0)	0	(0)	8	(1)	25	(3)
3	High	66	(58)	17	(15)	3	(3)	3	(2)	11	(10)
	Low	44	(38)	13	(11)	6	(5)	8	(7)	30	(26)
4	High	70	(81)	15	(18)	3	(3)	3	(4)	12	(15)
	Low	27	(15)	16	(3)	8	(3)	8	(6)	40	(10)

P<0,001

4. DISCUSSION

Although most of the university students started smoking daily in secondary school, a reasonably high percentage of students started smoking at University. It is also possible to see that the percentage of female students that started smoking at University is quite high (about 33%) and it is even higher than that of male students. This can be explained by the fact that many students usually develop relationships with people of their own age (conviviality within the same generation) who sometimes have different habits from the ones they had, which may include: smoking, drinking, consuming illicit drugs, having risky sexual behaviours, etc. On the other hand, it becomes easier for them to attend places of leisure, such as cafés, bars and discos where smoking is common. These factors can be of a social and environmental nature which can lead many students who until a certain point in their academic life didn't smoke to begin doing so. The influence these factors exert over students that have to leave a familiar environment to attend University is particularly intense; they are subjected to new influences and, at the same time, they feel a decrease in family control and influence in a more intense way. The transition from secondary school to university environment can work

as a risk factor for many university students, particularly for girls that come from rural environments. As it is well known, tobacco consumption among girls, mainly in rural environments, is still not an acceptable social behaviour. The statistics show that the prevalence of smoking among girls from rural environments is lower than that among girls from urban environments (Precioso, 1999).

The fact that many girls start smoking at University is of particular concern because many young adult women express the wish to become pregnant after finishing their degrees. Furthermore, many studies have revealed that many women keep on smoking during and after pregnancy (Valero and Oscar, 2002; Sasco, 1999), which may carry serious risks for pregnancy and really negative repercussions for the foetus.

It is clearly demonstrated that smoking during pregnancy increases the risk of suffering from ectopical pregnancy, of having miscarriages, premature childbirths, previous placenta, haemorrhages, precocious membrane ruptures and, as a consequence, it contributes to the increase in perinatal mortality (Valero and Oscar, 2002). On the other hand, it is known that the children of mothers that have smoked during pregnancy, as well as children exposed to environmental smoke, have a significant risk of dying of Sudden Death Syndrome (Gidding *et al.*, 1994; WHO, 1998). Valero and Oscar (2002) admit that 25% of all the cases of breastfed babies struck by the Sudden Death Syndrome could be attributed to passive smoking.

In order to prevent tobacco consumption, we suggest that the University starts providing all students in general and those who attend teacher training courses in particular (because they will be models for their future students) with training in Health Education. This can be accomplished by the most acceptable means, namely: the infusion of health themes in all the curricular subjects; the introduction of a Health Education subject (optional, for instance); the inclusion of health themes in science subjects (Biology, for instance); and extra-curricular activities.

The ideal will probably be to adopt an association of all these strategies. At present, the easiest means to implement Health Education at university would be the infusion of health themes in the whole curriculum (any subject can and should link the subject's themes to life).

We also believe it is necessary for the University to create an advising service to support smokers who intend to stop smoking.

The creation of a Smoke Free University would be another measure that would ensure non-smokers' health protection. Furthermore, it

would have a great preventive value. There would be well identified smoking areas where students, teachers, other professionals and visitors could smoke. Unfortunately, these measures have not yet been implemented, in spite of being foreseen by law and defended by most of the students, according to a study undertaken at Minho University by Precioso et al. (2002).

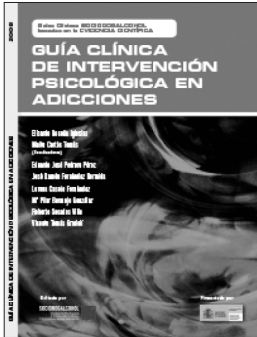
If the University invests in Health Education, it will certainly promote the adoption of healthier lifestyles and will qualify its students to participate more and more actively and efficiently in the creation of Schools more concerned with Health Promotion, once they become professionals.

REFERENCES

- Ariza, C. (1996). *Factors predictius lligats a la iniciació i experimentació del consum de tabac e d'alcohol en escolares. Un estudi longitudinal*. Barcelona: Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Ariza, C. & Nebot, M. (1995). Factores asociados al consumo de tabaco en una muestra de escolares de enseñanza primaria y secundaria. *Gaceta Sanitaria*, 9 (47), 101-109.
- Becoña, E., Palomares, A. y García, M.P. (1994). *Tabaco y Salud: Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.
- Brandão, M. (2002) *Atitudes, conhecimentos e hábitos tabágicos dos professores dos 2º e 3º ciclos do ensino básico do porto*. Faculdade de Medicina e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto.
- Byrne, D. (2001). The European dimension of tobacco control legislation. Office of Tobacco Control (OTC) conference Dublin, 1 November 2001
- DEPS (1997). *Inquérito Nacional de Saúde – 1995/1996 Continente*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Faria, M. (1999). Educação para a Saúde no Ensino Superior. In Precioso, J., Viseu, F., Dourado, L., Vilaça, T., Henriques, R & Lacerda, T. (Coord.) (1999). *Educação para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.
- Flay, B. (1985). Psychosocial approaches to smoking prevention: a review of findings. *Health Psychology*, 4 (5) 449-488.
- Gidding, S., Morgan, W., Perry, C. Jones, J. e Bricher, T. (1994). Active and Passive

- Tobacco Exposure: a serious pediatric health problem. *American Heart Association*. <http://www.americanheart.org/Scientific/statements/1994/119401.html>
- Hill, D. (1991). Causes of smoking in children. *World Conference on Tobacco and Health-The Global War-Proceedings of the Seventh World Conference on Tobacco and Health*, Perth Western Australia, 205-209.
- Jodral, M. (1992). *Tabaquismo: conseqüências para la salud*. Granada: Ciências de La Salud. Monográfica Universidade de Granada.
- Joossens, L. (1988). Smoking in Belgium: attitudes and behaviour. *Primary Prevention of Cancer*. New York: Raven Press, Ltd., 105-111.
- Joossens, L. (1999). Some like it "light". Women and smoking in the European Union. Bruxelles. European Network for Smoking Prevention.
- Nunes, E. (2002). *Consumo de tabaco: Estratégias de Prevenção e Controlo*. Lisboa: Cadernos da Direcção geral de Saúde.
- Nutbeam, D., Mendoza, R. & Newman, R. (1988). *Planning for a smoke – free generation*. Copenhagen: Regional Office for Europe of the World Health Organization.
- Precioso, J. (1999). *A Educação para a Saúde na Escola: um estudo sobre a prevenção do hábito de fumar*. Braga: Minho Universitária.
- Precioso, J., Almeida, C., Vieira, M., Costa, M. & Teixeira, E.. (2002). Contributos para a criação de uma Universidade livre de fumo do tabaco. In Pouzada, A., Almeida, L. e Vasconcelos, R. (2002). *Contextos e dinâmicas da vida académica*. Guimarães, pp. 147- 152.
- Sasco, A. (1999) Women and smoking: consequences for health, In L. Joossens, Women and smoking in the European Union. Bruxelles. European Network for Smoking Prevention.
- Trullén, A. Labarga, I. (2002) El tabaquismo, una enfermedad desde la adolescência. *Prevención del Tabaquismo*, Vol 4 nº 1.
- Valero, F. & Oscar, C (2002) El tabaquismo pasivo en la infancia. Nuevas evidencias. *Prevención del Tabaquismo*, Vol 4 nº 1.
- World Health Organisation (WHO) (1998). *World no-tobacco day: growing up without tobacco*. <http://www.who.int/archives/ntday/>

RECENSIONES DE LIBROS



GUÍA CLÍNICA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ADICCIONES

Coordinadores: Elisardo Becoña Iglesias y Maite Cortés Tomás

Autores: Eduardo José Pedrero Pérez, José Ramón Fernández Hermida, Lorena Casete Fernández, M^a Pilar Bermejo González, Roberto Secades Villa y Vicente Tomás Gradolí.

Edita: Socidrogalcohol

151 páginas

Esta guía nace con el objetivo de reunir en un solo manual, aquellos tratamientos psicológicos que han demostrado su eficacia en el ámbito de las adicciones, atendiendo al grado de evidencia de las técnicas que se exponen y como consecuencia, su grado de recomendación. Esta labor de recopilación del conocimiento científico, en el terreno de la intervención en adicciones, pone en manos de los profesionales, una herramienta actualizada de la que servirse a la hora de abordar el trabajo en drogodependencias.

La guía se articula en seis capítulos que recogen las orientaciones psicoterapéuticas más extendidas en el tratamiento de las adicciones, analizando las evidencias científicas que las respaldan y que los autores nos presentan en forma de resumen en un séptimo capítulo. Por último, un octavo capítulo nos aporta un amplio listado de referencias bibliográficas que ofrecen la posibilidad de profundizar sobre diversos aspectos de las técnicas descritas y analizadas.

El primer capítulo aborda los fundamentos psicológicos del tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias partiendo de los principios para el tratamiento efectivo, establecidos por el National Institute on Drug Abuse (NIDA, 1999).

El segundo capítulo se detiene en la descripción de los estadios motivacionales propuestos por el modelo transteórico de cambio y su aplicación como enfoque terapéutico en la entrevista y terapia motivacional.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es el foco de atención del tercer capítulo, y concretamente se desarrollan las siguientes técnicas: el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, la prevención de recaídas, el manejo de contingencias y la terapia cognitiva. Dado que la TCC

ha venido formando parte de modelos multicomponentes, también se analiza el modelo de comunidad terapéutica y se tratan cuestiones tales como la comparación de la TCC frente a otros enfoques terapéuticos, la comparación de diferentes formatos de aplicación (individual vs. grupal) o variables como la duración del tratamiento y sus efectos, la eficacia de esta terapia en poblaciones especiales y la potenciación de sus efectos, mediante la combinación de la TCC con otras terapias psicológicas o con otro tipo de intervenciones farmacológicas. Por último, también se tratan enfoques recientes desde este paradigma, como es el caso del mindfulness.

El cuarto capítulo hace referencia a las terapias centradas en la familia desde el modelo sistémico, analizando las evidencias en el campo de la Terapia Familiar Multidimensional (MDFT), la Terapia Familiar Breve Estratégica (BSFT), la Terapia Familiar Multisistémica (MSFT) y la Terapia conductual familiar y de pareja.

El estudio de las terapias analíticas y psicodinámicas conforma el quinto de los capítulos, en el que se abunda sobre la Terapia de Soporte Expresivo (TSE) y sobre la Terapia Interpersonal (TIP). El sexto capítulo de la guía, nos habla sobre un fenómeno frecuente en adicciones como es la comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos o comportamentales y la necesidad de diseñar tratamientos integra-dos que resulten más eficaces en pacientes con trastornos por abuso y dependencia de sustancias.

La guía concluye ofreciéndonos un resumen de las evidencias aportadas para cada una de las técnicas expuestas y un completo apartado de referencias bibliográficas para profundizar en la información que nos ofrecen los autores de esta guía.

M^a Carmen Segura Díez
Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID)