

Health and Addictions

Salud y Drogas

DIRECTOR

José A. García del Castillo Rodríguez
Universidad Miguel Hernández

SECRETARIO

Daniel Lloret Irlés
Universidad Miguel Hernández

JEFE DE REDACCIÓN

José Pedro Espada Sánchez
Universidad Miguel Hernández

SECRETARÍA TÉCNICA

M^a del Carmen Segura Díez
José Luis Carballo Crespo
Álvaro García del Castillo-López
Mónica Gázquez Pertusa
Universidad Miguel Hernández

CONSEJO EDITORIAL

Julia Aguilar Serrano
*Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las
Drogodependencias (España)*

Javier Aizpiri Díaz
Medicina Psicoorgánica de Vizcaya (España)

Ramón Bayés Sopena
Universidad Autónoma de Barcelona (España)

Elisardo Becoña Iglesias
Universidad de Santiago de Compostela (España)

Juan V. Beneit Montesinos
Universidad Complutense de Madrid (España)

Julio Bobes García
Universidad de Oviedo (España)

Gilbert J. Botvin
Weill Medical College Cornell Univ. (USA)

Gregor Burkhart
Observatorio Europeo sobre Drogas (Portugal)

Guillermo A. Castaño Pérez
Fundación Universitaria Luis Amigó, (Colombia)

Joao Castel-Branco Goulao
Instituto da Droga e da Toxicodependência (Portugal)

Enrique Echeburúa Odrizola
Universidad del País Vasco (España)

José R. Fernández Hermida
Universidad de Oviedo (España)

Eliot L. Gardner
Albert Einstein College of Medicine (USA)

Kenneth W. Griffin
Weill Medical College Cornell Univ. (USA)

Consuelo Guerri Sirera
*Instituto de Investigaciones Citológicas de Valencia
(España)*

Tania B. Huedo-Medina
University of Connecticut (USA)

Blair T. Johnson
University of Connecticut (USA)

Carl G. Leukefeld
University of Kentucky (USA)

Juan J. Llopis Llacer
Universidad Jaume I de Castellón (España)

Carmen López Sánchez
Universidad de Alicante (España)

Rafael Maldonado
Universidad Pompeu Fabra (España)

Gerardo Marín
University of San Francisco (USA)

Xavier Méndez Carrillo
Universidad de Murcia (España)

Luis Montesinos
Montclair State University (USA)

Rafael Nájera Morondo
Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA (España)

Francisco Pascual Pastor
Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana (España)

Jesús A. Pérez de Arróspide
Fundación Vivir sin Drogas (España)

Bartolomé Pérez Gálvez
Hospital Universitario de Sant Joan d'Alacant (España)

Juan Preciado
City University of New York (USA)

Alain Rochon
Régie Régionale de L'Estrie (Canadá)

Fernando Rodríguez de Fonseca
Universidad Complutense de Madrid (España)

Jesús Rodríguez Marín
Universidad Miguel Hernández (España)

Javier Ruiz Fernández
Ayuntamiento de Portugalete (España)

Manuel Sanchís Fortea
Hospital Psiquiátrico de Bétera (España)

Roberto Secades Villa
Universidad de Oviedo (España)

Merrill Singer
Hispanic Health Council (USA)

Linda C. Sobell
Nova Southeastern University de Florida (USA)

Mark B. Sobell
Nova Southeastern University de Florida (USA)

Steve Sussman
University of Southern California (USA)

Sofía Tomás Dols
*Directora General de Drogodependencias
Conselleria de Sanitat (España)*

Miguel A. Torres Hernández
Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana (España)

Objetivos

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

En este sentido, *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 en versión impresa y electrónica, siendo la versión electrónica idéntica a la impresa.

Idioma

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

Separatas

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

Copyright y permisos

Los derechos de impresión y de reproducción por cualquier forma y medio son *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.

Papel

Health and Addictions / Salud y Drogas se imprime en papel libre de cloro.

Indexada en

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

Dirección Postal

Instituto de Investigación de Drogodependencias.

Universidad Miguel Hernández

Ctra. de Valencia s/n

03550 San Joan d'Alacant ALICANTE (España)

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

Web: www.haaj.org

ISSN: 1578-5319

Depósito legal: MU-1305-2001

Edita: Instituto de Investigación de Drogodependencias.

ÍNDICE

1. EDITORIAL5

2. ORIGINALES

Consumo de alcohol juvenil: una visión desde diferentes colectivos.
José Antonio Giménez Costa, M^a Teresa Cortés Tomás
y Begoña Espejo Tort13

Validación española del Drug Abuse Screening Test (DAST-20 y DAST-10).
Bartolomé Pérez Gálvez, Lorena García Fernández, M^a Pura de Vicente
Manzanaro, M^a Angustias Oliveras Valenzuela y Manuel Lahoz Lafuente35

Prevención de salón en España durante la dictadura de Primo de Rivera. La Asociación contra la Toxicomanía (1926-1931).
Juan Carlos Usó Arnal51

Construcción de un modelo de riesgo en el consumo de alcohol y otras sustancias ilícitas en adolescentes estudiantes de Bachillerato.
Marisol Pérez Ramos y Emilia Lucio-Gómez Maqueo79

Depressive symptomatology in smokers with personality disorders who participated in a psychological treatment programme for smoking cessation.
Elena Fernández del Río, Ana López y Elisardo Becoña97

Patrones de uso y búsqueda de información sobre adicciones en Internet.
M^a del Carmen Segura Díez, José A. García del Castillo
y Carmen López-Sánchez.....111

INDEX

1. EDITORIAL5

2. ORIGINALS

Juvenile alcohol consumption: a vision from different collective.

José Antonio Giménez Costa, M^a Teresa Cortés Tomás

& Begoña Espejo Tort.13

Spanish validation of the Drug Abuse Screening Test (DAST-20 and DAST-10).

Bartolomé Pérez Gálvez, Lorena García Fernández, M^a Pura de Vicente

Manzanaro, M^a Angustias Oliveras Valenzuela & Manuel Lahoz Lafuente . . .35

Prevention during the spanish dictatorship of primo de rivera

Association against drugaddiction (1926-1931).

Juan Carlos Usó Arnal.51

Construction of a model of risk in the alcohol consumption and other illicit substances in adolescent students of baccalaureate.

Marisol Pérez Ramos & Emilia Lucio-Gómez Maqueo79

Depressive symptomatology in smokers with personality disorders who participated in a psychological treatment programme for smoking cessation.

Elena Fernández del Río, Ana López & Elisardo Becoña97

Patterns of use and search of information about addictions in Internet.

M^a del Carmen Segura Díez, José A. García del Castillo

& Carmen López-Sánchez.111

EDITORIAL

ADOLESCENCIA Y PERCEPCIÓN DE RIESGO

Sería difícil delimitar qué cantidad de riesgos comunes corremos a lo largo de un día cualquiera en nuestras vidas, con independencia de que vayamos buscando peligros de una forma voluntaria. Bromeamos con el hecho de que todos estamos expuestos por igual a sufrir accidentes cotidianos, que nos caiga una maceta desde un balcón cuando paseamos por una calle y nos abra en dos la cabeza; que resbalemos con una cáscara de plátano y nos partamos la columna vertebral o nos desniquemos; que falle el diferencial de nuestra casa cuando nos estamos dando un plácido baño mientras se desliza maliciosamente el transistor enchufado a la red eléctrica y nos quedemos pajaritos, o simplemente que nos parta un rayo. Pero la verdad es que todas estas situaciones se deban más a la ficción que a la realidad, ya que por probabilidades es casi imposible que seamos los elegidos para morir de alguna de estas formas.

Nuestro equilibrio emocional es uno de los encargados de regular acertadamente una vida sin sobresaltos continuos, porque sería invivible el estar pensando a cada minuto que podemos morir de un infarto, de un ictus o de un cáncer, sin venir a cuento. Quienes padecen un desequilibrio en este sentido, los llamados hipocondriacos, saben perfectamente lo que es malvivir en un estado constante de preocupación por su salud. Enfrentarse a circunstancias que nos demuestren nuestra capacidad de arrostrar, consiguen afianzarnos como valientes ante las adversidades y aumentar en muchos grados la cantidad de adrenalina que se reflejará en nosotros como un auténtico subidón. Experimentar esa sensación es la que nos lleva a buscar situaciones difíciles pero controladas, como ver cómodamente una película de terror, en la que vivimos angustias y pánico ajeno desde la cómoda butaca del cine.

Buscar sensaciones fuertes es algo inherente a la propia naturaleza, sobre todo en algunas etapas de nuestra vida. Por ello los adolescentes se embarcan en muchas aventuras de alto riesgo que encienden su motivación de una manera explosiva e incendiaria. Probar una sustancia nueva para ellos, que además le anuncian como una bomba que

les proporcionará placeres indescriptibles, es una tentación demasiado potente como para resistirse a ella, minimizando cualquier riesgo o peligro; o enzarzarse en una trifulca de las que no viene a cuento por el placer de sentir en sus entrañas la revolución, a pesar de que puedan salir con una costilla rota o la mandíbula fuera de sitio; o practicar sexo a la brava sin ningún tipo de protección; o conducir un coche a la máxima velocidad. Cualquiera de estas coyunturas hace que la satisfacción percibida del adolescente aumente significativamente y lo encumbre a un estado de felicidad mayor.

El control del peligro se vuelve subjetivo para los jóvenes bajo una creencia consistente para ellos en pensar que si algo sale mal no será en su caso sino en el caso de los demás. Es como si estuvieran protegidos por un halo mágico. Esta percepción tan potente de supremacía se sustenta, entre otras cosas, porque su estado de salud y fortaleza física está en su punto más alto, lo que proporciona una seguridad relativa que los impulsa hacia la búsqueda de la emoción. De ahí que la gran mayoría de los mensajes de miedo que reciben del mundo adulto les hagan afianzarse aun más en su falsa creencia de seres todopoderosos. Si les decimos que fumar mata, o que beber alcohol les impedirá ser unos buenos deportistas, o que fumar porros los sumirá en un submundo de motivación pobre, y sobreviven a todos esos comportamientos sin pena ni gloria, como es de esperar, el mensaje pierde toda la credibilidad, así como las futuras advertencias.

Hay algunos problemas añadidos a esta certidumbre anterior, que se centra en las paradojas sociales que se generan en torno a las drogas socialmente aceptadas. Podemos estar predicando las maldades de sustancias como el tabaco o el alcohol, y los adolescentes estar viviendo unas realidades muy diferentes en sus respectivos contextos sociales. Si partimos de una sociedad en la que la tasa media de alcohol ronda los 9 o 10 litros por habitante y año, la probabilidad de que en cualquier familia española se beba alcohol es muy alta. Si el adulto de referencia es fumador y/o bebedor el poder de influencia y credibilidad en cuanto a estas cuestiones se ve mermado significativamente. La tendencia del joven es la de asumir, por pura coherencia, que estos comportamientos adultos están absolutamente normalizados en nuestra sociedad, como así es.

Las drogas ilegales tienen otra visión, aunque ganan terreno por especulaciones sociales de distinta índole. Los derivados del cannabis se normalizan socialmente día a día y pierden la connotación de droga peligrosa, todo gracias a determinados movimientos pro canábicos que estimulan cada vez más su consumo de corte terapéutico, aumentando apológicamente el consumo recreativo. La visión de los jóvenes se normaliza en consecuencia, sintiéndose decepcionados e incrédulos por mensajes de miedo hacia su uso cuando tienen el mensaje contrario a su alcance.

Cuando tratamos y articulamos argumentos con otras drogas que cuentan con un historial mucho más enfatizado de peligroso, como es el caso de la cocaína y/o la heroína, el panorama cambia sustancialmente. Podemos inducir mensajes de miedo a su consumo mucho más eficaces, dado que las consecuencias que se perciben de estas sustancias son mucho más contundentes y menos contradictorias que las anteriores. De hecho se asume mejor que la heroína mata frente a que el tabaco mata, cuando una y la otra mata en cualquier caso, pero la forma de percibirlo es singularmente diferente.

En el ámbito preventivo, seguimos intentando aumentar la percepción de riesgo de los jóvenes, aun sabiendo que los argumentos a los que podemos recurrir para ello tienen esa doble lectura y ese doble efecto. En la práctica parecen mucho más efectivos los mensajes de riesgo social y auto imagen frente a los de riesgo de salud. La importancia que el adolescente imprime hacia sus relaciones interpersonales consigue que se fortalezcan realidades mucho más al alcance de sus evidencias diarias, cuestiones tan simples como el mal olor, el envejecimiento prematuro de la piel, en el caso de fumar; el sentirse rechazado por su grupo de amigos por no estar a la altura de las circunstancias que él piensa que le marcan los demás, o el tener certeza de que está engordando más de la cuenta, en el caso de ingerir alcohol. Surte un efecto relativo y más amortiguado, la presión social que se llega a ejercer hacia fumar o beber, e incluso el supuesto castigo paterno que le pueda caer encima, como consecuencia del consumo.

La variable edad es la que marca un antes y un después en la percepción de riesgo. Con el paso del tiempo vamos comprobando que nuestro cuerpo zozobra, que lo que antes hacíamos sin pestañear

ahora nos cuesta un mundo, que nos empiece a fallar la vista, la memoria y otras muchas cualidades, entrando en una nueva dimensión de calibración del peligro, convirtiéndonos en mucho más cautos y precavidos, aprendiendo a amortiguar las emociones mediante sistemas menos arriesgados. La edad es un grado, atempera los impulsos, frena y mitiga la búsqueda de nuevas sensaciones, y convierte a la prudencia en un patrón de conducta firme y consistente.

José A. García del Castillo

Director de la Revista Health and Addictions

ORIGINALES

CONSUMO DE ALCOHOL JUVENIL: UNA VISIÓN DESDE DIFERENTES COLECTIVOS

José Antonio Giménez Costa¹, M^a Teresa Cortés Tomás²
y Begoña Espejo Tort³

¹(Dep. Psicología Básica. Universitat de València),

²(Dep. Psicología Básica. Universitat de València) y ³(Dep. Metodología de
las Ciencias del Comportamiento. Universitat de València)

(Received / Recibido: 24 / 12 / 2009 - Accepted / Aceptado: 17 / 02 / 2010)

RESUMEN:

En este trabajo se estudian diferentes colectivos relacionados con el botellón evaluando su acercamiento a la realidad de este fenómeno e identificando sus necesidades de intervención. Se ha preguntado a 4083 jóvenes (14-25 años), 212 padres y 63 policías de Valencia qué entienden por botellón, las consecuencias asociadas al mismo, y las alternativas que piensan que paliarían este fenómeno. Policías y jóvenes aluden principalmente a consumir alcohol con amigos. Policías y padres destacan las consecuencias sociales negativas del consumo juvenil, mientras los jóvenes ven consecuencias positivas (socialización) y no lo asocian con problemas personales o de rendimiento. Las alternativas propuestas por policías son bajar los precios del alcohol y habilitar botellódromos, que no solucionaría el consumo juvenil excesivo, y un tipo de ocio alternativo poco valorado por los jóvenes. Las propuestas de los padres trasladan su responsabilidad a la administración, escuela, etc., y junto con los policías proponen informar más a los jóvenes sobre el alcohol. Sin embargo, los tres colectivos deberían acceder a dicha información y tomar conciencia de las consecuencias bio-psico-sociales del consumo. Además, con los

Correspondencia

Maite Cortés Tomás

Departamento de Psicología Básica. Facultad de Psicología.

Avda Blasco Ibañez, 21. 46010 Valencia

Email: cortesm@uv.es

padres hay que trabajar su nivel de conciencia, ya que son uno de los determinantes directos del inicio y mantenimiento del consumo.

Palabras clave: botellón, consumo de alcohol juvenil en atracón, jóvenes, padres, policías

ABSTRACT

In this paper, we study various groups related to the “botellón” evaluating its approach to the reality of this phenomenon and identifying their needs for intervention. Has been interviewed 4083 young people (14-25 years), 212 parents and 63 policemen from Valencia about what they mean by “botellón”, the consequences associated with it, and the alternatives they think reduce this phenomenon. Police and youth refers mainly to the alcohol consume with friends. Police and parents highlighted the negative social consequences of teenage consumption, while young people see positive consequences (socialization) and no association with performance or personal problems. The alternatives proposed by police are lower alcohol prices and to enable botellódromos, that would not solve youth excessive consumption, and a type of alternative leisure undervalued by young people. The proposals from the parents transfer their responsibility to the administration, school, etc. and together with the policemen intend to increase youth alcohol knowledge. However, the three groups should have access to this information and become aware of the bio-psycho-social consequences of this consumption. In addition, parents have to work their level of consciousness, because they are one of the direct determinants of onset and duration of consumption.

Keywords: *botellón*, youth binge drinking, youth, parents, police

INTRODUCCION

A pesar de reconocer la existencia de un consumo de alcohol en muchos de los jóvenes que realizan botellón, continúa primando una imagen del mismo basada en la información ofrecida por los medios de comunicación, quedando en un segundo plano los resultados derivados de la investigación científica. Por este motivo, se identifica el botellón principalmente con quejas vecinales por ruido y suciedad, lo que da lugar a la puesta en práctica de intervenciones encaminadas específica-

mente a reducir este tipo de consecuencias (presión policial, desarrollo de ordenanzas municipales, habilitación de zonas de consumo alejadas de los espacios habitados, propuestas de ocio alternativo, etc.). Sin embargo, ninguna de estas intervenciones ha resultado claramente efectiva frente a esta conducta, más bien han motivado cambios en el modo de realizarlo. Por ejemplo, el aumento de la presión policial y de limpieza y baldeo en algunas de las zonas donde se lleva a cabo esta práctica ha favorecido que se realice en escenarios más privados, así como la disgregación o el desplazamiento de los grupos de jóvenes de un lugar a otro. Asimismo, intentar sustituir el botellón, que incluye hábitos de ocio y de consumo, por la realización de actividades puntuales discontinuas (la mayoría de ellas carentes de contenido preventivo), son medidas de escasa efectividad.

Todo ello muestra la necesidad de superar este enfoque reduccionista centrado en aspectos sociales con el que mayormente se ha prestado atención a este fenómeno, para atender también al problema de salud derivado del consumo de alcohol y su repercusión entre los jóvenes (Aguilera, 2002; Aguinaga y Comas, 1997; Alternativajoven, 2006a, 2006b; Baigorri, Fernández y GIESyT, 2004; Baigorri y cols., 2004; Borrás, 2004; Comas, 2003; Cortes, 2006; Cortés, Espejo y Giménez, 2007, 2008, 2009; Cortés, Espejo, Martín del Río y Gómez, en prensa; Díaz y cols., 2009; Elzo, Laespada y Pallarés, 2003; GIESyT, 2001; Gómez-Fraguela, Fernández-Pérez, y Rodríguez-Lestegás, 2006; Gómez-Fraguela, Fernández, Romero y Luengo, 2008; Navarrete, 2004; Navarrete y Rego, 2004; Sánchez y Rubio, 2001).

Desde esta nueva perspectiva se ha prestado especial atención al patrón de consumo que realizan los jóvenes (entre 14 y 25 años) durante el botellón, así como a las consecuencias de dicho consumo. Los estudios sobre este patrón han permitido identificar a un amplio porcentaje de consumidores en forma de atracón o *binge drinking* –Alternativajoven, 2006a, 2006b; Cortés, 2005, 2006, 2008, 2009; Cortés, Espejo y Giménez, 2007, 2008; Cortés y cols., 2006; Cortés, Espejo, Martín y Gómez, en prensa; Espejo, Cortés, Giménez, Samper y Pardo, 2006; Musitu y Bascones, 2006-. Entre las consecuencias más investigadas en estos jóvenes consumidores destacan los estudios neuropsicológicos, tanto los centrados en alteraciones estructurales de zonas concretas del cerebro (hipocampo o lóbulos frontales), como los de carácter más observacional (accidentes de circulación, caídas, bajo rendimiento académico, etc.) (Dhuse, 2005;

Maurage, Pesenti, Philippot, Joassin y Campanella, 2009; Miller, Naimi, Brewer y Everett Jones, 2007; Tapert, 2007; White, 2007).

Además, no hay que olvidar que en el inicio y consolidación de una conducta adictiva no sólo interviene el joven. En todos los casos debe evaluarse el papel de personas o colectivos que pueden incidir directa o indirectamente en su realización. En este sentido, uno de los colectivos más claramente influyentes sobre estos jóvenes, muchos de ellos menores de edad o no independizados, es el de los padres. Estos repercuten en aspectos tan importantes como la formación de hábitos de ocio, la transmisión de actitudes ante el consumo de alcohol, etc., así como a través del desconocimiento del patrón de consumo y de ocio de sus hijos, de la laxitud en la imposición de disciplina, etc. Los resultados de investigaciones previas con este colectivo ponen de manifiesto su baja percepción de responsabilidad en la generación de alternativas a esta práctica (Baigorri y Chaves, 2006; Cortés y cols., 2005; Giménez, Cortés, Pardo, Samper y Mestre, 2007), transfiriendo dicho compromiso a otras entidades como la administración, la policía, o la escuela. Asimismo, destaca también su bajo nivel de conocimiento/formación en temas de consumo de alcohol, lo que les lleva a negar la ingesta, incluso de elevadas cantidades, que realizan sus hijos, creyendo que serían capaces de reconocerla en caso que se produjese (Cortés, 2009; Giménez y cols., 2007).

Por otra parte, un colectivo al que se ha prestado muy poca atención es el de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, pese a otorgársele un papel fundamental como “fuerza de choque” y control del botellón (Díaz y cols., 2009; Domínguez, Gómez, Jáñez, y Barrantes, 2001; GIESyT, 2001; Musitu y Bascones, 2006). Recientemente, junto a estas funciones de vigilancia y represión se ha señalado la posibilidad de que este colectivo asuma la figura de mediador social (Muñoz, 2004; Pérez, Zubillaga y Vela, 2006; PNSD, 2009). Este nuevo rol de la policía requiere necesariamente que se propicie su formación en el trato con el colectivo juvenil, fomentando al mismo tiempo el constituirse como un canal válido de transmisión de información sobre el ocio y los recursos existentes en la comunidad para tratar las conductas adictivas. Este papel de mediador requiere conocer la imagen, creencias, posibilidades, soluciones, etc., que estos agentes manifiestan sobre la práctica del botellón, de manera que quedasen identificados los ámbitos a trabajar para ajustarse a las nuevas necesidades. El procedimiento de formación a seguir con este colectivo sería similar al implementado con los jóvenes mediadores sociales que intervienen con sus iguales en los ámbitos recreativos (Calafat, Juan,

Becoña y Fernández, 2007), en los que no se requiere únicamente que dominen aquella actividad (deportiva, de ocio, etc.) que trabajan con los jóvenes, sino que también deben contar con una formación válida como agentes preventivos. Del mismo modo, la policía debería contemplar sus tareas de control y cumplimiento de la ley dentro de un marco preventivo.

En el presente trabajo se pretende estudiar a estos dos colectivos, además de al de los jóvenes. Concretamente, se pretende por una parte conocer qué entienden todos ellos por botellón, cuáles son las consecuencias que consideran que pueden derivarse de esta práctica, y cuáles son las alternativas que según ellos permitirían paliar el fenómeno. Esto permitirá evaluar su mayor o menor acercamiento a la realidad (botellón como dimensión social más dimensión de salud, con la implicación de diferentes determinantes), e identificar algunas de las áreas a trabajar con cada colectivo para conseguir un enfoque más integral del problema.

MÉTODO

PROCEDIMIENTO

Se ha entrevistado a tres colectivos implicados en el botellón (jóvenes, padres y policías), en la ciudad de Valencia. En el caso de los jóvenes se recogieron datos de estudiantes de 14 a 25 años. Para la muestra universitaria, se seleccionó la licenciatura o diplomatura de cada área de conocimiento (Ciencias Básicas, Sociales, de la Salud, de la Educación y Humanidades) con mayor número de matriculados, respondiendo el instrumento el grupo más numeroso de cada curso. Para la muestra no universitaria, se seleccionó aleatoriamente un centro público y otro concertado, de cada uno de los 16 distritos educativos, que incluyeran todos los estudios de secundaria (3º y 4º de ESO, Bachiller y CF). Si un distrito no disponía de un centro de estas características, se seleccionaban al azar los centros necesarios hasta cubrir todos los estudios. Los pases se llevaron a cabo en todos los grupos de estudiantes de cada nivel. Tanto en el caso de los universitarios como de los estudiantes de enseñanzas medias los cuestionarios se cumplimentaron en las aulas docentes en horario lectivo (mañana o tarde), estando presentes los investigadores. La encuesta era anónima y voluntaria. Para este trabajo únicamente se atiende a las respuestas dadas por los jóvenes que realizan botellón.

El colectivo de policías está formado por los agentes de tres unidades de distrito de la ciudad de Valencia ubicadas en las principales zonas

botellón, así como por los agentes del Grupo de Operaciones Especiales (GOES-noche) que suelen intervenir en cualquier zona botellón de la ciudad. Los cuestionarios se cumplimentaron de forma anónima y voluntaria en las propias instalaciones policiales estando presentes los investigadores.

Para acceder a la muestra de padres y madres se solicitó la colaboración de las AMPAS de los centros de enseñanzas medias en los que se habían llevado a cabo las encuestas de los jóvenes, aceptando la participación cuatro de estas asociaciones. Se convocó a una reunión a todos los padres y madres ofreciéndoles una charla informativa. Previamente a la misma, de forma anónima y voluntaria, los asistentes respondieron a una serie de cuestiones.

MUESTRA

Se entrevistó a un total de 4083 jóvenes, de los cuales 1361 son universitarios -34.6% varones, 65.4% mujeres- y 2722 son estudiantes de 3º y 4º de ESO, Bachillerato y CF -47.6% varones y 52.4% mujeres-. Las edades de los universitarios (U) oscilan entre 19 y 29 años (Media=21.59 años; D.T.=2.27) y las de los adolescentes (A) entre 14 y 18 años (Media=16.16 años; D.T.=1.17). La mayoría de los jóvenes entrevistados se dedican con exclusividad a estudiar (U=73.8%; A=95.1%) y residen en el domicilio familiar (U=70.4%; A=99.1%). Un 82.2% de los jóvenes que realizan botellón afirman consumir alcohol. Como promedio se consumen durante el botellón unas 5.3 copas (D.T.=2.52), oscilando la ingesta de la mayoría de los entrevistados entre 3 y 6 copas (65.2% del total). Siguiendo los criterios del Ministerio de Sanidad y Consumo (2008), un 76.8% de los varones y un 87.7% de las mujeres encuestados señala consumir en forma de *binge* (por encima de los 60gr y los 40gr.de alcohol respectivamente).

Con respecto a la muestra de policías se ha entrevistado a 63 agentes, de los que el mayor porcentaje corresponde al Grupo de Operaciones Especiales (GOES-Noche) (82.5%). En este caso se omitieron los datos de edad y sexo para evitar la identificación de los agentes.

La muestra de padres y madres está formada por 212 participantes, con un predominio de las mujeres (71.4%). El rango de edad de toda la muestra oscila entre 32 y 58 años (Media=45; D.T.=4.72). Una gran mayoría (74.1%) tiene dos hijos y un 15% tiene 3 hijos. El 10% de las familias son monoparentales, y en el 90% de los casos ambos padres viven en casa.

VARIABLES

En este trabajo tan sólo se analizan algunas de las variables recogidas en los diferentes instrumentos elaborados para cada uno de los tres colectivos. Concretamente se analiza qué se entiende por botellón, las consecuencias asociadas a su realización y las alternativas que se prevén más eficaces.

Qué entienden por botellón. Tanto a los policías como a los jóvenes se les pidió que respondieran a la pregunta "Para ti, ¿qué es hacer botellón?". Dos de los investigadores extrajeron de manera independiente las categorías utilizadas en las diferentes definiciones estableciendo criterios comunes de clasificación. Posteriormente, las definiciones originales fueron recodificadas en variables dicotómicas (sí/no) que indicaban la presencia o ausencia de cada uno de los términos.

A los padres se les ofreció un listado de palabras (*alcohol, música, amistad, ahorro, suciedad, ruido y diversión*) para que señalasen (sí/no) todos los que a su juicio definían el botellón. Posteriormente, se recodificaron algunos de los elementos para adecuarlos a las categorías extraídas para los jóvenes y policías (p.e. los elementos *suciedad* y *ruido* se recodificaron como *causar molestias*; el elemento *alcohol* se recodificó como *beber*; el elemento *ahorro* se recodificó como *conseguir las bebidas más baratas*, etc.).

Consecuencias del botellón. Esta variable se evaluó en todos los casos presentando un listado de posibles consecuencias derivadas de la realización del botellón, extraídas de una revisión previa de la literatura (p.e. *broncas/riñas; agresiones; suciedad y mal olor en las calles; molestias a los vecinos; accidentes de tráfico; engancharse con el alcohol; presencia de conductas de riesgo; etc.*). Los policías y los jóvenes puntuaban de 0 (poco relacionado) a 10 (muy relacionado) la probabilidad de que el botellón generase cada una de las consecuencias señaladas. En el caso de los padres, la escala de respuesta fue dicotómica (sí/no) siguiendo el mismo patrón utilizado en la definición de botellón. En todos los casos se les permitió incluir alguna consecuencia que para ellos fuese importante y no apareciese en los listados.

Hay que señalar que las categorías "*falta de respeto a la autoridad*" y "*presencia de conductas de riesgo*" únicamente aparecían en el cuestionario de policías, mientras que las consecuencias "*malas relaciones con padres y familiares*", "*broncas con la pareja*", "*bajo rendimiento en el trabajo o estudios*" e "*impotencia sexual*" sólo se recogían en el instrumento completado por los jóvenes.

Alternativas al botellón. En el caso de los policías se les presentaron una serie de alternativas (bajar los precios de las consumiciones; información/educación sobre el alcohol; deporte; mayor presencia policial; habilitación de espacios -botellódromos-; conciertos) y se les pidió que puntuaran de 0 (ineficaz) a 10 (eficaz) cada una de las propuestas. Además se les ofreció la posibilidad de indicar hasta tres propuestas adicionales, valorándolas igualmente de 0 a 10.

En el caso de los padres las alternativas se evaluaron de dos maneras. En un primer momento se incluía una pregunta abierta para que indicasen qué alternativa/s propondrían para evitar el consumo de alcohol de los jóvenes en la vía pública. Posteriormente se les ofreció un listado de medidas para puntuar entre 0 (inefectivas) y 10 (efectivas) en función de su efectividad para erradicar el botellón. Dichas medidas fueron las siguientes: *bajar los precios de las copas; crear puestos de trabajo para los jóvenes y facilitar su emancipación; educar a los jóvenes en el respeto a los demás; ofrecer alternativas de ocio; instalar más contenedores y wc; llegar a un acuerdo entre todos; no hacen falta nuevas medidas, basta con hacer cumplir las leyes que ya existen; no hay que intervenir, hay que dejar que los jóvenes se diviertan como quieran; prohibir beber en la calle; prohibir beber en la calle de noche; prohibir beber en la calle de noche a los jóvenes; que los padres se lo prohíban a sus hijos; sancionar a los jóvenes que se emborrachen; sancionar a los padres de menores que se emborrachen; trasladar el botellón lejos de las zonas residenciales; una mayor presencia policial.*

A los jóvenes se les presentó un listado de posibles alternativas al botellón (bajar el precio de las consumiciones en los lugares públicos; apertura de bibliotecas por la noche; clases de baile gratuitas; conciertos/espectáculos gratuitos; información extra sobre los efectos del alcohol; información sobre otras alternativas; internet gratis; mayor presencia policial; echar novia/o fuera de este ambiente; apertura de polideportivos en las horas del botellón; disponer de salas para reunirse con amigos) sobre las que tenían que señalar si en su caso particular dicha alternativa le haría dejar de ir, le haría ir menos o no le influiría en la decisión de seguir haciendo botellón. Al igual que en casos anteriores podían indicar alguna alternativa adicional, indicando su utilidad con la misma escala de respuesta.

Las respuestas abiertas, tanto de padres como de jóvenes, fueron recogidas de manera independiente por dos investigadores llegando a un acuerdo sobre las categorías finales.

ANÁLISIS DE DATOS

Con respecto a la variable **Qué entienden por botellón** se calculó el porcentaje de veces que aparecía cada término en las tres muestras.

En la variable **Consecuencias del botellón**, se extrajo la media de cada una de las categorías. En aquellas consecuencias que coincidían los cuestionarios de policías y jóvenes se realizó una prueba t de contraste de medias para ver las diferencias entre ellos. También se llevó a cabo un análisis cualitativo de las respuestas abiertas ofrecidas.

Para la variable **Valoración de las alternativas**, se calculó la media de cada opción de respuesta tanto en el caso de los policías como en la muestra de padres. En la pregunta abierta sobre soluciones propuestas por parte de los padres se recodificaron las respuestas ofrecidas considerando la frecuencia de aparición de las nuevas categorías. Por lo que respecta a los jóvenes, se calcularon los porcentajes de cada categoría (dejar de ir, ir menos, seguir yendo al botellón) para cada una de las propuestas evaluadas.

RESULTADOS

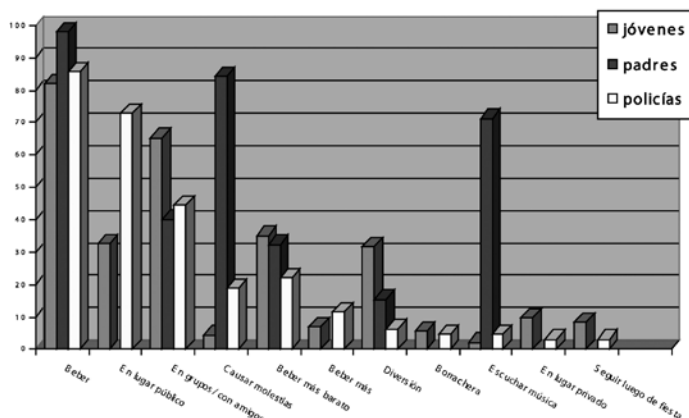
QUÉ ENTIENDEN POR BOTELLÓN

En el caso de los jóvenes el concepto más citado es *beber* (81.9%), seguido por *estar con amigos* (65.4%). A mayor distancia aparecen: *conseguir las bebidas más baratas* (35.2%) y *realizarlo en un lugar público* (32.6%) para *divertirse* (31.8%) (Gráfica 1).

Si atendemos a las características citadas por los padres y madres para definir el botellón, el *consumo de alcohol* es la que mayor proporción de respuestas muestra (98.1%). Las siguientes características atribuidas por los padres son posibles *molestias a los vecinos* (84.2%) y el *poder escuchar música* (71.3%).

El concepto más citado en las definiciones realizadas por los policías es *beber* (85.7%), seguido por *en lugar público* (73%). A mayor distancia aparece el *realizarlo en grupo/con amigos* (44.4%). Quedaría en un lugar secundario el *poder consumir alcohol más barato* (22.2%), la *generación de molestias* (19%), y el *poder beber más cantidad* (11.7%).

Considerados de manera conjunta los tres grupos, el concepto más citado por todos es *beber*. Sin embargo, en segundo lugar los policías



Gráfica 1. Porcentaje de uso de términos en la definición de botellón.

señalan la visibilidad de este fenómeno por el hecho de hacerlo en un lugar público, mientras que los jóvenes le dan más importancia a hacerlo con amigos y los padres y madres señalan toda una serie de consecuencias negativas derivadas de realizar esta conducta: molestias y ruido.

Los policías también coinciden con los jóvenes en señalar como una de las características más importantes el que se realice en grupo.

Por su parte, los jóvenes destacan la diversión ligeramente por debajo del “ritual” de conseguir las bebidas en algún establecimiento para que les resulte más barato. El ahorro que puede suponer el consumir de este modo también lo señalan los padres y en menor medida los policías.

CONSECUENCIAS DEL BOTELLÓN

Los policías le dan mayor importancia a las molestias que se causa a los vecinos y a la suciedad que se genera con la práctica del botellón, así como a la presencia de conductas de riesgo, la falta de respeto con que les tratan en sus intervenciones y los posibles accidentes de tráfico que pueden tener lugar (Tabla 1).

Las principales consecuencias derivadas de esta práctica reconocidas por los jóvenes son los accidentes de tráfico, las molestias a los vecinos y la posibilidad de que se produzcan altercados entre los asistentes.

Por su parte, los padres destacan principalmente las molestias generadas a los vecinos, y en un segundo lugar la aparición de broncas o peleas.

Tabla 1. Consecuencias relacionadas con el botellón: Puntuaciones medias de policías y jóvenes y resultados de las pruebas t. Porcentaje de padres que señala cada término.

El botellón...	Media policías	Media jóvenes	t	gl	Términos citados por padres %(n)
se asocia a molestias en los vecinos	9.34	7.01	-18.08*	72.57	84.2 (176)
se asocia a suciedad y mal olor en calles	9.00	6.06	-16.80*	65.78	
se asocia a la posibilidad de engancharse con el alcohol	6.89	5.90	-3.45*	57.95	
se asocia a broncas/riñas	6.41	6.99	1.37	56.22	48.3 (101)
se asocia a accidentes de tráfico	7.54	7.82	1.13	58.64	22.5 (47)
se asocia a presencia de conductas de riesgo (sexo...)	7.66				23.9 (50)
se asocia a falta de respeto con la autoridad	7.55				
es causante de las malas relaciones con padres y familiares		3.62			
es causante de las broncas con la pareja		3.54			
es causante del bajo rendimiento en el trabajo o estudios		4.44			
es causante de impotencia sexual		3.45			

* $p \leq 0.001$

En cuanto a las pruebas t realizadas, se observa que los policías asocian al botellón en un grado significativamente mayor que los jóvenes las molestias a los vecinos, la suciedad y la posibilidad de entrar en un proceso adictivo con el alcohol. Sin embargo, ambos colectivos le dan la misma importancia a la aparición de broncas, riñas o agresiones y a la posibilidad de que se produzcan accidentes de tráfico a causa del botellón.

Por otra parte, entre las consecuencias añadidas por cada colectivo destaca el predominio en padres y policías de aspectos negativos. En

el caso de los policías se alude a conductas desenfrenadas, destrozo de mobiliario urbano, consumo de otras sustancias, pérdida de conocimiento, uso de servicios médicos por coma etílico, etc. Por su parte, entre los padres destaca la vinculación con el consumo de otras drogas (62.2%) y el descontrol/desenfreno (66.5%) que según ellos está presente en ese ambiente.

El colectivo de jóvenes introduce tanto consecuencias negativas (*aburrimiento si uno no se emborracha, consecuencias para la salud, encontrarse mal, incomodidad cuando la gente bebe más de la cuenta, posibilidad de que te pillen los padres, consumir otras sustancias adictivas, no tener ni pareja ni amigos porque te consideran alcohólico, hacer algo de lo que te arrepientas*), como consecuencias positivas (*favorece el acto sexual, estar relajado el día siguiente, ligar, fomento de la rebeldía juvenil*). En todos los casos la valoración que realizan es elevada, situándose alrededor del 7.5. No puede obviarse que el número de participantes que han aportado nuevas consecuencias es muy reducido por lo que cualquier comentario relacionado con estas últimas variables evaluadas tiene que tomarse con mucha precaución.

ALTERNATIVAS

Según los policías (Tabla 2), entre las medidas más efectivas para erradicar el botellón estaría disminuir el precio del alcohol en los locales, dar más información a los jóvenes sobre el alcohol y abrir centros deportivos en las horas de realización del botellón para que los jóvenes pudieran sustituir esta práctica por otro tipo de actividades. Además también señalan que sería una buena medida el aumentar la presencia policial y que se concentrase la práctica del botellón en espacios especialmente habilitados para ello.

Entre las alternativas que los agentes propusieron para completar las anteriores destaca la de implicar a los vecinos en la solución del problema, la posibilidad de que los jóvenes sancionados por hacer botellón en la vía pública pudiesen participar en programas sociales de ayuda a minusválidos, accidentados, etc., y la necesidad de que se llegue hasta el final en el cobro de las sanciones impuestas. Tan solo dos agentes señalan la posible utilidad que tendría implicar a la familia entre las propuestas a considerar. En todos los casos la evaluación de dicha posible solución se encuentra entre las más elevadas.

De entre el listado de alternativas propuestas a los padres y madres (Tabla 3), la educación de los jóvenes es la que creen que sería más eficaz

Tabla 2. Medias de la eficacia de las medidas para afrontar el botellón (en cursiva variables recodificadas de las respuestas abiertas)

Efectividad de...	N	Media
Que bajaran los precios	55	6.82
La información/educación sobre alcohol	55	6.67
El deporte	56	6.27
La presencia policial	56	5.61
Que habilitaran espacios (botellódromos)	55	5.67
Que hicieran conciertos	54	4.13
<i>Actuaciones sociales (ayuda a minusválidos, ayuda en accidentes, asistencia en hospitales...)</i>	3	9
<i>Concienciar de las consecuencias a los vecinos</i>	3	9
<i>Cobrar todas las denuncias</i>	6	8.33
<i>Mayor responsabilidad ámbito familiar</i>	2	7.5

Tabla 3. Media de valoración de las alternativas por parte de los padres.

	N	Media
Educar a los jóvenes en el respeto a los demás	193	9.09
Es necesario ofrecer alternativas de ocio	195	8.55
Crear puestos de trabajo para los jóvenes y facilitar su emancipación	188	7.73
Una mayor presencia policial	191	6.45
Prohibiendo beber en la calle	193	5.21
Prohibiendo beber en la calle de noche	188	5.15
Sancionar a los jóvenes que se emborrachen	189	5.01
Llegando a un acuerdo entre todos (p.e. acordando una hora prudente para acabar)	187	4.95
Prohibiendo beber en la calle de noche a los jóvenes	185	4.43
Bajar los precios de las copas	185	4.24
Sancionar a los padres de menores que se emborrachen	190	4.21
No hacen falta nuevas medidas, basta con hacer cumplir las leyes que ya existen	184	4.01
Que los padres se lo prohíban a sus hijos	188	2.98
Instalar más contenedores y WC	186	2.76
Trasladar el botellón lejos de las zonas residenciales	186	2.19
No hay que intervenir; hay que dejar que los jóvenes se diviertan como quieran	189	1.71

(9.09). A continuación, no sólo reconocen como válido el hecho de ofrecer más ocio alternativo, sino que también lo puntúan como muy útil (8.55). La tercera alternativa más valorada incide directamente en la capacidad de independencia de los jóvenes suponiendo que las responsabilidades que conlleva la emancipación pueden ser efectivas a la hora de acabar con el botellón (7.74). A continuación, aparece un grupo de soluciones de carácter más represivo, como un aumento de la presencia policial (6.45), la prohibición de consumir alcohol en la calle (5.21) y además de noche (5.15) y sancionar a aquellos jóvenes que lleguen a la intoxicación (5.01). Cabe destacar que entre el grupo de alternativas menos valoradas se encuentren aquellas que de algún modo les implican a ellos directamente: la sanción a los padres de los adolescentes que se embriaguen (4.21) y la prohibición directa por parte de los padres a sus hijos de realizar esta conducta (2.98).

Ninguna de las alternativas complementarias mencionadas por los padres goza de interés ya que repiten información contenida en el listado de consecuencias que han evaluado. Únicamente 15 padres (6.9%) señalan la necesidad de que dentro de las alternativas al botellón se incluya la oferta de una mayor información sobre temas de alcohol a los jóvenes.

De entre las alternativas propuestas a los jóvenes (Tabla 4), las que señalan como más eficaces para no hacer botellón serían que se rebajasen los precios de las copas en los locales, seguido de la posibilidad de acudir a conciertos o espectáculos gratuitos y que su pareja no realizase esta actividad.

La presencia de más policías, junto con la oferta de otras alternativas de ocio o de lugares de encuentro con los amigos, les harían plantearse reducir su asistencia al botellón, aunque lo seguirían haciendo.

Finalmente, ni la apertura de centros culturales o deportivos, ni actividades alternativas como locales con Internet gratis o en los que diesen clases de bailes de salón, ni una mayor cantidad de información sobre los efectos del alcohol, haría que dejarasen de realizar esta práctica.

DISCUSIÓN

El objetivo del trabajo presentado es evaluar hasta qué punto los tres colectivos entrevistados presentan una visión del fenómeno del botellón ajustada a la realidad, lo que permitirá identificar qué aspectos es importante reforzar o reorientar en cada uno de ellos. De este modo se

Tabla 4. Influencia de las alternativas propuestas en la decisión de seguir haciendo botellón.

	Dejaría de ir	Iría menos	Seguiría haciendo
	N (%)	N (%)	N (%)
Novia/o fuera de este ambiente	859 (31.4)	1.128 (41.3)	746 (27.3)
Bajar el precio de las consumiciones en los lugares públicos	1.029 (37.5)	930 (33.9)	785 (28.6)
Concierto/espectáculo	887 (32.1)	831 (30.1)	1.041 (37.7)
Sala a reunirse con amigos	612 (22.2)	1.151 (41.8)	988 (35.9)
Mayor presencia policial	453 (16.4)	1.276 (46.1)	1.038 (37.5)
Información sobre otras alternativas	362 (13.2)	1.196 (43.7)	1.180 (43.1)
Clases baile	429 (15.6)	652 (23.7)	1.666 (60.6)
Polideportivo en horas de botellón	353 (12.9)	707 (25.8)	1.681 (61.3)
Información extra sobre los efectos del alcohol	234 (8.5)	933 (34.0)	1.577 (57.5)
Internet gratis	258 (6.3)	447 (10.9)	2.049 (74.4)
Biblioteca	185 (6.8)	324 (11.8)	2.230 (81.4)

contribuirá a consolidar una base sobre la que plantear alternativas que traten de dar respuesta al fenómeno del botellón de manera integrada, contemplando sus diferentes determinantes.

Respecto al concepto que se tiene de lo que es el botellón, es interesante señalar cómo los dos colectivos que están más en contacto con el momento en el que se realiza (policías y jóvenes) aluden en su definición a *consumir alcohol en presencia de amigos*. Es lógico que a esta asociación los policías añadan la visión del botellón como una conducta que se realiza en la calle, al ser este el lugar donde ellos intervienen. Sin embargo este aspecto cobra un papel secundario entre los jóvenes, situación esperable al realizarse el botellón cada vez con mayor frecuencia en lugares privados como pisos de estudiantes o locales. Esta variación en el modo de realizar botellón genera también consecuencias tanto de orden social (molestias vecinales) como de salud (se reproduce el mismo patrón de consumo), si bien, hace reflexionar sobre los motivos por los cuales no surgen efecto, en parte, las medidas represivas en lugares públicos.

En el caso de los padres, destaca la relevancia que se le otorga a las consecuencias negativas de carácter social (molestias, ruido, descontrol, peleas, etc.) vinculadas al consumo de alcohol que realizan los jóvenes. Esto hace pensar en la influencia que tienen los medios de comunicación

en la consolidación de la imagen que este colectivo presenta sobre este fenómeno, al tiempo que advierte de la posibilidad de servirse de esta vía para poder transmitir una imagen más global y realista de la totalidad del mismo. Es importante que los padres, y en general todos los colectivos implicados, adquieran no sólo la visión del conflicto de orden social sino también la importante repercusión que tiene sobre la salud el consumo de alcohol que realizan los jóvenes.

Podría pensarse de manera equívoca que los policías y los jóvenes no dan importancia a las consecuencias derivadas de realizar botellón al no incluirlas dentro de las principales características con las que definen esta práctica. Si bien, al presentarles un listado cerrado de posibles consecuencias se observa cómo algunas de ellas cobran especial relevancia. Concretamente, los policías asocian el botellón con consecuencias negativas relacionadas principalmente con lo social, y que suelen coincidir con la demanda que motiva la mayor parte de sus intervenciones. Además, este colectivo no señala ninguna consecuencia positiva derivada de esta práctica, algo que sí hacen los jóvenes al mencionar por ejemplo el ligar, el facilitar las relaciones sexuales, el mejorar la comunicación interpersonal, etc.

Por su parte, los jóvenes no consideran que el botellón sea causante de problemas personales (adicción, desempeño sexual), de relación interpersonal con familiares y pareja, ni de rendimiento (principalmente académico), aunque sí reconocen que hay cierta posibilidad de que aparezcan riñas, alguna molestia a los vecinos o accidentes de tráfico. Sin embargo, para ellos lo más relevante es el aspecto socializador que atribuyen a esta práctica, sin considerar que este aspecto queda limitado en función del nivel de alcohol que se ingiere.

En líneas generales, estos resultados ponen en evidencia la necesidad de trabajar con los jóvenes las repercusiones que su consumo de alcohol, y en general la práctica del botellón, genera tanto en ellos mismos como entre sus más próximos. Asimismo, y debido a que la policía es en muchos casos la encargada de llevar a cabo una primera intervención en las zonas botellón, sería importante insistir en que los jóvenes reconozcan el papel de la policía como medio de control externo de las consecuencias que genera su conducta, al no haber sido capaces ellos mismos de manejar dichas consecuencias por sus propios medios. Es decir, convendría reestructurar la visión que los jóvenes tienen de la policía como agentes represores e insistir en su acción como agentes preventivos más centrados en el control de la demanda.

Además, un aspecto necesario en todos los colectivos sería el de dar más visibilidad al problema de salud implicado en el botellón. Pese a que todos coinciden en identificar botellón con beber, llama la atención que tan sólo se limiten a señalar los efectos externos de esta conducta y que obvien las cantidades de alcohol que están consumiendo los jóvenes, con la repercusión que para su maduración se ha demostrado que tiene esta ingesta.

Tanto los policías como los jóvenes señalan como principal opción para atajar esta práctica la bajada de los precios de alcohol en los locales de ocio, algo que únicamente solucionaría las consecuencias sociales del consumo en los lugares públicos, pero que seguiría sin solucionar, o incluso agravaría, el consumo excesivo por parte de los jóvenes. Esta misma situación la fomentaría otra de las alternativas mejor valoradas por los policías: la habilitación de botellódromos. Al igual que en el caso anterior, se trata de una medida que facilita el consumo, incrementando notablemente las consecuencias perjudiciales del mismo. El que los jóvenes consideren la bajada de los precios como la alternativa principal para dejar de asistir al botellón muestra su demanda para poder acceder al tipo de ocio que observan en los adultos. Esto plantea la necesidad de una intervención más global sobre el fenómeno, que incluya la propia noción cultural de ocio que se está transmitiendo a los jóvenes.

En estos momentos no se atiende al cambio del enfoque en la transmisión de hábitos de ocio, limitándose a ofrecer actividades puntuales, con las que se cree que el joven puede sustituir la realización del botellón. Es elevada la importancia que tanto policías como padres atribuyen a este tipo de actividades. Sin embargo sería conveniente ver a qué tipo de alternativas de ocio se están refiriendo, porque existen claras diferencias entre lo que los jóvenes consideran alternativas de ocio válidas (conciertos) y poco válidas (deporte), y la consideración que de las mismas hacen los policías (justamente lo contrario que proponen los jóvenes). Esto pone de manifiesto la necesidad de tener en consideración el papel activo de los jóvenes en el planteamiento de actividades de ocio. Así pues, el hecho de limitar el posible ocio juvenil a actividades deportivas o a conciertos considerando dichas actividades como preventivas por sí mismas, o incluso pensar que cualquiera de ellas va a sustituir al botellón y eliminar el consumo que se realiza en el mismo es demasiado pretencioso.

Otra alternativa propuesta por los padres, y sobre todo por los policías, es la de aumentar la información que se les ofrece a los jóvenes sobre los efectos del alcohol. Sin embargo, este aumento de información

no es apreciado por los jóvenes como una medida que les haría desistir de realizar botellón. Si a esto se añade que, a pesar de sus niveles de consumo, no consideran que se puedan iniciar en un proceso adictivo, vuelve a apoyarse la necesidad de incidir en el incremento del nivel de conocimiento anteriormente aludido. Por otra parte, esta medida por sí misma es insuficiente si únicamente se limita a los jóvenes, ya que en este trabajo se observa claramente la necesidad de que también los padres y los policías incrementen sus conocimientos acerca del nivel de consumo que se realiza en el botellón y de las consecuencias bio-psico-sociales asociadas al mismo. Esta mejora permitiría a los jóvenes valorar mejor su conducta, y al resto de colectivos tomar conciencia de la dimensión de salud del fenómeno.

En definitiva en el ámbito del botellón es preciso plantear un aspecto importante y básico del trabajo preventivo: el “no todo vale”. A esta reflexión hay que unir la necesidad de proponer alternativas que consideren distintos determinantes al mismo tiempo (hábitos de ocio, nivel de concienciación, medidas represivas, fomento de la responsabilidad, conocimiento del consumo que se lleva a cabo en el botellón, etc.).

Un último aspecto a destacar en el caso de los padres es el relacionado con su baja implicación en el afrontamiento de este problema, tal como lo demuestra el hecho de que la mayor parte de las alternativas que proponen dependen de personas ajenas a ellos mismos. En general trasladan la responsabilidad a la administración como generadora de alternativas de ocio, como facilitadora de la emancipación de los jóvenes o como la responsable de una mayor presencia policial. Por otra parte delegan en la escuela y en otros profesionales el incremento en el nivel de conocimientos y la formación de sus hijos.

Es evidente la poca conciencia que muestran los padres y por tanto su bajo nivel de responsabilidad ante este fenómeno. Así pues, es importante incidir no solo en el fenómeno del botellón, sino también trabajar su nivel de conciencia de que son uno de los determinantes directos del inicio y mantenimiento del mismo. Una vez adquirida esta concienciación se les debe dotar de herramientas útiles que permitan, de manera integrada con el resto de alternativas, reducir la incidencia del botellón y por extensión del nivel de consumo excesivo que se realiza en el mismo.

Agradecimientos. Los datos presentados en este trabajo forman parte de una investigación financiada por el Plan Nacional Sobre Drogas en la convocatoria 2003-2006.

REFERENCIAS

- Aguilera, R. (2002). *Generación botellón*. Madrid: Oberon.
- Aguinaga, J. y Comas, D. (1997). *Cambios de hábito en el uso del tiempo: trayectorias temporales de los jóvenes españoles*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Juventud.
- Alternativajoven (2006a). *Bebiendo junto al Guadiana: Estudio sobre el botellón en el paseo fluvial de Badajoz*. Extraído el 25 de enero de 2007, desde www.alternativajoven.es
- Alternativajoven (2006b). *Bebiendo junto al Guadiana: Estudio sobre el botellón en el recinto ferial de Mérida*. Extraído el 25 de enero de 2007, desde www.alternativajoven.es
- Baigorri, A. y Chaves, M. (2006). Botellón: más que ruido, alcohol y drogas (la sociología en su papel). *Anduli, Revista andaluza de ciencias sociales*, 6, 159-173.
- Baigorri, A., Cortés, G., Gómez, L. y Muñoz, B. (2003). Botellón. Más allá de la investigación aplicada. *Zainak*, 23, 873-886.
- Baigorri, A., Fernández, R., y GIESyT (2004). *Botellón. Un conflicto posmoderno*. Barcelona: Icaria.
- Borrás, F. (2004). *Análisis antropológico del tiempo de ocio de la juventud en la provincia de Alicante*. Alicante: Diputación de Alicante, Universidad Miguel Hernández.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., y Fernández, C. (2007). *Mediadores recreativos y drogas: nueva área para la prevención*. Palma de Mallorca: Irefrea.
- Comas, D. (2003). *Jóvenes y estilos de vida valores y riesgos en los jóvenes urbanos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, INJUVE, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Cortés, M.T.; Espejo, B. y Giménez, J.A. (2008). Aspectos cognitivos relacionados con la práctica del botellón en universitarios y adolescentes. *Psicothema*, 20(3), 396-402.
- Cortés, M.T., Espejo, B., Giménez, J.A., Mestre, M.V., Samper, P., Nácher, M.J., y Dolz, L. (2006). *Peculiarities in high consumption of alcohol in youths. Is there a worldwide tendency?* Trabajo presentado en el 26th International Congress of Applied Psychology, Julio, Atenas.
- Cortés, M.T. (2005). *Aspectos psicosociales del fenómeno del botellón: Pasado, presente y futuro*. Ponencia invitada al VI Fórum. El botellón: Causas, Efectos y Alternativas, noviembre, Palma de Mallorca.

- Cortés, M.T. (2008). *Episodio de Consumo Intensivo de Alcohol y botellón*. Trabajo presentado en la Conferencia Internacional EMNA / FARE. Alcohol, familia y jóvenes. Prevención y tratamiento, noviembre, Madrid.
- Cortés, M.T. (2009). *La actualidad del botellón*. Presentada en la X Escuela de Otoño Socidrogalcohol, noviembre, Benidorm.
- Cortés, M.T., Espejo, B., y Giménez, J.A. (2007). Características que definen el fenómeno botellón en universitarios y adolescentes. *Adicciones* 19(4), 357-372.
- Cortés, Espejo, Martín del Río y Gómez, (2010). Tipologías de consumidores de alcohol dentro de la practica del botellón en tres ciudades españolas. *Psicothema*, vol. 22 (3) (manuscrito admitido en octubre 2009).
- Cortés, M.T. (2006). *Realidad del fenómeno del botellón: ¿hacia dónde vamos?* Trabajo presentado en el Congreso Sociedad, Familia y Drogas, noviembre, Valencia.
- Cortés, M.T., Giménez, J.A., Mestre, M.V., Nácher, M.J., Samper, P., y Tur, A. (2005) Los padres ante las nuevas formas de consumo de alcohol de sus hijos. *Iberpsicología*. Obtenido el 12 de noviembre de 2009 desde http://www.fedap.es/IberPsicologia/iberpsi10/congreso_lisboa/cortes/cortes.htm
- Dhuse, S.R. (2005) *Consequences of binge drinking: risk and protective factors* (Disertación doctoral, University of Iowa, 2005). Dissertation Abstracts International-B, 67/01, p. 537.
- Díaz, M.J., Martín, R., Piñeiro, C., Palavecinos, M., Benayas, J. y Alonso, L.E. (2009). Los impactos socio-ambientales del fenómeno “botellón”: el caso de la ciudad de Madrid. *Medio Ambiente y Comportamiento Humano*, 10(1-2), 117-135.
- Domínguez, S., Gómez, R., Jáñez, M.V., y Barrantes, C. (2001) La cultura del botellón. Extraído el 20 de marzo 2004 desde <http://www.aidex.es/observatorio/temas/botellon/estudio/indicebte.htm>
- Elzo, J., Laespada, M.T., y Pallarés, J. (2003). *Más allá del botellón. Análisis socio-antropológico del consumo de alcohol en los adolescentes y jóvenes Comunidad de Madrid*. Madrid: Agencia Antidroga. Consejería de Sanidad.
- Espejo, B., Cortés, M.T., Giménez, J.A., Samper, P., y Pardo, F.J. (2006). *Different styles of life connected with the high consumption of alcohol in adolescence. Notions coming from parent and children*. Trabajo presentado en el 26th International Congress of Applied Psychology, Julio, Atenas.
- GIESyT (2001). *El botellón en las ciudades de Badajoz, Cáceres, Mérida y Plasencia*. Cáceres: Universidad de Extremadura. Consejería de Cultura y Patrimonio
- Giménez, J.A., Cortés, M.T., Pardo, F., Samper, P., y Mestre, M.V. (2007). ¿Cómo afrontan los padres el botellón de sus hijos? Trabajo presentado en las XXXIV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, marzo, Valencia.

- Gómez, J.A., Fernández, N., Romero, E., y Luengo, A. (2008). El botellón y el consumo de alcohol y otras drogas en la juventud. *Psicothema*, 20, 211-217.
- Gómez-Fraguela, J.A., Fernández-Pérez, N., y Rodríguez-Lestegás, F. (2006). *Estudo sobre o fenómeno do botellón e do consumo de alcohol na cidade de Lugo*. Informe de investigación para el Ayuntamiento de Lugo. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Maurage, P., Pesenti, M., Philippot, P., Joassin, F. y Campanella, S. (2009). Latent deleterious effects of binge drinking over a short period of time revealed only by electrophysiological measures. *Journal of Psychiatry Neuroscience*, 4, 111-118.
- Miller, J.W., Naimi, T., Brewer, R., y Everett-Jones, S. (2007). Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. *Pediatrics*, 119, 76-84.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Muñoz Hernán, Y. (2004) *Tejiendo redes: mediación comunitaria una forma de construir sociedad. Cursos a Distancia: Curso de resolución de conflictos en el ámbito internacional y comunitario*. Asturias: Instituto de estudios para la paz y la cooperación.
- Musitu, G., y Bascones, A. (2006). *“Botellón en Málaga: realidades y propuestas”*. Madrid: Fundación Alcohol y Sociedad.
- Navarrete Moreno, L. (2004). *Juventud y drogas: 4 estudios sociológicos comparados*. Madrid: Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.
- Navarrete, L., y Rego, E. (coord.) (2004). *Juventud y drogodependencias*. Madrid: C&M Artes Gráficas Domínguez.
- Pérez Lozano-Gallego, M., Zubillaga Ugarte, A., y Vela Pérez, E. (2006). *La Policía Municipal y la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Fundación Atenea Grupo GID.
- PNSD (2009). *Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Sánchez, M.J. y Rubio, L. (2001). *El botellón en la ciudad de Madrid. Estudio sociológico*. Trabajo fin de carrera. Universidad Autónoma de Madrid.
- Tapert, S. (2007). *Consumo de alcohol en Adolescentes: efectos sobre el cerebro*. Trabajo presentado en el Seminario Internacional sobre alcohol y daño cerebral en menores, abril, Madrid.

White, A. (2007). *Alcohol: una amenaza para el desarrollo neuropsicológico de los adolescentes*. Trabajo presentado en el Seminario Internacional sobre alcohol y daño cerebral en menores, abril, Madrid.

VALIDACIÓN ESPAÑOLA DEL DRUG ABUSE SCREENING TEST (DAST-20 Y DAST-10)

Bartolomé Pérez Gálvez^{1,4}, Lorena García Fernández²,
M^a Pura de Vicente Manzanaro¹, M^a Angustias Oliveras Valenzuela^{2,4}
y Manuel Lahoz Lafuente³.

¹Unidad de Alcohología. Hospital Universitario de San Juan (Alicante). ²Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de San Juan (Alicante). ³Unidad de Desintoxicación Hospitalaria. Hospital Universitario de San Juan (Alicante). ⁴Departamento de Medicina Clínica. División de Psiquiatría. Universidad Miguel Hernández. San Juan (Alicante).

(Received/Recibido: 13/12/2009 - Accepted/Aceptado: 18/02/2010)

RESUMEN

Objetivo: Este estudio evalúa las propiedades psicométricas de dos versiones abreviadas de la Drug Abuse Screening Test (DAST-10 y DAST-20) en una población adulta española.

Metodología: Se administró la adaptación española del DAST, en sus versiones abreviadas de 20 y 10 ítems, a doscientos cincuenta y nueve sujetos (121 adictos a sustancias y 138 controles sanos). Analizamos las propiedades psicométricas de ambos instrumentos, utilizando criterios DSM-IV TR como patrón de referencia.

Resultados: Ambas versiones registraron una alta consistencia interna ($\alpha = 0,93$ y $\alpha = 0,89$, para DAST-20 y DAST-10, respectivamente). El análisis factorial exploratorio extrajo cinco factores en el DAST-20, justificando el 74,12% de la varianza, y dos componentes en el DAST-10 que explicaron el 62,18% de ésta. Los puntos de corte $> 5/6$ (DAST-20)

Correspondencia

Bartolomé Pérez Gálvez

Hospital Universitario de San Juan. Servicio de Psiquiatría - Unidad de Alcohología
Ctra. Alicante-Valencia, s/n. 03550 – San Juan (Alicante)

Email: bperezgalvez@ono.com

y ≥ 3 (DAST-10) evidenciaron un elevado grado de concordancia con los criterios DSM-IV TR ($\kappa_{\text{DAST-20}} = 0,96$ y $\kappa_{\text{DAST-10}} = 0,91$), clasificando correctamente al 98,07% y 95,36% de los sujetos, respectivamente.

Conclusiones: Los resultados obtenidos evidencian que tanto el DAST-10 como el DAST-20 son instrumentos válidos y fiables para detectar el abuso de drogas entre adultos.

Palabras clave: Abuso de drogas, detección precoz, cuestionarios, propiedades psicométricas.

ABSTRACT

Objective: To evaluate psychometric properties of both brief DAST versions (DAST-10 and DAST-20) in Spanish adult population.

Methods: 259 (121 drug users and 138 healthy controls) were explored. Both brief 10 and 20 items Spanish adapted DAST rating scales were administrated by skilled personnel. Psychometric properties of those questionnaires were analyzed using DSM-IV TR criteria as gold standard.

Resultados: Both DAST versions registered a high internal reliability ($\alpha = .93$ and $\alpha = .89$ for DAST-20 and DAST-10, respectively). The exploratory factor analysis extracted five factors in the DAST 20, justifying 74.12 % of variance, and two components in the DAST-10 that explained 62.18% of this. Cut-off points $\geq 5/6$ (DAST-20) and ≥ 3 (DAST-10) evidenced a high agreement with DSM-IV TR diagnosis ($\kappa_{\text{DAST-20}} = .96$ y $\kappa_{\text{DAST-10}} = .91$), correctly classifying the 98.07 % and 95.36 % of the subjects, respectively.

Conclusion: In this study results show that both DAST-10 and DAST-20 might be considered valid and reliable instruments in drug abuse detection in adult population.

Key words: Substance abuse, screening, questionnaires, psychometric properties.

INTRODUCCIÓN

La creciente prevalencia del consumo problemático de drogas ha favorecido la aparición de diversos cuestionarios de detección, tanto a nivel clínico como dirigidos a su aplicación en la población general. Entre estos instrumentos adquieren especial valor aquellos que, asegurando una adecuada fiabilidad y validez, precisan escaso tiempo en su aplicación. El Drug Abuse Screening Test (DAST; Skinner, 1982) es uno de los cuestionarios que cumple con estos criterios. Junto a su utilidad en el cribaje de consumos problemáticos, las distintas versiones del DAST también han sido utilizadas como patrón de referencia para nuevos instrumentos de screening como el Marijuana Screening Inventory (MSI-X; Alexander y Leung, 2006) o el World Health Organization Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST; Newcombe, Humeniuk, y Ali, 2005).

En una extensa revisión, Yudko, Lozhkina y Fouts (2007) confirman la elevada fiabilidad y validez de las distintas versiones de este instrumento, características psicométricas que corroboran su utilidad tanto en el ámbito clínico como en la investigación. Sus distintas versiones han sido administradas en una amplia variedad de poblaciones como adictos al alcohol u otras drogas (Bohn, Babor, y Kranzler, 1991; Gavin, Ross, y Skinner, 1989; Machado y Klein, 2007; Skinner, 1982; Skinner y Goldberg, 1986), pacientes psiquiátricos (Carey, Carey, y Chandra, 2003; Cassidy, Schmitz, y Malla, 2008; Kush y Sowers, 1996; Maisto, Carey, Carey, Gordon, y Gleason JR, 2000; McCann, Simpson, Ries, y Roy-Byrne, 2000), adolescentes (Klitzner, Schwartz, Gruenewald, y Blasinsky, 1987; Martino, Grilo, y Fehon, 2000; McCabe et al., 2006), trabajadores (El-Bassel, Schilling, Schinke, Orlandi, Wei-Huei, y Back, 1997), mujeres maltratadas (El-Bassel et al., 2003) o madres de niños en edad pediátrica (Kemper, Greteman, Bennett, y Babonis, 1993).

Recientemente han sido adaptadas y validadas algunas versiones, fuera de los Estados Unidos, tanto en Portugal (Machado y Klein, 2006) como en la India (Carey, Carey, y Chandra, 2003). En español solo se dispone de la validación del DAST-10 realizada por Bedregal, Sobell, Sobell y Simco (2006) entre norteamericanos de origen hispano y, en consecuencia, no permitiendo su generalización en población española. En el presente estudio pretendemos solucionar estas limitaciones, desarrollando la adaptación y validación del DAST-20 y DAST-10 en

una muestra española. Con tal objetivo, analizamos las características psicométricas de ambas pruebas y su utilidad en el ámbito clínico y epidemiológico.

MÉTODO

SUJETOS

Realizamos un estudio observacional de casos y controles, dirigido a validar las dos versiones abreviadas del Drug Abuse Screening Test (DAST-10 y DAST-20), en población española. La muestra está compuesta por 259 sujetos (174 hombres y 85 mujeres), con edades comprendidas entre 18 y 62 años, divididos en dos grupos de acuerdo con la existencia de un trastorno por abuso y/o dependencia a sustancias, según criterios DSM-IV-TR:

- a) Controles ($n = 138$): no dependientes ni abusadores de sustancias distintas al alcohol, tabaco o cafeína.
- b) Grupo experimental ($n = 121$): diagnóstico de dependencia o abuso de sustancias (62 a cocaína y 59 a heroína).

No existieron diferencias significativas entre ambos grupos en relación al sexo (casos: 33,1% mujeres; controles: 32,6%; $p = 0,939$) ni la edad (casos: $34,69 \pm 7,20$; controles: $35,11 \pm 9,06$; $p = 0,687$). Los integrantes del grupo de adictos fueron atendidos de forma consecutiva en dos unidades específicas de drogodependencias (ambulatoria y hospitalaria) del sistema sanitario público. Los 138 controles fueron voluntarios procedentes de la comunidad, cuya participación en el estudio fue solicitada por los autores. Todos los participantes en el estudio fueron entrevistados previamente, verificándose los criterios DSM-IV-TR para abuso y dependencia a sustancias. La totalidad de los sujetos evaluados fueron de nacionalidad española. La participación en el estudio, en el caso de los controles, fue voluntaria y anónima, no registrándose ningún dato personal que pudiera identificarlos. En los sujetos adictos, las pruebas formaban parte de la batería de evaluación utilizada en su tratamiento, al que accedieron voluntariamente en su totalidad.

INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO

Su estructura original es una adaptación del Michigan Alcoholism Screening Test (MAST; Selzer, 1971) al consumo de otras sustancias distintas al alcohol y tabaco. Inicialmente constituido por 28 ítems (DAST-

28), con posterioridad han sido desarrolladas dos versiones abreviadas para adultos -la DAST-20 (Skinner y Goldberg, 1986) y la DAST-10 (Bohn, Babor, y Kranzler, 1991)-, así como otras dos específicas para adolescentes, de 10 y 27 ítems (Martino, Grilo, y Fehon, 2000; McCabe, Boyd, Cranford, Morales, y Slayden, 2006).

Los distintos formatos del DAST son cuestionarios autoadministrados, con respuestas dicotómicas (Sí/No) y diseñados para identificar sujetos con consumo problemático de drogas. Sus ítems integran cuestiones relativas a aspectos propios del uso abusivo de sustancias así como a las complicaciones físicas, psicológicas y sociales que éste produce. Según el formato elegido, el tiempo de aplicación oscila entre 2 y 5 minutos.

Previamente a la aplicación del instrumento se realizó un proceso de traducción inglés-español y posterior retrotraducción español-inglés, verificando la igualdad de contenidos entre el original y la traducción final, así como la adecuada comprensión de sus ítems. Siguiendo un procedimiento similar al desarrollado por Bedregal et al. (2006), en primer lugar el texto inglés fue traducido al español por un profesional bilingüe. A continuación, otra persona bilingüe retro-tradujo el texto español al inglés. Posteriormente, un tercer colaborador, igualmente bilingüe y de lengua nativa inglesa, comparó los dos textos (inicial y retrotraducción al inglés) confirmando la similitud de los contenidos, entendiéndose que la traducción al español correspondía fielmente con el texto original inglés. El texto final en español fue valorado posteriormente por diez personas no integrantes de la muestra (cinco adictos a sustancias y cinco no adictos), al objeto de asegurar la correcta comprensión de los ítems, no precisándose correcciones para su aplicación posterior.

Concluido el proceso de traducción y adaptación semántica del DAST, se procedió a su aplicación entre los participantes en la investigación. Los sujetos del grupo experimental respondieron a los ítems del DAST-20 en los 15 primeros días de tratamiento y, en todo caso, una vez concluida la desintoxicación si ésta fuera precisa. En todos ellos, con carácter previo y dentro del proceso habitual de su evaluación clínica, se verificó la existencia, o no, de un diagnóstico de Abuso o Dependencia a Sustancias mediante la comprobación en entrevista personal de los criterios diagnósticos DSM-IV-TR. Los controles cumplieron el DAST-20 mediante el mismo procedimiento. Las respuestas a los ítems que componen la DAST-10 fueron extraídas, en cada caso, de las correspondientes al DAST-20.

Para determinar la validez concurrente del DAST como instrumento de screening, se utilizó como patrón de referencia los criterios diagnósticos DSM-IV-TR para Abuso o Dependencia a Sustancias, excluyendo al alcohol o al tabaco. La estabilidad temporal del DAST fue evaluada en un subgrupo de 52 sujetos dependientes se les solicitó que volvieran a responder a los ítems del DAST, entre 3 y 5 días después de haber cumplimentado éste por primera vez.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La consistencia interna de ambas versiones del DAST se valoró aplicando el coeficiente α de Cronbach y la correlación ítem-total corregida. La fiabilidad temporal (test-retest) fue valorada mediante el coeficiente de correlación intraclass (CCI). La estructura interna de ambas versiones del cuestionario se valoró mediante análisis factorial exploratorio con extracción de componentes principales aplicando rotaciones Varimax y Quartimax.

Para determinar la validez discriminante del DAST, comparando los promedios de los dos grupos muestrales, utilizamos la prueba t de Student para muestras independientes, aplicando previamente el test de Levene. De igual modo, se evaluó la validez diagnóstica de cada versión del DAST (sensibilidad, especificidad, VPP, VPN y eficiencia) para cada punto de corte, realizando tablas 2x2 de acuerdo al resultado obtenido en cada cuestionario (test+ / test-) y la existencia, o no, de un diagnóstico de abuso o dependencia según los criterios DSM-IV-TR (caso/no caso), así como el análisis ROC para establecer el punto de corte idóneo en cada una de las versiones del DAST. Al objeto de anular el efecto del azar, se determinó el índice de concordancia (coeficiente κ de Cohen) para el mejor punto de corte obtenido en cada versión del DAST con relación al patrón de referencia diagnóstico (criterios DSM-IV-TR).

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 15.0 para Windows, aceptándose un valor de significación estadística bilateral de $p < .05$.

RESULTADOS

FIABILIDAD

La consistencia interna de ambas escalas fue excelente, registrándose una $\alpha = 0,93$ para la DAST-20 y $\alpha = 0,89$ en el caso de la DAST-10 ($p < 0,000$). Las correlaciones ítem-total corregidas fueron moderadas-altas en ambos casos (DAST-20: $r = 0,40 - 0,82$; DAST-10: $r = 0,41 - 0,81$). Solo en el DAST-20 se registraron dos ítems (nº 2 y 4) en los que la correlación fue baja ($r = 0,31$ y $0,36$, respectivamente).

Las dos escalas evidenciaron una elevada fiabilidad test-retest, evaluada con el coeficiente de correlación intraclass. Mientras el DAST-20 registró un CCI de $0,960$ (IC 95% = $0,930 - 0,977$; $p < 0,000$), en el DAST-10 se obtuvo un CCI = $0,948$ (IC 95% = $0,910 - 0,970$; $p < 0,000$).

VALIDEZ DE CONSTRUCTO

Para determinar la validez de constructo se realizó un análisis factorial exploratorio de los componentes principales con rotaciones varimax y quartimax. Tanto el índice de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO_{DAST-20} = 0,801$ y $KMO_{DAST-10} = 0,861$) como el test de esfericidad de Bartlett ($p < 0,000$ en ambos casos) demostraron la adecuación de la muestra a este tipo de prueba.

Entre los dos modelos de rotación, quartimax permitió una mejor explicación de la carga factorial de los componentes en ambos cuestionarios. En el DAST-20 se extrajeron cinco factores que explicaron el 74,12% de la varianza (Tabla 1). En el caso del DAST-10 se extrajeron dos componentes, justificando el 62,18% de la varianza (Tabla 2). El análisis de componentes principales del DAST-20 extrajo un primer factor con autovalor = 7,550 y que justificó el 37,75% de la varianza en la solución obtenida después de la rotación. Los otros cuatro factores obtuvieron autovalores en el rango 1,155 - 2,479 explicando en su conjunto el 36,37% de la varianza. Las correlaciones entre los distintos factores extraídos en el DAST-20 pueden observarse en la Tabla 2. Solo se determinó la fiabilidad para los tres primeros factores del DAST-20, dado que los dos restantes estaban compuestos por un único componente. En los dos primeros factores se registró una elevada consistencia interna ($\alpha = 0,93$ para el factor I y $\alpha = 0,81$ para el factor II), ,

Tabla 1: Análisis de Componentes Principales DAST-20.

Item	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V
1	0,830				
2			0,725		
3	0,833				
4					0,823
5			-0,563		
6				0,783	
7	0,821				
8	0,778				
9	0,787				
10		0,573			
11	0,688				
12	0,468		0,521		
13		0,590			
14	0,630				
15		0,694			
16		0,842			
17	0,817				
18	0,635				
19	0,755				
20	0,682				
% Varianza	37,75	12,39	8,25	7,95	7,78

En el DAST-10, la situación aparenta ser similar, con un primer componente con autovalor de 4,731 y explicando el 47,31% de la varianza (Tabla 3). Solo se extrajo otro componente con autovalor ≥ 1 (1,487) que justificaba el 14,87% de la varianza. Entre los dos factores extraídos en el DAST-10 se registró una correlación de $r = 0,452$ ($p < 0,000$). El factor I del DAST-10 registró una elevada consistencia interna ($\alpha = 0,89$) y mientras el factor II, compuesto por solo 2 ítems, reflejó una fiabilidad más débil ($\alpha = 0,64$).

En ambos casos podría definirse el factor de mayor varianza (Factor I) como un componente global de la adicción. Junto a éste, en el DAST-20 observamos los siguientes componentes principales: consecuencias sociales (Factor II); pérdida de control (III); alteraciones cognitivas (IV);

Tabla 2: Matriz de correlaciones entre factores del DAST-20 (r de Pearson; $p < 0,000$).

Factor	I	II	III	IV	V
I	1,000				
II	0,602	1,000			
III	0,660	0,568	1,000		
IV	0,417	0,332	0,523	1,000	
V	0,326	0,225	0,354	0,470	1,000

Tabla 3: Análisis de Componentes Principales DAST-10.

Ítem	Factor I	Factor II
1	0,835	
2	0,877	
3		0,831
4		0,688
5	0,848	
6	0,806	
7	0,678	
8	0,476	
9	0,815	
10	0,592	
% Varianza	47,31	14,87

y dependencia (V). En el DAST-10 interpretamos el segundo factor como equivalente al quinto del DAST-10, esto es, dependencia o incapacidad de abstenerse.

VALIDEZ DISCRIMINATIVA Y VALIDEZ CONCURRENTE

Las puntuaciones medias de los dos grupos muestrales ofrecieron diferencias significativas al compararlas ($p < 0,000$), tanto en el DAST-20 (controles: $0,66 \pm 1,16$; casos: $10,67 \pm 3,09$) como en el DAST-10 (controles: $0,40 \pm 0,87$; casos: $5,89 \pm 1,83$).

Realizando un análisis ROC se definieron los puntos de corte óptimos para DAST-20 y DAST-10, bajo el criterio de ser aquellos que ofrecieran mayor equilibrio entre sensibilidad y especificidad. En la versión de 20

Tabla 4: Validez diagnóstica del DAST-20 (porcentajes).

DAST-20 $\geq$	Especificidad	Sensibilidad	VPN	VPP	Eficiencia
1	64,49	100,00	100,00	71,18	81,08
2	84,78	100,00	100,00	85,21	91,89
3	91,30	100,00	100,00	90,98	95,37
4	95,65	97,52	97,78	95,16	96,53
5	98,55	97,52	97,84	98,33	98,07
6	99,28	96,69	97,16	99,15	98,07
7	100,00	94,21	95,17	100,00	97,30
8	100,00	93,39	94,52	100,00	96,91
9	100,00	72,73	80,70	100,00	87,26
10	100,00	66,12	77,09	100,00	84,17
11	100,00	51,24	70,05	100,00	77,22
12	100,00	33,88	63,30	100,00	69,11
13	100,00	19,01	58,47	100,00	62,16
14	100,00	16,53	57,74	100,00	61,00
15	100,00	6,61	54,98	100,00	56,37
16	100,00	6,61	54,98	100,00	56,37
17	100,00	6,61	54,98	100,00	56,37
18	100,00	4,13	54,33	100,00	55,21
19	100,00	3,31	54,12	100,00	54,83

Tabla 5: Validez diagnóstica del DAST-10 (porcentajes).

DAST-10 $\geq$	Especificidad	Sensibilidad	VPN	VPP	Eficiencia
1	76,81	100,00	100,00	79,08	87,64
2	89,86	100,00	100,00	89,63	94,59
3	95,65	95,04	95,65	95,04	95,37
4	97,83	90,91	92,47	97,35	94,59
5	100,00	82,64	86,79	100,00	91,89
6	100,00	54,55	71,50	100,00	78,76
7	100,00	38,02	64,79	100,00	71,04
8	100,00	14,05	57,02	100,00	59,85
9	100,00	11,57	56,33	100,00	58,69

ítems, puntuaciones iguales o superiores a 5 o 6 se mostraron como las más apropiadas. En el DAST-10 se estimó en una puntuación igual o superior a 3. Las áreas bajo la curva (AUC) fueron sensiblemente elevadas en ambos casos: el DAST-20 registró una AUC = 0,998 (CI 95% = 0,996 – 1,000; $p < 0,000$) y, en el caso del DAST-10, el valor del área fue de 0,994 (CI 95% = 0,989 - 0,999; $p < 0,000$).

La Tabla 4 muestra los valores registrados con relación a la validez predictiva del DAST-20, utilizando como “patrón oro” los diagnósticos de Abuso o Dependencia a Sustancias, en los últimos 12 meses, según criterios DSM-IV-TR. Los dos puntos de corte propuestos (5 y 6) mostraron una eficiencia diagnóstica similar, clasificando correctamente al 98,07% de los casos con una sensibilidad, especificidad, VPP y VPN prácticamente iguales. La validez predictiva del DAST-10 se refleja en la Tabla 5. Aun siendo ésta ligeramente inferior a la registrada en el caso del DAST-20, sigue ofreciendo un óptimo punto de corte con una puntuación > 3 , clasificando correctamente al 95,37% de los casos.

El grado de acuerdo entre el punto de corte óptimo de cada versión del DAST y la existencia de un diagnóstico de abuso o dependencia según criterios DSM-IV-TR, utilizando los puntos de corte $\geq 5/6$ (DAST-20) y ≥ 3 (DAST-10) fue muy elevado en ambos casos ($\kappa_{\text{DAST-20}} = 0,96$ para los dos puntos de corte propuestos para el DAST-20, $p < 0,000$; $\kappa_{\text{DAST-10}} = 0,91$, $p < 0,000$). Finalmente, entre las dos versiones del DAST se observó una fuerte correlación ($r = 0,97$; $p < 0,000$).

DISCUSIÓN

La validación en población española del Drug Abuse Screening Test (DAST), en sus formatos de 10 y 20 ítems, ha ofrecido resultados altamente satisfactorios que refrendan su utilidad en el ámbito clínico y de investigación. Los dos instrumentos han reflejado una elevada correlación entre sí, coincidiendo con la registrada por Cocco y Carey (1998) sobre los mismos cuestionarios en lengua inglesa ($r = 0,97$).

Los resultados obtenidos corroboran la elevada consistencia interna registrada en los estudios previamente realizados en distintos tipos de población, tanto para el DAST-20 (Cocco y Carey, 1998; Machado y Klein, 2006; Salstone, Halliwell, y Hayslip, 1994; Skinner, 1982; Skinner y Goldberg, 1986) como para la versión de 10 ítems (Cocco y Carey, 1998;

Yudko, Lozhkin, y Fouts, 2007). De igual modo se ha evidenciado una adecuada fiabilidad test-retest en ambos instrumentos, apoyando los resultados obtenidos en los escasos antecedentes publicados (Bedregal et al., 2006; Cocco y Carey, 1998). La baja correlación del ítem nº 4 con la puntuación total del DAST-20 ratifica el mismo hallazgo advertido en estudios previos (Cocco y Carey, 1998; Staley y El-Guebaly, 1990), sugiriendo que este ítem –así como el nº 2, en nuestra validación– podrían no estar midiendo el mismo constructo que el resto de la escala.

La característica psicométrica más compleja de las distintas versiones del DAST radica en su estructura factorial. Cuando menos, es el aspecto en el que se observa mayor divergencia en los estudios previamente publicados. Skinner y Goldberg (1986), en una muestra de 105 adictos a narcóticos, obtuvieron una solución de factores en el DAST-20 que explicaba el 55% de la varianza: dependencia, problemas sociales, problemas médicos, policonsumo y tratamiento previo. En el presente estudio se han extraído también cinco factores, incrementando la varianza explicada hasta el 74.12%. No obstante, la estructura registrada en nuestro análisis no es igual a la observada por los autores anteriores, posiblemente por el hecho de tratarse de muestras de población sensiblemente distintas. Otros autores han obtenido una estructura de cuatro (Salstone, Halliwell, y Hayslip, 1994) y seis factores (Cocco y Carey, 1998). En consecuencia, parece evidente que el DAST-20 no es un instrumento unidimensional. Sin embargo, todos los estudios realizados demuestran la existencia de un primer factor –englobando diversos aspectos del consumo de sustancias y que agrupa a la mayor parte de los ítems– que predomina marcadamente sobre los demás y con varianzas en el rango 32,5%-41%. En nuestro caso, ese primer factor llegó a explicar el 37,75% de la varianza.

La estructura factorial del DAST-10 presenta una situación similar. En los resultados previos sobre este instrumento predomina la unidimensionalidad, que explica entre el 64,8% y 94% de la varianza (Bedregal et al., 2006; Carey, Carey, y Chandra, 2003). En una solución con tres factores, Cocco y Carey (1998) encuentran un primer componente que justifica el 44% de la varianza mientras cada uno de los otros dos apenas alcanzan el 10%. La solución obtenida en nuestra validación orienta hacia la existencia de dos componentes principales: (I) consumo y consecuencias; (II) dependencia, con una varianza explicada del 62,18%.

Uno de los aspectos más destacados de nuestro estudio es el hecho de que ambas versiones del DAST hayan evidenciado su capacidad para discriminar entre sujetos adictos a sustancias y aquellos que no lo son, con base a los criterios diagnósticos DSM-IV-TR. Los puntos de corte 5/6 en el DAST-20 clasificaron correctamente al 98.07% de la muestra, con sensibilidades entorno al 97% y especificidades del 99%. Se trata de valores ligeramente más elevados que los reportados por otros autores (Cocco y Carey, 1998; Gavin, Ross, y Skinner, 1989) que obtienen, para iguales puntos de corte, una sensibilidad en el rango 84%-96% y especificidad del 79%-83%, situando la eficiencia diagnóstica entre el 81% y 85%. Respecto al DAST-10, nuestros resultados se asemejan a los comunicados por Bedregal et al. (2006) en una población hispana norteamericana. Con un punto de corte ≥ 3 encontramos una eficiencia del 95,4%, con un 95,04% de sensibilidad y una especificidad del 95,65%. En el estudio citado se registraron, para este punto de corte, valores similares ($S = 93\%$; $E = 94\%$; $\text{Eficiencia} = 94\%$) si bien eran ligeramente superados con un DAST-10 ≥ 4 ($S = 90\%$; $E = 97\%$; $\text{Eficiencia} = 95\%$).

Las dos versiones evaluadas del DAST permiten realizar ajustes en sus puntos de corte, dependiendo del nivel de exigencia que se precise, sin afectar en exceso su validez discriminativa. De este modo, si el objetivo se centrara en detectar todos los casos posibles en una muestra poblacional, sería aconsejable utilizar puntos de corte algo inferiores (DAST-20 ≥ 3 y DAST-10 ≥ 2), alcanzando mayor sensibilidad y un VPN = 100%, con una casi inapreciable disminución de la especificidad y del VPP. En cualquier caso, la eficiencia diagnóstica sigue siendo muy elevada (95%) con estos puntos de corte más conservadores.

En conclusión, nuestros resultados evidencian la utilidad del DAST, en sus versiones reducidas de 10 y 20 ítems, como instrumentos de detección de los trastornos por uso de sustancias. Su contrastada consistencia interna y validez predictiva, añadido al hecho de requerir escasos minutos para su aplicación, aconsejan su utilización tanto en el ámbito de la detección comunitaria como en la práctica clínica con sujetos dependientes o abusadores de sustancias.

Agradecimientos. Este artículo se ha realizado en el contexto de la Red de Trastornos Adictivos, Red RTA, RD06/0001/0008, Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III.

REFERENCIAS

- Alexander, D., y Leung, P. (2006). The Marijuana Screening Inventory (MSI-X): Concurrent, convergent and discriminant validity with multiple measures. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32, 351-378.
- Bedregal, L.E., Sobell, L.C., Sobell, M.B., y Simco, E. (2006). Psychometric characteristics of a Spanish version of the DAST-10 and the RAGS. *Addictive Behaviors*, 31, 309-319.
- Bohn, M.J., Babor, T.F., y Kranzler, H.R. (1991). Validity of the Drug Abuse Screening Test (DAST-10) in inpatient substance abusers. *Problems of Drug Dependence*, 199, 233-235.
- Carey, K.B., Carey, M.P., y Chandra, P.S. (2003). Psychometric evaluation of the alcohol use disorders identification test and short drug abuse screening test with psychiatric patients in India. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 767-774.
- Cassidy, C., Schmitz, N., y Malla, A. (2008). Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test and the Drug Abuse Screening Test in First Episode Psychosis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 26-33.
- Cocco, K.M., y Carey, K.B. (1998). Psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test in psychiatric outpatients. *Psychological Assessment*, 10, 408-414.
- El-Bassel, N., Schilling, R., Schinke, S., Orlandi, M., Wei-Huei, S., y Back, S. (1997). Assessing the utility of the Drug Abuse Screening Test in the workplace. *Research on Social Work Practice*, 7, 99-114.
- El-Bassel, N. et al. (2003). Intimate partner violence and substance abuse among minority women receiving care from an inner-city emergency department. *Women's Health Issues*, 13:16-22.
- Gavin, D.R., Ross, H.E., y Skinner, H.A. (1989). Diagnostic validity of the Drug Abuse Screening Test in the assessment of DSM-III drug disorders. *British Journal of Addiction*, 84, 301-307.
- Kemper, K., Greteman, A., Bennett, E., y Babonis, T. (1993). Screening mothers of young children for substance abuse. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 14, 308-312.
- Klitzner, M., Schwartz, R.H., Gruenewald, P., y Blasinsky, M. (1987). Screening for risk factors for adolescent alcohol and drug use. *American Journal of Diseases of Children*, 141, 45-49.
- Kush, F., y Sowers, W. (1996). Acute dually diagnosed inpatients: The use of self-report symptom severity instruments in persons with depressive disorders and cocaine dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 61-66.

- Machado, P., y Klein, J.M. (2006). Avaliação dos antecedentes do consumo de drogas: Propriedades psicométricas do Inventário de Situações de Consumo. Poster presentado al Congresso Internacional de Avaliação: Formas e Contextos. Braga, Portugal. 2006.
- Machado, P., y Klein, J. (2007). Drug dependence and psychological distress in portuguese patients entering a substance abuse treatment centre. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 83-91.
- Maisto, S.A., Carey, M.P., Carey, K.B., Gordon, C.M., y Gleason, J.R. (2000). Use of the AUDIT and the DAST-10 to identify alcohol and drug use disorders among adults with a severe and persistent mental illness. *Psychological Assessment*, 12, 186-192.
- Martino, S., Grilo, C.M., y Fehon, D.C. (2000). Development of the drug abuse screening test for adolescents (DAST-A). *Addictive Behaviors*, 25, 57-70.
- McCabe, S.E., Boyd, C.J., Cranford, J.A., Morales, M., y Slayden, J. (2006). A modified version of the Drug Abuse Screening Test among undergraduate students. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 297-303.
- McCann, B.S., Simpson, T.L., Ries, R., y Roy-Byrne, P. (2000). Reliability and validity of screening instruments for drug and alcohol abuse in adults seeking evaluation for Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *The American Journal on Addictions*, 9, 1-9.
- Newcombe, D., Humeniuk, R., y Ali, R. (2005). Validation of the World Health Organization Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): report of results from the Australian site. *Drug and Alcohol Review*, 24, 217-226.
- Salstone, R., Halliwell, S., y Hayslip, M.A. (1994). Multivariate evaluation of the Michigan Alcoholism Screening Test and the Drug Abuse Screening Test in a female offender population. *Addictive Behaviors*, 19, 455-462.
- Selzer, M.L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *The American Journal of Psychiatry*, 12, 1653-1658.
- Skinner, H.A. The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviors*, 7, 363-371.
- Skinner, H., y Goldberg, A. (1986). Evidence for a drug dependence syndrome among narcotic users. *British Journal of Addiction*, 81, 479-484.
- Staley, D., y El-Guebaly, N. (1990). Psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test in a psychiatric patient population. *Addictive Behaviors*, 15, 257-264.
- Yudko, E., Lozhkina, O., y Fouts, A. (2007). A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 189-198.

ANEXO

Drug Abuse Screening Test - 20 (DAST-20)

1. ¿Ha consumido algún tipo de droga sin prescripción médica?
2. ¿Ha abusado de los medicamentos?
3. ¿Ha consumido más de una droga al mismo tiempo?
4. ¿Puede pasar la semana sin consumir drogas?
5. ¿Siempre que quiere es capaz de parar de consumir drogas?
6. ¿Ha tenido pérdidas de memoria o le han aparecido “imágenes del pasado” como consecuencia de su consumo de drogas?
7. ¿Se ha sentido mal consigo mismo o culpable por su consumo de drogas?
8. ¿Su pareja o sus familiares suelen quejarse de su consumo de drogas?
9. ¿El consumo de drogas le ha creado problemas de pareja o con sus padres?
10. ¿Ha perdido amigos por su consumo de drogas?
11. ¿Ha desatendido a su familia a consecuencia de su consumo de drogas?
12. ¿Ha tenido problemas en el trabajo debido a su consumo de drogas?
13. ¿Ha perdido su trabajo por el consumo de drogas?
14. ¿Se ha peleado con alguien mientras estaba bajo el efecto de alguna droga?
15. ¿Ha realizado alguna actividad ilegal para obtener drogas?
16. ¿Ha sido detenido por posesión de drogas ilegales?
17. ¿Ha notado síntomas de abstinencia cuando deja de consumir drogas?
18. ¿Ha tenido problemas de salud como consecuencia del consumo de drogas? (Por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragias, etc.)
19. ¿Ha solicitado ayuda a alguien por un problema con las drogas?
20. ¿Ha recibido algún tratamiento por un problema de drogas?

Ítems correspondientes al DAST-10: 1, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 15, 17 y 18.

PREVENCIÓN DE SALÓN EN ESPAÑA DURANTE LA DICTADURA DE PRIMO DE RIVERA LA ASOCIACIÓN CONTRA LA TOXICOMANÍA (1926-1931)

Juan Carlos Usó Arnal

(Received / Recibido: 21 / 01 / 2010 - Accepted / Aceptado: 22 / 02 / 2010)

RESUMEN:

En la actualidad se tiene la percepción de que la política preventiva en materia de drogas es algo relativamente reciente. Sin embargo, entre 1926 y 1931 existió en Barcelona la Asociación contra la Toxicomanía, pionera en reivindicar la prevención desde el ámbito privado, aunque estrechamente vinculada a los poderes públicos.

Así como muchos profesionales que hoy intervienen en drogodependencias se lamentan de que los medios de comunicación no dispensan suficiente atención a su trabajo, los responsables de esta asociación nunca manifestaron quejas en este sentido.

La existencia la Asociación contra la Toxicomanía, cuya composición, trayectoria y logros se exponen en este artículo, puede constituir una invitación para abordar un estudio de perspectiva comparada con alguna de las asociaciones existentes actualmente.

Palabras clave: Prevención, Asociación, Toxicomanía, Barcelona, Dictadura de Primo de Rivera

Correspondencia

Juan Carlos Usó Arnal
jcuso@hotmail.com

ABSTRACT:

At present we have the perception that the preventive policies on drugs issues are something relatively recent. Nevertheless, between 1926 and 1931, Barcelona had the Asociación contra la Toxicomanía (Association against Drug Addiction) which was a pioneer in claiming the prevention from the private area background though narrowly linked to the public power.

Although many professionals today dealing with addictions complain that the mass media do not pay enough attention to their work, the people in charge of this association never complained about this matter.

The existence of the Asociación contra la Toxicomanía (Association against Drug Addiction), whose composition, history and achievements are presented in this article, may constitute an invitation to approach a research of perspective compared to some of the existing associations nowadays.

Keywords: Preventive policies, Association, Drug Addiction, Barcelona, Dictatorship of Primo de Rivera

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El acceso a drogas consideradas actualmente peligrosas en la España de finales del siglo XIX y principios del XX era prácticamente libre. En cualquier botica o farmacia se podían conseguir opio y derivados -como láudano y morfina- para combatir todo tipo de dolores agudos; la heroína era especialmente recomendada por la casa Bayer como un eficaz antidepresivo; había pastillas y comprimidos contra la tos de infinidad de marcas (Amargós, Bonald, Caldeiro, Crespo, Davidson, Font, Garcera, Gimbernát, Houdé, Midy, Morelló, Retuerto, Torrens) que incluían cocaína en su composición; los síntomas catarrales se aliviaban con jarabes (Bayer, Madariaga, Villegas) a base de heroína; los cigarrillos Grimault de cannabis se fumaban para calmar los efectos del asma y apaciguar el insomnio; se elaboraban vinos tonificantes (Amargós, Pinedo, Tónica Kola) con hojas de coca y licores estomacales (Montecristo) que contenían hachís; la oferta y la demanda alcanzaban a productos actualmente en desuso como el éter y el cloral... En definitiva, un auténtico arsenal de sustancias y especialidades psicoactivas,

tanto de importación como fabricadas por médicos y farmacéuticos locales, que se anunciaban en periódicos y revistas de información general mediante intensas e insistentes campañas publicitarias. Todos esos medicamentos se presentaban como auténticas panaceas para un sinnúmero de enfermedades, pero muchos de ellos también eran promocionados como estimulantes poco menos que indispensables para afrontar con éxito las exigencias de una época en la que se experimentaban grandes transformaciones.

Algunas monografías médicas nos permiten conjeturar que el hábito de la morfina era la única toxicomanía que se había desarrollado y originaba cierto grado de preocupación entre los profesionales de la medicina (Llorens i Gallard, 1894; Mariscal y García de Rello, 1901; Maseras Ribera, 1913). Sin embargo, como los principales afectados eran precisamente miembros del estamento terapéutico y personas relacionadas —por motivos de parentesco o cercanía— con el mismo y el origen de su hábito había sido iatrogénico, nadie se planteaba organizar una caza de brujas. Hubo casos bastante sonados, como el del escritor y pintor Santiago Rusiñol, quien en 1899 estuvo ingresado en un sanatorio próximo a París para someterse a un tratamiento de desmorfización, pero se puede afirmar sin temor a engaño que el empleo de drogas en general estaba circunscrito a usos terapéuticos convencionales, entre personas adultas, socialmente integradas y ajenas a episodios delictivos.

Aunque durante décadas prevaleció un empleo de psicofármacos que los expertos actuales no dudan en calificar de “juicioso” (Samblás Tilve, 2002), tampoco tardó en manifestarse la existencia de un incipiente consumo lúdico o recreativo en determinados ambientes considerados socialmente indecentes, que inmediatamente fue conceptualizado de abusivo. Seguramente, la primera en prestar atención a estos casos todavía aislados fue la prensa de Barcelona. Así, a finales de 1911 el diario de mayor tirada ya advertía a la opinión pública acerca de los peligros que entrañaban el éter y la cocaína, y ponía como ejemplo el caso de mademoiselle Muguet, una artista francesa de 19 años contratada en el famoso music-hall Edén Concert, que había estado a punto de fallecer recientemente en un manicomio víctima de sus excesos con dichas sustancias (Dr. Serradell, 1911). Cabe pensar, sin embargo, que noticias de este tipo, lejos de sembrar preocupación, contribuirían a dotar a la capital catalana de un aire más cosmopolita y excitante.

Con el estallido de la Primera Guerra Mundial y la política de neutralidad decretada por el gobierno español, Barcelona se vio inundada

por una avalancha de refugiados procedente de toda Europa y en pocos meses el consumo y tráfico de drogas extra terapéutico pasó a ser algo más que un simple secreto a voces. Dos periodistas fueron los primeros en poner el grito en el cielo ante el envenenamiento sistemático de muchas personas en la Ciudad Condal con los denominados “paraísos artificiales”. Así, en otoño de 1915 Mateo Santos desde las páginas de *Germinal*, un diario radical de efímera existencia, abanderó la primera campaña de prensa contra las drogas conocida en el estado español. Según Santos, el consumo era cosa de un puñado de bohemios con ínfulas literarias, en su mayoría pobres imitadores de Baudelaire, y la venta indiscriminada responsabilidad de algunas farmacias poco escrupulosas¹. Justo dos años más tarde, siguiendo los pasos de su colega, Albino Juste, más conocido por el seudónimo de Fray Gerundio, lideró una segunda campaña en el diario republicano y anticlerical *El Diluvio*, centrada en la cocaína. De ser ciertos los datos manejados por Fray Gerundio, en apenas un par de años el número de usuarios de drogas heroicas se había disparado. Sólo los adeptos a la cocaína sumaban 6.500 y su espectro socioprofesional se había diversificado enormemente, pudiendo contarse a banqueros, socios del Liceo, militares, concejales, diputados provinciales, periodistas, señoritas de la aristocracia, policías, empleados, pintores, crupieres, capitanes de barco y hasta religiosos. Por lo demás, los “mercaderes sin conciencia” ya no eran sólo farmacéuticos, auxiliares de farmacia y manebos de botica, sino también profanos que revendían tan psicoactiva mercancía en locales nocturnos y otros establecimientos dedicados al ocio² (Fray Gerundio 1917).

Ciertamente, *Germinal* había sido un diario minoritario, sólo para incondicionales, de escasa difusión y repercusión; pero *El Diluvio* era el diario decano de la prensa republicana en Barcelona, y su redacción estaba abierta a todos los que querían manifestar su opinión o protestar contra alguna injusticia, lo que le confería una gran popularidad. Con

1 SANTOS, Mateo: “Los que envenenan. La felicidad está en un tarro de farmacia”, *Germinal*, 03/11/1915, pp. 1-2; SANTOS, Mateo: “Los que envenenan”, *Germinal*, 04/11/1915, p. 1; SANTOS, Mateo: “Los que envenenan”, *Germinal*, 05/11/1915, pp. 1-2; SANTOS, Mateo: “Los que envenenan”, *Germinal*, 06/11/1915, p. 2; SANTOS, Mateo: “Los que envenenan”, *Germinal*, 09/11/1915, p. 2 y SANTOS, Mateo: “Los que envenenan”, *Germinal*, 11/11/1915, p. 2.

2 FRAY GERUNDIO: “La cocaína en Barcelona. Cómo se envenena al público”, *El Diluvio*, 20/09/1917, pp. 12-13; FRAY GERUNDIO: “Cómo se envenena al público. La venta de la cocaína”, *El Diluvio*, 27/09/1917, pp. 12-13; FRAY GERUNDIO: “Cómo se envenena al público. El escándalo de la cocaína”, *El Diluvio*, 04/10/1917, pp. 10-11; FRAY GERUNDIO: “Cómo se envenena al público. ¡Viva la cocaína!”, *El Diluvio*, 11/10/1917, pp. 11-12; FRAY GERUNDIO: “Con motivo de una campaña. La respuesta del señor Amargós”, *El Diluvio*, 18/10/1917, pp. 10-11 y FRAY GERUNDIO: “Lo de la cocaína. Cómo empezó y cómo acaba”, *El Diluvio*, 25/10/1917, p. 10.

un tirada de entre 15.000 y 17.000 ejemplares, era el periódico que se leía en tabernas y barberías, en los puestos de limpiabotas y en los tranvías, siendo el rotativo preferido por los funcionarios municipales, pequeños tenderos, dependientes de comercio, obreros, etcétera. Y además de la campaña instigada por Fray Gerundio, el rotativo republicano también se hizo eco varios sucesos relacionados con el abuso de cocaína, como el suicidio de Martín Brasca Mónaco, un artista de variedades uruguayo residente en Barcelona³, y la gravísima intoxicación sufrida por el conde de Villanueva de Soto, de 20 años de edad, en un cabaret de San Sebastián⁴.

Las denuncias aparecidas en la prensa, exigiendo mano dura por parte de las autoridades, no cayeron en saco roto y en febrero de 1918 el gobierno español promulgó las primeras medidas para controlar la venta y el uso de drogas, “no sólo en boticas y droguerías, sino en cafés, casinos, bares y otros centros de recreo”, que venían a resumirse en la exigencia de receta médica obligatoria para adquirir todas aquellas sustancias que hasta entonces habían sido de acceso libre. Este cambio legislativo implicaba que los médicos debían asumir, además de su condición de profesionales capacitados con determinados recursos técnicos, una nueva función como psicoterapeutas morales.

En su nuevo papel de agentes de control social, dentro del estamento terapéutico no tardaron en alzarse voces alertando sobre los peligros que representaban las drogas, tanto para la salud física de las personas como para la salud moral del cuerpo social, incitando a la adopción de leyes más enérgicas. Durante el verano de 1921 la intervención del presidente del Colegio de Médicos de Valencia, doctor José Sanchís Bergón, motivó una nueva campaña de prensa en el diario *Las Provincias* contra el consumo de cocaína y morfina en cabarets y music-halls⁵. Tras esta campaña se registró un progresivo endurecimiento de la legislación y un incremento de la represión policial, especialmente tras el golpe de estado del general Primo de Rivera, lo cual no impidió que hasta el propio dictador se viera envuelto en un feo asunto, que lo enfrentó a jueces e intelectuales como Unamuno, por interceder en favor de una bailarina acusada de traficar

3 “Suicidio”, *El Diluvio*, 09/08/1917, p. 17.

4 “La cocaína”, *El Diluvio*, 19/09/1917, p. 15.

5 “La morfina y la cocaína en los cabarets y music-halls”, *Las Provincias*, 05/07/1921, p. 1; “La cocaína y la morfina en cabarets y music-halls”, *Las Provincias*, 07/07/1921, p. 1; “El inspector provincial de Sanidad explica su intervención”, *Las Provincias*, 08/07/1921, p. 1; “Una carta del presidente del Colegio Médico”, *Las Provincias*, 09/07/1921, p. 1; “Una carta del inspector de Sanidad”, *Las Provincias*, 10/07/1921, pp. 1-2 y “La cocaína y sus víctimas”, *Las Provincias*, 12/07/1921, p. 5.

con drogas conocida con el sobrenombre de La Caoba. Un buen número de usuarios y vendedores callejeros fueron detenidos, las autoridades impusieron fuertes multas y fianzas a boticarios, drogueros y mayoristas, y hasta llegó a decretarse el cierre de algunas farmacias. Sin embargo, la adulteración de drogas en la calle, especialmente en el caso de la cocaína, comenzó a estar a la orden del día y la falsificación de recetas médicas surgió como una nueva práctica delictiva. No sólo la denominada prensa de referencia, sino hasta los más modestos periódicos de provincias se hacían eco de los sucesos relacionados con drogas que tenían lugar en Barcelona, Madrid y Valencia, destacando siempre aquellos aspectos más dramáticos y memorables: intervenciones de Gobernadores civiles y demás autoridades, detenciones de consumidores y traficantes, decomisos, nombramiento de jueces y fiscales especiales, juicios, intoxicaciones agudas, muertes por sobredosis, etcétera.

Con los excesos, también hicieron su aparición en escena los primeros especialistas en toxicomanías y en tratamientos de desintoxicación. El más reputado fue el doctor César Juarros, que alcanzó cierto prestigio tras la publicación de varios artículos y libros sobre la morfinomanía⁶. Por su parte, el doctor Antonio Pagador también se dio a conocer a través de un texto, presentado en una conferencia suya en el Ateneo de Madrid, en el que mezclaba de forma difusa ciencia e ideología, donde las páginas de contenido más técnico se hallaban jalonadas de alegatos en defensa de la moral y las buenas costumbres, mostrando su miedo a la modernización y secularización de la sociedad y clamando por la vuelta a la España de los valores tradicionales⁷. Otros especialistas, como el

6 Iniciado en el terreno de la Sanidad Militar, el psiquiatra clínico y psicopedagogo César Juarros Ortega publicó por orden cronológico: "Los alcalinos en el tratamiento de la morfinomanía", *Anales de la Academia Médico-Quirúrgica Española*, t. V, 1919; Tratamiento de la morfinomanía, Madrid, Saturnino Calleja, 1920; "Diagnóstico de la morfinomanía", *Anales de la Academia Médico-Quirúrgica Española*, t. XIII, 1926; Los engaños de la morfina, Madrid, Compañía General de Artes Gráficas, 1929 y El hábito de la morfina (Clínica y terapéutica), Madrid, J. M^o Yagües editor, 1936. Durante la II República fue diputado a Cortes de la Derecha Liberal Republicana por la circunscripción de Madrid entre 1931 y 1933.

7 PAGADOR, Antonio: Los venenos sociales. Opio. Morfina. Psicopatología de los intoxicados y tratamiento de la desintoxicación, Barcelona, Antonio López librero, 1923. En su momento, el doctor Pagador llegó a estar considerado como una "autoridad indiscutible" en toxicología, "tanto en Europa como en América". Entre sus méritos se contaba el hecho de ser "quien curó radicalmente del vicio de las drogas heroicas" al escritor y pintor Santiago Rusiñol". Con la finalidad de poder disponer de medios para continuar sus trabajos, "ingresó, mediante oposición, en el Cuerpo diplomático", pasando a desempeñar diversas "misiones en países donde le interesaba realizar determinados estudios sobre las drogas heroicas". En 1927 se trasladó a México, donde se relacionó y frecuentó los círculos científicos de aquel país, "iniciando y guiando a los propios investigadores de allá, en la ardua labor de penetrar en el misterioso campo de las drogas heroicas". Durante su estancia México "se dedicó incansablemente al examen de viciosos", deteniéndose especialmente en la observación de consumidores de marihuana y peyote. Frecuentó el departamento de Salubridad Pública, hospitales, el manicomio de Castañeda, cárceles y el departamento de Narcóticos, pero interesado también en el desarrollo y práctica del comer-

doctor R. de Vera, optaban por insertar anuncios en periódicos de gran difusión, garantizando una “curación rápida sin sufrimientos” de la morfinomanía basada en el “método americano de Columbian University, y europeo, del Dr. Mally”⁸.

Corría la década de los felices o locos años 20 y la morfina, la cocaína y en menor medida el opio se habían puesto de moda. Nada conseguía erradicar, ni siquiera frenar, el tráfico ilícito y el consumo de drogas. Hasta el ministro de la Gobernación, general Martínez Anido, quien se había ganado fama de hombre duro e implacable durante la represión del movimiento anarco sindicalista en Cataluña, tenía que soportar las correrías de una hija morfinómana por los cabarets barceloneses. A nivel literario, autores como Antonio de Hoyos y Álvaro Retana hacían referencias constantes al uso extra terapéutico de drogas en muchas sus obras, José Mas veía como sus “novelas alucinantes” se reeditaban una y otra vez⁹ y Andrés Guilmán excitaba la imaginación de sus lectores con narraciones cortas que podían llevar títulos tan explícitos como *Gaby la morfinómana* (1926). A nivel periodístico, gran parte del éxito cosechado por el semanario ilustrado barcelonés de carácter sensacionalista *El Escándalo* (1925-1926) se debía a los extensos reportajes sobre el tema publicados bajo grandes titulares —“Cocaína”, “La tragedia de los paraísos artificiales”, “¡Cuidado con la marihuana!”, “Los venenos de la mala vida”, “Mademoiselle Cocó”, “Un fumadero de opio”, etcétera—, que solían presentar el uso de drogas como algo reservado a los más exquisitos degustadores de la vida. Por si fuera poco, una de las canciones de mayor aceptación entre el público era “El tango de la cocaína”, con música del conocido maestro Joan Viladomat —autor también del aclamado tango “Fumando espero”— y letra del no menos popular Josep Amich, Amichatis.

cio ilícito de drogas, solía asimismo internarse en los barrios bajos de la capital mexicana, haciéndose acompañar muchas veces de “viciosos y traficantes, para desentrañar todos los secretos de tan pernicioso comercio”. De México pasó a Cuba, Chile, Bolivia y Perú, y en aquel país estudió minuciosamente la planta de la coca. Después marchó a Nueva York, donde “se introdujo en todos los medios del vicio, descubriendo y apoderándose de muchos secretos de los comerciantes ilegales en todo género de drogas”. Estando en Nueva York consiguió que el gobierno español le comisionara nuevamente a fin de completar los estudios realizados en Perú y concluir un gran proyecto que había expuesto al presidente Leguía, y que, de haberse puesto en práctica, “hubiera dejado sujeta a completo control de las autoridades la producción y venta de la cocaína”. Nombrado representante de la Comisión especial creada por la Liga de las Naciones para la lucha contra las drogas, el doctor Pagador falleció a principios de 1931 en extrañas circunstancias durante una travesía del Canal de Panamá. Cfr. BARBERÁN, José L.: “La universal y milenaria manía de los tóxicos”, *Ahora*, 23/05/1933, pp. 33-35.

⁸ ABC, 28/09/1922, p. 24.

⁹ Los sueños de un morfinómano (Madrid, Galatea, 1921) se reeditó al menos tres veces y El baile de los espectros (Madrid, Los Contemporáneos, 1924) alcanzó como mínimo cuatro ediciones.

Fue en este contexto, precisamente en el momento en que las drogas comenzaban a incorporarse a la cultura popular a través de la música, la literatura y la prensa de masas¹⁰, cuando se constituyó en Barcelona la autoproclamada Asociación contra la Toxicomanía, que supuso el primer intento en España de articular unos recursos preventivos y asistenciales en materia de drogas desde del ámbito privado.

EL HECHO FUNDACIONAL

En el origen de las instituciones casi siempre suele encontrarse una persona. Pero en el caso que nos ocupa es difícil pronunciarse taxativamente en este sentido, porque, si bien existen indicios para pensar que esa persona clave fue la doctora María Luisa Quadras Bordes, quizá porque se trataba de una sociedad dominada por hombres, siempre prevaleció la idea de que el hecho fundacional de la Asociación contra la Toxicomanía partió de una impulso colectivo.

A falta de otros datos, podemos considerar la conferencia pronunciada el 16 de abril de 1926 por la doctora Quadras Bordes sobre la “Morfino-cocainomanía”, que se publicaría en la *Revista Médica de Barcelona*, como el germen inicial de la asociación. Lo cierto es que el 27 de ese mismo mes, un grupo de médicos se reunió en la sede el Gobierno civil de Barcelona con la doctora Quadras Bordes al objeto de intercambiar impresiones respecto a las bases que debían regir para crear una institución que sirviera para combatir la toxicomanía, que según el diario *La Vanguardia* se encontraba “tan extendida” en la ciudad. Tres días después la doctora Quadras Bordes desarrolló otra ponencia sobre la forma de implicarse en “campañas de propaganda sanitaria”, que a la postre resultaría decisiva para aunar voluntades. Como las dos comunicaciones la doctora Quadras Bordes tuvieron lugar en la sede de la Academia de Higiene de Cataluña, que entonces ya contaba con treinta y cinco años de andadura, todos se mostraron de acuerdo en que esta sociedad fuera considerada como la auténtica “alma mater” de la nueva empresa. Finalmente, a mediados de mayo de 1926 se constituyó formalmente en el local del Colegio de Médicos de Barcelona la denominada Asociación contra la Toxicomanía. La presidencia y la secretaría de la nueva entidad recayeron por aclamación en el gobernador civil, general Joaquín Milans

10 USÓ, Juan Carlos: *Drogas y cultura de masas (España 1855-1995)*, Madrid, Taurus, 1996.

del Bosch y Carrió, y en la propia doctora Quadras Bordes, respectivamente. En la primera sesión plenaria, además de aprobarse los estatutos, se acordó el nombramiento de un comité de honor, y se designaron una junta permanente y una junta de delegados.

Un artículo de prensa firmado por la flamante secretaria constituyó la tarjeta de presentación de la asociación:

Opio, morfina, cocaína... Sustancias estupefacientes, nuevas formas de vicio moderno, que a su perniciosa acción vemos segar vidas en plena juventud y apagarse inteligencias en las tinieblas de la locura.

El abuso del alcohol, tan extendido y portador de tantas desgracias, ha encontrado en el opio, morfina, cocaína, etc., nuevos aliados para lanzar en desenfrenada carrera hacia la degeneración [a] nuestra sociedad.

Las toxicomanías van ensanchando su esfera de acción y el número de sus víctimas es cada día mayor.

Son muchos los infelices que por ignorancia, o guiados por criminales manos, llaman a la puerta donde dicen hallarán la maga creadora de paraísos artificiales y la que quita todos los dolores. Penetran en su mansión y, al caer la venda que cubre sus ojos y darse cuenta de su estado, desean retroceder, pero ya no es posible; la puerta se cerró tras ellos y la droga, cual terrible pulpo, los encadena en sus tentáculos y no suelta fácilmente su presa.

Es extraordinariamente peligrosa esa LEPROA SOCIAL y su funesta influencia ya no queda reducida a un círculo determinado, como en un principio, sólo tributaria de los antros de depravación y vicio. Hoy las víctimas del contagio se encuentran en todas las esferas sociales y va sumándose el número de las que pagan sus consecuencias con la vida, tras los muros de una cárcel o de un manicomio.

Es una amenaza contra la cual hay que precaverse y, si es cierto que existen mercaderes sin conciencia y traficantes de la salud pública por el vil lucro, contrarrestemos su acción ilustrando debidamente al pueblo para que conozca las terribles consecuencias del abuso de estos venenos, unido a que la ley caiga con todo su rigor sobre aquéllos, en proporción al daño causado, que es tan grande, que incluso puede poner en peligro el porvenir de una raza.

Procuremos apartar de la sociedad ese ambiente envenenado, que todo lo impregna y transforma nuestra juventud en piltrafa humana. Saturemos esa atmósfera de sanos principios y en la mente de todos quede grabada la funesta influencia de ciertas herencias morbosas y la necesidad de observar una vida moral por consideración a los hijos y a la raza.

En artículos sucesivos me propongo dar a conocer los trastornos que causan en nuestro organismo el abuso de cada uno de estos tóxicos¹¹.

Este texto inaugural venía a resumir no sólo las aspiraciones morales que inspiraban a los miembros de la recién creada entidad, sino determinadas preocupaciones eugenésicas, basadas en una idea de higiene de la raza muy extendida en la época. El uso de drogas se contemplaba como un peligro para la descendencia, cuyas consecuencias podían traducirse en una degeneración. De ahí que se impusiera una caracterización dual de la toxicomanía y su tratamiento: como una enfermedad individual, que afectaba a la salud de las personas, y a la vez como un vicio social, que se extendía por obra y gracia del proselitismo.

ÓRGANOS DE GOBIERNO Y DE APOYO

Además del presidente, inicialmente la Junta permanente estaba compuesta por Enrique Lassala, presidente de la Audiencia; jefe superior de Policía; el jesuita P. Jaume Pijiula, fundador el Instituto Biológico de Sarriá; conde de Belloch; doctor Manuel Saforcada, catedrático de Medicina legal y Toxicología y Presidente de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología; doctor Antonio Salvat Navarro, catedrático de Higiene y presidente de la Academia de Higiene de Cataluña; Aniceto Bercial, inspector provincial de Sanidad; doctor Octaviano Navarro Perarnau, teniente de alcalde delegado de Sanidad; y los también médicos Moragas Pomar, López, Soley y Comas Camps. Mención aparte merece la doctora Quadras Bordes, que en una de las primeras sesiones plenarias fue nombrada “secretaria perpetua”. Más tarde también se sumarían a este órgano ejecutivo permanente el doctor Ferrer Cagigal, catedrático de

11 DRA. QUADRAS BORDES: “Las toxicomanías”, *El Diluvio*, 11/06/1926, p. 11.

Histología de la Facultad de Medicina, el general Soler Garde, inspector general de Sanidad, y el doctor Lliteras.

La Asociación contra la Toxicomanía también disponía de una Junta de delegados, en la que concurrían exclusivamente profesionales -doctores Oliver Rodés, Pons Freixa, Mur Ainsa, Bellido, Cirera, Durán Arrom, Corominas, Cortés, Trías, Canivell, López Lloret, García Tornell- en representación de las más altas instituciones médicas: Colegio de Médicos, Academia de Higiene de Cataluña, Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña, Instituto Médico-Farmacéutico, Facultad de Ciencias, Facultad de Farmacia, Real Academia de Medicina y Cirugía, Sociedad Médico-Farmacéutica de los Santos Cosme y Damián, Academia de Medicina Práctica, cuerpo consultivo de médicos forenses, etcétera.

La composición del Comité de honor reflejaba el esfuerzo por implicar en la empresa a las principales autoridades civiles, militares y religiosas. Así, podemos destacar inicialmente las figuras del obispo de Barcelona, presidente de la Audiencia, capitán general de Cataluña, alcalde de Barcelona, presidente de la Diputación, rector de la Universidad, comandante de Marina, delegado de Hacienda y director general de Sanidad. En apenas un mes de andadura, la Asociación contra la Toxicomanía pudo contar con el "real patrocínio" otorgado por las reinas Victoria Eugenia y María Cristina, y en octubre de 1926 también fueron designados miembros del referido Comité de honor los ministros de Instrucción Pública y Bellas Artes y de Gracia y Justicia. Sin embargo, el mayor éxito en este sentido se consiguió al mes siguiente, cuando el rey Alfonso XIII consintió en aceptar la presidencia honoraria de la entidad.

Atendiendo a una sugerencia de la reina Victoria Eugenia, a finales de 1927 también se acordó la formación de un patronato de señoras, cuya principal contribución sería recaudar fondos para la creación de un sanatorio para el tratamiento exclusivo de toxicómanos. Así, a principios de 1928 quedó formalmente constituida la junta el Patronato Auxiliar de Damas de la Asociación contra la Toxicomanía, formada por la siguientes señoras: presidenta, marquesa de Castellbell y baronesa de Maldá; vicepresidenta, marquesa de Villamediana; secretaria, Julia Barrera de Fuensanta; tesorera, Josefa Casagemas, viuda de Llopis; contadora, María Doménech de Cañellas; y vocales, marquesa de Masnou, condesa de Lacambra, condesa de Valle de Canet, señoras de Gassó Vidal y de Salvat Navarro, viuda de Farnés, Teresa del Pino de Milans del Bosch, Ana Vidal Sala de Rocamora, Dolores Moreno Churruca de Bufalá, Isabel

Cintrón de Despujol, Ángeles Morera de Díaz, Asunción Castell de Coll, Concepción Cors de Pons-Tusquets y las señoritas Lassala. Los mayores anhelos de dicha junta se vieron colmados en mayo de 1929 al aceptar su presidencia honoraria la reina Victoria Eugenia, quien no tuvo inconveniente en emular de este modo el gesto de su marido con la institución matriz.

La Asociación contra la Toxicomanía recibió otro espaldarazo institucional durante el verano de 1930, cuando en la *Gaceta de Madrid* se publicó una Real Orden dictada por el ministro de la Gobernación en virtud de la cual pasaba a recibir la consideración de “entidad oficial”.

Por último, debe ponerse de relieve que la presidencia siempre estuvo vinculada al titular del Gobierno civil de Barcelona. Así, a principios de 1930, cuando el general Ignacio de Despujol sucedió a Milans del Bosch al frente del Gobierno civil, también lo sustituyó en la presidencia de la Asociación contra la Toxicomanía. Finalmente, José Márquez Caballero, último gobernador civil de la monarquía, fue quien presidió la entidad durante unos meses antes de la proclamación de la II República.

PRESENCIA EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

En la actualidad, muchos profesionales que intervienen en drogodependencias se lamentan de que los medios de comunicación no dispensen suficiente atención a su labor y de que su trabajo preventivo no sea amplificado como se merece. No nos consta, sin embargo, que los responsables de la Asociación contra la Toxicomanía participaran de quejas por el estilo, sino todo lo contrario. De hecho, si tomamos *La Vanguardia* —uno de los diarios más leídos de España, con una tirada superior a los 100.000 ejemplares— como periódico de referencia, podemos observar que en seis años el principal diario de Barcelona publicó no menos de un centenar de documentos, entre artículos y noticias breves, dedicados informar a los lectores acerca de la labor y actividades de la entidad:

1926 = 13	1927 = 20	1928 = 20	1929 = 18	1930 = 22	1931 = 7
16.05.1926	19.01.1927	10.01.1928	22.01.1929	16.02.1930	04.01.1931
28.05.1926	26.01.1927	27.01.1928	23.01.1929	28.02.1930	20.01.1931
20.06.1926	24.02.1927	04.02.1928	03.03.1929	16.03.1930	27.01.1931
24.06.1926	25.03.1927	29.02.1928	09.03.1929	20.05.1930	28.01.1931
27.06.1926	29.03.1927	06.03.1928	05.04.1929 (2)	21.05.1930	27.02.1931 (2)
30.06.1926	19.04.1927	11.03.1928	09.04.1929	22.05.1930	05.03.1931
20.07.1926	30.04.1927	25.03.1928	19.05.1929	23.05.1930	
08.08.1926	10.05.1927 (2)	22.04.1928	25.05.1929	25.05.1930	
06.10.1926	03.06.1927	06.05.1928	29.05.1929	27.05.1930	
15.10.1926	22.06.1927	10.05.1928	31.05.1929 (2)	05.06.1930	
24.10.1926	09.07.1927	11.05.1928	16.07.1929	05.07.1930	
16.11.1926	14.07.1927	15.05.1928	28.09.1929	20.07.1930	
16.12.1926	04.08.1927	23.06.1928	24.10.1929	08.08.1930	
	23.08.1927	27.06.1928	03.12.1929	04.10.1930	
	25.10.1927	13.09.1928	04.12.1929	21.10.1930	
	11.11.1927	16.10.1928	17.12.1929	23.10.1930	
	12.11.1927	21.10.1928		29.10.1930	
	18.12.1927	18.11.1928		07.11.1930	
	20.12.1927	27.11.1928		13.11.1930	
		05.12.1928		10.12.1930	
				17.12.1930	
				20.12.1930	

Por lo demás, la cobertura informativa de la Asociación contra la Toxicomanía no corrió a cargo únicamente de *La Vanguardia*. Otros diarios de gran difusión en la capital catalana, como *El Diluvio*¹² y *Diario de Barcelona*¹³, periódicos locales y regionales, como *Diario de Gerona*¹⁴, e incluso de provincias de fuera de Cataluña, como *Diario de Castellón*¹⁵, también se encargaron de pregonar la existencia de la entidad, asumiendo indirectamente el papel de instrumentos de educación y prevención de los consumos de drogas.

12 Ver "Asociación contra la Toxicomanía", *El Diluvio*, 08/08/1926, p. 11; "Asociación contra la Toxicomanía", *El Diluvio*, 05/02/1927, p. 26; "Asociación contra la Toxicomanía", *El Diluvio*, 06/04/1927, p. 27; "Asociación contra la Toxicomanía", *El Diluvio*, 08/04/1927, p. 12; "Asociación contra la Toxicomanía", *El Diluvio*, 19/04/1927, p. 8; "Asociación contra la Toxicomanía", *El Diluvio*, 03/06/1927, p. 11; "Asociación contra la Toxicomanía", *El Diluvio*, 18/12/1927, p. 14.

13 "Asociación contra la Toxicomanía", *Diario de Barcelona*, 26/06/1926, p. 16; "Asociación contra la Toxicomanía. Acto inaugural", *Diario de Barcelona*, 29/06/1926, p. 3; "La Asociación contra la Toxicomanía", *Diario de Barcelona*, 31/05/1927, p. 20.

14 "Jornadas regias", *Diario de Gerona*, 04/06/1930, p. 3.

15 "Contra la toxicomanía", *Diario de Castellón*, 20/06/1926, p. 5.

LABOR Y ACTIVIDADES

Gracias a la información publicada por los periódicos podemos reconstruir una cronología que abarca la labor y actividades realizadas por la Asociación contra la Toxicomanía desde el momento de su fundación hasta su extinción.

1926

27 de junio (domingo)

En el Paraninfo de la Universidad de Barcelona se celebra el acto inaugural de la “campana educativa contra los venenos sociales”, que es calificada de “humanitaria cruzada”, y cuya finalidad es “poner de manifiesto los daños causados al individuo, a la sociedad y a la raza por el uso indebido de las sustancias estupefacientes” y, de este modo, “evitar futuras víctimas de la toxicomanía”. La doctora Quadras Bordes hace un llamamiento a todos los presentes en general, y en particular “a los maestros y sacerdotes”, para que contribuyan a “combatir el nefasto vicio de la toxicomanía en beneficio de la raza y de nuestra querida patria”. Por su parte, el doctor Saforcada pronuncia una conferencia sobre “Etiología, semiología y terapéutica de la toxicomanía”, en la que se refiere con dramatismo a las “crisis de abstinencia” sufridas por los toxicómanos y destaca la “perversión” y el “embrutecimiento de estos enfermos” como el origen de “gran número de reacciones antilegales”. Clausura el acto el general Milans del Bosch, quien insiste en la “necesidad de perseverar en la humanitaria cruzada contra la toxicomanía en beneficio de la raza y de la patria”.

19 de julio (sábado)

En una sesión plenaria se da cuenta de la adhesión de los Colegios Médicos de Valencia, Madrid, Málaga, Sevilla, Álava, Córdoba y Palencia a la campaña emprendida por la asociación.

7 de agosto (sábado)

La junta permanente manifiesta la necesidad de encontrar un “lugar apropiado para el tratamiento de los toxicómanos pobres, que deseen librarse de su funesto vicio”.

14 de noviembre (domingo)

En el Salón de Ciento de la Casa Consistorial de Barcelona se celebra la sesión inaugural del curso de organizado por la entidad. Durante la misma se pronuncian tres conferencias: “Cómo se llega a la toxi-

comanía, deber de todo ciudadano de contribuir a la extinción de esta plaga”, a cargo del doctor Comas Camps, que se publicaría en la *Revista Médica de Barcelona*; “Fines perseguidos por la Asociación contra la Toxicomanía”, por la doctora Quadras Bordes, que también vería la luz en la *Revista Médica de Barcelona*, e “Influjo de la toxicomanía en el contingente de anormales y dementes”, a cargo del doctor Ferrer Cagigal. Varios de los oradores insisten en la “necesidad de medidas coercitivas” que deberían adoptarse.

15 de diciembre (miércoles)

Durante una sesión plenaria celebrada en el Colegio de Médicos de Barcelona, los doctores Bercial, Saforcada y Comas Camps dan cuenta de una ponencia sobre “Sanatorios para toxicómanos”. Por su parte, la doctora Quadras Bordes aboga por la necesidad de la promulgación de una ley que obligue al internamiento de los toxicómanos en sanatorios especiales, con la doble finalidad de “atender a su curación y evitar el proselitismo”.

1927

19 y 26 de enero (miércoles)

Se anuncia en prensa la celebración de un ciclo de conferencias organizado conjuntamente por la Academia de Higiene de Cataluña, la Junta provincial de Protección a la Infancia, el Comité de Mejoras Sociales, la Federación Sindical de Obreras y la Asociación contra la Toxicomanía.

23 de febrero (miércoles)

Durante la reunión de la junta plenaria se acuerda hacer pública la implantación en Barcelona de “recetas selladas para el despacho de estupefacientes”, que hace algunos años ya fueron implantadas en Valencia, hace algunos meses en Madrid y más recientemente en Sevilla.

6 y 8 de abril (miércoles y viernes)

La prensa informa que la Asociación contra la Toxicomanía se ha ocupado de tres enfermos toxicómanos, a los cuales ha facilitado medios para atender su dolencia.

18 de abril (lunes)

En la reunión de la Junta permanente se anuncia que el doctor Manuel Mer y Güell, director del Instituto Municipal de Beneficencia, ante la ausencia de un lugar más indicado, realiza trámites oportu-

nos para que los “enfermos toxicómanos indigentes” sean admitidos temporalmente en el Asilo del Parque. También se pone de relieve que la asociación “ha proporcionado medios a dos enfermos más que deseaban librarse de su toxihabitación”.

9 de mayo (lunes)

El doctor Navarro Perarnau da cuenta de un proyecto para la construcción de un sanatorio, que en principio es aceptado y cuenta con el voto de confianza de la junta permanente, pero que deberá ser sometido a la opinión del pleno.

12 de mayo (jueves)

Se rinde tributo al presidente de la entidad, general Milans del Bosch, a quien se hace entrega de una placa de oro y plata, “en testimonio de gratitud por el apoyo dispensado a la obra y por la admirable labor que ha realizado”.

2 de junio (jueves)

En una reunión de la Junta permanente se da cuenta de haber atendido a tres toxicómanos más, a los cuales “ha dado facilidades para librarse de su toxihabitación”.

13 de julio (miércoles)

Se acuerda solicitar por escrito ayuda económica a las corporaciones oficiales y particulares a través de una carta, rubricada por el presidente, general Milans del Bosch, en los siguientes términos:

“Esta Asociación fundada desde hace un año y que ha venido laborando para evitar que esa pandemia que tantos estragos hace, y es cada vez más extendida, siendo gran número las víctimas que han sucumbido a la nefasta acción de los tóxicos y como el ideal perseguido por esta entidad es, además de realizar una campaña educativa para evitar que nuevos seres se deslicen por la pendiente de su ruina física y moral, desea también como medio profiláctico y a la vez curativo, contar con un sanatorio (no existente hoy), donde los enfermos sean debidamente atendidos, desempeñando el doble papel de evitar el contagio tan frecuente en estos pacientes y en muchas ocasiones reintegrar a la sociedad un ser apto para colaborar en la misma y no hacerlo tributario del manicomio y de la muerte, como ocurre hoy por falta de medios para tratarla. Como que esta empresa es de importancia y la Asociación contra la Toxicomanía no cuenta con medios económicos suficientes para realizarla, acude a V. E. y a esa Corporación, esperando nos dispensará el honor de manifestarnos si nos prestarán su ayuda, rogándole indique con qué cantidad esta Corporación con-

tribuiría en nuestra obra, ya que es de todos y a todos nos interesa, y la realización de la misma no es más que un beneficio para nuestra querida España, librándola en parte de un mal social que, cual terrible avalancha, nos amenaza, queriendo arruinar a muchos miles de nuestros hermanos, transformando hombres y mujeres sanos en verdaderas piltrafas y seres inútiles para la sociedad”.

4 de agosto (jueves)

Se anuncia la publicación de la conferencia que pronunció el doctor Saforcada en el Paraninfo de la Universidad de Barcelona durante el acto inaugural de la “campaña educativa” emprendida.

22 de agosto (lunes)

La junta permanente cuenta de algunas suscripciones recibidas en respuesta a la petición de ayuda económica: marqués de Foronda, 250 pesetas anuales; Vicente Coma Ferrer, 250 pesetas anuales; conde de Lacambra, 200 pesetas anuales; José Pou y Sabater, 125 pesetas anuales y Augusto Casarramona, 25 pesetas mensuales. Además, se consignan dos donativos de 50 pesetas realizados por la Unión Patriótica¹⁶ y el marqués de Marianao.

25 de octubre (martes)

La asociación dedica a S.M. el Rey Alfonso XIII un pergamino en señal de agradecimiento por “haber aceptado la presidencia honoraria de la misma”.

18 de diciembre (domingo)

En la Sala de Consejos de la Universidad de Barcelona, ante una numerosa concurrencia, “en la que predominan las señoras y señoritas”, tiene lugar la inauguración del curso de conferencias y otros trabajos organizados por la entidad. Durante la misma, el doctor Alberto López Lloret desarrolla el tema “El gran peligro de la toxicomanía”. En su discurso, el gobernador civil de Barcelona y presidente de la asociación, general Milans del Bosch, reconoce no haber conseguido grandes logros materiales, aunque se muestra satisfecho de la labor realizada en el plano moral. También lamenta la falta de “los recursos necesarios”, pero asegura que verdaderamente importante es “no desfallecer en la empresa”.

16 Partido político circunstancial y oportunista, creado por el propio dictador, general Miguel Primo de Rivera, como una asociación de ciudadanos que integraría a toda la sociedad y sustituiría a los partidos tradicionales, a los que consideraba corruptos, con el fin de dar soporte y mantenimiento a su régimen militar.

1928

28 de febrero (martes)

El doctor J. Fuster y el arquitecto Germán Rodríguez Arias presentan ante la junta permanente el proyecto de sanatorio para toxicómanos que se les había encomendado.

8, 15 y 22 de marzo (jueves)

En la Casa Llibre se celebran tres “tés selectos” de “abono”, a beneficio del sanatorio de toxicómanos, organizados por el Patronato Auxiliar de Damas.

29 de marzo (jueves)

Se celebra un “té extraordinario”, organizado por el Patronato Auxiliar de Damas, con el fin de recaudar fondos para la construcción de un hospital para toxicómanos.

17 de mayo (jueves)

En el Hotel Ritz se celebra un “baile de gala”, organizado por el Patronato Auxiliar de Damas, en honor de Alfonso XIII, con motivo de su cumpleaños, y a beneficio del hospital para toxicómanos. El evento es calificado por la prensa como “una de las fiestas más brillantes de nuestra Barcelona elegante y mundana”.

23 de junio (sábado)

En el Salón Doctoral de la Universidad de Barcelona tiene lugar la sesión de clausura del curso. Durante la misma el doctor M. Borrás de Palau, director del Hospital de incurables, desarrolla el tema “La toxicomanía en Barcelona: orientaciones para una campaña profiláctica” y termina su intervención proponiendo una “fuerte propaganda, por la que se inculque a todas las clases sociales la más profunda aversión al uso indebido de estas drogas”. Luego el doctor J. Fuster desarrolla el tema “El aspecto médico legal de la lucha contra la toxicomanía”, en el que demuestra “ineficacia” de la legislación vigente sobre “represión y comercio clandestino de tóxicos”, expone las medidas que a su juicio deben tomarse contra la toxicomanía, tanto a nivel estatal como internacional, reclama una “colaboración íntima entre la medicina y la ley” e insiste en la “necesidad de que todos los toxicómanos sean atendidos en sanatorios a ellos exclusivamente dedicados”. En la clausura del acto, el gobernador civil de Barcelona y presidente de la asociación, general **Milans del Bosch**, se declara “muy satisfecho” por la labor desarrollada “muy digna de tenerse en

cuenta" y por los "resultados positivos", a pesar de las "dificultades existentes".

4 de diciembre (martes)

El gobernador civil, general Milans del Bosch, anuncia en rueda de prensa que la Asociación contra la Toxicomanía remitirá al ministro de la Gobernación "dos mociones" en materia de política de drogas "para su aprobación".

1929

23 de enero (miércoles)

La asociación anuncia a través de la prensa que su local social se encuentra abierto en la calle de Santa Ana, número 28, en las instalaciones del Colegio de Médicos, y que su secretaría permanecerá abierta al público todos los viernes de siete a ocho de la tarde.

8 de marzo (viernes)

Ante la próxima celebración en Barcelona de un congreso auspiciado por la Asociación Española para el Progreso de las Ciencias, la Junta permanente de la entidad acuerda constituir una "sección de toxicología", integrada por las siguientes personas: presidente, general Milans del Bosch; vicepresidentes, catedrático de Medicina legal y Psiquiatría doctor Saforcada; catedrático de Histología doctor Ferrer y Cagigal; catedrático de Higiene doctor Salvat Navarro; secretaria, doctora Quadras Bordes; más los doctores Rifé y Fuster.

6 de abril (sábado)

En el Salón Doctoral de la Universidad de Barcelona se celebra la sesión inaugural de un nuevo curso. Durante la misma, el doctor F. Ortés Parera pronuncia una conferencia sobre el tema "Tuberculosis y morfinomanía".

19 de mayo (domingo)

La prensa anuncia que el Patronato Auxiliar de Damas de la entidad ha enviado a la reina D^a Victoria Eugenia una "magnífica cesta de flores" como muestra de respeto y agradecimiento.

24 de mayo (viernes)

En el aula de Medicina legal de la Facultad de Medicina de Barcelona se inauguran las sesiones científicas de la sección de toxicología dentro del congreso auspiciado por la Asociación Española para el Progreso de las Ciencias. En su discurso inaugural, el doctor Ferrer y Cagigal diserta sobre el tema "El complejo toxicómano ante la ciencia

y la sociedad". Posteriormente, el doctor Saforcada desarrolla una ponencia titulada "Reacciones antisociales de los toxicómanos" y el doctor Salvat Navarro otra sobre "La hospitalización de los toxicómanos".

29 de mayo (miércoles)

En el Hotel Ritz tiene lugar un banquete organizado por la Asociación Española para el Progreso de las Ciencias y la Asociación contra la Toxicomanía en honor del gobernador civil, general Milans del Bosch. El homenajeado felicita a la asociación que preside por su "notable actuación" y pone de relieve "la gran importancia y trascendencia que en el porvenir de la raza representa la lucha contra el uso indebido de drogas heroicas". Asimismo agradece al señor Manuel María de Sivatte y a su mujer el gesto que han tenido al hacer "donación de un inmueble para sanatorio" de toxicómanos.

28 de septiembre (sábado)

La prensa informa que la Junta del Patronato Auxiliar de Damas de la asociación ha obsequiado a la reina D^a Victoria Eugenia con una "magnífica y espléndida canastilla de flores" en señal de agradecimiento por honrarlas con su presidencia honoraria.

24 de octubre (jueves)

La prensa anuncia que el Patronato Auxiliar de Damas también ha enviado una "magnífica canastilla de flores" a la infanta D^a Isabel.

2 de diciembre (lunes)

El Patronato Auxiliar de Damas decide dar las gracias a los señores de Sivatte por su "espléndido donativo del inmueble que será destinado a sanatorio" y acuerda organizar otro "baile de etiqueta" con el fin de recaudar fondos para la puesta en marcha de dicho sanatorio.

3 de diciembre (martes)

En el pleno de la entidad celebrado en la Universidad se acuerda testimoniar gratitud a los señores de **Sivatte** por la "donación de un inmueble y terrenos inmediatos" y por haber costado además los "derechos reales de transmisión". También se decide apelar "al caritativo pueblo de Barcelona a favor de esta humanitaria obra contra una lacra social que tantas víctimas causa, y para atender a estos enfermos, acudiendo, además, a todos los medios que la legislación permite, en evitación de la propaganda de tan peligroso vicio para nuestra juventud". Por último, se da cuenta de los trámites iniciados para la "fundación de un dispensario de urgencia".

14 de diciembre (sábado)

En los salones del Hotel Ritz se celebra el anunciado baile organizado por el Patronato Auxiliar de Damas “a beneficio el hospital de toxicómanos”, que según la prensa resulta “muy lucido y selecto”. Durante el mismo se sirven “exquisitos manjares y toda clase de bebidas”.

1930

21 de mayo (miércoles)

La prensa informa que en la última reunión de la Junta permanente, y a propuesta de la doctora Quadras Bordes, se ha acordado “abonar las pensiones en las Casas de Salud existentes a los toxicómanos pobres” y tramitar un “rápido ingreso” para aquellos casos más graves. Semejante iniciativa se califica de “avance en la campaña iniciada” y una “medida de primer orden profiláctico”, pues se considera que de este modo “se evitará que por el proselitismo que estos enfermos ejercen caigan nuevas víctimas en la toxicomanía”.

24 de mayo (sábado)

El Patronato Auxiliar de Damas impone la insignia de presidenta de honor a la reina D^a Victoria Eugenia, que se halla de visita en Barcelona.

26 de mayo (lunes)

Aprovechando la visita de la familia real a Barcelona, el Patronato Auxiliar de Damas celebra en el Hotel Ritz un “té benéfico” en honor de la reina D^a Victoria Eugenia, cuya finalidad principal es recaudar fondos con destino al “hospital para toxicómanos”. El acto cobra especial relevancia con la asistencia de la propia Reina, las infantas D^a Beatriz y D^a Cristina y el infante D. Jaime.

4 de junio (miércoles)

De visita en Barcelona, el rey Alfonso XIII recibe en audiencia a los miembros de la junta permanente de la Asociación contra la Toxicomanía, quienes le hacen entrega de la insignia como presidente de honor de la entidad. La doctora Quadras Bordes pone al corriente al monarca de las “medidas profilácticas y de orden legal” adoptadas y destaca que la asociación “está atendiendo a los toxicómanos pobres”, ingresándolos en “casas de Salud” y corriendo con los gastos de sus pensiones.

4 de julio (viernes)

Con el fin de acabar con la liberalidad de médicos y farmacéuticos, evitar negligencias en el cumplimiento de la legislación vigente en materia de drogas, así como impedir posibles falsificaciones, en el pleno celebrado por la entidad en la sede del Gobierno Civil se acuerda la “supresión de la receta oficial” y que en su lugar “los médicos estén obligados a formular siempre y muy especialmente las sustancias y especialidades que contengan estupefacientes en papel timbrado, con nombre y apellidos, dirección de su domicilio o consultorio, clínica, etcétera, y número del carné de colegiación”, así como la obligatoriedad de que estas recetas sean conservadas por los farmacéuticos que las despachen. El acuerdo se hace extensible a las recetas de médicos y veterinarios militares, que no serán atendidas en farmacias civiles si no se ajustan a los mismos requisitos, excepto el número de colegiado, que en su caso será sustituido por el “sello del hospital militar de la plaza”. En el caso de los “médicos que presten servicio en las casas de socorro o en la beneficencia” se acuerda la utilización de “talonarios de las respectivas corporaciones, sellados” por las mismas.

Por otra parte, se pone de manifiesto que la institución “ha atendido a cuantos enfermos afectos a una toxihabituación han solicitado su ayuda para tratar su toxicomanía” y se insiste en la necesidad de seguir atendiéndolos. A falta de un sanatorio exclusivo, la asociación se hace cargo de los gastos ocasionados por los “enfermos ingresados” en la clínica mental de Lloret de Mar, “abonando en la actualidad por enfermo mensualmente la cantidad de trescientas cincuenta pesetas”. Los reunidos se muestran favorables a “medias de represión”, pues consideran que las “mayores dificultades de proporcionarse el tóxico” obligan a un “gran número de enfermos que desean tratar su toxihabituación”. También consideran inaceptable el tratamiento domiciliario, “porque es incompleto, de éxito dudoso”, y se inclinan decididamente por un tratamiento sanatorial “de larga duración, con personal especializado y que ejerza una vigilancia escrupulosísima”. Ven en el toxicómano al “mayor propagador” y entienden que su “aislamiento”, además de ser una medida “curativa”, reviste también caracteres de iniciativa “profiláctica”. En este sentido, el pleno acuerda solicitar de la Restricción de Estupefacientes que tenga en cuenta estos extremos y proceda a la “inmediata fundación de un sanatorio”.

20 de julio (domingo)

La prensa informa de que la asociación, en su labor de atención a los “toxicómanos pobres”, abona la pensión de “otra enferma” que acaba de ingresar en la casa de salud de Lloret de Mar. En consonancia con las directrices de la propia entidad, se destaca la importancia del internamiento de los toxicómanos con el fin de evitar el “proselitismo que ejercen los toxicómanos haciendo nuevas víctimas” y se insiste en el hecho de que, “mientras la Asociación no cuente con un sanatorio dedicado a estos enfermos”, corre con los gastos de la “pensión de los mismos en las casas de salud existentes”.

3 de octubre (viernes)

Durante el pleno celebrado en la sede del Gobierno Civil la secretaria de la asociación da cuenta del “crecido número de toxicómanos pobres que han acudido a la entidad” en demanda de tratamiento y proclama que el total de “enfermos que por cuenta de la entidad se están tratando” representan una “cifra considerable” y que los gastos de internamiento y tratamiento son abonados por la asociación. La doctora Quadras Bordes manifiesta que en algunos casos, además del toxicómano, “también ha prestado su ayuda a la familia”, especialmente cuando existían “hijos de corta edad”. En estos casos, la asociación asegura a los niños y niñas su ingreso en “instituciones benéficas, mientras el padre o la madre se halla interno en la clínica, tratando su toxicomanía”. La secretaria concluye su intervención subrayando la importancia de que se desarrolle una labor de seguimiento de los afectados una vez concluyan el tratamiento, con el fin de evitar las “recaídas tan frecuentes en estos enfermos”. En este sentido, se propone la creación de un “Patronato Tutelar para los toxicómanos a su salida del Sanatorio” y se designa a un médico y al jesuita P. **Castro** para que estudien este punto.

20 de octubre (lunes)

El infante D. **Carlos** recibe a una comisión de la asociación. El presidente de la misma, general Despujol, le expone a grandes rasgos “la labor que en ésta se realiza para evitar el uso indebido de drogas heroicas”. La secretaria insiste en que la entidad “atiende actualmente a un crecido número de enfermos toxicómanos pobres que desean librarse de su toxihabituación” y en el hecho de que “todos los gastos que se ocasionan para atenderlos, así como el abono de las pensiones de las Casas de Salud existentes, son satisfechos por la Asociación”. La doctora Quadras Bordes también pone al corriente al infante de la

organización de un patronato tutelar que atiende no sólo a los toxicómanos sino también a los alcohólicos que finalizan el tratamiento sanatorial. Por su parte, el infante D. Carlos, consciente de que “tan nocivo vicio se extiende mucho”, promete ayuda a los miembros de la citada comisión.

6, 13 y 20 de diciembre (sábado)

En el jardín de invierno del Hotel Ritz, el Patronato Auxiliar de Damas celebra “tres té s aristocráticos” con el fin de recaudar fondos para hacer frente a los gastos que ocasiona el tratamiento de “enfermos toxicómanos pobres que desean curarse”.

1931

4 de enero (domingo)

La prensa se hace eco de que en los últimos días “han ingresado dos enfermos más en el Instituto Mental de la Santa Cruz, abonando los gastos que el tratamiento ocasiona la Asociación contra la Toxicomanía” y apela a la “caridad pública” de las “personas que simpaticen con tan humanitaria obra” para que hagan llegar sus “donativos” a la presidenta del Patronato Auxiliar de Damas, a fin de contribuir a “librar de tan funesto hábito a los que cayeron y evitar nuevas víctimas”.

18 de enero (domingo)

En el Salón Rectoral de la Universidad de Barcelona tiene lugar el solemne sesión inaugural de un nuevo curso. Durante el mismo el jesuita P. Castro desarrolla un discurso bajo el título de “La inmoralidad de los que trafican abusivamente con estupefacientes y las aberraciones de los toxicómanos”, en el que fustiga a “cuantos más o menos, activa o parcialmente, contribuyen a que se propague cada vez más la terrible plaga social del uso y abuso de drogas”. Asegura que la legislación vigente sería suficiente para erradicarlas de no mediar la “codicia de la humanidad”. También afirma que “si es necesario perseguir al comercio al por menor” no lo es menos que “se imponga sanción correspondiente al mayorista y al agente sin conciencia que facilita la venta”. Como sacerdote, considera que “la actitud para los desgraciados que usan tales drogas ha de ser más de caridad que de justicia”, pero demanda “muchísima justicia” para aquellos que “comercian desalmadamente con ellas”.

26 de enero (domingo)

En la sesión inaugural de trabajos de la Delegación catalana de la Liga de Higiene Mental, celebrada en el Salón Rectoral de la Universidad de Barcelona, hace uso de la palabra el doctor Saforcada, como presidente de la Sección de Toxicomanía de la citada entidad, para referirse a la labor desarrollada por la Asociación contra la Toxicomanía, “considerando que la acción de cuantos quieran combatir esa plaga halla un campo muy estimable en la educación”.

28 de enero (miércoles)

La asociación anuncia a través de la prensa que su horario al público es exclusivamente los viernes, de seis a siete de la tarde, en el dispensario de las Casas Consistoriales, donde las consultas serán atendidas por “un médico de la entidad”.

25 de febrero (miércoles)

Durante la sesión inaugural del curso académico del Instituto Médico-Farmacéutico, el doctor Saforcada, catedrático de Medicina legal y Toxicología de la Facultad, Presidente de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología y uno de los miembros más activos de la Asociación contra la Toxicomanía, pronuncia un discurso sobre “Higiene mental” en el que pone de relieve la importancia de realizar una “intensa campaña, antialcohólica, antitoxicómana y antivenérea” con la finalidad, entre otras consideraciones, de “disminuir la delincuencia”.

26 de febrero (jueves)

La junta permanente de la asociación acuerda que conste en acta la satisfacción por el cargo que ostenta el doctor Saforcada dentro de la Liga de Higiene Mental. También se da cuenta en la misma de la recepción de una carta del doctor Xercavins en la que manifiesta que “uno de los enfermos que por cuenta de la entidad son tratados en el Instituto Mental de la Santa Cruz había sido dado de alta”.

5 de marzo (jueves)

En una nota de sociedad, la prensa informa de una próxima reunión de las señoras que componen la junta del Patronato Auxiliar de Damas en casa de su presidenta, la marquesa de Castellbell.

DISOLUCIÓN DE LA ENTIDAD

Las noticias en prensa sobre la Asociación contra la Toxicomanía y su Patronato Auxiliar de Damas cesaron abruptamente en vísperas de la

proclamación de la II República, y hemos de suponer que su actividad también, no tanto porque sus objetivos declarados se hubieran visto cumplidos sino por el cambio de régimen político operado. Según un testimonio de primera mano, aportado por un joven periodista catalán, la adhesión a la Monarquía en Barcelona era un “sentimiento puramente femenino”, que “no pasaba de ser un pretexto de elegancia o de distinción” (Planes, J.M. 1931). Lo cierto es que tras las elecciones municipales de abril de 1931 —en las que no votaron las mujeres— los concejales republicanos en el Ayuntamiento de Barcelona pasaron a cuadruplicar en número a los monárquicos. En este sentido, no puede extrañarnos que una entidad tan estrechamente vinculada a la Monarquía y al estamento militar como la Asociación contra la Toxicomanía se extinguiera en la práctica con el giro político acontecido en el estado español.

En los seis años de cruzada contra la toxicomanía, los próceres morales de la empresa se habían mostrado satisfechos a nivel preventivo, con la labor educativa y de propaganda realizada a través de las conferencias impartidas. A juzgar por los comentarios de la prensa, los demás actos sociales organizados habían resultado todo un éxito y su iniciativa había gozado del apoyo incondicional de los medios de comunicación y de los reyes de España. A nivel asistencial, la caridad dispensada a una docena de toxicómanos pobres, a quienes sufragaron los gastos de su internamiento, e incluso la ayuda prestada a las familias de algunos de ellos, con el ingreso temporal de sus hijos pequeños en instituciones benéficas, también habían constituido motivo de satisfacción y orgullo para los miembros de la Asociación contra la Toxicomanía. Sin embargo, todo parece indicar que el tan ansiado sanatorio dedicado exclusivamente al tratamiento de toxicómanos nunca llegó a materializarse. Curiosamente, la aspiración de ver reclusos a los toxicómanos se vio cumplida un año después de la disolución de la entidad, cuando el gobierno de la República aprobó la conocida Ley de Vagos y Maleantes, que preveía el sometimiento a medidas de seguridad de todos los “ebrios y toxicómanos habituales”¹⁷. Cabe decir que tal disposición debió resultar tan contraproducente que tan sólo dos años más tarde el gobierno republicano hubo de autorizar un “carné reglamentario para la extradosis”¹⁸, que en la práctica permitía disfrutar de “dosis extraterapéuticas” a los toxicómanos más pertinaces, dando lugar a la que bien podríamos considerar primera medida de reducción de riesgos y daños adoptada en España.

17 *Gaceta de Madrid*, 05/08/1933, pp. 874-877.

18 *Gaceta de Madrid*, 31/08/1935, pp. 1683-1684 y *Gaceta de Madrid*, 01/09/1935, pp. 1747-1750.

Por lo demás, no hay datos que apunten hacia un descenso de “nuevas víctimas en la toxicomanía” como resultado de la intervención directa de la Asociación contra la Toxicomanía. De hecho, el consumo y tráfico de drogas siguieron extendiéndose tanto durante su existencia como después de su desaparición, sin que a este nivel pueda afirmarse que su concurso resultara decisivo.

Con todo, y aunque su existencia haya quedado prácticamente borrada de la memoria colectiva, nadie puede hurtar a la Asociación contra la Toxicomanía el hecho de haber sido pionera en España en ofrecer unos recursos preventivos y asistenciales en materia de drogas desde del ámbito privado, hasta que en 1978 se fundó la Unión Española de Defensa contra la Droga. En este sentido, no estaría de más que algún investigador o investigadora abordara un estudio de perspectiva comparada con alguna de las asociaciones existentes en la actualidad que a simple vista guarda más de una semejanza con la entidad que funcionó en la Barcelona de la segunda mitad de los años 20 y principios de los 30.

REFERENCIAS

- Dr. Serradell. (1911). Un peligro social. El éter y la cocaína, *La Vanguardia*, 31/12.
- Fray Gerundio. (1917). Cómo se envenena al público, *El Diluvio*.
- Llorens i Gallard, I. (1894). *Un vicio fin de siglo. El morfinismo*. Barcelona: Imprenta de la Casa Provincial de Caridad.
- Mariscal y García de Rello, N. (1901). *El morfinismo*. Madrid, B. Rodríguez Serra.
- Más, J. (1924). El baile de los espectros. *Los Contemporáneos*. Madrid.
- Mas, J. (1921). *Los sueños de un morfinómano*. Madrid: Galatea.
- Maseras Ribera, M. (1913). Concepto clínico de la morfina. Morfinismo (morfinomanía). Envenenamiento agudo por la morfina. Tratamiento. Barcelona: Imprenta L'Avenç.
- Pagador, A. (1923). Los venenos sociales. Opio. Morfina. Psicopatología de los intoxicados y tratamiento de la desintoxicación. Barcelona: Antonio López librero,
- Planes, J.M. (1931). Després del 14 d'abril. Els lacais estan tristos. *Mirador*, 23/04.
- Puig Cirera, B. (1912). Estudio del morfinismo y la morfinomanía y en especial de su tratamiento profiláctico. Madrid: Tejada.

Quadras Bordes. (1926). Morfino-cocainomanía, *Revista Médica de Barcelona*.

Quadras Bordes. (1926). Las toxicomanías. *El Diluvio*, 11/06.

Samblás Tilve, P. (2002). César Juarros y el tratamiento de la morfinomanía: ¿cura u ortopedia?, *Frenia*, vol. II, fasc. 1,

Santos, M. (1915). Los que envenenan. *Germinal*.

Usó, J. C. (1996). Drogas y cultura de masas (España 1855-1995). Madrid: Taurus.

CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DE RIESGO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS ILÍCITAS EN ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE BACHILLERATO

Marisol Pérez Ramos y Emilia Lucio-Gómez Maqueo
Facultad de Psicología UNAM

(Received/Recibido: 02/02/2010 - Accepted/Aceptado: 03/03/2010)

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal identificar algunos factores vinculados con el consumo de drogas y alcohol en una población de estudiantes de educación media superior de la Ciudad de México. Se consideraron en específico variables intervinientes como: Edad del adolescente; sexo; promedio y turno escolar; tipo de familia y sucesos de vida estresantes.

A través de un muestreo aleatorio simple estratificado, se obtuvo a 1997 adolescentes, a todos ellos se les aplicaron los instrumentos: Información sociodemográfica forma para adolescentes; Sucesos de vida forma adolescente; AUDIT y el ASSIST.

La identificación de los adolescentes en riesgo se realizó a partir de los puntajes obtenidos en el AUDIT y ASSIST. De la muestra total el 25% (n=502), fueron detectados por consumo en riesgo de alcohol y alguna otra droga. El resto de los casos quedaron clasificados como casos de no riesgo. Se realizó una regresión logística binaria condicional, para iden-

Correspondencia

Marisol Pérez Ramos Facultad de Psicología UNAM

E. Mail solmardi@yahoo.com.mx

Emilia Lucio-Gómez Maqueo Facultad de Psicología UNAM

E.mail melgm@unam.mx

tificar los factores que favorecen el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ilícitas en los adolescentes. Los resultados indican que ser varón; el pertenecer a una familia monoparental; la edad y los sucesos negativos en la salud, entre otros, aumentan el riesgo de consumir alcohol u alguna sustancia ilícita.

Palabras clave: Modelo riesgo abuso sustancias adolescentes.

ABSTRACT

Several risk factors, which increment the probability of using alcohol and other illegal substances, like family dysfunction have been considered.

The objective of this study was to identify factors associated with alcohol and other substances abuse in a sample of 1997 students from senior high school from Mexico City. The mean age of the adolescents was 16.7 (s.d.1.7). 52.7% were females and 47.3% males, 56% studied in the morning and 43.8% in the afternoon. Some variables were considered like adolescents' age, grades, time-schedule in which they went to school, type of family and stressful life-events were considered specifically.

The identification of adolescents at risk was done with AUDIT and ASSIST. A binary logistic regression was calculated in order to identify those factors that increment alcohol, tobacco and other illegal substances use. Results indicate that a single parent family, being older and stressful life events, among others, increment risk consumption of alcohol and other substances. Key words: Risk substance abuse, model, adolescents

El proceso de desarrollo de cada adolescente depende de su historia individual y puede ser explicado como una interacción dinámica entre los jóvenes y las características ambientales (sociales y culturales) en las que se desenvuelven. Los adolescentes tienen distintas reacciones hacia su contexto, como resultado de sus características físicas y conductuales, además éste contribuye a su desarrollo individual a través de la constante retroalimentación (Arranz, 2004). La calidad de esta retroalimentación depende del grado de congruencia entre las características del individuo, sus expectativas, valores y preferencias, por tanto un desarrollo problemático es producto de una incompatibilidad entre las necesidades del joven y las oportunidades otorgadas por el contexto social (Wyatt y Carlo, 2002).

Por la falta de oportunidades, los adolescentes de hoy día se enfrentan a diversos problemas sociales que afectan su desarrollo de forma determinante como lo son la violencia, la pobreza, la falta de empleo, la desestructuración familiar, entre otros (Vandewater y Landsford, 2005). Por ejemplo los adolescentes de familias con bajo nivel socioeconómico a menudo solo logran un bajo nivel educativo, provienen de familias inestables, uniparentales, donde son comunes los altos niveles conflictivos a nivel interpersonal y comunitario, siendo común el consumo de sustancias ilícitas (Xie, Swift, Cairns y Cairns, 2002).

Existen diversos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que los adolescentes consuman alcohol y/o drogas. Una de las principales es la disfunción familiar.

Quiroz, Villatoro, Juárez, Gutiérrez, Amador y Medina-Mora (2007) identificaron que las familias de los adolescentes con problemas de conducta externalizadas, se caracterizan por experimentar mayor hostilidad y rechazo parental, menor comunicación intrafamiliar, menor apoyo hacia los hijos y mayor presencia de disciplina negativa severa en comparación con los chicos sin problemas conductuales. Por su parte, Hoffman y Johnson (1998) encontraron que los adolescentes provenientes de familias monoparentales y reestructuradas tienen mayores probabilidades de consumir drogas, mismos resultados han sido reportados en otras investigaciones (Blum et al, 2000; Farrel y White, 1998). Sin embargo la estructura familiar no es el único factor relacionado al problema.

Se han encontrado evidencias de que el inicio temprano del consumo de drogas se explica más por la acumulación de factores de riesgo familiares (bajos ingresos económicos, antecedentes de consumo y/o violencia parental, entre otros), que por la propia estructura familiar (Gil, Vega y Biafora, 2004); esto es porque las familias conflictivas producen chicos más agresivos y esta agresividad suele manifestarse también fuera de casa con el grupo de pares, facilitando la formación de pandillerismo, el cual regularmente va acompañado de consumo y abuso de sustancias (Mahoney, Stattin y Magnusson, 2001; Wilson y Herrnstein, 1985). Por el contrario, si el adolescente convive con sus padres y la comunicación intrafamiliar es positiva, disminuye la probabilidad de eventos violentos y por tanto la presencia de conductas de riesgo. Los datos indican que la convivencia familiar positiva aparece como un factor protector más significativo para las mujeres que para los varones (Griffin, Botvin, Scheier, Díaz y Miller, 2000).

Las causas por las cuales hombres y mujeres se inician en el consumo de drogas, alcohol y tabaco son distintas, por ejemplo las mujeres refieren síntomas depresivos y frecuentes conflictos interpersonales (Annis y Graham, 1995); en cambio los varones inician el consumo por la búsqueda de nuevas emociones y por la presión del grupo de pares (Lau-Barraco, Skewes y Stasiewicz, 2009). Masson, Hitchings y Spoth (2008) explican que los hombres consumidores presentan más problemas de conducta y las mujeres reportan problemas emocionales intensos.

Otro factor relacionado con el consumo y abuso de sustancias es el bajo aprovechamiento académico, esto es porque se ha comprobado que la frustración que conlleva el fracaso académico, facilita que los adolescentes se involucren en conductas de riesgo, por la afectividad negativa involucrada así como por sentimientos de decepción personal (Shulenberg, Bachman, O'Malley, Johnston, 1994). En México se ha señalado que los adolescentes con un bajo aprovechamiento escolar, presentan más conductas de riesgo (consumo de sustancias adictivas, relaciones sexuales riesgosas, intento de suicidio y conducta antisocial), en comparación con los jóvenes de alto desempeño escolar (Palacios y Andrade, 2007).

La importancia de mantener en el adolescente un rendimiento académico adecuado, radica no sólo en el promedio, sino en la actitud que éste construye de su contexto escolar y el apoyo que percibe del mismo, si el adolescente asiste regularmente a la escuela, habrá menores probabilidades de que se inicie en el consumo de drogas (González, Guerra, Díaz y Arelláñez 1999). En México se ha demostrado que los estudiantes de educación media básica que asistían irregularmente a la escuela y además presentaban dificultades en el desempeño académico, tienen un riesgo 1.2 veces mayor de consumo de drogas, que aquellos que acuden regularmente (Centros de Integración Juvenil: CIJ, 1999).

Entre los determinantes del alto o bajo rendimiento escolar se cuentan diversos factores sociales, tales como el nivel socioeconómico y cultural del alumno, así como las condiciones de vida de su familia (Alcántar, Villatoro, Hernández y Fleiz, 1998), si alguno de estos elementos se convierte en fuente de estrés para el adolescente, aumentarán sus probabilidades de consumo de alcohol o alguna sustancia ilícita. Salazar, Ugarte, Vásquez y Loaiza (2004) identificaron que el factor psicosocial más asociado al consumo de drogas fue el distrés psicológico severo, sea en el contexto familiar o escolar.

Por lo anterior, es evidente que los jóvenes con consumo de sustancias presentan diversas complicaciones en varias áreas de su vida cotidiana

como: Conflictos con sus padres y hermanos; falta de interés escolar; aislamiento social; dificultades para relacionarse con su grupo de pares; así como sentimientos de inseguridad personal (Lucio, Arenas, Linage y Pérez-Ramos, 2008).

La presente investigación tiene como objetivo principal identificar aquellos factores (familiares, escolares y de salud), vinculados con el consumo de drogas y alcohol en una población de estudiantes de educación media superior. Para ello se considerarán en específico, las variables intervinientes como: Edad del adolescente, sexo, promedio y turno escolar, tipo de familia (nuclear, monoparental y extensa), y la cantidad de sucesos de vida estresantes (familiar, social, personal, salud, problemas de conducta, escolar, logros y fracasos) que enfrentan cotidianamente los adolescentes, basados en sus propios reportes.

MÉTODO

MUESTRA

Se realizó un muestreo aleatorio simple estratificado (por grado, turno y grupo), de la población total de dos planteles de bachillerato ubicados en la Ciudad de México. Se evaluaron 52 grupos, siendo un total de 2069 alumnos, de los cuales solo se consideraron como datos válidos a 1997 por haber respondido los cuestionarios de forma consistente y por ser menores de 21 años de edad.

Finalmente la muestra quedó conformada por jóvenes con una media de edad de 16.7 (d.s. 1.7); el 52.7% son mujeres y el 47.3% son varones, de los cuales el 56.2% fueron del turno matutino y el 43.8% del turno vespertino.

INSTRUMENTOS

Información sociodemográfica forma para adolescentes (Lucio, Durán, León y Hernández, 2003): Cuestionario que consta de 33 preguntas de opción múltiple donde el respondiente describe su tipo de familia, la edad y la escolaridad de los padres, tipo de residencia, ingresos, entre otros aspectos que coadyuvan a establecer el nivel socioeconómico.

Sucesos de vida forma adolescente (Lucio y Durán, 2003): Es un instrumento de autoinforme, compuesto por 129 reactivos y una pregunta abierta, que permiten evaluar los eventos de vida que los adolescentes han atravesado en un periodo no mayor a un año en siete áreas de su

vida: (1) Familiar, (2) Social, (3) Personal, (4) Problemas de Conducta, (5) Logros y fracasos, (6) Salud y (7) Escolar; permite detectar problemas emocionales en adolescentes de 13 a 18 años, a partir de los sucesos estresantes y la evaluación afectiva que los propios jóvenes hacen de ellos. El instrumento cuenta con una confiabilidad global de .89 (alpha Kuder-Richardson).

AUDIT (Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente y Grant, 1993): Es un cuestionario de tamizaje de 10 reactivos para la identificación de trastornos por consumo de alcohol. El instrumento en sus primeras tres preguntas se refiere a la frecuencia del consumo y las otras siete se refieren a los trastornos causados por el alcohol. El AUDIT al identificar el nivel de riesgo, sugiere un tipo de tratamiento que va desde 'Educación sobre el alcohol' hasta 'Derivación al especialista'. El punto de corte para identificar niveles de riesgo dentro de este estudio fue de 7 tanto para hombres como mujeres, porque se ha evidenciado que el nivel de consumo hoy día es muy similar (Díaz, Díaz-Martínez, Hernández, Narro, Fernández y Solís, 2008). La escala total cuenta con una confiabilidad de .82 (Lucio, Gómez, Morales y Pérez, 2009).

Test de tamizaje para el uso de alcohol, tabaco y otras sustancias ASSIST (OMS, 2002): Es un cuestionario de tamizaje breve que permite identificar a aquellas personas que presentan un uso "peligroso" y/o "dañino" de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas o incluso si se han desarrollado "dependencia". Cubre las siguientes sustancias: Tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, anfetaminas tipo estimulante, sedantes, alucinógenos, inhalantes, opioides y otras drogas. Para este estudio solo se utilizará la información sobre el uso de sustancias alguna vez en la vida, porque implica que el adolescente ya tuvo un contacto directo con la sustancia, lo cual lo pone en una situación de vulnerabilidad hacia el consumo y por tanto de riesgo.

PROCEDIMIENTO

Por ser un estudio de tipo transversal, los cuestionarios se aplicaron en una sola sesión de 90 minutos. A todos los participantes se les garantizó la confidencialidad de sus respuestas y su participación fue totalmente voluntaria.

RESULTADOS

Detección de la muestra en riesgo por consumo de alcohol y otras sustancias ilícitas.

La identificación de los adolescentes en riesgo se realizó a partir de los puntajes obtenidos en el AUDIT y ASSIST de forma conjunta. Para el AUDIT se utilizó un punto de corte de 7 tanto en hombres como mujeres; en el caso del ASSIST los adolescentes que hubiesen referido haber consumido alguna vez en la vida alguna sustancia ilícita (cannabis; cocaína; anfetaminas; inhalantes; sedantes; alucinógenos y opioides). Los adolescentes que cumplieran con ambas características fueron agrupados como adolescentes en riesgo, los que no cumplieran con ninguno de estos criterios fueron descritos como adolescentes sin riesgo.

Por este procedimiento de la muestra total el 25% (n=502), fueron detectados en riesgo por consumo de alcohol y alguna otra droga. El resto de los casos quedaron clasificados como casos de no riesgo, se realizó de este modo porque el objetivo de este estudio no es identificar a los adictos, porque los jóvenes en esta condición regularmente no asisten a la escuela, y los niveles de consumo de aquellos adolescentes que siguen siendo alumnos regulares son bajos, pero si reportan haberlo consumido alguna vez en su vida, entonces los ponen en una situación vulnerable y por tanto, de riesgo.

Características de la muestra en riesgo

Los datos sociodemográficos de los adolescentes detectados en riesgo fueron obtenidos a través de la ficha sociodemográfica (Lucio, Durán, León y Hernández, 2003); de los cuales (n=502), 57.8% son varones y el 42% son mujeres; de ellos el 39% estudia el bachillerato en el turno matutino y el 61% en el vespertino.

Sobre sus características familiares, el 60% pertenece a una familia nuclear; el 26.7% a una monoparental; el 11% viven con familia externa (además de los padres abuelos y/o tíos o algún otro pariente externo) y el 2.4% cuentan con una familia reconstruida. El 69% de los padres tienen entre 40 y 50 años de edad y arriba del 60% tienen niveles de estudio hasta el bachillerato. El 39% de los papás son empleados y solo el 19% son profesionistas, en el caso de las mamás el 37% son amas de casa y el 42% trabajan fuera de casa.

En 45.6% de las familias los padres son los principales proveedores económicos; en el 22.9% lo es la madre y en el 27.9% ambos padres tra-

bajan. Sobre el lugar donde viven, el 37.8% viven en casa sola; el 15.5% en departamentos y 26.5% en terreno familiar, lo que implica que una misma casa está compartida por diversas familias. Asimismo los mismos espacios son compartidos por tres o cuatro personas en el 46.8% de los casos y por cinco o seis en el 33.5%.

Los adolescentes cuentan para gastar diariamente de 21 a 50 pesos (55.3%); y de 11 a 20 pesos (26.2%) en estos casos el monto es menor a un salario mínimo en la ciudad de México (\$54.80 por día) sólo el 1.7% refiere contar de 81 a 100 pesos diarios, lo que hace suponer que la mayoría de los adolescentes en riesgo tienen un nivel socioeconómico bajo.

Niveles de consumo en la muestra riesgo

Para conocer los niveles de consumo de sustancias (ASSIST) de la muestra identificada en riesgo, es importante visualizar las diferencias entre hombres y mujeres, La tabla 1 muestra el porcentaje de adolescentes que refieren haber consumido alguna vez en su vida alcohol, tabaco u otras sustancias ilegales.

Al comparar los niveles de consumo de sustancias ilícitas entre hombres y mujeres, solo se encontraron diferencias significativas en el consumo de sedantes, siendo las mujeres quienes más los consumen ($\chi^2=10.79$ $p=.001$), asimismo, al comparar niveles de consumo por turno escolar, tampoco se encontraron diferencias significativas.

Las diferencias entre los niveles de consumo de alcohol (AUDIT) por sexo y por turno escolar se muestran en la tabla 2.

Se encontraron diferencias significativas entre los niveles de riesgo de consumo de alcohol entre sexo y turno escolar, siendo los varones los que tienen mayor consumo de alcohol, en comparación con las mujeres ($\chi^2=4.99$, $p=.026$). Asimismo los adolescentes que pertenecen al turno vespertino, tienen mayor consumo de alcohol en comparación a los del turno matutino ($\chi^2=3.79$, $p=.04$). Por otro lado, siguiendo con los factores escolares cabe mencionar que el 76.5% de los adolescentes tienen un promedio de 7.5, que es un promedio regular, considerando que la calificación máxima es de 10.

Finalmente para conocer si los eventos estresantes experimentados por los adolescentes intervienen en el consumo de drogas, se tomaron los sucesos estresantes que cada grupo vivió en los últimos 12 meses para conocer si el vivir eventos estresantes en la cotidianidad es un factor importante en la decisión de los adolescentes de consumir alcohol, tabaco y otras drogas ilícitas. El análisis de varianza simple involucró como

Tabla 1. Nivel de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias ilícitas en la muestra riesgo (n=502)

Sustancia	Hombres (%)	Mujeres (%)
Tabaco	81.7	87.7
Alcohol	95.8	98.1
Cannabis	50.2	45.5
Cocaína	10.4	8.5
Anfetaminas	9.3	14.7
Inhalantes	19	13.7
Sedantes	6.9	16.1
Alucinógenos	12.4	11.4
Opioides	6.2	2.8

Tabla 2. Niveles de riesgo por consumo de alcohol por sexo y turno escolar (AUDIT)

Nivel de consumo	Turno Matutino		Turno Vespertino	
	Hombres (%)	Mujeres (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Una vez al mes o menos	31.8	39.6	27.8	31
De 2 a 4 veces al mes	54.1	48.6	54.1	59
De 2 a 3 veces a la semana	8.2	7.2	9.8	6
4 veces a la semana	5.9	4.5	8.3	4

Tabla 3. Diferencias en los eventos estresantes reportados entre los adolescentes riesgo y no riesgo por consumo de sustancias

Área	Media Total	Desviación Estándar	Muestra NO riesgo	Muestra Riesgo	Valor F	p
Familiar	52.43	14.44	51.18	56.16	45.56	.000
Social	52.15	11.71	51.03	55.50	56.04	.000
Fracasos	51.19	12.61	49.86	55.17	69.05	.000
Salud	52.35	12.41	49.96	59.47	248.02	.000
Personal	51.93	12.42	50.57	55.97	73.43	.000
Problemas de Conducta	49.46	10.86	47.43	55.51	232.072	.000
Escolar	49.72	10.77	48.51	53.31	77.48	.000

Nota: Los datos responden a los puntajes t por área que arroja el instrumento de Sucesos de Vida

variable de clasificación el consumo o no consumo de sustancias y como dependiente las siete áreas que componen el instrumento de eventos estresantes. Los resultados se resumen en la tabla 3.

Estos resultados indican que en general los chicos identificados en riesgo por consumo de sustancias experimentan mayores eventos estresantes en su vida cotidiana que los adolescentes que no se encuentran en riesgo.

Factores que favorecen el consumo de alcohol y otras drogas ilícitas

Para comprobar que las variables propuestas se relacionan con el consumo o no de alcohol, el trabajo y otras sustancias ilícitas, se realizó un análisis de correlación Pearson, los resultados se muestran en la tabla 4. Las correlaciones encontradas fueron medianamente significativas ($p \leq .05$); sin embargo sus signos fueron consistentes con la relación esperada entre dichas variables, además se comprueba que existen relaciones consistentes entre las variables propuestas.

Se realizó una regresión logística binaria condicional, para identificar los factores que están favoreciendo el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ilícitas en los adolescentes. En el análisis se introdujo como variable dependiente el riesgo o no riesgo de consumo de sustancias y como independientes las variables sexo, edad, tipo de familia, turno escolar, promedio, y las siete áreas del instrumento sucesos de vida (familiar, social, logros y fracasos, salud, personal, problemas de conducta, escolar). (Veáse tabla 5)

Estos resultados muestran que ser varón (1.4 veces); el pertenecer a una familia monoparental (1.3 veces); el aumento en la edad (1.17 veces); y los sucesos negativos en la salud, así como presentar problemas de conducta, aumentan el riesgo de consumir alcohol u alguna sustancia ilícita.

DISCUSIÓN

Los datos muestran que los chicos en riesgo viven en situaciones económicas, familiares y escolares difíciles. En estudios anteriores se han identificado las mismas características en muestras de adolescentes que consumen alcohol, tabaco y otras drogas, mismas que aumentan el riesgo en los no consumidores; estos factores son: el pertenecer a una familia monoparental (Farrel y White, 1998); el tener bajos ingresos económicos (Caballero, Madrigal, Hidalgo y Villaseñor, 1999); la baja escolaridad de

Tabla 4. Correlaciones entre edad, promedio escolar y sucesos negativos con consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ilícitas.

Escalas	Edad	Promedio	Sucesos Negativos					Logrosy Fracasos	Social	Problemas de Conducta
			Familiar	Escolar	Salud	Personal				
AUDIT	184*	-.267*	.173*	.227*	.381*	.190*	.201*	.214*	.320*	
ASSIST+										
Tabaco	-.133*	-.223*	.158*	.177*	.357*	.157*	.164*	.131*	.227*	
Alcohol	-.131*	-.163*	.146*	.166*	.341*	.141*	.131*	.164*	.207*	
Cannabis	-.172*	-.146*	.129*	.166*	.353*	.151*	.140*	.134*	.330*	
Cocaína	-.091*	-.054*	.100*	.084	.177*	.076*	.087*	.115*	.170*	
Anfetaminas	-.064	-.045*	.100*	.124*	.166*	.095*	.088*	.124*	.167*	
Inhalantes	---	---	.140*	.123*	.199*	.181*	.138*	.137*	.246*	
Sedantes	-.046*	---	.117*	.096*	.137*	.115*	.069*	.151*	.157*	
Alucinógenos	---	-.053*	.074*	---	.154*	.056*	.050*	.066*	.151*	
Opioides	---	---	.063*	.090*	.099*	.046*	.054*	.057*	.112*	

*p≤.05

*p≤.05

+Consumo de alguna vez en la vida

Tabla 5. Modelo de regresión logística binaria condicional teniendo como variable dependiente consumo de sustancias (n=1994)

Factor	p	RM	IC 95%	
			Inferior	Superior
Sexo				
Masculino	.003	1.434	1.133	1.815
Tipo Familia				
Monoparental	.012	1.380	1.073	1.776
Edad	.000	1.177	1.082	1.280
Problemas de Conducta	.000	1.048	1.034	1.061
Sucesos negativos área Salud	.000	1.045	1.034	1.061
Sucesos negativos (Área Familiar)	.000	.983	.974	.992
Promedio Escolar	.000	.789	.699	.890
Turno Escolar				
Vespertino	.001	.665	.520	.851

V.D. Consumo de drogas ilícitas

Variables fuera del modelo: Sucesos Negativos (Área escolar; personal; logros y fracasos; social).

los padres (Ramírez y Andrade, 2005); y el que los padres pasen mucho tiempo fuera de casa por motivos laborales (Jonson, La Voie y Mahoney, 2001).

Asimismo se identificaron ciertos factores escolares de riesgo, como lo es el bajo aprovechamiento escolar (promedio) y el turno, siendo los que asisten a la escuela por las tardes quienes presentan mayor probabilidad de consumo. La influencia del turno escolar ha sido poco documentado, sin embargo Nuño, Álvarez, Madrigal, Rasmussen (2005) explican que la pertenencia al turno vespertino se haya mantenido como factor de riesgo porque en este turno se selecciona a los alumnos de más edad, a los que tienen menor puntaje de calificaciones y que, por consiguiente, presentan mayores probabilidades de consumo (Nuño, Álvarez, Madrigal y Rasmussen, 2005).

El bajo aprovechamiento académico ha sido identificado dentro de diversas investigaciones como un factor de riesgo importante. Arillo et al (2002) reportaron que los adolescentes con problemas en su consumo de tabaco tenían un promedio general de seis, en comparación con los no fumadores quienes tenían un promedio de nueve; los datos muestran que los chicos en riesgo refieren tener un promedio de siete.

Los resultados mostraron que el consumo de sustancias es similar entre hombres y mujeres, a excepción de los sedantes, los cuales son consumidos con mayor frecuencia por las mujeres y el AUDIT reporta mayores niveles de consumo de alcohol en hombres y mujeres, pero en el resto de las sustancias analizadas no fue posible encontrar diferencias estadísticamente significativas. Sobre el consumo de alcohol, en una muestra similar, se confirma este dato, siendo los varones quienes ingieren mayores cantidades de alcohol en comparación con las mujeres, sin embargo, el nivel de consumo en las mujeres va en aumento y comienzan su ingesta en edades más tempranas (Caraveo, Colmenares y Saldívar, 1999).

Una posible explicación sobre la mayor ingesta de sedantes en mujeres que en hombres tal vez radique en las causas del consumo. Las mujeres refieren ingerir sustancias para olvidar los conflictos emocionales e interpersonales que enfrentan (Moral, Rodríguez, y Sirvent, 2005). Romo y Gil (2006) explican que la sobrecarga emocional y el estrés cotidiano provoca que se busquen paliativos inmediatos y el consumo comienza con la propia prescripción médica, continuando con la automedicación, haciendo a las mujeres más vulnerables en este sentido.

En este sentido los datos presentados confirman que los eventos estresantes en el área de salud y los problemas de conducta, son los que aumentan más el riesgo de consumo de drogas en adolescentes (King, Bernardy & Hauner, 2003; Mason, Hitchings y Spoth, 2008), tanto en varones como en mujeres. Los adolescentes que afrontan de forma funcional (afrontamiento activo) sus estresores cotidianos, son menos propensos a adquirir conductas de riesgo, al contrario los jóvenes que utilizan estrategias de evitación (Gómez, Luengo, Romero, Villar y Sobral, 2006).

El modelo de regresión binaria, permite confirmar cada uno de los factores ya mencionados como trascendental en el consumo de drogas en adolescentes; lo que permite crear acciones preventivas indicadas. Al respecto es importante mencionar que el presente estudio muestra datos y análisis resultado del tamizaje hecho en un par de escuelas de bachillerato en la Ciudad de México, lo que permitió generar una estrategia preventiva dirigida solamente a los adolescentes identificados en riesgo (Lucio, Linage, Pérez y Arenas, 2009).

Este trabajo se realizó con el apoyo del Macroproyecto MP6 “Desarrollo de Nuevos Modelos para la Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas”, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Agradecemos a la Mtra. Consuelo Durán por su apoyo en el procesamiento de datos.

REFERENCIAS

- Arranz, F.E. (2004). Un modelo teórico para la comprensión de las relaciones entre la interacción familiar y el proceso de desarrollo psicológico. Modelo contextual-ecológico, interactivo-bidireccional y sistémico. En Arranz, F.E. (Coord.). *Familia y desarrollo psicológico*. (pp. 32-68). Madrid: Prentice Hall.
- Annis, H. M., & Graham, J. M. (1995). Profile types on the inventory of drinking situations: Implications for relapse prevention counseling. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9, 176–182.
- Alcántar, Villatoro, Hernández y Fleiz. (1998). Relación entre el rendimiento escolar y autoestima en adolescentes. *La psicología social en México*, 7, 369-374.
- Arillo, S.E.; Fernández, E.; Hernández, A.M.; Tapia, U.M.; Cruz, V.A. y Lazcano, P.E. (2002). Prevalencia de tabaquismo y bajo desempeño escolar en estudiantes de 11 a 24 años de edad del estado de Morelos, México. *Salud Pública de México*, 44 (1), 54-66.
- Barber, B.K. (1994). Cultural, family and personal contexts of parent-adolescent conflict. *Journal of marriage and the family*, 56 (1), 375-386.
- Barber, B.K. (1998). Interparental conflict styles and youth problem behaviors. A two-sample replication study. *Journal of marriage and the family*, 60 (1), 119-132.
- Bastiani, A.A.; Graber, J.A. & Brooks-Gunn, J. (2003). Puberal processes and physiological growth in adolescence. En Adams, G.R. & Berzonsky, M.D. *Blackwell handbook of adolescence*. (pp.24-47). Massachusetts: Blackwell.
- Blum, R.W.; Beuhring, T.; Shew, T.; Bearinger, L.H.; Sieving, R.E.; Resnick, M.D. (2000). *American Journal of Public Health*, 90 (12), 1879-1884.
- Brooks-Gunn, J.; Petersen, A.C. & Eichorn, D. (1985). The study of maturational timing effects in adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 14 (3), 149-161.
- Buehler, CH.; Krishnakumar, A.; Stone, G.; Anthony, C.; Pemberton, S. Gerard, J. & Byrnes, J.F. (2003). Cognitive development during adolescence. En Adams, G.R. & Berzonsky, M.D. *Blackwell handbook of adolescence*. (pp.24-47). Massachusetts: Blackwell.

- Caballero, R.; Madrigal, L.E.; Hidalgo, S.A. y Villaseñor, A. (1999). El consumo de tabaco, alcohol, y drogas ilegales en los adolescentes de diferentes estratos socioeconómicos de Guadalajara. *Salud Mental*, 22 (4), 1-8.
- Caraveo, A.J.; Colmenares, B. E. y Saldívar, H. G. (1999). Diferencias por género en el consumo de alcohol en la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 41 (1), 177-188.
- Centros de Integración. (1999). *Ajuste psicosocial y consumo de drogas*. Informe de Investigación 97-14, México: Subdirección de Investigación, CIJ.
- Collins, W.A.; Laursen, B.; Mortensen, N.; Luebker, C. & Ferreira. (1997). Conflict processes and transitions in parent and peer relationships: Implications for autonomy and regulation. *Journal of adolescence research*, 12, 178-198.
- Compas, B.E.; Hinden, B.R. & Gerhardt, C.A. (1995). Adolescent Development. Pathways and processes of risk and resilience. *Annual review of psychology*, 46, 265-293.
- Coon, D. (1999). *Psicología, exploración y aplicaciones*. México: Thomson.
- Díaz, B.; García. A.R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Revista Panamericana de salud Publica*, 24 (4), 223-32.
- Díaz, M.A.; Díaz-Martínez, R.; Hernández, A. C.; Narro, R.J.; Fernández, V.H. y Solís.T.C. (2008). Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes de primer ingreso. *Salud Mental*, 31 (4), 271-282.
- Eccles, J.S.; Midgley, C; Wigdfield, A.; Miller, B.C.; Reuman, D.; Flanagan, C. & Maclver, D. (1993). Development during adolescence. The impact of stage-environment fit on young adolescents'. Experiences in schools and in families. *American Psychologist*. (48) 2, 90-101.
- Farrel, A.D. & White, K.S. (1998). *Peer influences and drug use among urban adolescents: Family structure and parent-adolescent relationship as protective factors*. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66 (2), 248-258.
- Foster, S.E.; Vaughan, R.D.; Foster, W.H.; Califano, J.A. (2003). Alcohol consumption and expenditures for underage drinking and adult excessive drinking, *JAMA*, 289, 989-995.
- Georgas, J.; Mylonas, K.; Bafiti, T.; Poortinga, Y.P.; Christakopoulou, S.; Kagitcibasi, C. et al. (2001). Functional relationships in the nuclear and extended family. A 16 culture study. *International journal of psychology*. 36 (5), 289-300.
- Gil, G.A.; Vega, W.A. & Biafora, F. (2004). Temporal influences of family structure and family structure on drug use initiation in a multiethnic sample of adolescents boys. *Journal of youth and adolescence*, 27 (3), 373-393.

- González, S. J.; Guerra, L.L.; Díaz, N.D. y Aréllanez, H.J. (1999). Adherencia escolar y consumo de drogas. *Informe de investigación 99-07*, Centros de Integración Juvenil: Dirección de Prevención.
- Gómez, F.J.; Luengo, M.A.; Romero, T.E.; Villar, T.P.; Sobral, F.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.
- Griffin, K.W.; Botvin, G.J.; Scheier, L.M.; Díaz, T.; Miller, N.I. (2000). Parenting practices as predictors of substance use, delinquency, and aggression among urban minority youth. Moderating effects of family structure and gender. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14 (2), 174-184.
- Hartup, W.W. & Van Lieshout, F.M. (1995). Personality development in social context. *Annual Review of Psychology*, 46, 655-687.
- Hoffman, J.P. & Johnson, R.A. (1998). A national portrait of family structure and adolescent drug use. *Journal of marriage and the family*, 60, 633-645.
- Johnson, D.H.; La Voie, C.J. & Mahoney, M. (2001). Interparental conflict and family cohesion. Predictor loneliness, social anxiety and social avoidance in late adolescence. *Journal of adolescence research*, 16 (3), 304-318.
- King, C.A.; Bernardy, N.C. & Hauner, K. (2003). Stressful events, personality and mood disturbance. Gender differences in alcoholics and problem drinkers. *Addictive Behaviors*, 28, 171-187.
- Lau-Barraco, C.; Skewes, M.C. & Stasiewicz, P.R. (2009). Gender differences in high-risk situations for drinking. Are they mediated by depressive symptoms? *Addictive Behaviors*, 34, 68-74.
- Lucio, E.; Arenas, P.; Linage, M. y Pérez-Ramos, M. (2008). *Caracterización de estudiantes en riesgo de abuso de sustancias y suicidio*. En prensa. Facultad de Psicología, UNAM.
- Lucio, E., Barcelata, B. y Durán, C. (2007). Manual del Inventario Autodescriptivo del Adolescente. Primera versión para investigación. Facultad de Psicología. UNAM
- Lucio, E., y Durán, C. (2003). *Cuestionario de Sucesos de Vida*. México: El Manual Moderno.
- Lucio, E., Durán, C., León I, & Hernández, Q. (2003). *Información sociodemográfica forma adolescentes. Cuestionario sólo para investigación*. UNAM: Facultad de Psicología.
- Lucio, E.; Linage, R.M.; Pérez, R.M. y Arenas, P. (2009). Una estrategia preventiva para adolescentes con riesgo suicida y consumo de sustancias en el escenario escolar. *Revista Española de Drogodependencias*, 34 (3), 323-330.

- Lucio, E.; Gómez, H.H.; Morales, R.B. y Pérez, R.M. (2009). Uso del AUDIT y el DAST-10 para la identificación de abuso de sustancias psicoactivas y alcohol en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 18(1), 9-17.
- Mahoney, I. J., Stattin H. & Magnusson, D. (2001). Youth recreation center participation and criminal offending: A 20 year longitudinal study of swedish boys. *International Journal of Behavioral development*. 26, 509-520.
- Mason, W.A.; Hitchings, J.E. & Spoth, R.L. (2008). The interaction of conduct problems and depressed mood in relation to adolescent substance involvement and peer substance use. *Drug and alcohol dependence*, 96, 233-248.
- Medina-Mora, M.E.; Mariño, M.C.; Berenzon, S.; Juárez, F. y Carreño, S. (1992). Factores asociados con la experimentación y con el uso problemático de drogas. En Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC). *Las Adicciones en México. Hacia un enfoque multidisciplinario*, Secretaría de Salud, 89-97.
- Miller, J.M.; Colleen, D. & Dudley, W. (2002). Parenting style and adolescent's reaction to conflict. Is there a relationship? *Journal of adolescent health*. 31, 463-468.
- Minuchin, S. (1980). *Familias y Terapia Familiar*, Madrid: Ediciones Gedisa
- Moral, J.M.; Rodríguez, D.J. y Sirvent, R.C. (2005). Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes. Análisis de diferencias intergénero y propuesta de un continuum etiológico. *Adicciones*, 17 (2), 105-120.
- Nuño, G.B.; Álvarez, N.J.; Madrigal, L. E.; Rassmussen, C.B. (2005). Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes de una preparatoria de Guadalajara, Jalisco, México. *Salud Mental*, 28 (5), 64-70.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Test de tamizaje para el uso de alcohol, tabaco y otras sustancias "ASSIST" versión 3*. OMS: Prevención e Intervención en Adicciones.
- Palacios, D.J. y Andrade, P.P. (2007). Desempeño académico y conductas de riesgo adolescente. *Revista de educación y desarrollo*, 7 (6), 5-16
- Papalia, D.E.; Wendkos, O.S. & Duskin, F.R. (2001). *Desarrollo humano*. (8ªed.). Bogotá: Mc Graw Hill.
- Quiroz, N.; Villatoro, V.J.; Juárez, G.F.; Guitierrez, L.L.; Amador, B.N. & Medina-Mora; I.M. (2007). La familia y el maltrato como factores de riesgo de conducta antisocial. *Salud mental*, 30 (4), 47-54.
- Ramírez, R.M. y Abdrade, D. (2005). La familia y los factores relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes de Guayaquil Ecuador. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 13, 813-818

- Rice, P. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. Prentice Hall: Madrid
- Romo, A. N. y Gil, G.A. (2006). Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. *Trastornos Adictivos*, 8 (4), 243-250.
- Salazar, E.; Ugarte, M.; Vásquez, L. y Loaiza, J. (2004). Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima. *Anales de la facultad de medicina*, 65(3), 179-188.
- Saunders, J.B., Aasland O.G., Babor, T., De la Fuente, J.R. & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT). WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. *Addiction*, 88(6), 791-804.
- Schulenberg, J., Bachman, J.G., O'Malley, P.M., Johnston, L.D. (1994). High school educational success and subsequent substance use: a panel analysis following adolescents into young adulthood. *Journal of health and social behavior*, 35, 45-62.
- Vandewater, E.A. & Lansford, E.J. (2005). A family process model of problem behaviors in Adolescents. *Journal of marriage and family*, 67 (1), 100-109.
- Wilson, K. & Herrnstein, R. (1985). *Crime and human nature*. New York: Touchstone.
- Wyatt, J.M. & Carlo, G. (2002). What will my parents think? Relations among adolescents' expected parental reactions, prosocial moral reasoning and prosocial and antisocial behaviors. *Journal of adolescence research*. 17 (6), 646-666.
- Xie, H.; Swift, J.D.; Cairns, B.D. & Cairns, R.B. (2002). Aggressive behaviors in social interaction and development adaptation. A narrative analysis of interpersonal conflicts during early adolescence. *Social development*, 11 (2), 205-224.

DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY IN SMOKERS WITH PERSONALITY DISORDERS WHO PARTICIPATED IN A PSYCHOLOGICAL TREATMENT PROGRAMME FOR SMOKING CESSATION

Elena Fernández del Río, Ana López y Elisardo Becoña
Smoking Addiction Unit, University of Santiago de Compostela

(Received / Recibido: 06/05/2010 - Accepted / Aceptado: 02/06/2010)

RESUMEN

El presente estudio analiza la presencia de sintomatología depresiva en una muestra de 202 fumadores con y sin trastornos de personalidad que acuden a un tratamiento psicológico para dejar de fumar. Los resultados encontrados indican que el grupo de fumadores con trastornos de personalidad presentó más síntomas depresivos que el grupo de fumadores sin trastornos de personalidad, tanto al inicio del tratamiento como al finalizar el mismo. Este hallazgo confirmaría la frecuente asociación entre trastornos del Eje II y malestar emocional, producto del deterioro del funcionamiento general del sujeto por causa de los patrones de comportamiento inflexibles característicos de los trastornos de personalidad.

Palabras clave: depresión, trastornos de personalidad, dejar de fumar, BDI-II

Correspondencia

Elena Fernández del Río, Ph.D.

Smoking Cessation Unit, University of Santiago de Compostela, Faculty of Psychology, Department of Clinical Psychology and Psychobiology, Campus Sur, 15782 Santiago de Compostela, Galicia, Spain or mail (elena.fernandez@usc.es).

ABSTRACT

The present study analyzes the presence of depressive symptomatology in a sample of 202 smokers with and without personality disorders who participate in a psychological treatment programme for giving up smoking. The results indicate that the group of smokers with personality disorders presented more depressive symptoms than the group of smokers without personality disorders, both at the start and at the end of the treatment. This finding would confirm the widely found association between Axis II disorders and emotional distress, resulting from the deterioration of the individual's general functioning due to the inflexible behaviour patterns characteristic of personality disorders.

Key words: depression, personality disorders, smoking cessation, BDI-II

INTRODUCTION

Cigarette smoking is the main cause of morbi-mortality worldwide, causing some 5 million deaths a year (World Health Organization, 2008). Apart from its close association with physical illnesses, smoking is related to various psychopathological disorders. The majority of research has focused on the relationship between smoking and history of major depression, findings in clinical samples showing that between 25% and 61% of smokers have suffered from a depressive disorder at some time in their life (Becoña, 2003; Becoña & Míguez, 2004; Wilhelm, Wedgwood, Niven & Kay-Lambkin, 2006). Such studies have led tobacco smoking to be considered as a risk factor for depression (Pasco, Williams, Jacka, Ng, Henry, Nicholson et al., 2008). People with a history of depressive disorder are more likely to be smokers and to be nicotine-dependent, have greater difficulty giving up smoking and are at greater risk of suffering mood alterations when they do give up the habit (Breslau, Kilbey & Andreski, 1992; Dierker & Donny, 2008; Gurrea & Pinet, 2004; Hughes, 2007; Leventhal, Kahler, Ray & Zimmerman, 2009; Schmitz, Kruse & Kugler, 2003; Vázquez, Becoña & Míguez, 2002). Moreover, both history of major depression and depressive symptoms are associated with higher failure rates in attempts to give up smoking (Anda, Williamson, Escobedo, Mast, Escovino & Remington, 1990; Glassman, Helzer, Covey, Cottler, Stetner, Tipp & Johnson, 1990), higher levels of negative affect during abstinence syndrome (Covey, Glassman & Stetner,

1997) and higher relapse rates (Kinnunen, Doherty, Militello & Garvey, 1996). Previous research has shown that even low levels of depressive symptomatology may be associated with difficulties for giving up smoking and greater persistence of nicotine dependence (Hitsman, Borrelli, McChargue, Spring & Niaura, 2003; Niaura, Britt, Shadel, Goldstein, Abrams & Brown, 2001).

Smoking has also been associated with Axis II personality disorders. However, the results are inconsistent as regards the prevalence of these disorders in smokers, with percentages ranging from 9% (Black, Zimmerman & Coryell, 1999) to 45% (Lasser, Wesley, Woolhandler, Himmelstein, McCormick & Bor, 2000). This great variation is due in part to the methodology used, to sample heterogeneity and to the definition of smoker status used in each study (Fernández del Río & Becoña, in press). Nor is there consensus in the literature about the influence of personality disorders on the efficacy of therapeutic intervention. Thus, while some studies conclude that having an associated personality disorder is a predictor variable of treatment failure in addictive behaviour (Verheul, van den Brink & Hartgers, 1998), others have shown that Axis II psychopathology, despite being associated with pre- and post-treatment problems, does not constitute a robust predictor of the result of intervention in substance users, and that these individuals may benefit from clinical intervention at least as much as people without an associated personality disorder (Alterman, Rutherford, Cacciola, McKay & Boardman, 1998; Cacciola, Alterman, Rutherford, Alterman, McKay & Snider, 1996; Crits-Cristoph, Siqueland, Blaine, Frank, Luborsky, Onken, et al., 1999).

Furthermore, it is known that the majority of individuals with a personality disorder also have Axis I mental disorders (Skodol, 2007). This comorbidity of Axis I and Axis II disorders ranges from 66% to 100% (Dolan-Sewell, Krueger & Shea, 2001), and often complicates therapeutic intervention (Torrens, 2008). Indeed, people with personality disorders commonly seek specialist help owing to the development or exacerbation of an Axis I disorder. Such individuals often experience considerable family, employment and interpersonal problems, resulting from their scarce flexibility and adaptability (Caballo, 2004). People with personality disorders possess hardly any alternative strategies for relating to others, using the strategies they have in a rigid fashion, and find it hard to adapt to change, tending to create vicious circles and to modify their environment so that it does not make demands on them that are outside

their usual repertoire (Millon & Everly, 1994). Therefore, it is common for such individuals to suffer depressive symptoms resulting from the deterioration of their general functioning (Eurelings-Bontekoe, van der Slikke & Verschuur, 1997). Nevertheless, some studies have reported that the presence of depressive symptoms, at least in some individuals with personality disorders, is associated with better treatment results, insofar as the distress caused by such symptoms serves as motivation to seek treatment, which would facilitate the modification of maladaptive behaviours characteristic of Axis II disorders (Shea, Widiger & Klein, 1992).

If we add to the frequent comorbidity between depressive disorders and personality disorders the antidepressant effects of nicotine (Salín-Pascual, Rosas, Jiménez-Genchi, Rivera-Meza & Delgado-Parra, 1996), it is to be expected that smokers with Axis II disorders will experience greater depressive symptomatology at the beginning of a psychological treatment programme for giving up smoking, at the end of the programme and at the 12-month follow-up.

The aim of the present study is to assess the presence of depressive symptomatology in smokers with and without personality disorders who participate in a psychological treatment programme for giving up smoking.

METHOD

PARTICIPANTS

The sample was made up of smokers who requested smoking cessation treatment at the Smoking Addiction Unit in the Psychology Faculty of the University of Santiago de Compostela (Spain) between October 2006 and February 2008. Inclusion criteria for the study were: age 18 or over; freely wishing to take part in the treatment; smoking at least 10 cigarettes per day prior to starting the treatment; and properly filling out all the questionnaires in the pre-treatment assessment. Exclusion criteria were: diagnosed severe mental disorder (bipolar disorder and/or psychotic disorder); concurrent dependence on other substances (cocaine and/or heroin); having participated in the same psychological treatment programme or in a similar one during the previous year; having received some other type of effective treatment for giving up smoking (nicotine replacement therapy, bupropion, varenicline) in the previous year; presence of some physical pathology involving high life-risk

for the individual, which would require immediate intervention on an individual format (e.g., recent heart attack, pneumothorax); and failure to attend the first group session of treatment. Of an initial sample of 243 individuals, 41 were excluded on the basis of the previously-mentioned exclusion criteria, so that the final sample was composed of 202 cigarette smokers (43.1% men and 56.9% women). Mean age was 43.99 years (S. D. = 10.70). At the start of the treatment programme they smoked a mean of 24.32 cigarettes per day (S. D. = 10.22).

INSTRUMENTS

All the smokers were assessed by means of the Cuestionario sobre el hábito de fumar [Questionnaire on the smoking habit] (Becoña, 1994), which gathers information on sociodemographic variables and smoking-related data.

For the assessment of the personality disorders we used the screening questionnaire of the IPDE (International Personality Disorder Examination, Loranger, 1995), DSM-IV Module. Loranger, Janca and Sartorius (1997) set the cut-off point at three positive items or more, for considering each category as significant, but this rather low cut-off point, while improving the sensitivity of the instrument, markedly increases the number of false positives. Authors such as Lewin, Slade, Andrews, Carr and Hornabock (2005) proposed using the ICD-10 diagnostic criteria for each personality disorder as a solution for increasing the specificity of the screening questionnaire. In the present study, and basing ourselves on the study by Lewin et al. (2005), we adopted as cut-off points for the screening questionnaire of the IPDE, DSM-IV Module, the DSM-IV diagnostic criteria (American Psychiatric Association, 1994) for each personality disorder.

Depressive symptomatology was assessed by means of the BDI-II (Beck Depression Inventory, second version; Beck, Steer & Brown, 1996; in its Spanish version by Sanz, Perdigón & Vázquez, 2003), which assess the presence of depressive symptoms in the two weeks prior to the pre-treatment assessment. In the present study we used a score of 19 as a cut-off point to speak of moderate or severe depressive symptomatology (Beck et al., 1996).

Depressive symptomatology was assessed prior to the start of the psychological smoking cessation treatment, at the end of it and at the 12-month follow-up. Although all participants took part in the pre-treatment assessment, the assessment at the end of the treatment pro-

gramme was obtained from 165 individuals (37 failed to attend the final session), and that for the 12-month follow-up from 188 individuals (14 could not be located).

PROCEDURE

The initial assessment of all the smokers was carried out in a single session, which involved the application of all the instruments described above. All the smokers signed the informed consent to take part in the study. The Bioethics Committee of the University of Santiago de Compostela gave its authorization for the study to be carried out.

Duration of the treatment programme was 6 weeks (one session per week lasting around 1 hour), and participants were treated in groups of between 2 and 8. The treatment was applied by two psychologists with several years of experience in the treatment of smokers.

The psychological treatment carried out was the Programa para dejar de fumar [Smoking Cessation Programme] (Becoña, 1993, 2007). This is a cognitive-behavioural treatment consisting of six sessions in group format. This treatment involves the following elements: treatment contract, self-report and graphic representation of cigarette consumption, general information on tobacco, stimulus control, activities for avoiding nicotine withdrawal syndrome, physiological feedback on cigarette consumption (measurement of carbon monoxide in expired air in each session), gradual reduction of nicotine and tar ingestion (nicotine fading), and relapse-prevention strategies (training in assertiveness, problem-solving, change of mistaken beliefs, anxiety and anger management, physical exercise, weight control and self-reinforcement).

At the end of the treatment we once again administered the BDI-II, with the aim of assessing the presence of depressive symptomatology associated with giving up smoking ($n = 165$). At the 12-month follow-up we applied a follow-up questionnaire according to the status of the participant at that moment (smoker/nonsmoker), in addition to the BDI-II ($n = 188$).

RESULTS

On analyzing the relationship between depressive symptomatology at the start of the treatment and the presence of at least one personality disorder, we found statistically significant differences on the BDI-II

Table 1. Percentage of individuals with suspected depression (BDI-II) according to the presence of a personality disorder (screening IPDE pre-treatment)

	Suspected depression (BDI-II ≥ 19)				
	With PD (n = 126)		Without PD (n = 76)		χ^2
	n	%	n	%	
Pre-treatment assessment (n = 202)	27 27	21.4	2	2.6	13.623***
Assessment at end of treatment (n = 165)	11	10.8	1	1.6	4.885*
12-month follow-up assessment (n = 188)	22	18.8	7	9.9	2.710

* $p < .05$; *** $p < .001$

($\chi^2_{(1)} = 13.623$, $p \leq .001$). The smokers with personality disorders have more depressive symptomatology prior to starting the smoking cessation treatment than those without personality disorders (21.4% and 2.6%, respectively) (Table 1).

At the end of the smoking cessation treatment, the scores of those with personality disorders are also higher on the BDI-II ($\chi^2_{(1)} = 4.885$, $p \leq .05$). At that point, 10.8% of smokers with personality disorders present suspected depression, compared to 1.6% of the initial group of smokers without personality disorders.

At the 12-month follow-up, no statistically significant differences were found on the BDI-II between participants with and without personality disorders.

As regards status of the individual at the 12-month follow-up (smoker, nonsmoker) according to the presence of personality disorders and BDI-II, we found significant differences in the pre-treatment assessment ($F_{(4,201)} = 11.001$, $p \leq .001$), where the smokers with personality disorders score higher (12.87) than the other groups. The Scheffé *post hoc* test revealed significant differences between smokers with personality disorders and smokers without personality disorders ($p \leq .001$) (Table 2).

With regard to the BDI-II at the end of the treatment, we also found significant differences ($F_{(4,164)} = 6.169$, $p \leq .001$), insofar as the smokers with personality disorders scored higher (9.04) than the rest of the groups. The Scheffé *post hoc* test revealed differences between the smok-

Table 2. Mean scores on the BDI-II at the different treatment points, according to the presence or absence of a personality disorder (PD) and smoker status at 12 months

	Smokers		Nonsmokers		F
	12m follow-up (n = 163)		12m follow-up (n = 39)		
	Without PD	With PD	Without PD	With PD	
Pre-treatment assessment (n = 202)	5.29	12.87	6.69	10.31	11.001***
Assessment at end of treatment (n = 165)	4.98	9.04	2.33	7.88	6.169***
12-month follow-up assessment (n = 188)	7.02	11.62	4.69	7.92	5.342***

***p < .001

ers with and without personality disorders ($p \leq .001$), and between the smokers with personality disorders and the nonsmokers without personality disorders ($p \leq .01$).

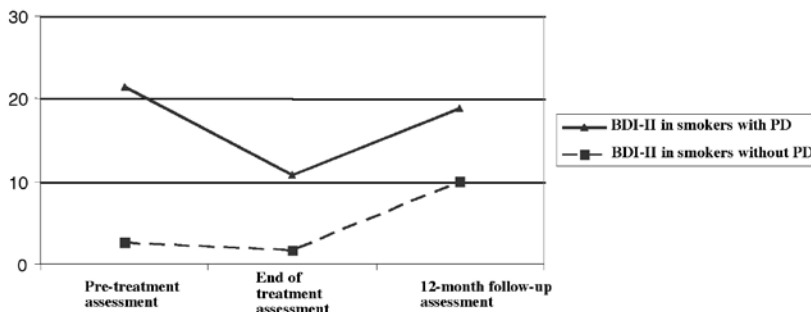
Finally, we found statistically significant differences in depressive symptomatology at the 12-month follow-up ($F_{(4,187)} = 5.342$, $p \leq .001$). Notable once more at this assessment point are the smokers with personality disorders (mean score on the BDI-II = 1.62). The Scheffé *post hoc* test revealed significant differences between the smokers with and without personality disorders ($p \leq .01$), and between the smokers with personality disorders and the nonsmokers without personality disorders ($p \leq .05$).

Although the required statistical significance was not attained, individuals with personality disorders who were abstinent at 12 months scored higher on the BDI-II, at all time points, than abstinent individuals without personality disorders (e.g., 10.31 versus 6.69, mean scores on the BDI-II of participants abstinent at 12 months, with and without personality disorders, respectively).

DISCUSSION

The results obtained in the present study support the hypothesis that smokers with personality disorders present greater depressive symptomatology prior to starting a psychological treatment for giving up

Figure 1. Percentage of individuals with suspected depression according to the BDI-II at the different points of the treatment, according to presence or absence of a personality disorder (PD).



smoking. This may be related to the distress associated with the inflexible behaviour patterns characteristic of personality disorders, which cause deterioration of interpersonal and employment relationships (Caballo, 2004; Millon & Davis, 1998).

On the other hand, individuals with personality disorders experienced greater depressive symptomatology at the end of the smoking cessation treatment than those without Axis II psychopathology. Although nicotine has an antidepressant function (Murphy, Horton, Monson, Laird, Sobol & Leighton, 2003), its chronic use leads to neuroadaptation, with increased depressive symptoms if consumption is interrupted (Gurrea & Pinet, 2004). Various studies have indicated that between 3% and 20% of smokers develop clinical depression between the first 3 and 26 weeks of abstinence (Hughes, 2006). In the present study, the percentage of participants with personality disorders presenting depressive symptomatology was lower than at the pre-treatment assessment. After six sessions of the psychological treatment, these smokers experienced a slight improvement in their mood. However, at the 12-month follow-up they had attained levels of depressive symptomatology similar to those of the pre-treatment assessment (Figure 1).

The results of the present study would indicate that smokers with some associated personality disorder experience more depressive symptoms before trying to give up smoking and after having done so, even though they may remain abstinent 12 months later; this would support the idea that Axis II psychopathology tends to be accompanied by

notable emotional distress (Skodol, 2007), expressed through depressive symptoms (Eurelings-Bontekoe et al., 1997). Although at the end of the treatment programme the percentage of participants with depressive symptomatology decreased with respect to the pre-treatment assessment, the percentage was higher in the group with personality disorders, and therefore their distress continues to be significantly higher than that of the smokers without personality disorders.

This study is not without its limitations. First of all, the decrease in sample size at the end of the treatment and at the 12-month follow-up (owing to failure to attend the final session or failure to locate the participant) may have affected the statistical analysis carried out. Also, the assessment of personality disorders was carried out using a self-report instrument: the IPDE screening. However, the cut-off point of this instrument was increased until its adjustment to the DSM-IV diagnostic criteria for each personality disorder. It would be necessary in future research to make use of the complete clinical interview of the IPDE (Loranger, 1995) or of other diagnostic interviews, such as the SCID-II (First, Gibbon, Spitzer, Williams & Smith-Benjamin, 1996). Depressive symptomatology was also assessed by means of a self-report questionnaire, the BDI-II, though this is indeed the world's most widely used assessment instrument in research on depression.

REFERENCES

- Alterman, A. I., Rutherford, M. J., Cacciola, J. S., McKay, J. R. & Boardman, C. R. (1998). Prediction of 7 months methadone maintenance treatment response by four measures of antisociality. *Drug and Alcohol Dependence*, 49, 217 – 223.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual for mental disorders*, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anda, R. F., Williamson, D. F., Escobedo, L. G., Mast, E. E., Giovino, G. A. & Remington, P. L. (1990). Depression and the dynamics of smoking: A national perspective. *Journal of the American Medical Association*, 264, 1541-1545.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). BDI-II. *Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Becoña, E. (1993). *Programa para dejar de fumar [Smoking Cessation Programme]*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela.

- Becoña, E. (1994). Evaluación de la conducta de fumar [Assessment of smoking behaviour]. In: J. L. Graña (Ed.), *Conductas Adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento* [Addictive Behaviours: Theory, assessment and treatment] (pp. 403-454). Madrid: Debate.
- Becoña, E. (2003). Tabaco, ansiedad y estrés [Smoking, anxiety and stress]. *Salud y Drogas*, 3, 70-92.
- Becoña, E. (2007). *Programa para dejar de fumar* [Smoking Cessation Programme]. Vigo: Nova Galicia Edicions.
- Becoña, E. & Míguez, M. C. (2004). Consumo de tabaco y psicopatología asociada [Tobacco consumption and associated psychopathology]. *Psicooncología*, 1, 99-112.
- Black, D. W., Zimmerman, M. & Coryell, W. H. (1999). Cigarette smoking and psychiatric disorder in a community sample. *Annals of Clinical Psychiatry*, 11, 129-136.
- Breslau, N., Kilbey, M. & Andreski, P. (1992). Nicotine withdrawal symptoms and psychiatric disorders: Findings from an epidemiological study of young adults. *American Journal of Psychiatry*, 149, 464-469.
- Caballo, V. E. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento* [Manual of personality disorders: Description, assessment and treatment]. Madrid: Síntesis.
- Cacciola, J. S., Rutherford, M. J., Alterman, A. I., McKay, J. R. & Snider, E. C. (1996). Personality disorders and treatment outcome in methadone maintenance patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 234-239.
- Covey, L. S., Glassman, A. H. & Stetner, F. (1997). Major depression following smoking cessation. *American Journal of Psychiatry*, 154, 263-265.
- Crits-Cristoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S., et al. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Archives of General Psychiatry*, 56, 493-502.
- Dierker, L. C. & Donny, E. C. (2008). The role of psychiatric disorders in the relationship between cigarette smoking and DSM-IV nicotine dependence among young adults. *Nicotine & Tobacco Research*, 10, 439-446.
- Dolan-Sewell, R. T., Krueger, R. F. & Shea, M. T. (2001). Co-occurrence with syndrome disorders. In: W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of Personality Disorders: Theory, Research and Treatment* (pp.84-104). New York: Guilford.
- Eurelings-Bontekoe, E. H. M., van der Slikke, M. & Verschuur, M. J. (1997). Psychological distress, depressive symptomatology, coping and DSM-III-R/ICD-10 personality disorders. *Personality and Individual Differences*, 23, 407-417.

- Fernández del Río, E. & Becoña, E. (in press). Trastornos de personalidad en fumadores: una revisión [Personality disorders in smokers: A review].
- Glassman, A. G., Helzer, J. E., Covey, L. S., Cottler, L. B., Stetner, F., Tipp, J. E. & Johnson, J. (1990). Smoking, smoking cessation, and major depression. *Journal of American Medical Association*, 264, 1546-1549.
- Gurreea, A. & Pinet, C. (2004). Tabaco y patología afectiva [Tobacco and affective pathology]. *Adicciones*, 16 (Supl. 2), 155-176.
- Hitsman, B., Borrelli, B., McChargue, D. E., Spring, B. & Niaura, R. (2003). History of depression and smoking cessation outcome: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 657-663.
- Hughes, J. R. (2006). Clinical significance of tobacco withdrawal. *Nicotine & Tobacco Research*, 8, 153-156.
- Hughes, J. R. (2007). Depression during tobacco abstinence. *Nicotine & Tobacco Research*, 9, 443-446.
- Kinnunen, T., Doherty, K. B., Militello, F. S. & Garvey, A. J. (1996). Depression and smoking cessation: Characteristics of depressed smokers and effects of nicotine replacement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 691-698.
- Lasser, K., Wesley, J., Woolhandler, S., Himmelstein, D., McCormick, D. & Bor, D. (2000). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *Journal of the American Medical Association*, 284, 2606-2610.
- Leventhal, A. M., Kahler, C. W., Ray, L. A. & Zimmerman, M. (2009). Refining the depression-nicotine dependence link: Patterns of depressive symptoms in psychiatric outpatients with current, past, and no history of nicotine dependence. *Addictive Behaviors*, 34, 297-303.
- Lewin, T. J., Slade, T., Andrews, G., Carr, V. J. & Hornabrook, C. W. (2005). Assessing personality disorders in a National Mental Health Survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 87-98.
- Loranger, A. W. (1995). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Geneva: World Health Organization.
- Loranger, A. W., Janca, A., & Sartorius, N. (Eds.) (1997). *Assessment and diagnosis of personality disorders: The International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Millon, T. & Davis, R. (1996). *Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond*. New York: John Wiley & Sons.
- Millon, T. & Everly, G. S. (1994). *La personalidad y sus trastornos [Personality and Its disorders: A Biosocial Learning Approach]*. Barcelona: Martínez Roca.

- Murphy, J., Horton, N., Monson, R., Laird, N., Sobol, A. & Leighton, A. (2003). Cigarette smoking in relation to depression: Historical trends from the Stirling County. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1663-1669.
- Niaura, R., Britt, D. M., Shadel, W. G., Goldstein, M., Abrams, D. & Brown, R. (2001). Symptoms of depression and survival experience among three samples of smokers trying to quit. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 13-17.
- Pasco, J. A., Williams, L. J., Jacka, F. N., Ng, F., Henry, M. J., Nicholson, G. C., et al. (2008). Tobacco smoking as a risk factor for major depressive disorder: Population-based study. *British Journal of Psychiatry*, 193, 322-326.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Salín-Pascual, R., Rosas, M., Jiménez-Genchi, A., Rivera-Meza, B. & Delgado-Parra, V. (1996). Antidepressant effect of transdermal nicotine patches in nonsmoking patients with major depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 387-389.
- Schmitz, N., Kruse, J. & Kugler, J. (2003). Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1670-1676.
- Shea, M. T., Widiger, T. A. & Klein, M. H. (1992). Comorbidity of personality disorders and depression implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 857-868.
- Skodol, A. E. (2007). Manifestaciones, diagnóstico clínico y comorbilidad [Manifestations, clinical diagnosis and comorbidity]. In: J. M. Oldham, A. E. Skodol & D. S. Bender (Eds.). *Tratado de los trastornos de la personalidad [The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders]* (pp. 59-90). Barcelona: Elsevier Masson.
- Torrens, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro [Dual pathology: Current situation and future challenges]. *Adicciones*, 20, 315-320.
- Vázquez, F. L., Becoña, E. & Míguez, M. C. (2002). Fumar y depresión: Situación actual en España [Smoking and depression: Current situation in Spain]. *Salud y Drogas*, 2, 17-28.
- Verheul, R., van den Brink, W. & Hartgers, C. (1998). Personality disorders predict relapse in alcoholic patients. *Addictive Behaviors*, 23, 869-882.
- Wilhelm, K., Wedgwood, L., Niven, H. & Kay-Lambkin, F. (2006). Smoking cessation and depression: Current knowledge and future directions. *Drug and Alcohol Review*, 25, 97-197.
- World Health Organization (2008). *First WHO European recommendations on treatment of tobacco dependence. Evidence-based core recommendations for health care systems in Europe*. Regional Office for Europe. Denmark.

PATRONES DE USO Y BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN SOBRE ADICCIONES EN INTERNET

M^a del Carmen Segura Díez ⁽¹⁾, José A. García del Castillo⁽¹⁾
y Carmen López-Sánchez⁽²⁾.

⁽¹⁾Universidad Miguel Hernández, ⁽²⁾Universidad de Alicante.

(Received / Recibido: 24 / 05 / 2010 - Accepted / Aceptado: 07 / 06 / 2010)

RESUMEN

Este trabajo expone los resultados de un estudio piloto, que tiene como objetivos el análisis de las páginas web de ámbito nacional que ofrecen información sobre adicciones y por otro lado, el estudio de los patrones de uso de estas páginas, por parte de los internautas a través del cuestionario INDEXA. Se han analizado hasta el momento 203 recursos web españoles en materia de adicciones y se ha encuestado a 394 sujetos (pertenecientes a población universitaria) sobre sus hábitos en el uso de Internet como fuente de información sobre adicciones.

Los resultados indican que la mayor parte de recursos web en adicciones pertenecen al ámbito asociativo (33%), con un enfoque centrado en el tratamiento (22%) y un abordaje generalista cuando se trata de ofrecer información sobre sustancias adictivas o adicciones. Las sustancias más tratadas en los contenidos de las webs son el tabaco (41%) y el alcohol (38%).

Los resultados del cuestionario INDEXA muestran que el 84% de los internautas encuestados se consideraban bien informados sobre adicciones y el 64% había buscado o recibido información sobre el tema en el último año. El nivel de satisfacción con las webs sobre adicciones es

Correspondencia

M^a del Carmen Segura Díez

Instituto de Investigación de Drogodependencias. Universidad Miguel Hernández.

Carretera de Valencia s/n. 03550 Sant Joan d'Alacant (Alicante). España.

E-mail: msegura@umh.es

bueno (67%) y sus consultas se centran en la búsqueda de información sobre una sustancia en concreto, que suele ser el alcohol (15%) seguido a más distancia del cannabis (13,18%) y el tabaco (11%).

Palabras clave: Adicciones, Calidad, Indexa, Internet, Prevención, Páginas Web.

ABSTRACT:

This paper shows the results of a pilot study on the analysis of web pages in Spain containing information about addictions. We also analyze in which ways internet users utilize such pages through the test INDEXA. We have analyzed, so far, 203 Spanish web resources on addictions and surveyed 294 university students about their usage of the Internet for informational purposes on addictions.

Results indicate that the most part of web resources in addictions belong to associations (33%), with an approach centered in the treatment (22%) and a general approach when one is to offer information on addictive substances or addictions. The most mentioned substances in the contents of websites are the tobacco (41%) and the alcohol (38%).

Results of the questionnaire INDEXA show that 84% of internet users were considered well informed on addictions and 64% had looked for or received information on the topic in the latest year. The level of satisfaction with websites on addictions is good (67%) their questions concentrate in the information search on a substance in particular, that usually is the alcohol (15%) followed more distance of the cannabis (13.18%) and the tobacco (11%).

Keywords: Addictions, Quality, Indexa, Internet, Prevention, Web pages.

INTRODUCCIÓN:

-¿Qué es para usted Internet?- Ante esta pregunta, muchos responderíamos con la descripción de una imagen, en la que múltiples ventanas se abren para darnos paso a los más diversos contenidos, a la interacción con "otros" (conocidos o por conocer), a la inmediatez de recibir información en tiempo real, desde cualquier lugar del planeta, a cualquier hora del día, ventanas abiertas también a la diversión y el ocio, que según

parece, suelen ir de la mano cuando hablamos de Internet, incluso ventanas abiertas a una segunda vida, como las que nos proponen universos virtuales como "*Second Life*" o el famoso juego de rol "*World of Warcraft*".

La definición y los usos de Internet se reinventan a toda velocidad, de tal manera que en muchos casos, los contenidos que ofrece la red a sus usuarios, tienen un periodo de vigencia muy corto, o bien, quedan solapados por otros contenidos más nuevos, con formatos más atractivos, mejor elaborados o más ajustados, a las demandas de los usuarios. Todo ello, dificulta la tarea de acotar y listar los recursos web que abordan un determinado tema. En el ámbito de los recursos web que abordan la prevención y el tratamiento de las adicciones, este problema se une, a la dificultad que tienen estas páginas desde su diseño y planificación, para establecer unos criterios mínimos o estándares de calidad con los que presentarse a sus usuarios.

Para tratar de dar respuesta al problema, Beneit y Carabantes (2004) elaboraron un modelo para la valoración de recursos web sobre drogo-dependencias, partiendo de modelos surgidos en otras áreas como la Medicina, la Biblioteconomía o la Documentación. Este modelo consta de 25 indicadores de valoración, divididos en dos secciones, que hacen referencia a la estructura de la página y su contenido.

Otros recursos que pueden aportarnos información sobre los estándares a cumplir para diseñar y mantener la utilidad y actividad de una página web, son los criterios que utilizan algunas páginas generales con contenidos de salud, cuando organizan y publican enlaces externos de consulta, para usuarios generales o profesionales de la salud. Un ejemplo, es el *Localizador de Información en Salud* (LIS), perteneciente a la Biblioteca Virtual en Salud de España, del Instituto de Salud Carlos III. Este recurso nos ofrece un catálogo de fuentes de información disponibles en Internet y de interés para los usuarios de información en salud. Está dividido en materias e incluye una categoría específica para el tema "Adicciones". La selección de las fuentes de información incluidas en LIS España, se llevó a cabo a través del cumplimiento de una serie de criterios recogidos por BIREME (centro especializado de la Organización Panamericana de la Salud en Brasil desde 1967) y adaptados metodológicamente a los temas específicos que incluye el LIS.

Tanto el modelo de Beneit y Carabantes, como los criterios que propone el LIS, comparten algunos de sus indicadores con los propuestos por otros autores (Pealer y Dorman, 1997; Kim y cols., 1999; Kunst y cols., 2002; Eysenbach y Köhler, 2002). Sin embargo, estamos de acuerdo con

Eysenbach et al. (2002), cuando afirma que existe una enorme diversidad cuando se trata de establecer y aplicar criterios de evaluación de la calidad, en las webs con contenidos de salud, así como diversa es también la metodología de puesta en marcha, para operativizar su aplicación.

Otro elemento interesante que aporta valiosa información sobre qué características clave ha de reunir un recurso on-line con contenidos de salud, son las indicaciones que nos ofrecen los propios internautas desde su experiencia, para orientarnos acerca de cuáles son los elementos que más valoran cuando tienen que escoger una determinada página web y no otra. Como recoge Carnicero (2002) en el VI informe de la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS), todos los implicados en la mejora de la calidad de los recursos web tienen la responsabilidad de participar en el proceso de manera activa.

Una primera aproximación a esta perspectiva, nos la proporcionan los resultados de un exhaustivo trabajo realizado por Llinás et al. (2005), cuyo objetivo es conocer las características de las páginas web, que reciben mejor valoración por parte de un grupo de internautas que cursa estudios universitarios. Los resultados muestran que los internautas confieren más credibilidad a las páginas de organismos oficiales o avaladas por organismos competentes, fuentes expertas, o documentadas con bibliografía. Para ellos es importante que aparezca de forma clara la fecha de actualización de la página y que ésta sea reciente. En cuanto a la información que presenta la web, debe ser completa y precisa, quedando destacada aquella que tenga mayor relevancia, que contenga ejemplos ilustrados y que sea visualmente atractiva y entretenida.

En relación al lenguaje, debe combinar la claridad con su carácter técnico, sin el uso de demasiados tecnicismos que puedan dificultar la comprensión del contenido de la página. En cuanto a la navegación, se valora que sea sencilla, que los enlaces que exponga funcionen, y que la velocidad de carga sea adecuada (menos de 10 segundos).

Los aspectos menos valorados por los internautas cuando visitan páginas web con contenidos de salud, y que hace que opten por escoger otra página de inmediato, son la presencia de colores llamativos o *banners* o animaciones, que disponga de chat y que el acceso no sea gratuito. Al parecer tampoco parece ser muy relevante la presencia de correo electrónico para atender las posibles consultas de los visitantes del recurso.

El trabajo de Llinás y cols. (2005), nos permite poner el acento en la importancia de conocer el punto de vista de los usuarios, para averiguar cuáles son los aspectos que han de potenciar o mejorar los recursos web,

para ser más efectivos y eficientes en la comunicación con los internautas y de qué manera podemos orientar a esos usuarios, para que realicen búsquedas de información más satisfactorias y ajustadas a sus demandas.

En esta dirección nos planteamos dos líneas de trabajo que se exponen en el presente estudio. Por un lado, mostramos los resultados del registro y análisis de páginas web españolas con contenidos sobre adicciones y por otra parte, la evaluación de los patrones de uso de Internet en la búsqueda de información sobre adicciones, en dos colectivos diferenciados, por una parte en estudiantes universitarios de la Comunidad Valencia y en segundo lugar, en profesionales que trabajan en el campo de las adicciones. En este estudio piloto nos centraremos en la población universitaria.

MÉTODO

MUESTRA Y PARTICIPANTES

El registro y análisis de páginas web específicas en el ámbito de la prevención y el tratamiento de las adicciones, cuenta con una muestra de 203 recursos.

Para la evaluación de patrones de uso y búsqueda de información, se ha contado con una muestra compuesta por jóvenes universitarios (en gran medida de enseñanzas sociales), pertenecientes a 4 universidades de la Comunidad Valenciana: la *Universitat Jaume I* que aporta el 7% de la muestra (n=28), la *Universitat de València*, el 24% (n=92), la Universidad de Alicante un 12% de la muestra (n=47) y la Universidad Miguel Hernández, un 57% (n=216).

Al tratarse de un estudio exploratorio, participaron de forma voluntaria en este trabajo preliminar, 394 sujetos (84 varones y 310 mujeres), con una edad media de 22 años.

PROCEDIMIENTO

Los autores han llevado a cabo un trabajo de estudio y análisis de los criterios de calidad que reúnen los recursos web españoles, en el ámbito de la prevención y el tratamiento de los trastornos adictivos, dado que los jóvenes consideran Internet una herramienta útil para mejorar su información y fundamentar sus decisiones acerca de las drogas y sus consecuencias, tanto desde la vertiente de la prevención como del tratamiento (García del Castillo y Segura, 2009).

Figura 1. Listado de indicadores utilizado en la evaluación de las páginas web españolas sobre adicciones.

•Nº Identificador	•Adicciones diversas	
•Nombre	•Homologación	
•Dirección web	•Patrocinadores	
•Público	•Datos de patrocinio	
•Categoría	•Define objetivos	•Indicador de visitas
•Enfoque	•Descripción objetivos	•Glosario
•Descriptor	•Disponibilidad de idiomas	•Limitación por usuario
•Última actualización	•Idioma de la página	•Descargas
•Permite contacto claro	•Teleformación	•Impacto en buscadores
•Datos de contacto	•Tipo de teleformación	•Claridad
•Permite feed-back	•Material didáctico	•Navegabilidad
•Presencia de foro	•Dispone de artículos	•Originalidad
•Tipo de entidad	•Tiene bases datos	
•Menciona autoría	•Enlaces externos	
•Datos autoría	•Actividad del recurso	
•Ubicación autoría	•Enlace a INID	
•Adición única		

Figura 2. Imagen correspondiente a la base de datos utilizada para la codificación de los resultados.

WEB: Revisión de Web

URL:

Fecha de revisión:

Información básica:

- Nombre:
- Descripción:
- Indicador de visitas: ☐
- Glosario: ☐
- Limitación por usuario: ☐
- Descargas: ☐
- Impacto en buscadores: ☐
- Claridad: ☐
- Navegabilidad: ☐
- Originalidad: ☐

Información de la web:

- Información básica: ☐
- Información de la actividad: ☐
- Información de la accesibilidad: ☐
- Información de la calidad: ☐
- Información de la seguridad: ☐

Información de la entidad:

- Nombre:
- Descripción:
- Indicador de visitas: ☐
- Glosario: ☐
- Limitación por usuario: ☐
- Descargas: ☐
- Impacto en buscadores: ☐
- Claridad: ☐
- Navegabilidad: ☐
- Originalidad: ☐

Información de la actividad:

- Nombre:
- Descripción:
- Indicador de visitas: ☐
- Glosario: ☐
- Limitación por usuario: ☐
- Descargas: ☐
- Impacto en buscadores: ☐
- Claridad: ☐
- Navegabilidad: ☐
- Originalidad: ☐

Información de la accesibilidad:

- Nombre:
- Descripción:
- Indicador de visitas: ☐
- Glosario: ☐
- Limitación por usuario: ☐
- Descargas: ☐
- Impacto en buscadores: ☐
- Claridad: ☐
- Navegabilidad: ☐
- Originalidad: ☐

Información de la calidad:

- Nombre:
- Descripción:
- Indicador de visitas: ☐
- Glosario: ☐
- Limitación por usuario: ☐
- Descargas: ☐
- Impacto en buscadores: ☐
- Claridad: ☐
- Navegabilidad: ☐
- Originalidad: ☐

Información de la seguridad:

- Nombre:
- Descripción:
- Indicador de visitas: ☐
- Glosario: ☐
- Limitación por usuario: ☐
- Descargas: ☐
- Impacto en buscadores: ☐
- Claridad: ☐
- Navegabilidad: ☐
- Originalidad: ☐

Para ello, se han adaptado los criterios utilizados por la plataforma @racne-drogodependencias y los criterios de valoración de recursos web sobre drogodependencias (Carabantes y cols., 2004). Estos criterios se han comparado con los indicadores que utilizan páginas web generales con contenidos de salud. En este caso, se tomaron en cuenta los criterios utilizados por el LIS (Localizador de Información en Salud), citado anteriormente.

Conjugando y adaptando estos criterios, se diseñó una base de datos para la codificación estandarizada de los recursos web formada por 41 indicadores de evaluación para cada página. A continuación se muestra un cuadro resumen de estos indicadores, junto con una imagen que muestra la base de datos que se utilizó para la codificación de los resultados.

Para analizar los patrones de uso de los internautas, en la búsqueda de información sobre adicciones en Internet y su grado de satisfacción con los resultados obtenidos, el primer paso del trabajo consistió en el desarrollo del cuestionario INDEXA, que nos permitiría evaluar variables relacionadas con el uso general de internet y, más concretamente, con el uso de la red para la búsqueda de información sobre adicciones.

Este cuestionario se elaboró a partir de una revisión bibliográfica inicial sobre el tema y tomando en consideración los resultados preliminares obtenidos en el estudio que se ha comentado anteriormente, y que evaluaba los estándares de calidad de los recursos webs españoles en materia de adicciones.

El instrumento fue concebido para ser cumplimentado de forma telemática, no obstante, se generó una versión de la herramienta en papel, para testar con un grupo de usuarios el funcionamiento e idoneidad de los ítems, la duración necesaria para cumplimentar el test y una primera aproximación a los resultados que podríamos obtener a mayor escala, una vez activado el cuestionario en formato electrónico.

A través de esta prueba piloto, algunos usuarios recomendaron pequeños cambios en el cuestionario, que contribuyeron a mejorar la redacción y el formato de respuesta de algunas preguntas, para que resultaran más sencillas de comprender y de cumplimentar en su formato electrónico.

INSTRUMENTOS

La versión final del cuestionario INDEXA, adoptó dos formas, en función de si los usuarios habían buscado o recibido previamente o no, información sobre adicciones durante el último año. En el primer caso, el

instrumento consta de 22 ítems. Por el contrario, si los usuarios manifiestan que ni han buscado ni recibido información sobre adicciones durante el último año, el cuestionario se compone de 18 ítems.

El tipo de preguntas que forman el cuestionario mezcla ítems de respuesta abierta, con ítems dicotómicos, de jerarquización y escalas tipo *Likert* de cinco opciones. Con objeto de que la cumplimentación del cuestionario se realice de forma amena, algunos ítems de tipo *Likert* se han acompañado de “emoticonos” que facilitan el reconocimiento de las opciones y son cercanos a los usuarios. Se pueden ver las capturas de pantalla correspondientes al cuestionario INDEXA, al final de este trabajo (Anexo 1).

ANÁLISIS DE DATOS

Este trabajo es una investigación de corte transversal y tipo descriptivo. Para el análisis estadístico de los datos cuantitativos se efectuaron pruebas descriptivas utilizando el programa estadístico SPSS 15.0.

RESULTADOS

En la actualidad, ya han sido analizados 203 recursos web españoles en materia de adicciones. Entre los resultados más relevantes del estudio, podemos decir que un alto porcentaje de recursos, corresponde a páginas generadas por entidades de corte asociativo (33%). Entre los contenidos, predominan los recursos enfocados al tratamiento de las adicciones (26%), seguidos por los recursos que tienen contenidos preventivos (22%).

Teniendo en cuenta la información que ofrecen estos recursos, encontramos que la mayoría de ellos, nos ofrecen información específica y técnica sobre las distintas adicciones (77%), en lugar de ofrecer información general (12%) o de corte más divulgativo (6%).

Uno de los resultados más llamativos del trabajo, es el grado de actualización de los recursos. Nos llama poderosamente la atención, que más de la mitad de los recursos analizados, en concreto un 51,7%, no muestran la fecha de la última modificación o actualización de contenidos en su página web, lo que nos lleva a pensar que entre todas ellas, habrá un elevado porcentaje de páginas obsoletas. Entre aquellos recursos que sí tienen visible su grado de actualización, tan sólo un 28,60%, había sido actualizado a lo largo del año 2009 (datos tomados en el mes de noviembre).

Figura 3. Recursos web en función del tipo de enfoque.



Figura 4. Fecha de actualización de los recursos web españoles analizados.



Figura 5. Contenidos tratados por las páginas web que se dedican a ofrecer información concreta sobre una sustancia o adicción.



Figura 6. Descriptores utilizados con mayor frecuencia por los recursos web sobre adicciones en España

DESCRIPTOR	APARICIONES
Droga	37
Drogas	31
Cocaína	26
Adicción	16
Adicciones	16
Alcohol	15
Tratamiento	15
Desintoxicación	13
Drogo dependencia	11
Tabaco	11
Heroína	10

A pesar de lo extendido del concepto de la Web 2.0 en la que el usuario es el protagonista activo en la selección, creación y modificación de contenidos y herramientas, la aportación del internauta en los recursos web españoles sobre adicciones es prácticamente anecdótica, dado que la mayoría de las páginas web no permiten herramientas de feed-back como foros o chats, ni ofrecen a los usuarios la posibilidad de intercambiar información.

Cuando analizamos el contenido de los recursos web, son pocas las páginas especializadas en el abordaje de una adicción concreta (16%). Son más frecuentes, en cambio, las que ofrecen información sobre adicciones diversas (25%) sin llegar a pormenorizar en ninguna, o aquellas que sencillamente plantean temas relacionados con la promoción de la salud, sin abordar de forma concreta la información o características de ninguna adicción (59%) en particular.

Centrándonos en el caso de las páginas que presentan contenidos acerca de una adicción en especial, el 79% de estos recursos informan sobre las conocidas como “drogas legales”; tabaco (41%) y alcohol (38%). El cannabis y la cocaína con un 9% respectivamente, son tratadas en menor medida por este tipo de recursos.

Otro resultado que no puede dejarnos indiferentes, señala que sólo un 36,45% (n=74) de las páginas, incluyen algún descriptor de contenido en su código fuente. Éste sería el pequeño porcentaje de páginas que obtendríamos como resultado con mayor probabilidad, si tecleamos nuestra pregunta o tema de interés sobre adicciones en cualquier buscador. La mayoría de estas webs, corresponden a entidades privadas que ofertan tratamiento para las adicciones. En este caso, suelen ser los administradores o “webmasters” los que establecen los descriptores, utilizando para ello, tesauros o catálogos muy extensos de palabras relacionadas con las drogodependencias o los trastornos adictivos, en su mayor parte de tipo genérico. Esto implica, que atendiendo a los descriptores, poco podremos averiguar acerca del contenido de estas páginas.

A continuación, se presenta una tabla que muestra los once descriptores más utilizados por los recursos para definir sus contenidos.

Es importante resaltar, que sólo por que el recurso aparezca en las primeras posiciones cuando introducimos sus descriptores en Internet, hace más probable que esta página sea visitada en detrimento de otras, que están peor posicionadas, por ejemplo, más allá de la tercera página de los resultados de búsqueda, no suelen ser visitadas.

Teniendo en cuenta la relevancia que tiene la posición de las páginas en los buscadores para la visibilidad del recurso, los resultados muestran que las primeras webs que aparecen en los buscadores, corresponden a los recursos que presentan gran diversidad de información acerca de las adicciones, su tratamiento, informaciones preventivas o de promoción de la salud. Estos recursos poseen un buen número de descriptores y por lo tanto, reciben gran cantidad de visitas de un público generalista (31%). El segundo tipo de recurso con buenos índices de impacto en buscadores, son las entidades dedicadas a la promoción de la investigación (29%) y a estas le siguen aquellas páginas específicas dedicadas a temas de prevención (16%) en el ámbito de las adicciones.

Los resultados que mostramos a partir de este punto, se derivan del análisis del cuestionario INDEXA aplicado a la muestra de 394 internautas, todos ellos pertenecientes a población universitaria.

Estos usuarios suelen conectarse a internet desde sus casas (80,25%) con una frecuencia de conexión diaria (83%) y un tiempo de conexión que se sitúa principalmente en un intervalo de 1-2 horas (el 36% de la muestra) o de 3-4 horas (28%). Entre las actividades que realizan cuando navegan por Internet, un 26% se dedica a buscar información, un 27% lee las noticias y un alto porcentaje de la muestra emplea el tiempo en leer el correo electrónico (47%).

En el ámbito de las adicciones, se preguntó a los usuarios de Internet si se consideraban bien informados sobre este tema, a lo que abrumadoramente contestaron afirmativamente un 84% de los encuestados. En el último año, un 68% de la muestra (n=230) ha buscado o recibido información sobre adicciones. Cuando se les pregunta acerca de las fuentes de obtención de esa información, destaca por encima de todas, la influencia de los medios de comunicación (31%), seguida de los amigos (24%) y la familia (19,56%) como informadores.

Un 9,56% (n=22) de los sujetos, utiliza Internet como fuente de información sobre adicciones, y concretamente busca esa información en páginas web (90,44%) con una frecuencia baja; en un alto porcentaje de los casos, “una o dos veces al año” (59,18%) o bien “mensualmente” (36%). Estos usuarios al ser preguntados por su grado de satisfacción con la información que obtienen de internet sobre adicciones, responden mayoritariamente que su nivel de satisfacción es bueno (67%) o “regular” (un 21% de la muestra).

Los resultados muestran que aquellos usuarios que sí han buscado información sobre adicciones en internet, lo han hecho para averiguar

información sobre una adicción en particular (el 60% de los encuestados). Estos internautas, preguntados además, por la adicción o sustancia objeto de esa búsqueda de información, refieren como principales materias de interés, la información relacionada con el alcohol (45%), seguido del interés por el cannabis (13,18%), el tabaco (11%) y la adicción a las nuevas tecnologías (9%).

En general, los usuarios encuestados afirman conocer recursos web específicos en el campo de las adicciones (91%), sin embargo sólo un pequeño porcentaje de ellos, un 21,54%, es capaz de nombrar alguno. Las tres páginas más citadas por los internautas corresponden a la web del Plan Nacional sobre Drogas, la página de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) y la web de la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (Socidrogalcohol).

El estudio, también trata de indagar sobre las actitudes de los usuarios, respecto a cuestiones relacionadas con la búsqueda de información sobre adicciones a través de Internet. A continuación presentamos dos gráficos que muestran las actitudes de los usuarios, a través de su grado de acuerdo con frases referidas a la búsqueda de información sobre adicciones en Internet.

Observando las figuras 7 y 8, podemos ver que los internautas se muestran “de acuerdo” o “muy de acuerdo”, con el hecho de que la búsqueda de información sobre adicciones en la red puede hacerse desde el anonimato, y por otro lado, se muestran “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo”, con las afirmaciones que exponen que la información sobre adicciones en internet “está regulada y controlada” y que es “correcta y adecuada”.

Cuando preguntamos a los internautas si les resulta fácil encontrar información sobre adicciones en Internet, un 86% responde afirmativamente. Sin embargo, si atendemos a los usuarios restantes que sí encuentran dificultades, al ser preguntados acerca de los motivos de esos obstáculos, refieren cuestiones relacionadas con la falta de fiabilidad de la información disponible (un 43%) o bien con la dificultad para averiguar dónde buscar los contenidos que les interesan (un 26% de los sujetos).

En relación a la confiabilidad, cuando se informan sobre adicciones en la red, los recursos que aglutinan mayor frecuencia de elección, serían las páginas institucionales, escogidas por el 43% de los usuarios, seguidas de las webs que pertenecen a fundaciones o asociaciones (38%) y a mucha

Figura 7. Actitudes de los internautas hacia la búsqueda de información sobre adicciones en Internet. Parte 1.

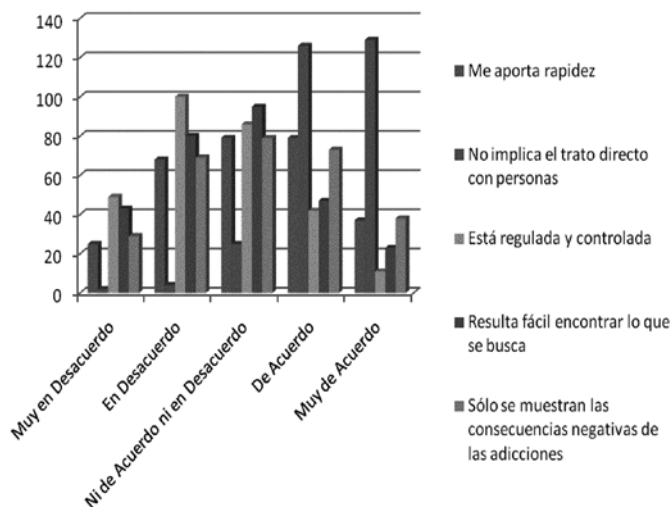


Figura 8. Actitudes de los internautas hacia la búsqueda de información sobre adicciones en Internet. Parte 2.

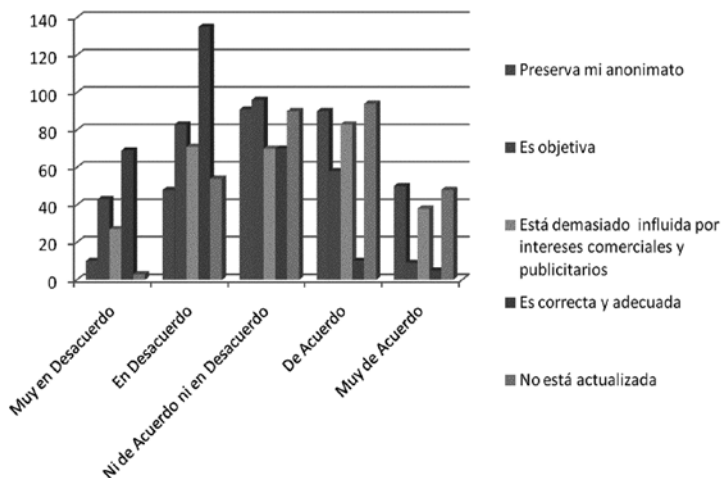


Figura 9. Dificultades encontradas en la búsqueda de información sobre adicciones.



Figura 10. Aspectos que confieren confianza a los recursos web sobre adicciones.

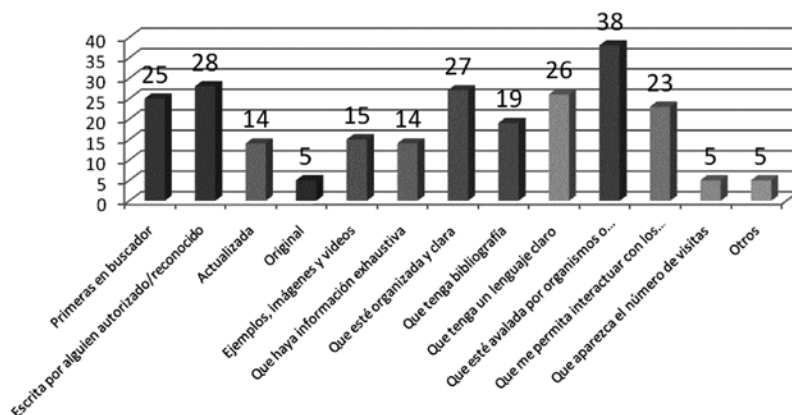
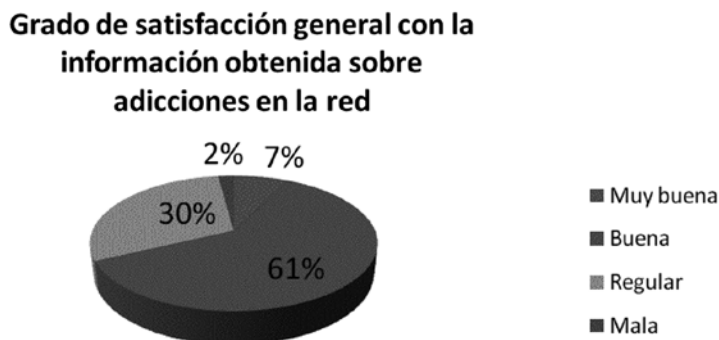


Figura 11. Grado de satisfacción general con la información obtenida sobre adicciones en Internet.

más distancia, estarían los blogs o páginas personales, visitadas por el 5,2% de los usuarios.

Es clarificador el resultado que obtenemos al preguntar a los internautas por los aspectos que más confianza les transmiten cuando navegan por páginas de información sobre adicciones. En el siguiente gráfico, presentamos las frecuencias de elección, de aquellos indicadores que han sido valorados por los usuarios como más importantes (puntuados con un 6) a la hora de generar confianza en un recurso.

El aval de organismos o personas competentes en el campo de las adicciones, es el indicador más valorado como fuente de confianza, seguido a mayor distancia, de indicadores como el reconocimiento de la autoría en los contenidos de la página o su claridad y organización en cuanto a diseño y lenguaje. Resulta paradójico, que encontrar la página web en las primeras posiciones cuando utilizamos un buscador, sea un indicador que otorgue más confianza al recurso, que su grado de actualización, la exhaustividad de sus contenidos o la posibilidad de interactuar con sus responsables para solicitar información, opinar o presentar una queja.

Finalmente solicitamos a los usuarios que nos indicaran su grado de satisfacción general con la información que obtienen sobre adicciones en la red y los resultados nos indican que un 61% de los usuarios considera que ésta es “buena”, mientras que un 30% la califica como “regular”.

Nos parece interesante acabar la exposición de resultados, con la respuesta a una pregunta que aparece al final del cuestionario INDEXA. Se trata de una pregunta abierta de tipo cualitativo, en la que se solicita a los sujetos que aporten sugerencias o propuestas, que puedan mejorar la

situación actual de las páginas web en materia de adicciones y que nos puede aclarar qué es lo que piden los usuarios a los administradores o responsables de estos recursos.

Al tratarse de un trabajo preliminar, se han seleccionado sólo algunas de las respuestas más representativas de los usuarios, que pueden verse en el esquema que aparece a continuación (Figura 12). De él podemos extraer peticiones de control o regulación de contenidos, y particularmente de las herramientas interactivas (como chats o foros), creación de centros de vigilancia o supervisión de contenidos, mayor atención a certificaciones o sellos de calidad, petición de mayor diversidad en los contenidos, la mejora de las estrategias de comunicación y marketing social o la orientación al internauta, sobre el modo de llevar a cabo una estrategia de búsqueda, entre otras.

Figura 12. Selección de propuestas realizadas por los encuestados a través del INDEXA.

PROPUESTAS

- *Controlar la información*
- *Crear un centro especializado y controlado de información*
- *Facilitar su búsqueda. utilizar internet para publicitar estas páginas*
- *En los primeros resultados de un buscador deberían aparecer las páginas oficiales de ministerios, organismos y asociaciones que se dediquen a las adicciones*
- *Introducir unas páginas avaladas por institutos de investigación y que aporten datos sobre casos reales*
- *La existencia de páginas o anuncios relacionados la adicción es escasa, deberían publicarse más anuncios tanto en internet como en la tv*
- *Ofrecer una información real que no se vea influida por opiniones que resulten falsas*
- *Podrían poner menos foros de internautas y más preguntas anónimas a especialistas porque los foros pueden conllevar a respuestas e informaciones erróneas y porque todo el mundo puede escribir*
- *Sobre todo eliminar los datos erróneos que pueden confundir, hay páginas que llevan a la desinformación. que se interesen más en distintos tipos de adicción distintos a las drogas.*

DISCUSIÓN:

A la vista de los resultados obtenidos en este estudio piloto, surgen preguntas que nos invitan a reflexionar sobre algunos aspectos.

La primera reflexión, viene de la mano de los datos que nos hablan acerca de las principales fuentes de información sobre adicciones, para nuestros encuestados. Si bien es verdad, que en los resultados se han reflejado aquellas fuentes, que los usuarios escogerían como primer canal de consulta, (medios de comunicación, amigos y padres o familiares cercanos), el análisis más profundo de los datos de los que disponemos, sitúa Internet como siguiente opción, alzándose como una incipiente fuente de influencia.

Si tenemos en cuenta que en la actualidad, aquello que conocemos como “pantallas”, es decir, la televisión, los teléfonos móviles, las videoconsolas e Internet, se han convertido en factores socializadores de primer orden (Gil, Feliu, Rivero y Gil, 2003), hemos de cuidar especialmente los contenidos que ofrecen los recursos web sobre adicciones, dado que en un futuro próximo, pueden escalar posiciones y convertirse en referentes, en lo que a contenidos sobre adicciones se refiere.

Otro punto de reflexión, es la tendencia de muchos recursos a ofrecer información centrada en adicciones a sustancias, fundamentalmente, alcohol y tabaco, como sustancias legales, cánnabis, por tratarse de la llamada “droga de entrada” hacia las sustancias ilegales y cocaína, por su vigencia y visibilidad en los medios de comunicación. Sin embargo, el análisis de nuestros resultados muestra un claro interés de los usuarios, por las llamadas “adicciones comportamentales”, encabezadas por la adicción a las nuevas tecnologías y seguida muy de cerca por los trastornos de la alimentación y las compras compulsivas.

Esto podemos interpretarlo como un toque de atención que impulse a los recursos web hacia un cambio de paradigma, de las “drogodependencias” a las “adicciones”, adoptando la definición de éste último término que propuso Jaffer en 1997, y que entiende por adicciones, aquellos esquemas conductuales caracterizados por un uso compulsivo de sustancias, objetos o emociones, que genera dependencia física y psicológica, produciendo alteraciones fisiológicas y trastornos psíquicos y emocionales.

Nos parece muy llamativo que los internautas afirmen conocer webs específicas en el ámbito de las adicciones y solamente un pequeño porcentaje (21,54 %) sea capaz de referir alguna. Puede ser que además de

cuidar la calidad de las iniciativas que se emprenden con objeto de informar, prevenir o de tratar, los problemas relacionados con las adicciones, sea necesario poner en marcha esfuerzos para comunicar de manera más efectiva lo que se está llevando a cabo, a los usuarios potenciales de dichos recursos.

En este sentido, como apuntan García del Castillo y cols. (2009) los profesionales del ámbito de la atención y la prevención de los problemas derivados del consumo de drogas, han de saber ver en los medios de comunicación y en las estrategias publicitarias, una buena herramienta para realizar marketing social y motivar actitudes y conductas saludables, utilizando para ello los recursos que nos ofrece Internet.

Un buen comienzo para conseguirlo, pasaría por cuidar más aspectos clave de las páginas como su grado de actualización y sus descriptores. En referencia a estos últimos, los resultados son claros al exponer la situación actual al respecto, en la que menos del 40% de los recursos incluye descriptores, como se ha comentado, elementos básicos para que las páginas aparezcan en las primeras posiciones de un buscador. Sin embargo, pese a la poca atención prestada a los descriptores, los internautas explican que el hecho de que un recurso aparezca entre los primeros resultados de búsqueda, supone para ellos un indicador de confianza para escoger la página entre otras opciones.

Estos resultados son coherentes con el trabajo de Mira y cols. (2008) llevado a cabo en una muestra de internautas españoles, que establece que los primeros sitios web que aparecen como resultado de una búsqueda, son los que se visitan y que prácticamente la mitad de los usuarios, visita una media superior a 20 páginas cuando quiere informarse, saltando de recurso en recurso sin orden definido.

En nuestro estudio, la mayor parte de los usuarios encuestados (86%) responden que les resulta sencillo encontrar lo que buscan, en esta línea, respondían también el 75% de los pacientes que buscaban información sobre salud en el estudio de Murray y su equipo en el año 2003.

El análisis de las barreras con las que se encuentran aquellos usuarios a los que les resulta difícil encontrar información sobre adicciones en Internet, nos devuelve al eterno debate sobre la regulación de contenidos en la red, dado que un 43% de estos internautas, hablan de la falta de fiabilidad de los contenidos que encuentran. En Internet son varias las iniciativas que tratan de acreditar a través de sellos de calidad, las páginas de contenidos relacionados con la salud. En este sentido, podemos citar los proyectos de "Web Médica Acreditada" y "Webs Médicas

de Calidad", así como la certificación que proporciona la Agencia de Calidad de Internet (IQUA). Sin embargo, a pesar de tener estas herramientas, es escasa su repercusión en el usuario y escasa por tanto, la atención de los recursos web del ámbito de las adicciones a este tipo de acreditaciones.

También encontramos resultados que hacen explícita la actitud crítica de los usuarios de Internet, al considerar que la información sobre adicciones no está regulada y controlada, ni es correcta y adecuada. Acertaban Silberg et al. (1997), al señalar que la falta de credibilidad, la inexactitud o la escasa relevancia, eran atributos a los que habitualmente se hacía referencia cuando se hablaba de documentos recuperados de la red.

Los usuarios que contestan a la pregunta abierta que da fin al cuestionario, realizando propuestas de mejora para la situación actual de la información sobre adicciones en la red, también coinciden en reclamar un mayor control y regulación de la información que se publica, es decir, en definitiva una mayor calidad de los recursos disponibles. Y es que en un medio en el que los contenidos son difíciles de acotar, se produce lo que autores como Codina (2000) denominan "la paradoja de la información", refiriéndose a que consideramos útiles aquellas fuente de información que con mayor probabilidad son capaces de ofrecernos información relevante, pero en estos casos, es donde más difícil nos resulta separar "el ruido" de la información importante.

Este trabajo forma parte de un proyecto más amplio, que tiene también entre sus objetivos, conocer los patrones de uso de profesionales que trabajan en la red de intervención en drogodependencias y otros trastornos adictivos de la Comunidad Valenciana y que utilizan Internet como fuente de información sobre adicciones. Esto, junto con el trabajo que se ha llevado a cabo hasta el momento, nos permitirá entre otras cuestiones, diseñar una guía de buenas prácticas, que ayude a los recursos web en la mejora de sus estándares de calidad y a los usuarios, en el modo de realizar una búsqueda de información efectiva.

REFERENCIAS

- Beneit, J.V. y Carabantes, D. (2004) *Valoración de recursos web sobre drogodependencias. Internet y Drogas*. Comisionado Regional para la Droga. Gobierno de La Rioja.
- Carnicero, J. (2002) *Luces y sombras de la información de salud en Internet*. 4º Informe SEIS. Pamplona. Sociedad Española de Informática de la Salud.
- Codina, L. (2000) Evaluación de recursos digitales en línea: conceptos, indicadores y métodos. *Revista Española de Documentación Científica*, 23, 1,9-44.
- Carabantes, D., García, C., y Beneit, J.V. (2004) Criterios de valoración y análisis de sitios web sobre drogodependencias. *Salud y drogas*, Vol.4,1, 39-66.
- Eysenbach, G., Köhler, C.H. (2002) How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews. *British Medical Journal*, 324, 573-577.
- García del Castillo, J.A. y Segura, M.C. (2009) Prevención de drogas on-line: análisis y propuestas de actuación. En *Adicciones y nuevas tecnologías de la información y de la comunicación. Perspectivas de su uso para la prevención y el tratamiento*. Logroño: Consejería de Salud, Gobierno de La Rioja, 57-76.
- García del Castillo, J.A., Segura, M.C., López-Sánchez, C. y García del Castillo, A. (2009) Jugando con la publicidad. El <<advergaming>>. En García del Castillo y López-Sánchez (coord.) *Medios de Comunicación, Publicidad y Adicciones*. Madrid: EDAF, 101-118.
- Gil, A., Feliu, J., Rivero, I. y Gil, E.P. (2003) *¿Nuevas tecnologías de la información y la comunicación o nuevas tecnologías de relación? Niños, jóvenes y cultura digital*. [artículo en línea]. UOC. [Fecha de consulta: 16/06/10].<<http://www.uoc.edu/dt/20347/index.html>>
- Jaffer, J.H. (1997) Trastornos relacionados con sustancias. En Kaplan, H.I., y Sadock B.J. (eds.), *Tratado de psiquiatría VI, vol.2*. Buenos Aires: Interamericana.
- Kim, P., Eng, T.R., Deering, M.J. y Maxfield, A. (1999) Published criteria for evaluating health related web sites: review. *British Medical Journal*, 318, 647-649.
- Kunst, H., Groot, D., Latthe, P., Latthe, M. y Khan, K.S. (2002) Accuracy of information on apparently credible websites: survey of five common health topics. *British Medical Journal*, 324, 581-582.
- Llinás, G., Mira, J.J. Pérez-Jover, V. y Tomás, O. (2005) En qué se fijan los internautas para seleccionar páginas web sanitarias. *Revista de Calidad Asistencial*, 20 (7), 358-390.

- Mira, J.J., Llinás, G, Pérez-Jover, V. (2008) Habits of Internet users and usefulness of websites in Spanish for health education. *World Hospitals and Health Services*. 44, 32-37.
- Murray, E., Lo, B., Pollack, L., Donelan, K., Catania, J., White, M., Zapert, K., Turner, R. (2003) The impact of health information on the Internet on the physician-patient relationship. *Archives of Internal Medicine*. 163, 1727-1734.
- Pealer, L.N. y Dorman, S.M. (1997) Evaluating health-related Web sites. *Journal of School Health*, 67, 232-235.
- Silberg, W.M., Lundberg, G.D. y Musacchio, R.A. (1997) Assessing, controlling, and assuring the quality of medical information on the Internet: caveat lector et viewer? Let the reader and viewer beware. *JAMA* 277, 1244-1245.

ANEXO I

**QUESTIONARIO DE BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN
SOBRE ADICCIONES Y USO DE INTERNET**

INSTRUCCIONES

Desde el Instituto de Investigación de Dependencias de la Universidad Miguel Hernández estamos realizando un estudio sobre el uso de Internet y la búsqueda de información sobre adicciones, desde el punto de vista de los usuarios y profesionales. Es muy importante para nosotros que contestes este cuestionario, solo te llevará unos minutos.

GRACIAS DE ANTEMANO POR TU PARTICIPACIÓN.

Verás que hay algunas preguntas relacionadas con Internet en general, otras con las adicciones a sustancias como por ejemplo: cannabis, cocaína, tabaco, alcohol, etc. y otras referidas a las nuevas adicciones como por ejemplo: videojuegos, juegos de azar, sexo, compras, etc.

Las preguntas son muy fáciles de contestar y nos interesa tu opinión sobre cómo usas Internet. Tus respuestas son de gran utilidad para nuestra investigación. El cuestionario es totalmente anónimo.

Comenzar »

Investigadores:
José Antonio García del Castillo Rodríguez
Carmen López-Sánchez
Mª Carmen Segura Díez

Colaboradores:
Victor Cabrera
Yolanda Sanz

Programación:
Fernando Bernal



INDEXA




CUESTIONARIO DE BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN SOBRE ADICCIONES Y USO DE INTERNET 

Datos generales

0.1. ¿Cuál es tu edad?

Años

0.2. Sexo

☐ Hombre ☐ Mujer

0.3. Nivel de estudios

☐ Graduado escolar ☐ Bachillerato ☐ Ciclos Formativos ☐ Estudios universitarios

ENVIAR

CUESTIONARIO DE BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN SOBRE ADICCIONES Y USO DE INTERNET 

Internet

A continuación te realizaremos una serie de preguntas relacionadas con el uso que haces de Internet.

1. ¿Utilizas Internet?

2. ¿Desde dónde te conectas generalmente a Internet?

☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Universidad / Centro de estudios ☐ Cibercafé ☐ Otros

3. ¿Con qué frecuencia te conectas a Internet?

☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Mensualmente ☐ Rara vez

3.1. ¿Cuántas horas?

☐ Menos de 1 hora ☐ Entre 1 y 2 horas ☐ Entre 3 y 4 horas ☐ Entre 5 y 8 horas ☐ Más de 9 horas

4. ¿Qué actividades realizas principalmente cuando te conectas a Internet?

Ordénalas de mayor a menor importancia

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Consultar el correo electrónico	Leer las noticias	Buscar información	Utilizar servicios tipo Facebook/Messenger chats, Rims	Jugar	Ver películas/ Escuchar música	Descarga de contenidos

5. ¿Qué buscadores web utilizas? (Marca hasta 2 opciones)

☐	☐	☐	☐	☐
Bing	Google	Yahoo	Ask	Otros

ENVIAR

CUESTIONARIO DE BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN SOBRE ADICCIONES Y USO DE INTERNET INDEXA?

Adicciones

Las preguntas que vienen a continuación están relacionadas con la **obtención o búsqueda de información sobre adicciones que haces desde Internet**.
Te recordamos que con el término **adicciones** nos referimos tanto a las **adicciones a sustancias** (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, etc.) como a las **nuevas adicciones**, por ejemplo: videojuegos, juegos de azar, sexo, compras, etc.

6. ¿Te consideras bien informado sobre adicciones?

7. En el último año, ¿has BÚSCADO y/o RECIBIDO información sobre adicciones?

8. Elige 3 fuentes a través de las cuales has obtenido información.

☐ Padres, hermanos y otros familiares	☐ Amigos	☒ Medios de comunicación (TV, prensa y radio)	☐ Charlas y reuniones	☒ Internet	☐ Personas que han tenido contacto con la droga	☐ Teléfono de información gratuita	☐ Otras
--	---------------------------------	---	--	--	--	---	--------------------------------

8.1 En Internet, específicamente...

☒ Webs	☐ Chats / foros	☐ Blogs	☐ Redes sociales
---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------

8.2 ¿Con qué frecuencia utilizas Internet para buscar información sobre adicciones?

☐ Diariamente	☐ Semanalmente	☐ Mensualmente	☒ Una o dos veces al año
-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---

8.3 Valora la información que has recibido

☐ Muy buena	☐ Buena	☒ Regular	☐ Mala	☐ Muy mala
---------------------------------	-----------------------------	--	----------------------------	--------------------------------

11. Cuando has buscado información sobre adicciones en Internet tenías interés en:

☐ Las adicciones en general	☒ Conocer una adicción en particular	☐ Otros
---	---	-----------------------------

☐ Alcohol	☐ Tabaco	☒ Cannabis (porros, marihuana, etc.)	☐ Seta / hongos alucinógenos	☐ Cocaína	☐ Pastillas (d-réx, drogas de síntesis)	☒ Tráps (LSD)	☐ Fármacos (tranquilizantes, estimulantes, etc.)	☒ A las nuevas tecnologías (máquinas recreativas, videojuegos, etc.)	☐ Juego patológico (máquinas recreativas, lotería, bingo, etc.)	☐ AI (Sexo)	☐ AI (Compras)	☐ Adicción a la comida (distorsión de alimentación, anorexia, bulimia, etc.)
----------------------------------	---------------------------------	--	---	----------------------------------	--	---	---	--	--	------------------------------------	---------------------------------------	---

12. ¿Por qué motivo has buscado información en Internet sobre este tema?

☐ Por recabar ayuda (tratamiento, asistencia, recursos)	☐ Por un problema en la familia	☒ Por saber más sobre adicciones y sus efectos	☐ Porque es un tema de preocupación social	☒ Para consumo de forma responsable	☐ Para tener de qué hablar con mis amigos/as	☐ Para mis estudios/trabajo	☐ Para prevenir los problemas de consumo	☐ Otros
--	--	--	---	---	---	--	---	--------------------------------

13. ¿Qué palabras pones usualmente en el buscador para obtener información sobre adicciones?

bla, bla, bla

ENVIAR

CUESTIONARIO DE BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN SOBRE ADICCIONES Y USO DE INTERNET INDEXA?

SATISFACCIÓN

Las preguntas que vienen a continuación están referidas a tu **grado de satisfacción con internet en el ámbito de las adicciones**

14. ¿Conoces páginas web especializadas en adicciones?

15. La búsqueda de información sobre adicciones en Internet:

Muestra tu grado de acuerdo o desacuerdo:
1 = Nada de acuerdo / 5 = Muy de acuerdo

	1	2	3	4	5
Me aporta rapidez	☐	☐	☐	☐	☐
No implica el trato directo con personas	☐	☐	☐	☐	☐
Está regulada y controlada	☐	☐	☐	☐	☐
Resulta fácil encontrar lo que se busca	☐	☐	☐	☐	☐
Sólo se muestran las consecuencias negativas de las adicciones	☐	☐	☐	☐	☐
Preserva mi anonimato	☐	☐	☐	☐	☐
Es objetiva	☐	☐	☐	☐	☐
Está demasiado influida por intereses comerciales y publicitarios	☐	☐	☐	☐	☐
Es correcta y adecuada	☐	☐	☐	☐	☐
No está actualizada	☐	☐	☐	☐	☐

17. ¿Consideras que encuentras con facilidad información sobre adicciones en internet?

19. ¿A qué tipo de páginas recurre cuando necesitas buscar información en internet sobre adicciones?

☐ Páginas institucionales (departamentos, ministerios, comunidades autónomas, etc.)	☐ Fundaciones y asociaciones	☐ Blogs y/o páginas personales	☐ Wikis	☐ Redes sociales (facebook, twitter, myspace, etc.)	☐ Otros
--	---	---	--------------------------------	--	--------------------------------

20. ¿Qué te hace confiar en la información de una página sobre adicciones en internet? (Elija 6 y puntúa de mayor (5) a menor (1))

☐ Que aparezca en las primeras posiciones en el buscador
☐ Que esté escrita por alguien autorizado y/o reconocido socialmente
☐ Que esté actualizada
☐ Que sea llamativa y original
☐ Que haya ejemplos, imágenes, videos, etc.
☐ Que haya información exhaustiva
☐ Que esté organizada y clara
☐ Que tenga un lenguaje claro
☐ Que tenga bibliografía
☐ Que esté avalada por organismos o personas competentes
☐ Que me permita interactuar con los autores: opinar, formular quejas, solicitar más información.
☐ Que aparezca el número de visitas
☐ Otros

21. ¿Cuál es tu grado de satisfacción general con la información obtenida en internet sobre adicciones?

☐ Muy buena	☐ Buena	☐ Regular	☐ Mala	☐ Muy mala
---------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	----------------------------	--------------------------------

22. ¿Qué crees que podría hacerse para mejorar la información ofrecida en internet sobre adicciones o los resultados de tu búsqueda?

NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

Ejemplos de citación.

a) Para *libros*:

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

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

b) Para *capítulos de libros*:

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

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

c) Para revistas:

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

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

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

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



Boletín de suscripción.

Nombre:

Apellidos:

Profesión:

Dirección:

Tfno:

Fax:

E-mail:

Población:

Código postal:

Provincia:

País:

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

☐ **Transferencia bancaria a de** _____ **euros** (ver tarifa)

Caja de Ahorros del Mediterráneo

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

CCC: 2090-0369-88-0064000796

IBAN : CAAMESXXX

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

☐ **Domiciliación bancaria** (rellenar la orden de pago adjunta)

En _____ a _____ de _____ de 2009.

(Firma)

Tarifa anual (incluye 2 ejemplares y gastos de envío)		
España	Suscripción particular	22 euros
España	(Suscripción instituciones)	34 euros
Unión Europea	(Suscripción particular)	28 euros
Unión Europea	(Suscripción instituciones)	40 euros
Resto del Mundo	(Suscripción particular)	36 euros
Resto del mundo	(Suscripción instituciones)	48 euros

Enviar original de este boletín firmado a:

Instituto de Investigación de Drogodependencias

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

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



ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA.

Nombre y apellidos del titular de la cuenta:

N.I.F.-

Nombre del Banco o Caja de Ahorros:

Dirección del Banco o C.A.:

Población:

Código postal:

Provincia:

País:

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

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

En _____ a _____ de _____ de _____.

Atentamente

(Firma del titular)

Editores



INSTITUTO
DE INVESTIGACIÓN
DE DROGODEPENDENCIAS
Universidad Miguel Hernández



Colaboradores



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT



Fundación para el
Estudio, Prevención
y Asistencia a las
Drogodependencias

compromiso social.
Bancaja 



AGÈNCIA
VALENCIANA
DE SALUT

