

DIRECTOR

José A. García del Castillo Rodríguez  
*Universidad Miguel Hernández*

CONSEJO EDITORIAL

Aizpiri Díaz, Javier  
*Medicina Psicoorgánica de Vizcaya (España)*  
Castaño Pérez, Guillermo Alonso  
*Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia)*  
Cuesta Cambra, Ubaldo  
*Universidad Complutense de Madrid (España)*  
Dias, Paulo C.  
*Universidade Católica Portuguesa (Portugal)*  
Fernández Hermida, José Ramón  
*Universidad de Oviedo (España)*  
Inglés Saura, Cándido  
*Universidad Miguel Hernández (España)*  
Latorre Postigo, José Miguel  
*Universidad de Castilla-La Mancha (España)*  
Llopis Llacer, Juan José  
*Universidad Jaume I de Castellón (España)*  
Pascual Pastor, Francisco  
*Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana (España)*  
Pérez de Arróspide, Jesús A.  
*Fundación Vivir sin Drogas (España)*  
Pérez Gálvez, Bartolomé  
*Hospital Universitario de Sant Joan d'Alacant (España)*  
Sanchís Fortea, Manuel  
*Hospital Psiquiátrico de Bétera (España)*  
Secades Villa, Roberto  
*Universidad de Oviedo (España)*

COMITÉ CIENTÍFICO

Bayés Sopena, Ramón  
*Universidad Autónoma de Barcelona (España)*  
Becoña Iglesias, Elisardo  
*Universidad de Santiago de Compostela (España)*  
Beneit Montesinos, Juan Vicente  
*Universidad Complutense de Madrid (España)*  
Bobes García, Julio  
*Universidad de Oviedo (España)*  
Botvin, Gilbert J.  
*Weill Medical College Cornell Univ. (USA)*  
Brackett, Marc. A  
*Yale University (USA)*  
Burkhart, Gregor  
*Observatorio Europeo sobre Drogas (Portugal)*  
Castel-Branco Goulao, Joao  
*Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) (Portugal)*  
Castel-Branco Goulao, Joao  
*Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) (Portugal)*  
Echeburúa Odriozola, Enrique  
*Universidad del País Vasco (España)*  
Faggiano, Fabricio  
*Università del Piemonte Orientale (Italia)*  
Gardner, Eliot L.  
*Albert Einstein College of Medicine (USA)*  
Griffin, Kenneth W.  
*Weill Medical Collage Cornell University (USA)*  
Guerrero Sirera, Consuelo  
*Instituto de Investigaciones Citológicas de Valencia (España)*  
Huedo-Medina, Tania B.  
*University of Connecticut (USA)*  
Johnson, Blair T.  
*University of Connecticut (USA)*  
Leukefeld, Carl G.  
*University of Kentucky (USA)*  
López Sánchez, Carmen  
*Universidad de Alicante (España)*  
Maldonado, Rafael  
*Universidad Pompeu Fabra (España)*  
Marín, Gerardo  
*University of San Francisco (USA)*  
Méndez Carrillo, F. Xavier  
*Universidad de Murcia (España)*  
Montesinos, Luís  
*Montclair State University (USA)*  
Nájera Morrondo, Rafael  
*Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA (España)*  
Preciado, Juan  
*City University of New York (USA)*  
Rochon, Alain  
*Régie Régionale de L'Estrie (Canadá)*  
Rodríguez de Fonseca, Fernando  
*Universidad Complutense de Madrid (España)*  
Rodríguez Marín, Jesús  
*Universidad Miguel Hernández (España)*  
Singer, Merrill  
*Hispanic Health Council (USA)*  
Sobell, Linda C.  
*Nova Southeastern University de Florida (USA)*  
Sobell, Mark B.  
*Nova Southeastern University de Florida (USA)*

## **Objetivos**

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

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

## **Frecuencia**

*Health and Addictions/Salud y Drogas* se publica dos veces al año (junio y diciembre) en versión impresa y electrónica, siendo la versión electrónica idéntica a la impresa.

## **Idioma**

El idioma de publicación puede ser el español e inglés.

## **Separatas**

*Health and Addictions/Salud y Drogas* envía a cada autor una carta de aceptación una vez superado el proceso de revisión por pares. Así mismo, cada autor recibe una copia en pdf de su artículo y pueden solicitar un ejemplar de la revista impresa a la empresa que se indica en la página Web de la revista, bajo las condiciones que se especifican.

## **Copyright y permisos**

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

## **Diseño y maquetación**

Álvaro García del Castillo López y Jesús Segarra-Saavedra

## **Indexada**

CIRC, Dialnet, DICE, DOAJ (Directory of Open Access Journal), Dulcinea, EBSCO, Google Scholar, IN-RECS (Índice de Impacto Revistas Españolas de Ciencias Sociales), ISOC (CINDOC, Consejo Superior de Investigaciones Científicas), Latindex, MIAR, PSICODOC (Colegio Oficial de Psicólogos), RCS, REDALYC, RESH y Scopus.

## **Dirección Postal**

Instituto de Investigación de Drogodependencias.

Universidad Miguel Hernández

Carretera Alicante-Valencia N 332, s/n

03550 San Joan d'Alacant. Alicante (España)

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

Web: [www.haaj.org](http://www.haaj.org)

Correo electrónico: [haaj@haaj.org](mailto:haaj@haaj.org)

ISSN: 1578-5319

ISSN-e:1988-205X

**Edita:** Instituto de Investigación de Drogodependencias. Edición impresa en papel ecológico.

## ÍNDICE

---

### 1. EDITORIAL

- La Inteligencia Emocional como estrategia de prevención de las adicciones  
*José A. García del Castillo, Álvaro García del Castillo-López, Mónica Gázquez Pertusa y Juan Carlos Marzo Campos* ..... 89-97

### 2. ORIGINALES

- Medios de comunicación y consumo de alcohol en adolescentes: ¿Qué dicen los expertos?  
*Cristian Suárez, Gonzalo Del Moral, Gonzalo Musitu y María Villarreal-González* ..... 99-108

- Evaluación de habilidades de consejo breve en el ámbito de las adicciones  
*Silvia Morales Chainé, K. Isela Martínez Martínez, César Carrascoza Venegas, A. Alelí Chaparro Caso López, M. José Martínez Ruíz* ..... 109-116

- Percepción de riesgo y etapas de iniciación en el consumo de tabaco  
*Silvia Font-Mayolas, M<sup>a</sup> Eugènia Gras, Montserrat Planes, Josefina Patiño and Mark J.M. Sullman* ..... 117-122

- Intervenciones para dejar de fumar con pacientes hospitalizados por enfermedad cardiovascular: Una revisión de la literatura  
*M. Carmen Míguez y Beatriz Pereira* ..... 123-134

- Programa de prevención del consumo de drogas SALUDA: Evaluación de una nueva versión en adolescentes españoles  
*Olga Hernández Serrano, José Pedro Espada Sánchez, José Antonio Piqueras Rodríguez, Mireia Orgilés Amorós, José Manuel García Fernández* ..... 135-144

- La impulsividad: ¿Antesala de las adicciones comportamentales?  
*José de Sola Gutiérrez, Gabriel Rubio Valladolid y Fernando Rodríguez de Fonseca* ..... 145-155

- Consumo excesivo de alcohol y rendimiento cognitivo en estudiantes de secundaria de la provincia de Alicante  
*José Luis Carballo, María Marín Vila, Valentina Jaúregui Andújar, Gabriela García Sánchez, José Pedro Espada, Mireia Orgilés y José Antonio Piqueras* ..... 157-163

## INDEX

---

### 1. EDITORIAL

Emotional Intelligence as an addiction prevention strategy  
*José A. García del Castillo, Álvaro García del Castillo-López, Mónica Gázquez Pertusa and Juan Carlos Marzo Campos* ..... 89-97

### 2. ORIGINALS

Media and alcohol consumption: What do the experts say?  
*Cristian Suárez, Gonzalo Del Moral, Gonzalo Musitu y María Villarreal-González* ..... 99-108

Assessment of brief counseling skills in the addictions scenarios  
*Silvia Morales Chainé, K. Isela Martínez Martínez, César Carrascoza Venegas, A. Alelí Chaparro Caso López and M. José Martínez Ruíz* ..... 109-116

Risk perception and stages of smoking acquisition  
*Sílvia Font-Mayolas, M<sup>a</sup> Eugènia Gras, Montserrat Planes, Josefina Patiño and Mark J.M. Sullman* ..... 117-122

Smoking cessation interventions with inpatients for a cardiovascular disease: A literature review  
*M. Carmen Míguez y Beatriz Pereira* ..... 123-134

'SALUDA' a programme to prevent the drug consumption: A evaluation of a new version in spanish adolescents  
*Olga Hernández Serrano, José Pedro Espada Sánchez, José Antonio Piqueras Rodríguez, Mireia Orgilés Amorós, José Manuel García Fernández* ..... 135-144

Impulsivity: The prelude to behavioral addictions?  
*José de Sola Gutiérrez, Gabriel Rubio Valladolid y Fernando Rodríguez de Fonseca* ..... 145-155

Excessive alcohol use and cognitive performance in high school students in the province of Alicante  
*José Luis Carballo, María Marín Vila, Valentina Jaúregui Andújar, Gabriela García Sánchez, José Pedro Espada, Mireia Orgilés y José Antonio Piqueras* ..... 157-163

## Editorial

# LA INTELIGENCIA EMOCIONAL COMO ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES

## EMOTIONAL INTELLIGENCE AS AN ADDICTION PREVENTION STRATEGY

José A. García del Castillo<sup>1</sup>, Álvaro García del Castillo-López<sup>1</sup>, Mónica Gázquez Pertusa<sup>1</sup> y Juan Carlos Marzo Campos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID), Universidad Miguel Hernández

<sup>2</sup>Universidad Miguel Hernández

### Abstract

Behavioral addictions including Internet addiction still remaining in a scientific limbo because of the difficulties related to a properly differentiation between normal and pathological behaviors. Literature has conceptualized substance addiction in a comprehensive manner and now stands for define the behavioral addictions and their consequential abuse behaviors as a function of parameters related to use frequency, money invested, need or compulsion, as well as the interferences in people's daily lives that may lead them to default on their obligations. As a consequence of the advent of the Social Networking Sites (SNS) and their wide impact among population we may find a new addiction context. These services in addition to their appealing and functionality have an easy connection everywhere at any time, which makes them powerful and immediately enhancers, becoming a breeding ground for an addiction. We are fully aware that is not possible to keep ahead to the technologies and neither their consequences but extra effort is still needed to understand their mechanisms, how can we predict the appearance among young people and how can we fight therapeutically against their consequences.

*Keywords: Behavioral addictions; technological addictions; social networking sites addiction.*

### Resumen

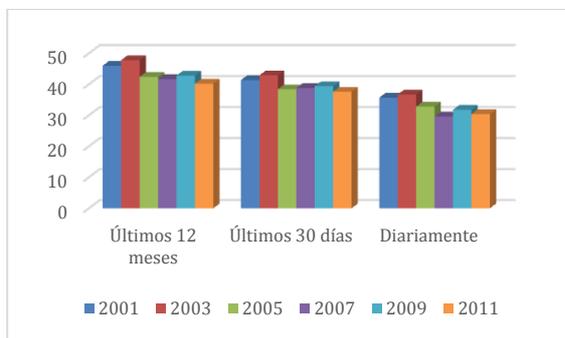
La búsqueda de nuevas vías de prevención del consumo de drogas y otras adicciones es incesante, ya que las que actualmente manejamos siguen siendo insuficientes para cubrir todos los objetivos preventivos. El cuerpo teórico y aplicado de la prevención de las adicciones se ha nutrido, como hemos visto, de diferentes disciplinas a lo largo del tiempo y continúa en esa misma línea de acción. El estudio de la inteligencia emocional en general y como estrategia para afrontar las adicciones en particular, se incorpora hace relativamente pocos años a la investigación, pero en la actualidad ya ha desarrollado un buen número de publicaciones que la convierten en un baluarte potencial de amplio recorrido para la prevención del consumo de drogas y otras adicciones.

*Palabras clave: Inteligencia emocional; adicciones; prevención; jóvenes*

Correspondencia: Dr. José A. García del Castillo.  
Universidad Miguel Hernández.  
Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID).  
Campus de Sant Joan d'Alacant. 03550  
Sant Joan d'Alacant, Alicante (España)  
E-mail: jagr@umh.es

La problemática en torno a las adicciones sigue teniendo los vaivenes propios de las modas sociales y los altibajos asociados a los recursos, pero con independencia de estos aspectos continúa siendo uno de los problemas evitables más importantes de la salud pública universal. En España, después de varias décadas de intervenciones preventivas abarcando todo tipo de sustancias, no podemos decir que hayamos conseguido unas tasas preventivas óptimas, aunque no podemos saber qué evolución hubiera tenido el consumo en el caso de que no se hubieran llevado a cabo intervenciones preventivas masivas, como ha sido el caso. Si analizamos los resultados de las encuestas nacionales de las sustancias más consumidas, podemos observar la evolución en la última década.

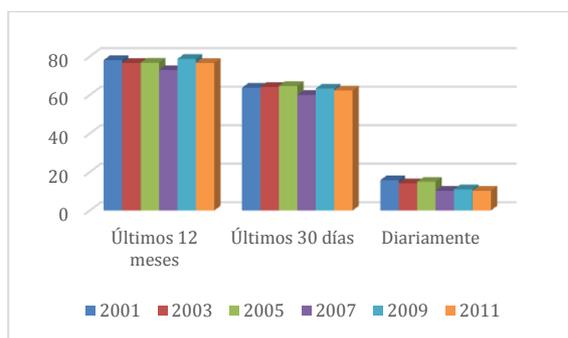
En referencia al tabaco, la prevalencia de consumo es bastante lineal entre los años 2001 y 2011. De hecho no aparecen diferencias significativas en cuanto al número de consumidores en ninguna de sus mediciones, aunque la tendencia es claramente a la baja en todos los casos (Figura 1). No obstante los porcentajes siguen siendo de un consumo alto.



Fuente: Plan Nacional Sobre Drogas (EADADES, 2011)

Figura 1. Prevalencia del Consumo de Tabaco (%)

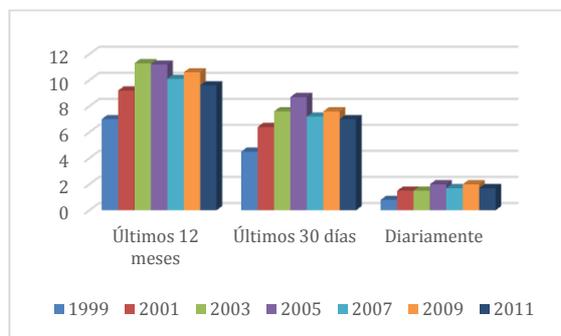
En relación con el consumo de bebidas alcohólicas, la evolución longitudinal también es bastante lineal. Únicamente se advierte una mayor diferenciación en los casos de bebida diaria que experimenta un descenso de más de 4% (Figura 2).



Fuente: Plan Nacional Sobre Drogas (EADADES, 2011)

Figura 2. Prevalencia del Consumo de Alcohol (%)

El consumo de cannabis es uno de los fracasos de la prevención más evidente, dado que en los años analizados por el Observatorio Español de Drogodependencias, se comprueba un ascenso en el consumo de esta sustancia, en todas sus vertientes (Figura 3). Añadimos en este gráfico el año 1999 para que se pueda observar más claramente las diferencias totales.



Fuente: Plan Nacional Sobre Drogas (EADADES, 2011)

Figura 3. Prevalencia del Consumo de Cannabis (%)

## TEORÍAS Y MODELOS DE LA CONDUCTA ADICTIVA DONDE SE APOYA LA PREVENCIÓN

La necesidad de seguir investigando en prevención es un hecho patente en base a los resultados longitudinales que nos ofrecen los estudios epidemiológicos. Hasta el momento las variables que han sido más estudiadas en el ámbito preventivo se apoyan en los factores de riesgo al consumo entre los jóvenes. A partir de la clasificación establecida por Hawskin, Catalano y Miller (1992) y la posterior de Petterson, Hawkins y Catalano (1992) se establece un mayor consenso en cuanto al abordaje de los factores de riesgo al consumo, desde el ámbito comunitario (bajo nivel económico y social, desorganización comunitaria, mayor disponibilidad de sustancias, entre otros), desde el ámbito familiar (familias con historial alto de consumo, problemas en la comunicación y manejo familiar por parte de los padres o adultos, actitudes favorables al consumo, etc.), y desde el ámbito individual (comportamientos de rebeldía, conductas antisociales y anómicas, grupo de amigos consumidores, actitudes favorables al consumo, etc.).

A partir de estos postulados, los factores de riesgo al consumo de sustancias se podrían clasificar en tres grandes categorías (Gázquez, 2009):

- Factores Macrosociales: que agrupan variables del entorno social que son susceptibles de condicionar la calidad de vida. Los aspectos más relevantes en esta categoría serían:
  - Permisividad y aceptación social al consumo de sustancias.
  - Accesibilidad y disponibilidad a las sustancias.

- Contribución de la publicidad y los medios de comunicación.
  - Oferta recreativa con sustancias.
  - Asociación con el consumo.
2. Factores Microsociales: se orientan a variables sociales en las que la persona interactúa más asiduamente y con una implicación mayor. Los aspectos que incluiría esta categoría serían:
- La familia.
  - La escuela.
  - El grupo de iguales.
3. Factores Individuales: que aglutinan todas aquellas características de carácter individual que influyen en el comportamiento. Entre las variables más importantes podríamos destacar las siguientes:
- Edad.
  - Sexo.
  - Información.
  - Creencias y actitudes.
  - Control de emociones.
  - Autoconcepto y autoestima.
  - Habilidades y competencias personales.
  - Asertividad y vulnerabilidad a la persuasión.

Las teorías donde se apoya la prevención del consumo de drogas y otras conductas adictivas, para intentar controlar y reducir el impacto de los factores de riesgo, se desarrollaron en los años ochenta y noventa del pasado siglo, a partir de diferentes disciplinas, fundamentalmente desde la psicología. Aunque las teorías están suficientemente contrastadas, los programas preventivos que surgen en base a ellas, no tienen una eficacia y eficiencia adecuada, quedando muchas variables de riesgo sin cubrir o en las que el efecto no es lo positivo que se esperaba, por lo que los resultados en el consumo de sustancias, como hemos visto anteriormente, se encuentra estancado.

Las teorías más potentes y que han suscitado un mayor número de programas preventivos se recogen en dos revisiones, donde los autores las compilan por su relevancia. La primera de ellas es la que desarrollan Petriadis, Flay y Miller (1995) y la segunda la que propone Becoña (1999).

La propuesta de Petrides et al. (1995) la estructuran en cinco grupos de teorías, en función de sus características (Tabla 1). Posteriormente, Becoña (1999), propone una clasificación de tres categorías, según podemos observar en la Tabla 2.

Podemos comprobar en esta amplia secuencia de teorías, que se cubren la gran mayoría de factores de riesgo al consumo de una u otra forma. Seguimos encontrando factores, como la baja percepción de riesgo al consumo entre los jóvenes, que se nos escapa, dado que no conseguimos un camino válido para atajar esta variable fundamental (García del Castillo, 2012).

Tabla 1. Teorías explicativas sobre adicciones (Petrides et al., 1995)

<b>Teorías Cognitivo-Afectivas (Actitudes)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975)</li> <li>• Teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1985, 1988)</li> </ul>
<b>Teorías del Aprendizaje social</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoría del Aprendizaje Social (Akers et al., 1979)</li> <li>• Teoría del Aprendizaje Social/Cognitiva Social (Bandura, 1986)</li> </ul>
<b>Teorías del Apego Social</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoría del Control Social (Elliot et al., 1985, 1989)</li> <li>• Modelo del Desarrollo Social (Hawkins y Weis, 1985)</li> </ul>
<b>Teorías con características intrapersonales.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Modelo de Ecología Social (Kumpfer y Turner, 1990-1991)</li> <li>• Teoría del auto-desprecio (Kaplan, Martin y Robbins, 1982, 1984)</li> <li>• Modelo de varias etapas del Aprendizaje Social (Simons et al., 1988)</li> <li>• Teoría de la interacción familiar (Brooks et al., 1990)</li> </ul>
<b>Teorías que integran varios constructos (cognitivo-afectivos, de aprendizaje, compromiso y apego, e intrapersonales).</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoría de la Conducta Problema (Jessor y Jessor, 1977)</li> <li>• Teoría del Cluster de Iguales (Oetting y Beauvais, 1987)</li> <li>• Modelo de Vulnerabilidad (Sher, 1991)</li> <li>• Modelo del dominio (Huba y Bentler, 1982)</li> </ul>

Tabla 2. Teorías explicativas del consumo de drogas (Becoña, 1999)

<b>Teorías Cognitivo-Afectivas (Actitudes)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975)</li> <li>• Teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1985, 1988)</li> </ul>
<b>Teorías del Aprendizaje social</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoría del Aprendizaje Social (Akers et al., 1979)</li> <li>• Teoría del Aprendizaje Social/Cognitiva Social (Bandura, 1986)</li> </ul>
<b>Teorías del Apego Social</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoría del Control Social (Elliot et al., 1985, 1989)</li> <li>• Modelo del Desarrollo Social (Hawkins y Weis, 1985)</li> </ul>
<b>Teorías con características intrapersonales.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Modelo de Ecología Social (Kumpfer y Turner, 1990-1991)</li> <li>• Teoría del auto-desprecio (Kaplan, Martin y Robbins, 1982, 1984)</li> <li>• Modelo de varias etapas del Aprendizaje Social (Simons et al., 1988)</li> <li>• Teoría de la interacción familiar (Brooks et al., 1990)</li> </ul>

**Teorías que integran varios constructos (cognitivo-afectivos, de aprendizaje, compromiso y apego, e intrapersonales).**

- Teoría de la Conducta Problema (Jessor y Jessor, 1977)
- Teoría del Cluster de Iguales (Oetting y Beauvais, 1987)
- Modelo de Vulnerabilidad (Sher, 1991)
- Modelo del dominio (Huba y Bentler, 1982)

Las teorías multicomponentes son las que tratan de aglutinar más cantidad de factores para que los efectos finales sean más positivos. No obstante, aún no contamos con un modelo integrador que consiga una eficacia y eficiencia lo suficientemente potentes como para aplicarlo con las suficientes garantías de éxito.

**LA INTELIGENCIA EMOCIONAL COMO ESTRATEGIA PREVENTIVA**

La inteligencia es uno de los temas más recurrentes en el estudio de la psicología desde los cimientos de esta disciplina. Se considera uno de los procesos básicos fundamentales para la ejecución de tareas y, sobre todo, en lo relacionado con las habilidades para tener éxito en esas ejecuciones, sean cuales sean éstas. Las primeras propuestas vienen de la concepción de Galton (1885) considerando la inteligencia como una habilidad general de las personas que difieren entre ellas y que forman parte de su actividad cognitiva y la de Binet (1903) considerando la inteligencia como una habilidad direccionada, con adaptabilidad a afrontar nuevas situaciones. Posiblemente, uno de los precursores en el estudio de la inteligencia más alejado de la corriente que imperaba a principios del siglo XIX y que a finales de siglo promovió la inteligencia emocional, fue Thorndike (1920) con su propuesta de inteligencia social, que definió como la capacidad para dirigir a las personas y actuar más certeramente en las relaciones interpersonales.

De los estudios sobre inteligencia general, se propusieron muchas investigaciones con diferentes formas de medir la inteligencia. Podríamos destacar la que ha sustentado por más tiempo su hegemonía, la formulada por Wechsler (1958), que en la actualidad sigue siendo de las más utilizadas para medir el nivel intelectual. Este autor definía la inteligencia como una capacidad global para actuar intencionalmente, pensar de una forma racional y poder relacionarse con el entorno de una manera eficaz.

Posteriormente se desemboca en un constructo más multidimensional de la inteligencia, llegando a la formulación de la teoría de las inteligencias múltiples propuesta por Gardner (1983), desarrollando un modelo con siete inteligencias que actúan de forma conjunta. Habría que destacar de esta propuesta las que denomina el autor inteligencias personales,

que aglutinan la inteligencia interpersonal y la inteligencia intrapersonal. En versiones posteriores el propio Gardner perfila un poco más estas formas de inteligencia, afirmando que “la inteligencia interpersonal denota la capacidad de una persona para comprender las intenciones, motivaciones y deseos de los demás para trabajar eficazmente con ellos” mientras que “la inteligencia intrapersonal implica la capacidad para comprenderse a uno mismo, tener un modelo de trabajo que resulte efectivo y usar esta información eficientemente” (Gardner, 1999, 43).

La inteligencia emocional (IE) entra en la escena social a partir de la obra de David Goleman (1995) con una gran repercusión internacional, aunque los que desarrollan el concepto previamente son Salovey y Mayer (1990). Estos autores definen la inteligencia emocional como “una parte de la inteligencia social que incluye la capacidad de controlar nuestras emociones y las de los demás, discriminar entre ellas y usar dicha información para guiar nuestro pensamiento y nuestros comportamientos” (Salovey y Mayer, 1990, 189), en sintonía con las afirmaciones de Gardner, con dos niveles de procesamiento de la información afectiva: el interpersonal y el intrapersonal. Posteriormente y tras diferentes publicaciones acerca de la inteligencia emocional, con otros puntos de vista, los precursores del concepto se encargan de profundizar en la construcción teórica del mismo, reformulando su definición inicial: “La inteligencia emocional implica la habilidad para percibir y valorar con exactitud la emoción; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos cuando éstos facilitan el pensamiento; la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional, y la habilidad para regular las emociones que promueven el crecimiento emocional e intelectual” (Mayer y Salovey, 2007, 32).

Desde esta nueva perspectiva, los autores defienden un planteamiento cognitivo orientando el estudio de la IE desde un modelo de capacidad diferenciando entre lo que denominan “modelos de capacidad” y “modelos mixtos” (Mayer, Salovey y Caruso, 2000). Los autores afirman que la diferencia entre los modelos depende de los elementos o dimensiones que contemplen, por ello los modelos mixtos combinarían capacidades mentales con rasgos de personalidad como perseverancia u optimismo, mientras que los modelos de capacidad darían más importancia a los aspectos cognitivos o las capacidades mentales (Mayer, Salovey y Caruso, 2000).

Desde esta clasificación, de los modelos existentes hoy en IE, el único que se encuadraría dentro de los modelos de capacidad sería el de Mayer y Salovey (1997), mientras que los modelos de Goleman (1995) y Bar-On (1997) formarían parte de los modelos mixtos.

La diferenciación entre modelos mixtos y modelos de capacidad ha sido criticada por no reflejar las posibles diferencias existentes entre el rendimiento típico frente al rendimiento máximo y haber desarrollado medidas de IE a

través de los test de rendimiento máximo y autoinformes, asumiendo que se estaba midiendo el mismo constructo (Pérez, Petrides, y Furnham, 2005).

Las formas de medida de la IE, en función del modelo utilizado, serían distintas, por una parte los modelos de IE rasgo y por otra los modelos de IE capacidad. De esta forma, la IE rasgo o “autoeficacia emocional” abarcaría los rasgos emocionales y las capacidades medidas con autoinformes, mientras que la IE capacidad o “capacidad cognitivo-emocional” abarcaría las capacidades emocionales actuales medidas con test de rendimiento máximo (Petrides y Furnham, 2006). Si utilizamos cuestionarios de autoinforme estaríamos midiendo la IE como un rasgo de la personalidad mientras que si utilizamos cuestionarios de rendimiento máximo estaríamos midiendo la IE como una capacidad cognitiva. Siguiendo este planteamiento, las diferencias fundamentales entre ambos constructos quedan explicadas en Tabla 3.

Tabla 3. Comparación entre la IE Rasgo y la IE Capacidad

	IE Rasgo	IE Capacidad
Medida	A través de autoinforme	A través de test de rendimiento
Conceptualización	Rasgo de la personalidad	Capacidad cognitiva
Validez de constructo	Buena discriminación y validez incremental <i>vis-à-vis</i> con la personalidad	Validez limitada concurrente y predictiva
	Buena concurrencia y validez predictiva	Bajas correlaciones con medidas de CI
Ejemplo de instrumentos de medida	TEIQue	MSCEIT
Propiedades de los instrumentos	Fácil de administrar	Difícil de administrar
	Susceptible a la manipulación	Resistente a la manipulación
	Procedimientos de puntuación estándar	Procedimientos de puntuación atípicos
	Buenas propiedades psicométricas	Débiles propiedades psicométricas

Fuente: Basado en Petrides, Furnham, y Frederickson (2004)

Se han encontrado evidencias empíricas que ponen de manifiesto la necesidad de diferenciar entre IE rasgo e IE capacidad (O'Connor y Little, 2003; Warwick y Nettelbeck, 2004) en consonancia con el planteamiento de Petrides y Furnham (2006), dado que el modelo de Mayer et. al (2000) descuida importantes aspectos psicométricos como el método de medida utilizado para medir el constructo y no concuerda con resultados empíricos actuales que correlacionan las medidas de autoinforme de IE entre sí (Pérez et al., 2005).

La búsqueda de nuevas vías de prevención del consumo de drogas y otras adicciones es incesante, ya que las que

actualmente manejamos siguen siendo insuficientes para cubrir todos los objetivos preventivos. El cuerpo teórico y aplicado de la prevención de las adicciones se ha nutrido, como hemos visto, de diferentes disciplinas a lo largo del tiempo y continúa en esa misma línea de acción. El estudio de la inteligencia emocional en general y como estrategia para afrontar las adicciones en particular, se incorpora hace relativamente pocos años a la investigación, pero en la actualidad ya ha desarrollado un buen número de publicaciones (Canto, Fernández-Berrocal, Guerrero y Extremera, 2005; Fernández-Serrano, Moreno-López, Pérez-García y Verdejo-García, 2012; García del Castillo-López, 2011; García del Castillo-López, García del Castillo y Marzo, 2012; Hill y Maggi, 2011; Kassel, Stroud y Paronis, 2003; Kun y Demetrovics, 2010; Madd, Erwin, Carmody, Villarreal, White y Gundersen, 2013; Muñoz, 2009; Limonero, Tomás-Sábado y Fernández-Castro, 2006; Riley y Schutte, 2003; Ruiz-Aranda, Cabello, Salguero, Castillo, Extremera y Fernández-Berrocal, 2010; Schutte, Malouff y Hine, 2010; Trinidad, Unger, Chou, Azen y Johnson, 2004) que la convierten en un baluarte potencial de amplio recorrido para la prevención del consumo de drogas y otras adicciones.

Los estudios son bastante alentadores en cuanto a la función de la IE en el proceso preventivo de las adicciones, aunque aún estamos lejos de poder aseverar que puede ser una variable fundamental para todas las adicciones, dado que todavía no se han llevado a cabo investigaciones en todas ellas., centrándose únicamente hasta el momento actual, en el tabaco y el alcohol fundamentalmente, aunque como veremos, algunos autores (Grillo, 2010; Riley y Schutte, 2003) ya avanzan hipótesis en estudios de adicciones en general, así como los relacionados con adicciones comportamentales (Madd, Erwin, Carmody, Villarreal, White y Gundersen, 2013).

En un metaanálisis desarrollado por Kun y Demetrovics (2010), se identificaron 51 artículos que incluían la IE y las adicciones, y finalmente trabajaron con 36 artículos que cumplían los criterios de inclusión, es decir, la relación entre IE y problemas adictivos. Comprobaron que los niveles bajos de IE se asocian con el comportamiento de fumar compulsivo, un mayor uso de alcohol y de otras drogas ilegales. Los componentes de IE que se relacionan más significativamente con el comportamiento adictivo son la “descodificación y diferenciación de las emociones” y la “regulación de las emociones”. Riley y Schutte (2003), concluyeron en su estudio con población adulta, que los niveles bajos en IE son predictores de un mal afrontamiento con los problemas relacionados con el alcohol y otras drogas.

En referencia con el consumo de alcohol, pero en este caso desde su vertiente preventiva, en un estudio con un total de 411 adolescentes y jóvenes de Alicante, afirma que algunas de las variables que intervienen como factores de riesgo al consumo, como la resistencia a la presión del grupo de iguales en conductas de consumo de alcohol, se relaciona positivamente con los niveles de IE. Algo similar ocurre con la

variable apoyo social que presenta una relación significativa, tanto en adolescentes como en jóvenes (García del Castillo-López, 2011).

La IE también juega un papel representativo en la prevención del consumo de cocaína. Un estudio reciente llevado a cabo en Málaga con una muestra de 1841 estudiantes de secundaria, entre 12 y 18 años de edad, muestra que una capacidad menor para percibir adecuadamente las emociones correlaciona con un mayor consumo de cocaína en esta franja de edad. Según los autores, el consumo de esta sustancia en niveles emocionales bajos se convierte en una forma de autorregulación emocional. La diferencia entre sexos se refleja en un menor consumo en las chicas. Concluyen que la IE actúa como un factor de protección al consumo de cocaína (Ruiz-Aranda, Cabello, Salguero, Castillo y González, 2009).

Otros estudios que analizan las drogas legales, tabaco y alcohol, en una muestra de 205 adolescentes de diferentes razas del sur de California, muestran que la IE correlaciona negativamente con el consumo de estas sustancias. Así mismo los adolescentes estudiados que tienen una IE alta presentan una interrelación apropiada con sus iguales, además de ser más resistentes a la presión de grupo (Trinidad y Johnson, 2002). Investigaciones posteriores de los autores, con una muestra mayor de 416 adolescentes de diferentes razas en el área de Los Ángeles, concluyen que un alto nivel en IE se asocia con una percepción negativa del consumo de tabaco, además de mostrarse más resistentes a aceptar cigarrillos cuando se los ofrecen (Trinidad, Unger, Chou, Azen y Johnson, 2004). Por otra parte, la IE baja, fundamentalmente en varones, disminuye la capacidad de percibir emociones o utilizarlas para facilitar mejores cogniciones, está asociada a resultados negativos con el uso de sustancias, incluidas el alcohol y el tabaco, así como con malas relaciones con los amigos (Brackett, Mayer y Warner, 2004).

Estudios que abordan la adicción comportamental sin sustancias, como Internet, juegos de azar y video juegos, muestran que la IE es un buen predictor de comportamientos de abuso. En concreto la investigación llevada a cabo por Parker, Taylor, Eastabrook, Schell y Wood (2008), con una muestra de 667 adolescentes y jóvenes entre 13 y 18 años, los jóvenes entre 16 y 18 años obtuvieron mejores puntuaciones en IE que los menores. Las chicas puntuaron más alto en IE que los chicos en las escalas de relación interpersonal e intrapersonal, mientras que los chicos obtuvieron puntuaciones más altas de IE en la escala de adaptabilidad. Las variables asociadas a una adicción potencial a Internet, juegos de azar y video juegos, son explicadas por los autores mediante una variable latente que denominan "preocupación disfuncional", con gran repercusión en la intervención y prevención de estos comportamientos. La IE representa en este estudio el 58% de la varianza para los más jóvenes y el 31% para los mayores en relación con las adicciones a Internet, juegos de azar y video juegos.

## CONCLUSIONES

Las investigaciones que relacionan la IE y las adicciones son todavía insuficientes, pero se puede apreciar en todas ellas, que los niveles altos de IE representan un factor de protección moderadamente potente para prevenir el consumo de sustancias y proteger de las adicciones comportamentales. Sería conveniente proponer estudios encaminados a comprobar cuáles serían las interacciones entre IE y otras variables psicosociales que pueden intervenir en el proceso de iniciación a la adicción, como es el caso de la resiliencia, el autoconcepto, la autoestima, el apoyo social, las habilidades sociales o las actitudes, entre otras.

Podemos comprobar que, independientemente de la sustancia o el comportamiento adictivo estudiado, la IE actúa como variable moduladora del comportamiento final, lo que nos lleva a pensar que puede actuar como una medida preventiva de eficacia en los programas de prevención de las adicciones, sobre todo, porque sabemos que mediante programas de intervención se pueden mejorar significativamente los niveles de IE, como ponen de manifiesto muchas investigaciones al respecto (Clarke, 2010; Cook, Bay, Visser, Myburgh y Njoroge, 2011; Di Fabio y Kenny, 2011; Lindebaum, 2009; Nelis, Quoidbach, Mikolajczak y Hansenne, 2009; Qualter, Gardner, Pope, Hutchinson y Whiteley, 2012; Ruiz-Aranda, Castillo, Salguero, Cabello, Fernández-Berrocal y Balluerka, 2012).

La conducta adictiva se configura por una peculiar composición multifactorial que sigue dificultando el encontrar variables que expliquen su iniciación y consolidación en porcentajes altos, lo que implica necesariamente recurrir a diferentes estrategias y constructos que puedan hacer más eficiente el resultado final. Por ello se hace imprescindible continuar con la labor de investigación, buscando nuevos enfoques que consigan profundizar más en el problema de la prevención. Hemos podido analizar sucintamente el papel tan representativo que comienza a jugar la inteligencia emocional en la prevención de las adicciones.

## REFERENCIAS

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Akers, R., Marvin, L. Lanza-Kaduce, L. y Radosevich, M. (1979). Social Learning and Deviant Behavior: A Specific Test of a General Theory. *American Sociological Review* 44:636-55.

- Azjen, I. (1988). *Attitudes, personality and behaviour*. Chicago, IL: The Dorsey Press.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall (trad. cast.: Salamanca, Sígueme, 1984).
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Halls (trad. cast.: Barcelona, Martínez Roca, 1987).
- Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): a test of emotional intelligence*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems, Inc.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de Prevención de Drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Binet, A. (1903). *L'Analyse experimentales de l'intelligence*. Paris: Scchleicher.
- Brackett, M.A., Mayer, J.D. y Warner, R.M. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behavior. *Personality and Individual Differences*, 36(6), 1387-1402.
- Brook, J.S., Brook, D.V, Gordon, A. S., Whiteman, M. y Cohen, P (1990). The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 116 (2), 111-267.
- Calafat, A., Amengual, M., Farrés, C., Mejías, G. y Borrás, M. (1992). *Tú decides. Programa de educación sobre drogas* (3ª edición). Mallorca: Secció de Promoció de la Salut. Servei d'Acció Social i Sanitat.
- Canto, J., Fernández-Berrocal, P., Guerrero, F., y Extremera, N. (2005). Función protectora de las habilidades emocionales en las adicciones. En R. Martínez y G. Mira (Eds.), *Psicología social y problemas sociales* (pp. 583-590). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Catalano, R.F., Kosterman, R., Hawkins, J.D., Newcomb, M.D. y Abbott, R.D. (1996). Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the social development model. *Journal of Drug Issues*, 26, 429-455.
- Chatlos, J.C. (1996). Recent trends and a developmental approach to substance abuse in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 1-27.
- Clarke, N. (2010). The impact of a training programme designed to target the emotional intelligence abilities of project managers. *International Journal of Project Management*, 28(5), 461-468.
- Cook, G.L., Bay, D., Visser, B., Myburgh, J.E. y Njoroge, J. (2011). Emotional Intelligence: The Role of Accounting Education and Work Experience. *Issues in Accounting Education*, 26(2), 267-286.
- Di Fabio, A. y Kenny, M.E. (2011). Promoting Emotional Intelligence and Career Decision Making Among Italian High School Students. *Journal of Career Assessment*, 19(1), 21-34.
- Elliott, D.S., Huizinga, D. y Ageton, S.S. (1985). *Explaining Delinquency and Drug Use*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Elliott, D.S., Huizinga, D. y Menard, S. (1989). *Multiple problem youth: Delinquency, substance use, and mental health problems*. New York: Springer-Verlag.
- Fernández-Serrano, M.J., Moreno-López, L., Pérez-García, M. y Verdejo-García, A. (2012). Inteligencia emocional en individuos dependientes de cocaína. *Trastornos Adictivos*, 14(1), 27-33.
- Fishbein, M. y Azjen, I. (1975). *Belief, attitude and behaviour: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Flay, B.R. y Petraitis, J. (1994). The theory of triadic influence: A new theory of health behavior with implications for preventive interventions. *Advances in Medical Sociology*, 4, 19- 44.
- Galton, F. (1885). On the anthropometric laboratory at the late international health exhibition. *Journal of Anthropological Institute*, 14, 205-219.
- García del Castillo, J.A. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 12(2), 133-151.
- García del Castillo-López, A. (2011). *Elaboración de un modelo psicosocial multidimensional explicativo del consumo de alcohol desde la inteligencia emocional*. (Tesis Doctoral inédita). Alicante: Universidad Miguel Hernández.
- García del Castillo-López, A., García del Castillo, J.A. y Marzo, J.C. (2012). La relevancia de la inteligencia emocional en la prevención del consumo de alcohol. *Informació Psicològica*, 104, 100-111.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind. The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books (trad. cast.: Barcelona: Paidós, 2011).
- Gardner, H. (1999). *Intelligence reframed: Multiple intelligence for the 21st century*. New York: Basic Books.
- Gázquez, M. (2009). *Eficacia diferencial de tres programas de prevención escolar del consumo de drogas, según el tipo de aplicador*. (Tesis Doctoral inédita). Alicante: Universidad Miguel Hernández.
- Glantz, M.D. (1992). A developmental psychopathology model of drug abuse vulnerability. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 389-418). Washington, DC: American Psychological Association.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- Grillo, L. (2010) An Integral Inquiry into Addiction and Emotional Intelligence. *Journal of Integral Studies* 5, 54-73.
- Hawkins J. D., Catalano R. F., Miller J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Hawkins, J. D. y Weis, J. G. (1985). The social development model: An integrated approach to delinquency prevention. *The Journal of Primary Prevention*, 6(2), 73-97.
- Hill, E.M. y Maggi, S (2011). Emotional intelligence and smoking: Protective and risk factors among Canadian young adults. *Personality and Individual Differences*, 51(1), 45-50.
- Huba, G. J. y Bentler, P. M. (1982). A developmental theory of drug use: Derivation and assessment of a causal modeling approach. In P. B. Baltes y O. G. Brim, Jr., (Eds.), *Life-span development and behavior*, Vol. 4 (pp. 147-203). New York: Academic.

- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health, 12*, 597-605.
- Jessor, R. y Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. San Diego, CA: Academic Press.
- Kandel, D.B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science, 190*, 912-914.
- Kaplan, H., Martin, S. y Robbins, C. (1982). Application of a general theory of deviant behavior: Self-derogation and adolescent drug use. *Journal of Health and Social Behavior, 23*, 274-294.
- Kaplan, H., Martin, S. y Robbins, C. (1984). Pathways to adolescent drug use: Self-derogation, peer influence, weakening of social controls, and early substance use. *Journal of Health and Social Behavior, 25*, 270-289.
- Kaplan, H.B. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues, 26*(2), 345-377.
- Kaplan, H.B., Johnson, R.J. y Bailey, C.A. (1986). Self-rejection and the explanation of deviance: Refinement and elaboration of a latent structure. *Social Psychology Quarterly, 49*, 110-128.
- Kaplan, H.B., Martin, S.S. y Johnson, R.J. (1986b). Self-rejection and the explanation of deviance: Specification of the structure among latent constructs. *American Journal of Sociology, 92*, 384-411.
- Kassel, J.D., Stroud, L.R. y Paronis, C.A. (2003). Smoking, stress, and negative affect: Correlation, causation, and context across stages of smoking. *Psychological Bulletin, 129*(2), 270-304.
- Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C. y Hepler, N. (1998). Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development and empowerment approach. *Journal of Drug Education, 28*, 1-17.
- Kumpfer, K.L., and Turner, C. (1990/1991). The Social Ecology Model of Adolescent Substance Abuse: Implications for prevention. *Int. J. Addict 25*(4A), 435-463.
- Kun, B., y Demetrovics, Z. (2010). Emotional Intelligence and Addictions: A Systematic Review. *Substance & Use Misuse, 45*, 1131-1160.
- Labouvie, E. (1996). Maturing out of substance use: Selection and self-correction. *Journal of Drug Issues, 26*, 457-476.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., y Fernández-Castro, J. (2006). Perceived emotional intelligence and its relation to tobacco and cannabis use among university students. *Psicothema, 18*, 95-100.
- Lindebaum, D. (2009). Rhetoric or Remedy? A Critique on Developing Emotional Intelligence. *Academy Management Learning Education, 8*(2), 225-237.
- Madd, S.R., Erwin, L.M., Carmody, C.L., Villarreal, B.J., White, M y Gundersen, K.K. (2013). Relationship of hardiness, grit, and emotional intelligence to internet addiction, excessive consumer spending, and gambling. *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice, 8*(2), 128-134.
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (2007). ¿Qué es inteligencia emocional? In J. M. Mestre y P. Fernández-Berrocal (Eds.), *Manual de inteligencia emocional*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Mayer, J. D., Salovey, P., y Caruso, D. (2000). Models of Emotional Intelligence. En R. Sternberg (Ed.), *Handbook of Intelligence* (pp.396-420). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mayer, J. D., y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey y D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Muñoz, R.A. (2009). *Tratamiento ambulatorio del paciente farmacodependiente: propuesta de intervención psicossocial basada en la inteligencia emocional*. Trabajo de Ascenso. Venezuela: Universidad de Oriente. <http://hdl.handle.net/123456789/3887>
- Nelis, D., Quoidbach, J., Mikolajczak, M. y Hansenne, M. (2009). Increasing emotional intelligence: (How) is it possible? *Personality and Individual Differences, 47*(1), 36-41.
- Newcomb, M.D. (1996). Pseudomaturity among adolescents: Construct validation, sex differences, and associations in adulthood. *Journal of Drug Issues, 26*, 477-504.
- O'Connor, R. M., y Little, I. S. (2003). Revisiting the predictive validity of emotional intelligence: self-report versus ability-based measures. *Personality and Individual Differences, 35*(8), 1893-1902.
- Oetting, E. R. y Beauvais, F. (1987). Peer cluster theory: Socialization characteristics and adolescent drug use: A path analysis. *Journal of Counseling Psychology, 34*, 205-213.
- Oetting, E.R. y Donnermeyer, J.F. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. I. *Substance Use & Misuse, 33*, 995-1026.
- Oetting, E.R., Deffenbacher, J.L. y Donnermeyer, J.F. (1998a). Primary socialization theory: The role played by personal traits in the etiology of drug use and deviance. II. *Substance Use & Misuse, 33*, 1337-1366.
- Oetting, E.R., Donnermeyer, J.F. y Deffenbacher, J.L. (1998b). Primary socialization theory: The influence of the community on drug use and deviance. III. *Substance Use & Misuse, 33*, 1629-1665.
- Oetting, E.R., Donnermeyer, J.F., Trimble, J.E. y Beauvais, F. (1998c). Primary socialization theory: Culture, ethnicity, and cultural identification. The links between culture and substance use. IV. *Substance Use & Misuse, 33*, 2075-2107.
- Pandina, R., Jonhson, V. y Labouvie, E. (1992). Affectivity: A central mechanism in the development of drug dependence. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 179-209). Washington, DC: American Psychological Association.
- Parker, J.D.A., Taylor, R.N., Eastabrook, J.M., Schell, S.L. y Wood, L.M. (2008). Problem gambling in adolescence: Relationships with

- internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 45(2), 174-180.
- Peele, S. (1985). *The meaning of addiction. A compulsive experience and its interpretation*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Pérez, J. C., Petrides, K. V., y Furnham, A. (2005). Measuring trait emotional intelligence. In R. Schulze y R. D. Roberts (Eds.). *International Handbook of Emotional Intelligence* (pp. 181-201). Cambridge, MA: Hogrefe y Huber.
- Petratis, J., Flay, B. R. y Miller, T. Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the puzzle. *Psychol Bull*, 117(1), 67-86.
- Petrides, K. V. y Furnham, A. (2006). The role of trait emotional intelligence in a gender-specific model of organization variables. *Journal of Applied Psychology*, 36, 552-569.
- Petrides, K. V., Furnham, A., y Frederickson, N. (2004). Emotional Intelligence. *The Psychologist*, 17(10), 574-577.
- Petterson, P. L., Hawkins, J. D. y Catalano, R. F. (1992). Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions. Design challenges and recommendations. *Evaluation Review*, 16, 579-602.
- PNsD (2011). *EDADES*. Madrid: Observatorio Español sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas.
- Qualter, P., Gardner, K.J., Pope, D.J., Hutchinson, J.M. y Whiteley, H.E. (2012). Ability emotional intelligence, trait emotional intelligence, and academic success in British secondary schools: A 5 year longitudinal study. *Learning and Individual Differences*, 22(1), 83-91.
- Riley, H., y Schutte, N. S. (2003). Low emotional intelligence as a predictor of substance-use problems. *Journal of Drug Education*, 33, 391-398.
- Ruiz-Aranda, D., Cabello, R., Salguero, J. M., Castillo, R., Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2010). *Los adolescentes malagueños ante las drogas: la influencia de la inteligencia emocional*. Málaga: GEU.
- Ruiz-Aranda, D., Cabello, R., Salguero, J.M., Castillo, R. y González, V. (2009). Inteligencia emocional y el consumo de cocaína en adolescentes. En P. Fernández-Berrocal, N. Extremera, R. Palomera, D. Ruiz-Aranda, J.M. Salguero y R. Cabello (cords.). *Avances en el estudio de la inteligencia emocional*. Santander: Fundación Marcelino Botín.
- Ruiz-Aranda, D., Castillo, R., Salguero, J.M., Cabello, R., Fernández-Berrocal, P. y Balluerka, N. (2012). Short- and Midterm Effects of Emotional Intelligence Training on Adolescent Mental Health. *Journal of Adolescent Health*, 51(5), 462-467.
- Salovey, P., y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Santacreu, J. y Froján, M.X. (1992). El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (II). *Revista Española de Drogodependencias*, 17, 253-268.
- Santacreu, J., Froján, M.X. y Hernández, J.A. (1991). El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (I). *Revista Española de Drogodependencias*, 16, 201- 215.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hine, D. W. (2011). The association of ability and trait emotional intelligence with alcohol problems. *Addiction Research & Theory*, 19(3), 260-265.
- Sher, K.J. (1991). *Children of alcoholics. A critical appraisal of theory and research*. University of Chicago Press. Chicago and London.
- Simons, R. L., Coger, R. D. y Whitbeck, L. B. (1988). A multistage social learning model of influences of family and peers upon adolescents substance abuse. *Journal of Drug issues*, 18, 293-315.
- Substance Use: Organizing Pieces in the Puzzle. *Psychological Bulletin*, 117(1), 67-86.
- Thornberry, T.P. (1987). Toward an interactional theory of delinquency. *Criminology*, 25, 863-891.
- Thorndike, E. L. (1920). Intelligence and its use. *Harper's Magazine*, 140, 227-235.
- Trinidad, D. R., Unger, J. B., Chou, C., Azen, S. P., y Johnson, C. A. (2004). The protective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescents. *Personality and Individual Differences*, 36, 945-954.
- Trinidad, D.R. y Johnson, C.A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 32(1), 95-105.
- Warwick, J., y Nettelbeck, T. (2004). Emotional intelligence is...? *Personality and Individual Differences*, 37(5), 1091-1100.
- Werch, C.E. y DiClemente, C.C. (1994). A multi-component state model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. *Health Education Research*, 9, 37-46.



## MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES: ¿QUÉ DICEN LOS EXPERTOS?

### MEDIA AND ALCOHOL CONSUMPTION IN ADOLESCENTS: WHAT DO THE EXPERTS SAY?

Cristian Suárez <sup>1</sup>, Gonzalo Del Moral <sup>1</sup>, Gonzalo Musitu <sup>1</sup> y María Villarreal-González <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad Pablo de Olavide de Sevilla

<sup>2</sup> Universidad Autónoma de Nuevo León

#### Abstract

The objective of this study is to obtain the views of experts on adolescence, family, school, public authorities and media, regarding the role played by the media in alcohol consumption among adolescents. The method proposed by Grounded theory (Glaser & Strauss, 1967) has been utilized. Data were collected through discussion groups informed by semistructured interviews. The study involved 32 national experts. The experts interviewed perceived that the media play an important educational role in alcohol consumption, in addition, they identified seven key aspects (subcategories) that involve risk factors for alcohol use among adolescents, grouped into three main categories (modeling unhealthy habits, biased portrait of adolescents and lack of rigor in information).

*Keywords: media, adolescents, alcohol, grounded theory.*

#### Resumen

El objetivo del presente estudio es conocer la opinión de profesionales expertos en adolescencia, familia, escuela, medios de comunicación y políticas locales, respecto al rol que desempeñan los medios de comunicación en el consumo de alcohol en los adolescentes. Se ha realizado una investigación cualitativa siguiendo el esquema propuesto por la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) (Glaser y Strauss, 1967). La información se ha obtenido a partir de Grupos de Discusión guiados por entrevistas semiestructuradas. Participaron en el estudio 32 expertos nacionales. La conclusión principal es que los expertos entrevistados perciben que los medios de comunicación desempeñan un importante rol educativo en el consumo de alcohol e identifican siete aspectos clave (subcategorías) en el comportamiento de los medios que suponen factores de riesgo para el consumo en los adolescentes, los cuales se agrupan en tres categorías (modelado en hábitos no saludables, imagen sesgada del adolescente y falta de rigor en la información).

*Palabras clave: medios de comunicación, adolescentes, alcohol, teoría fundamentada.*

Correspondencia: Cristian Suárez Relinque.  
Universidad Pablo de Olavide.  
Dpto. CC. Sociales.  
Ctra. de Utrera, Km. 141013  
Sevilla (España)  
Tfno: +34954348971  
E-mail: csuarel@upo.es

En la investigación de los últimos años se ha puesto de manifiesto la gran cantidad de tiempo que los adolescentes permanecen expuestos a contenidos en los medios de comunicación que incluyen el consumo de alcohol (Borzekowski & Strasburger, 2008; García del Castillo, López-Sánchez & Quiles, 2006; Hanewinkel, Sargent, Poelen, Evelien, Scholte, Florek et al. 2012). En trabajos recientes se subraya el profundo impacto que esa exposición tiene en las actitudes y conductas que manifiestan los jóvenes en general respecto al consumo, si bien hay que puntualizar que es más relevante el tipo de contenido que el tiempo de exposición (Anderson, De Bruijn, Angus, Gordon & Hastings, 2009; Grube & Waiters, 2005; Hanewinkel & Sargent, 2009; Moon & Rao, 2011; Moreno, Briner, Williams, Brockman, Walker, & Christakis, 2010; Rideout, Foehr & Roberts, 2010; Van Hoof, De Jong, Fennis & Gosselt, 2009; Wills, Sargent, Gibbons, Gerrard & Stoolmiller, 2009). Por otro lado, los estudios muestran la existencia de un conjunto de variables moderadoras que influyen en los efectos de la exposición al contenido mediático como, por ejemplo, el nivel educativo del consumidor y las habilidades para el pensamiento crítico (Scull, Kupersmidt, Parker, Elmore & Benson, 2010; Sotirovic, 2003; Talor, Cohen, Tsfati & Gunter, 2009) o los factores familiares de protección (Lloret, Segura, & Carratalá, 2008; Pilatti, Godoy & Brussino, 2012; Wray-Lake, Crouter & McHale, 2010).

La investigación reciente ha contrastado ampliamente la capacidad de influencia del entorno mediático o audiovisual en la conceptualización que realizan los adolescentes del alcohol (Anderson et al. 2009; Igartua & Moral, 2012; Minnebo & Eggermont, 2007; Moon & Rao, 2011; Morgan & Shanahan, 2010; Rideout et al. 2010; Strasburger, 2010), pero sin embargo, no ha profundizado de igual forma en el papel concreto que desempeñan los medios en la actual estrategia integral de prevención del consumo de alcohol en adolescentes que implica a todos los agentes educativos de la sociedad: poderes públicos, escuela, familia y medios de comunicación.

Actualmente, el rol desempeñado por los medios de comunicación en la prevención del consumo de alcohol se limita casi exclusivamente a ser una herramienta encargada de la difusión de mensajes en prensa, radio o televisión para promover estilos de vida saludables a través de campañas puntuales (Van Hoof et al. 2009). En algunos estudios se muestra el efecto preventivo de este tipo de campañas antidroga (Council on Communications and Media, 2010; Flynn, Worden, Bunn, Dorwaldt, Dana & Callas, 2006) mientras que, en otros, se ha observado que estimulan el consumo más que lo reducen, en una especie de “efecto boomerang” por el cual se producen efectos no deseados en las actitudes y comportamientos de los adolescentes (Fishbein, Hall-Jamieson, Zimmer, Von Haefen & Nabi, 2002).

Pero, la influencia ejercida por los medios en el consumo de alcohol no se limita a su efecto (preventivo o boomerang) a través de estas campañas. Por ejemplo, los medios deciden el

espacio y la importancia que dan al consumo de alcohol dentro del conjunto de asuntos sobre los que deciden informar (Agenda-Setting), elaboran la información sobre la bebida seleccionando, enfatizando y excluyendo elementos (Framing), presentan personajes en películas, reality-shows, vídeos musicales, e incluso informativos que se convierten en “superiguales” para los adolescentes (al facilitarles modelos e información determinada sobre el uso del alcohol que no se encuentra disponible en el grupo de iguales o en la familia) (Brown, Halpern & L’Engle, 2005; Entman, 1993; McCombs, 2005; Tankard, 2011). De esta forma, los medios de comunicación ofrecen a los adolescentes un marco cognitivo e interpretativo del consumo de alcohol que condiciona su forma de entender este hecho social, cuyo principal efecto es que pueden llegar a conceptualizar la bebida de manera similar a cómo es representada en los medios, independientemente de la información que obtienen a través de su propia experiencia directa (Borzekowski & Strasburger, 2008; Henriksen, Feighery, Schleicher & Fortmann, 2008; Minnebo & Eggermont, 2007; Morgan & Shanahan, 2010; Van Hoof et al. 2009).

Por lo tanto, si la influencia de los medios en materia de alcohol no se limita únicamente a la información que se transmite a través de las campañas, parece razonable pensar que su papel en la prevención no debería consistir exclusivamente en servir de altavoz para los mensajes que se generan desde las diferentes instituciones, sino que su propio comportamiento necesitaría ir en consonancia y formar parte de las propias estrategias preventivas a las que prestan voz.

De nada sirve difundir mensajes preventivos en radio o televisión con el objeto de concienciar a los adolescentes de los peligros asociados a la bebida, cuando en los mismos medios se contravienen las recomendaciones de los organismos nacionales sobre las formas de presentar información en materia de drogodependencias y se muestran contenidos e informaciones que ofrecen un perfil “glamurizado” del consumo, lo cual supone un importante factor de riesgo en el inicio precoz de los menores en la bebida y también en el desarrollo de patrones de consumo abusivo (FAD, 2009; Hanewinkel & Sargent, 2009; DGPNSD, 2007; Strasburger, 2010; Wills et al. 2009; Isorna & Saavedra, 2012).

Ante esta realidad, sería recomendable que los medios asumieran de forma más activa su papel de agente educativo en materia de alcohol, más allá de las citadas campañas, y la investigación podría servir para guiar sus pasos en ese sentido, profundizando aún más en el análisis e identificación de aquellos aspectos específicos del comportamiento general de los medios que se relacionan directa o indirectamente con el consumo de alcohol en los adolescentes, y sugiriendo además posibles formas de control (en cuanto a contenidos, horarios e incluso el lenguaje utilizado cuándo se incluye el nexo alcohol-adolescencia). Por otro lado, a la hora de enfocar este tipo de investigación es importante recordar que la tarea preventiva, para ser eficaz, necesita implicar a todos los agentes que

educan en el consumo de alcohol, entre los que se encuentran los medios de comunicación. Por tanto, sería aconsejable que el papel de los medios fuera analizado en los estudios dentro de esa estrategia integral en relación con el resto de agentes (escuela, familia y poderes públicos).

Aunque, como hemos expuesto en párrafos anteriores, existen trabajos previos que analizan la relación entre los medios de comunicación y el consumo de alcohol en adolescentes, no se encuentran estudios que ofrezcan un enfoque integral que aporte la visión de los medios por parte de todos los implicados en la labor de prevención, un paso fundamental para lograr los objetivos propuestos anteriormente y que consideramos resulta accesible utilizando una metodología cualitativa. Conocer la percepción de los profesionales expertos que investigan y trabajan en los diferentes niveles ecológicos (Bronfenbrenner, 1979; Villarreal-González, Sánchez-Sosa, Musitu & Varela, 2010) en los que se desarrolla la prevención del consumo de alcohol en los adolescentes, puede aportar información fundamental respecto a los elementos que se deben tener en cuenta al analizar el rol que desempeñan y pueden desempeñar los medios en dicha prevención.

Siguiendo este enfoque, el objetivo de este estudio es conocer desde la perspectiva de estos profesionales expertos cuál es el rol que desempeñan los medios de comunicación en el consumo de alcohol en los adolescentes.

## METHOD

### Diseño

En la presente investigación se ha aplicado una metodología cualitativa, considerando que supone la forma más pertinente y accesible de obtener una visión integral desde el punto de vista de la prevención, acerca del rol que desempeñan los medios de comunicación en el consumo de alcohol en los adolescentes. En concreto, se ha optado por seguir los pasos propuestos por la Teoría Fundamentada o Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967), puesto que ofrece una metodología sistemática inductiva que permite el descubrimiento de las dimensiones importantes del fenómeno estudiado sin partir de hipótesis teóricas preestablecidas, mediante el análisis del discurso de los participantes en la investigación, en este caso, el de los expertos implicados en los diferentes niveles ecológicos en los que se desarrolla la prevención del consumo de alcohol (interesantes trabajos similares pueden consultarse en Carreter, García, Ródenas, Gómez, Bermejo & Villar (2011), March, Prieto, Danet, Suess, Ruiz & García (2012), March, Prieto, Danet, Escudero, López & Luque (2010) y Pettigrew (2002)). A continuación, se muestran los detalles del diseño general utilizado:

- a) Carácter emergente del estudio. Aproximación al campo de estudio sin contacto previo con modelos explicativos relativos al fenómeno investigado (Glaser, 1992; Valles, 2000). Marco teórico general utilizado para el muestreo intencional: niveles ecológicos del desarrollo (Bronfenbrenner, 1979) (nivel microsocietal: familia- escuela y nivel macrosocietal: poderes públicos-medios).
- b) Criterios generales de selección muestral: representatividad teórica o estructural, heterogeneidad-homogeneidad y accesibilidad (Valles, 2000).
- c) Validez de las conclusiones: triangulación de datos o interfente (Olsen, 2004): expertos, literatura previa.
- d) Relación con la teoría. En la fase de escritura se ha utilizado la literatura previa relativa a la influencia de los medios en el consumo de alcohol para refinar, validar y extender las conclusiones del estudio (Strauss & Corbin, 2007).

### Procedimiento

Para la selección de los expertos participantes en el estudio se ha utilizado un muestreo intencional teórico (Strauss & Corbin, 2007) fundamentado en dos criterios maestros (Singleton & Straits, 2004; Valles, 2000): ámbito específico de trabajo (adolescencia, familia, escuela, medios de comunicación y políticas locales) y nivel de experiencia profesional (trayectoria profesional de más de 10 años).

El proceso de muestreo se ha realizado en dos fases. En la fase inicial del estudio se seleccionaron 3 grupos de discusión: adolescencia, escuela y políticas locales. Una vez comenzado el análisis (fase emergente) se incorporaron otros dos grupos (familia y medios de comunicación) para obtener mayor variación en los datos y atender a las hipótesis provisionales (Strauss & Corbin, 2007; Suárez, Del Moral & González, 2013) para las subcategorías Educación en consumo y Ausencia de riesgo, vinculadas a las categorías Rol educativo y Modelado en hábitos no saludables. Con estos grupos se alcanzó el punto de redundancia (Lincoln & Guba, 1985) o saturación teórica (Glaser & Strauss, 1967).

Para la estructura de los grupos se han utilizado los criterios de heterogeneidad-homogeneidad (Valles, 2000) de la siguiente forma:

- a) Heterogeneidad Intergrupo: ámbito de trabajo y vinculación profesional.
- b) Homogeneidad Intergrupo: nivel de experiencia.
- c) Heterogeneidad Intragrupo: vinculación profesional.
- d) Homogeneidad Intragrupo: ámbito de trabajo y nivel de experiencia.

Para contar con la participación de las personas que debían integrar en cada momento la muestra de expertos en la investigación, se llevaron a cabo las siguientes acciones: a) visitas a las webs de las principales entidades, instituciones y organismos públicos a nivel nacional relacionados con los diferentes ámbitos que englobaba el objeto de estudio, b) contacto telefónico y vía mail con las organizaciones, solicitando la participación de aquellas personas que se ajustaban al perfil de experto en el área concreta que necesitaba información. Estas acciones se fueron realizando durante varias semanas, hasta contar con un mínimo de 6 asistentes y un máximo de 7 en cada grupo, siguiendo las recomendaciones sobre la composición de los grupos de discusión (Callejo, 1998; Valles, 2000), c) finalmente, se solicitó la confirmación de asistencia a las personas que manifestaron su deseo y capacidad de participar en las entrevistas.

Las entrevistas tuvieron una duración de 1 hora y 30 minutos cada una y se realizaron entre los meses de Octubre y Diciembre de 2010. Se informó a todos los participantes del tratamiento de los datos anónimamente, la confidencialidad y la posibilidad de abandonar el estudio. Las entrevistas fueron grabadas en audio con el consentimiento explícito de los integrantes de los grupos y todos los discursos recogidos fueron transcritos posteriormente a texto por el investigador principal. El procesador de texto empleado para redactar la transcripción fue Microsoft Word 2007 y los documentos se archivaron electrónicamente en formato enriquecido (.rtf) para facilitar su análisis posterior con el programa informático Atlas ti 5.

## Participantes

Tras finalizar el proceso de muestreo se obtuvieron 5 grupos de expertos: escuela, adolescencia, políticas locales, familia y medios de comunicación. Cada grupo estaba integrado por 6-7 personas, sumando un total de 32 expertos participantes en el estudio. En las tablas 1 y 2 puede consultarse la estructura de los grupos de discusión.

TABLA 1. Estructura de la muestra: grupos de discusión según Ámbito de trabajo, Experiencia y Vinculación profesional con el ámbito de estudio.

<b>E1</b>
<p>Ámbito de trabajo: Adolescencia (6)</p> <p>Experiencia: &gt; 10 años (6)</p> <p>Vínculo profesional:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Director de instituto de investigación sociológica especializado en adolescencia y alcohol.</li> <li>2. Director de fundación para la prevención del consumo de alcohol.</li> <li>3. Técnico (investigador) en organización para estudios sobre juventud.</li> <li>4. Catedrático de Sociología de universidad, especialista en jóvenes y consumo.</li> <li>5. Director de Servicio de Mediación (familias y adolescentes en situación de riesgo).</li> <li>6. Director de consultora del ámbito sociológico.</li> </ol>

<b>E2</b>
<p>Ámbito de trabajo: Escuela (6)</p> <p>Experiencia: &gt; 10 años (6)</p> <p>Vínculo profesional:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catedrático de Filosofía de universidad, especialista en educación.</li> <li>2. Jefa de Estudios de Secundaria en colegio concertado.</li> <li>3. Profesora en colegio público.</li> <li>4. Orientadora en Centro de Formación Profesional.</li> <li>5. Coordinadora provincial de la oferta educativa de fundación para la prevención del consumo de alcohol.</li> <li>6. Catedrático de Sociología de universidad, especialista en educación.</li> </ol>

<b>E3</b>
<p>Ámbito de trabajo: Políticas Locales (7)</p> <p>Experiencia: &gt; 10 años (7)</p> <p>Vínculo profesional:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinador provincial de centro de atención a drogodependientes.</li> <li>2. Director de fundación para el desarrollo local.</li> <li>3. Concejales de Juventud.</li> <li>4. Secretaria General de juventudes de partido político en distrito del área nacional.</li> <li>5. Responsable municipal de Animación Juvenil.</li> <li>6. Jefa de Servicio de Salud municipal.</li> <li>7. Director de Proyectos de fundación para el desarrollo local.</li> </ol>

TABLA 2. Estructura de la muestra: grupos de discusión según Ámbito de trabajo, Experiencia y Vinculación profesional con el ámbito de estudio (continuación).

<b>E4</b>
<p>Ámbito de trabajo: Familia (6)</p> <p>Experiencia: &gt; 10 años (6)</p> <p>Vínculo profesional:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catedrático de Psicología de universidad, especialista en Familia.</li> <li>2. Técnico de estudios y programas de fundación para la prevención del consumo.</li> <li>3. Coordinador regional de Centros de Intervención Familiar.</li> <li>4. Vicepresidente de organización de padres y madres de alumnos.</li> <li>5. Responsable de Servicio de Mediación (familias y adolescentes en situación de riesgo).</li> <li>6. Coordinadora de centros educativos a nivel regional.</li> </ol>

<b>E5</b>
<p>Ámbito de trabajo: Medios de comunicación (7)</p> <p>Experiencia: &gt; 10 años (7)</p> <p>Vínculo profesional:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periodista especializada en educación en radio nacional.</li> <li>2. Jefa de Sección de Sociedad en agencia de noticias.</li> <li>3. Responsable de Educación en diario nacional.</li> <li>4. Jefa de Sección de Actualidad en diario nacional.</li> <li>5. Director de revista de educación.</li> <li>6. Redactora especializada en ciencia y salud en televisión nacional.</li> <li>7. Redactora en revista de educación.</li> </ol>

**Instrumentos**

Para la recogida sistemática de los datos se utilizó la técnica de entrevista grupal denominada Focus Group o Grupo de Discusión, dirigida por un único moderador (investigador principal) siguiendo el formato de entrevista semiestructurada. En cada entrevista se formularon cuatro preguntas: ¿Qué papel desempeñan actualmente los medios en el consumo de alcohol en adolescentes? ¿Cómo es representado el alcohol en los medios? ¿Cómo es tratada en los medios la información relativa al consumo de alcohol en adolescentes? ¿En qué elementos concretos se fundamenta la influencia de los medios de comunicación en el consumo de alcohol en adolescentes?

**Análisis de datos**

Para el desarrollo de la teoría desde el enfoque de la Grounded Theory se han llevado a cabo 4 tareas fundamentales de codificación que a su vez engloban otro conjunto de acciones analíticas (como el análisis comparativo constante o el muestreo teórico):

- a) Codificación in vivo como técnica denominativa utilizada para codificar los discursos (Strauss & Corbin, 2007).
- b) Codificación abierta para la categorización del discurso generado en los grupos de discusión (Glaser, 1992; Strauss & Corbin, 2007).
- c) Codificación axial basada en las preguntas del paradigma de codificación (condiciones intervinientes, causas y consecuencias de las acciones/interacciones, etc.) (Strauss & Corbin, 2007), pero no en torno a una categoría central (Glaser, 1992), permitido por el volumen de información.
- d) Codificación selectiva. Validación del esquema teórico y refinamiento de las categorías sobre la literatura técnica (Strauss & Corbin, 2007).

**RESULTADOS**

El análisis del discurso de los expertos generó cuatro grupos de subcategorías: a) Educación en consumo y Escasa atención al consumo de alcohol, vinculadas en el esquema teórico general a la categoría Rol educativo de los medios, b) Ausencia de riesgo, Consumo como experiencia positiva e Imagen favorable del bebedor, vinculadas a la categoría Modelado en hábitos no saludables, c) Sensacionalismo, Inmediatez y Falta de especialización, vinculadas a la categoría Falta de rigor d) Imagen sesgada del adolescente (alcohol), vinculada a la categoría Imagen sesgada del adolescente.

En la tabla 3 se presentan a modo de ilustración algunas de las citas más representativas de cada subcategoría, teniendo en cuenta que han existido como mínimo 5 miembros de cada grupo (83%) que han proporcionado incidentes en la formación de cada una de ellas.

TABLA 3. Categorías, subcategorías y citas.

Categoría	Subcategoría	Ejemplo de cita
Rol educativo	Educación en consumo	<i>Sea o no su objetivo, al final los medios educan en el consumo de alcohol (Experto en Adolescencia).</i>
	Escasa atención al consumo	<b>Los medios se han preocupado de educar en muchas cosas pero, sin embargo, no han abordado realmente el tema del alcohol (Experto en Familia).</b>
Modelado en hábitos no saludables	Ausencia de riesgo	<i>Se muestra un modelo poco saludable de adolescente que consume sin tener problemas, donde no hay riesgo y, aunque no es real, los adolescentes lo imitan (Experto en Escuela).</i>
	Consumo como experiencia positiva	<i>Es importante evitar determinadas expresiones que transmitan una visión de que el alcohol o las drogas son algo positivo o "guay" (Experto en Políticas Locales).</i>
	Imagen favorable del bebedor	<i>Los medios suelen presentar a los que beben como héroes, gente con éxito (Experto en Adolescencia).</i>
Falta de rigor	Inmediatez	<i>En los Informativos no hay tiempo. La inmediatez prima por encima de la rigurosidad, y los adolescentes y el alcohol no son una excepción (Experto en Medios).</i>
	Falta de especialización	<i>Los periodistas debemos basarnos en la especialización, es la clave, pero no ocurre y se resiente la calidad de la información en favor de la opinión (Experto en Medios).</i>
	Sensacionalismo	<i>No se vendería un periódico donde todo fuese positivo, donde no hubiera conflicto. Se refleja lo que sobresale, lo llamativo (Experto en Escuela).</i>
Imagen sesgada del adolescente	Imagen sesgada del adolescente (alcohol)	<i>Los medios generalistas no reflejan la realidad y presentan a los jóvenes como borrachos sin control, sin mostrar a la gran mayoría de jóvenes que no bebe o lo hacen con moderación (Experto en Políticas Locales).</i>

Los resultados del presente estudio muestran que los expertos creen que los medios de comunicación, intencionadamente o no, educan a los adolescentes en materia de alcohol. Por otro lado, perciben que los medios prestan “escasa atención” a este importante rol educativo que desempeñan en la conceptualización que hacen los jóvenes de la bebida.

Los expertos identifican además siete aspectos claves en la forma de proceder de los medios que suponen factores de riesgo para el consumo en los adolescentes, tres de ellos están relacionados con la forma de representar el alcohol (a, b y c) y los otros cuatro con el tratamiento de la información que incluye el nexo adolescentes-alcohol (d, e, f y g). Estos siete aspectos son: a) presentación de modelos de conducta no saludable con ausencia de riesgo b) exhibición de una imagen “glamurizada” del alcohol, que vincula el consumo con resultados positivos c) presencia de contenidos que exageran la prevalencia del alcohol en la vida diaria, d) transmisión de una imagen sesgada y negativa de los adolescentes e) sensacionalismo o construcción de la noticia con información que llama la atención de la audiencia por ser la excepción f) inmediatez y celeridad en la publicación de noticias, sin un tratamiento contextual, analítico y en profundidad de la información g) falta de especialización, que aporta una perspectiva propia de la noticia de personas que no dominan el contexto de la información.

## DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio ha sido conocer la opinión de expertos en adolescencia, familia, escuela, poderes públicos (políticas locales) y medios de comunicación, respecto al rol que desempeñan los medios de comunicación en el consumo de alcohol en los adolescentes.

La primera conclusión extraída de los resultados del presente estudio es que los expertos piensan que los medios de comunicación, intencionadamente o no, educan a los adolescentes en materia de alcohol. La investigación previa apoya esta percepción y pone de manifiesto como el comportamiento relacionado con el alcohol de las personas que aparecen en medios como la televisión no sólo es asimilado como algo real, sino que además es imitado (Bandura, 2002; Grube y Waiters, 2005).

Por otro lado, los expertos opinan que en los medios de comunicación se presta “escasa atención” al rol educativo que desempeñan en la conceptualización que hacen los adolescentes de la bebida y, lo más importante, identifican siete aspectos claves en la forma de proceder de los medios que suponen factores de riesgo para el consumo en los adolescentes. Estos aspectos están relacionados con la forma

de representar el alcohol y el tratamiento de la información que incluye el nexo adolescentes-alcohol, son los siguientes:

*a) Presentación de modelos de conducta no saludable con ausencia de riesgo.*

Los expertos creen que los medios de comunicación exhiben contenidos que presentan a menudo modelos de conducta fundamentados en consumos abusivos, sin mostrar las consecuencias negativas de tales comportamientos. El riesgo principal de esta práctica está en que los medios pueden transmitir la idea a los adolescentes de la ausencia de riesgo en el consumo, por ejemplo, que no hay riesgo en beber por la mañana o a primera hora de la tarde o que se puede consumir alcohol de manera abusiva en periodos de estudio sin que eso dificulte el desempeño (Grube & Waiters, 2005; Paricio, Rodríguez, Sanfeliu & Núñez-Romero, 2011).

*b) Exhibición de una imagen “glamurizada” del alcohol, que vincula el consumo con resultados positivos.*

El riesgo en la presentación de modelos que reproducen el nexo alcohol-consecuencias positivas, reside fundamentalmente en que pueden generar en el joven expectativas positivas sobre la bebida (Dal Cin, Worth, Gerrard, Stoolmiller, Sargent, Wills & Gibbons, 2009; Paricio et al. 2011; Pons & Buelga, 2011). Debe indicarse que la imagen más habitual que se transmite del bebedor es la de una persona con un nivel socioeconómico alto, atractiva y glamurosa, y con éxito social (Grube & Waiters, 2005; Paricio, 2011), que se desenvuelve en un escenario divertido y sugerente en el que beber alcohol se asocia con la admiración de la “gente con prestigio social”, con la masculinidad o con la reafirmación de su individualidad (Bandura, 2002). Trabajos previos muestran como ese perfil “glamurizado” del consumo supone un importante factor de riesgo en el inicio precoz de los menores en la bebida y también en el desarrollo de patrones de consumo abusivo (Hanewinkel & Sargent, 2009; Strasburguer, 2010; Wills et al, 2009).

*c) Presencia de contenidos que exageran la prevalencia del alcohol en la vida diaria.*

Éste aspecto, indicado por los expertos, puede generar en el adolescente la percepción de que consumir es un comportamiento normal y no un comportamiento fuera de la norma o inapropiado (Berkowitz, 2004; Campuzano, 2010). Un ejemplo de esta realidad sobredimensionada que se presenta a menudo en los medios es que, en las series televisivas de mayor popularidad sólo el 10% de los personajes principales que aparecen suelen ser no consumidores, lo que supone realmente la mitad de los no consumidores españoles de 15- 64 años, un 21% (DGPNSD, 2011; Minnebo & Egermont, 2007).

*d) Transmisión de una imagen sesgada y negativa de los adolescentes.*

Los expertos perciben que los medios informativos transmiten una imagen sesgada de la adolescencia, generalmente reduccionista, simple y negativa, sin atender a la heterogeneidad de comportamientos y actitudes que se dan en los jóvenes. Uno de los riesgos de esta forma de retratar a los jóvenes en los medios está en lo que se denomina "ignorancia pluralista" (pluralistic ignorance) (Katz y Allport, 1931) en la medida en que, tanto el adolescente que consume de manera abusiva como el que no bebe, en función de unas informaciones impactantes y reiterativas puede desarrollar, por ejemplo, una percepción generalizada de que la mayoría de sus coetáneos de generación beben en exceso como parte fundamental de su ocio (Campuzano 2010), cuando la estadística demuestra que quienes consumen abusivamente alcohol y drogas durante los fines de semana son efectivamente un número importante de jóvenes, pero menos seguramente de lo que ellos mismos imaginan (Carvajal, 2010).

Podría plantearse otro riesgo asociado a este cuarto aspecto que se situaría en el otro extremo, es decir, en el hecho de que los adolescentes no se identifiquen con la imagen que se transmite de ellos porque la consideren irreal o que se refiere a "otros adolescentes". Este tipo de percepción jugaría en contra del impacto positivo de las campañas dirigidas a los jóvenes. Es decir, el citado "efecto boomerang" al que se ha hecho referencia en este mismo artículo podría deberse, entre otras causas, a que los jóvenes rechazan los "consejos" que les llegan a través de los medios debido a la imagen irreal que se proyecta habitualmente de ellos, lo cual les hace dudar, en ocasiones, de cuál es la población objetivo de dichas campañas o les lleva a desconfiar de la objetividad o las buenas intenciones de los mensajes que se transmiten. Si los jóvenes no se identifican con el retrato que observan a menudo en la televisión, prensa o radio ¿por qué van a hacerlo con los mensajes de las campañas fundamentadas en esa imagen? Es decir ¿por qué prestar atención a unos medios que se dirigen a unos adolescentes con los que no se identifican?

Los expertos indican finalmente tres aspectos clave relacionados con la falta de rigor en el tratamiento de la información que podrían explicar la imagen sesgada de los adolescentes que se transmite en los medios de comunicación, especialmente el primero de ellos, el sensacionalismo.

*e) Sensacionalismo (uso sensacionalista que hacen los medios de problemas como el consumo de alcohol en los jóvenes).*

Los expertos piensan que la información que se persigue para construir la noticia no es la que supone la norma, sino precisamente la que llama la atención de la audiencia por ser la excepción. La información contenida en los titulares de los periódicos o en las cabeceras de los informativos televisivos es seleccionada por ser impactante, y es redactada de forma

dramatizada, simplificada, ágil y atractiva (Campuzano, 2010; Giménez, Cortés & Espejo, 2010). Este framing o encuadre impactante consistente en ofrecer los aspectos más sobresalientes de una determinada realidad, tiene en la mayoría de los casos un interés más comercial que informativo (McCombs, 2005).

*f) Inmediatez y celeridad en la publicación de noticias, sin un tratamiento contextual, analítico y en profundidad de la información.*

Las noticias se redactan de forma precipitada sin un tratamiento contextual, analítico y en profundidad de la información (Pérez, 2008). Esta celeridad es en gran medida el resultado de de "una apresurada y no siempre bien digerida evolución tecnológica" (González, 2010). Actualmente, los medios digitales informan prácticamente en tiempo real y, como afirma uno de los expertos en medios de comunicación, la falta de rigor es el resultado de una guerra por ser el primero en dar la información.

*g) Falta de especialización, que aporta una perspectiva propia de la noticia de personas que no dominan el contexto de la información.*

Como indican los expertos, con frecuencia, ante la falta de especialización de las personas que construyen e interpretan las noticias que tienen como protagonistas a los adolescentes y el alcohol, es difícil dibujar una línea que delimite equilibradamente los terrenos que dividen la interpretación que aporta una perspectiva propia de la noticia y la falta de rigor. El problema reside en la complejidad y variedad de asuntos sobre los que el periodista debe trabajar, y la celeridad con la que éste debe realizar su labor.

Según los expertos, el método para garantizar el rigor de un "periodismo en profundidad" o "periodismo de segundo nivel" y combatir las dificultades provocadas por la inmediatez y la superficialidad, sería utilizar a alguien especializado en cada área sobre la que se va a tratar (por ejemplo al hablar de adolescentes y consumo de sustancias). Alguien que se relacione con fuentes expertas, que investigue las raíces y las causas de la información, así como sus posibles consecuencias, algo que según los expertos no ocurre actualmente (Campuzano, 2010; Pérez, 2008).

Uno de los riesgos fundamentales de estas tres formas de tratar la información vinculadas a la falta de rigor periodístico, es la imagen negativa que se transmite del adolescente. Como se ha señalado anteriormente, en el caso del consumo de alcohol, ese retrato del "adolescente borracho" y descontrolado puede provocar que el adolescente hiperestime el consumo de sus iguales, estimulando su propio consumo, o que no se identifique con el retrato que de él hacen los medios, reduciendo el impacto de las campañas preventivas.

A partir de los resultados se podría hacer la siguiente reflexión: desde el punto de vista de la prevención, se observa

un comportamiento contradictorio en la forma de actuar de los medios. Por una parte, como hemos visto al inicio de este artículo, los medios incluyen entre sus contenidos campañas de prevención pero, por otro, como señalan los expertos del estudio, dan un tratamiento al alcohol (en cuanto a contenidos generales, información, horarios de emisión, etc.) y muestran un ideal de adolescente muy alejado de la realidad, que fomentan el inicio en la bebida y el consumo abusivo. Teniendo en cuenta la capacidad de influencia del entorno mediático o audiovisual en la conceptualización que realizan los adolescentes del alcohol y que las estrategias preventivas del consumo necesitan involucrar a todos los agentes socializadores del adolescente, sería recomendable que los medios de comunicación no limitasen su participación en la labor preventiva a ser un mero trasmisor aséptico de los mensajes generados por otros agentes (poderes públicos, familia, escuela, etc.) sino que su propio comportamiento formara parte de dichas estrategias.

Un primer paso para que los medios cumplan de manera efectiva con su papel de agente educativo en materia de alcohol dentro de una estrategia integral de prevención, podría derivarse de los resultados de nuestra investigación, que indican que la solución residiría principalmente en tres factores: especialización de los profesionales que construyen e interpretan las noticias que tienen como protagonistas a los adolescentes y el consumo de sustancias (en este caso, el alcohol), ofrecer contenidos audiovisuales destinados a los jóvenes que ofrezcan modelos en hábitos saludables y evitar, en la medida de lo posible, aquellos otros que favorezcan el desarrollo de expectativas concretas sobre las consecuencias positivas derivadas del consumo.

La principal aportación de nuestra investigación se fundamenta en tres aspectos: primero, se enfoca el análisis de la relación entre la prevención del consumo en adolescentes y los medios de comunicación desde una nueva perspectiva, integral, incorporando en el mismo análisis a todos los agentes que forman parte de la estrategia de prevención en el consumo de alcohol, no sólo a alguno de ellos o a los medios. Segundo, se ha recogido la opinión de las personas que por su experiencia profesional son expertos en los ámbitos analizados (adolescencia, familia, escuela, poderes públicos y medios de comunicación). Tercero, mediante el análisis de sus discursos se ha logrado identificar los aspectos clave del comportamiento de los medios que suponen directa o indirectamente factores de riesgo para el consumo de alcohol en los adolescentes y por tanto se sugiere que se tengan en cuenta.

Finalmente, destacar que en el presente estudio se ha utilizado el nivel de experiencia adquirido en el desempeño profesional como criterio de homogeneidad, al definirlo como un nivel alto en todos los casos (> de 10 años), teniendo en cuenta que lo representativo en este tipo de estudios cualitativos debe ser la información y no el individuo (Strauss & Corbin, 2007). Aún así, es importante matizar que la muestra es

heterogénea respecto a la cantidad de años de experiencia de los sujetos y pueden encontrarse diferencias en este sentido entre los sujetos dentro de los grupos. Por otro lado, en nuestro estudio se ha utilizado una metodología cualitativa cuya pretensión es alcanzar la representatividad teórica que no estadística de la muestra, lo que implica limitaciones en la generalización de los resultados.

### Conflicto de intereses

Los autores manifiestan no tener ningún conflicto de intereses que pudiera afectar a este artículo.

### REFERENCIAS

- Anderson, P., De Bruijn, A., Angus, K., Gordon, R. & Hastings, G. (2009). Impact of Alcohol Advertising and Media Exposure on Adolescent Alcohol Use: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *Alcohol & Alcoholism*, 44 (3), 229-243.
- Bandura, A. (2002). *Media effects: Advances in theory and research* (2<sup>nd</sup> Ed.). En J. Bryant y D. Zillmann (Eds). LEA's communication series, 121-153. Mahwah, NJ; Lawrence Erlbaum.
- Borzekowski, D.L.G. & Strasburger, V. C. (2008). Tobacco, alcohol and drug exposure. En Calvert S, Wilson BJ (Eds.). *Handbook of Children and the Media*, 432-452. Boston, MA: Blackwell.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Cambridge, Harvard University Press. (Trad. Cast.: *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, Ediciones Paidós, 1987).
- Brown, J.D., Halpern, C.T. & L'Engle, K.L. (2005). Mass media as a sexual super peer for early maturing girls. *Journal of Adolescence Health*, 36, 420-7.
- Callejo, J. (1998). Articulación de perspectivas metodológicas: posibilidades del grupo de discusión para una sociedad reflexiva. *Papers*, 56, 31-55.
- Campuzano, A. (2010). Alcoholismo y medios de comunicación. Elzo Imaz, J.; coord. *Hablemos de alcohol: por un nuevo paradigma en el beber adolescente*. Madrid: Fundación Alcohol y Sociedad (FAS), 195-202.
- Carreter, J., García, O., Ródenas, J.L., Gómez, A., Bermejo, Y., Villar, I. (2011). Estudio cualitativo sobre el consumo de tóxicos en adolescentes. *Atención Primaria*, 43, 435-439.
- Carvajal, C. A. (2010). La creación mediática de los imaginarios colectivos sobre las drogas. FISCAM (Ed.), *Jóvenes, Drogas y Comunicación*, 6, 13-26.
- Council on Communications and Media (2010). Policy Statement- Children, Adolescents, Substance Abuse, and the Media. American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*, 126 (4), 791-799.
- Dal Cin S., Worth, K.A., Gerrard, M., Stoolmiller, M., Sargent, J.D., Wills, T.A. & Gibbons, F.X. (2009). Watching and Drinking: Expectancies, Prototypes, and Friends' Alcohol Use Mediate the Effect of Exposure

- to Alcohol Use in Movies on Adolescent Drinking. *Health Psychology*, 28 (4), 473-483.
- DGPNSD (2007). Medios de comunicación y drogodependencias: Actuar es posible. Madrid: Ministerio del Interior.
- DGPNSD (2011). Nota de prensa sobre la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 2009-2010. Gabinete de Prensa. Ministerio de Sanidad y Política Social. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD).
- Entman, R. (1993). Framing: Toward a clarification of a fractured paradigm. *Journal of Communication*, 43(3), 51-58.
- FAD (2009). Problemas de drogas aquí y ahora. *Resumen del documento La visión de la FAD. Problemas de drogas aquí y ahora*. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Madrid: FAD.
- Fishbein, M., Hall-Jamieson, K., Zimmer, E., Von Haeften, I. & Nabi, R. (2002). Avoiding the boomerang: Testing the relative effectiveness of anti-drug public service announcements before a national campaign. *American Journal of Public Health*, 92, 238-245.
- Flynn, B.S., Worden, J.K., Bunn, J.Y., Dorwaldt, A.L., Dana, G.S. & Callas, P.W. (2006). Mass media and community interventions to reduce alcohol use by early adolescents. *Journal of studies on alcohol*, 67 (1), 66-74.
- García del Castillo, J. A., López-Sánchez, C., & Quiles, M. C. (2006). Consumo de alcohol, actitudes y valores en una muestra de estudiantes universitarios de la provincia de Alicante. *Salud y drogas*, 6 (2), 149-160.
- Giménez, J.A., Cortés, M.T., & Espejo, B. (2010). Consumo de alcohol juvenil: una visión desde diferentes colectivos. *Health and Addictions*, 10 (1), 13-34.
- Glaser, B. (1992). Basics of grounded theory analysis: emergence versus forcing. Mill Valley CA: Sociology Press.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). Discovery of grounded theory. Chicago: Aldine.
- González, C. (2010). Periodismo y tecnología: un matrimonio con separación de bienes. *Cuadernos de Periodistas*, 21, 74-78.
- Grube, J.W. & Waiters, E. (2005). Alcohol in the media: content and effects on drinking beliefs and behaviors among youth. *Adolescent Medicine Clinics*, 16, 327-43.
- Hanewinkel R. & Sargent, J.D. (2009). Longitudinal study of exposure to entertainment media and alcohol use among German adolescents. *Pediatrics*, 123 (3), 989-995.
- Hanewinkel R., Sargent, J.D., Poelen, Evelien, A.P., Scholte, R., Florek, E...et al. (2012). Alcohol Consumption in Movies and Adolescent Binge Drinking in 6 European Countries. *Pediatrics*, 129 (4), 709-720.
- Henriksen, L., Feighery, E.C., Schleicher, N.C. & Fortmann, S.P. (2008). Receptivity to alcohol marketing predicts initiation of alcohol use. *Journal of Adolescence Health*, 42, 28-35.
- Igartua, JJ & Moral, F. (2012). Psicología de los medios: panorama y perspectivas. *Escritos de Psicología*, 5, 1-3.
- Isorna, M. & Saavedra, D. (2012). *Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage Publications, Inc.
- Lloret, D., Segura, M., & Carratalá, E. (2008). Relaciones y reacciones familiares y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes en población rural. *Health and Addictions*, 8 (2), 119-135.
- March, J.C., Prieto, M.A., Danet, A., Escudero, M., López, M. & Luque, N. (2010). El consumo de alcohol en los adolescentes: una aproximación cualitativa desde los docentes. *Trastornos Adictivos*, 12 (2), 65-71.
- March, J.C., Prieto, M.A., Danet, A., Suess, A., Ruiz, P. & García, N. (2012). El consumo de alcohol en la población joven (12-17 años). El punto de vista de los profesionales de la salud. *Atención Primaria*, 44 (9), 527-531.
- McCombs, M. (2005). A look at agenda-setting: Past, present and future. *Journalism Studies*, 6, 543-557.
- Minnebo, J. & Eggermont, S. (2007). Watching the young use illicit drugs: Direct experience, exposure to television and the stereotyping of adolescents' substance use. *Young*, 15, 129-144.
- Moon, S. S., & Rao, U. (2011). Social activity, school-related activity, and anti-substance use: Media messages on adolescent tobacco and alcohol use. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 21 (5), 475.
- Moreno, M. A., Briner, L.R., Williams, A., Brockman, L., Walker, L & Christakis, D.A. (2010). A Content Analysis of Displayed Alcohol References on a Social Networking Web Site. *Journal of Adolescent Health*, 47 (2), 168-175.
- Morgan, M. & Shanahan, J. (2010). The state of cultivation. *Journal of Broadcasting and Electronic Media*, 54 (2), 337-355.
- Olsen, W. (2004). *Triangulation in Social Research: Qualitative and Quantitative Methods Can Really be Mixed*. En: Holborn, M.: Development in Sociology. Causeway Press (En prensa).
- Paricio Esteban, M. P. (Coord.) (2011). *La prevención de las drogodependencias. Los medios de comunicación: cómplices necesarios*. Villafranca del Penedés: Erasmus.
- Paricio Esteban, P., Rodríguez Luque, C., Sanfeliu Aguilar, P., & Núñez-Romero, F. (2011). Las revistas para adolescentes como mediadoras sociales. Una aproximación al tratamiento de las drogas en 2008 y 2009. *Doxa Comunicación. Revista interdisciplinaria de estudios de Comunicación y Ciencias Sociales*, 12, 13-38.
- Pettigrew, S. (2002). A grounded theory of beer consumption in Australia. *Qualitative Market Research: An International Journal*, 5 (2), 112-122.
- Pilatti, A., Godoy, J.C. & Brussino, S.A. (2012). Análisis de factores que influyen sobre el uso de alcohol de niños: un path análisis prospectivo. *Health and Addictions*, 12 (2), 155-192.
- Rideout, V.J., Foehr, U.G. & Roberts, D.F. (2010). *Generation M²: Media in the Lives of 8- to 18-Year-Olds*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation.

- Scull, T.M., Kupersmidt, J.B., Parker, A.E., Elmore, K.C. & Benson, J.W. (2010). Adolescents' Media-related Cognitions and Substance Use in the Context of Parental and Peer Influences. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 981-998.
- Singleton, R.A. & Straits, B.C. (2004). *Approaches to Social Research*. New York: Oxford University Press.
- Sotirovic, M. (2003). How individuals explain social problems: The influences of media use. *Journal of Communication*, 53 (1), 122-137.
- Strasburger V. (2010). Children, adolescents, and the media: seven key issues. *Pediatric*, 39 (9), 556-564.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. (2007). *Basics of qualitative research, 3rd ed.* Thousand Oaks, CA: Sage.
- Suárez, C., Del Moral, G. & González, M.T. (2013). Consejos prácticos para escribir un artículo cualitativo publicable en Psicología. *Psychosocial Intervention*, 22 (1), 71-79.
- Talor, N., Cohen, J., Tsfati, Y. & Gunther, A. C. (2009). *Testing Causal Direction in the Influence of Presumed Media Influence*. Paper presented at the annual meeting of the International Communication Association, Marriott, Chicago.
- Tankard, J. W. (2001). *The empirical approach to the study of media framing*, pp. 95-106 en Reese, S. D. Gandy, O. H. y Grant, A. E. (Eds.): Framing public life. Perspectives on media and our understanding of the social world. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Van Hoof, J.J, De Jong, M.D.T., Fennis, B.M. & Gosselt, J.F. (2009). There's alcohol in my soap: portrayal and effects of alcohol use in a popular television series. *Health Education Research*, 24 (3), 421-429.
- Villarreal-González, M., Sánchez-Sosa, J., Musitu, G. & Varela, R. (2010). El consumo de alcohol en adolescentes escolarizados. Propuesta de un modelo sociocomunitario. *Psychosocial Intervention*, 19 (3), 253-264.
- Wills, T.A., Sargent, J.D., Gibbons, F.X., Gerrard, M. & Stoolmiller, M. (2009). Movie exposure to alcohol cues and adolescent alcohol problems: a longitudinal analysis in a national sample. *Psychology of Addictive Behaviour*, (23) 1, 23-25.
- Wray-Lake, L., Crouter, A. C. & McHale, S. M. (2010). Developmental patterns in decision-making autonomy across middle childhood and adolescence: European American parents' perspectives. *Child Development*, 81, 636-651.

## EVALUACIÓN DE HABILIDADES DE CONSEJO BREVE EN EL ÁMBITO DE LAS ADICCIONES

### ASSESSMENT OF BRIEF COUNSELING SKILLS IN THE ADICTIONS SCENARIOS

Silvia Morales Chainé<sup>1</sup>, K. Isela Martínez Martínez<sup>2</sup>, César Carrascoza Venegas<sup>3</sup>, A. Alelí Chaparro Caso López<sup>4</sup> y M. José Martínez Ruíz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México

<sup>2</sup>Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Aguascalientes

<sup>3</sup>Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México

<sup>4</sup>Universidad Autónoma de Baja California

#### Abstract

Drinking behavior and other use behaviors, in Mexico, has showed an increased tendency throughout the last years. We need to have some effective prevention strategies and brief counseling programs with easy access to the whole population. The goal of this study was to assess the brief counseling skills of the health and not health professionals (assess, dialog, goal establishment and companion) at the simulated interactions situations between a promoter and a factitious user throughout factorial design of 2 per 4: health professionals vs. non-health professionals at a) training with material, b) training without material, c) material without training, and d) without material and without training. Results show that the mean scores and score per scale were higher for the health professionals in the three training conditions. Both, training for skills acquisition and the possibility of having material of training, are important to brief counseling at the addictions prevention scenarios.

*Keywords: brief counseling, addictions, health professionals.*

#### Resumen

En las últimas dos décadas, el consumo de alcohol y otras drogas en México ha mostrado una tendencia al incremento. Es necesario disponer de estrategias en consejo breve para la prevención efectiva de las adicciones, de fácil acceso a la mayor parte de la población. El objetivo del presente trabajo fue evaluar las habilidades de consejo breve de los profesionales y no profesionales de la salud (Identifica, Dialoga, Establece metas y Acompaña ) en situaciones simuladas de interacción promotor - usuario a través de un diseño factorial de 2 por 4: profesionales de la salud versus no profesionales de la salud en una de cuatro condiciones: a) entrenamiento con material, b) entrenamiento sin material, c) con material sin entrenamiento, y d) sin entrenamiento y sin material. Los resultados mostraron que la puntuación promedio y por escala, fue mayor para los profesionales de la salud en cualquiera de las tres condiciones de entrenamiento. Tanto el entrenamiento en habilidades como la disponibilidad del material son necesarios para llevar a cabo el consejo breve en la prevención de las adicciones.

*Palabras clave: consejo breve, adicciones, profesionales de la salud.*

---

Correspondencia: Silvia Morales Chainé  
Facultad de Psicología  
Universidad Nacional Autónoma de México  
E-mail: smchaine@gmail.com

Aun cuando, de acuerdo a Oficina de la ONU contra las Drogas y la Delincuencia (UNODC, por sus siglas en inglés, 2010) el consumo de drogas en el mundo se ha estancado, 200 mil personas al año mueren debido a éstas y una de cada 200 personas es dependiente. Uno de los grandes problemas con respecto al tratamiento de personas con adicciones consiste en la poca disponibilidad de este servicio. De acuerdo a la misma fuente, menos de cinco personas que necesitan ayuda la recibe. Como referencia nótese que durante 2010, 230 millones de personas (5% de la población mundial) tomaron drogas al menos una vez durante ese año, mientras que 27 millones desarrollaron el trastorno por consumo de drogas. A finales de siglo el número de usuarios dependientes se podría elevar a 300 millones. Anualmente, por consumo de alcohol mueren 2.3 millones y por consumo del tabaco 5.1 millones de personas.

En México, el consumo de drogas está aumentando principalmente entre los adolescentes. Por ejemplo, en el 2002 el .5% de la población adolescente consumía marihuana, mientras que en el 2008 lo hizo el 1.2% y en 2011 el 1.3% de los jóvenes. Sin embargo, los estudiantes de secundaria y preparatoria consumen principalmente drogas legales, tales como el alcohol (42.9%) y el tabaco (12.3%). Respecto a las drogas ilegales, la marihuana es la más popular (1.3%), seguida por la cocaína (0.4%), de acuerdo a los datos proporcionados por la ENA (2011).

De acuerdo con Camacho (2012), un adolescente que comienza a ingerir alcohol, a fumar tabaco o a inhalar o aspirar sustancias tiene hasta 13 veces más probabilidades de usar posteriormente drogas como la heroína, la cocaína y las drogas de diseño. El alcohol ha sido la droga de inicio en el 38% de los adultos adictos y el tabaco en el 40% de esta población. Aun cuando en Distrito Federal el 15.4% de los estudiantes de secundaria ha tenido contacto con las drogas, se considera que todavía no enfrenta problemas de adicción. No obstante, de acuerdo con la ENA (2011) en el último año, medio millón de ciudadanos en México aceptaron haber consumido alguna droga, como marihuana, cocaína e inhalables. Existen 2.4 consumidores de marihuana por cada uno de cocaína y, aunque las metanfetaminas e inhalables tienen una prevalencia baja entre los adolescentes, se consumen en la misma proporción que la cocaína. De acuerdo a la ENA de 2011, se sabe que los jóvenes, sobre todo los que no estudian o trabajan, son los más expuestos a las drogas debido a su baja percepción de riesgo y a los procesos de pertenencia e identificación social.

Con sustento en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 y a partir de los daños ocasionados por el consumo de drogas en la vida individual, en las relaciones familiares y en los aspectos sociales, el Gobierno Federal promovió el entrenamiento de promotores de la salud en el consejo breve en adicciones (Tavera y Martínez, 2008). El entrenamiento se concretó mediante el Modelo Integral de Atención que consta de tres dimensiones: a) prevención y promoción, incluidos los

niveles de prevención universal (dirigida a poblaciones con o sin riesgo y cuya finalidad consiste en evitar el consumo o retrasar la edad de inicio), selectiva (dirigida a grupos de riesgo, como aquellos de consumo experimental, deteniendo el avance a consumo problemático) e indicada (dirigida a evitar que avance el consumo y disminuir los problemas asociados al mismo); b) tratamiento, que comprende tanto la identificación temprana como el consejo e intervención breve (cognitivo conductual) oportuna, así como la intervención relacionada al uso regular de drogas, la tolerancia a las mismas y la búsqueda de actividades relacionadas con su obtención y consumo; y c) la rehabilitación, dirigida a quienes ya consumen drogas, con la intención de evitar que avance, así como disminuir los problemas asociados (consiste en el tratamiento ambulatorio o institucional y el tratamiento continuo, la reinserción social y la reducción del daño).

El consejo breve (Talavera y Martínez, 2008) está dirigido a la detección temprana de individuos que presentan abuso de sustancias con la finalidad de reducir el avance del problema. Es un tipo de intervención breve que permite una rápida evaluación e implementación de estrategias que favorecen el cambio de conducta (Bien, Miller y Tonigan, 1993; Cuijpers, Riper y Lemmers, 2004; Medina-Mora, 2005; Liska, Miller, Nemith, Jenkins, Nicktertert, Wesell y Ornstein, 2008). Es limitado en el tiempo de duración e incluye una evaluación inicial, asesoramiento breve y evaluación final. Por ejemplo, Winters, Fahnhorst, Botzet, Lee y Lalone, (2012) trabajaron con 315 adolescentes y sus familias a través de un ensayo clínico aleatorizado para evaluar el consejo breve. Los dividieron en tres grupos: el consejo solo para los adolescentes, el consejo para los adolescentes y sus padres y un grupo control con solo evaluación. Sus resultados indicaron que los adolescentes redujeron significativamente las conductas de consumo de drogas en las dos condiciones de consejo breve. Las ventajas del consejo breve consisten en que es de bajo costo, de rápida aplicación y de efectos inmediatos. Sus resultados son perdurables en el tiempo, puede llevarse a cabo en situaciones que van desde la atención de emergencia in situ, hasta su implementación en instituciones de salud pública o privada (Carrascosa, 2007).

El consejo breve consta de cinco pasos: Indaga (identificación, mediante cuestionarios del nivel de abuso o dependencia a alguna o varias drogas), Dialoga (informa a la persona sobre su nivel de consumo y las consecuencias que ha tenido y puede tener debidas al consumo). Establece metas (ayudar a la persona a establecer una meta de reducción o abstinencia para evitar las consecuencias negativas a corto y a largo plazo), Acompaña en el proceso de cambio (indagar el nivel de satisfacción de la persona con la asesoría de consejo breve, ya que una satisfacción alta puede propiciar que la persona continúe el proceso de consejo, mientras que una baja satisfacción puede indicar que la persona no regresará), y Seguimiento (detectar si ha habido cambios significativos en el

consumo; si no han ocurrido se debe canalizar a la persona a otros tipos de tratamiento).

De este modo, IDEAS es una guía para los promotores que proporciona la información necesaria para prevenir que algún miembro de la familia tenga contacto con las drogas, o si ya es consumidor, proporcionar algún tratamiento de rehabilitación (Talavera y Martínez, 2008). En México, Martínez et al. (2008) evaluaron el efecto del consejo breve sobre el consumo de alcohol con 40 adolescentes en dos grupos aleatorizados: experimental y lista de espera. Los resultados indicaron que el consejo breve fue efectivo al reducir el patrón de consumo de alcohol entre los adolescentes del grupo experimental, observando diferencias significativas contra el grupo control en la fase de seguimiento a los tres y seis meses.

A pesar de la efectividad de los procedimientos de consejo breve, existen pocos esfuerzos en evaluar las habilidades profesionales o no profesionales en el campo del análisis conductual aplicado para la consejería breve. Por ejemplo, Whang, Fletcher y Fawcett, (1982) evaluaron el efecto de 40 horas de entrenamiento a 2 no profesionales de bajos recursos de un centro de servicio comunitario como consejeros y en solución de problemas a través de instrucciones escritas, práctica y retroalimentación de su ejecución por medio de un diseño de línea base múltiple entre participantes. Aunque, el entrenamiento no ocurrió en el ámbito de la prevención de las adicciones, es importante señalar que ellos encontraron que los procedimientos de entrenamiento fueron efectivos para la adquisición de habilidades de consejo y solución de problemas en los participantes no profesionales dentro la comunidad.

Morales y Vázquez (2011) han argumentado que los profesionales de la salud cuentan con el conocimiento teórico y las habilidades prácticas en el manejo del comportamiento para transmitir y manejarlas en situaciones reales a través del consejo y la intervención breve. Adicionalmente, Hughes y MacNaughton, (2002) señalan que proceso de entrenamiento no se debe tomar como una situación en la cual el profesional evalúa e impone la forma en que un usuario debe actuar, sino que en este proceso, el usuario o participante decide con base en sus expectativas y necesidades, las metas a lograr con la intervención (Baer, Wolf y Risley, 1968). Por lo que Morales y Vazquez (2011) llevaron a cabo un estudio con 294 profesionales de diversos estados del país para evaluar sus conocimientos en una intervención breve, a través de un diseño pre-experimental pre-post, utilizando un instrumento de 13 situaciones hipotéticas relacionadas con habilidades basadas en principios conductuales para resolver situaciones problemáticas en el ámbito de la crianza infantil (prevención universal en adicciones). El entrenamiento consistió en la presentación de contenidos, ensayos conductuales, modelamiento y retroalimentación. Los resultados mostraron que hubo un incremento significativo en los conocimientos sobre las habilidades en los profesionales de la salud, después del entrenamiento.

En el modelo de atención integral, la intervención y detección temprana se llevan a cabo mediante el consejo individual o familiar, intervenciones breves, intervenciones familiares, grupos de autoayuda, prevención de recaídas y cuidados posteriores, cuyo entrenamiento en profesionales requiere de evaluación. Para propósitos de este trabajo nos centraremos principalmente en el consejo breve, cuya finalidad consiste en prevenir la ocurrencia del contacto inicial con las drogas o, si el consumo ya está ocurriendo, ofrecer alternativas de intervención mediante la aplicación de una serie de técnicas agrupadas en el acrónimo IDEAS (Martínez, 2003; Martínez, Pedroza, Vacío, Jiménez y Salazar, 2008; Talavera y Martínez, 2008; Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos y Ayala, 2009) en los Centros Especializados para la atención de las adicciones.

El propósito del entrenamiento fue habilitar a profesionales y no profesionales de la salud de la salud en el consejo breve, que consiste en la prevención, identificación, canalización y en su caso para el tratamiento y el control de las adicciones, con la finalidad de mejorar la calidad de vida individual, familiar y social, dirigida sobre todo a niños y jóvenes, y evitar, de esta forma, el desarrollo de dependencia o algún otro tipo de daño o riesgo personal, familiar o social.

A partir de la escasa literatura en México sobre la evaluación de las habilidades durante el consejo breve y dada la importancia de la implementación óptima del programa para el logro de sus metas, el objetivo de este trabajo consistió en la evaluación de las habilidades de consejo breve en adicciones de los profesionales y no profesionales de la salud en el programa IDEAS a través de la evaluación de las habilidades prácticas adquiridas mediante situaciones simuladas relacionadas con la interacción promotor usuario y la aplicación de los pasos del programa.

## MÉTODO

### Participantes

Se evaluó a 412 personas de diferentes entidades e instituciones de la república mexicana invitados a ser promotores, por lo que los grupos de la investigación no pudieron ser homogéneos en cantidad o en nivel académico, ya que podrían ser profesionales de la salud (psicólogos, médicos, pedagogos, enfermeras) o de alguna otra profesión o actividad (maestros, abogados, voluntarios, amas de casa, etc.).

Los participantes se dividieron en dos muestras: 1) profesionales de la salud (133 personas), y 2) no profesionales de la salud (279 personas). El 77% de la población fueron mujeres, y el promedio de todos los participantes fue de 32 años de edad. En cuanto al nivel educativo, el 7% de los participantes estudiaron la primaria, el 10% secundaria, el 23% preparatoria, el 47% eran profesionales, el 10% una carrera

trunca y el 3% estudiaron un posgrado. El perfil profesional en función del tipo de promotor se observa en la Tabla 1.

Tabla 1. Representa los promedios de edad y los porcentajes de sexo y escolaridad de los dos grupos de participantes: profesionales de la salud y no profesionales de la salud.

	Edad Promedio	Sexo		Escolaridad					
		Femenino	Masculino	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Profesional	Carrera trunca	Posgrado
Profesionales de la salud	32	75%	25%	0%	1%	6%	85%	4%	4%
No profesionales	32	77%	23%	10%	14%	31%	30%	13%	2%

### Instrumentos

Se utilizó una Lista Cotejable de 28 habilidades del profesional, a través de un sistema de observación directa (Apéndice 1). La lista tiene tres posibilidades de calificación: no muestra la habilidad, en proceso y la domina. Se obtuvo un 85% de fiabilidad interjueces para la puntuación de la lista cotejable, un  $\alpha$  de cronbach de .90 y una varianza explicada de 75%. El análisis factorial por escalas demostró una medición válida de las mismas (ver tabla 2).

Tabla 2. Muestra la validez de las Escalas de la Lista Cotejable del Consejo Breve: Identifica, Dialoga, Establece metas y Acompaña.

	Varianza explicada
Indaga	65.76%
Dialoga	51%
Establece	61.81%
Acompaña	62.56%

### Procedimiento

Se invitó a los participantes de diferentes Estados de la República Mexicana, a recibir el entrenamiento y/o material en consejo breve en el ámbito de las adicciones. Los participantes recibieron un entrenamiento teórico-práctico de cuatro horas impartido por 3 especialistas en el área de la investigación y tratamiento de las adicciones. Estos voluntarios fueron divididos en dos muestras: Profesionales de la Salud y no Profesionales que pasaron por una de cuatro condiciones: entrenamiento con material, entrenamiento sin material, con material sin entrenamiento, y sin entrenamiento y sin material. Finalmente fueron evaluados a través de una situación simulada por 17 evaluadores.

En la primera condición, los participantes recibieron el entrenamiento con material que consistió en cuatro horas

donde se expuso la información y se llevaron a cabo el modelamiento, ensayos conductuales y la retroalimentación de las habilidades de cada fase del consejo. El material consistió en un cuadernillo de 18 hojas, dividido en los siguientes apartados: prologo, bienvenida, enfoques de prevención, intervención acorde al nivel de consumo, consejo breve, paso 1 indaga, paso 2 dialoga, paso 3 establecimiento de metas y planes de acción, paso 4 acompaña en el proceso de cambio, paso 5 seguimiento, tips para identificar si alguien está utilizando drogas y el papel de la familia del consumidor.

En la segunda condición, los participantes recibieron solo el entrenamiento de cuatro horas con la exposición de la información, el modelamiento, los ensayos conductuales y la retroalimentación. En la tercera condición, los participantes recibieron el material que consistió en la entrega del cuadernillo de 18 hojas. En la cuarta condición los participantes no recibieron ni material ni entrenamiento, permaneciendo en una lista de espera.

Para la situación simulada de evaluación, se citó a los participantes a una sesión individual de 30 minutos. La sesión consistió en el juego de roles de una evaluadora que realizaba el papel de usuaria de alcohol, a quien el participante debía atender. Las instrucciones al participante fueron:

*“Lo que haremos a continuación es una situación simulada. Vamos a simular que usted atenderá a una mujer que viene a pedirle ayuda porque tiene problemas con su consumo de alcohol. Usted seguirá el proceso de atención habitual desde el saludo hasta la despedida del usuario, tratando de establecer el consejo breve con la usuaria. Le pido que si en algún momento se presenta una circunstancia en la que usted no esté familiarizado, no trate de terminar la situación e intente abordarla como lo haría en situación real. Yo voy adoptar el papel de esta mujer por lo que el tiempo que dure la situación mi comportamiento se apegará al de este personaje respondiendo a sus peticiones solo como usuaria.”*  
¿Tiene alguna duda hasta aquí? Vamos a comenzar.

Durante la situación simulada las evaluadoras, en su papel de usuarias, presentaron diez estímulos con base en un guión, que aprendieron de memoria. Mostraron 2 tipos de conductas, descritas por Miller y Rollnick (1999), características de la etapa de contemplación del usuario, en el mismo orden: Dos conductas verbales sin resistencia (“Tengo un problema con el alcohol, ya que cuando bebo me emborracho”), dos conductas de confrontación (“¿usted en verdad tiene experiencia en esto?”), dos de desesperanza (“no creo que pueda con esto, soy un desastre y no puedo cambiar”), dos conductas de defensa de sí mismo (“es normal que todos tomen para sentirse tranquilos y felices”) y dos auto-descalificación (“Si no bebo no puedo divertirme ni socializar con la gente”). Terminada la situación la evaluadora agradecía la participación del usuario, daba retroalimentación sobre el apego de sus habilidades al consejo breve y se despedía del usuario.

Para el análisis de los datos se llevó a cabo un ANOVA de 4 (Condición de entrenamiento: con entrenamiento y material, con entrenamiento, con material, sin entrenamiento ni material) X 2 (Tipo de participante: profesional y no profesional). El análisis evaluó los efectos principales de la condición de entrenamiento y el tipo de participante sobre el nivel de habilidades en consejo breve, así como efectos simples de interacción entre el tipo de participante y la condición.

**RESULTADOS**

A partir de la evaluación de las habilidades generales adquiridas por los integrantes de cada muestra, los promedios de calificación fueron mayores para los profesionales de la salud en cualquiera de las tres primeras condiciones: cuando recibieron entrenamiento y el material (M=9.5), cuando recibieron entrenamiento pero no contaron con material impreso (M= 9.65) y cuando solo recibieron el material (M= 9.5) que cuando no recibieron ninguno de los dos (M = 6.38), en comparación con los promotores que no eran profesionales de la salud: entrenamiento con material (M = 7.86), entrenamiento (M = 7.07), solo con material (M = 5.82) y sin material ni entrenamiento (M=5.8).

El análisis de varianza demostró un efecto de interacción del tipo de participante por condición de entrenamiento sobre las habilidades (F(7, 410)= 14.96, p=.005). Aun cuando puede observarse un descenso en las puntuaciones de los profesionales conforme se modifica la condición de entrenamiento, este descenso no se acerca lo suficiente al promedio de los no profesionales, cuando ambos no reciben material ni entrenamiento (ver Figura 1).

En la tabla 3, se observan las puntuaciones promedio y las desviaciones estándar obtenidas por los participantes durante las fases: Indaga, Dialoga, Establece metas y Acompaña. Los promedios de los profesionales de la salud para las primeras

tres condiciones de entrenamiento fueron mayores que los promedios de los promotores que no son profesionales de la salud, en todas las fases: indaga, dialoga, establece metas y acompaña. No obstante, las puntuaciones de los profesionales de la salud que no reciben entrenamiento ni material son similares a los de los no profesionales en las fases indaga y dialoga y se mantienen elevadas en Establece metas y acompaña.

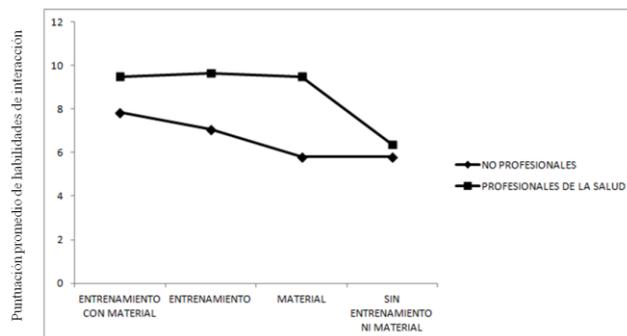


Figura 1. Efectos de interacción entre el promotor de la salud y la condición de entrenamiento sobre las habilidades generales de consejo breve.

Tabla 3. Representa los promedios y desviaciones estándar de los profesionales de la salud versus no profesionales en las cuatro condiciones de entrenamiento, para las 4 fases del consejo breve.

		Indaga		Dialoga		Establece		Acompaña	
		$\bar{X}$	D.E.	$\bar{X}$	D.E.	$\bar{X}$	D.E.	$\bar{X}$	D.E.
Entrena miento con material	Prof.	3.85	1.1	2.9	1.22	5.47	3.53	1.25	0.6
	No prof.	3.15	1.36	2.31	1.19	3.91	3.04	0.98	0.64
Entrena miento	Prof.	3.79	1.1	2.96	1.17	3.96	3.24	1.26	0.69
	No prof.	2.88	1.4	2.12	1.31	3.13	2.79	1.05	0.71
Material	Prof.	3.78	1.3	3	1	5.7	3.4	1.43	0.53
	No prof.	2.17	1.59	1.64	1.21	3.33	3.08	0.67	0.52
Sin entrena miento ni material	Prof.	2.2	1.13	2	1.41	5.8	5.02	1.14	0.69
	No prof.	2.4	1.47	1.64	1.33	2.11	2.65	0.63	0.5

Finalmente, en la Figura 2, se observan los efectos de interacción entre el promotor de la salud y la condición de entrenamiento sobre las habilidades de las diferentes fases: indaga (F (7, 410)= 32.75, p=.000), dialoga (F (7, 410)=12.78,

p=.009), establece metas (F (7, 410)= 11.17, p=.008), y acompaña (F (7, 410)= 13.25, p=.002) en consejo breve.

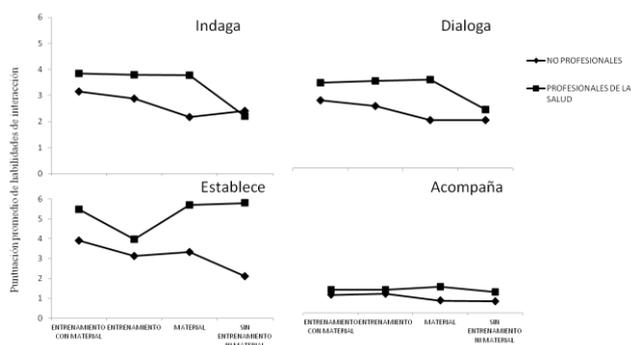


Figura. 2. Efectos de interacción entre el promotor de la salud y la condición de capacitación sobre las habilidades de Indaga (gráfica superior izquierda), dialoga (gráfica superior derecha), Establece metas (gráfica inferior izquierda) y Acompaña (gráfica inferior derecha) en consejo breve.

## DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue la evaluación de habilidades de consejo breve de los profesionales y no profesionales de la salud en el programa IDEAS a través de la evaluación de las habilidades prácticas adquiridas mediante situaciones simuladas relacionadas con la interacción promotor usuario y la aplicación de los pasos del programa.

En general, los resultados mostraron que la puntuación promedio fue mayor para los profesionales de la salud en cualquiera de las tres condiciones de entrenamiento. La entrega de material y la participación de los profesionales en el entrenamiento permitió que se adquirieran habilidades de consejo (Whang, Fletcher y Fawcett, 1982), donde se permite guiar al usuario en la toma de decisiones sin imponer o confrontar al usuario con las consecuencias por su consumo (Hughes y MacNaughton, 2002), sino que en este proceso, el profesional de la salud mostró comportamientos que se asocian con la expresión de sus necesidades y expectativas (Miller y Rollnick, 1999) por parte del usuario, así como con el establecimiento de las metas a alcanzar con el consejo breve (Baer, Wolf y Risley, 1968).

Las puntuaciones promedio elevadas de los profesionales de la salud, reflejaron una mayor adquisición de habilidades de consejo breve que los no profesionales de la salud. Este hallazgo podría ser congruente con la premisa de que los profesionales de la salud muestran los prerrequisitos para la adquisición de habilidades basadas en principios conductuales en la resolución de situaciones hipotéticas en el ámbito de las adicciones, tal como Morales y Vázquez (2011) lo reportaron en el ámbito de la crianza positiva. No obstante, el estudio actual no nos permite afirmar que esta fuera la variable principal que

determinara la adquisición de habilidades más alta por los profesionales de la salud. Investigación adicional deberá contemplar el análisis de los conocimientos teóricos, derivados de los principios básicos del comportamiento, previos al entrenamiento en habilidades de consejería breve. Sin embargo, los hallazgos del presente estudio, si permiten conocer la ejecución del comportamiento profesional en comparación con la de los promotores que no pertenecen al campo de la salud; a quienes les fue más complicado adquirir las habilidades de consejo breve con el entrenamiento y los materiales diseñados para ello.

Particularmente, durante las fases Indaga y Dialoga, los resultados mostraron que los profesionales de la salud que no recibieron entrenamiento ni material mostraron una puntuación similar a la de los no profesionales. Parece necesario llevar a cabo el entrenamiento y entrega de material, principalmente a promotores con especialización para la ejecución efectiva de las habilidades de consejo breve (Morales y Vázquez, 2011).

El comportamiento “dialogar” en consejo breve, involucra la realización de un balance decisional para incrementar la disposición al cambio de un usuario de drogas a recibir tratamiento (Prochaska y DiClemente, 1984); por lo que tener material para el entrenamiento en esta conducta, siendo profesional de la salud, parece indispensable. Con ello, se obedece a la recomendación de Perepletchikova y Kazdin (2005), quienes señalan la importancia de que el profesional de la salud aprenda y ejecute comportamientos de interacción asociados con la adherencia de los usuarios a los programas de tratamiento y un cambio terapéutico efectivo.

En la etapa “Establece metas” se observó, sin embargo, un efecto importante del papel del participante (profesional de la salud) en la ejecución del consejo breve. En este caso la efectividad de los profesionales de la salud en el establecimiento de metas se aprecia de manera superior al grupo de los no profesionales, y aunque nuevamente se manifiesta la importancia del entrenamiento con material o incluso solo con material, también se observa el efecto en los que no recibieron ninguno de los dos. Es posible que, en esta habilidad, los procedimientos operativos de las instituciones de salud señalen la obligación en la ejecución de esta habilidad del consejo breve (establecimiento de metas) y que aquellos que no son profesionales no se encuentren adheridos a ningún manual de procedimientos que indique la importancia de esta fase. Sin embargo, será indispensable realizar estudios que indiquen qué variables determinaron la eficiencia del establecimiento de metas por los profesionales de la salud, durante el consejo breve.

En la fase de “Acompaña”, se pudo observar una diferencia importante en las puntuaciones de los profesionales, no obstante el bajo nivel en ambas muestras para las cuatro condiciones. Aún así, es necesario señalar nuevamente el efecto encontrado en las puntuaciones debido a la disposición

del material de consejo breve para los profesionales de la salud.

Se puede concluir que para la adquisición de las habilidades prácticas necesarias para la aplicación del programa IDEAS por parte de los promotores, la primera condición es que sean profesionales de la salud, aparentemente con las características de interacción con el usuario (Perepletchikova y Kazdin, 2005) relacionadas con la capacidad de indagar, dialogar, establecer metas con planes de acción y acompañar al usuario (Talavera y Martínez, 2008). Tanto el entrenamiento como la disponibilidad del material de capacitación son necesarios para la adquisición de habilidades, tal como lo muestran los resultados de la mayor parte de los componentes del programa.

El entrenamiento y los materiales, el entrenamiento solo y los materiales utilizados permitieron la adquisición de las habilidades de consejo breve y particularmente las de indagar y dialogar por los profesionales de la salud. El entrenamiento con materiales y los materiales fueron efectivos en la adquisición de las habilidades de establecimiento de metas, para lo cual parece necesario un material o guía de trabajo (aún siendo profesional de la salud). La habilidad de acompañar y averiguar la satisfacción de la persona con el proceso de cambio, parece requerir un proceso de entrenamiento más prolongado con el fin de asegurar el éxito en la adquisición de habilidades, pues las puntuaciones promedio fueron bajas, aun cuando hubo diferencias significativas entre las muestras. Investigación adicional mostrará las estrategias de entrenamiento en el proceso de aprendizaje, necesarias para reducir la latencia de la respuesta de acompañamiento en consejo breve.

Aun cuando los resultados indicaron un aprendizaje mayor en los profesionales de la salud, estudios adicionales podrían mostrar las diferencias adicionales entre los no profesionales de la salud en función de los diversos niveles escolares y su perfil particular. En la actualidad, el consejo breve es otorgado por cualquier persona e incluso por los para-profesionales y el presente estudio señala la necesidad de desarrollar procedimientos de entrenamiento y específicamente estudios sobre los procesos que faciliten la adquisición de habilidades de consejo breve en esta población.

Finalmente, la investigación adicional en el campo de las adicciones, pero particularmente en el del entrenamiento de los profesionales de la salud, puede generar hallazgos que permitan describir los procesos de aprendizaje que intervienen en términos del perfil y de los conocimientos del consejero en adicciones.

## REFERENCIAS

- Baer, D. M., Wolf, M. M. y Riskey, T. D. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97.
- Bien, T., Miller, W. y Tonigan, J. (1993) Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88, 315-336.
- Camacho, S. R. (2012). Cero Alcohol para menores. *XI Congreso de Escuelas para Madres y Padres de Familia de Secundarias Técnicas*, recuperado el 21 de Noviembre de 2012 en: <http://www.eluniversal.com.mx/ciudad/112347.html>.
- Carrascosa, C. (2007) *Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento de las adicciones: fundamentos conceptuales y procedimientos clínicos*. México: UNAM.
- Cuijpers, P., Riper, H. y Lemmers, L. (2004) The effect on mortality and brief intervention for problem drinkers: a meta-analysis. *Addiction*, 99(7), 839-845 Doi: 10.1111/J. 1360-0443.
- Encuesta Nacional de Adicciones, (2008). Consejo Estatal contra las Adicciones, CONADIC. Recuperado el miércoles 26 de octubre de 2011, de: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08\\_NACIONAL.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf).
- Hughes P. y MacNaughton G. (2002) Preparing early childhood professionals to work with parents: The challenges of diversity and dissensus. *Australian Journal of Early Childhood*, 28(2), 14-20.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. Medina-Mora ME, Villatoro-Velázquez JA, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero -Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M., Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C, y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en [www.inprf.gob.mx](http://www.inprf.gob.mx), [www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx), [www.cenadic.salud.gob.mx](http://www.cenadic.salud.gob.mx), [www.insp.mx](http://www.insp.mx).
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero -Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M., Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C, y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en [www.inprf.gob.mx](http://www.inprf.gob.mx), [www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx), [www.cenadic.salud.gob.mx](http://www.cenadic.salud.gob.mx), [www.insp.mx](http://www.insp.mx).
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco. Reynales-Schigematsu LM, Guerrero-López CM, Lazcano Ponce E, Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero -Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-

Tinoco M., Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C, y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en [www.inprf.gob.mx](http://www.inprf.gob.mx), [www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx), [www.cenadic.salud.gob.mx](http://www.cenadic.salud.gob.mx), [www.insp.mx](http://www.insp.mx).

Liska, H. Miller, P. Nemeth, L. Jenkins, R. Nietert, P. Wessell, A. y Ornstein, S. (2008) Alcohol screening and brief counseling in a primary care hypertensive population: a qualitative improvement intervention. *Addiction* 103(8), 1271-1280. Doi 10.1111/j. 1360-0443.2008.02199.x

Martínez, M. K. (2003). *Desarrollo y evaluación de un programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas*. México: UNAM.

Martínez, K., Pedroza, F., Vacío, M., Jiménez, A. y Salazar, M. (2008). Consejo breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34(2), 245-262.

Martínez, M.K.I., Salazar, G.M.L., Ruiz, T.G.M., Barrientos, C.V. y Ayala, V.H. (2009). Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. Manual del Terapeuta. Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC. [versión electrónica]. Recuperado el 2 de Noviembre de 2011, de: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/intervencion\\_breve.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/intervencion_breve.pdf).

Medina Mora, M. (2005) Las contribuciones del doctor Ramón de la Fuente en el campo de las adicciones. *Salud Mental*, 28 (6), 1-8.

Miller, W. R. y Rollnick, S (1999). *La Entrevista Motivacional*. México: Paidós.

Morales, C. S. y Vazquez, P. F. (2011). Evaluación de conocimientos sobre habilidades de manejo conductual infantil en profesionales de la salud. *Acta de Investigación Psicológica*, 1(3), 428-440.

Perepletchikova, F. y Kazdin, A. E. (2005). Treatment Integrity and Therapeutic Change: Issues and Research Recommendations. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 12(4), 365-383. doi:10.1093/clipsy/bpi045.

Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1984) *The Transtheoretical Approach: Towards a Systematic Eclectic Framework*. USA: Dow Jones Irwin, Homewood.

Programa Nacional de Salud 2007-2012, recuperado el 25 de Febrero de 2013 en [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/pns\\_version\\_completa.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/pns_version_completa.pdf).

Tavera, R. S. y Martínez, R. M. J. (2008). *Guía para promotores Nueva vida en Consejo breve: IDEAS*. México: CONADIC.

United Nation Office on Drugs and Crime (2010) recuperado el 21 de noviembre de 2012 en: <http://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2010/April/unodc-2010-annual-report-released.html>.

Whang, P. L., Fletcher, R. K. y Fawcett, S. B. (1982). Training counseling skills: an experimental analysis and social validation. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15(3), 325-334.

Winters, K. C., Fahnhorst, T., Botzet, A., Lee, S. y Lalone, B. (2012). Brief intervention for drug-abusing adolescents in a school setting: Outcomes and mediating factors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(3), 279-288. Doi: 10.1016/j.jsat.2011.08.005.

## APÉNDICE

LISTA COTEJABLE IDEAS
Establece un ambiente de confianza y de reserva aclarando que toda la información que proporcione es confidencial.
Informa que la sesión de consejo breve no tiene implicación legal.
Evita hacer juicios de valor con respecto al consumo de sustancias.
Explica las actividades que se realizarán durante la sesión
Identifica el nivel de consumo o dependencia aplicando el cuestionario que corresponde (tabaco/alcohol/drogas)
Indaga en qué situaciones consumo con mayor frecuencia (eventos, personas, días)
Indaga sobre cambios en el comportamiento o sensaciones especiales asociadas al consumo
Indaga sobre las consecuencias negativas asociadas al consumo de la sustancia.
Si el resultado del cuestionario señala dependencia hacia la sustancia canaliza a un centro especializado en el tratamiento de las adicciones
Informa al usuario sobre los resultados obtenidos en el cuestionario
Explica al usuario las consecuencias a corto plazo asociadas al consumo de alcohol y drogas.
Relaciona la información con la posibilidad de desarrollar una adicción
Señala la importancia de elaborar planes de acción que le ayuden a reducir los problemas que ha tenido por consumir sustancias adictivas
Guía al usuario a establecer una meta de consumo
En el caso de tabaco o drogas sugiere la abstinencia, en el caso de alcohol plantea la posibilidad de abstinencia o moderación
Si la meta es moderación explica los límites de consumo recomendados
Si la meta elegida es la moderación explica el concepto de trago estándar
Si la meta elegida es moderación pregunta al usuario qué días de la semana va a consumir
Si la meta elegida es moderación pregunta al usuario cuánto va a consumir
Si la meta elegida es moderación pregunta al usuario en qué condiciones consumirá y cuáles no
Apoya al usuario en el llenado del formato de Establecimiento de Metas junto con el usuario
Pregunta al usuario sobre las cosas que puede hacer para lograr su meta
Apoya al usuario en el análisis de las ventajas y desventajas de cada alternativa
Le sugiere al usuario tips o estrategias para el cumplimiento de su meta
Pregunta al usuario sobre la satisfacción hacia la sesión de Consejo Breve
Planea sesiones de seguimiento del proceso para evaluar cambios.
Si no se observan cambios en el consumo del usuario o muestra signos de dependencia canaliza a un centro o institución especializada.
Si observa cambios en el patrón de consumo analiza los planes de acción y las metas establecidas junto con el usuario

## RISK PERCEPTION AND STAGES OF SMOKING ACQUISITION PERCEPCIÓN DE RIESGO Y ETAPAS DE INICIACIÓN EN EL CONSUMO DE TABACO

Sílvia Font-Mayolas<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Eugènia Gras<sup>1</sup>, Montserrat Planes<sup>1</sup>, Josefina Patiño<sup>1</sup>

& Mark J.M. Sullman<sup>2</sup>

Centro Interdisciplinario de Investigación en Psicología Matemática y Experimental (CIIPME) - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) / Universidad Autónoma de Entre Ríos (UADER, Argentina)

### Abstract

The purpose of this descriptive survey was to investigate the risk perceptions of smoking in a sample of 1,510 Spanish adolescents (49.1% males; mean age = 14.03; SD = 1.28). In addition, the present research categorised adolescents into one of the four stages of smoking acquisition, as described by the Transtheoretical Model of Change (TMC): Precontemplation (not thinking about trying smoking in the next 6 months), Contemplation (thinking about trying smoking in the next 6 months), Preparation (thinking about starting smoking in the next 30 days) and Action (smokers), by gender and age. The results showed that age and risk perceptions are important variables in the progression through the stages of change towards regular tobacco consumption (Action stage). These results clearly demonstrate the importance of starting anti-smoking campaigns at an early age to prevent smoking acquisition or the thought of starting in the near future. These findings also highlight the need to continuously remind adolescents about the negative consequences of smoking.

*Keywords:* Risk perception; Stages of acquisition; Tobacco; Spanish adolescents; Survey descriptive study.

### Resumen

El objetivo de este estudio descriptivo mediante encuesta fue analizar la percepción de riesgo en cuanto al consumo de tabaco en una muestra de 1,510 adolescentes españoles (49,1% varones; edad media = 14,2, DT = 1,3). Además los adolescentes se clasificaron en una de las cuatro etapas de iniciación al consumo según el Modelo Transteórico de Cambio: Precontemplación (sin intención de consumo en los próximos 6 meses), Contemplación (con intención de consumo en los próximos 6 meses), Preparación (con intención de fumar en el próximo mes) y Acción (fumadores), en función del género y la edad. Además se analizó el riesgo percibido de fumar como indicador del consumo de tabaco. Los resultados muestran que la edad y la percepción de riesgo son factores determinantes en la progresión hacia etapas de cambio más próximas al consumo de tabaco. Se manifiesta la necesidad de aplicar las campañas preventivas del consumo de tabaco desde edades muy tempranas para evitar que los adolescentes se inicien en el consumo o tengan intención de hacerlo, así como de persistir en la información sobre las consecuencias negativas de fumar.

*Palabras clave:* Percepción de riesgo; Etapas de iniciación; Tabaco; Adolescentes españoles; Estudio descriptivo mediante encuesta.

Correspondencia: Dra. Sílvia Font-Mayolas  
Departamento de Psicología.  
Universidad de Girona  
Plaza Sant Domènec, 9  
17071 Girona (España)  
E-mail: silvia.font@udg.edu

The *Global Status Report on Non-communicable Diseases* describes tobacco use as one of the main risk factors for cancer, cardiovascular and chronic respiratory diseases, and projects the number of tobacco-related deaths will increase to 8 million by 2030 (World Health Organization, 2010 and 2011). Worryingly, in Spain 26.2% (23.0% boys and 29.3% girls) of adolescents aged between 14 and 18 years old reported having smoked cigarettes during the past 30 days (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). This same study found that the mean age of tobacco experimentation and daily tobacco use were 13.5 and 14.3 years old, respectively. Furthermore, in a separate sample of Spanish adolescents (aged 12 to 18 years old) Inglés et al. (2007) found that 40.4% had tried smoking at least once in their life, 17.5% had experimented with tobacco and 8.2% smoked regularly.

Perceived risk is considered in several theories of social psychology as a variable that could influence addiction initiation (García del Castillo, 2012). Risk perception has been found to be an indirect predictor of the present and future engagement in drug use, with higher risk perceptions usually being associated with less drug use (Chassin, Presson, Rose, & Sherman, 2001; Williams, Herzog, & Simmons, 2011). In the case of tobacco use, 90.4% (88.9% boys and 91.7% girls) of Spanish adolescents think that smoking 20 cigarettes per day could cause some or substantial health problems (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). Furthermore, research has also found, in a sample of Spanish adolescents (between 12 and 16 years old), that the perceived risk of harm is significantly related to tobacco use: smokers perceived smoking one pack of cigarettes to be less risky than those who do not smoke (García-Rodríguez, Suárez-Vázquez, Santonja-Gómez, Secades-Villa, & Sánchez-Hervás, 2011). This same study also found a significant relationship between tobacco use and age, such that the probability of smoking increased with age. As García del Castillo (2010) suggested, during adolescence the desire to try new things is strong and may be enough to counteract the perceived risk.

Smoking initiation during adolescence has been characterised by many researchers as the progression through a sequence of stages (Becoña, 2007; Font-Mayolas, 2011; Mayhew, Flay, & Mott, 2000). The Transtheoretical Model of Change (TMC), proposed by Prochaska and DiClemente (1983), was initially used to explain the cessation of smoking by stages and has since also been applied to samples of Spanish smokers (Font-Mayolas, Planes, Gras, & Sullman, 2007; Morales, Pascual, & Carmona, 2010; Suñer-Soler et al., 2012). Moreover, the TMC has also been adapted to the acquisition of smoking by Stern, Prochaska, Velicer, & Elder (1987). These authors differentiate between four stages in the acquisition process: precontemplation (not yet beginning to think about smoking, and/or have no desire to start smoking in the future); contemplation (thinking about starting to smoke); action (have begun to experiment with cigarettes and are deciding whether or not it is for them); and maintenance (smoking on a regular

basis and being committed to smoking now and in the future). Several studies have also used the TMC to study the initiation of smoking in North American, Asian and European adolescents with the following stages: precontemplation (not thinking about trying smoking in the next 6 months), contemplation (thinking about trying smoking in the next 6 months), preparation (thinking about starting smoking in the next 30 days) and action (regularly smoking) (Chen, Horner, Percy, & Sheu, 2008; Pallonen, Prochaska, Velicer, Prokhorov, & Smith, 1998; Plummer et al., 2001; Velicer, Redding, Anatchkova, Fava, & Prochaska, 2007).

Plummer et al. (2001) found a relationship between the stages of acquisition and the perceived cons or negative consequences of tobacco smoking. In other words, the perceived cons of smoking decreased from the Precontemplation stage to the Preparation stage of acquisition. Furthermore, research using a sample of European adolescents found that those who intended to start smoking within the next five years reported less negative consequences of smoking than those definitely not intending to smoke in the future (Kremers, Mudde & de Vries, 2001).

In previous research, risk perceptions have been used to compare adolescent smokers with adolescent nonsmokers (García-Rodríguez et al., 2011; Williams et al., 2011). However, in the present study perceived risk has been used to investigate differences according to the stage of smoking acquisition. This new approach could help in the development of interventions targeted specifically at Spanish adolescents' close to, or even a long way from, beginning to smoke.

The main goal of this descriptive survey was to examine the perceived risks of smoking in a sample of Spanish adolescents, according to age and gender. Based on previous literature, it was hypothesized that perceived risk would decrease with age. A second goal of the research was to determine the stage of smoking acquisition using the transtheoretical model of change and to investigate its relationship to age and the perceived risks associated with smoking. It was predicted that Spanish adolescents in the Precontemplation stage would report higher risk perceptions than those in the more advanced stages. Moreover, it was hypothesized that age would be the most important factor (of those measured) in the progression through the stages of acquisition.

## METHOD

### Participants

As the study was investigating the experimentation and initiation of smoking in adolescence, the study population consisted of all secondary students from all public high schools in the city of Girona (Spain). This saturation sample resulted in

an initial sample of 1881 participants, but 371 (19.7%) were excluded due to missing data or erroneous responses. The final sample consisted of 1510 secondary students (50.90% female) aged between 12 and 17 years old (mean age = 14.03, SD = 1.28). Ethnicity was not assessed.

### Instruments and variables

Participants were asked to complete a short questionnaire which measured the following variables:

- Demographic information (e.g., age, gender).
- Perceived risk of smoking - Participants were asked how risky they perceived regular smoking to be. This was answered on a five point Likert-scale, which ranged from 0 (Not dangerous at all) to 4 (Very dangerous) (García del Castillo & Cordeiro, 2009; Megías, Rodríguez, Megías, & Navarro, 2005).
- Stage of smoking acquisition - Participants were asked if they were thinking about trying or planning to try smoking within the next 30 days (Preparation stage), or 6 months (Contemplation stage); or whether they had been smoking regularly (Action stage). If participants reported that they were not thinking of trying smoking in the next 6 months, they were categorised as being in the Precontemplation stage (Pallonen et al., 1998).

### Procedure

The study was firstly authorized by the Catalan Ministry of Education in Barcelona, Spain. Following this, the research was then explained to the principals of all high schools in Girona and permission to conduct the research was sought. All of the principals agreed to take part. The research was then described to all teachers involved, who in turn explained the research to the parents of all children and asked permission for their child/children's participation. As well as the aims of the research, and what participation would involve, the parents were told that their child/children's participation was entirely voluntary and that responses would be completely confidential and anonymous. Despite participation being completely voluntary, all parents agreed to their children taking part in the study and so all children who were in class on the day of data collection were surveyed.

### Design

According to the classification system proposed by Montero and León (2007), a descriptive survey was carried out.

### Data analysis

Chi-Squared tests were used to study the relationship between categorical variables. Non parametric Kruskal-Wallis tests were used to compare risk perceptions between ages and according to the stage of change, while non-parametric contrasts were undertaken using Mann-Whitney tests. All tests

were conducted using SPSS version 19.

## RESULTS

Table 1 shows the participant's age and gender. Most participants were between 13 and 16 years old (86.8%: 86.2% boys and 87.2% girls). Boys had a slightly lower mean age (mean = 14.13 years; SD = 1.28) than girls (mean: 14.25 years; SD = 1.28), but this difference was not statistically significant ( $t = -1.81$ ;  $p = 0.07$ ). Students' distribution by academic year was: 22.2% first, 21.8% second, 27.3% third and 28.7% fourth year.

Table 1: Distribution of participants by age and gender n (%)

	12 years	13 years	14 years	15 years	16 years	17 years	Total
Boys	89 (12.0)	155 (20.9)	188 (25.4)	198 (26.7)	98 (13.2)	13 (1.8)	741 (49.1)
Girls	78 (10.1)	150 (19.5)	195 (25.4)	215 (28.0)	110 (14.3)	21 (2.7)	769 (50.9)
Total	167 (11.1)	305 (20.2)	383 (25.4)	413 (27.4)	208 (13.8)	33 (2.2)	1510 (100)

Table 2 shows the mean smoking risk perception by age and gender. Overall the mean smoking risk perception decreased with age from 12 to 16 years old, but appeared to increase again at 17 years old. A non-parametric Kruskal-Wallis test found significant differences in smoking risk perception by age in both boys ( $X^2(5) = 38.3$ ;  $p < .0005$ ) and girls ( $X^2(5) = 14.2$ ;  $p = .01$ ). Furthermore, the Mann-Whitney contrasts found that the significant differences in smoking risk perception were between the 12 to 13-years-olds and the 14 to 16-years-old adolescents ( $z = 3.3$ ;  $p = .001$ ). Although smoking risk perception increased again at 17-years-old, this difference was only significant amongst male adolescents ( $z = 2.3$ ;  $p = .04$ ).

Table 2: Means and standard deviations of smoking risk perception\* by age and gender

	12 years	13 years	14 years	15 years	16 years	17 years	Total
Boys Mean (SD)	3.7 (1.0)	3.6 (1.0)	3.2 (1.0)	3.1 (1.0)	3.1 (1.0)	3.7 (1.1)	3.3 (1.1)
Girls Mean (SD)	3.5 (1.0)	3.4 (1.2)	3.2 (1.1)	3.1 (1.0)	3.1 (1.2)	3.2 (.9)	3.2 (1.1)
Total	3.6 (1.0)	3.5 (1.2)	3.2 (1.1)	3.1 (1.0)	3.1 (1.0)	3.4 (1.0)	3.3 (1.1)

\* From 0 = "Not dangerous at all" to 4 = "Very dangerous"

The percentage of adolescents by stage of smoking acquisition, age and gender is shown in Table 3. Most of the adolescents were in the Precontemplation stage, while very few were in the Contemplation and Preparation stages. Furthermore, as age increased so too did the proportion of adolescents in the stages closer to smoking acquisition (the Action stage). The same trend was observed in both girls and boys, when they were analysed separately. Due to the small number of adolescents in the Contemplation and Preparation stages, these were joined in order to meet the minimum cell sizes for the Chi-squared tests.

Significant differences by age were found in the whole sample ( $X^2(10) = 133.3$ ;  $p < .0005$ ). Although more girls than boys were in the Action stage, and more boys than girls in the Precontemplation stage, these differences did not reach statistical significance ( $X^2(2) = 5.7$ ;  $p = .06$ ). Nevertheless, when we compared the percentage of smokers by gender, significantly more girls (21.1%), than boys (16.3%), smoked ( $X^2(1) = 5.6$ ;  $p = .02$ ). However, there was no gender difference in the mean age at which they became regular tobacco consumers (Mean age boys = 13.2; SD = 1.7; Mean age girls = 13.4; SD = 1.3;  $t = .77$ ;  $p = .44$ ).

Table 3. Stage of smoking acquisition by age and gender (percentages).

Stage of acquisition		12 years n = 166	13 years n = 305	14 years n = 383	15 years n = 413	16 years n = 208	17 years n = 34	Total
Precontemplation	Boys	95.5	89.7	77.7	66.7	65.3	61.5	77.5
	Girls	93.5	90.7	74.4	61.9	62.7	42.9	73.4
Contemplation	Boys	2.2	1.9	2.1	6.1	7.1	15.4	4
	Girls	1.3	0	7.2	4.2	3.6	19	4.2
Preparation	Boys	0	2.6	2.7	3.5	0	0	2.2
	Girls	1.3	1.3	1.5	1.9	0	0	1.3
Action	Boys	2.2	5.8	17.6	23.7	27.6	23.1	16.3
	Girls	3.9	8	16.9	32.1	33.6	38.1	21.1

Table 4 presents smoking risk perception by stage of change and gender. Smoking risk perception decreased as the adolescent progressed through the stages of change (i.e. the closer to the Action stage, the lower the risk perceived). A non-parametric Kruskal-Wallis test identified significant differences ( $X^2(3) = 122.5$ ;  $p < .0005$ ), while the Mann-Whitney contrasts found significant differences between adolescents in the Precontemplation stage and those in any other stage (PC vs. C:  $z = -3.2$ ;  $p = .001$ ; PC vs. Pre:  $z = -3.46$ ;  $p < .0001$ ; PC vs. A:  $z = -10.5$   $p < .0005$ ). However, no differences were found between the Contemplation, Preparation and Action stages (C vs. Pre:  $z = -1.6$ ,  $p = .12$ ; C vs. A:  $z = 1.5$ ,  $p = .11$ ; Prep vs. A:  $z = -.3$ ,  $p = .77$ ). The same pattern was also found when boys and girls were analysed separately.

Table 4: Means and standard deviations of smoking risk perception\* by stage of acquisition and gender

	Precontemplation	Contemplation	Preparation	Action
Boys Mean (SD)	3.4 (1.0)	3.1 (.9)	2.7 (1.1)	2.8 (1.0)
Girls Mean (SD)	3.4 (1.0)	2.9 (.9)	2.5 (1.4)	2.6 (.9)
Total	3.4 (1.0)	3.0 (.9)	2.7 (1.2)	2.7 (1.0)

\* From 0 = "Not dangerous at all" to 4 = "Very dangerous"

## DISCUSSION

The first goal of this study was to examine Spanish adolescents' risk perceptions regarding smoking, according to age and gender. As hypothesized, these results supported the fact that the perceived risk of smoking decreased from age 12 to 16 years old. Also García-Rodríguez et al. (2011) found that the probability of smoking increased with age in a sample of Spanish adolescents. Previous research has also reported this pattern of findings and suggests this may be due to an increased interest in trying new things and also their perceptions of invulnerability (García del Castillo, 2012). Therefore, our results highlight the need for interventions to increase adolescents' knowledge of the physical, psychological and social risks of smoking in order to maintain this high risk perception as long as possible. Although it is not easy to increase risk perceptions surrounding smoking, as García del Castillo (2012) proposed, research on this topic must continue. Furthermore, it would be interesting to thoroughly investigate the apparent recovery of age as a protective factor, in terms of risk perceptions (García de Castillo, 2010), among older adolescent males.

A second goal of this research was to identify the stage of smoking acquisition using the transtheoretical model of change and its relationship to the perceived risks of smoking and age. Most of the Spanish adolescents in the present sample were categorised as being in the Precontemplation stage (77.5% boys and 73.4% girls), in other words they had no intention to start smoking in the near future. This finding is in agreement with previous studies among Asian, European and North-American adolescents (Chen et al., 2008; Kremers et al., 2001; Velicer et al., 2007).

The results of this study demonstrate that the perceived risk of smoking was strongly related to the stage of acquisition. As predicted, those who were not smokers and were not thinking about consuming in the near future perceived a higher risk of smoking than current smokers (Action stage) and those who were thinking about starting smoking in the near future (Contemplation and Preparation stages). A strong relationship has also been found between adolescent tobacco (and other drugs) consumption and perceived risk (e.g. Moral & Ovejero, 2009), including among university students (Precioso & Macedo, 2008). Previous research has also found less negative consequences of smoking reported by those who have an intention to start smoking (Kremers et al., 2001; Plummer et al., 2001). Moral & Ovejero (2009) hypothesised that this is due to consumers (and those with a future intention to smoke) distorting their perceived risk of smoking, which they called the user mentality. Unfortunately, due to the cross-sectional nature of the present research it is not possible to identify the direction of the relationship. In other words, whether it is those with a higher perceived risk who are less likely to start smoking or whether smokers distort their risk perceptions, as Moral & Ovejero (2009) suggest. Longitudinal research is needed to clarify this

point. Furthermore, it would be interesting to investigate the development of risk perceptions over time. In particular, it would be extremely interesting to find out whether the changes in risk perceptions come before or after stage advancement.

As hypothesized, age was the determinant factor in the progression through the stages of change towards regular smoking among these school students, with no differences by gender. As well as becoming a regular smoker, thinking about starting to smoke also increased with age. There was also a gender effect, with more girls being categorised as smokers than boys. This finding is also in agreement with the last Spanish national survey on drug consumption among secondary school students and other previous studies (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; Ramos & Moreno, 2010).

The most vulnerable ages for starting tobacco consumption were 14 and 15 years old, with very few adolescents starting to smoke before 14 years old, while the percentage of consumers remained relatively stable after 15 years old. Nevertheless, almost 2 out of 10 adolescents aged 17 years old were thinking about starting smoking in the near future. Similar results were also found by Moral & Ovejero (2009) in a sample of Spanish adolescents aged between 12 and 16 years old. They found that 1.9% of 12-year olds and 5.4% of 13-year old adolescents smoked every day, but that this figure increase to 9.8% at 14 and to 15.6% at 15 years old. Moreover, in a longitudinal study of a sample of Spanish adolescents Oliva, Parra, & Sánchez-Queija (2008) found that most participants started smoking between 13 and 15 years old.

There were no gender differences in the mean age at which the students started regularly smoking. This finding is in agreement with previous research which has found that adolescent female consumption has been progressively increasing to the same level, or higher, than that of adolescent males (Mendoza, López, & Sagera, 2007; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

As this study shows that a substantial proportion of the adolescents had tried smoking by the age of 14 years old, it is important that smoking prevention interventions are implemented before this age. Moreover, it would make sense to take advantage of the fact that most adolescents reported no intention to smoke in the near future, in order to reinforce the beliefs, attitudes and behaviours that help to maintain the intention to not start smoking. This should involve attempting to promote effective coping strategies, tailored according to age and gender, using classroom-based interventions, community-based strategies and anti-smoking policy measures aimed at reducing the amount of smoking in movies and on television (Ariza & Villalbí, 2004; Glantz, 2012; Gómez-Fraguela, Luengo-Martín, Romero-Triñanes, Villar-Torres, & Sobral-Fernández, 2006).

As with all survey-based research, there are a number of possible limitations to this study. As all the participants were in Girona, it is possible that they differ significantly from the general population of Spanish adolescents. Therefore, future research should be conducted elsewhere in Spain to confirm these findings. Another possible limitation is that the data were obtained using self-reports, which may be vulnerable to social desirability bias. However, voluntary participation, assurances of confidentiality and the use of anonymous questionnaires will have reduced the impact of social desirability bias. Finally, due to the cross-sectional nature of the study the conclusions made here are limited to demonstrating relationships rather than causation.

## Funding

This research was supported by the Grant SEJ2007-60814/PSIC from the Spanish Ministry of Science and Innovation.

## REFERENCES

- Ariza, C., & Villalbí, J.R. (2004). La prevención del tabaquismo en los jóvenes: realidades y retos para el futuro. *Adicciones*, 16(2), 359-378.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles de Psicólogo*, 1(28), 11-20.
- Chassin, L., Presson, C.C., Rose, J.S., & Sherman, S.J. (2001). From adolescence to adulthood: Age-related changes in beliefs about cigarette smoking in a Midwestern community sample. *Health Psychology*, 20(5), 377-386.
- Chen, H.S., Horner, S.D., Percy, M.S., & Sheu, J.J. (2008). Stages of smoking acquisition of young Taiwanese adolescents: Self-efficacy and decisional balance. *Research in Nursing and Health*, 31, 119-129.
- Font-Mayolas, S. (2011). Conductes addictives. In M. Planes and M.E. Gras (Eds.) *Recerca en Psicologia de la Salut* (pp. 75-81). Girona: Documenta Universitària.
- Font-Mayolas, S., Planes, M., Gras, M.E., & Sullman, M.J.M. (2007). Motivation for change and pros and cons in Spanish population. *Addictive Behaviors*, 32, 175-180.
- García del Castillo, J. A. (2010). Adolescencia y percepción de riesgo. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 10(1), 7-10.
- García del Castillo, J.A. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 12(2), 133-151.
- García del Castillo, J.A., & Cordeiro, A. (2009). Percepção do risco associado ao consumo de álcool, tabaco e drogas. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 9(1), 57-78.
- García-Rodríguez, O., Suárez-Vázquez, R., Santonja-Gómez, F.J., Secades-Villa, R., & Sánchez-Hervás, E. (2011). Psychosocial risk factors for adolescent smoking: A school-based study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 23-33.
- Glantz, S.A. (2012). Pinocchio shows how to end the tobacco epidemic. *Tobacco control*, 21, 296-297.
- Gómez-Fraguela, J.A., Luengo-Martín, A., Romero-Triñanes, E., Villar-Torres, P., & Sobral-Fernández, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 581-597.
- Inglés, C.J., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M.S., Espada, J.P., García-Fernández, J.M., Hidalgo, M.D., & García-López, L.J. (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 403-420.
- Kremers, S.P.J., Mudde, A.N., & de Vries, H. (2001). Subtypes within the precontemplation stage of adolescent smoking acquisition. *Addictive Behaviors*, 26, 237-251.
- Mayhew, K.P., Flay, B.R., & Mott, J.A. (2000). Stages in the development of adolescent smoking. *Drug and Alcohol Dependence*, 59 (Supp. 1), S61-S81.
- Megías, E., Rodríguez, E., Megías, I., & Navarro, J. (2005). *La percepción social de los problemas de drogas en España, 2004*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Mendoza, R., López, P., & Sagera, M.R. (2007). Diferencias de género en la evolución del tabaquismo adolescente en España (1986-2002). *Adicciones*, 19(3), 273-288.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Informe 2011*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Montero, I., & León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Moral, M.V., & Ovejero, A. (2009). Experimentación con sustancias psicoactivas en adolescentes españoles: perfil de consumo en función de los niveles de edad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3), 533-553.
- Morales, Z., Pascual, L.M., & Carmona, J. (2010). The validity of transtheoretical model through different psychosocial variables. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 10(2), 47-66.
- Oliva, A., Parra, A., & Sánchez-Queija, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 153-169.
- Pallonen, U.E., Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Prokhorov, A.V., & Smith, N.F. (1998). Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking: an empirical investigation. *Addictive Behaviors*, 23, 303-324.
- Plummer, B.A., Velicer, W.F., Redding, C.A., Prochaska, J.O., Rossi, J.S., Pallonen, U.E., & Meier, K.S. (2001). Stage of change, decisional balance, and temptations for smoking. Measurement and validation in a large, school-based population of adolescents. *Addictive Behaviors*, 26, 551-571.
- Precioso, J. & Macedo, M. (2008). When and why do Portuguese university students start smoking: implications for prevention. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 8(1), 93-104.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Ramos, P. & Moreno, C. (2010). Situación actual del consumo de sustancias en los adolescentes españoles: Tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilegales. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 10(2), 13-36.
- Stern, R.A., Prochaska, J.O., Velicer, W.F., & Elder, J.P. (1987). Stages of adolescent cigarette smoking acquisition: Measurement and sample profiles. *Addictive Behaviors*, 12, 319-329.
- Suñer-Soler, R., Grau, A., Gras, M.E., Font-Mayolas, S., Silva, Y., Dávalos, A., Cruz, V., Rodrigo, J., & Serena, J. (2012). Smoking cessation 1 year poststroke and damage to the insular cortex. *Stroke*, 43, 131-136.
- Velicer, W.F., Redding, C.A., Anatchkova, M.D., Fava, J.L., & Prochaska, J.O. (2007). Identifying cluster subtypes for the prevention of adolescent smoking acquisition. *Addictive Behaviors*, 32, 228-247.
- Williams, R.J., Herzog, T.A., & Simmons, V.N. (2011). Risk perception and motivation to quit smoking: A partial test of the health action process approach. *Addictive Behaviors*, 36(7), 789-791.
- World Health Organization (2010). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2011). *WHO Report on the global tobacco epidemic, 2011*. Geneva: WHO.

## INTERVENCIONES PARA DEJAR DE FUMAR CON PACIENTES HOSPITALIZADOS POR ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

### SMOKING CESSATION INTERVENTIONS WITH INPATIENTS FOR A CARDIOVASCULAR DISEASE: A LITERATURE REVIEW

M. Carmen Míguez y Beatriz Pereira

Universidad de Santiago de Compostela

#### Abstract

The tobacco is an important risk factor for development of cardiovascular diseases. Hospitalization of these patients gives us an excellent opportunity to help them to quit smoking. However, few studies have evaluated what type of intervention is most effective for this population. Therefore, the aim of this study is to review treatments for smoking cessation that have been applied to patients hospitalized with cardiovascular disease in the last decade, in order to determine their effectiveness and establish what would be most appropriate. To achieve this, we searched the Cochrane Tobacco registration Addiction Group and the databases Medline, PsycInfo, PubMed, and CSIC. As a consequence, 16 studies fulfilling inclusion criteria were found, although treatments components and intensity differ greatly from one study to another. It was concluded that while brief advice increases cessation compared with no intervention, the most effective interventions are those of greater intensity that last for at least three months after hospital discharge.

*Keywords: smoking cessation, cardiovascular disease, coronary heart disease, hospitalized, inpatient.*

#### Resumen

El tabaco es un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y la hospitalización por este tipo de enfermedades brinda una excelente oportunidad para ayudar a dejar de fumar. Sin embargo, son pocas las intervenciones que se han llevado a cabo con estos pacientes y máxime a nivel hospitalario. El objetivo de este estudio es hacer una revisión acerca de las intervenciones para dejar de fumar realizadas con pacientes hospitalizados por enfermedad cardiovascular en la última década, con el objetivo de determinar su eficacia y conocer cuál resulta más adecuada. Para ello, se realizaron búsquedas en el registro de la Cochrane Tobacco Addiction Group así como en las bases de datos Medline, PsycINFO, PubMed y CSIC. Los 16 estudios hallados que cumplían los criterios de inclusión muestran importantes diferencias tanto en cuanto a los componentes que integran las intervenciones como en la intensidad de las mismas. Se concluye que si bien el consejo breve incrementa el abandono del tabaco en comparación con la no intervención, las intervenciones más efectivas son aquellas de mayor intensidad que tienen continuación durante al menos tres meses tras el alta hospitalaria.

*Palabras clave: dejar de fumar, enfermedad cardiovascular, enfermedad coronaria, pacientes hospitalizados.*

Correspondencia: M<sup>ª</sup> del Carmen Míguez Varela  
Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología  
Campus Vida, Universidad de Santiago de Compostela  
15782 Santiago de Compostela (España)  
E-mail: mcarmen.miguez@usc.es

Los componentes del tabaco causan la muerte de unos seis millones de personas cada año (World Health Organization, 2011). En España, el consumo de tabaco es la primera causa aislada de enfermedad evitable, invalidez y muerte prematura. De hecho, una de cada 7 muertes ocurridas en 2006 en personas mayores de 35 años fue atribuida al consumo de tabaco (Banegas y cols., 2011).

A día de hoy fumar es el principal factor de riesgo prevenible de enfermedad y muerte (United States Department of Health and Human Services, 2010). Existe una clara relación entre fumar y distintas enfermedades; éste es el caso de las enfermedades cardiovasculares, donde el tabaco presenta tanto una relación causal como de interacción multiplicativa con otros factores de riesgo como son la hipertensión, la hipercolesterolemia y la diabetes (Fernández, Sanz, Garrido y López, 2011; López y García, 2004).

Al consumo de tabaco se le atribuyen enfermedades cardiovasculares como la cardiopatía isquémica, que ocasiona un tercio de las muertes de causa cardiovascular, el infarto agudo de miocardio, la enfermedad vascular periférica, el aneurisma de aorta y los accidentes cerebrovasculares, cuyo riesgo se incrementa en un 50% (United States Department of Health and Human Services, 2004, 2010). Asimismo, es un importante factor de riesgo de muerte súbita, pues el 75% de estas muertes debido a trombosis coronaria se dan en fumadores (Goldenberg y cols., 2003).

Los estudios epidemiológicos informan de una relación dosis-efecto (Kannel y Higgins, 1990), pues el riesgo es proporcional al número de cigarrillos que se consumen al día y al número de años de consumo (García-Rubira y López, 1998), si bien el riesgo ya se ve incrementado con niveles bajos de exposición al tabaco, tales como un consumo ocasional o diario bajo, o la exposición al humo de forma pasiva (United States Department of Health and Human Services, 2010).

No obstante, los efectos comentados no son irreversibles, pues dejar de fumar conlleva beneficios para la salud, tanto a corto como a largo plazo. A corto plazo la presión arterial baja, la frecuencia cardíaca se recupera, el monóxido de carbono y el oxígeno en sangre se normalizan, y mejora la circulación (United States Department of Health and Human Services, 1990), mientras que a largo plazo tanto la morbilidad como la mortalidad coronaria, así como las complicaciones asociadas a las enfermedades cardiovasculares se ven reducidas (Critchley y Capewell, 2003; Mohiuddin y cols., 2007; United States Department of Health and Human Services, 2004). Se ha demostrado una reducción significativa, entre un 35-50%, de complicaciones tales como la aparición de recidivas de infarto y de anginas en personas que dejaron de fumar (Critchley y Capewell, 2003), así como una reducción en la aparición de ictus isquémicos y hemorrágicos. Asimismo, en los casos en los que los pacientes se van a someter a una cirugía coronaria, dejar de fumar puede llegar a reducir en un 41% la mortalidad cardíaca

post-intervención y en un 29% la necesidad de una nueva intervención (Van Domburg y cols., 2000). Teniendo en cuenta la evidencia existente acerca de las ventajas que conlleva dejar de fumar para estos pacientes (United States Department of Health and Human Services, 2004), no cabe duda de la importancia de que los fumadores con alguna enfermedad cardiovascular dejen de fumar lo antes posible. Por esta razón, con estos pacientes está indicado realizar una intervención lo más temprana posible, pues mientras que los que dejan de fumar y eliminan su exposición al humo del tabaco disminuyen rápidamente su riesgo cardiovascular ya que, por ejemplo, tras un infarto de miocardio, a los 3 años su riesgo es similar al de los no fumadores, aquellos que continúan fumando aumentan en cuatro veces su riesgo de reinfarcto (Rea y cols., 2002; United States Department of Health and Human Services, 2010).

A los datos anteriores cabe añadir que el ingreso de un fumador en un hospital brinda una excelente oportunidad para ayudarle a dejar de fumar, ya que la hospitalización, especialmente por una enfermedad relacionada con el tabaco como es el caso de las enfermedades cardiovasculares, puede incrementar la receptividad a los mensajes para el abandono de dicha conducta, pues es durante estos momentos o estancias cuando aumenta la percepción de vulnerabilidad de los pacientes. A esto hay que unir el hecho de que al ingresar en los servicios de salud los pacientes tienen contacto directo con profesionales de la salud que pueden proporcionar mensajes o intervenciones para el abandono de este hábito. Además, los fumadores pueden encontrar más fácil dejar de fumar en un ambiente donde el tabaco esté prohibido (Rigotti, Munafo y Stead, 2008). Así pues, el ingreso hospitalario proporciona a los profesionales sanitarios una gran oportunidad para ayudar a los pacientes a dejar de fumar, puesto que los fumadores ingresados pueden ser más receptivos a los consejos antibabáquicos en un lugar donde se cuida la salud y en el cual no está permitido fumar, y también debido a que el tabaco puede interferir en su recuperación e incluso puede ser la causa por la que se encuentren hospitalizados (Martínez, Morchón, Masuet y Ramón, 2009).

Sin embargo, a pesar de las ventajas que la hospitalización puede suponer a la hora de ofrecer intervenciones para dejar de fumar, en la práctica son pocos los hospitales que proporcionan este tipo de intervención a sus pacientes.

Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo del presente estudio fue realizar una revisión bibliográfica de las intervenciones para dejar de fumar que se han llevado a cabo con pacientes hospitalizados debido a alguna enfermedad cardiovascular, para determinar su eficacia y conocer cómo se llevan a cabo y qué tipo de intervención resulta más adecuada con esta población.

## MÉTODO

Se han realizado búsquedas en el registro de la Cochrane Tobacco Addiction Group así como en las bases de datos Medline, PsycINFO, PubMed y CSIC, junto con una búsqueda manual en revistas especializadas y en las listas de referencias de los ensayos y revisiones encontradas. Las palabras clave utilizadas fueron: (smoking cessation intervention OR tobacco control) AND (inpatient OR hospitalized) AND (coronary heart disease OR acute coronary syndrome OR myocardial infarction OR cardiovascular).

Los criterios de inclusión utilizados en esta revisión fueron: a) que se tratase de estudios que incluyeran intervenciones para dejar de fumar realizadas en hospitales no meramente farmacológicas, b) que los fumadores se sometieran voluntariamente a las intervenciones para dejar de fumar; c) que la muestra estuviera formada por pacientes hospitalizados con alguna enfermedad cardiovascular, d) que se haya hecho al menos seguimiento de 6 meses y e) que se tratara de estudios publicados de enero de 1999 a diciembre de 2012. Las fases del procedimiento seguido para la selección de los artículos aparecen recogidas en la Figura 1.

## RESULTADOS

A continuación, se comentan los 16 estudios hallados, que cumplen todos los criterios de inclusión, cuya finalidad era evaluar los efectos de diferentes intervenciones para dejar de fumar en pacientes hospitalizados por enfermedad cardiovascular. Los estudios se han distribuido en dos apartados, en función de si las intervenciones para dejar de fumar incorporan tratamiento farmacológico o no.

### *Intervenciones sin tratamiento farmacológico para dejar de fumar en pacientes hospitalizados por enfermedad cardiovascular*

Cómo se puede observar en la Tabla 1, son cuatro los estudios que evalúan intervenciones para dejar de fumar con pacientes cardiovasculares hospitalizados sin componentes farmacológicos (Dornelas, Sampson, Gray, Waters y Thompson, 2000; Sivarajan y cols., 2004; Hajek, Taylor y Mills, 2002; y Jonson, Budz, Mackay y Millar, 1999). De ellos, tres utilizan muestras específicas. Así, el estudio de Dornelas y cols. (2000) sólo incorpora pacientes ingresados por infarto de miocardio, mientras que el estudio de Hajek y cols. (2002) incorpora a pacientes ingresados por un infarto o para realizar un bypass cardíaco. En el caso de Sivarajan y cols. (2004) no se especifica el tipo de patología cardíaca que presenta la muestra, aunque sí se especifica que solo se incluyeron a mujeres.

Por lo que respecta al personal que llevó a cabo dichas intervenciones, solamente el estudio de Dornelas y cols. (2000) incluye una intervención realizada por un psicólogo, mientras que en el resto de los casos son las propias enfermeras del

hospital las encargadas de llevar a cabo las intervenciones, la mayoría de las veces sin haber sido entrenadas para ello.

En general, estos estudios incluyen siempre como parte del cuidado habitual consejo breve por parte del personal médico del hospital para que el paciente deje de fumar. Sin embargo, lo que acompaña a este consejo varía dependiendo del estudio. El estudio de Jonson y cols. (1999) sólo incluye dicho consejo, mientras que en el de Hajek y cols. (2002) se acompaña de un folleto y en el de Sivarajan y cols. (2004) se incorpora un folleto y una lista de los recursos para dejar de fumar existentes en la comunidad. El caso del estudio de Dornelas y cols. (2000) es especial, pues el cuidado mínimo incorpora la recomendación verbal y escrita de ver un vídeo educativo sobre las consecuencias del tabaco y aclaración de las dudas por parte de un psicólogo.

Aunque si bien es cierto que la base de la intervención en todos los estudios es ofrecer consejo e información de forma extensa sobre la importancia que dejar de fumar tiene para la enfermedad cardiovascular, la gran diferencia entre los estudios es el contenido de la intervención. Cabe destacar que, a excepción del estudio de Hajek y cols. (2002), en todos se incorpora apoyo telefónico a los pacientes, de mayor o menor duración, tras el alta médica. A mayores, dos de estos estudios (Dornelas y cols., 2000; y Sivarajan y cols., 2004) incorporan como parte de la intervención, tratamiento de prevención de recaídas.

En concreto, en el estudio de Jonson y cols. (1999) la intervención consiste en dos contactos con la enfermera en los que se remarca la importancia que dejar de fumar tiene para estos pacientes y sus patologías, lo que se realiza mediante charlas, folletos y videos. Además, se les proporciona consejos para dejar de fumar, así como tres meses de apoyo telefónico. En el caso de Dornelas y cols. (2000), la intervención consiste en proporcionar consejos para dejar de fumar, explicar las fases por las que pasa un fumador hasta que deja de fumar y la importancia de la autoeficacia, así como proporcionar estrategias de prevención de recaídas y realizar siete llamadas telefónicas durante los seis meses siguientes al alta hospitalaria.

Hajek y cols. (2002), por su parte, ofrecen al grupo de intervención una sesión de alrededor de media hora en la que se le da al paciente información sobre los riesgos del tabaco y los beneficios de dejar de fumar, se entrega un folleto específico sobre la relación entre fumar y la recuperación cardíaca, y se le proporciona la oportunidad de ponerse en contacto con otros pacientes que habían dejado de fumar para que pudieran funcionar de apoyo mutuo. Por último, en el caso de Sivarajan y cols. (2004), la intervención se basa en consejo para dejar de fumar y 45 minutos de una sesión cognitivo-conductual de prevención de recaídas, además de 5 llamadas tras el alta hospitalaria.

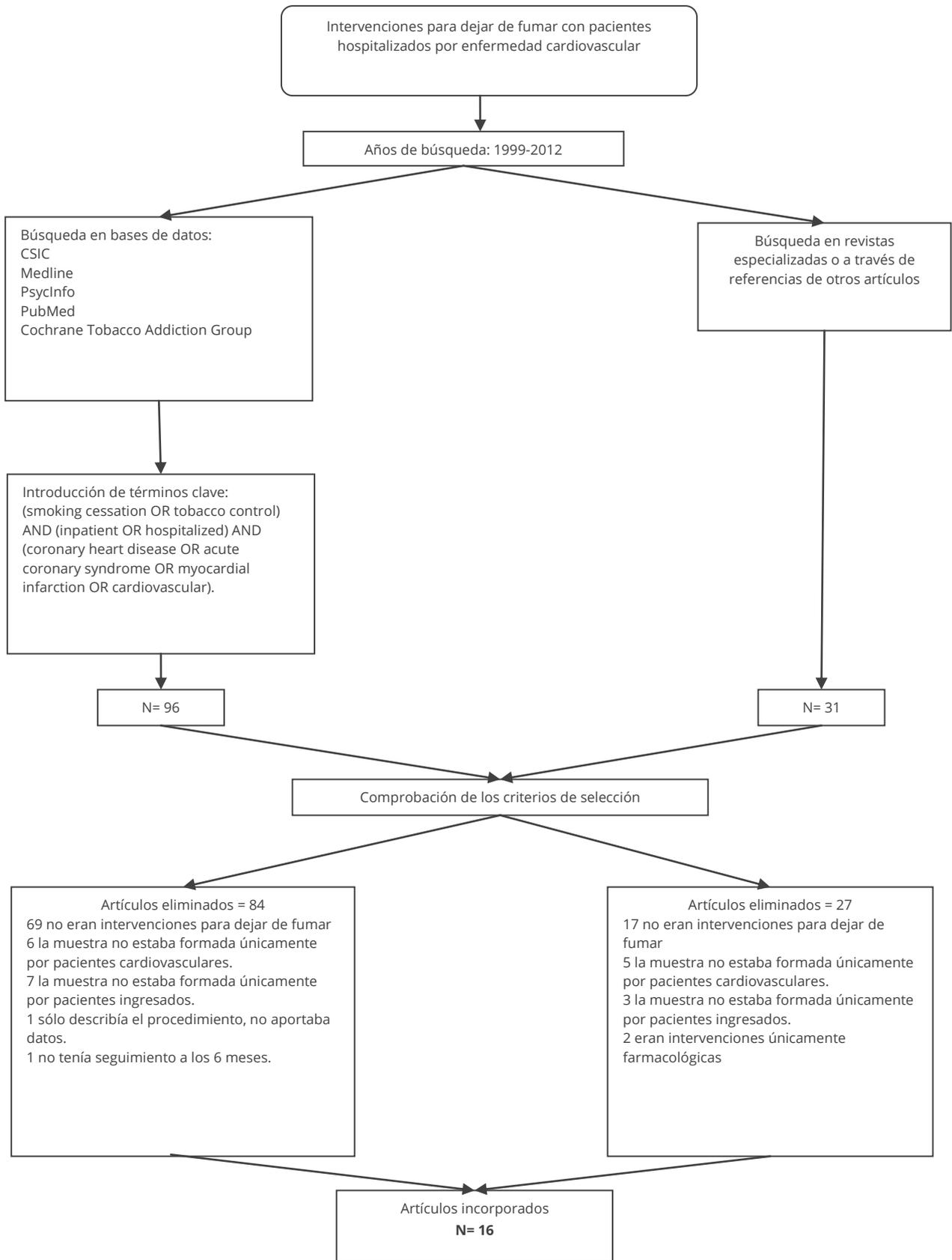


Figura 1. Procedimiento seguido para la selección de los artículos.

Como se puede observar en la Tabla 1, a excepción del estudio de Hajek y cols. (2002), en todos los estudios se obtienen porcentajes de abstinencia más elevados en el grupo que recibe la intervención respecto al grupo de cuidado habitual, aunque las diferencias sólo alcanzan significación estadística en dos casos (Dornelas y cols., 2000; y Jonson y cols., 1999). En estos dos estudios, las tasas de abstinencia a los seis meses en el grupo que recibe la intervención son del 67% en el estudio de Dornelas y cols. (2000) y del 46% en el de Jonson y cols. (1999), mientras que las del grupo que recibe cuidado mínimo son del 43% y del 31%, respectivamente.

Otro dato relevante hallado es el apuntado por Jonson y cols. (1999) que observaron que el grupo que recibía cuidado habitual tenía 3 veces más probabilidades de recaer en el consumo de tabaco.

Intervenciones con tratamiento farmacológico para dejar de fumar en pacientes hospitalizados por enfermedad cardiovascular

Respecto a las investigaciones que combinan el consejo y/o tratamiento psicológico para dejar de fumar con farmacoterapia (vareniclina, tratamiento de sustitución de nicotina y bupropión), encontramos 12 estudios que cumplen todos los criterios requeridos para ser incorporados en esta revisión (Tabla 2).

Los estudios de este apartado incluyen intervenciones para dejar de fumar con pacientes hospitalizados por algún tipo de enfermedad cardiovascular, pero seis de ellos presentan como criterio de selección en cuanto a la muestra la enfermedad por la que fueron ingresados. En concreto, dos de las investigaciones restringen la muestra a pacientes ingresados por infarto o cirugía cardiovascular (Hajek, Taylor y McRobbie, 2010; Smith y Burgess, 2009), tres, únicamente incorporan a pacientes con enfermedad coronaria aguda (Mohiuddin, Mooss, Hunter, Grollmes, Cloutier y Hilleman, 2007; Planer y cols., 2011; Rigotti y cols., 2006) y una de estas investigaciones se centra en pacientes ingresados debido a un ictus o un accidente isquémico transitorio (Bruner, Sorensen, Hyldahl, Heriksen y Banks, 2012).

Si atendemos al personal que llevó a cabo la intervención para dejar de fumar, encontramos que, en la mayoría de los casos, se trata de enfermeras sin formación específica al respecto, con la excepción del estudio de Rigotti y cols. (2006), en el cual se especifica que las enfermeras que realizaron las intervenciones fueron entrenadas a tal efecto, y de los estudios de Mohiuddin, Mooss, Hunter, Grollmes, Cloutier y Hilleman (2007) y de Samaan, Nowacki, Schulze, Magloire y Anand (2012) en los cuales la intervención fue realizada por un especialista en el tratamiento del tabaquismo. Mención especial merece el único estudio español incorporado en esta revisión (Martínez, Morchón, Masuet y Ramón, 2009), ya que en el mismo no se aclara qué tipo de personal fue el encargado de llevar a cabo la intervención, aunque sí se especifica que los datos

retrospectivos de abstinencia fueron recogidos por psicólogos entrenados.

Centrándonos en el objetivo de los estudios, la mayoría pretenden comparar distintos tipos de intervenciones para comprobar cuál de ellas es más eficaz. Sin embargo, cinco difieren de esta tónica. En concreto, el estudio de Rigotti y cols. (2006), analiza si el incorporar ayuda farmacológica (bupropión) a una terapia intensiva para dejar de fumar incrementa la abstinencia. Para ello, somete a dos grupos a la misma terapia (tratamiento multicomponente cognitivo-conductual y prevención de recaídas, junto con 5 llamadas telefónicas tras el alta) pero en uno administra bupropión y en el otro placebo. Encontraron que aunque a los seis meses la abstinencia era superior en el grupo sometido a bupropión (37,1% vs. 26,8%), al año estas diferencias no eran significativas ( $p=0,49$ ). Planer y cols. (2011), igual que en el caso anterior, comparan dos grupos sometidos a la misma intervención para dejar de fumar (8 semanas de intervención motivacional y apoyo telefónico tras el alta), que se diferencian únicamente en que uno recibe bupropión y el otro placebo. No encontraron diferencias significativas entre el grupo sometido a bupropión y el que recibe placebo, ni a los 3 meses (45% vs. 44%), ni a los 6 (37% vs. 42%) ni al año (31% vs. 33%). En consonancia con estos datos, Smith y Burgess (2009) también informaron de una abstinencia significativamente más baja entre aquellos pacientes que usaron farmacoterapia que entre los que no la hicieron (39% vs. 68%;  $p < 0,001$ ).

Los otros tres estudios que no compararan distintos tratamientos son el de Hajek y col. (2010), el de Martínez y cols. (2009) y el de Samaan y cols. (2012). Estos estudios se centran en realizar una única intervención y proporcionar los datos de abstinencia que obtienen. Así, al año de seguimiento, Hajek y cols. encuentran una abstinencia del 41%, mientras que el porcentaje de abstinencia del estudio de Martínez y cols. se sitúa en el 62,2%. Por su parte, Samaan y cols. señalan que seis meses después de realizar la intervención, el porcentaje de abstinencia era del 24% y un 52,7% habían reducido su consumo de tabaco a la mitad. Asimismo, hallaron que la falta de confianza en las propias habilidades para dejar de fumar y una alta dependencia de la nicotina eran factores asociados con la no reducción y/o abandono del consumo de tabaco.

Por lo que respecta al resto de estudios, es decir, aquellos que comparan distintos tipos de intervenciones para dejar de fumar, encontramos que, en general, al grupo control se le ofrece consejo breve para dejar de fumar e información general sobre las consecuencias del consumo de tabaco, además se acompaña en algunos casos (ej., Quist-Paulsen y Gallefoss, 2003; Smith y Burgess, 2009) de material de autoayuda, como folletos que se centran en explicar las consecuencias para la salud de fumar y que proporcionan algún consejo sobre cómo dejar de fumar y prevenir recaídas.

Tabla 1. Intervenciones para dejar de fumar sin tratamiento farmacológico en pacientes hospitalizados por enfermedad cardiovascular.

Estudio	Objetivo	Muestra	Intervenciones	Resultados	Validación abstinencia
Jonson y cols. (1999) Canadá	Determinar el efecto de una intervención para dejar de fumar realizada por enfermeras.	102 G.I.= 51 G.C.: 51	G.I.: dos contactos con la enfermera, folletos, videos, charlas y tres meses de apoyo telefónico. G.C.: cuidado habitual (consejo ocasional para dejar de fumar).	Abstinencia a los 6 meses: G.I.= 46% G.C.= 31% 3 veces más probable la recaída en el G.C.	Autoinformes
Dornelas y cols. (2000) EE.UU.	Evaluar la eficacia de una intervención para dejar de fumar con pacientes hospitalizados debido a un infarto de miocardio.	100 G.I.= 54 G.C.= 46	G.I.: un psicólogo proporciona consejo e informa de formas de prevenir recaídas y siete llamadas telefónicas durante los 6 meses posteriores al alta. G.C.: cuidado mínimo (recomendación de ver un video educativo y comentarlo con el psicólogo).	Abstinencia a los 6 meses: G.I.= 67% G.C.= 43% Abstinencia a los 12 meses: G.I.= 55% G.C.= 34%	Autoinformes Informes de terceros
Hajek y cols. (2002) Inglaterra	Evaluar una intervención breve para dejar de fumar en pacientes hospitalizados con problemas cardíacos (infartos o bypass).	540 G.I.= 274 G.C.= 266	G.I.: intervención breve administrada por enfermeras (1 sesión de 20/30 min., un folleto y una declaración del compromiso de dejarlo). G.C.: cuidado habitual (consejo verbal y un folleto para dejar de fumar).	Abstinencia a las 6 semanas: G.I.= 60% G.C.= 59% Abstinencia a los 12 meses: G.I.= 37% G.C.= 41%	Autoinformes Monóxido de carbono en aire espirado Cotina en saliva
Sivarajan y cols. (2004) EE.UU.	Comprobar la eficacia de una intervención para dejar de fumar en mujeres hospitalizadas por enfermedades cardiovasculares.	277 G.I.= 142 G.C.= 135	G.I.: asesoramiento médico, una sesión cognitivo-conductual de prevención de recaídas de 45 minutos y 5 llamadas telefónicas de 5 o 10 minutos tras el alta los 3 primeros meses. G.C.: consejo breve, un folleto de autoayuda y una lista de los recursos para dejar de fumar existentes en la comunidad.	Abstinencia a los 6 meses: G.I.= 51,5% vs. G.C.= 40,8% Abstinencia a los 12 meses: G.I.= 47,6% vs. G.C.= 41,7% Abstinencia a los 24 meses: G.I.= 48,5% vs. G.C.= 46,2% Abstinencia a los 30 meses: G.I.= 50 % vs. G.C.= 50%	Autoinformes

G.I.= grupo intervención; G.C.= grupo control.

Asimismo, las intervenciones consisten en proporcionar información para dejar de fumar de una forma más extensa y centrada en las consecuencias que fumar tiene sobre su patología y no sólo a nivel general. Además, incluyen contactos con los pacientes tras el alta hospitalaria, junto con ayuda farmacológica (vareniclina, bupropión y terapia de sustitución de nicotina) para aquellos que la soliciten. En el estudio de Mohiuddin y cols. (2007) la intervención es mucho más completa. En este caso, además de proporcionar información para dejar de fumar, se entrena en relajación, habilidades sociales, control de estímulos y manejo del apoyo social. Otro caso destacable es el estudio de Chouinard y Robichaud-Ekstrand (2005), en el cual se comparan tres tratamientos, siendo la diferencia entre los dos grupos de intervención la existencia de contacto con el paciente tras finalizar la terapia. Señalar que las tasas más altas de abstinencia las obtienen los pacientes con seguimiento telefónico, seguido del grupo

sometido a la intervención que no tiene seguimiento telefónico y del grupo sometido al cuidado habitual (41,5% vs. 30,2% vs. 20%), siendo las diferencias entre los tres grupos estadísticamente significativas ( $p = 0,05$ ).

Al observar los resultados obtenidos por los distintos estudios, encontramos que el grupo de intervención obtiene tasas de abstinencia más elevadas que el grupo control, a excepción del estudio de Cossette, Frasure-Smith, Robert, Chouinard, Juneau y Guertin (2011); aunque estas diferencias no siempre alcanzan significación estadística (ej., Bruner y cols., 2012; Pedersen, Johansen y Eksten, 2005).

El estudio de Cossette y cols. (2011) es destacable porque el porcentaje de abstinencia, a los 6 meses del alta hospitalaria, es mayor en el grupo que sólo recibe consejo para dejar de fumar por parte de una enfermera (grupo control) que en el grupo que además de este consejo también recibe seis

llamadas telefónicas tras su alta (30% v. 25%), aunque dichas diferencias no son estadísticamente significativas ( $p=0,72$ ).

Además de las tasas de abstinencia, se hallaron otros datos relevantes. Así, Pedersen y cols. (2005) encontraron que el reingreso en el hospital no estaba afectado por el hecho de dejar de fumar ( $p=0,73$ ), mientras que Mohiuddin y cols. (2007)

hallaron que la probabilidad de reingreso era mucho menor ( $p=0,007$ ) en el grupo sometido a un tratamiento intensivo para dejar de fumar, grupo que había conseguido una mayor tasa de abandono del tabaco. En este mismo estudio, también se encontró que el porcentaje de mortalidad fue menor ( $p=0,014$ ) en el grupo de tratamiento intensivo (2,8%) que en el grupo de cuidado habitual (12%).

Tabla 2. Intervenciones para dejar de fumar con tratamiento farmacológico en pacientes hospitalizados por enfermedad cardiovascular.

Estudio	Objetivo	Muestra	Intervenciones	Resultados	Validación abstinencia
Quist-Paulsen y Gallefoss (2003) Noruega	Evaluar si una intervención para dejar de fumar realizada por enfermeras era eficaz.	240 G.I. = 118 G.C.= 122	GI: un folleto específico, consejos para prevenir las recaídas y cómo utilizar la TSN y contactos regulares durante al menos cinco meses. GC: 2 sesiones en las que recibían información y folletos.	Abstinencia a los 12 meses: G.I.= 57% G.C.= 37%	Autoinformes Cotina en orina
Chouinard y Robichaud-Ekstrand (2005) Canadá	Evaluar la efectividad de un programa de abandono del tabaco.	168 G.I.1= 56 G.I.2= 56 G.C.= 56	G. I.1: una sesión de consejo de 1 hora y seguimiento telefónico (6 llamadas durante 2 meses). G. I.2: una sesión de consejo de 1 hora. G.C.: cuidado habitual (consejo breve).	Abstinencia a los 6 meses: G.I.1.= 41,5% vs. G.I.2= 30,2% vs. G.C.= 20%. El progreso en las fases de cambio: G.I.1.= 43,3%, G.I.2= 32,1%, y G.C.= 18,2%	Autoinformes Cotina en orina
Pedersen y cols (2005) Dinamarca	Investigar si una intervención para dejar de fumar era eficaz y si disminuía los reingresos.	105 G.I.= 54 G.C.= 51	G.I.: Información para dejar de fumar y 5 sesiones ambulatorias de 30 min. para dejar de fumar. G.C.: información para dejar de fumar.	Abstinencia a los 12 meses: G.I.= 52% G.C.= 39% El reingreso en el hospital no estaba afectado por la condición de dejar de fumar ( $p=0,73$ ).	Autoinformes
Rigotti y cols. (2006) EE.UU.	Comprobar la eficacia del bupropión en el abandono del tabaco en un grupo de pacientes hospitalizados por enfermedad cardiovascular aguda.	248 G.I.= 124 G.C.= 124	G.I.: 12 semanas de bupropion (300 mg), programa multicomponente cognitivo-conductual y 5 llamadas. G.C.: 12 semanas de placebo, programa multicomponente cognitivo-conductual y 5 llamadas (hasta 12 semanas).	Abstinencia a los 3 meses: G.I.= 37,1% G.C.= 26,8% Abstinencia a los 12 meses: G.I.= 25% G.C.= 21,3%	Autoinformes Cotina en saliva

G.I.= grupo intervención; G.C.= grupo control; TSN= Terapia de sustitución de nicotina.

Tabla 2. Intervenciones para dejar de fumar con tratamiento farmacológico en pacientes hospitalizados por enfermedad cardiovascular (Cont.).

Estudio	Objetivo	Muestra	Intervenciones	Resultados	Validación abstinencia
Mohiuddin y cols. (2007) EE.UU.	Comparar la efectividad de una intervención intensiva para dejar de fumar en fumadores de alto riesgo hospitalizados por una enfermedad cardiovascular aguda.	209 G.I.= 109 G.C.= 100	G.I.: tratamiento intensivo (1 sesión semanal de 60 min. durante 12 semanas de terapia de modificación de conducta).  G.C.: cuidado habitual (consejo de 30 min. y material educativo durante la estancia en el hospital).	Abstinencia a los 3 meses: G.I.= 69% vs. G.C.= 15% Abstinencia a los 6 meses: G.I.= 55% vs. G.C.= 13% Abstinencia a los 12 meses: G.I.= 39% vs. G.C.= 11% Abstinencia a los 24 meses: G.I.= 33% vs. G.C.= 9% Rehospitalizaciones: G.I.= 25 vs. G.C.= 41 Mortalidad del grupo: G.I.= 2,8% vs. G.C.= 12%	Autoinformes Monóxido de carbono en aire espirado
Martínez y cols. (2009) España	Estimar la abstinencia tras el alta hospitalaria en pacientes que recibieron una intervención mínima para dejar de fumar durante su ingreso en un hospital.	252	G.I.: asesoramiento conductual de 30 minutos realizado por una enfermera, material de autoayuda e información acerca de la unidad de deshabituación tabáquica del hospital. Se ofrecía también TSN a quien lo solicitase.	Abstinencia a las 24 horas del alta hospitalaria = 76,6% Abstinencia al mes = 71,4% Abstinencia a los 3 meses = 67,2% Abstinencia a los 9 meses = 64,1% Abstinencia al año = 62,2%	Autoinformes
Smith y Burguess (2009) Canadá	Examinar la eficacia de una intervención para dejar de fumar en pacientes ingresados para un bypass o debido a un infarto agudo de miocardio.	276 G.I.= 137 G.C.= 139	G.I.: intervención intensiva (intervención mínima más 60 minutos de consejo, materiales de autoayuda y 7 llamadas de prevención de recaída realizadas por las enfermeras tras el alta durante 2 meses).  G.C.: intervención mínima (consejo para dejar de fumar y 2 folletos).	Abstinencia autoinformada a los 12 meses: G.I.= 62% vs. G.C.= 46% Abstinencia confirmada: G.I.= 54% vs. G.C.= 35% Abstinencia continua autoinformada a los 12 meses: G.I.= 57% vs. G.C.= 39%	Autoinformes Otros informantes a los 12 meses

G.I.= grupo intervención; G.C.= grupo control; TSN= Terapia de sustitución de nicotina.

Tabla 2. Intervenciones para dejar de fumar con tratamiento farmacológico en pacientes hospitalizados por enfermedad cardiovascular (Cont.).

Estudio	Objetivo	Muestra	Intervenciones	Resultados	Validación abstinencia
Hajek y cols. (2010) Inglaterra	Conocer la tasa de abstinencia tabáquica en fumadores ingresados por un infarto o para realizar una cirugía coronaria y establecer su relación con los niveles de estrés.	469	G.I.: breve intervención para dejar de fumar proporcionada por enfermeras del hospital (asesoramiento más prevención de recaídas).	Abstinencia al año = 41% Disminución del estrés percibido entre aquellos pacientes que dejaron de fumar (p <0,001)	Cotina en saliva
Cossette y cols. (2011) Canadá	Evaluar si una intervención para dejar de fumar realizada por enfermeras es eficaz.	40 G.I.= 20 G.C.= 20	G.I.: cuidado habitual (una o más sesiones de consejo proporcionado por la enfermera) y 6 llamadas telefónicas hasta las 12 semanas. G.C.: cuidado habitual	Abstinencia a los 6 meses: G.I.= 30% vs. G.C.= 25% (p = 0,72)	Autoinformes
Planer y cols. (2011) Israel	Comparar la eficacia de añadir bupropion a un tratamiento para dejar de fumar en pacientes hospitalizados por síndrome coronario agudo.	149 G.I.= 74 G.C.= 75	G.I.: 8 semanas de tratamiento (consejo para dejar de fumar proporcionado por una enfermera y apoyo telefónico tras el alta a lo largo de un año) y bupropión. G.C.: 8 semanas de tratamiento y placebo.	Abstinencia a los 3 meses: G.I.= 45% vs. G.C.= 44% Abstinencia a los 6 meses: G.I.= 37% vs. G.C.= 42% Abstinencia continua al año: G.I.= 31% vs. G.C.= 33%	Autoinformes
Bruner y cols. (2012) Dinamarca	Evaluar una intervención para dejar de fumar con pacientes hospitalizados debido a un ictus o un accidente isquémico transitorio.	94 G.I.1.= 45 G.I.2.= 49	G.I. 1: intervención mínima (asesoramiento individual de 30 minutos realizado por enfermeras). G.I.2: intervención intensiva (asesoramiento, 1 sesión ambulatoria de 30 min. y 5 llamadas telefónicas a lo largo de 4 meses)	Abstinencia autoinformada a los 6 meses: G.I.1= 37,8% vs. G.I.2= 42,9% Abstinencia validada a los 6 meses: G.I.1= 28,9% vs. G.I.2= 32,7%	Autoinformes Monóxido de carbono en aire espirado
Samaan y cols. (2012) Canadá	Informar sobre las tasas de abstinencia y/o la reducción del consumo de tabaco en pacientes con enfermedad cardiovascular.	186	G.I.: tratamiento conductual (asesoramiento realizado por un especialista) y farmacológico (TSN)	Abstinencia a los 6 meses: 24% Reducción del consumo en un 50% a los 6 meses: 52,7%	Autoinformes

G.I.= grupo intervención; G.C.= grupo control; TSN= Terapia de sustitución de nicotina

## DISCUSIÓN

La presente investigación tenía por objetivo realizar una revisión de las intervenciones para dejar de fumar desarrolladas en contextos hospitalarios con pacientes cardiovasculares, para determinar cómo se llevan a cabo, su eficacia y qué tipo de intervención es la más adecuada para estos pacientes. Dicha revisión ha aportado una serie de aspectos claves que se tratan a continuación.

Las intervenciones halladas muestran diferencias tanto en contenido y en intensidad, como en función de quién las lleva a cabo. Se han encontrado estudios que sólo incluyen intervenciones conductuales para dejar de fumar (ej., Hajek y cols., 2010; Pedersen y cols., 2005), e intervenciones que combinan este procedimiento con tratamientos farmacológicos, fundamentalmente terapia sustitutiva de nicotina y/o bupropión (ej., Planer y cols., 2011; Samaan y cols., 2012).

También podemos observar que en algunos estudios se han realizado intervenciones breves que sólo tienen lugar durante la hospitalización (ej., Hajek y cols., 2002, 2010), y en otros las intervenciones continúan tiempo después del alta hospitalaria (ej., Bruner y cols., 2012; Dornelas y cols., 2000). Asimismo, en cuanto a los profesionales que las llevan a cabo, éstas no siempre son realizadas por personal entrenado para este fin. Todas estas diferencias, respecto al procedimiento seguido en las distintas intervenciones, dificulta la tarea de comparar los resultados hallados.

Cabe destacar que aunque se sabe mucho sobre cómo el tabaco influye en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares, en sus complicaciones, y en la mortalidad cardiovascular (Fernández y cols., 2011), hasta el momento se han publicado pocos estudios realizados con fumadores hospitalizados por estas patologías cuyo objetivo sea ayudarles a dejar de fumar. Además, la práctica totalidad de los estudios han sido publicados fuera de nuestro medio. Señalar, que en el caso de España sólo una publicación (Martinez y cols., 2009)

cumple los criterios de inclusión en esta revisión, y dicho estudio presenta la limitación metodológica de que sus datos no ofrecen una comparación con un grupo control que permita observar si las tasas de abstinencia de los pacientes sometidos a la intervención son superiores a aquellos que únicamente reciben el cuidado habitual, si bien aporta tasas de abstinencia autoinformada muy altas.

A nivel general, se observa que las intervenciones de más intensidad, que continúan con seguimientos después del alta, son las que muestran mayores efectos (ej., Chouinard y Robichaud-Ekstrand, 2005; Mohiuddin y cols., 2007; Quist-Paulsen y Gallefoss, 2003; Smith y Burguess, 2009), cuya abstinencia al año se sitúa en la mayoría de los estudios en torno al 50% (Dornelas y cols., 2000; Mohiuddin y cols., 2007; Quist-Paulsen y Gallefoss, 2003; Smith y Burguess, 2009), tasas superiores a las halladas en intervenciones realizadas con fumadores con otro tipo de patologías (Lira-Mandujano, Míguez y Cruz-Morales, 2013). Por el contrario, con este tipo de pacientes las intervenciones breves realizadas en el hospital que no conllevan un seguimiento después del alta no muestran resultados significativamente superiores al cuidado habitual (ej., Hajeck y cols., 2002) consistente generalmente en ofrecer consejo antitabaco.

A lo anterior hay que añadir otros efectos observados, pues Mohiuddin y cols. (2007) también encontraron que, en un seguimiento de dos años, la intervención conductual aplicada produjo una disminución del riesgo relativo de la mortalidad y del riesgo de reingreso en el hospital. Asimismo, Feeney y cols. (2001) hallaron que de 198 pacientes ingresados en una unidad de cuidados coronarios, en el grupo de atención habitual (grupo control) hubo una tasa muy alta de abandonos del estudio (79%) y una tasa muy baja (1%) de abandono del hábito de fumar a los 12 meses, mientras que en el grupo de intervención la tasa de pérdidas fue del 55% y la de abandono del tabaco del 34%.

Los datos apuntados van en la misma línea de los hallados por Barth, Critchley y Bengel (2006) en su revisión de la eficacia de las intervenciones psicosociales para dejar de fumar en pacientes con enfermedad cardiovascular. Analizaron 19 ensayos con un mínimo de seguimiento de 6 meses en los que se comparaba una intervención psicosocial con "el cuidado usual". Encontraron que los ensayos que utilizaban intervenciones conductuales o contacto telefónico eran superiores a las técnicas de autoayuda (OR= 1.65 para las intervenciones conductuales, OR = 1.58 para el apoyo telefónico y OR = 1.47 para la autoayuda). Además, las intervenciones más intensas incrementaban los porcentajes de abstinencia (OR= 1.95), mientras que las intervenciones de intensidad baja no parecían ser eficaces (OR = 0.92). También se encontró que los estudios con la validación bioquímica del estatus de fumador en los seguimientos tenían una eficacia más baja que aquellos que no validaban dicho estatus. Dato que corroboramos en la presente revisión. Esto es indicativo de la existencia de un

porcentaje de fumadores con patología cardiovascular que afirman encontrarse abstinentes cuando en realidad no lo están, hecho que puede ser debido al efecto de la deseabilidad social, o la tendencia a proporcionar respuestas socialmente aceptables, lo cual apoya la idea defendida por algunos autores de la importancia de verificar los autoinformes de abstinencia a través de una prueba bioquímica, o de lo contrario asumir que los porcentajes de abstinencia obtenidos pueden estar sobreestimados en torno a un 10% (Becoña y Míguez, 2006).

En este conjunto de estudios, no existen suficientes pruebas para poder concluir que incorporar ayuda farmacológica, como la terapia de sustitución de nicotina o el bupropión, a una intervención intensiva incrementa significativamente las tasas de abandono del tabaco (ej., Planer y cols., 2011; Rigotti y cols., 2006). Además, hay que tener en cuenta que el empleo de los tratamientos de sustitución de nicotina pueden tener contraindicaciones en pacientes con afecciones coronarias inestables (Hernández, González y Julián, 2006), así como el bupropión está contraindicado en pacientes con alto riesgo de apoplejía (Rigotti y cols., 2006).

Un aspecto que también hay que tener presente a la hora de interpretar los datos obtenidos en esta revisión es que el tipo de personal que ha llevado a cabo las intervenciones para dejar de fumar es diferente de un estudio a otro, hecho que podría haber influido en los resultados obtenidos. En la mayoría de los estudios las intervenciones fueron realizadas por enfermeras, en ocasiones con poca formación para efectuar esta tarea. Una de las pocas intervenciones que ha sido realizada por psicólogos con experiencia (Dornelas y cols., 2000) muestra resultados muy positivos (67% de abstinencia a los 6 meses y 55% a los 12). Por tanto, sería de interés poder comparar las intervenciones en función del nivel de formación del profesional de la salud que las aplica, pues aunque algunos demuestran mucha voluntad de colaboración, no han recibido la formación adecuada para ello.

Cabe destacar que las tasas de abandono espontáneas del tabaco de estos pacientes son más elevadas que las observadas en la población general (Jonson y cols., 1999), pues es indudable que el diagnóstico de una patología o el ingreso en un hospital tras un episodio agudo, sobre todo si es atribuible al consumo de tabaco, desempeña un papel decisivo en la motivación del fumador para dejar de fumar. Aún así, el número de enfermos cardiovasculares que continúa fumando o recae a los pocos meses es importante, pues solo alrededor de un 50% permanece abstinentes a los 3 meses del alta hospitalaria (Goldstein y Niaura, 2000). La realidad de estos casos es que la mayoría no ha recibido ningún apoyo terapéutico para dejar de fumar, ni durante su estancia hospitalaria, ni después del alta.

Debemos hacer hincapié en que este tipo de pacientes no sólo deje de fumar, sino que se mantenga abstinentes tras el episodio que motivó su ingreso y, para ello, sería deseable una mayor implicación por parte de los clínicos a la hora de ofrecer

ayuda para dejar de fumar a estos pacientes, especialmente cuando ya han sufrido algún evento cardiovascular. Todos los profesionales sanitarios deberían estar concienciados de la importancia que el consumo de tabaco tiene para la salud de sus pacientes. Lo recomendable sería ofrecer ayuda para dejar de fumar de forma rutinaria, pues se ha comprobado (Aveyard, Begh, Parsons y West, 2011) que genera más intentos de abandono que dar consejo y ofrecer ayuda solo a los que la demandan, pues de esta forma se excluye a muchos que podrían beneficiarse.

Los resultados hallados en esta revisión nos permiten poder afirmar que una intervención mínima, consistente en consejo breve en el marco de la rutina diaria durante la hospitalización no resulta suficiente para mantener la abstinencia tabáquica (ej., Hajek y cols., 2002; Martínez y cols., 2009). Las intervenciones más adecuadas para que los pacientes cardiovasculares hospitalizados dejen de fumar son aquellas de mayor intensidad, que constan de un tratamiento estructurado e intensivo y que conllevan un seguimiento tras el alta hospitalaria de al menos tres meses (Mohiuddin y cols., 2007). Este hecho parece indicar que el seguimiento de los pacientes después del alta es un factor relevante para que la intervención sea eficaz. Esto podría ser tenido en cuenta para llevar a cabo este tipo de intervenciones en los hospitales españoles, ya que es un aspecto que está aún por desarrollar en nuestro país, pues son escasos los servicios hospitalarios que realizan algún programa de intervención más allá de la recomendación de dejar de fumar.

## REFERENCIAS

- Aveyard, P., Begh, R., Parsons, A. y West, R. (2011). Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*, 107, 1066-1073.
- Banegas, J., Díez, L., Bañuelos, B., González, J., Villar, F., Martín, J., Córdoba, R., Pérez, A. y Jiménez, C. (2011). Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. *Medicina Clínica*, 136, 97-102.
- Barth, J., Critchley, J. y Bengel, J. (2006). Efficacy of psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Behavioural Medicine*, 32, 10-20.
- Becoña, E. y Míguez, M.C. (2006). Concordance of self-reported abstinence and measurement of expired air carbon monoxide in a self-help smoking cessation treatment. *Psychological Reports*, 99, 125-130.
- Bruner, N., Sorensen, M., Hyldahl, T.K., Heriksen, R.M. y Banks, S. (2012). Smoking cessation intervention after ischemic stroke or transient ischemic attack. A randomized controlled pilot trial. *Nicotine and Tobacco Research*, 14, 443-447.
- Chouinard, M.C. y Robichaud-Ekstrand, S. (2005). The effectiveness of a nursing inpatient smoking cessation program in individuals with cardiovascular disease. *Nursing Research*, 54, 243-54.
- Cossette, S., Frasure-Smith, N., Robert, M., Chouinard, M.C., Juneau, M. y Guertin, M. (2011). A pre assessment for nursing intervention to support tobacco cessation in patients hospitalized for cardiac problems: a pilot study. *Recherche en Soins Infirmiers*, 105, 60 - 75.
- Critchley, J.A. y Capewell, S. (2003). Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary artery disease. A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 290, 86-97.
- Dornelas, E., Sampson, R., Gray, J., Waters, D. y Thompson, P. (2000). A randomized controlled trial of smoking cessation counselling after myocardial infarction. *Preventive Medicine*, 30, 261-268.
- Feeney, G.F., McPherson, A., Connor, J.P., McAlister, A., Young, M.R. y Garrahy, P. (2001). Randomized controlled trial of two cigarette quit programmes in coronary care patients after acute myocardial infarction. *Internal Medicine Journal*, 31, 470 - 475.
- Fernández, J., Sanz, V., Garrido, P. y López, E. (2011). Riesgo cardiovascular: evaluación del tabaquismo y revisión en atención primaria del tratamiento y orientación sanitaria. Estudio RETRATOS. *Atención Primaria*, 43, 595-603.
- García-Rubira, J.C. y López, G.A. (1998). Tabaco y enfermedades cardiovasculares. En: E. Becoña, *Libro blanco de prevención del tabaquismo* (pp.31-41). Barcelona: Glosa Ediciones.
- Goldenberg, I., Jonas, M., Tenenbaum, A., Boyko, V., Matetzky, S., Shotan, A., Behar, S. y Reicher-Reiss, H. (2003). Current smoking, smoking cessation, and the risk of sudden cardiac death in patients with coronary artery disease. *Archives of Internal Medicine*, 163, 2301-2305.
- Goldstein, M.G. y Niaura, R. (2000). Methods to enhance smoking cessation after myocardial infarction. *Medical Clinics of North America*, 84, 63-80.
- Hajek, P., Taylor, T. y McRobbie, H. (2010). The effects of stopping smoking on perceived stress levels. *Addiction*, 105, 1466-1471.
- Hajek, P., Taylor, T. y Mills, P. (2002). Brief intervention during hospital admission to help patients to give up smoking after myocardial infarction and bypass surgery: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 324, 87-89.
- Hernández, M.A., González, M., y Julián, G. (2006). Deshabituación tabáquica en situaciones especiales. En M. Barrueco, M.A., Hernández y M. Torrecilla (Eds.), *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo* (pp. 313 - 332). Madrid: ERGON.
- Jonson, J., Budz, B., Mackay, M. y Miller, C. (1999). Evaluation of a nurse-delivered smoking cessation intervention for hospitalized patients with cardiac disease. *Heart and Lung*, 28, 55-64.
- Kannel Wg. y Higgins M. (1990). Smoking and hypertension as predictors of cardiovascular risk in population studies. *Journal of Hypertension*, 8, S3-S8.
- Lira-Mandujano, J., Míguez, M. C. y Cruz-Morales, S. E. (2013). Psychological approaches to increase tobacco abstinence in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A Review. En B.H. Mahboud and M. Vats (Eds.), *Respiratory disease and infection-A new insight* (pp. 231-251). Croatia: InTEch.
- Lopez, V. y García, J.C. (2004). Tabaco y enfermedad cardiovascular. *Adicciones*, 16 (supl. 2), 101-114.
- Martínez, L., Morchón, S., Masuet, C. y Ramón, J. (2009). Breve intervención de cesación tabáquica en enfermos cardiovasculares hospitalizados. *Revista Española de Cardiología*, 62, 447-450.
- Mohiuddin, S.M., Mooss, A.N., Hunter, C.B., Grollmes, T.L., Cloutier, D.A. y Hilleman, D.E. (2007). Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. *Chest*, 131, 446-452.
- Pedersen, L., Johansen, S. y Eksten, L. (2005). Smoking cessation among patients with acute heart disease. A randomised intervention project. *Ugeskrift for Laeger*, 167, 3044-3047.
- Planer, D., Lev, I., Elitzur, Y., Sharon, N., Ouzan, E., Pugatsch, T., Chasid, M., Rom, M. y Lotan, C. (2011). Bupropion for smoking cessation in

- patients with acute coronary syndrome. *Archives of Internal Medicine*, 171, 1055-1060.
- Quist-Paulsen, P. y Gallefoss, F. (2003). Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. *British Medical Journal*, 327, 1-4.
- Rea, T.D., Heckbert, S.R., Kaplan, R.C., Smith N.L., Lemaitre R.N., Psaty B.M. (2002). Smoking status and risk for recurrent coronary events after myocardial infarction. *Annals of Internal Medicine*, 137, 494-500.
- Rigotti, N.A., Munafo, M.R. y Stead, L.F. (2008). Interventions for smoking cessation in hospitalized patients (Cochrane Review). En *The Cochrane Library 2008, Issue 4*. Chichester, RU: Wiley and Sons, Ltd.
- Rigotti, N.A., Thorndike, A.N., Regan, S., McKool, K., Pasternak, R.C., Chang, Y., Swartz, S., Torres-Finnert, N., Emmond, K.M. y Singer, D.E. (2006). Bupropion for smokers hospitalized with acute cardiovascular disease. *American Journal of Medicine*, 119, 1080-1087.
- Samaan, Z., Nowacki, B., Schulze, K., Magloire, P. y Anand, S.S. (2012). Smoking cessation intervention in a cardiovascular hospital based clinical setting. *Cardiovascular Psychiatry and Neurology*. Article ID 970108, 7 pages.
- Sivarajan, E.S., Miller, N.H., Christopherson, D.J., Martin, K., Parker, K.M., Amoneti, M., Lin, Z, Sohn, M, Benowitz, N., Taylor, C.B. y Bacchetti, P. (2004). High rates of sustained smoking cessation in women hospitalized with cardiovascular disease the women's initiative for nonsmoking (WINS). *Circulation*, 109, 587-593.
- Smith, P. y Burgess, E. (2009). Smoking cessation initiated during hospital stay for patients with coronary artery disease: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 180, 1297-1303.
- United States Department of Health and Human Services (1990). *The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General*. Washington, DC: US Government Printing Office.
- United States Department of Health and Human Services (2004). *The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General*. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health.
- United States Department of Health and Human Services (2010). *How tobacco smoke causes disease. The biology and behavioural basis for smoking-attributable disease*. Washington, DC: US Government Printing Office.
- Van Domburg, R.T., Meeter, K., van Berkerl, D.F.M., Veldkomp, R.F., van Herwerder, L.A. y Bogers, A.J. (2000). Smoking cessation reduces mortality after coronary artery bypass surgery: A 20-year follow-up study. *Journal of the American College of Cardiology*, 36, 878-883.
- World Health Organization (2011). *Who report on the global tobacco epidemic, 2011. Warning about the dangers of tobacco*. Geneva: World Health Organization.

# PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS SALUDA: EVALUACIÓN DE UNA NUEVA VERSIÓN EN ADOLESCENTES ESPAÑOLES

## 'SALUDA', A PROGRAMME TO PREVENT THE DRUG CONSUMPTION: A EVALUATION OF A NEW VERSION IN SPANISH ADOLESCENTS

Olga Hernández Serrano<sup>1</sup>, José Pedro Espada Sánchez<sup>2</sup>, José Antonio Piqueras Rodríguez<sup>2</sup>, Mireia Orgilés Amorós<sup>2</sup>, José Manuel García Fernández<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidad Católica San Antonio

<sup>2</sup>Universidad Miguel Hernández

<sup>3</sup>Universidad de Alicante

### Abstract

In Spain, as in the majority of countries in the world, drug use is a public health problem. Adolescence is considered to be a period at risk for the onset of drug use; thus, it becomes essential to intensify efforts and reduce the demand for drugs. For this purpose, numerous interventions have been evaluated, finding several sources of deficiency: among them, it is worth mentioning the lack of studies that analyzing the most effective components on drug prevention programs. In Spain, only Saluda program provides empirical evidence on the contribution of its components to the program. The objective of this study was to evaluate the effects of a new version of Saluda program on a sample of 106 students (44.6% boys) between 14 and 17 years ( $M = 15.20$ ,  $SD = 0.92$ ). A pilot study was conducted, in which the components "healthy leisure promotion" and "homework" were omitted. Concerning intragroup comparisons, analyses of variance on repeated measures and difference of proportions were performed. The results showed a reduction in alcohol consumption and cannabis as well as a significant improving effect on consumption protective variables. These findings were made in order to improve future preventive interventions.

*Keywords: adolescence, substance abuse, program evaluation, school-based prevention.*

### Resumen

En la actualidad se han evaluado numerosas intervenciones preventivas de drogodependencias en el medio escolar. Sin embargo, en España son pocos los estudios que analizan la influencia precisa de cada uno de los componentes específicos a los programas con el fin de determinar cuáles se consideran cruciales para el cambio de conducta de consumo. El objetivo del presente estudio fue evaluar los efectos de una nueva versión del programa de prevención del consumo de drogas Saluda en la que se prescinde del componente fomento del ocio saludable y las tareas para casa. Esta versión reducida fue dirigida a una muestra de 106 escolares (44.6 % chicos) entre 14 y 17 años ( $M = 15.20$ ;  $DT = 0.92$ ) de un centro de Educación Secundaria. Se trata de un estudio exploratorio de tipo cuasi experimental y un diseño pre-post de un único grupo. Se realizó diferencia de proporciones mediante la prueba Z y diferencia de medias mediante la prueba T para muestras relacionadas. Los resultados muestran una reducción en el porcentaje de episodios de embriaguez, así como un efecto de mejora significativa sobre las variables protectoras del consumo. Se discuten estos hallazgos y se realizan propuestas para la mejora de futuras intervenciones.

*Palabras clave: adolescencia, drogodependencias, evaluación de programas, prevención escolar.*

Correspondencia: Dra. Olga Hernández Serrano  
Universidad Católica San Antonio de Murcia  
Campus de Los Jerónimos. 30107  
Guadalupe (Murcia, España)  
Tlf. (34) 968 278 181  
Email: o.hernandez.serrano@gmail.com

La mayor parte de países del mundo hace frente a un problema de salud muy grave, el consumo de drogas. En España, según la Encuesta Estatal del Plan Nacional sobre Drogas en estudiantes de Educación Secundaria (ESTUDES, 2010), alrededor del 80% de los adolescentes entre 14 y 18 años ha consumido alcohol alguna vez, un 44% tabaco, y un 35,2% cannabis. El consumo de drogas de síntesis, como éxtasis o speed, es mucho menor situándose entre el 1% y el 3.9% los estudiantes que las han probado alguna vez. No obstante, la sustancia más consumida es el alcohol y en la etapa adolescente se asocia a problemas de rendimiento escolar, familiares y sociales, y conductas de riesgo relacionadas con accidentes de tráfico, embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas, 2011).

De acuerdo a los riesgos que conlleva el consumo de sustancias y las tendencias de consumo entre adolescentes, se han desarrollado numerosas intervenciones preventivas con el objeto de reducir la demanda de drogas. Estos esfuerzos por desarrollar programas eficaces han mostrado un impacto limitado (Dusenbury, Khuri y Millman, 1992; Espada et al., 2002; Espada, Rosa y Méndez, 2003). Muchos programas presentan carencias referentes a la selección aleatoria de los grupos, la validez y fiabilidad de los instrumentos de evaluación, la carencia de grupo control, la estandarización de protocolos de actuación, la determinación de medidas de resultado, la elevada mortalidad experimental en los seguimientos y la necesidad de promover una reinterpretación de las prácticas de ocio y consumo (Canning, Millward, Raj y Warm, 2004; Espada, Lloret y García, 2008; Espada, Rosa y Méndez, 2003; Faggiano, 2010; Gates, McCambridge, Smith y Foxcroft, 2006; Gazquez, García y Espada, 2009; Rial, Torrado y Varela, 2008).

Una de las características de estos programas es la incorporación de diferentes ingredientes preventivos, los cuales en su evaluación muchos de ellos se han mostrado eficaces (Cuijpers, 2002; Salvador-Llivina, 2000). Atendiendo al dominio de los contenidos, los programas más eficientes incluyen el entrenamiento en habilidades genéricas que incrementan las competencias sociales y personales (Coogans, Cheyne y Mckellar, 2003; Cuijpers, 2002; Tobler et al., 2000). Otros programas han mostrado un efecto positivo cuando presentan información sobre los efectos del consumo, la educación normativa y habilidades de resistencia (Cuijpers, 2002; Dusenbury y Falco, 1995; Tobler et al., 2000). No obstante, la eficacia de estos contenidos ha sido cuestionada por diversos autores (Cuijpers, 2002; McBride, 2003). Otro ingrediente que muchos programas escolares de prevención y promoción de la salud incorpora es la promoción del ocio saludable. Este modelo pone de manifiesto que la utilización que se hace del tiempo libre se relaciona con el riesgo de consumo de sustancias. Trabajos realizados sobre este componente han hallado resultados positivos cuando se combina con otros contenidos, principalmente en programas de influencia social, y se aplican las actividades de forma intensiva y estructurada

(Bruvold, 1993; Hansen, 1995; Schaps et al., 1981). En otros estudios se destaca que aunque este componente no genera un impacto en las conductas de consumo, es capaz de producir efectos positivos en otras áreas (Schaps, Moscowitz, Malvin y Scheffer, 1986). Un estudio reciente halló que los mejores predictores del uso de drogas fueron aquellos asociados a la vida recreativa (Calafat, Fernández, Juan y Becoña, 2005)

En España son pocos los estudios que analizan la influencia precisa de cada uno de los componentes específicos a los programas con el fin de determinar qué ingredientes se consideran cruciales para el cambio de conducta de consumo (Skara, Rohrbach, Sun, y Sussman, 2005). Estudios recientes del programa de prevención del consumo de drogas Saluda (Espada y Méndez, 2003), a través de un desmantelamiento parcial del programa, revelaron un mayor impacto del mismo cuando éste incluye el entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas, además de un efecto sumatorio (Espada, Griffin, Pereira, García-Fernández y Orgilés, 2012). Asimismo, el efecto de la intervención preventiva no disminuyó por la no inclusión de tareas para casa (González, Espada, Carballo, Orgilés y Piqueras, 2012). Los datos más actuales acerca de este programa sugieren que, tras el análisis de la eficacia comparativa de tres de sus componentes, el componente de fomento del ocio saludable se mostró menos eficaz que los componentes de compromiso público y resistencia a la presión publicitaria para reducir el consumo de sustancias e incidir sobre otras variables de riesgo (Hernández, Griffin, García-Fernández, Orgilés y Espada, 2013).

Atendiendo a los hallazgos encontrados en los recientes trabajos de desmantelamiento del programa Saluda, el presente estudio pretende evaluar una modalidad reducida del programa de prevención del consumo de drogas Saluda en la que se prescinde del componente fomento del ocio saludable y las tareas para casa con el fin de obtener evidencias de sus efectos sobre variables de consumo y protectoras. De este modo, se espera encontrar resultados positivos sobre la mayor parte de las variables en este estudio. Así, estos resultados podrán constituir un marco de referencia para futuras investigaciones con un carácter más complejo a nivel metodológico.

## MÉTODO

### Participantes

La muestra se reclutó en un centro público de Educación Secundaria de un área urbana en la provincia de Alicante. Se llevó a cabo un estudio exploratorio de tipo cuasi experimental con un diseño pre-post de un único grupo mediante un muestreo no probabilístico. La muestra inicial estuvo formada por 115 estudiantes, de los que 9 (7.82 %) fueron excluidos por falta de información en los instrumentos de medida. Así, la

muestra final se compuso por 106 escolares (44.6% chicos) con edades entre los 14 y 17 años ( $M = 15.20$ ;  $DT = 0.92$ ) de 3º E.S.O (46.6%) y 4º E.S.O (53.39%). El trabajo de campo se realizó durante el curso escolar 2009/2010. Por medio de la prueba  $\chi^2$  de homogeneidad de la distribución de frecuencias, se comprobó que no existían diferencias estadísticamente significativas de género y edad entre los grupos ( $\chi^2 = 4.18$ ;  $p = 0.24$ ).

### Instrumentos

*Cuestionario Sociodemográfico.* Evalúa información sobre diversos aspectos de la estructura familiar, estado socio-económico, nivel educativo de los padres, y la satisfacción percibida en las relaciones familiares.

*Cuestionario de Consumo de Drogas* (Espada, Méndez e Hidalgo, 2003). Está compuesto por 13 ítems de alternativa múltiple que evalúa variables relacionadas con hábitos de consumo, tanto en incidencia como en frecuencia (consumo en el último año), de alcohol y drogas de síntesis. Las cuestiones respecto a la frecuencia de consumo presentaron una escala con 5 alternativas de respuesta (diariamente, 2-3 veces a la semana, una vez a la semana, una vez al mes y menos de una vez al mes).

*Cuestionario de Intención de Consumo* (Espada, Méndez e Hidalgo, 2003). Evalúa mediante 7 ítems la intención de consumir alcohol de manera abusiva y otro tipo de drogas. Tiene un formato de respuesta dicotómico, una consistencia interna (Alfa de Cronbach de .66) que se sitúa por debajo del límite recomendable de .70 (Prieto y Muñiz, 2000), sin embargo puede considerarse aceptable teniendo en cuenta el reducido número de elementos. El porcentaje de varianza explicada es del 37%.

*Cuestionario de Evaluación de las Actividades de Ocio* (Espada, Méndez e Hidalgo, 2003). Se compone de un total de 8 ítems en el que se presentan tanto actividades de ocio saludable (lectura, deporte, actividades al aire libre o de voluntariado) como otro tipo de actividades (ver televisión, chatear, jugar a la consola o salir a discotecas con los amigos). Se registran parámetros de ocurrencia (practica/no practica dicha actividad) y de duración (número de horas semanales dedicadas a cada actividad).

*Cuestionario de Información sobre Drogas* (Espada, Méndez e Hidalgo, 2003). Se compone de 20 preguntas con tres alternativas de respuesta, más tres escalas sobre la percepción del consumo de alcohol y drogas de síntesis por parte de los compañeros de la misma edad. Las variables evaluadas son: información general, estimación del grado de riesgo de las drogas, efectos de las drogas y percepción normativa. A partir de los análisis psicométricos de la prueba, 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, con tres alternativas de respuesta: "verdadero", "falso" y "no lo sé". La escala de información sobre drogas de síntesis comprende los ítems del 11 al 20, con las mismas alternativas de respuesta que la anterior. El coeficiente de consistencia interna, alfa de Cronbach, fue de .50 para la escala de consumo de alcohol y de .74 para la escala de drogas sintéticas. Se llevó a cabo un análisis factorial común de ejes principales iterados con rotación varimax. Como criterio de retención de factores se utilizó la regla de Kaiser de autovalor mayor de uno. La estructura factorial fue unidimensional, explicando el 19.5% de la varianza total (autovalor = 1.951). El coeficiente de consistencia interna, alfa de Cronbach, fue .70.

*Inventario de Habilidades Sociales para Adolescentes* (Teenage Inventory of Social Skills, TISS; Inderbitzen y Foster, 1992; adaptación de Inglés, Hidalgo, Méndez e Inderbitzen, 2003). Esta prueba evalúa la competencia social de los adolescentes en las relaciones con sus iguales. Consta de 40 ítems con una escala de 6 puntos (1= no me describe nada; 6= me describe totalmente). Está compuesta por dos subescalas: Conducta prosocial (evalúa comportamientos positivos que generan aceptación por los compañeros) y Conducta antisocial (evalúa comportamientos negativos que generan rechazo por los compañeros), cuyas puntuaciones se obtienen sumando los valores asignados por los sujetos a los ítems que componen cada dimensión. Puntuaciones altas indican una elevada conducta prosocial o antisocial. El coeficiente de consistencia interna era de .89 para la escala de Conducta prosocial y de .84 para la escala de Conducta Antisocial. El porcentaje de varianza explicada fue 33%.

*Cuestionario de Evaluación de Habilidades de Solución de Problemas Sociales, adaptado* (SPSI-R; Maydeu y D`Zurilla, 1996). Se trata de una adaptación del cuestionario SPSI-R original, evalúa la habilidad de solución de problemas reduciendo el rango de respuestas (de una escala Likert de cinco puntos se pasa a una de tres). Consta de 11 ítems. Evalúa la habilidad para solucionar problemas en términos de valoración de pros y contras y de generación de alternativas entre otros. El coeficiente de consistencia interna, alfa de Cronbach, es de .67 y la varianza explicada 42%.

### Procedimiento

La evaluación y la intervención se realizaron en el contexto escolar. Previamente al inicio de la intervención se llevó a cabo una entrevista con los equipos directivos del centro para exponer las características de la investigación. Posteriormente, se informó mediante una circular a los padres solicitando su consentimiento informado autorizando a sus hijos a participar en el estudio. Los 7 instrumentos de medida fueron administrados en diferentes momentos mediante una evaluación pre-test (antes de la intervención), una evaluación post-test (tras la aplicación del programa) y un seguimiento a los seis meses tras la intervención. Se garantizó la

confidencialidad y el anonimato en las respuestas. Las sesiones se desarrollaron una vez por semana durante el horario escolar y fueron aplicadas por estudiantes del último curso de la licenciatura en Psicología que desconocían las hipótesis del estudio. Se controló la asistencia de los participantes con la colaboración de las tutoras que se encargaron de pasar lista al comienzo de cada una de las sesiones del programa.

El programa Saluda (Espada y Méndez, 2003) se centra en la prevención del abuso de alcohol y otras drogas recreativas en el ámbito del ocio. En su versión completa, consta de 10 sesiones de una hora cada una, e incluye los siguientes componentes: a) información sobre el alcohol y las drogas sintéticas, sus componentes y efectos a corto y largo plazo, así como educación normativa, b) resistencia a la presión publicitaria donde se les enseña habilidades específicas para hacer frente a situaciones en las que pueden sentirse bajo presión para el consumo de sustancias, c) fomento de las actividades de ocio saludable donde se proporciona información sobre actividades saludables y recreativas para realizar en el tiempo libre como alternativa sana al consumo de sustancias, d) entrenamiento en habilidades sociales como el inicio, mantenimiento y finalización de una conversación y las habilidades asertivas, e) entrenamiento en resolución de problemas basado en el método de toma de decisiones de D'Zurilla y Goldfried (1971), f) compromiso público de no consumir drogas. En el presente estudio, se elimina el componente de fomento de las actividades de ocio saludable por lo que el programa se redujo a 9 sesiones. En la tabla 1 se presentan las sesiones, el contenido a tratar en función de la fase a la que pertenece, así como sus cinco componentes.

Tabla 1. Programa Saluda sin el componente de fomento de actividades de ocio saludable: Estructura general de las sesiones y componentes.

Fase	Sesiones	Componentes
Educativa	1. Información general	1. Informativo
	2. Información sobre factores de riesgo	
	3. Percepción normativa	
	4. Influencia de la publicidad	
Entrenamiento en Habilidades	5. Habilidades sociales generales	2. Resistencia a la publicidad
	6. Habilidades sociales centradas en el consumo de sustancias	3. Entrenamiento en habilidades sociales
	7. Resolución de problemas generales	4. Entrenamiento en resolución de problemas
	8. Resolución de problemas centrados en el consumo de sustancias	
Mantenimiento	9. Estrategias de mantenimiento	5. Compromiso público y autorrefuerzo

### Análisis de datos

Para la variable consumo de alcohol y drogas de síntesis se realizó diferencia de proporciones mediante la prueba Z aplicada a cada uno de los ítems (pretest/postest y pretest/seguimiento). A su vez, para las variables protectoras del consumo se llevó a cabo diferencia de medias mediante la prueba T para muestras relacionadas (pretest/postest y pretest/seguimiento). Para conocer los efectos diferenciales para cada uno de los momentos de evaluación, se calculó el tamaño del efecto mediante el índice d de Cohen (1988). Según la clasificación propuesta por este autor, un valor de .20 significa un efecto bajo, un valor de .50 un efecto medio y un .80 un efecto elevado. Estos análisis fueron realizados utilizando el programa estadístico SPSS 19.0 asumiendo un nivel de confianza de 95% para el error tipo I.

### RESULTADOS

Para la variable consumo de alcohol y drogas de síntesis se realizó diferencia de proporciones mediante la prueba Z aplicada a cada uno de los ítems (pretest/postest y pretest/seguimiento). A su vez, para las variables protectoras del consumo se llevó a cabo diferencia de medias mediante la prueba T para muestras relacionadas (pretest/postest y pretest/seguimiento). Para conocer los efectos diferenciales para cada uno de los momentos de evaluación, se calculó el tamaño del efecto mediante el índice d de Cohen (1988). Según la clasificación propuesta por este autor, un valor de .20 significa un efecto bajo, un valor de .50 un efecto medio y un .80 un efecto elevado. Estos análisis fueron realizados utilizando el programa estadístico SPSS 19.0 asumiendo un nivel de confianza de 95% para el error tipo I.

#### Efectos en la percepción normativa del consumo

Tanto en la evaluación postest como en el seguimiento, se produce una disminución significativa de la percepción normativa del consumo de alcohol en fin de semana (pretest-postest  $d = .85$ ; postest-seguimiento  $d = .63$ ), de los episodios de embriaguez (pretest-postest  $d = .63$ ; postest-seguimiento  $d = .59$ ), el consumo de tabaco habitual (pretest-postest  $d = .45$ ; postest-seguimiento  $d = .43$ ) y del consumo de cannabis (pretest-postest  $d = .63$ ; postest-seguimiento  $d = .63$ ). La tabla 3 muestra los valores de la prueba T de diferencia de medias para muestras relacionadas en la variable percepción normativa del consumo.

Tabla 2. Incidencia y frecuencia de consumidores de alcohol, drogas de síntesis, y episodios de embriaguez en el último año.

	Pre-test		Post-test		Seguimiento		Pre-Post		Pre-Seg	
	N	%	N	%	N	%	Z	p	Z	p
Nunca	42	44.7	36	38.3	13	21.0	n.s	-	n.s	-
Frecuencia alcohol										
Diariamente	0	.0	2	2.1	0	.0	n.s	-	n.s	-
2-3 veces/semana	2	2.1	4	4.3	1	1.6	n.s	-	n.s	-
1 vez/ semana	17	17.9	20	21.3	19	30.6	n.s	-	n.s	-
1 vez/ mes	13	13.8	14	14.9	11	17.7	n.s	-	n.s	-
Menos de 1 vez/ mes	23	24.5	18	19.1	17	27.4	n.s	-	n.s	-
Episodios Embriguez	13	13.8	18	19.1	7	11.3	n.s	-	n.s	-
Nunca drogas de síntesis	91	96.8	90	95.7	62	100.0	n.s	-	n.s	-
Frecuencia drogas sintéticas										
Diariamente	0	.0	3	3.2	0	.0	n.s	-	n.s	-
2-3 veces/semana	0	.0	0	.0	0	.0	n.s	-	n.s	-
1 vez/ semana	0	.0	0	.0	0	.0	n.s	-	n.s	-
1 vez/ mes	0	.0	1	1.1	0	.0	n.s	-	n.s	-
Menos de 1 vez/ mes	0	.0	0	.0	0	.0	n.s	-	n.s	-

\*p &lt; 0.05

Tabla 3. Intención de consumo, resolución de problemas, percepción normativa, nivel de conocimiento y habilidades sociales.

	Pretest		Posttest		Seguimiento		Pre-Post	Pre-Seg.
	M	(DE)	M	(DE)	M	(DE)	t (p)	t (p)
Intención consumo	1.61	(1.35)	1.32	(1.14)	1.50	(1.08)	-2.593* (.01)	-1.459 (.14)
Resolución problemas	20.13	(2.22)	23.20	(2.72)	24.87	(3.85)	-8.405* (.00)	-8.778* (.00)
Percepción Normativa								
Alcohol fin semana	75.21	(15.02)	59.09	(22.05)	61.03	(22.22)	7.128* (.00)	3.815* (.00)
Embriaguez alguna vez	68.09	(21.24)	53.62	24.78	55.46	(21.93)	5.155* (.00)	3.739* (.00)
Tabaco habitual	56.54	(21.15)	46.35	(23.94)	43.95	(19.90)	3.714* (.00)	2.732* (.00)
Fuman cannabis	49.20	(22.71)	34.22	(24.23)	32.34	(20.17)	5.116* (.00)	4.873* (.00)
Conocimiento								
Alcohol	6.87	(1.64)	7.67	(1.95)	7.55	(1.72)	-3.904* (.00)	-2.132* (.03)
Drogas síntesis	3.63	(1.91)	6.24	(7.96)	4.71	(1.76)	-3.034* (.00)	-3.369* (.00)
Habilidades sociales								
Antisocial	48.18	(13.23)	49.68	(13.27)	47.71	(13.36)	-1.038 (.30)	-.640 (.52)
Prosocial	84.40	(15.00)	84.59	(14.62)	87.24	(12.79)	-.125 (.90)	-1.735* (.04)

\*p &lt; 0.05

Tabla 4. Distribución de participantes que realiza actividades de ocio.

	Pretest		Posttest		Seg.		Pre-Post			Pre-Seg.		
	N	%	N	%	N	%	Z	p	d	Z	p	d
Lectura	69	73.4	66	70.2	55	88.7	n.s.	-	-	2.13*	.01	.39
Deporte	77	81.9	83	88.3	53	85.5	n.s.	-	-	n.s.	-	-
Televisión	89	94.7	91	96.8	59	95.2	n.s.	-	-	n.s.	-	-
Bar/discoteca	61	64.9	62	66.0	43	69.4	n.s.	-	-	n.s.	-	-
Consola	61	64.9	61	64.9	41	66.1	n.s.	-	-	n.s.	-	-
Chat	69	73.4	71	75.5	52	83.9	n.s.	-	-	n.s.	-	-
Aire libre	46	48.9	74	78.7	37	59.7	4.25*	.00	.67	n.s.	-	-
Voluntariado	7	7.4	9	9.6	7	11.3	n.s.	-	-	n.s.	-	-

\*p &lt; 0.05

### *Efectos sobre el nivel de conocimiento*

Se produce un incremento significativo en la puntuación media de participantes que mejoran su nivel de conocimiento sobre el alcohol y las drogas de síntesis respecto a la evaluación de la línea base. En referencia al nivel de conocimiento sobre el alcohol, los tamaños del efecto fueron bajos tanto a corto ( $d = -.44$ ) como a largo plazo ( $d = -.33$ ). En el caso de las drogas sintéticas, los tamaños fueron altos en la evaluación posttest ( $d = 1.78$ ) y bajos en el seguimiento ( $d = -.45$ ) (véase la tabla 3).

### *Efectos sobre la intención de consumo*

La tabla 3 muestra diferencias estadísticamente significativas en la puntuación media de participantes con intención de consumir drogas tras la implementación de la intervención con tamaños del efecto bajos ( $d = -.23$ ). A pesar de que en la evaluación del seguimiento no se producen cambios significativos, se observa una disminución de la intención de consumir drogas.

### *Efectos en el nivel de habilidades sociales*

La evaluación temporal mostró un efecto de mejora en las habilidades sociales en su escala prosocial a los seis meses de la intervención con un tamaño del efecto bajo ( $d = -.20$ ). Sin embargo, en su escala antisocial no se hallaron diferencias significativas en los distintos momentos de evaluación (tabla 3).

### *Efectos en el nivel de habilidades de solución de problemas*

Las puntuaciones medias revelan un incremento en el número de participantes que se muestran más habilidosos para resolver problemas tras la intervención y en la evaluación del seguimiento con tamaños del efecto muy altos en ambos momentos temporales (pretest-posttest,  $d = -1.23$ ; pretest-seguimiento,  $d = -1.57$ ) (véase la tabla 3).

### *Efectos en la participación en actividades de ocio*

Se produce un incremento significativo en el porcentaje de participantes lectores y que realizan actividades al aire libre en la evaluación posttest ( $d = .39$ ) y el seguimiento ( $d = .67$ ), respectivamente (tabla 4). En el resto de actividades no se hallaron cambios estadísticamente significativos en ambos momentos de evaluación.

## DISCUSIÓN

El programa de prevención del consumo de drogas *Saluda* cuenta con evidencias sobre la eficacia diferencial de sus componentes frente al componente de fomento del ocio saludable, además de efectos preventivos cuando no presenta tareas para casa (González, Espada, Carballo, Orgilés y Piqueras, 2012; Hernández, Griffin, García-Fernández, Orgilés y Espada, 2013). Estos hallazgos encontrados en anteriores estudios en los que se lleva a cabo una estrategia de desmantelamiento del programa, promueven a la realización de este trabajo preliminar con carácter exploratorio en una muestra reducida de 106 escolares. Así, el objetivo del presente estudio fue evaluar una modalidad reducida del programa *Saluda* en la que se prescinde del componente fomento del ocio saludable y las tareas para casa con el fin de obtener evidencias de sus efectos sobre variables de consumo (alcohol y drogas de síntesis) y protectoras (percepción normativa del consumo, nivel de conocimiento, intención de consumo, habilidades sociales y habilidades de resolución de problemas).

Esta nueva versión del programa, a pesar de no reducir significativamente la incidencia y frecuencia del consumo de alcohol, redujo el porcentaje de episodios de embriaguez. Una explicación plausible a este hecho es que un período de seguimiento de seis meses resulta insuficiente para observar cambios significativos en el consumo por lo que se requiere un seguimiento más a largo plazo. Algunas investigaciones han demostrado que los efectos tras la intervención no siempre son inmediatos y requieren de un mayor transcurso de tiempo (Botvin et al. 1995; Pentz, 1994). En el caso de la incidencia y frecuencia de las drogas de síntesis, el porcentaje de consumidores fue muy bajo, probablemente por ser éstas más prevalentes en su consumo a edades más avanzadas (entre los 17-18 años). Estos datos se aproximan a los obtenidos en la última encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundaria del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (2011).

En relación al efecto del programa sobre las variables protectoras, se producen cambios de mejora significativos tanto a corto como a largo plazo en la mayor parte de las variables. Así, se reduce el porcentaje de sujetos con intención de consumir sustancias de forma significativa tras la aplicación del

tratamiento. En la evaluación del seguimiento, a pesar de no presentar diferencias significativas frente a la evaluación pretest, se produce una disminución de la intención de consumir. Este resultado apunta a un efecto de regresión a la media donde los datos extremos tienden a regresar a la media cuando se repite la medición en este caso a los seis meses en el seguimiento.

Los análisis mostraron una puntuación media menor de sujetos que percibe de forma normativa el consumo de alcohol durante los fines de semana, los episodios de embriaguez, el consumo de tabaco de forma habitual, así como el consumo de cannabis. Aunque se hallan efectos positivos sobre la percepción del consumo de tabaco, sustancia que no se trabaja de forma específica en el programa, los principales cambios se encontraron sobre la percepción del consumo de alcohol. Este efecto podría explicarse en base a una transferencia de los efectos preventivos en las sustancias dianas, a otras sustancias sobre las que no incide el programa. Asimismo, el programa *Saluda* tiene como objetivo general retrasar la edad de inicio al consumo y reducir el consumo abusivo, siendo la principal sustancia en la que se centra el alcohol, lo que justificaría la especificidad de los cambios en esta sustancia por encima de otras.

Con respecto al nivel de información, se incrementa el conocimiento tanto del alcohol como de las drogas de síntesis en ambos momentos de la evaluación. No obstante, los principales efectos se hallan sobre las drogas sintéticas. Partiendo de que el alcohol es una sustancia legal que presenta una mayor accesibilidad y por tanto mayor conocimiento de base entre la población adolescente, parece probable que se produzca un mayor incremento en el nivel de conocimiento de las drogas sintéticas por el desconocimiento inicial de las mismas. Estos resultados, se sitúan en la misma dirección que otros trabajos donde se destaca que el nivel de información veraz sobre las drogas se incrementa tras la implementación de los programas que utilizan una metodología interactiva (Bruvold, 1993; Tobler y Straton, 1997; Tobler et al., 2000).

Por otro lado, se incrementa de forma significativa la puntuación media de participantes que presentan habilidades para resolver problemas y habilidades sociales en relación a una conducta de tipo prosocial. La conducta prosocial se asocia

con el establecimiento de conductas voluntarias y empáticas con el objetivo de beneficiar a otros (Eisenberg, Fabes y Spinrad, 2006), tales como ayudar en los deberes o escuchar a otros cuando quieren hablar sobre un problema. Sin embargo, la conducta antisocial se relaciona con el quebrantamiento de normas sociales y acciones contra los demás. No obstante, respecto a la conducta antisocial en este estudio no se producen cambios tras la intervención ni a los seis meses del tratamiento. A diferencia de este estudio, en un reciente trabajo de investigación ex post facto se halló que el consumo de tabaco y alcohol se relacionó positiva y significativamente con puntuaciones en conducta antisocial (Inglés et al., 2007). Sin embargo, los efectos positivos hallados en ambas variables coinciden con resultados de trabajos previos donde la relación entre las habilidades sociales y las habilidades para resolver problemas presentaron un efecto aditivo. Así, un déficit en una de estas dos habilidades puede tener efectos en la otra (Espada, Griffin, Pereira, García-Fernández y Orgilés, 2012).

Una última variable protectora analizada en este estudio fue la participación en actividades de ocio saludable. Se encontró un mayor porcentaje de participantes en actividades como la lectura y las actividades al aire libre. Este dato invita a reflexionar sobre un efecto de mejora en una variable, actividades de ocio, que no ha sido fomentada por su ausencia dentro del programa. No obstante, este incremento en ambos tipos de actividades apunta hacia un efecto referente a la historia. Es decir, acontecimientos externos que ocurren dentro del período de la investigación como el fomento de la lectura dentro del currículum académico o el incremento de actividades extraescolares. Respecto al incremento de actividades al aire libre, algunos autores como Stebbins y Graham (2004) distinguen dos tipos de actividades de ocio: ocio comprometido y ocio causal. El ocio comprometido incluye actividades que se caracterizan por compromisos a largo plazo para el desarrollo de habilidades a través de la superación de desafíos. Por ejemplo, la participación en actividades al aire libre como ir a la montaña. Por el contrario, las actividades de ocio ocasionales son de baja cualificación y se podrían aplazar por lo que requieren poco compromiso. Por ejemplo, ver la televisión, juegos de ordenador, "salir" con amigos a las discotecas o hablar por chat. Por lo tanto, las actividades de ocio comprometido están asociadas con un menor consumo de

alcohol que las actividades de tipo casual (Weitzman y Chen, 2005; Weitzman y Kawachi, 2000).

Sin embargo, no se halla ningún cambio respecto al resto de actividades como por ejemplo el deporte. Según la Encuesta sobre los hábitos deportivos en España (2010) de un total de 8.925 sujetos de 15 o más años, un 70% ocupa su tiempo libre viendo la televisión, un 39% lee libros o revistas, un 38% utiliza internet (chat y videojuegos), y sólo un 30% hace deporte y un 22% realiza actividades al aire libre. Estos datos indican el elevado porcentaje de población española que emplea el tiempo libre en actividades poco activas, lo que coincide con los datos de este estudio. No obstante, los comportamientos inactivos o sedentarios se han asociado a una mayor probabilidad de consumo de alcohol o tabaco (Piéron y Francisco, 2010). En este sentido, debemos ser cautelosos en la interpretación de esta variable protectora. Una de las razones es que dentro del programa *Saluda*, el componente fomento del ocio saludable consiste en informar sobre la oferta de actividades juveniles para el tiempo libre en su ciudad. Se hace participar a los estudiantes en la búsqueda activa de información. Sin embargo, este módulo no va más allá del fomento de actividades con carácter informativo por lo que habría que considerar esta característica antes de determinar conclusiones frente a otros estudios que incluyen este módulo.

Los resultados de este estudio deben interpretarse teniendo en cuenta sus limitaciones. En primer lugar, se trata de un estudio piloto con un muestreo no probabilístico. Por tanto, aunque este tipo de estudios se utilizan en estadios exploratorios, su interpretación debe ser cautelosa debido a la falta de información sobre el grado de representatividad de la muestra. También puede existir sesgo muestral al estudiarse el colectivo de estudiantes de Educación Secundaria de un centro público de la provincia de Alicante y no incluir estudiantes de centros privados ni adolescentes no escolarizados. Del mismo modo, el tipo de diseño utilizado, cuasi experimental pre-post con un único grupo, sin grupo de comparación no permite inferir los resultados directamente a los efectos del programa pudiendo ser atribuidos a determinadas amenazas referentes a la validez del diseño como la historia, la regresión estadística o la maduración. Este estudio es preliminar y debe dar paso a diseños experimentales más complejos con un tipo de

muestreo probabilístico y mejorando el control de variables. A su vez, sería conveniente descartar posibles efectos adversos debido a la falta de depuración de la precisión de las medidas de autoinforme, combinándose con otros instrumentos más válidos y fiables para la medición de las variables de estudio. Con el objeto de controlar de un modo adecuado la aplicación de los protocolos, sería conveniente una evaluación de la fidelidad de la implementación del programa con el fin de determinar si ha sido aplicado tal y como señala su diseño y evaluación-piloto (Dusenbury, Branningan, Falco y Hansen, 2003), teniendo en cuenta que la fidelidad de esta implementación determina en gran medida el éxito de una intervención preventiva (Sánchez-Martínez, et al., 2010).

Puede concluirse que una versión reducida del programa preventivo *Saluda* en la que se prescinde del componente de fomento del ocio saludable y las tareas para casa presenta efectos positivos para reducir el porcentaje de episodios de embriaguez e incidir de forma significativa sobre todas las variables protectoras del consumo. Estos resultados son aún muy provisionales por lo que deben abrir camino a investigaciones más profundas. No obstante, constituyen un marco de referencia adecuado para futuros trabajos más complejos en su diseño.

## REFERENCIAS

- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. y Becoña, E. (2005). Gestión de la vida recreativa: ¿Un factor de riesgo determinante en el uso reciente de drogas? *Adicciones*, 17(4), 337-347.
- Canning, U., Millward, L., Raj, T. & Warm, D. (2004). *Drug use prevention among young people: a review of reviews*. London: Health Development Agency.
- Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. M., y Diaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1106-1112.
- Bruvold, W. H., (1993). A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *American Journal of Public Health*, 83, 872-880.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2010). *Encuesta sobre los hábitos deportivos en España*. Madrid: Consejo Superior de Deportes.
- Coggans, N., Cheyne, B. y McKellar, S. (2003) *The Life Skills Training Drug Education Programme: a review of research*. Scotland: University of

- Strathclyde, Scottish Executive Effective Interventions Unit, Scottish Executive Drug Misuse Research Programme.
- Cuipjers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addictive Behaviors*, 27, 1009-1023.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2011). *Guía sobre drogas 2007*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/guiaDrogas.pdf>, consultado 28-04-2013).
- Dusenbury, L. y Falco, M. (1995). Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health*, 65, 420-425.
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M., y Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school. *Health Education Research*, 18, 237-256. doi: 10.1093/her/18.2.237
- Dusenbury, L., Khuri, E. y Millman, R. B. (1992). Adolescent substance abuse: A sociodevelopmental perspective. En J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman y J. G. Langrod (comps.), *Substance abuse: A comprehensive textbook* (2ª ed.) (pp. 842-927). Baltimore: Williams and Williams.
- D'Zurilla, T. J., y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., y Spinrad, T.L. (2006). Prosocial development. En W. Damon, & N. Eisenberg (eds.), *Handbook of child psychology, vol. 3: Social, emotional and personality development* (pp. 646-718). Nueva York: John Wiley & Sons
- Espada, J. P. y Méndez, F. X. (2003). *Prevención del abuso de alcohol y drogas de síntesis*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Espada, J. P., Griffin, K. W., Pereira, J. R., Orgilés, M. & García-Fernández, J. M. (2012). Component Analysis of a School-Based Substance Use Prevention Program in Spain: Contributions of Problem Solving and Social Skills Training Content. *Prevention Science*, 13, 86-95.
- Espada, J.P., Hernández, O., Orgilés, M. y Méndez, F. X. (2010). Comparación de distintas estrategias para la modificación de la actitud hacia el consumo de drogas en escolares. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8 (3), 315-328.
- Espada, J. P., Lloret, D., y García del Castillo, J. A. (2008). Applying Drug Dependence Research to Prevention Interventions in Spain. *Evaluation and the Health Professions*, 20 (10), 182-197.
- Espada, J. P., Méndez, F. X., Botvin, G. J., Griffin, K. W., Orgilés, M. y Rosa, A. I. (2002). ¿Éxito o fracaso de la prevención del abuso de drogas en el contexto escolar? Un meta-análisis de los programas en España. *Psicología Conductual*, 10 (3), 581-602.
- Espada, J. P., Orgilés, M., Méndez, F. X., García-Fernández, J. M., e Inglés, C. (2008). Efectos del programa Saluda sobre factores cognitivos relacionados con el consumo de drogas. *Salud y Drogas*, 8 (1), 29-50.
- Espada, J. P., Rosa, A. I. y Méndez, F. X. (2003). Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva. *Salud y Drogas*, 3 (2), 61-82.
- Faggiano, F. (2010). Prevención del consumo de sustancias: la absoluta necesidad de una evaluación aleatorizada u observacional. *Adicciones*, 22, 11-14.
- Gates, S., McCambridge, J., Smith, L. A. & Foxcroft, D. R. (2006). Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. *Cochrane Database of Systematic Review*, 25(1):CD005030.
- Gázquez, M., García, J. A. y Espada, J. P. (2009). Características de los programas eficaces para la prevención escolar del consumo de drogas. *Health and Addictions*, 9, 185-208.
- González, M. T., Espada, J. P., Carballo, J. L., Orgilés, M. y Piqueras, J. A. (2012). Contribución de las tareas para casa en un programa preventivo. *XXXIX Jornadas Nacionales Sociodrogalcohol*. Tarragona.
- Hansen, W. B. (1995). Aproximaciones psicosociales a la prevención: El uso de las investigaciones epidemiológicas y etiológicas para el desarrollo de intervenciones efectivas. *Psicología Conductual*, 3, 357-378.
- Hernández, O., Griffin, K. W., García-Fernández, J. M., Orgilés, M., y Espada, J. P. (2013). *Contribution of the Components Public Commitment, Resistance to Advertising and Leisure Promotion to a School-based Program for Drug Abuse Prevention*. En prensa.
- Inderbitzen, H., y Foster, S. L. (1992). The Teenage Inventory of Social Skills: Development, Reliability, and Validity. *Psychological Assessment*, 4, 451-459. doi: 10.1016/S0140-1971(03)00032-0
- Inglés, C. J., Hidalgo, M. D., Méndez, F.X., y Inderbitzen, H. M. (2003). The Teenage Inventory of Social Skills: Reliability and validity of the Spanish translation. *Journal of Adolescence*, 26, 505-510. doi: 10.1016/S0140-1971(03)00032-0
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (2011). *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en estudiantes de Enseñanza Secundaria (ESTUDES, 2010)*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Maydeu, A., y D'Zurilla, T. J. (1996). A factor-analytic study of the Social Problem-Solving Inventory: An integration of theory and data. *Cognitive Therapy and Research*, 20(2), 115-133.
- McBride, N. (2003). A systematic review of school drug education. *Health Education Research*, 18(6), 729-742.
- Pieron, M., y Francisco, J. (2010). *Actividad físico-deportiva y salud: Análisis de los determinantes de la práctica en el alumnado de Enseñanza Secundaria*. Consejo Superior de Deportes.
- Rial, A., Torrado, N. y Varela, J. (2008). Orientación hacia la salud y consumo de drogas en la población juvenil. ¿Es realmente eficaz la prevención actual? *Salud y drogas*, 8(2), 173-188.
- Salvador-Llivina, T. (2000). Avances y retos en prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77, 18-24.
- Sánchez-Martínez, F., Ariza, C., Pérez, A., Diéguez, M., López, M. J., y Nebot, M. (2010). Evaluación de proceso del programa escolar de prevención del consumo de cánnabis "xkpts.com" en adolescentes de Barcelona en 2006. *Adicciones*, 22 (3), 217-226.

- Schaps, E., Bartolo, R. D., Moskowitz, J., Palley, C. S., y Churgin, S. (1981). A review of 127 drug abuse prevention program evaluations. *Journal of Drug Issues*, 11, 17-43.
- Schaps, E., Moskowitz, J.M., Malvin, J.H., y Schaeffer, G.H. (1986). Evaluation of seven school-based prevention programs: a final report on the Napa Project. *International Journal of the Addictions*, 21, 1081-1112.
- Skara, S., Rohrbach, L. A., Sun, P., y Sussman, S. (2005). An evaluation of the fidelity of implementation of a school-based drug abuse prevention program: Project Toward No Drug Abuse (TND). *Journal of Drug Education*, 35, 305-329.
- Stebbins, R. A., y Graham, M. (Eds.). (2004). *Volunteering as leisure/leisure as volunteering [electronic resource]: an international assessment*. Cabi.
- Tobler, N. S., y Stratton, H. H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *The Journal of Primary Prevention*, 18 (1), 71-128. doi: 10.1023/A:1024630205999
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V., y Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20(4), 275-336.
- Weitzman, E. R y Chen Y. (2005). Risk modifying effect of social capital on measures of heavy alcohol consumption, alcohol abuse, harms, and secondhand effects: National survey findings. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 303-309.
- Weitzman, E. R, y Kawachi, I. (2000). Giving means receiving: The protective effect of social capital on binge drinking on college campuses. *American Journal of Public Health*, 90, 1936-1939.

## LA IMPULSIVIDAD: ¿ANTESALA DE LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES?

### IMPULSIVITY: THE PRELUDE TO BEHAVIORAL ADDICTIONS?

José de Sola Gutiérrez<sup>1</sup>, Gabriel Rubio Valladolid<sup>2</sup> y Fernando Rodríguez de Fonseca<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidad Complutense de Madrid

<sup>2</sup>Hospital 12 de Octubre

<sup>3</sup>Hospital Carlos Haya

#### Abstract

There exists a body of evidence on the importance of impulsivity as a personality trait in drug addictions. However, the increasing importance of recognizing behavioral addictions forces to conduct a review of the current research and publications in order to assess whether behavioral addictions could be included in the current drug addiction models, and whether impulsivity as a character trait also plays an important role in behavioral addictions.

This paper is based on a review of recent research and publications of the addiction model where impulsivity plays an important role as an analysis variable. Every day appear an increasing number of publications and researches analyzing the extent of impulsivity to behavioral addictions. From this, could be assumed the important role of impulsivity, often related to sensation seeking behaviors, and being also associated to other pathologies where a whole differentiation is difficult.

In conclusion, we posit that the same addiction model applied to drugs, where impulsivity is the anteroom of behavioral addiction, could be applied to behavioral addictions themselves. However, what actually constitutes use, abuse and addiction, and the actual role of impulsivity, remains open to discussion.

*Keywords* Tobacc: Addiction, behavioral addiction, impulsivity, neurobiology of addiction, sensation-seeking.

#### Resumen

Existen evidencias del papel que juega la impulsividad como rasgo en las adicciones a sustancias. Dada la creciente fuerza con la que se ha escrito sobre la existencia de adicciones comportamentales, resulta obligada una revisión que valore en qué medida nos encontramos con adicciones que respondan al mismo modelo que las sustancias, y si en estas la impulsividad juega un papel relevante.

El presente trabajo se basa en una revisión bibliográfica y de las investigaciones más recientes del modelo de adicción, teniendo en cuenta la impulsividad como variable de análisis. Cada día existe un mayor número de publicaciones que analizan la extensión de dicho modelo al ámbito comportamental. Desde aquí se desprende que la impulsividad podría tener un papel esencial, sobretodo desde su íntima relación con la búsqueda de sensaciones, encontrándose igualmente asociada con frecuencia a otras patologías en un todo de difícil diferenciación.

Por lo tanto, se concluye que el modelo de adicción a sustancias puede ser aplicable al campo de las adicciones comportamentales, desde la impulsividad como antesala. No obstante, queda aún pendiente una delimitación de lo que es uso, abuso y adicción así como de la contribución y peso de la impulsividad en este proceso.

*Palabras clave:* Adicción, adicción comportamental, impulsividad, neurobiología de la adicción, búsqueda de sensaciones.

Correspondencia:

## La impulsividad y sus componentes

Se sabe que la impulsividad juega un papel relevante en el campo de las adicciones a sustancias. En cierta medida es una antesala del comportamiento adictivo que convive estrechamente con otras variables dentro del círculo de la adicción. Este hecho ya ha sido refrendado en modelos animales en los que la impulsividad es un claro predictor de la adicción (Belin, Mar, Dalley, Robins y Everitt, 2008).

Existe también el común acuerdo de que la impulsividad puede definirse como una tendencia a la acción sin toma de conciencia, valoración o juicio anticipado. Es decir, hablamos de la predisposición a una conducta, con o sin poca premeditación sobre sus consecuencias (Everden, 1999), que conlleva acciones rápidas, no planificadas, y en donde prima la urgencia de un refuerzo inmediato (Moeller, Barrat, Dougerty, Schmitz y Swann, 2001). En modelos animales podemos monitorizarlas en base a la tasa de respuestas prematuras contingentes a la expectativa de refuerzo.

Si bien existe una impulsividad situacional, útil y adaptativa, aquí nos referiremos a la impulsividad como rasgo, frecuentemente relacionada con conductas perjudiciales para el propio individuo o que conllevan actos sociales inadecuados en donde existe un alto grado de desinhibición conductual (Verdejo-García, Lawrence y Clark, 2008).

Podemos perfilar la impulsividad compuesta por *dificultades de atención sostenida y sesgada* (Martínez-Gras *et al.*, 2012; Patton, Stanford y Barrat, 1995); *búsqueda de sensaciones y novedad estimular* (Stewart, Ebmeier y Deary, 2004; Zuckerman, Kuhlman, Joireman, Teta y Kraft, 1993); *urgencia, dificultad de control, aplazamiento o inhibición de la respuesta* (Whiteside y Lynam, 2001); *dificultad en el aplazamiento de un refuerzo positivo inmediato por otro mayor en el tiempo* (Carver y White, 1994); *escaso análisis de la situación e información relevante antes de emitir una respuesta* (Carver *et al.*, 1994; Whiteside *et al.*, 2001); *falta de perseverancia* (Whiteside *et al.*, 2001), y *alta sensibilidad a refuerzos positivos* (Stewart *et al.*, 2004).

Y es precisamente el alto grado de sensibilidad y dificultad de aplazamiento de refuerzos positivos inmediatos lo que hace a los sujetos impulsivos incapaces de retrasar o inhibir una respuesta. Concretamente un alto grado de sensibilidad a dichos refuerzos positivos, por pequeños que sean, junto a una incapacidad de inhibición, inducen apetencia o *craving* de estimulación con dificultad de control (Papachristou, Nederkoorn, Havermans, Van Der Horst y Hansen, 2012). En modelos animales se ha podido caracterizar un modelo de impulsividad basado en respuestas prematuras en una tarea atencional en el que la presencia de altas tasas de impulsividad precede al desarrollo de escalada en el consumo de psicoestimulantes, anticipa un fenotipo de consumo compulsivo y es predictivo de alta tasa de recaídas (Dalley, Everitt y Robbins, 2011). De confirmarse este modelo en estudios en humanos

adictos, y de poderse extender a **la impulsividad y sus componentes**, (más allá de los psicoestimulantes) podríamos establecer un vínculo directo y patogénico entre impulsividad y adicción.

Otras investigaciones (Michalczuk, Bowden-Jones, Verdejo-García, y Clark, 2011) hacen referencia a cuatro componentes básicos de la impulsividad: *incapacidad de planificación y previsión, baja capacidad de control y perseverancia, búsqueda de nuevas y constantes experiencias y urgencia*, entendida como la tendencia a actuar a consecuencia de estados emocionales intensos positivos o negativos. También encontramos el concepto de *automatismo* o *impulsividad no planificada* (Hogarth, 2011) referido a la acción o comportamiento impulsivo no planificado, y en donde apenas existe deliberación consciente previa, lo que explicaría la impulsividad como rasgo estable inmerso en categorías psicopatológicas.

Por lo tanto, en la impulsividad existe una urgencia positiva motivada por un estado de tensión que conduce a la acción y gratificación o negativa derivada de un estado de stress o ansiedad en donde la acción conduce a la relajación (Koob, 2011). En este último caso nos referimos a la compulsión, y puede constituir un eslabón en la cadena del desarrollo del comportamiento adictivo (Koob y Volkow, 2010).

Pero la impulsividad también se relaciona con comportamientos como la *búsqueda de sensaciones*, (Zuckerman, Bone, Neary, Mangelsdorff y Brustman, 1972) relacionados con la necesidad de experimentar variadas y difíciles situaciones en donde el deseo de vivir riesgos físicos y sociales constituye la motivación y el eje básico de la conducta. El comportamiento impulsivo y búsqueda de sensaciones suelen convivir y tienen un valor descriptivo excepcional cuando se encuentran inmersos en el contexto del comportamiento adictivo (Myrseth, Tverá, Hagatun y Lindgren, 2012). El constructo de *sensation seeking* se relaciona igualmente con constructos más específicos tales como *reactivity to novelty* y *novelty-seeking* que se han plasmado en escalas de medida específicas (Belin *et al.*, 2008). En modelos animales, el nivel de reactividad a los nuevos entornos, medida como la capacidad de estos de evocar una respuesta de exploración positiva, correlaciona con una mayor respuesta a las acciones de psicoestimulantes tales como la cocaína (Everitt *et al.*, 2008; Belin, Berson, Balado, Piazza, Deroche-Gamonet, 2011).

Como reseña final, destacamos los más importantes instrumentos de evaluación (Patton *et al.*, 1995; Carver *et al.*, 1994; Eysenck y Eysenck, 1978; Whiteside *et al.*, 2001; Schmidt, Fallon y Coccaro, 2004), tanto desde la medida de la propia impulsividad, como de la *búsqueda de sensaciones, reactividad a la novedad* y *búsqueda de novedades* (Stewart *et al.*, 2004; Zuckerman, 1964; Zuckerman *et al.*, 1993):

TABLA 1. Principales instrumentos de evaluación

<b>Barrat Impulsiveness Scale (BIS)</b> (Patton <i>et al.</i> , 1995).	30 items, miden Impulsividad atencional, Impulsividad motora, e Impulsividad no planeada. Es la más utilizada en general, y en la población española, en particular.
<b>Behavioral Inhibition / Activation Scale</b> (Carver <i>et al.</i> , 1994).	20 items, miden capacidad de anticipar castigo (escala de Inhibición) y resultados reforzantes (escala de Anticipación). Existen adaptaciones en español (Barranco, Rodarte, Medina y Soliz-Camara, 2009; Martínez, Salazar, Pilat y Cupani, 2012).
<b>Impulsivity-Venturesomeness-Empathy Scale (VIS).</b>	63 items, miden Impulsividad, Atrevimiento y Empatía. Existen adaptaciones de esta escala (Rodríguez-Fornells, Lorenzo y Andrés-Pueyo, 2002; Aluja y Blanch, 2007).
<b>Impulsive Behavior Scale (UPPS y UPP-S).</b>	45 items, mide Urgencia, Falta de premeditación, Falta de perseverancia, y Búsqueda de sensaciones. La UPP-S (59 items) añade la dimensión de Urgencia positiva. Existen adaptaciones españolas (Cándido, Orduña, Perales, Verdejo-García y Billieux, 2012).
<b>Lifetime History of Impulsive Behaviors</b>	Utilizada en la evaluación clínica de la conducta impulsiva.
<b>Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ y TCI).</b>	Test de personalidad, mide Búsqueda de novedad, Evitación del daño, y Dependencia del refuerzo. Existe una nueva adaptación, la TCI (Temperament and Character Inventory). Se dispone de adaptaciones en español (Gutiérrez-Zotes <i>et al.</i> , 2004; Pedrero Pérez, 2009; Cañete, Avila, Sánchez y Tobeña, 1990).
<b>Sensation Seeking Scale (SSS).</b>	Escala que evalúa el perfil de Búsqueda de Sensaciones, mediante las dimensiones de Búsqueda de amenaza y aventura, Desinhibición, Búsqueda de experiencia, y Sensibilidad al aburrimiento. Existen adaptaciones españolas (Pérez y Torrubia, 1986; Aluja y Blanch, 2007).

Dichos instrumentos nos ayudan a entender y perfilar las dimensiones de las que se compone y con las que se relaciona el constructo de impulsividad. No obstante, también existen tareas de laboratorio como sistema de evaluación. Cabe destacar medidas de retraso o rechazo y de impulsividad cognitiva, siendo uno de sus elementos más importantes la *impulsividad reflexiva* (Verdejo-García *et al.*, 2008) y las medidas de sesgo atencional y capacidad de control e inhibición mediante pruebas de 'Stop'. (Martínez-Gras *et al.*, 2012).

### Bases neurobiológicas de la impulsividad

Desde una perspectiva neurobiológica, el análisis de la impulsividad comprende necesariamente una revisión de los circuitos neuronales implicados en la toma de decisiones, procesos ejecutivos y sistemas de neurotransmisión asociados.

Así, el circuito neural más importante lo constituye el eje cortico-estriato-tálamo-cortical, en donde la dopamina como neurotransmisor tiene un papel crucial, esencialmente a través del circuito mesocórtico-límbico o vía del refuerzo. Específicamente, las áreas cerebrales implicadas son el córtex prefrontal, especialmente las áreas ventromedial y orbitofrontal relacionadas con la planificación y juicio; el estriado ventral, concretamente el núcleo accumbens, clave en el sistema de refuerzo, y la amígdala, fuente de lo emocional y de las respuestas condicionadas (Ceravolo, Frostini, Rossi, y Bonuccelli, 2009).

Algunos autores mencionan una estructura anormal cerebral en el área fronto-estriatal y diferencias apoyadas en un menor volumen de la materia gris en individuos con comportamientos impulsivos (Ersche *et al.*, 2011). Pero son los desequilibrios en los circuitos mesocorticolímbicos, dentro de los que se contempla el estriado ventral y dorsal inervados ambos dopaminérgicamente, así como las áreas orbitofrontales y cingulado anterior esenciales en el mecanismo del refuerzo, en donde se lleva a cabo el procesamiento y toma de decisiones que se expresa en la impulsividad y adicción (Hyatt *et al.*, 2012).

Desde los neurotransmisores, la dopamina es esencial y en cierta forma constituye el núcleo neuroquímico base del comportamiento impulsivo. Algunos autores acentúan el papel de la serotonina como modulador, dado que se ha observado una hipofunción serotoninérgica junto a una hiperfunción dopaminérgica en comportamientos de elevada impulsividad y agresión (Seo y Kennealy, 2008; Wolf y Leander 2002). Es también relevante el papel del glutamato, neurotransmisor de las vías ejecutivas y de las neuronas de proyección corticofugales, así como del CRF, principal orquestador de las respuestas de ansiedad-miedo- defensa del sistema amigdalario (Koob *et al.*, 2010). Sin embargo (Volkow, Wang, Fowler, Tomasi y Telang, 2011) también se enfatiza el papel de la dopamina más en relación con el refuerzo que con la adicción a través de las áreas órbito-frontales o cingulado anterior, determinando la respuesta emocional de inhibición y de control, y donde su alteración se relaciona con la propia conducta impulsiva.

La relevancia del papel de la dopamina en la conducta impulsiva la evidencian los trabajos que demuestran que los agonistas dopaminérgicos en pacientes con Parkinson producen en un 6-7% de los casos conductas impulsivas (Wu, Politis y Piccini, 2011), aunque otros autores hablan de una prevalencia del 13,6 % (Voon *et al.*, 2011). En este sentido, se han observado las siguientes conductas derivadas del tratamiento con agonistas dopaminérgicos en Parkinson (Voon y Fox, 2007): *Ludopatía o juego patológico*, la más frecuente y

especialmente vinculada al tratamiento con agonistas del receptor de dopamina D2/D3; *trastornos en la alimentación*, en lo que se refiere al incremento compulsivo en general, y específicamente en la ingesta de carbohidratos y grasas; *hipersexualidad* o conducta sexual incontrolada; *compra impulsiva* o 'ir de compras' de forma desmedida; *consumo de medicamentos y punding*, o estado que se caracteriza por una especial fascinación, observación y uso continuado de objetos de forma repetitiva sin objetivo alguno concreto.

Pero parece que son los tratamientos con agonistas dopaminérgicos los que fomentan dicha impulsividad en pacientes con Parkinson, frente a precursores como la L-Dopa (Vilas, Pont-Sunyer y Tolosa, 2012) en donde el efecto es más modulador y natural en la estimulación de dopamina (Ambermoon, Carter, Hall, Dissanayaka, y O'Sullivan, 2010). Concretamente, el pramipexol y el ropinirol (agonistas de los receptores D2 y D3) podrían estar implicados en el juego patológico o ludopatía, aunque este tipo de relación todavía es poco clara (Lader, 2008).

De aquí se deriva también, además de la impulsividad, la tendencia a la *búsqueda de sensaciones* y de la *novedad* (*sensation seeking*, y *novelty seeking*). Dichas conductas pueden convivir con el juego patológico, la hipersexualidad, el consumo compulsivo de medicamentos u otras sustancias de abuso, o ser también simplemente un potente predictor de su aparición (Wu *et al.*, 2011).

Ahora bien, dado que no todos los pacientes en tratamiento con agonistas desarrollan este tipo de conductas, algunos autores señalan un factor de vulnerabilidad previo al Parkinson (Potenza, Voon y Weintraub, 2007) que vendría caracterizado por pacientes jóvenes, con personalidad impulsiva, buscadora de sensaciones y con historia personal o familiar de alcoholismo. Incluso parece haber una prevalencia mayor entre hombres con antecedentes de impulsividad o depresión (Ceravolo *et al.*, 2009). Por lo tanto, podríamos hablar de convergencia entre la genética, factores ambientales así como del propio tratamiento farmacológico agonista (Jessup, Harrison, Wooten y Wylie, 2011) en la aparición de la impulsividad.

Por consiguiente, esta evidencia clínica nos ayuda a hipotetizar las bases sobre las que se sustenta el comportamiento impulsivo y su relación con la búsqueda de novedad y de sensaciones, dado que al ser tratamientos precursores de comportamientos adictivos (Dagher y Robbins, 2009) facilitan considerablemente su estudio. Igualmente, el hecho de que un tratamiento con agonistas dopaminérgicos active comportamientos impulsivos hablaría en favor de la importancia de la impulsividad en las adicciones comportamentales.

### Comorbilidades y patologías asociadas con la impulsividad.

Aunque la impulsividad aparece en el DSM-IV asociada a determinadas patologías, hasta hace poco no se ha clarificado realmente su papel en los trastornos psiquiátricos. Esto es debido a la ausencia de una auténtica definición del constructo (Moeller *et al.*, 2001) que permita delimitar qué es impulsividad y en qué categorías diagnósticas se presenta.

Por tanto, aunque el comportamiento impulsivo puede existir en sí mismo como rasgo de personalidad, convive frecuentemente con determinadas patologías psiquiátricas. Concretamente, los problemas atencionales, falta de inhibición y control, acciones específicas motoras no planeadas así como actos o comportamientos sin planificación (Patton *et al.*, 1995) son parte de cuadros psiquiátricos más amplios. De esta forma, tendríamos el *trastorno de personalidad antisocial*, en donde un alto nivel de impulsividad suele ser uno de sus más importantes componentes, lo que mantendría la hipótesis de que los individuos con mayores índices de impulsividad muestran un patrón neurobiológico distinto de aquellos con niveles menores (Moeller *et al.*, 2001). Este trastorno se asocia a adicciones, como en el caso del cannabis, especialmente entre adolescentes.

En la misma línea, en el *trastorno límite de personalidad* el DSM-IV destaca el papel central de la impulsividad; se relaciona con el *trastorno de personalidad antisocial* y con la *manía*, estando muy cerca del comportamiento suicida (Moeller *et al.*, 2001). Estudios en curso han detectado una elevada prevalencia de este trastorno en adictos a cocaína de larga evolución.

Pero es en el *trastorno bipolar* en donde la asociación con el rasgo de impulsividad es más que notoria, especialmente en las fases de manía (Karakus y Taman, 2011) sin descartar su presencia durante los episodios depresivos, especialmente cuando se asocian a una conducta suicida (Moeller *et al.*, 2001).

También en el *trastorno de hiperactividad*, hiperactividad e impulsividad son dos rasgos altamente relacionados: la hiperactividad no solo se relaciona con la impulsividad sino con la conducta antisocial. Su relación con el alcoholismo parece también evidente.

Por lo tanto, es evidente que la impulsividad está presente en diversos trastornos. Puede existir aisladamente o aparecer como elemento comórbido dentro de diversos cuadros patológicos de los que pueden derivarse diversos comportamientos adictivos.

### De la Impulsividad a la adicción

Existen evidencias de que la impulsividad es una antesala del comportamiento adictivo en el ámbito de las sustancias, y en este sentido destaca el modelo de Koob *et al.* (2010). Dichos

autores mantienen que en la base de la adicción existe un trastorno del control de los impulsos y de tipo compulsivo. Específicamente, definen la dificultad del control de los impulsos por una sensación subjetiva de incremento de tensión o *arousal* antes de llevar a cabo el acto impulsivo, así como de placer y gratificación tras su realización. De esta forma, la satisfacción o ejecución del acto impulsivo estaría estrechamente relacionado con la obtención de un refuerzo positivo. Realmente la compulsión es la aparición del hábito, aunque personalmente consideramos que la impulsividad es la resolución a la expectativa de refuerzo positivo, aunque éste sea una evasión de un estado afectivo negativo.

Por el contrario, el comportamiento compulsivo se caracteriza por un estado de stress o ansiedad previos, así como por una disminución del estado disfórico una vez llevado a cabo el comportamiento. Aquí, la conducta compulsiva se encuentra relacionada con mecanismos de refuerzo negativo y de conductas automáticas para su consecución. Por tanto, el tránsito desde la impulsividad al comportamiento compulsivo se produciría desde la búsqueda de un refuerzo positivo a la necesidad de reducir la disforia mediante la obtención de refuerzos negativos. En las adicciones a sustancias, la manifestación del llamado 'síndrome de abstinencia' define más una dependencia motivacional caracterizada por una emergencia derivada de un estado emocional negativo asociado a disforia, ansiedad o irritabilidad, cuando se anticipa el acceso a la droga (Koob y Le Moal, 2001) más que por un síndrome de dependencia propiamente físico.

En las adicciones comportamentales observamos que la ludopatía entre otras, se asocia a trastornos de los impulsos. En este sentido, (Sussman y Sussman, 2011) se ha llevado a cabo una revisión de 52 trabajos publicados de los que extrae una definición de adicción que puede aplicarse, tanto a sustancias como comportamientos. En general, define que toda adicción conlleva capacidad para 'engancharse' en conductas de las que se derivan consecuencias reforzantes, excesiva preocupación por el consumo o conductas de las que se desprende un refuerzo positivo, tolerancia o nivel de saciedad temporal, pérdida de control en donde la frecuencia de la conducta adictiva se incrementa haciéndose cada vez más automática, y dificultad en detener o evitar dicha conducta a pesar de la existencia de consecuencias negativas.

Pero son los conceptos de tolerancia, dependencia, abstinencia, así como las consecuencias negativas para la salud, situación personal o social del individuo, los ejes a la hora de conceptualizar una adicción.

### Adicciones comportamentales e impulsividad

Como hemos visto, la diferencia de perfil entre las adicciones con sustancia y sin sustancia no es clara. Así entre las adicciones sociales o comportamentales no es frecuente

encontrar a sujetos con adicciones comportamentales múltiples (Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009). Aunque queda pendiente perfilar el concepto de adicción comportamental, parece evidente que la ludopatía se acerca en mucho al perfil ampliamente aceptado de adicción, lo que permitiría una mayor posibilidad de estudio sin el deterioro cerebral derivado de las drogas (Verdura, Ponce y Rubio, 2011).

Algunos autores establecen un paralelismo directo entre la adicción a sustancias y a comportamientos (Holden, 2001). En este caso, aún en ausencia de sustancia, se consideraría igualmente la intervención del circuito del refuerzo con toda la maquinaria dopaminérgica del núcleo accumbens e hipocámpica. Es decir, si prescindimos de los receptores-diana de las sustancias, el resto del modelo podría explicar perfectamente las adicciones comportamentales. Al fin y al cabo las drogas son activadores de circuitos que procesan la motivación sobre la base de expectativas, son la guía del comportamiento para la resolución de una necesidad, emoción, que ha desequilibrado la homeostasis emocional. En este sentido, la expectativa de premio de un ludópata, por ejemplo, no se diferenciaría de la gratificación dopaminérgica inducida químicamente por la cocaína. Específicamente, la ludopatía produciría cambios en las mismas regiones frontales y límbicas del cerebro que en el caso de los cocainómanos, tal y como se aprecia en exploraciones con fMRI (Holden, 2001). En el caso de la compulsión a la comida, se ha observado un déficit de dopamina en individuos obesos que puede perpetuar patológicamente la tendencia a comer en exceso como medio de compensar la decreciente activación de estos circuitos (Wang *et al.*, 2001). En la denominada *adicción al sexo* el mecanismo neurobiológico es muy similar al de los cocainómanos, comparten el mismo circuito y, por lo tanto, el mismo déficit inhibitorio conductual. (Holden, 2001). Cuando hablamos de compra compulsiva, se ha observado que el comportamiento cerebral es similar al de la ludopatía y cocainómanos (Holden, 2001). Mientras que la adicción a Internet se asocia a una significativa reducción de la sustancia blanca en áreas órbito-frontales y del fascículo fronto-occipital, al tiempo que la duración de dichos cambios guarda relación con el tiempo de exposición. También se indica reducción de la materia gris en córtex prefrontal dorso-lateral, área motora suplementaria así como en el córtex orbito-frontal, afirmandose que el uso continuado de Internet conlleva daños y alteraciones estructurales cerebrales que hipotéticamente se solapan con los mismos mecanismos de las sustancias (Yuan *et al.*, 2011),

Igualmente, en el modelo de Koob *et al.* (2010) el estado de emergencia derivado de la disforia o lado afectivo negativo se sitúa justo en el tránsito de la impulsividad a la compulsión. Dicho tránsito viene marcado por el cambio del refuerzo positivo al negativo y se relacionaría con mecanismos de neuroplasticidad de los circuitos tras una exposición incrementada y repetida a la droga. A nivel epigenético, dicha neuroplasticidad podría dar lugar a cambios genéticos permanentes (Robinson y Nestler, 2012). El modelo explicaría

por tanto la transición desde un cambio homeostático, resultado de la adaptación del circuito del refuerzo, a un cambio alostático. La alostasis representaría un proceso de mantenimiento del refuerzo mediante una desviación del mismo, no solo por la propia alteración de los circuitos sino por la activación de repuestas hormonales de stress (Koob *et al.*, 2001). El fin último es incorporar la conducta de consecución del refuerzo, ya sea droga o premio, al repertorio normalizado de conductas del individuo.

Desde esta perspectiva, y teniendo en cuenta que el circuito del refuerzo está activado constantemente en la medida en que nuestra vida necesita de gratificaciones, cualquier conducta puede potencialmente llegar a convertirse en adictiva (Beck, Wright, Newmann y Liese, 2010). Así, considerando el circuito del refuerzo, los niveles de dopamina y la actividad metabólica en determinadas áreas cerebrales, parece evidente que el modelo de adicción a las sustancias puede extenderse a conductas (Holden, 2001). Otros autores se muestran más prudentes indicando que si bien las adicciones comportamentales comparten muchos aspectos con las drogas, existe una necesaria diferencia entre ambas, en la medida en que en un caso se depende de una sustancia (Bergmark, Bergmark y Findahl, 2011).

Echeburúa *et al.* (2009) defiende el concepto de adicción comportamental en su sentido más amplio; lo que define a una conducta adictiva no es tanto la frecuencia con que se realiza sino el tipo de relación que se establece con ella. Es la dependencia, entendida como necesidad subjetiva de llevar a cabo una conducta y la supeditación del estilo de vida, al mantenimiento del hábito, lo que define a una adicción tanto comportamental como con sustancia. Asociado se encuentra el síndrome de abstinencia, aunque sin embargo hay una diferencia entre el síndrome de abstinencia por sustancia frente al comportamental (Echeburúa, Becoña y Labrador, 2010). En el primer caso, el síndrome desaparece de inmediato con el consumo de la sustancia; en el caso de las dependencias comportamentales, la disminución del desasosiego y ansiedad requieren de más tiempo, de más conductas.

Se puede por tanto hablar de una adicción comportamental. El hecho de que las drogas tengan diferentes efectos físicos sobre el organismo pero con un mismo resultado adictivo hace pensar que el cerebro acaba igualmente afectado por un comportamiento que por una sustancia. En ambos casos existiría una neuroadaptación de los circuitos que llevaría al mantenimiento de la conducta. (Holden, 2001). Un estudio realizado en la Universidad de Córdoba (Ruiz-Olivares, Pino y Herruzo, 2010) con una muestra de 1.011 estudiantes dio lugar a unos niveles de adicción, medidos con cuestionarios, de un 16% en el caso de las compras, algo más de un 4,5% en el caso de internet, 32,6% en el caso del teléfono móvil y de un 1,3% con el juego.

### Ludopatía

El juego patológico afecta a un 2-3 % de la población, mayoritariamente masculina. Sus comportamientos se centran esencialmente en máquinas tragaperras, aunque progresivamente ha ido tomando mayor relevancia el juego on-line, especialmente entre jóvenes. El valor del refuerzo está asociado al bajo esfuerzo económico de las apuestas con la posibilidad de premios o beneficios proporcionalmente importantes. A ello contribuye un despliegue contextual altamente condicionante, basado en las luces, músicas y sonidos de las máquinas que incrementan su valor emocional produciendo una gran activación psicofisiológica (Echeburúa, 2010). Así la ludopatía queda definida por incapacidad de controlar la conducta de juego, intolerancia ante la pérdida y despreocupación por las consecuencias.

Hay que indicar que por lo consistente y claro de su sintomatología, que la ludopatía es el comportamiento en el que existe mayor unanimidad al considerar que responde al modelo de adicción sin los problemas deterioro de las sustancias (Verdejo-García *et al.*, 2008). Al igual que la adicción a sustancias, presenta *craving*, alta tolerancia y síndrome de abstinencia con riesgo de recaídas aunque haya transcurrido mucho tiempo. En estudios de neuroimagen con fMRI los jugadores estimulados con videos o fotos de juego muestran (Holden, 2001) los mismos cambios de actividad cerebral en los sistemas límbico y frontal que los sujetos adictos a la cocaína. También responde a fármacos antagonistas opioides como la naltrexona, lo que vendría a reforzar la idea de que el juego patológico estimula los mismos circuitos neurobiológicos que las sustancias de abuso.

Recientemente (Bullock y Pontezza, 2012) han señalado la gran similitud de las bases neurobiológicas de la ludopatía y de las adicciones con sustancias. Así, en relación al *craving*, se indica la relevancia del estriado ventral (área de inervación dopaminérgica) y del córtex prefrontal ventromedial, relacionado con el procesamiento del refuerzo así como con el control de los impulsos. Ambas áreas podrían estar implicadas en el procesamiento de refuerzos monetarios así como en el proceso de toma de decisiones. Igualmente, el córtex cingulado anterior, frecuentemente implicado en el control cognitivo, junto a la ínsula relacionada con los procesos interoceptivos, pueden encontrarse en la base del juego patológico en cuanto que se relacionan con el control cognitivo así como con la autoconciencia de los estados somáticos derivados de la toma de decisiones.

Desde los neurotransmisores, además de la dopamina se observan también altos niveles de norepinefrina en lo que son respuestas de *arousal* o activación al stress, bajos niveles de serotonina, modulador inhibitorio de respuestas agresivas y esencial en el control de los impulsos y una alta presencia de endorfinas tales como péptidos opioides endógenos implicados en la satisfacción asociada al refuerzo. Aunque es poco

conocida la función de los péptidos en ludopatía, se cree que pueden influir en la transmisión dopaminérgica dentro del circuito mesolímbico que se extiende desde el área del tegmento ventral al núcleo accumbens o estriado ventral. Igualmente se enfatiza el peso del glutamato, implicado en procesos motivacionales, de tal forma que altos niveles de glutamato podrían mediar la conducta de búsqueda de refuerzo. El GABA, dependiendo de sus niveles, podría también modular la acción de estas neuronas dopaminérgicas.

Por tanto, el juego patológico respondería al modelo de comportamiento de adicción de las sustancias en donde la impulsividad tiene un papel relevante. Como conducta no se suele presentar aislada, coexiste con el consumo de alcohol y de otras sustancias.

#### *Internet y nuevas tecnologías*

Internet, al igual que la ludopatía, es un potente generador de emociones positivas reforzantes. Se suele incluir en esta categoría el uso de Internet y redes sociales, telefonía móvil y videojuegos.

Sin embargo, resulta difícil determinar si Internet y las Nuevas Tecnologías en general son capaces de suscitar comportamientos adictivos o son por el contrario los contenidos. Es una posibilidad que Internet pueda ser un canal y vehículo de adicciones específicas tales como el juego, las compras o el sexo y no el medio tecnológico *per se* (Keung Ma, 2011). En la Comunidad de Madrid un estudio epidemiológico estimó que alrededor del 11% de los menores entre 11 y 17 años presenta un perfil que podría considerarse de adicción a Internet; el 8,1% entre 12 y 25 años dice usar el teléfono móvil de forma excesiva, y el 21% de los menores afirmar estar 'enganchado' a un videojuego (Verdura *et al.*, 2011). Es decir afectaría esencialmente a una población joven y adolescente.

Como contenidos específicos, la escala de Young (Keung Ma, 2011) indica cinco categorías comportamentales: cybersexualidad, cyber-relaciones sociales, compulsiones relacionadas con el juego (apuestas con dinero) y las compras, necesidad y sobrecarga de información y obsesión por los videojuegos on-line. Y se indica el siguiente perfil de comportamiento: Excesivo uso (más de 40 horas por semana), pensamientos obsesivos y recurrentes, sensación de placer, tolerancia, disminución en la capacidad de control de los impulsos, síndrome de abstinencia expresado en estados de ánimo disfóricos, impacto en vida social, familiar, académica y laboral, aislamiento, y problemas de salud.

A nivel neurobiológico, los estudios se basan igualmente en el modelo del refuerzo, del circuito dopaminérgico. Así, mediante pruebas de neuroimagen (Lin *et al.*, 2012) se observó que la adicción a Internet se asocia a una significativa reducción de la sustancia blanca en áreas órbito-frontales y del fascículo fronto-occipital y que la duración de dichos cambios guarda relación con el tiempo de exposición. También se indica (Yuan

*et al.*, 2011) la reducción de la materia gris en córtex prefrontal dorso-lateral, área motora suplementaria así como en el córtex orbito-frontal, afirmando que el uso continuado de Internet conlleva daños y alteraciones estructurales cerebrales.

No puede negarse el elevado poder reforzante de los nuevos contenidos, entornos y estilos de vida dentro de esta evolución tecnológica. Existe sintomatología de disforia, de dependencia y tolerancia, lo que apoya la idea de que nos encontramos con un tipo de adicción comportamental que puede enlazar con un perfil de comorbilidad asociado a ansiedad, impulsividad, depresión o necesidad inmediata de nuevas sensaciones. En este sentido Internet es la mayor fuente actual de nuevas experiencias no accesibles en la vida cotidiana.

#### *Adicción a la comida*

La alimentación sin control, esencialmente basada en grasas y carbohidratos, se ha presentado como comportamiento adictivo especialmente entre jóvenes adolescentes. Mantiene comorbilidad con el consumo de sustancias, estados de ansiedad y depresión. Y parece responder a los mismos componentes que las adicciones a las sustancias, es decir, deseo irrefrenable con *craving*, satisfacción en el acto de comer, falta de control aun conociendo los efectos negativos sobre la salud, y sentimientos de disforia que se calman con la comida (Pretlow, 2011; Heber y Carpenter, 2011). Con frecuencia se produce un bucle comportamental en la medida que la propia obesidad se convierte en una fuente de insatisfacción con la consiguiente nueva ingestión de alimentos sin hambre.

Neurobiológicamente (Heber *et al.*, 2011) se ha intentado explicar el consumo incontrolado de comida señalando un polimorfismo genético en los receptores D2 que, interactuando con otros genes relacionados con el desarrollo de la obesidad tales como el gen receptor de la leptina o de la opiomelanocortina, pueden activar el consumo fomentando al mismo tiempo una inflamación cerebral a través de citoquinas como la leptina. Dicha inflamación activaría la conducta adictiva. Algunos autores (Martin *et al.*, 2011) proponen, dado que el *craving* es también motor de la adicción, una dieta calórica como tratamiento reductor de dicho *craving*. Específicamente, el gen de la leptina es un conocido regulador de las neuronas dopaminérgicas que median el comportamiento adictivo (Hommel *et al.*, 2006).

Puede haber dudas en que este tipo de comportamiento responda a los criterios de adicción. En cierto sentido puede ser resultado de la ansiedad, problemas afectivos o de depresión. Dado que los trastornos de la alimentación tienen una alta comorbilidad con la impulsividad así como están relacionados con los trastornos obsesivos, puede plantearse en qué medida el abuso de comida es realmente una adicción o el resultado de una patología más amplia en donde la impulsividad tiene un papel esencial.

### Adicción a las compras

La denominada adicción a las compras afecta esencialmente a mujeres y se asocia con una tendencia a la compra irrefrenable, sin capacidad de control así como con un aumento de la ansiedad y disforia que sólo disminuye con el acto de comprar. Según algunos autores (Grant, Potenza, Krishnan-Sarin, Cavallo y Desai, 2011) esta adicción va más allá de la mera afición a comprar y se refleja en el progresivo e incontrolable incremento de tiempo y dinero empleados.

Ahora bien el hecho de que (Grant *et al.*, 2011) se encuentre una alta comorbilidad de este comportamiento con el consumo de sustancias así como con síntomas de depresión, desasosiego y dificultad en el control de los impulsos, lleva a pensar hasta que punto este comportamiento podría no ser más que el resultado de la comorbilidad con otras patologías asociadas. De hecho se relaciona con estados de manía y ansiedad, en donde la impulsividad y la hiperactividad siguen teniendo un papel relevante.

### Adicción al sexo

Se define por una dificultad en la inhibición y control de los impulsos sexuales, resultando una conducta compulsiva. Su prevalencia en la población es del 5-6%, afecta más a hombres, siendo sus manifestaciones más frecuentes la masturbación (73%), la promiscuidad prolongada (70%) y la dependencia de la pornografía (53%), quedando excluidas las parafilias (Verdura *et al.*, 2011).

A nivel neurobiológico, el eje de este comportamiento se apoya en la dopamina. Ya hemos visto con anterioridad la importancia de los tratamientos dopaminérgicos en pacientes con Parkinson y el reflejo en conductas impulsivas tales como la hipersexualidad. Quedaría también por determinar si la hipersexualidad es una adicción o el resultado de otras patologías en donde en la base se encuentran comorbilidades tales como distimias, ansiedad, manías, TDAH, TOC o trastornos paranoides (Verdura *et al.*, 2011).

### Conclusiones

Desde lo expuesto, la ludopatía es el único comportamiento que responde con mayor similitud al modelo tanto contextual, social y neurobiológico de las adicciones (Verdura *et al.*, 2011). El resto de comportamientos se encuentran pendientes de una definición que perfile hasta donde llega la adicción, hasta donde el abuso, así como del papel que juegan en estos comportamientos síndromes complejos tales como distimias, ansiedad, depresión o hiperactividad (Verdura *et al.*, 2011; Grant *et al.*, 2011; Martin *et al.*, 2011; Pretlow, 2011; Echeburúa *et al.*, 2010). Es muy posible que existan sin embargo mayor número de adicciones comportamentales que responden al modelo de las sustancias,

y en donde la impulsividad juega un papel relevante, pero todavía quedan por salvar problemas de delimitación de hasta donde llega la adicción y hasta donde el mero comportamiento impulsivo asociado a nuevos estilos de vida altamente reforzantes (Bergmark *et al.*, 2011).

Es frecuente la coexistencia de adicciones comportamentales asociadas con adicciones a sustancias, siendo escasa la existencia de adicciones comportamentales múltiples sin sustancia, como ya se ha indicado anteriormente (Echeburúa *et al.*, 2009). Así, el consumo de alcohol y otras sustancias de abuso corren paralelas a la ludopatía (Echeburúa *et al.*, 2010), o el abuso o dependencia de video-juegos se asocia al consumo simultáneo de sustancias (Ream, Elliott y Dunlap, 2011). Igualmente el abuso y dependencia de sustancias psicoactivas puede convivir con la hipersexualidad, ludopatía o el propio abuso dependencia de comida o de las compras (Pretlow, 2011; Grant *et al.*, 2011).

Desde una perspectiva fisiológica y bioquímica también se puede hablar de similitud con las adicciones comportamentales en la medida en que conductas adictivas sociales asociadas a sustancias conllevan los mismos o similares mecanismos biológicos, lo que explicaría el hecho de que las adicciones no se presenten aisladas sino que habitualmente se comparten dos o más conductas adictivas (Holden, 2001).

Por lo tanto, se constata que la impulsividad también precede o se encuentra en la base del comportamiento compulsivo que lleva a la búsqueda automática de la conducta (Verdejo-García *et al.*, 2008; Belin *et al.*, 2008; Papachristou *et al.*, 2012; Everitt *et al.*, 2008; Hogarth, 2011; Michalczuk *et al.*, 2011). Concretamente es sobre la impulsividad atencional o incapacidad de atención sostenida en la que se basa la alta sensibilidad a la información relevante en la adicción y que en determinados contextos es causa de recaída (Steketee y Kalivas, 2011); la impulsividad motora o incapacidad de control (Papachristou *et al.*, 2012) así como la alta sensibilidad al refuerzo inmediato (Hogarth, 2011).

Por otra parte, la importante relación de la impulsividad con la búsqueda de sensaciones (*Sensation Seeking*) (Zuckerman, 1972) tiene un valor explicativo excepcional (Myrseth *et al.*, 2012). Esto es especialmente importante en el campo de la adolescencia en la medida en que los adolescentes son grandes buscadores de nuevas sensaciones (Echeburúa *et al.*, 2009) y de refuerzos inmediatos. Por lo tanto existe un patrón en la adicción comportamental en donde juega un relevante papel la impulsividad, la necesidad de sensaciones junto a la posibilidad de patologías asociadas dentro de factores neurobiológicos subyacentes (Everitt *et al.*, 2008).

Así, en las adicciones comportamentales como en las sustancias, en el tránsito del consumo a la adicción existe una tendencia natural a la búsqueda de sensaciones y refuerzos. De hecho, el circuito neural del refuerzo se activa constantemente en casi todas nuestras acciones, experiencias y

comportamientos. La búsqueda de sensaciones o una alta receptividad a la novedad estimular conlleva comportamientos de búsqueda y prueba de nuevas experiencias. Es por tanto la presencia de la impulsividad, asociada a la búsqueda de sensaciones y novedad estimular, la que puede preceder a un comportamiento adictivo en donde podrían encontrarse patologías asociadas.

Finalmente, el contexto tiene un valor fundamental en la medida en que es capaz de activar la prueba y desarrollo de un comportamiento compulsivo. En un perfil de impulsividad, buscador de sensaciones o con sintomatología patológica paralela, es altamente probable la prueba y evolución de un comportamiento adictivo, aunque en algunos comportamientos queda por definir hasta donde llega la adicción, el abuso, la patología o el propio comportamiento impulsivo.

Es por tanto evidente que la adicción es un constructo que sobrepasa el ámbito de la sustancias, que se sostiene sobre las mismas o similares bases neurobiológicas, y en donde la impulsividad no sólo es la antesala de muchas de las adicciones comportamentales sino también uno de los ejes más relevantes, especialmente cuando encontramos patologías asociadas.

## REFERENCIAS

- ALUJA A., y BLANCH A. (2007). *Comparison of impulsiveness, venturesomeness and empathy (17) structure in English and Spanish samples: Analysis of different structural equation models*. Personality and Individual Differences. (43). 2294-2305.
- AMBERMOON P., CARTER A., HALL W.D., DISSANAYAKA N.W. y O'SULLIVAN J.D (2010). *Impulsive control disorders in patients with Parkinson's disease receiving dopamine replacement therapy: Evidence and implications for the addictions field*. Addiction. (106). 283-293.
- BARRANCO JIMENEZ L., RODARTE ACOSTA B., MEDINA CUEVAS y SOLIZ-CAMARA RESENDIZ P (2009). *Evaluación psicométrica de los sistemas de activación e inhibición del comportamiento en adultos mexicanos*. Anales de Psicología. (25). 358-367.
- BECK A., WRIGHT F., NEWMANN C.F. y LIESE B. (2010). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Paidós. Barcelona.
- BELIN D., BERSON N., BALADO E., PIAZZA P.V. y DEROCHE-GAMONET V. (2011). *High-novelty-preference rats are predisposed to compulsive cocaine self-administration*. Neuropsychopharmacology. (36). 569-79.
- BELIN D., MAR A.C., DALLEY J.W., ROBBINS T.W. y EVERITT B.J (2008). *High Impulsivity Predicts the Switch to Compulsive Cocaine-Taking*. Science. (320). 1352-1354.
- BERGMARK K.H. y BERGMARK A, FINDAHL O. (2011). *Extensive Internet Involvement. Adiction or Emerging Lifestyle?. International Journal of Environmental Research and Public Health*. (8). 4488-4501.
- BULLOCK S.A. y POTENZA M.N. (2012). *Pathological Gambling: Neuropsychopharmacology and Treatment*. Current Psychopharmacology. (1). 67-85.
- CANDIDO A., ORDUÑA E., PERALES J.C., VERDEJO-GARCIA A. y BILLIEUX J. (2012). *Validation of a short Spanish versión of the UPPS-P Impulsive behaviour scale*. Trastornos Adictivos. (14). 73-78.
- CAÑETE J., AVILA C., SANCHEZ X. y TOBEÑA A. (1990). *Adaptación del T.P.Q de Cloninger: Resultados preliminares* (XV Reun. Nac. Soc. Esp. Psq. Biol.). Anales de Psiquiatría. (6). 59-59.
- CARVER C.S. y WHITE T.L (1994). *Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment - The BIS / BAS scales*. Journal of Personality and Social Psychology. (67). 319-333.
- CERAVOLO R, FROSTINI D y ROSSI C, BONUCCELLI U. (2009). *Impulsive control disorders in Parkinson's disease: definition, epidemiology, risk factors, neurobiology and management*. Parkinsonism and Related Disorders. (15). 111-115.
- DAGHER A. y ROBBINS T.W (2009). *Personality, Addiction, Dopamine: Insights from Parkinson's Disease*. Neuron. (61). 502-510.
- DALLEY J.W., EVERITT B.J. Y ROBBINS T.W. (2011) *Impulsivity, Compulsivity, and Top-Down Cognitive Control*. Neuron. (69). 680-694
- ECHEBURUA E., LABRADOR F.J. y BECOÑA E. (2009). *Adicción a las nuevas tecnologías en jóvenes y adolescentes*. Pirámide. Madrid.
- ECHEBURUA E., BECOÑA E. y LABRADOR F.J. (2010). *El juego patológico*. Pirámide. Madrid.
- ERSCHE K.D., BARNES A., JONES P.S., MOREIN-ZAMIR S., ROBBINS T.W, y BULLMORE E.T (2011). *Abnormal structure of frontostriatal brain systems is associated with aspects of impulsivity and compulsivity in cocaine dependence*. Brain. (134). 2013-2024.
- EYSENCK SYBIL B. G. y EYSENCK H.J (1978). *Impulsiveness and Venturesomeness: Their position in a dimensional system of personality description*. Psychological Reports. (43). 1247-1255.
- EVENDEN, J.L. (1999). *Varieties of impulsivity*. Psychopharmacology. (146). 348-361.
- EVERITT B.J., BELIN D., ECONOMIDOU D., PELLOUX Y., DALLEY J.W. y ROBBINS T.W. (2008). *Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction*. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. (1507). 3125-35.
- KARAKUS G. y TAMAN L. (2011). *Impulsive control disorder comorbidity among patients with bipolar disorder*. Comprehensive Psychiatry. (52). 378-385.
- KEUNG MA, H. (2011). *Internet Addiction and Antisocial Internet Behavior of Adolescents*. The Scientific World Journal. (11). 2187-2196.
- KOOB G.F. y LE MOAL M. (2001). *Drug Addiction, Dysregulation of Reward and Allostasis*. Neuropsychopharmacology. (24). 97-129.
- KOOB G.F. y VOLKOW N.D (2010). *Neurocircuitry of Addiction*. Neuropsychopharmacology Reviews. (35). 217-238.
- KOOB G.F (2011). *Neurobiology of Addiction*. Focus. (9). 55-65.

- GUTIERREZ-ZOTES J.A., BAYON C., MONSERRAT C., VALERO J., LABAD ALQUEZAR A., CLONINGER C.R. y FERNANDEZ-ARANDA F. (2004). *Inventario del Temperamento y el Carácter-Revisado (TCI-R). Baramación y datos normativos en una muestra de población general.* Actas Españolas de Psiquiatría. (32). 8-15
- GRANT J.E, POTENZA M.N., KRISHNAN-SARIN S., CAVALLO D.A. y DESAI R.A (2011). *Shopping Problems among High School Students.* *Comprehensive Psychiatry.* (52). 247-252.
- HEBER D. y CARPENTER C.L (2011). *Addictive Genes and the Relationship to Obesity and Inflammation.* *Mol Neurobiology.* (2). 160-165.
- HOGART L. (2011). *The role of impulsivity in the aetiology of drug dependence: reward sensivity versus automaticity.* *Psychopharmacology.* (215). 567-580.
- HOLDEN C. (2001). *Behavioral Addictions: Do they exist?* *Science.* (294). 980-82.
- HOMMEL J.D, TRINKO R., SEARS R.M., GEORGESCU D., ZONG-WY LIU., XIAO-BING GAO., THURMON J.J, MARINELLI M. y DILEONE R.J. (2006). *Leptin Receptor Signaling in Midbrain Dopamine Neurons Regulates Feeding.* *Neuron.* (51). 801-10.
- HYATT C.J., ASSAF M., MUSKA C.E., ROSEN R.I., THOMAS A.D., JOHNSON M.R, HYLTON J.L., ANDREWS M.M., REYNOLDS B.A., KRYSAL J.H., POTENZA M.N. y PEARLSON G.D. (2012). *Reward-Related Dorsal Striatal Activity Differences between Former and Current cocaine Dependent Individuals during an Interactive Competitive Game.* *Plos One.* (7). 1-15.
- JESSUP C.K., HARRISON M.B., WOOTEN G.F. y WYLIE S.A (2011). *The Risky Business of Dopamine Agonists in Parkinson Disease and Impulsive Control Disorders.* *Behavioral Neuroscience.* (4). 492-500.
- LADER M (2008). *Antiparkinsonian Medication and Pathological Gambling.* *CNS Drugs.* (5). 407-416.
- LIN F., ZHOU Y., DU Y., QIN L., ZHAO Z., XU J y LEI H. (2012). *Abnormal White Matter Integrity in Adolescents with Internet Addiction Disorder: a Tract-Based spatial statistics Study.* *Plos One.* (7). 1-10.
- MARTIN C.K., ROSENBAUM D., HAN H., GEISELMAN P.J., WYATT H.R., HILL J.O., BRILL C., BAILER B., MILLER B.V., STEIN R., KLEIN S. y FOSTER G.D. (2011). *Change in food cravings, food preferences, and appetite during a low-carbohydrate and low-fat diet.* *Obesity* (Silver Spring). (10). 1963-1970.
- MARTINEZ M.V., ZALAZAR JAIME M.F., PILATT A. y CUPANI M. (2012). *Adaptación del cuestionario de Personalidad BIS BAS IPIP a una muestra de estudiantes universitarios argentinos y análisis de su relación con patrones de consumo de alcohol.* *Avances en Psicología Latinoamericana.* (30). 304-316.
- MARTINEZ-GRAS I., JURADO R., IRIBARREN M., MARIN M., PONCE G. y RUBIO G. (2012). *Adicciones sociales: ¿son distintas de las adicciones a drogas?* Presentación interna 12 de Octubre. Instituto de Investigación. Hospital 12 de Octubre. Madrid.
- MICHALCZUK R., BOWDEN-JONES H., VERDEJO-GARCIA A. y CLARK L. (2011). *Impulsivity and cognitive distortions in pathological gamblers attending the UK National Problem Gambling Clinic: A preliminary report.* *Psychological Medicine.* (41). 2625-2635.
- MOELLER F., BARRATT E., DOUGERTY D.M., SCHMITZ J.M. y SWANN A.C. (2001). *Psychiatric Aspects of Impulsivity.* *American Journal of Psychiatry.* (158). 1783-1793.
- MYRSETH H., TVERÁ R., HAGATUN S. y LINDGREN C (2012). *A comparison of impulsivity and sensation seeking in pathological gamblers and skydivers.* *Scandinavian Journal of Psychology.* (53). 340-346.
- PAPACHRISTOU H., NEDERKOORN C., HAVERMANS R., VAN DER HORST M. y HANSEN A (2012). *Can´t stop the craving: The effect of impulsivity on cue-elicited craving for alcohol in heavy and light social drinkers.* *Psychopharmacology.* (219). 511-518.
- PATTON J.H., STANFORD M.S. y BARRAT ES (1995). *Factor structure of the Barrat impulsiveness scale.* *Journal of Clinical Psychology.* (51). 768-774.
- PEDRERO PEREZ, E.J. (2009). TCI-R-67: Versión abreviada del TCI-R de Cloninger. *Proceso de creación y administración a una muestra de adictos a sustancias en tratamiento.* *Trastornos Adictivos.* (11). 12-23.
- PEREZ J. y TORRUBIA R. (1986). *Fiabilidad y Validez de la versión española de la Escala de Búsqueda de Sensaciones (Forma V).* *Revista Latinoamericana de Psicología.* (18). 7-22.
- POTENZA M.N., VOON V. y WEINTRAUB D. (2007). *Drug Insight: Impulsive control disorders and dopamine therapies in Parkinson's Disease.* *Nature Clinical Practice Neurology.* (12). 664-672.
- PRETLOW R.A (2011). *Addiction to Highly Pleasurable food as a cause of the Childhood Obesity Epidemic: A Qualitative Internet Study.* *Eating Disorders.* (19). 295-307.
- REAN G..L, ELLIOTT L.C. y DUNLAP E. (2011). *Patterns of and Motivations for Concurrent Use of video Games and Substances.* *International Journal of Environmental Research and Public Health.* (8). 3999-4012.
- ROBINSON A.J. y NESTLER E.J (2012). *Transcriptional and Epigenetic Mechanisms of Addiction.* *Nature Reviews Neuroscience.* (12). 623-637.
- RODRIGUEZ-FORNELLS A., LORENZO SEVA U. y ANDRES-PUEYO A. (2002). *Are high-impulsive and high risj-taking people more motor desinhibited in the presence of incentive?* (34). 661-683.
- RUIZ-OLIVARES R., PINO M.J. y HERRUZO J. (2009). *Análisis de comportamientos relacionados con el uso/abuso de Internet, teléfono móvil, compras y juego en estudiantes universitarios.* *Adicciones.* (22). 301-310.
- SCHMIDT C.A., FALLON A.E. y COCCARO E.F (2004). *Assesment of Behavioral and cognitive impulsivity: Development and validation of the Lifetime History of Impulsive Behaviors Interview.* *Psychiatry Research.* (126). 107-121.
- SEO D., PATRICK C.J. y KENNEALY P.J (2008). *Role of Serotonine and Dopamine System Interactions in the Neurobiology of Impulsive Agression and its Comorbidity with other clinical Disorders.* (13). 383-395.

- STEKETEE J.D. y KALIVAS P.W. (2011). *Drug Wanting: Behavioral Sensitization and Relapse to Drug-seeking Behavior*. *Pharmacology Review*. (63). 348-365.
- STEWART M.E., EBMEIER K.P. y DEARY I.J. (2004). *The structure of Cloninger's Tridimensional Personality Questionnaire in the a British Sample*. *Personality and Individual Differences*. (36). 1403-1418.
- SUSSMAN S. y SUSSMAN A.N. (2011). *Considering the definition of Addiction*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. (8). 4025-4038.
- VERDEJO-GARCIA A., LAWRENCE A.J. y CLARK L. (2008). *Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: Review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies*. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. (32). 777-810.
- VERDURA E.J., PONCE G. y RUBIO G. (2011). *Adicciones sin sustancia: juego patológico, adicción a nuevas tecnologías, adicción al sexo*. *Medicine*. (10). 2-8.
- VILAS D., PONT-SUNYER C. y TOLOSA E. (2012). *Impulsive Control Disorders in Parkinson's disease*. *Parkinsonism and Related Disorders*. (18S1). S80-S84.
- VOLKOW N.D., WANG G.J., FOWLER J.S., TOMASI D. y TELANG F. (2011). *Addiction: Beyond dopamine reward circuitry*. *P Proc Natl Acad Sci U S A*. (37):15037-42.
- VOON V. y FOX S.H. (2007). *Medication-Related Impulsive Control and Repetitive Behaviors in Parkinson Disease*. *Arch. Neurology*. (8). 1089-1096.
- VOON V., GAO G., BREZING C., SYMMONDS M., EKANAYAKE V., FERNANDEZ H., DOLAN R.J. y HALLET M. (2011). *Dopamine agonists and risk: impulsive control disorders in Parkinson's disease*. *Brain*. (134). 1438-1446.
- WANG G., VOLKOW ND., LOGAN J., PAPPAS NR., WONG CT., ZHU., NETUSLL N., y FOWLER J.S.. (2001). *Brain Dopamine and Obesity*. *The Lancet*. (367). 364-367.
- WHITESIDE S.P. y LYNAM R.D. (2001). *The Five Factor Model and Impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity*. *Personality and Individual Differences*. (30). 669-689.
- WOLFF M.C. y LEANDER D.J. (2002). *Selective Serotonine Reuptake Inhibitors Decrease Impulsive Behavior as Measured by an Adjusting Delay Procedure in the Pigeon*. *Neuropsychopharmacology*. (27). 421-429.
- WU K., POLITIS M. y PICCINI P. (2011). *Parkinson Disease and Impulsive control disorders: A review of clinical features, pathophysiology and management*. *Postgrad Med J*. (85). 590-596.
- YUAN K., QIN W., WANG G., ZENG F., ZHAO L., YANG X., LIU P., LIU J., SUN J., DENEEN K.M., GONG Q., LIU Y. y TIAN J.. (2012). *Microstructure Abnormalities in Adolescents with Internet Addiction Disorder*. *Plos One*. (5). 1-13.
- ZUCKERMAN M. (1964). *Development of a Sensation-Seeking Scale*. *Journal of Consulting Psychology*. (28). 477-482.
- ZUCKERMAN M., BONE R., NEARY R., MANGELSDORFF D. y BRUSTMAN B. (1972). *What is the sensation seeker? Personality trait and experience correlates of the sensation seeking scales*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. (39). 308-321.
- ZUCKERMAN M., KUHLMAN D., JOIREMAN J., TETA P. y KRAFT M. (1993). *A comparison of the three structural models for personality: the big three, the big five, and the alternative five*. *Journal of Personality and Social Psychology*. (65). 747-768.



## CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL Y RENDIMIENTO COGNITIVO EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE LA PROVINCIA DE ALICANTE EXCESSIVE ALCOHOL USE AND COGNITIVE PERFORMANCE IN HIGH SCHOOL STUDENTS IN THE PROVINCE OF ALICANTE

José Luis Carballo, María Marín Vila, Valentina Jaúregui Andújar, Gabriela García Sánchez, José Pedro Espada, Mireia Orgilés y José Antonio Piqueras

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

### Abstract

Empirical evidence has highlighted the alcohol abuse negative impact on some cognitive abilities and the academic performance. The aim of this research was to analyze how much alcohol abuse could affect certain cognitive abilities and the academic performance of high school students by considering their gender. A total of 227 adolescents, aged between 14 and 20 years were involved in this study. Several questionnaires were used to assess their addictive profile, as well as their cognitive and academic performance. Consumers at risk showed a more severe pattern of alcohol use. Moreover, they fulfilled criteria for abuse in a higher way. There were no significant differences in terms of cognitive abilities, although alcohol abusers showed a poorer academic performance. There were no gender differences for none of the variables. Future follow-up studies could deepen conclusions presented in this paper.

*Keywords: Alcohol use; cognitive abilities; academic performance; adolescents.*

### Resumen

La evidencia empírica ha mostrado las repercusiones negativas del consumo abusivo de alcohol sobre algunas funciones cognitivas y el rendimiento académico. El objetivo de este trabajo ha sido analizar en qué medida el consumo abusivo de alcohol afecta a determinadas habilidades cognitivas, así como al rendimiento académico de estudiantes de secundaria en función de su género. Participaron un total de 227 adolescentes, de entre 14 y 18 años. Se administraron varios cuestionarios para la evaluación del perfil adictivo de los sujetos, habilidades cognitivas y rendimiento académico. Los consumidores de riesgo mostraron un patrón de consumo de alcohol más grave. No se hallaron diferencias significativas en cuanto a las habilidades cognitivas, si bien los consumidores abusivos mostraron un peor rendimiento académico que los de bajo riesgo. No se encontraron diferencias en función del género para ninguna de las variables. Resultan necesarios futuros estudios longitudinales que profundicen en las conclusiones presentadas en este trabajo.

*Palabras clave: consumo alcohol; habilidades cognitivas; rendimiento académico; adolescentes.*

Correspondencia: José Luis Carballo Crespo  
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

Actualmente, el consumo de drogas es uno de los principales problemas de salud pública en España. Según el Plan Nacional sobre Drogas (2010), el 75% de los estudiantes de 14 a 18 años había probado el alcohol alguna vez, un 73.6% lo había consumido en el último año y el 63% en el último mes. Con respecto al consumo abusivo, un 58.8% de los estudiantes se había emborrachado alguna vez en la vida y el 35.6% lo había hecho en el último mes (36.4% chicos, 34.8% chicas). Si bien la proporción de consumidores actuales de alcohol se ha estabilizado con respecto a los últimos años, parece observarse una tendencia creciente entre los adolescentes a beber de forma más intensiva.

Esta situación se vuelve especialmente problemática teniendo en cuenta la etapa de pleno desarrollo físico, cognitivo y social en la que se encuentran los adolescentes. En este sentido, distintas variables como un entorno familiar consumidor o la presión ejercida por los pares, aumentan la vulnerabilidad de los adolescentes ante el consumo de alcohol (Londoño, 2010; Ruiz-Juan y Ruiz-Risueño, 2011).

Con respecto al plano cognitivo, las repercusiones negativas del uso abusivo de alcohol sobre la estructura y el funcionamiento del Sistema Nervioso Central han sido ampliamente demostradas. Distintos estudios han puesto de manifiesto la relación entre una ingesta abusiva de alcohol y déficits en determinadas áreas cerebrales, como el neocórtex, el hipocampo o los lóbulos frontales (Guerra y Pascual, 2010; Kalechstein y van Gorp, 2007; Maurage, et al., 2012; Moselhy, Georgiou, y Kahn, 2001; Pfefferbaum, Sullivan, Mathalon, y Lim, 1997).

Los cambios en estas áreas resultarían especialmente significativos debido a su relación con procesos como la memoria, el aprendizaje, la atención, la resolución de problemas, así como la organización de la conducta. De hecho, la mayoría de estudios comparativos entre consumidores y no consumidores han encontrado un peor rendimiento en consumidores abusivos en aquellas capacidades relacionadas con la memoria, la atención, las funciones ejecutivas y la fluidez verbal (Carballo, García, Jáuregui, y Sáez, 2009; Crego, et al., 2010; Gross, et al., 2011; Pitel, et al., 2008; Schreckenberger, et al., 2004; Parada, et al., 2011; Corcos, Phan, Nezelof, y Jeammot, 2005; Cortés Tomás, Espejo Tort, y Gimenez Costa, 2008; García-Moreno, et al., 2008; Harvey, Sellman, Porter, y Frampton, 2007; Indlekofer, et al., 2008; Pattij, Wiskerke, y Schoffelmeer, 2008; Sanhueza, García-Moreno, y Expósito, 2011). En este línea, cabe destacar que el abuso de alcohol podría interferir en el desarrollo de algunas de las capacidades básicas adquiridas durante la adolescencia, como la metacognición o el pensamiento abstracto (Cortés, et al., 2011).

El consumo abusivo de alcohol no sólo se ha relacionado con un déficit en las habilidades cognitivas, sino también con un peor rendimiento académico. A pesar de que existe una gran controversia en la literatura científica a la hora de determinar si

el consumo abusivo de alcohol sería una consecuencia, o por el contrario una causa, de un bajo rendimiento académico, los estudios realizados hasta el momento coinciden en otorgar un alto poder predictivo al abuso de alcohol, poniendo de manifiesto su gran impacto en las calificaciones escolares en comparación a otras variables contextuales (Caso y Hernández, 2007; Kovacs, et al., 2008; Mota, et al., 2010; Palacios y Andrade, 2007). Concretamente, en un estudio de seguimiento de 21 años realizado con adolescentes australianos, se encontró que el rendimiento académico evaluado a la edad de 14 años, predecía la aparición de trastornos derivados del abuso de alcohol en la adultez, mostrándose más vulnerables aquellos adolescentes con un peor rendimiento académico, y siendo esto independiente de otros factores individuales y familiares (Hayatbakhsh, Najman, Bor, Clavarino, y Alati, 2011).

La vulnerabilidad ante los efectos neurotóxicos de una ingesta abusiva de alcohol, además, podrían darse en diferente grado en función del género. En el caso de las mujeres, es importante considerar que, si bien presentan un patrón de consumo similar al de los hombres (Plan Nacional sobre Drogas, 2010), muestran por lo general unos mayores niveles de intoxicación etílica, algo explicado, en parte, por la diferente cantidad de agua corporal total (Kalant, 1971). De hecho, se han encontrado diferencias de género en muchos de los síntomas comúnmente evaluados en estudios sobre consumo problemático de alcohol (Nichol, Krueger, y Iacono, 2007), así como se ha observado un rendimiento cognitivo inferior en mujeres alcohólicas, incluso cuando la historia de abuso de éstas era menor que la de los hombres (Acker, 1985; Carey y Maisto, 1987; Crawford y Ryder, 1986; Hesselbrock, Weideman, y Reed, 1985).

En la línea de estos datos, en un estudio reciente en el que se comparaba la ejecución de chicos y chicas abusadores de alcohol en tareas de memoria espacial, se encontraron diferencias entre ambos géneros en la activación de los lóbulos frontal y temporal, así como en el cerebelo, mostrando las chicas una mayor vulnerabilidad ante los efectos neurotóxicos del alcohol y, como consecuencia, un peor rendimiento cognitivo (Squeglia, Schweinsburg, Pulido, y Tapert, 2011).

Dada la gran vulnerabilidad de la población adolescente ante el consumo de alcohol, y teniendo en cuenta las posibles diferencias en cuanto al impacto de éste entre chicos y chicas, el objetivo de este estudio es analizar las diferencias en habilidades cognitivas (percepción, atención y razonamiento) y rendimiento académico entre consumidores de alcohol de riesgo y de no riesgo en función del género. A su vez, se pretende analizar el perfil adictivo de los sujetos incluidos en el estudio.

## MÉTODO

### Participantes

En este estudio participaron un total de 246 adolescentes, seleccionados mediante muestreo intencional, de dos IES de la provincia de Alicante, de la cual se excluyeron finalmente a 19 sujetos (7,7%), debido a que no cumplimentaron correctamente los cuestionarios. De esta manera, la muestra definitiva se compuso de 227 adolescentes de edades comprendidas entre los 14 y los 18 años [edad media ( $DT$ )= 15.91 (0.95)], siendo un 45.4% mujeres ( $n=103$ ) y un 54.6% hombres ( $n = 124$ ). La edad de inicio del consumo de alcohol se situó en los 13,8 ( $DT=1,44$ ) años. Como criterio de inclusión en el estudio, se estableció únicamente que los participantes fueran estudiantes de los cursos 4ºESO o 1º Bachillerato y que accediesen a participar.

Los participantes fueron clasificados en distintos grupos según su nivel de consumo de alcohol: consumidores de riesgo ( $n = 92$ ) y consumidores de bajo riesgo ( $n = 135$ ). En este estudio, se entiende "consumo de riesgo" como la ingesta realizada en forma de atracón durante el último mes (al menos una vez), lo que supone el consumo de, al menos, 6 unidades de bebida estándar (UBs) en el caso de los chicos, y 4 UBs en el de las chicas, concentrándose este consumo durante una única ocasión (NIAAA, 2004).

### Instrumentos

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

*Consumo de alcohol y otras drogas*, recogido en un cuestionario basado en la encuesta ESTUDES del Plan Nacional sobre Drogas (Plan Nacional sobre Drogas, 2008). Se mide el nivel de consumo de alcohol semanal y mensual, así como se evalúa el consumo de tabaco y cannabis durante este mismo periodo. Además, se pregunta la cantidad de alcohol consumida en días laborables y fines de semana, evaluada en términos de unidades de bebida estándar (UBS).

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

*Rendimiento académico*. Se incluyeron dos ítems que medían el rendimiento en función de la nota media, cuyo rango de puntuación podía oscilar entre 0 y 10, y el número de las asignaturas suspendidas en el curso anterior.

Por otro lado, se han medido una serie de habilidades cognitivas utilizando varios tests psicotécnicos extraídos de un manual de este tipo de pruebas (Fernández Muñoz, 1998). A

diferencia de otros estudios en los que se aplican baterías de tests neuropsicológicos individuales, en esta investigación se utilizaron pruebas psicotécnicas que permiten su aplicación grupal. Además, las pruebas psicotécnicas son instrumentos científicos, utilizados en numerosos campos de intervención, que permiten discriminar y medir variables psicológicas, permitiendo constatar las aptitudes de una persona en el desempeño de una tarea determinada, por lo que no se mide el déficit si no la capacidad o habilidad. Se realizó una transformación lineal de las puntuaciones en una escala de 0 a 10 para que los resultados entre habilidades fuesen comparables.

- En primer lugar se utilizó un test de aptitud perceptiva, que cuenta con 14 ítems, y un límite de 1 minuto para su realización. Cada ítem contiene un número determinado de letras de igual tipología. Al sujeto se le presenta una letra para que, recurriendo al conjunto, cuente el número de veces que aparece ésta. El sujeto ha de seleccionar la opción correcta entre las cuatro alternativas que se le presentan.
- En segundo lugar se utilizó un test de aptitud atencional que consta de 14 ítems, con cuatro alternativas cada uno, y de 2 minutos para su realización. Al sujeto se le presentan una serie de cadenas de letras en las que debe hallar y contabilizar el número de veces que aparecen las siguientes letras: A, E, F, T. Además, tendrá que seleccionar una de las siguientes alternativas de respuesta: a) 4 o menos, b) entre 5 y 8, ambos inclusive, c) 9 y 12, ambos inclusive y d) el resto de casos.
- Por último para evaluar se utilizó la subescala de Razonamiento Abstracto DAT (Test de Aptitudes Diferenciales) (Bennett, Seashore, y Wesman, 2000), que consta de 32 ítems. Al sujeto se le presenta una serie de imágenes ordenadas consecutiva y lógicamente, y ha de inferir, de entre las alternativas presentadas, cuál es la que seguiría en la serie.

### Procedimiento

Se trata de una investigación descriptiva exploratoria, ya que aborda un nuevo método en la evaluación de habilidades cognitivas. La muestra de estudiantes fue seleccionada de los cursos 4º ESO y 1º Bachillerato de dos centros de Enseñanza Secundaria de la provincia de Alicante. Los cuestionarios fueron administrados en grupo en los propios centros en horario lectivo por personal entrenado para tal fin, habiendo recibido previamente los permisos pertinentes por parte de los directores de los institutos. Después de una breve exposición de los objetivos de la investigación, los estudiantes, que participaron voluntariamente y de forma anónima y confidencial, contestaron a los instrumentos siguiendo las instrucciones facilitadas. Los investigadores controlaban el tiempo en cada uno de los test psicotécnicos, pidiendo a los

estudiantes que parasen y cambiasen de prueba cada vez que finalizaba el tiempo de una. La duración total de la prueba fue de una hora.

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

### Análisis de los resultados

Los datos obtenidos se codificaron y analizaron mediante el programa IBM SPSS Statistics 20.0, para Windows. En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos en términos de medias y frecuencias; de este modo, se pudo identificar los dos grupos diferenciados de consumidores de alcohol (“consumidores de bajo riesgo” y “consumidores de riesgo”) y clasificarlos en función de su género y edad. Para estudiar las diferencias de frecuencias en variables no continuas, se utilizó la prueba chi-cuadrado, mientras que para el análisis de diferencias de medias en variables continuas normales, se empleó la prueba t de Student para muestras independientes. Para evaluar las diferencias de medias en los cuestionarios de habilidades cognitivas y rendimiento académico, teniendo en cuenta el género y el tipo de consumo, se realizó un análisis ANOVA de 2 factores. El nivel de confianza utilizado en la aplicación de las pruebas estadísticas fue del 95%.

## RESULTADOS

En primer lugar, se analizó el perfil adictivo de los jóvenes estudiantes y se evaluaron las posibles diferencias entre consumidores abusivos de alcohol y consumidores de bajo riesgo.

En la Tabla 1 se presenta el análisis diferencial del perfil adictivo entre los consumidores de bajo riesgo ( $n=135$ ) y consumidores de riesgo ( $n=92$ ). Este perfil adictivo se corresponde con cuatro variables: policonsumo (consumo de alcohol, tabaco y cannabis), cumplimiento de algún criterio de abuso o dependencia del DSM-IV-TR, consumo semanal de y consumo mensual de alcohol.

En cuanto al policonsumo, existe una diferencia significativa entre ambos tipos de consumidores. Se observa que el 58.7% de los consumidores de riesgo consumen dos o más sustancias, frente al 14.8% representado por los consumidores de bajo riesgo ( $\chi^2 = 47.948; p < .05$ ).

Por otro lado, en cuanto a los criterios de abuso, también se encuentran diferencias significativas entre los consumidores. Se observa que el 70.7% de los consumidores de riesgo cumplen algún criterio del DSM, mientras que solamente el 24.4% de los consumidores de bajo riesgo cumplen algún criterio ( $\chi^2 = 47.617; p < .05$ ).

Asimismo, se encontraron diferencias significativas en el consumo semanal y mensual de alcohol. En primer lugar, un 9.6% de los consumidores de bajo riesgo consumen semanalmente, frente al 40.2% de los consumidores de riesgo ( $\chi^2 = 29.806; p < .05$ ). Por otro lado, el 97.8% de los consumidores de riesgo afirmaron consumir alcohol al menos una vez al mes, frente al 28.9% de los consumidores de bajo riesgo ( $\chi^2 = 105.984; p < .05$ ).

Tabla 1. Diferencias en el perfil adictivo entre consumidores de bajo riesgo (CBR) y consumidores de riesgo (CR)

	CBR ( $n=135$ )	CR ( $n=92$ )	$\chi^2 (p)$
Policonsumo (%)	20 (14.8)	54 (58.7)	47.948(.00)*
Cumple algún criterio DSM-IV-TR (%)	33 (24.4)	65 (70.7)	47.617 (.00)*
Consumo semanal de alcohol (%)	13 (9.6)	37 (40.2)	29.806 (.00)*
Consumo mensual de alcohol (%)	39 (28.9)	90 (97.8)	105.984 (.00)*

\*Significativo para  $p < .05$

Con el objetivo de analizar las posibles diferencias en el perfil adictivo de chicos y chicas, se realizó una comparación de ambos grupos en las variables anteriormente comentadas. Como se puede apreciar en la Tabla 2, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los contrastes realizados.

Tabla 2. Diferencias en el perfil adictivo en función del género

	Hombres ( $n=124$ )	Mujeres ( $n=103$ )	$\chi^2 (p)$
Policonsumo (%)	38 (30.6)	36 (35)	0.475 (.491)
Cumple criterios Abuso DSM (%)	57 (46)	41 (39.8)	0.871 (.351)
Consumo semanal de alcohol (%)	25 (20.2)	25 (24.3)	0.554 (.45)
Consumo mensual de alcohol (%)	72 (58.1)	57 (55.3)	1.17 (.68)

En la Tabla 3 se presenta la comparación en rendimiento cognitivo y rendimiento académico entre los consumidores de riesgo y los de bajo riesgo en función del género. Como se muestra en la tabla, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los tests de habilidades cognitivas aplicados, ni en función del consumo o género, ni cuando estas dos variables se combinaron. No obstante, se obtuvieron diferencias significativas en cuanto a las asignaturas suspendidas ( $F = 4.39; p < .05$ ) entre los diferentes tipos de consumidores.

Tabla 3. Diferencias de medias (*DT*) en habilidades cognitivas y rendimiento académico en función del género y el consumo de alcohol.

	CBR <i>n</i> = 111	CR <i>n</i> = 79	<i>F</i>		
			Consumo (C)	Género (G)	CxG
<i>Aptitud perceptiva</i>					
Hombres	3.98 (0.89)	4.34 (1.10)	1.36	.21	1.86
Mujeres	4.11 (0.75)	4.08 (1)			
<i>Aptitud Atención</i>					
Hombres	3.63 (1.89)	3.82 (1.45)	.00	.26	.68
Mujeres	3.7 (1.14)	3.51 (1.45)			
<i>Razonamiento abstracto</i>					
Hombres	4.69 (2.11)	4.24 (2.09)	.57	3.03	.58
Mujeres	3.96 (1.81)	3.96 (1.8)			
<i>Nota media del curso</i>					
Hombres	6.41 (1.74)	5.93 (1.95)	.68	.50	.96
Mujeres	6.34 (1.76)	6.38 (1.74)			
<i>Asignaturas suspendidas</i>					
Hombres	1.06 (1.89)	1.56 (2.19)	4.39*	.16	.15
Mujeres	0.83 (1.32)	1.55 (2.44)			

\*Significativo para  $p < .05$ 

NOTA: Se realizó una transformación lineal de las puntuaciones de los test psicotécnicos en una escala de 0 a 10 para que estas fueran comparables entre sí

## DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio es analizar las diferencias en habilidades cognitivas (percepción, atención y razonamiento) y rendimiento académico entre consumidores de alcohol de riesgo y de no riesgo en función del género. Los resultados de este trabajo se deben tomar con cautela dado el tamaño muestral y la representatividad de la misma.

En lo referente al perfil adictivo de los estudiantes, como cabría esperar, se encontró que el grupo de consumidores de riesgo presentaba un mayor porcentaje de policonsumo, así como un mayor cumplimiento de algún criterio de abuso o dependencia del DSM\_IV-TR. Por otro lado, tal y como muestran otros estudios, se ha encontrado que el consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo para el consumo de alcohol (Ruiz-Juan y Ruiz-Risueño, 2011), lo que podría justificar los mayores niveles de policonsumo entre el grupo de riesgo. Además, se observó que este grupo también presentaba un mayor porcentaje de consumo semanal y mensual de alcohol con respecto al grupo de bajo riesgo. Por lo tanto en términos de frecuencia también existen diferencias. En relación al perfil adictivo de los adolescentes en función del género, no se encontraron diferencias significativas para ninguna de las

variables, lo que indicaría un patrón de consumo similar entre los chicos y chicas evaluados, tal y como muestran los últimos datos de la encuesta ESTUDES del Plan Nacional Sobre Drogas (2010) en relación al consumo de alcohol y tabaco. Asimismo, tampoco se encontró un perfil diferencial en cuanto a los grupos de edad de los participantes.

Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas entre grupos en cuanto a su rendimiento cognitivo en ninguno de los contrastes realizados. Teniendo en cuenta que la media de inicio para el consumo de alcohol en adolescentes españoles se sitúa en los 13 años (Plan Nacional sobre Drogas, 2010), al igual que en esta investigación, y que, en este estudio, la media de edad de los sujetos fue de 15 años, los resultados hallados podrían deberse a que la muestra lleva poco tiempo consumiendo, por lo que, quizá, los efectos que el alcohol podría tener sobre el rendimiento cognitivo de ambos grupos no parecen presentarse aún a esta edad.

En relación al rendimiento académico de los alumnos, el grupo de riesgo mostró peores puntuaciones que el de bajo riesgo, traducido en un mayor número de asignaturas suspendidas. De esta forma, y como se ha mostrado en otras investigaciones, el consumo de alcohol a edades tempranas

podría afectar al rendimiento escolar, así como podría producir un mayor absentismo y una menor implicación en actividades académicas (Thomas y Hsiu, 1993; Svobodny, 1982; Carrasco, Barriga, y León, 2004; Kovacs, 2008; Palacios y Andrade, 2007). Sin embargo, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en función del género de los participantes.

Este estudio ha contado con una serie de limitaciones que deberían tenerse en cuenta de cara a futuras investigaciones. En primer lugar, sería conveniente realizar un seguimiento de los sujetos evaluados para poder observar la evolución del rendimiento y consumo de los sujetos, y determinar así a qué edad comienza a presentarse un peor rendimiento. Los estudios de seguimiento que se han realizado en este campo constatan un peor rendimiento cognitivo entre los sujetos con un consumo problemático a lo largo de los años (Gross, et al., 2011; Parada, et al., 2011). En segundo lugar, sería conveniente contar un mayor tamaño muestral y una muestra representativa que permita la generalización de los resultados. En tercer lugar, sería recomendable redefinir o mejorar los instrumentos de evaluación de habilidades cognitivas para la población concreta con la que se está trabajando. En este sentido, parece necesario el uso de herramientas específicamente diseñadas que permitan detectar los deterioros cognitivos que se producen a estas edades en los adolescentes, tal y como proponen diversos autores (Szczebak y Glisky, 2011). En cualquier caso, el uso de test psicotécnicos aplicado a este campo de estudio puede tener interés si éstos son validados para trabajar con adolescentes consumidores, puesto que son una forma de poder realizar estos estudios en muestras amplias al mismo tiempo. Asimismo, resulta necesario también un análisis más profundo de las posibles diferencias asociadas al género. Por último, se deben desatacar las limitaciones propias de los autoinformes que se utilizan para evaluar el consumo de sustancias (p. ej., la deseabilidad social).

En conclusión, y teniendo en cuenta las limitaciones, estos resultados indican unas mayores repercusiones a nivel psicosocial que en lo referente al rendimiento cognitivo entre los adolescentes que realizan un consumo de riesgo del alcohol en la muestra evaluada. Resultan necesarios futuros estudios que evalúen el impacto del consumo abusivo de alcohol sobre las habilidades cognitivas de los adolescentes, con el objetivo de poder determinar a qué edad comienzan a darse estos déficits, y de esta forma poder diseñar estrategias de prevención que retarden el inicio del consumo, puesto que el inicio temprano del consumo de alcohol aumenta la probabilidad de que los sujetos desarrollen problemas y trastornos relacionados con su uso (Hernández López, et al., 2009).

### Agradecimientos

Este trabajo ha sido financiado en las convocatorias de proyectos de investigación BANCAJA-UMH (Convocatoria 2010) y Convocatoria para grupos de investigación emergentes de la Conselleria de Educación Valenciana (ref. GV/2011/013).

### REFERENCIAS

- Acker, C. (1985). Performance of female alcoholics on neuropsychological testing. *Alcohol and Alcoholism*, 20, 379-386.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR (Text Revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bennett, G. K., Seashore, H. G., y Wesman, A. G. (2000). *Test de Aptitudes Diferenciales (DAT-5). Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Canino, G., Bravo, M., Ramirez, R., Febo, V. E., Rubio-Stipec, M., Fernandez, R. L., y Hasin, H. (1999). The Spanish Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS): reliability and concordance with clinical diagnoses in a Hispanic population. *Journal on Studies of Alcohol*, 60(6), 790-799.
- Carballo, J. L., García, G., Jáuregui, V., y Sáez, A. (2009). Diferencias en habilidades cognitivas entre jóvenes universitarias consumidoras de alcohol. *Salud y Drogas*, 9(1), 79-92.
- Carey, K. B., y Maisto, S. A. (1987). Effect of a change in drinking pattern on the cognitive function of female social drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 4, 236-242.
- Carrasco, A. M., Barriga, S., y León, J. M. (2004). Consumo de alcohol y factores relacionados con el contexto escolar en adolescentes. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 9(2), 205-226.
- Caso, J., y Hernández, L. (2007). Variables que inciden en el rendimiento académico de adolescentes mexicanos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), 487-501.
- Corcus, M., Phan, O., Nezelof, S., y Jeammet, P. (2005). Psychopathology of the cannabis user teenager. *La Revue du Praticien*, 55(1), 35-40.
- Cortés, M. T., Espejo Tort, B., y Gimenez Costa, J. A. (2008). Cognitive aspects of binge drinking. *Psicothema*, 20(3), 396-402.
- Cortés, M.T., Espejo, B., Giménez, J.A., Luque, L., Gómez, R., y Motos, P. (2011). Creencias asociadas al consumo intensivo de alcohol entre adolescentes. *Salud y Drogas*, 11(2), 179-202.
- Crawford, S., y Ryder, D. (1986). A study of sex differences in cognitive impairment in alcoholics using traditional and computerbased test. *Drug and Alcohol Dependence*, 18, 369-375.
- Crego, A., Rodríguez-Holguín, S., Parada, M., Mota, N., Corral, M., y Cadaveira, F. (2010). Reduced anterior prefrontal cortex activation in young binge drinkers during a visual working memory task. *Drug and Alcohol Dependence*, 109, 45-56.
- Fernández Muñoz, Á. (1998). *Pruebas Psicotécnicas*. Madrid: Centro de Estudios Financieros.
- García-Moreno, L. M., Expósito, J., Sanhuesa, C., y Angulo, M. T. (2008). Prefrontal activity and weekend alcoholism in the young. *Adicciones*, 20(3), 271-279.
- Gross, A., Rebok, G., Ford, D., Chu, A., Gallo, J., Liang, K.,... Klag, M. (2011). Alcohol consumption and domain-specific cognitive function in older adults: longitudinal data from the Johns Hopkins Precursors Study. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66B(1), 39-47. doi: 10.1093/geronb/gbq062
- Guerri, C., y Pascual, M. (2010). Mechanisms involved in the neurotoxic, cognitive, and neurobehavioral effects of alcohol consumption during adolescence. *Alcohol*, 44, 15-26.
- Harvey, M. A., Sellman, J. D., Porter, R. J., y Frampton, C. M. (2007). The relationship between non-acute adolescent cannabis use and cognition. *Drug Alcohol Review*, 26(3), 309-319. doi: 10.1080/09595230701247772
- Hayatbakhsh, M. R., Najman, J. M., Bor, W., Clavarino, A., y Alati, R. (2011). School performance and alcohol use problems in early adulthood: a longitudinal study. *Alcohol Journal*, 45(7), 701-709.
- Hernández López, T., Roldán Fernández, J., Jiménez Frutos, A., Mora Rodríguez, C., Escarpa, D., y Pérez Álvarez, M. T. (2009). La edad de

- inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 199-212.
- Hesselbrock, M. N., Weideman, M. A., y Reed, H. B. B. (1985). Effect of age, sex, drinking history and antisocial personality on neuropsychology of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 313-320.
- Indlekofer, F., Piechatzek, M., Daamen, M., Glasmacher, C., Lieb, R., Pfister, H., ... Schutz, C. G. (2008). Reduced memory and attention performance in a population-based sample of young adults with a moderate lifetime use of cannabis, ecstasy and alcohol. *Journal of Psychopharmacology*, 23(5), 495-509. doi: 10.1177/0269881108091076
- Kalant, H. (1971). Absorption, diffusion, distribution and elimination of ethanol: effects on biological membranes. En B. Kissin y H. Begleiter (Eds.), *The biology of alcoholism. Biochemistry* (Vol 1, pp.1-62). New York: Plenum Publishing Corp.
- Kalechstein, A., y van Gorp, W. G. (2007). *Neuropsychology and Substance Use. State of the art and Future directions*. New York and London: Taylor and Francis.
- Kovacs, F. M., Gil, M. T., Gestoso, M., López, J., Mufraggi, N., y Palou, P. (2008). Relación entre hábitos de vida y calificaciones escolares en adolescentes. *Apunts: Medicina de l'esport*, 43(160), 181-188.
- Londoño, C. (2010). Resistencia de la presión de grupo, creencias acerca del consumo y consumo de alcohol en universitarios. *Anales de Psicología*, 26(1), 27-33.
- Maurage, P., Joassin, F., Speth, A., Modave, J., Philippot, P, y Campanella, S. (2012). Cerebral effects of binge drinking: Respective influences of global alcohol intake and consumption pattern. *Clinical Neurophysiology*, 123, 892-901.
- Moselhy, H. F., Georgiou, G., y Kahn, A. (2001). Frontal lobe changes in alcoholism: A review of the literature. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 357-368.
- Mota, N., Álvarez, R. M., Corral, M., Rodríguez-Holguín, S., Parada, M., Crego, A., ..., Cadaveira Mahía, F. (2010). Risky alcohol use and heavy episodic drinking among Spanish University students: a two-year follow-up. *Gaceta Sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, 24(5), 372-377.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism -NIAAA- (2004). *Council Approves Definition of Binge Drinking. NIAAA Newsletter*, Winter (3), 3.
- Nichol, P. E., Krueger, R. F., y Iacono, W. G. (2007). Investigating gender differences in alcohol problems: A latent trait modeling approach. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31, 783-794. doi: 10.1111/j.1530-0277.2007.00375.x
- Palacios, J. R., y Andrade, P. (2007). Desempeño académico y conductas de riesgo en adolescentes. *Revista de Educación y Desarrollo*, 7, 5-16.
- Parada, M., Corral, M., Mota, N., Crego, A., Rodríguez-Holguín, S., y Cadaveira, F. (2011). Executive functioning and alcohol binge drinking in university students. *Addictive Behaviors*, 37(2), 167-172. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.09.015
- Pattij, T., Wiskerke, J. y Schoffeleer, A. N. (2008). Cannabinoid modulation of executive functions. *European Journal of Pharmacology*, 585(2-3), 458-463. doi: 10.1016/j.ejphar.2008.02.099
- Pfefferbaum, M. A., Sullivan, E. V., Mathalon, D. H., y Lim, K. O. (1997). Frontal lobe volume loss observed with magnetic resonance imaging in older chronic alcoholics. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 21, 521-529.
- Pitel, A. L., Beaulieu, H., Witkowski, T., Vabret, F., de la Sayette, V., Viader, F., ... Eustache, F. (2008). Episodic and working memory deficits in alcoholic Korsakoff patients: the continuity theory revisited. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 32(7), 1229-1241. doi: 10.1111/j.1530-0277.2008.00677.x
- Plan Nacional sobre Drogas (2010). *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES)*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Ruiz Juan, F., y Ruiz-Risueño, A. (2011). Variables predictoras de consumo de alcohol entre adolescentes españoles. *Anales de Psicología*, 27(2), 350-359.
- Sanhueza, C., García-Moreno, L.M., y Expósito, J. (2011). Weekend alcoholism in youth and neurocognitive aging. *Psicothema*, 23(2), 209-214.
- Schreckenberger, M., Amberg, R., Scheurich, A., Lechmann, M., Tichy, W., y Klega, A. (2004). Acute alcohol effects on neuronal and attentional processing: Striatal reward system and inhibitory sensory interactions under acute ethanol challenge. *Neuropsychopharmacology*, 29, 1527-1537. doi: 10.1038/sj.npp.1300453
- Squeglia, L. M., Schweinsburg, A. D., Pulido, C., y Tapert, S. F. (2011). Adolescent binge drinking linked to abnormal spatial working memory brain activation: differential gender effects. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 35(10), 1831-1841. doi: 10.1111/j.1530-0277.2011.01527.x
- Svobodny, L.A. (1982). Biographical self-concept and educational factors among chemically dependent adolescents. *Adolescence*, 17, 847-853.
- Szczebak, M., y Glisky, M. (2011). The Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS) in Assessing Cognitive Deficits in Chronic Heavy Alcohol Consumers. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 26(6), 494-494.
- Thomas, B. (1993). Drug use in a small Midwestern community and relationships to selected characteristics. *Journal of Drug Education*, 23(3), 247-258.
- York, J. L., y Welte, J. W. (1994). Gender comparisons of alcohol consumption in alcoholic and nonalcoholic populations. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 743-750.