ADICCIONES

ISSN / 0214-4840 E-ISSN / 2604-6334



PUBLICADO POR:



FINANCIADO POR:



ADICCIONES

EDITOR

José Luis Carballo

Universidad Miguel Hernández de Elche

ASISTENTE TÉCNICO

Andrea López

EDITORES EJECUTIVOS

Maite Cortés

Gerardo Flórez

Unidad de Conductas Adictivas, CIBERSAM,

Sergio Fernández-Artamendi

Universidad Loyola Andalucía

EDITORES ASOCIADOS

Susana Al-Halabí

Universidad de Oviedo

Francisco Arias

Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid

Albert Espelt

Universidad Autónoma de Barcelona

Eduardo Fonseca Universidad de La Rioja, CIBERSAM

Leticia García-Alvarez Universidad de Oviedo, CIBERSAM,

ISPA, Oviedo Moisés García-Arencibia

Universidad de las Palmas de Gran Canaria

Marta Rodríguez Arias

Universitat de València

Antonio Verdejo Universidad de Granada

Ioan Ramón Villalbí

Agència de Salut Pública de Barcelona

CONSEJO EDITORIAL

Ana Adan Puig

Universidad de Barcelona

Emilio Ambrosio Flores

Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid

Peter Anderson

Public Health Consultant. Hellerup, Dinamarca Mark Bellis

John Moores University. Liverpool, Reino Unido

Mats Berglund

Lund University. Malmö, Suecia

Ana Bermejo Barrera

Universidad Santiago de Compostela

Julio Bobes

Universidad de Oviedo – CIBERSAM, ISPA, Oviedo

Colin Brewer

The Staplefor Centre, Londres, Reino Unido

Angel Carracedo

Universidad de Santiago de Compostela

Miguel Casas Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

Cheryl Cherpitel

National Alcohol Research Center. Berkeley, California,

Ma Isabel Colado Universidad Complutense, Madrid

Luis de la Fuente

Instituto de Salud Carlos III. Madrid

Magí Farré

Institut Municipal d'Investigació Mèdica, Barcelona

Joanne Fertig National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Rockville, Maryland, Estados Unidos

Norman Giesbrecht

Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canadá

Mª Paz García-Portilla

Universidad de Oviedo – CIBERSAM, ISPA, Oviedo

Ana González Menéndez

Universidad de Oviedo

Ana González-Pinto

Universidad del País Vasco - CIBERSAM, Alava

Antoni Gual Solé

Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic, IDIBAPS,

Consuelo Guerri

Centro de Investigación Principe Felipe, Valencia

Miguel Gutiérrez

Universidad del País Vasco - CIBERSAM, Alava

William B. Hansen

Tanglewood Research Inc. Greensboro, North Carolina, Estados Unidos

Nick Heather

Norhumbria University. Newcastle Upon Tyne, Reino Unido

Karol L. Kumpfer University of Utah, Estados Unidos

Ronaldo Laranjeira

Brazilian Society of Addiction. Sao Paulo, Brasil

Francisco Javier Laso

Universidad de Salamanca

Karl Leukefeld

Multidisciplinary Research Center on Drug and Alcohol Abuse. Lexington, Kentucky, Estados Unidos

Manuel López-Rivadulla

Rafael Maldonado López

Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

Una McCann

Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore Maryland, Estados Unidos

Iván Montoya

National Institute on Drug Abuse, Washintgton, Estados

Juan Francisco Navas

Universidad Complutense de Madrid

Esa Österberg

National Research and Development Centre for Welfare and Health, Helsinki, Finlandia

Moira Plant

University of the West of England. Bristol, Reino Unido

José Antonio Ramos

George RicaurteJohns Hopkins University School of Medicine. Baltimore, Maryland, Estados Unidos

Fernando Rodríguez de Fonseca

IMABIS. Hospital Carlos Haya, Málaga

Jesús Rodríguez Marín

Stephen Rollnick

University of Wales. Llanedeyrn, Reino Unido

Pilar Alejandra Sáiz, Universidad de Oviedo - CIBERSAM, ISPA, Oviedo, España

Luis San

Parc Sanitari Sant Ioan de Déu, CIBERSAM, Barcelona

Joaquín Santodomingo Carrasco

Hospital Ramón v Caial, Madrio

Roberto Secades Universidad de Oviedo, Oviedo

Kaija Seppä University of Tampere, Finlandia

Néstor Szerman

Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Marta Torréns Hospital de Ntra. Sra. del Mar, Barcelona

Miguel Ángel Torres Fernández

Ex-Presidente de Socidrogalcohol, Valencia

Mª Paz Viveros Universidad Complutense, Madrid

COMITÉ DE EXPERTOS

Carlos Alonso

Servicio Drogodependencias Castilla La Mancha Miquel Amengual Munar

Consell de Mallorca, Palma de Mallorca

Belén Arranz Parc Sanitari S. Joan de Deu, CIBERSAM. Barcelona

Vicent Balanzá Universitat de València — CIBERSAM, Valencia

María de las Mercedes Balcells-Oliveró

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

Gregorio Barrio Instituto Carlos III, Madrid

lesús Bedate Villar

Universidad de Valencia

Hilario Blasco Hospital Universitario Puerta de Hierro, CIBERSAM, Madrid

Mª Teresa Bobes-Bascarán Universidad de Oviedo, CIBERSAM, ISPA, Oviedo

Fran Calvo

Universitat de Girona

Xavier Castells Departamento de Ciencias Médicas. Universitat de Girona

Ainhoa Coloma-Carmona

Universidad Miguel Hernández de Elche **Ruth Cunill Clotet**

Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat, Barcelona

Sara Domínguez-Salas Universidad Lovola Andalucía

Juan José Fernández Miranda . Servicio de Salud Mental del Principado de Asturias, Gijón

Xavier Ferrer Pérez

Fundación Salud y Comunidad, Barcelona

Francina Fonseca Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions-INAD. Parc de Salut

Mar, Barcelona Dolores Franco

Universidad de Sevilla

Lorena de la Fuente

Universidad de Oviedo, CIBERSAM, ISPA, Oviedo José Antonio García del Castillo

Universidad Miguel Hernández de Elche

Hospital Clinic de Barcelona, CIBERSAM, Barcelona

Jose Antonio Giménez Costa Univesitat de València

Lucas Giner

Universidad de Sevilla, Sevilla Iose Manuel Goikolea

Hospital Clínic, CIBERSAM, Barcelona

Alba González de la Roz

Leticia Gonzalez Blanco Servicio de Salud del Principado de Asturias, CIBERSAM, ISPA, Oviedo

Universidad de Oviedo Josep Guardia Serecigni Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Celso Iglesias

Servicio de Salud del Principado de Asturias, CIBERSAM, ISPA. Oviedo

Montse Juan Jerez

Irefrea, Palma de Mallorca

Miguel Angel Landabaso

Centro de Drogodependencias, Barakaldo, Vizcaya Carla López Núñez

Ma Angeles Lorenzo Lago Hospital Gil Casares, Santiago de Compostela

Oscar M. Lozano Rojas

Juan José Llopis Llácer

Unidad de Conductas Adictivas, Castelló Victor Martínez Loredo Universidad de Zaragoza

José Martínez-Raga Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia

Isabel Menéndez-Miranda Servicio de Salud del Principado de Asturias, ISPA, Oviedo

José Miñarro Universidad de Valencia

Sonia Moncada Plan Nacional sobre Drogas, Madrid

Miquel Monrás Unidad de Alcohología. Hospital Clínic de Barcelona

Alfonso Palmer Pol Universitat Illes Balears, Palma de Mallorca

Francisco Pascual Pastor

Conselleria de Sanitat, Valencia

Eduardo J. Pedrero Pérez CAD 4 Ayuntamiento de Madrid

César Pereiro Plan de Galicia sobre Drogas. A Coruña

Bartolomé Pérez Gálvez

Hospital Universitario de San Juan, Alicante Josep-Antoni Ramos-Quiroga

Hospital Vall d'Hebron, Barcelon Juan Luis Recio

Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

Universidad Complutense, Madrid Carlos Roncero

Teresa Salvador Llivina

C. de Estudios sobre Promoción de la Salud, Madrid

Pedro Seijo Centro de Tratamiento, Ambulatorio de Adicciones Villamartín, Cádiz

José Ramón Solé Puig Benito Menni Complejo Asistencial en Salud Mental,

Antonio Terán Prieto Centro Ambulatorio de Atención a Drogodependientes "San

Juan de Dios", Palencia Judit Tirado

Joan Trujols i Albet Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

IMIM – Hospital del Mar, Barcelona

DIRIGIR CORRESPONDENCIA A: SOCIDROGALCOHOL ■ Avda. de Vallcarca, 180 ■ 08023 Barcelona (+34) 932103854 ■ revistaadicciones@socidrogalcohol.org ■ www.socidrogalcohol.org

ÍNDICE / INDEX

2024 VOL. 36 N. 2 ADICCIONES

EDITORIAL

Sobre la conducta suicida y las conductas adictivas On suicidal behaviour and addictive behaviours Eduardo Fonseca-Pedrero, Susana Al-Halabí	.121
ORIGINALES / ORIGINALS	
Programa de certificación de Centros de Adicciones para la eliminación del virus de la hepatitis C en España. Proyecto HepCelentes Certification program of Addiction Centres for hepatitis C virus elimination in Spain. HepCelentes Project Joan Colom, Marta Torrens, Ángeles Rodríguez-Cejas, Ignacio Aguilar, Rocío Álvarez-Crespo, Lorenzo Armenteros, Victoria Ayala, Helena Cantero, Miguel Ángel Casado, Javier Crespo, Joaquín Estévez, Javier García-Samaniego, Manuel Hernández-Guerra, Carlos Mur, Eva Pérez-Bech, Mercedes Ricote, Juan Antonio Pineda	.129
Spanish validation of the Brief Problem Gambling Screen in patients with substance use disorders Pedro Serrano-Pérez, Jorge Lugo-Marin, Raúl Felipe Palma-Álvarez, Rachel Volberg, Susana Jiménez-Murcia, Josep Antoni Ramos-Quiroga, Lara Grau-López	145
Eficacia de un programa de tratamiento en el consumo de drogas en menores infractores desde la psicología positiva Efficacy of a treatment program based on positive psychology for drug use in juvenile offenders ÁLVARO FERNÁNDEZ MORENO, NATALIA REDONDO RODRÍGUEZ, JOSÉ LUIS GRAÑA GÓMEZ	155
Publicidad de apuestas y conducta de juego en adolescentes y adultos jóvenes españoles Gambling advertising and gambling behavior in Spanish adolescents and young adults Sergio Pérez-Gonzaga, Daniel Lloret Irles, Víctor Cabrera Perona	. 167
Uso problemático de WhatsApp entre adolescentes: ¿Qué papel educativo juegan los padres y las madres? Problematic use of WhatsApp and adolescents: What educational role do parents play? Marc Grau-Grau, María Gloria Gallego-Jiménez, Luis Manuel Rodríguez Otero	. 177
Chemsex en Barcelona: Estudio cualitativo sobre factores asociados a la práctica, percepción del impacto en salud y necesidades de prevención Chemsex in Barcelona: A qualitative study of factors associated with the practice, the perception of the impact on health and prevention needs Juan M. Levya-Moral, Mariela Aguayo-González, Rubén Mora, Luis Villegas, Rebeca Gómez-Ibáñez, Olga Mestres-Soler, Rubén Maldonado-Alia, Nicolas Lorente, Cinta Folch	. 189
Asociación entre el uso de cigarrillos electrónicos y cigarrillos convencionales en adolescentes españoles Association between e-cigarette and conventional cigarette use among Spanish adolescents Gema Aonso-Diego, Roberto Secades-Villa, Ángel García-Pérez, Sara Weidberg, José Ramón Fernández-Hermida	199
Mortalidad entre los pacientes adictos a opiáceos al cabo de 30 años de seguimiento Mortality in patients addicted to opioids across 30-year follow-up Andrés Fontenla, Antonio Vaamonde, Gerardo Flórez	207
Cambios en el consumo de cannabis en consumidores españoles durante el confinamiento por la COVID-19 según sexo, edad, situación de convivencia y nivel de adicción Changes in cannabis use in Spanish consumers during the COVID-19 lockdown according to gender, age, living situation and addiction level Víctor José VILLANUEVA-BLASCO, BÁRBARA GONZÁLEZ AMADO, VERÓNICA VILLANUEVA-SILVESTRE, ANDREA VÁZQUEZ-MARTÍNEZ, MANUEL ISORNA FOLGAR	217
Impacto de políticas de control de alcohol en las tasas de mortalidad por ictus hemorrágico e isquémico en Lituania: Análisis de series temporales interrumpidas Impact of alcohol control policy on hemorrhagic and ischemic stroke mortality rates in Lithuania: An interrupted time series analysis Kawon Victoria Kim, Jürgen Rehm, Xinyang Feng, Huan Jiang, Jakob Manthey, Ričardas Radišauskas, Mindaugas Štelemēkas, Alexander Tran, Anush Zafar, Shannon Lange	





ADICCIONES



BOLETÍN	BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN						
■ DATOS PERSO	NALES:						
Nombre y apellidos							
NIF	Profesión						
				N° Piso			
Tel	Población		C.P	Provincia			
■ SUSCRÍBANMI	E A: <i>ADICCIONES</i> . AÑO 2024						
España	4 ejemplares y suplementos 4 ejemplares " 1 ejemplar 1 monográfico	130,00 € 15,00 €		suscripción particular suscripción instituciones			
Extranjero	4 ejemplares y suplementos 4 ejemplares " 1 ejemplar	90 € 200 € 19 €	90 \$ 200 \$ 19 \$	suscripción particular suscripción instituciones			
Las suscripciones se año en que ésta se e		ares del año	natural en c	que se realice la suscripción, sea cual sea el momento del			
■ PAGARÉ:							
B) Mediante che C) Transferencia IBAN: ES81 0 (Es importante qu	que nºbancaria a BANCO SABADELL AT 081 0653 7300 0116 0017	que	e adjunto a n g. Ganduxer,				
	E PAGO POR D						
Nombre del Banco o Caja de Ah	orros						
Número Cuenta Corriente o Libr	eta (ATENCIÓN: DEBE CONSTAR I	DE 20 DÍGIT	OS):				
Entidad Dirección Banco o C.A.:	Oficina D.C.		No				
Código Postal	Población			Provincia			
Ruego a Vds. Se sirvan tomar no de Atentamente (firma del titular)	·	en mi cuenta los e	fectos que les sean	presentados para su cobro por "Adicciones, Socidrogalcohol"			



ADICCIONES 2024 ■ VOL. 36 ■ N. 2 ■ PÁGS. 121-128 www.adicciones.es



EDITORIAL

Sobre la conducta suicida y las conductas adictivas

On suicidal behaviour and addictive behaviours

EDUARDO FONSECA-PEDRERO*, SUSANA AL-HALABÍ**.

a conducta suicida es un fenómeno poliédrico cuya delimitación, evaluación, prevención, intervención y posvención requiere un enfoque comprensivo focalizado en el sufrimiento de la persona y en su contexto biográfico (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021). La conducta suicida incluye fenómenos complejos como la ideación, planificación, comunicación, intento y muerte por suicidio. Engloba, por lo tanto, el conjunto de pensamientos y comportamientos relacionados con el hecho de quitarse intencionadamente la vida (Fonseca Pedrero et al., 2022; Jobes et al., 2024; Turecki et al., 2019).

El impacto personal, familiar, escolar, laboral, social y sanitario asociado tanto a las conductas suicidas como adictivas es evidente. El número de muertes por suicidio en España en el año 2022 fue de 4227, un 5,6% más que el año previo. En la última década han muerto por suicidio más de 36000 personas en nuestro país (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2023). La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014) estima que por cada muerte por

suicidio se producen una media de 20 intentos, por lo que en España tendríamos casi 85.000 intentos de suicidio al año. Esta situación implica un drama difícil de describir y de elaborar por parte de los familiares y allegados que, en ocasiones, pueden verse enfrentados a un proceso de duelo complejo (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2023). De acuerdo con Coppersmith et al. (2023), aproximadamente un 9% de la población ha referido pensamientos de suicidio en algún momento de su vida. El 4,9% de los adolescentes españoles indicó que en algún momento había intentado quitarse la vida (Fonseca-Pedrero et al., 2023). Los datos están ahí, hablan por sí solos. No obstante, el coste social presente y futuro de la inacción es (o será) aún mayor (McDaid et al., 2021).

En cuanto a las adicciones, el coste humano y social también es muy alto, a lo que se añade el gasto para el sistema público de atención (prevención, atención médica y tratamiento), seguridad pública, medio ambiente y productividad laboral. Además, el uso indebido de sustancias puede tener un impacto en la vida de las personas del entorno,

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Eduardo Fonseca Pedrero. Universidad de La Rioja. C/ Luis de Ulloa, s/n, Edificio VIVES; C.P: 26002, Logroño, La Rioja, España. Tel: +34 941 299 031. Fax: +34 941 299 333. E-mail: eduardo.fonseca@unirioja.es

^{*} Universidad de La Rioja.

^{**} Universidad de Oviedo.

especialmente la familia. Se ha observado una fuerte asociación entre la violencia doméstica y el abuso de sustancias, particularmente en el consumo de riesgo de alcohol. No obstante, el impacto depende de una serie de factores, incluyendo el tipo y frecuencia de la sustancia utilizada y el entorno social (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

Volviendo a las cosas mismas: de las etiquetas diagnósticas a la comprensión de la persona-en-elmundo

La conducta suicida se caracteriza por la presencia de un gran sufrimiento vital y de un dolor psicológico vivido como intolerable, irresoluble, interminable, inescapable, sin futuro y sin esperanza en el que una persona, en una circunstancia determinada, decide quitarse la vida (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2023; Chiles et al., 2019).

La conducta suicida se concibe, a la luz de esta nueva perspectiva, como un drama existencial, una forma de responder y afrontar las diversas vicisitudes de la vida (García-Haro et al., 2023). Las diferentes manifestaciones de la conducta suicida no constituirían signos o síntomas patognómicos de una supuesta (y mal denominada) "enfermedad mental" o de una "avería intrapsíquica" que habría que "curar". Tales fenómenos son radicalmente (de raíz) psicológicos, pues únicamente se pueden comprender su verdadero significado considerando a la persona que los vivencia subjetivamente en función de su contexto biográfico (Pérez-Álvarez, 2018). Nótese que no se niega aquí ninguna realidad, ni biológica ni social, simplemente se resitúa el foco en el arco narrativo y relacional en las personas.

Por más que se promulgue lo contrario, y antes de comenzar una nueva búsqueda ilusoria e infructuosa del "cerebro suicida" o "adicto", cabe recordar que difícilmente se podrá obviar de la ecuación la inherente naturaleza fenomenológica y contextual de las experiencias humanas. El foco no sería tanto la mera descripción de los síntomas psicopatológicos desprovistos de contexto y función, cual recetario de síntomas del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, como la comprensión de la experiencia vivida por la persona. No contemplar la narrativa fragmentada y existencial del sufrimiento conlleva implicaciones de calado. Por ejemplo, puede dar lugar a intervenciones que (aunque técnicamente parezcan adecuadas) no sólo no alivien el sufrimiento, sino que se convierta en una fuente de sufrimiento en sí misma con posibles efectos colaterales.

A contracorriente: la quimera de la predicción del riesgo y la causa en supuestos trastornos mentales subyacentes

El campo de conocimiento e investigación de la conducta suicida se encuentra de mudanza. Asistimos a una reforma que trata de evitar la perpetuación de mitos y prácticas ancladas en un modelo tradicional que decreta: a) la mejor manera de prevenir o reducir el suicidio es mediante la predicción del riesgo; y b) la mayoría de las personas que intentan suicidarse lo hacen por efecto de algún trastorno mental [véase, por ejemplo, trastorno por uso de sustancias (TUS)], ergo la solución es tratar el trastorno subyacente.

En primer lugar, la conducta suicida es plural-diversa, dinámica-fluctuante-interactiva, extraordinariamente variable en el tiempo y muy dependiente de elementos contextuales (Kleiman et al., 2017), aspecto que mantiene en común con las conductas adictivas (Dowling et al., 2023; Ross et al., 2017). Estudios previos han encontrado que el 95% de las personas clasificadas como "de alto riesgo" no se suicidaron y que la mitad de las muertes por suicidio se produjo en personas calificadas de "bajo riesgo" (Large et al., 2017). Publicaciones de prestigio inciden en esta idea de que la predicción del riesgo de suicido no tiene validez ni utilidad, por lo que seguir confiando en ella como estrategia de prevención supone una ecuación quimérica que desemboca en una frustración insalvable tanto para los profesionales como para las personas que buscan ayuda (Hawton et al., 2022).

En segundo lugar, aunque la presencia de un trastorno mental y la conducta suicida pueden correlacionar, el diagnóstico nunca es la causa (García-Haro et al., 2020), ni explica por qué una persona piensa o intenta suicidarse, ni tampoco considera los contextos o situaciones dilemáticas en donde se contempla la muerte como solución. Reducir el acto suicida a mero síntoma involuntario de otra etiqueta diagnóstica (TUS, por ejemplo) o a un correlato del consumo de drogas, supone distorsionar su sentido más esencial, que es la intencionalidad-de-querer-quitarse-la-vida (García-Haro et al., 2020) en conjunción con una dimensión ética intrincada en los valores de la persona. Es la hora de pasar de la cultura centrada en el "síntoma" a una basada en la "comprensión funcional de las razones". Recuerde que nadie intenta acabar con su vida sin una razón.

La evaluación: de la tercera a la primera persona

La entrevista es una técnica indispensable e insustituible que concibe no sólo la evaluación psicológica como parte esencial del abordaje terapéutico, sino la comprensión, la validación y la devolución empática como parte de una relación colaborativa y terapéutica. En el campo de la conducta suicida, se entiende la entrevista como parte activa

del proceso terapéutico o toma de decisiones (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2023). En este sentido, el profesional, además de aspectos topográficos-diagnósticos, debe contemplar la perspectiva experiencial centrada en la persona. Esto es, ir más allá de los datos supuestamente «objetivos» o descriptivos en un intento de llegar a comprender la experiencia o perspectiva subjetiva de la persona, su modo de estar en el mundo y su narrativa personal.

Más allá de la relevancia, representatividad y adecuación de los ítems (Kreitchmann et al., 2024), los test y escalas de lápiz y papel (por ejemplo, Al-Halabí et al., 2016) se deben combinar necesariamente con el juicio, las habilidades terapéuticas y el equilibrio entre el deseo de ayuda y el respeto a la autonomía, así como con los valores y características de la persona que demanda ayuda. Los profesionales sanitarios deben abordar las circunstancias, fortalezas y características individuales, pues la capacidad predictiva de los test es deficiente y brinda una falsa sensación de seguridad. La evaluación debe ocuparse de las necesidades de la persona y de cómo brindarle apoyo a corto y largo plazo. Esta recopilación de la narrativa clínica permitirá prestar atención a la persona y orientar hacia el mejor tratamiento personalizado en vez de que la evaluación sea un fin en sí misma (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2022). Como señalan Mughal et al. (2023), pasar de una cultura "centrada en el riesgo" a una "centrada en la seguridad" es un desafío para todos, particularmente para los servicios públicos. Por lo tanto, se trataría no sólo de saber evaluar, sino de devolver a la persona en crisis una comprensión empática de su problema de modo que pueda regular sus emociones y ponderar posibles soluciones alternativas (Al-Halabí et al., 2023). Sólo a través del proceso de evaluación que valide el dolor emocional y establezca una alianza terapéutica (Fartacek et al., 2023; Huggett et al., 2022), el profesional puede intervenir sobre los aspectos que pueden mitigar el dolor o que son modificables mediante el tratamiento psicológico adecuado, que incluiría el uso de sustancias (Hawton et al., 2022). La separación entre evaluación e intervención con personas con conducta suicida y consumo de sustancias no sólo es imposible sino contraproducente.

La prevención de la conducta suicida: en busca del apoyo empírico y los determinantes sociales

La evidencia empírica disponible pone de relieve que el suicidio es prevenible. Se disponen de estrategias de intervención y recursos eficaces para su prevención (Mann et al., 2021; Pirkis et al, 2023; Zalsman et al., 2016). Más si cabe, y a tenor de la literatura científica, las muertes por suicidio se pueden prevenir con intervenciones oportunas, basadas en evidencia y, a menudo, de bajo coste (Platt et al., 2019; Wasserman, 2021).

Es esencial implementar estrategias universales, selectivas e indicadas eficaces, efectivas y eficientes que reduzcan o mitiguen la carga global, así como la discapacidad asociada y la morbilidad y que, en último término, ayuden a mejorar la calidad de vida de la sociedad presente y futura. A este respecto, la OMS ha desarrollado el enfoque LIVE LIFE (Organización Panamericana de la Salud, 2021) para la prevención del suicidio donde se recomiendan las siguientes estrategias basadas en la evidencia: a) limitar el acceso a los medios de suicidio (por ejemplo, pesticidas, armas de fuego, ciertos fármacos); b) interactuar con los medios de comunicación para informar responsablemente sobre el suicidio; c) fomentar las habilidades socioemocionales y las competencias para la vida en los adolescentes; y d) identificar, evaluar, manejar y hacer un seguimiento de las personas que manifiesten conductas suicidas y entren en contacto con los sistemas de la Administración pública, ya sea el sanitario o el social.

La prevención debe incluir un enfoque tanto clínico como educativo y comunitario. Cada profesional, institución, asociación, gobierno, etc., tiene un papel crucial que desempeñar. En tanto que multisectorial y multinivel, la prevención de las conductas suicidas no se apoya sólo, ni principalmente, en los servicios de salud mental. Sirvan como ejemplo las personas en situación de sinhogarismo que, como se ha descrito en la literatura, suelen presentar altas tasas de TUS y de conducta suicida (Calvo et al., 2023). En España solo se ha llevado a cabo un estudio longitudinal con esta población (Calvo et al., 2024). De acuerdo con los autores del estudio, estas personas fallecieron por suicidio 700 veces más que la población general española (INE, 2023). El porcentaje que intentó suicidarse en alguna ocasión fue 84 veces mayor que la población de publicaciones internacionales (Turecki et al., 2019). Otro ejemplo comunitario y social lo encontramos en los hallazgos que respaldan la prevención del suicidio en centros educativos (Walsh et al., 2022). Así, las intervenciones activas, en comparación con los controles, se asociaron con una reducción de la probabilidad del 13% para la ideación (Odds Ratio (OR) = 0.87, IC del 95% [0.78, 0.96]) y del 34% para los intentos de suicidio (OR = 0,66, IC del 95% [0,47, 0,91]). No es ésta una cuestión menor, pues muchos programas de prevención de la conducta suicida trabajan componentes comunes a los programas de prevención del consumo de sustancias, como la resolución de conflictos o las habilidades sociales (González-Roz et al., 2023). Igualmente, tanto las conductas autolesivas como las adictivas pueden compartir aspectos de autorregulación ante la vivencia de conflicto, particularmente en los adolescentes (Eslava et al., 2023). Además, los programas de prevención pueden conllevar "efectos cruzados", impactando diferencialmente en ambos tipos de conducta (Ayer et al., 2022).

Rescatar un modelo centrado en la salutogénesis, entendida como la capacidad de beneficiarse de las influencias positivas del entorno, tampoco sería mala idea. Centrarse en las fortalezas y las oportunidades sirve para recordar a la sociedad que las familias y las comunidades son sus principales activos, algo que, a menudo, ha sido descuidado u olvidado. Al conceptualizar las estrategias de prevención a escala comunitaria, los factores de protección incluyen determinantes sociales de la salud comunes a las conductas suicidas y las adictivas, como el cuidado mutuo, el desarrollo infantil temprano, la seguridad laboral, la vivienda, el acceso a la educación, los espacios de ocio y las políticas de justicia social e inclusión. Recuérdese que, parafraseando a Benjamin Franklin, "una onza de prevención vale más que una libra de cura".

De los tratamientos psicológicos: la buena psicoterapia salva vidas

La revisión de la literatura científica permite afirmar que las intervenciones psicológicas son eficaces y efectivas para reducir tanto los trastornos por uso de sustancias y otras conductas adictivas, como la ideación y los intentos de suicidio (Bahji et al., 2024; NICE, 2022). Los tratamientos psicológicos para la conducta suicida son transdiagnósticos y específicos, esto es, se indican para las personas que manifiesten conductas suicidas independientemente de si han recibido un diagnóstico de TUS, cualquier otro o ninguno, pues tales conductas pueden tener lugar en presencia o en ausencia de otra etiqueta diagnóstica, constituyendo el núcleo del problema la vivencia de aspectos como el atrapamiento, el sentido de pertenencia, la sensación de carga o las razones para vivir, entre otros. Estas variables son recogidas por los modelos psicológicos de la conducta suicida, también conocidos como Ideation-to-Action Theories of Suicide (Klonsky et al., 2018).

Para la población adulta la Terapia Cognitiva Conductual para la Prevención de Suicidio es la intervención que ha recibido mayor atención por parte de los investigadores (Witt et al., 2021). La literatura científica también es consistente mostrando que la Terapia Dialéctico Conductual puede reducir la ideación suicida, los intentos de suicidio y las autolesiones en las personas que han recibido un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (Al-Halabí et al., 2024) que, habitualmente, conviven con problemas de consumo de sustancias o diagnósticos concomitantes de TUS (Leichsenring et al., 2024). La intervención breve con mayor apoyo empírico para dar respuesta a las crisis suicidas es el plan de seguridad de Stanley y Brown (2012), que debería incluirse en todo proceso terapéutico (NICE, 2022). También es de gran interés enmarcar los tratamientos psicológicos eficaces en un contexto general de intervención que cuente con respaldo científico. Así, el modelo AIM-SP (por sus siglas en inglés: Assess, Intervene, Monitor for Suicide Prevention) es un procedimiento de intervención comprehensivo con apoyo empírico que puede aplicarse a la práctica clínica cotidiana (Brodsky et al., 2018).

Conducta suicida y uso de sustancias

La presencia del diagnóstico de TUS tiene una asociación consistente con las diferentes manifestaciones de conducta suicida (OMS, 2014; Rizk et al., 2021). Así, la revisión sistemática realizada por Espinet et al. (2019) encontró que la adicción al alcohol y otras drogas se ha establecido como un importante factor de riesgo. Los estudios con cohortes clínicas indican que la posibilidad de morir por suicidio a lo largo de la vida es de 5 a 10 veces mayor en personas diagnosticas de TUS que en la población general. La posibilidad de muerte por suicidio entre quienes están diagnosticados con trastornos por consumo de alcohol es 10 veces mayor que el que se esperaría en la población general, es 14 veces mayor en el caso del trastorno por consumo de opiáceos y 17 veces mayor en el consumo mixto de drogas. Además, la prevalencia de intentos de suicidio a lo largo de la vida entre personas con diagnóstico de TUS oscila entre el 24% y el 78%.

Igualmente, el metaanálisis de Poorolajat et al. (2016), que incluyó 43 estudios con 870967 participantes, encontró una asociación significativa entre el diagnóstico de TUS y la ideación suicida (OR =2,04, 16 estudios), el intento de suicidio (OR = 2,49, 24 estudios) y la muerte por suicidio (OR= 1,49, 7 estudios). La revisión de Leza et al. (2024) sitúa la prevalencia de ideación suicida en personas en tratamiento por TUS entre el 20 % y el 62,2 %, mientras que la prevalencia de intentos de suicidio osciló entre el 15,8 % y el 52,1 %. Por lo tanto, la conducta suicida en el contexto del abordaje psicológico del TUS representa una preocupación clínica importante que justifica una investigación cuidadosa de los factores implicados (Espinet et al., 2019). Además, desde modelos epidemiológicos, el consumo de sustancias, en sus diferentes formas, se ha descrito como un factor de riesgo de conductas suicidas tanto en población infanto-juvenil como adulta (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2023).

Por otro lado, recientemente, Jenkins et al. (2023) han puesto el foco sobre las experiencias de deshumanización que sufren las personas con dificultades o problemas de salud mental, proponiendo una nueva asociación de este fenómeno con la muerte por suicido. A este respecto, destacan a las personas con diagnóstico de psicosis y de TUS como ejemplos particularmente vulnerables a la deshumanización. Así, los autores incluyen como fuentes de metadeshumanización (la percepción de que uno mismo es "menos" humano que el resto de las personas) las interacciones con la sociedad, los profesionales, las instituciones y los medios de comunicación, que impactarían en una auto deshumanización y estigmatización de estas personas con dificultades (Crapanzano et al., 2018). Por lo tanto, apuntan los autores, es necesario considerar protocolos específicos para la rehumanización de los servicios y los cuidados por parte de los profesionales y de la sociedad en su conjunto, más allá de las prestaciones meramente sanitarias (Jenkins et al., 2023). Esto es particularmente relevante en el caso de las conductas adictivas pues, aunque con diferencias entre comunidades autónomas (Fernández-Miranda et al., 2024), históricamente los diversos servicios de adicciones y de salud mental han estado separados, agrupando diferentes conceptualizaciones acerca de los tratamientos y la recuperación, o realizando intervenciones en paralelo que pueden distar de las cadenas de cuidados basadas en las buenas prácticas clínicas (NICE, 2022).

El camino por recorrer

El suicidio es un problema social de salud púbica. Existe un considerable cuerpo de conocimiento acerca de la asociación entre el TUS y las diversas manifestaciones de la conducta suicida (Shirayly et al., 2024), aunque queda mucho espacio para la mejora. Por ejemplo, ya hace más de una década que Conner et al. (2007) señalaban que no estaba resuelto si la conducta suicida y la sobredosis involuntaria eran conductas relacionadas con un perfil similar o representaban conductas distintas con factores de riesgo diferentes. Resolver esta cuestión conllevaría importantes implicaciones para la prevención. Si, por ejemplo, compartieran un perfil común, esto podría sugerir el valor de medidas de prevención comunes mientras que, si fueran conductas cualitativamente distintas o con diferentes correlatos, entonces las estrategias de prevención deberían ser más específicas. En la actualidad, es una cuestión que sigue sin tener resultados claros (Mitchell et al., 2021). Quizás porque no se trata tanto de dar una respuesta, sino de formularse las preguntas adecuadas que, probablemente, pasen por la comprensión funcional de ambas conductas, entendiendo al servició de qué o qué función cumplen en cada persona como una forma de regulación afectiva (Coppersmith et al., 2023).

Por el momento, la mayoría de las evidencias obtenidas no se fundamentan en estudios de cohortes prospectivos a largo plazo, por lo que se requiere más investigación. Además, se necesitan nuevos estudios que permitan evaluar y comparar la asociación entre el suicidio y los diferentes tipos de sustancias, la relación dosis-respuesta y la forma y los contextos en que se consumen (Strickland y Acuff, 2023). Más allá de las recomendaciones señaladas más arriba, la evaluación de la conducta suicida en personas diagnosticadas con TUS es, por el momento, escasa y heterogénea. Algunos autores, recomienda un cribado sistemático de conductas de suicidio en las personas que solicitan tratamiento por problemas de conductas adictivas (Leza et al., 2024).

Tanto en la conducta suicida como en las adicciones se reclama dejar atrás el modelo biomédico de salud, cerebro-centrista, paternalista y basado en síntomas, para dar paso a mirada radicalmente psicológica, focalizado en la persona (ser-en-el-mundo) y sus capacidades, basado en los procesos de cambio y en un enfoque colaborativo donde se ofrezca la posibilidad de hablar detalladamente de las experiencias y dar sentido a la biografía, elaborando una visión compartida y comprensiva de los problemas psicológicos o las razones por las que la persona ha decidido buscar ayuda para abordarlos con los tratamientos psicológicos con apoyo empírico que han sido descritos en la literatura (Fonseca Pedrero, 2021a, 2021b).

La conducta suicida y las conductas adictivas se pueden prevenir, pero faltan estrategias sólidas y multisectoriales para la prevención. Se reclama para nuestro país un Plan Nacional de Prevención de la Conducta Suicida que contemple, en línea con los señalado por la OMS (2014), políticas para reducir el consumo nocivo de alcohol o el seguimiento y apoyo comunitario a las personas con problemas por uso de sustancias. Y todo ello, como fenómeno social con calado estructural, requiere una respuesta holística, colectiva, comunitaria y gubernamental que no se agote en medidas individualistas, simplistas o cortoplacistas y que, dese luego, deben ir más allá del sistema sanitario.

El nivel de comprensión del comportamiento humano y el acceso a las intervenciones preventivas y los tratamientos psicológicos han mejorado, al igual que se ha reducido el estigma y tabú asociado. No obstante, si lo miramos desde otro prisma, la respuesta a esta realidad es bien distinta, pues aún relucen por su ausencia los avances en liderazgo, gobernanza y financiación en materia de servicios sociales y salud mental.

Es nuclear que a medida que las intervenciones de prevención basadas en la evidencia evolucionan y se consolidan, se garantice que las intervenciones eficaces se implementen de forma eficiente en la práctica y se traduzcan en programas y cuidados de calidad que beneficien a las personas con sufrimiento psíquico.

Se hace necesario implementar actuaciones accesibles, inclusivas, públicas, oportunas, multisectoriales y basadas en la evidencia empírica. La meta es generar esperanza y recursos sociales y sanitarios. El objetivo es construir un andamiaje colectivo en el que las personas vulnerables, como las personas con conductas adictivas y suicidas, puedan pedir ayuda cuando la necesiten.

Agradecimientos

Esta investigación ha sido financiada por Ministerio de Ciencia e Innovación y la Agencia y del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (Proyecto PID2021-127301OB-I00, financiado por MCIN /AEI /10.13039/501100011033 / FEDER, UE).

Referencias

- Al-Halabí, S. y Fonseca-Pedrero, E. (2021). Suicidal behaviour prevention: The time to act is now. *Clínica y Salud*, 32(2), 89-92. https://doi.org/10.5093/clysa2021a17
- Al-Halabí, S. y Fonseca-Pedrero, E. (Eds.) (2023). *Manual de Psicología de la Conducta Suicida*. Pirámide.
- Al-Halabí, S., García-Haro, J. y González-González, M. (2023). La entrevista clínica como relación de ayuda en la conducta suicida. En S. Al-Halabí y E. Fonseca-Pedrero (Eds.), Manual de psicología de la conducta suicida (pp. 317-352). Pirámide.
- Al-Halabí, S., Rodríguez Otero, J. E. y Fonseca Pedrero, E. (2024). Tratamiento de la conducta suicida en el trastorno límite de la personalidad. En J. A. Díaz Garrido, S. Al-Halabí, J. A. Cangas y F. Rodríguez Otero (Eds.), Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad. I. Fundamentos, características y persona (pp. 149-184). Pirámide
- Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., Cervilla, J., Navarrete, M. I., Díaz-Mesa, E. M., García-Álvarez, L., Muñiz, J., Posner, K., Oquendo, M. A., García-Portilla, M. P. y Bobes, J. (2016). Validation of a Spanish version of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). Revista de psiquiatria y salud mental, 9(3), 134–142. https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.002
- Ayer, L., Stevens, C., Reider, E., Sims, B., Colpe, L. y Pearson, J. (2023). Preventing Youth Suicide: Potential "Crossover Effects" of Existing School-Based Programs. *Prevention Science*, 24(2), 382-392. https://doi.org/10.1007/S11121-022-01473-2
- Bahji, A., Crockford, D., Brasch, J., Schutz, C., Buckley,
 L., Danilewitz, M., Dubreucq, S., Mak, M. y George,
 T. P. (2024). Training in Substance use Disorders, Part
 1: Overview of Clinical Practice Recommendations. *Canadian journal of psychiatry*, 69(6), 428-456. https://doi.org/10.1177/07067437241231128
- Brodsky, B. S., Spruch-Feiner, A. y Stanley, B. (2018). The Zero Suicide Model: Applying Evidence-Based Suicide Prevention Practices to Clinical Care. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 33. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00033
- Calvo, F., Alfranca, R., Carbonell, X., Molina, E. y Font-Mayolas, S. (2023). The health of individuals experiencing homelessness: A 15-year retrospective cohort study. *Jour*nal of Social Distress and Homelessness, 32(2), 189-199).
- Calvo, F., Carbonell, X., Johnsen, S., Panadero, S., Vázquez, J. J., Calvet, A., McInnes, K. y Font-Mayolas, S. (2024). Mortality and suicide among persons experiencing homelessness: A seven-year follow-up study. Advance online publication. *Psicothema*.
- Chiles, J. A., Strosahl, K. D. y Roberts, L. W. (2019). *Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients* (2^a ed.). American Psychiatric Association.
- Conner, K. R., Britton, P. C., Sworts, L. M. y Joiner, T. E., Jr (2007). Suicide attempts among individuals with opia-

- te dependence: The critical role of belonging. *Addictive behaviors*, 32(7), 1395-1404. https://doi.org/10.1016/j. addbeh.2006.09.012
- Coppersmith, D. D. L., Millgram, Y., Kleiman, E. M., Fortgang, R. G., Millner, A. J., Frumkin, M. R., Bentley, K. H. y Nock, M. K. (2023). Suicidal thinking as affect regulation. *Journal of psychopathology and clinical science*, 132(4), 385-395. https://doi.org/10.1037/abn0000828
- Crapanzano, K. A., Hammarlund, R., Ahmad, B., Hunsinger, N. y Kullar, R. (2018). The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: A review. *Substance abuse and rehabilitation*, 10, 1-12. https://doi.org/10.2147/SAR.S183252
- Dowling, N. A., Rodda, S. N. y Merkouris, S. S. (2023). Applying the Just-In-Time Adaptive Intervention Framework to the Development of Gambling Interventions. *Journal of gambling studies*. https://doi.org/10.1007/s10899-023-10250-x
- Eslava, D., Martínez-Vispo, C., Villanueva-Blasco, V. J., Errasti, J. M. y Al-Halabí, S. (2023). Family Conflict and Suicidal Behaviour in Adolescence: The Mediating Role of the Assertive Interpersonal Schema. *Sustainability*, 15(6), 5149. https://doi.org/10.3390/su15065149
- Espinet, S., Corrin, T., Baliunas, D., Quilty, L., Zawertailo, L., Rizvi, S. J., deRuiter, W., Bonato, S., De Luca, V., Kennedy, S. y Selby, P. (2019). Predisposing and protective factors influencing suicide ideation, attempt, and death in patients accessing substance use treatment: a systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic reviews*, *8*(1), 115. https://doi.org/10.1186/s13643-019-1028-2
- Fartacek, C., Kunrath, S., Aichhorn, W. y Plöderl, M. (2023). Therapeutic alliance and change in suicide ideation among psychiatric inpatients at risk for suicide. *Journal of affective disorders*, 323, 793-798. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.028
- Fernández-Miranda, J. J., Fontoba-Díaz, J., Díaz-Fernández, S. y Pascual-Pastor, F. (2024). Co-occurrence of substance use disorders and other mental disorders in people undergoing specific treatment for any of them in Spain. *Adicciones*, 36(1), 31–40. https://doi.org/10.20882/adicciones.1692
- Fonseca-Pedrero, E. (Ed.) (2021a). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y Adolescencia. Pirámide.
- Fonseca-Pedrero, E. (Ed.) (2021b). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide.
- Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., Al-Halabí, S. y Calvo, P. (2023). Profesionales de la Psicología en Contextos Educativos: Una Necesidad Ineludible. *Papeles del Psicólogo, 44*(3),112-124. https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3018
- Fonseca Pedrero, E., Pérez-Albéniz, A. y Al-Halabí, S. (2022). Conducta suicida en adolescentes a revisión: Creando esperanza a través de la acción. *Papeles del Psi*-

- *cólogo*, 43(3), 173-184. https://doi.org/10.23923/pap. psicol.3000
- González-Roz, A., Martínez-Loredo, V., Maalouf, W., Fernández-Hermida, J. R. y Al-Halabí, S. (2023). Protocol for a Trial Assessing the Efficacy of a Universal School-Based Prevention Program for Addictive Behaviors. *Psicothema*, 35(1), 41-49. https://doi.org/10.7334/psicothema2022.251
- García-Haro, J. M., García-Pascual, H., González-González, M., Barrio-Martínez, S. y García-Pascual, R. (2020). Suicidio y trastorno mental: Una crítica necesaria. *Papeles del Psicólogo*, 41, 35-42. https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2919
- García-Haro, J., González-González, M., Fonseca-Pedrero, E. y Al-Halabí, S. (2023). Conceptualización de la conducta suicida. En S. Al-Halabí y E. Fonseca-Pedrero (Eds.), Manual de psicología de la conducta suicida (pp. 31-68). Pirámide.
- Hawton, K., Lascelles, K., Pitman, A., Gilbert, S. y Silverman, M. (2022). Assessment of suicide risk in mental health practice: Shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management. *The lancet. Psychiatry*, 9(11), 922-928. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00232-2
- Huggett, C., Gooding, P., Haddock, G., Quigley, J. y Pratt, D. (2022). The relationship between the therapeutic alliance in psychotherapy and suicidal experiences: A systematic review. *Clinical psychology & psychotherapy*, 29(4), 1203-1235. https://doi.org/10.1002/cpp.2726
- Instituto Nacional de Estadística, INE (2023). Defunciones según la causa de muerte. INE. https://www.ine.es/prensa/edcm_2022_d.pdf
- Jenkins, T.A., Robison, M. y Joiner, T. E. (2023). Dehumanization and mental health: Clinical implications and future directions. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 50, 101257. https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2023.101257.
- Jobes, D. A., Mandel, A. A., Kleiman, E. M., Bryan, C. J., Johnson, S. L. y Joiner, T. E. (2024). Facets of Suicidal Ideation. Archives of suicide research, 1-16. https://doi.org/10.1080/13811118.2023.2299259
- Kleiman, E. M., Turner, B. J., Fedor, S., Beale, E. E., Huffman, J. C. y Nock, M. K. (2017). Examination of real-time fluctuations in suicidal ideation and its risk factors: Results from two ecological momentary assessment studies. *Journal of abnormal psychology*, 126(6), 726-738. https://doi.org/10.1037/abn0000273
- Klonsky, E. D., Saffer, B. Y. y Bryan, C. J. (2018). Ideation-to-action theories of suicide: A conceptual and empirical update. *Current opinion in psychology*, 22, 38-43. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.020
- Kreitchmann, R. S., Nájera, P., Sanz, S. y Sorrel, M. A. (2024). Enhancing content validity assessment with Item Response Theory modeling. *Psicothema*, *36*(2), 145-153. https://doi.org/10.7334/psicothema2023.208

- Large, M., Galletly, C., Myles, N., Ryan, C. J. y Myles, H. (2017). Known unknowns and unknown unknowns in suicide risk assessment: Evidence from meta-analyses of aleatory and epistemic uncertainty. *BJPsych bulletin*, *41*(3), 160-163. https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.054940
- Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., Kernberg, O. F., Leweke, F., Luyten, P., Salzer, S., Spitzer, C., y Steinert, C. (2024). Borderline personality disorder: A comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. World psychiatry, 23(1), 4-25. https://doi.org/10.1002/wps.21156
- Leza, L., Haro, B., López-Goñi, J. J. y Fernández-Montalvo, J. (2024). Substance use disorder and lifetime suicidal behaviour: A scoping review. *Psychiatry research*, 334, 115830. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115830
- Mann, J. J., Michel, C. A. y Auerbach, R. P. (2021). Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *The American Journal of Psychiatry*, 178(7), 611-624. https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.2020.20060864
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024*. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Mitchell, S. M., Brown, S. L., Görgülü, T., Conner, K. R. y Swogger, M. T. (2021). Substance use, current criminal justice involvement, and lifetime suicidal thoughts and behaviors history: The moderating role of thwarted belonging. Suicide & life-threatening behavior, 51(2), 237-246. https://doi.org/10.1111/sltb.12699
- McDaid, D., Kennelly, B., Ahren, S. y McElroy, B. (2021). An economic perspective on suicide across the five continents.
 En D. Wasserman (Ed.), Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention (pp. 409-419). Oxford University Press.
- Mughal, F., Burton, F. M., Fletcher, H., Lascelles, K., O'Connor, R. C., Rae, S., Thomson, A. B. y Kapur, N. (2023). New guidance for self-harm: An opportunity not to be missed. *The British journal of psychiatry*, 223(5), 501-503. https://doi.org/10.1192/bjp.2023.113
- National Institute for Health and Care Excellence, NICE (2022). Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. https://www.nice.org.uk/guidance/ng225
- Organización Mundial de la Salud (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (2021). Vivir la vida: Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. World Health Organization. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54718/9789275324240_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pérez-Álvarez, M. (2018). Para pensar la psicología más allá de la mente y el cerebro: Un enfoque transteórico. *Papeles del Psicólogo*, 39(3), 161-173

- Pirkis, J., Gunnell, D., Hawton, K., Hetrick, S., Niederkrotenthaler, T., Sinyor, M., Yip, P. S. F. y Robinson, J. (2023).
 A Public Health, Whole-of-Government Approach to National Suicide Prevention Strategies. *Crisis*, 44(2), 85-92. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000902
- Platt, S., Arensman, E. y Rezaeian, M. (2019). National suicide prevention strategies Progess and Challenges. Crisis, 40(2), 75-82. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000587
- Poorolajal, J., Haghtalab, T., Farhadi, M. y Darvishi, N. (2016). Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: A meta-analysis. *Journal of public health*, 38(3), e282-e291. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv148
- Rizk, M. M., Herzog, S., Dugad, S. y Stanley, B. (2021). Suicide Risk and Addiction: The Impact of Alcohol and Opioid Use Disorders. *Current addiction reports*, 8(2), 194-207. https://doi.org/10.1007/s40429-021-00361-z
- Roos, C. R. y Witkiewitz, K. (2017). A contextual model of self-regulation change mechanisms among individuals with addictive disorders. *Clinical psychology review*, 57, 117-128. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.008
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J. y Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews. Disease Primers*, *5*(1), 74. https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0
- Stanley, B. y Brown, G. K. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256-264. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001
- Strickland, J. C. y Acuff, S. F. (2023). Role of social context in addiction etiology and recovery. *Pharmacology, biochemistry, and behavior, 229*, 173603. https://doi.org/10.1016/j.pbb.2023.173603
- Walsh, E. H., McMahon, J. y Herring, M. P. (2022). Research Review: The effect of school-based suicide prevention on suicidal ideation and suicide attempts and the role of intervention and contextual factors among adolescents: A meta-analysis and meta-regression. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 63(8), 836-845. https://doi.org/10.1111/jcpp.13598
- Wasserman, D. (Ed.) (2021). Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. Oxford University Press.
- Witt, K. G., Hetrick, S. E., Rajaram, G., Hazell, P., Taylor Salisbury, T. L., Townsend, E. y Hawton, K. (2021). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD013668. https://doi.org/10.1002/14651858.CD013668.pub2
- Yuodelis-Flores, C. y Ries, R. K. (2015). Addiction and suicide: A review. *The American journal on addictions*, 24(2), 98-104. https://doi.org/10.1111/ajad.12185
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz,

P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U. y Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, *3*(7), 646-659. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X



ADICCIONES2024 ■ VOL. 36 ■ N. 2 ■ PÁGS. 129-144

ADICCIONES

2024 N.2

VOL 36 N.2

www.adicciones.es

ORIGINAL

Programa de certificación de Centros de Adicciones para la eliminación del virus de la hepatitis C en España. Proyecto HepCelentes

Certification program of Addiction Centres for hepatitis C virus elimination in Spain. HepCelentes Project

Resumen

Las estrategias de microeliminación del virus de la hepatitis C (VHC) en poblaciones vulnerables, como los usuarios de los centros de adicciones (CA), son fundamentales para lograr la eliminación de la hepatitis C. El objetivo del proyecto HepCelentes fue diseñar un programa de certificación para los CA, a partir de la generación de una guía con los criterios para favorecer la prevención, diagnóstico, control y tratamiento del VHC en España. El proyecto se estructuró en 4 fases: normalización, implementación, certificación y comunicación. En la primera fase, desarrollada entre julio y diciembre de 2020, se creó un Comité de Normalización (formado por representantes de sociedades científicas, profesionales sanitarios de CA, centros de atención primaria, unidades hospitalarias, y asociaciones de pacientes) que, a partir de una revisión bibliográfica exhaustiva, generó por consenso una guía de certificación de los CA. La guía consta de 22 criterios (15 obligatorios y 7 recomendados) estructurados en base a la definición del criterio, justificación de su selección, nivel de actuación (gestión, prevención, diagnóstico y tratamiento/seguimiento), fórmula de medición, nivel objetivo a alcanzar, evidencias de su cumplimiento, aclaraciones para mejorar su comprensión y obligatoriedad/recomendación (en función de la relevancia en la eliminación y capacidad de implementación). El desarrollo de un sistema de certificación para los CA, a partir del consenso y la coordinación de equipos multidisciplinares, pretende favorecer el manejo de la hepatitis C y su eliminación en los usuarios de los CA, apoyando las estrategias de eliminación internacionales, nacionales y autonómicas.

Palabras clave: Centros de Adicciones, población vulnerable, virus de la hepatitis C, eliminación, certificación, calidad

Abstract

Microelimination strategies for the hepatitis C virus (HCV) in vulnerable populations, such as users of Addiction Centres (AC), are key for the elimination of hepatitis C. The aim of the HepCelentes project was to design a certification program for AC from the generation of a guide with the criteria to favour the prevention, diagnosis, control, and treatment of HCV in Spain. The project was structured in 4 phases: normalisation, implementation, certification, and communication. In the first phase, developed between July and December 2020, a Steering Committee was created (formed by representatives of scientific societies, healthcare professionals from AC, primary care centres and hospital units, and patient associations) that, from of an exhaustive bibliographic review, generated by consensus an accreditation guide for AC. The guide consists of 22 criteria (15 mandatory and 7 recommended) structured based on the requirements to be met by AC, justification for the selection, level of action (management, prevention, diagnosis and treatment/follow-up), measurement of the indicator, objective level to be achieved, evidence of compliance, clarifications to improve understanding, and mandatory / recommendation (depending on their relevance to achieve HCV elimination and its feasibility for implementation in real practice). The development of a certification system for the AC, based on consensus and coordination of multidisciplinary teams, is intended to favour the management of hepatitis C and its elimination in AC users, supporting the international, national, and regional elimination strategies.

Keywords: Addiction Centres, vulnerable population, hepatitis C virus, elimination, certification, quality

■ Recibido: Septiembre 2021; Aceptado: Febrero 2022.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Miguel Ángel Casado. Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia (PORIB). Paseo Joaquín Rodrigo 4-I, 28224, Madrid. E-mail: ma_casado@porib.com

a hepatitis C presenta una elevada carga de la enfermedad asociada al desarrollo de complicaciones y mortalidad hepáticas y a su impacto leconómico (Turnes, Domínguez-Hernández y Casado, 2017), sobre todo, en personas en tratamiento de trastornos adictivos por consumo de sustancias (Lozano, Domeque, Perálvarez, Torrellas y Gonzalo, 2019). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció en 2016 el objetivo de eliminación universal del virus de la hepatitis C (VHC) para el año 2030, considerando eliminación, una reducción del 80% en la incidencia de nuevas infecciones y una reducción del 65% en la mortalidad por el VHC (World Health Organization, 2016). Un año antes, España implantó el Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C (PEAHC) en el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, 2015, 2020a), en consonancia con otros planes de prevención, control y eliminación de la hepatitis C elaborados por las Comunidades Autónomas, poniendo de manifiesto la involucración de los facultativos y los profesionales sanitarios en alcanzar la eliminación de la hepatitis C. Como consecuencia de estas acciones, España podría ser uno de los primeros países en cumplir este objetivo (Polaris Observatory Collaborators, 2021).

Para conseguir la eliminación de la hepatitis C, en los últimos años, se han implantado estrategias de microeliminación, enfocadas a subgrupos específicos, como aquellos de mayor prevalencia y a poblaciones de riesgo o vulnerables. Estas medidas se han orientado fundamentalmente al cribado de la infección por el VHC, la simplificación del diagnóstico, la vinculación del diagnóstico y el tratamiento precoz, la evaluación periódica en personas con riesgo de reinfección, la mejora de las medidas de política sanitaria y la definición de indicadores (Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas en España -AEHVE-, 2021; Crespo et al., 2019a; Grupo técnico de cribado de la infección por el VHC, 2021; Ministerio de Sanidad, 2020b).

La prevalencia de la hepatitis C, aunque ha disminuido en los últimos años en gran parte por la utilización de los antivirales de acción directa (AAD) con efectividad elevada, fácil administración, menor necesidad de seguimiento y eficientes en comparación con las terapias anteriores (American Association for the Study of Liver Diseases, 2021; Calleja et al., 2018; Crespo et al., 2020; Ghany, Morgan y AASLD-IDSA Hepatitis C Guidance Panel, 2020; Mennini et al., 2021; Pawlotsky et al., 2020; Turnes et al., 2017), sigue siendo elevada en poblaciones vulnerables (1,02%) (Rodríguez-Tajes et al., 2020). Aunque en España se ha realizado un gran esfuerzo y se ha logrado diagnosticar y tratar a un número elevado de personas, todavía existen barreras para el abordaje de los colectivos de mayor vulnerabilidad, como los usuarios de drogas, con mayor exposición a contraer enfermedades infecciosas y que, en su mayoría, rechazan la atención sanitaria, dificultando la detección y el seguimiento de la enfermedad (Parés-Badell et al., 2017; Roncero, Vega, Martínez-Raga y Torrens, 2017). Se calcula que la prevalencia de infección activa por el VHC en esta población se sitúa entre 50 y 56% (Grebely et al., 2019) y la infección no diagnosticada en torno a 35,8% (Saludes et al., 2019). Además, los comportamientos de riesgo entre los usuarios de drogas, incluso después de un tratamiento efectivo, conllevan elevadas tasas de reinfección (4,76%) y son una vía importante de transmisión del VHC (Midgard et al., 2016; Pineda et al., 2015). Por otro lado, en comparación con la población general, este colectivo presenta un diagnóstico subóptimo, una menor vinculación a la asistencia y a cuidados sanitarios y, en algunos casos, un consumo de sustancias hepatotóxicas, esencialmente alcohol, lo que implica un mayor riesgo de progresión de la fibrosis (Folch et al., 2021; Morales-Arráez et al., 2020).

Los centros de adicciones ofrecen atención sociosanitaria y tratamiento integral, con equipos de profesionales multidisciplinarios, a personas que presentan problemas de adicción. Los usuarios de drogas acuden habitualmente a ellos, convirtiéndose en un punto de actuación clave para la gestión de los usuarios con hepatitis C. Estos centros se integran en cada CC.AA. de forma diferente, a través de la red de atención primaria, salud mental, recursos sociales, etc. (Ministerio de Sanidad, 2021) por lo que existe variabilidad en el proceso asistencial de la hepatitis C, haciendo que el manejo de los usuarios sea heterogéneo. Por tanto, es necesario la involucración efectiva y eficiente de los centros de adicciones fomentando estrategias o acciones para el desarrollo y mejora de los circuitos asistenciales, que faciliten el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los usuarios con hepatitis C, así como, el establecimiento de mecanismos de coordinación e interacción entre los distintos niveles asistenciales (centros de adicciones, centros de atención primaria y unidades hospitalarias). El desarrollo de un sistema de certificación de estos centros para la normalización y sistematización de su actividad, en un marco de trabajo multidisciplinar, que acredite su compromiso con la eliminación de la hepatitis C y, que reconozca y dé visibilidad al trabajo de los profesionales de los centros de adicciones, ayudaría a fomentar estas estrategias. En este sentido, el objetivo del presente manuscrito fue describir el proyecto HepCelentes orientado a diseñar un programa de certificación de los centros de adicciones para la eliminación del VHC en España y mostrar los criterios de la guía desarrollada en la primera fase del proyecto.

Métodos

Descripción y fases del proyecto HepCelentes

El proyecto HepCelentes tiene como fin establecer un programa de certificación de los centros de adicciones, a partir del consenso y la generación de una guía con unos criterios objetivos, específicos y medibles, para estandarizar los procedimientos de estos centros, y favorecer la prevención,

Figura 1Esquema de las fases del proyecto HepCelentes: objetivo, metodología y participación de los actores en el proceso

	FASE 1 Normalización	FASE 2 Implementación	FASE 3 Certificación	FASE 4 Comunicación
Objetivo	Desarrollo de una guía de certificación de CA por consenso	Formación y estandarización de los procedimientos de trabajo de los CA	Certificación externa de los CA, en base a la guía	Divulgación del conocimiento y de las buenas prácticas entre los CA, atención primaria y hospitalaria
Metodología	Comité de Normalización Revisión literatura Guía de certificación	Formación Plataforma <i>online</i> Implementación de guía de certificación en CA (6 meses)	Auditoria <i>online</i> (documentación de los CA) Auditoría presencial (en los CA adheridos)	Difusión guía de certificación e hitos Difusión través de Webs de SS.CC. y redes sociales
Participantes	Sociedades científicas Asociaciones de profesionales y de pacientes	CA SEDISA	CA SEDISA: certificador	SEDISA: comunicador Sociedades científicas Asociaciones de profesionales y de pacientes

Nota. CA: Centros de Adicciones. SS.CC.: Sociedades Científicas. SEDISA: Sociedad Española de Directivos de la Salud.

el control y el seguimiento de los usuarios con hepatitis C. De esta forma, pretende: a) establecer una serie de criterios, consensuados por un grupo de expertos en el manejo de la infección por el VHC, representantes de sociedades científicas y de la gestión sanitaria, para mejorar la asistencia de los usuarios con hepatitis C en los centros de adicciones; b) estandarizar los procedimientos de trabajo de los centros de adicciones; fomentando la creación y mejora de los circuitos que faciliten el diagnóstico de la infección, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes y la creación de mecanismos de coordinación entre los centros de adicciones, centros de atención primaria y unidades hospitalarias; c) desarrollar un sistema de certificación de centros de adicciones comprometidos con la eliminación de la hepatitis C; d) compartir el conocimiento y las buenas prácticas entre los centros de adicciones; y e) apoyar la estrategia del Ministerio de Sanidad y de los planes autonómicos para prevenir, controlar y eliminar la hepatitis C, estableciendo unas pautas de trabajo centradas en el beneficio de los pacientes, que fortalezcan la integración entre los niveles de atención y que perduren para el buen control de la enfermedad.

El proyecto HepCelentes se ha desarrollado en cuatro fases diferenciadas y secuenciales siguiendo métodos de investigación cualitativos: normalización, implementación, certificación y comunicación (Figura 1).

Primera fase: normalización

En la primera fase, desarrollada entre julio y diciembre de 2020, se creó un Comité de Normalización, liderado por la Sociedad de Directivos de la Salud (SEDISA), formado por representantes seleccionados por sus respectivas sociedades científicas con amplia experiencia en su área de trabajo, profesionales sanitarios de centros de adicciones, centros de atención primaria y unidades hospitalarias, y asociaciones de pacientes. Después, se realizó una revisión exhaustiva y estructurada de la literatura científica disponible con una es-

trategia de búsqueda basada en la metodología PICO, para localizar información relevante sobre el manejo, gestión y tratamiento de usuarios de centros de adicciones, en bases de datos como PubMed, Medes, Google Académico, Web de Sociedades Científicas y revisión de literatura gris en organismos oficiales. Además, se completó con una búsqueda libre.

Posteriormente, con base en la revisión de la información localizada, se realizaron varias reuniones deliberativas con el Comité de Normalización, mediante la metodología de grupos nominales, complementadas en los periodos interreuniones con discusiones a través de correos electrónicos, para definir, consensuar y priorizar los criterios a incluir en la guía de certificación de los centros de adicciones. Estos criterios se definieron para estandarizar los procedimientos de trabajo de estos centros y mejorar la prestación asistencial al usuario con hepatitis C y se basaron, principalmente, en la creación de circuitos que faciliten el diagnóstico de la infección, el tratamiento y seguimiento de estos pacientes y la creación de mecanismos de coordinación entre los centros de adicciones, de atención primaria y unidades hospitalarias. Después de la elaboración de varios borradores de trabajo por parte del área técnica de SEDISA, se realizó una reunión deliberativa final con el Comité de Normalización con el objetivo de validar y consensuar la versión definitiva de la guía de certificación de los centros de adicciones comprometidos con la eliminación del VHC.

Fases posteriores: implementación, certificación y comunicación

Las fases siguientes del proyecto están actualmente en marcha.

En la segunda fase, implementación, cuyo objetivo es estandarizar los procedimientos de trabajo de los centros de adicciones, se realizará una reunión de presentación de proyecto, coordinada por SEDISA, en la que participarán todos los centros interesados en adherirse al programa.

Después, se establecerá un periodo de implementación de los indicadores en los centros de adicciones de 6 meses. Además, se desarrollará una plataforma Web *online* con la documentación de la guía de certificación, un área de formación sobre el abordaje de las enfermedades hepáticas y la eliminación de la hepatitis C, pautas para el proceso de certificación y asistencia técnica.

En la tercera fase, en la que SEDISA actuará como entidad certificadora externa, se establecerá el proceso de certificación de los centros de adicciones, que contará con una auditoría documental para evaluar el cumplimiento de los criterios, en la que los centros tendrán que demostrar las evidencias de la cumplimentación de los requisitos en la plataforma Web habilitada para este fin. Además, en el 20% de los centros se realizará, de forma aleatoria, una auditoría presencial en sus instalaciones. Los centros que quieran optar a la certificación deberán cumplir todos los criterios obligatorios y, en el caso de que alguno de estos criterios no se pudiera cumplir, deberá justificarse oportunamente.

La cuarta fase, comunicación, se basará en la divulgación del conocimiento y de las buenas prácticas entre todos los centros involucrados, además de, dar difusión de la guía de certificación y del proyecto en sí. Se han establecido diferentes niveles de comunicación fomentados principalmente por las sociedades científicas, asociaciones de profesionales sanitarios y asociaciones de pacientes. El objetivo es conseguir una mayor divulgación, a través de su inclusión en las páginas Web de estas sociedades y en las redes sociales.

Grupo de Trabajo

El Comité de Normalización se estableció a partir de la selección e incorporación de un panel multidisciplinar de expertos en el manejo de la hepatitis C y de centros de adicciones, de reconocido prestigio profesional, liderado por la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA).

En el proyecto HepCelentes han colaborado la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH), Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas en España (AEHVE), Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados Hepáticos (FNETH), Grupo de Estudio de las Hepatitis Víricas (GEHEP) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (Socidrogalcohol), Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) y Sociedad Española de Patología Dual (SEPD).

Resultados

La guía de certificación con los requisitos que deben cumplir los centros de adicciones comprometidos con la eliminación del VHC, elaborada en la primera fase del proyecto HepCelentes y consensuada por los expertos del Comité de Normalización, consta de 22 criterios con una estructura

Tabla 1Resumen de criterios, según niveles de actuación, obligatorios y recomendados

	al de estuación (A.D.)	Obligatoria (O) /
	el de actuación (A-D) erio (1-22)	Obligatorio (O) / Recomendado (R)
Α. (Gestión	
1.	Desarrollo de una política de eliminación de la hepatitis C en centro de adicciones.	0
2.	Designación de un coordinador del proyecto en centro de adicciones.	0
3.	Comité multidisciplinar con profesionales del área.	R
4.	Acceso compartido de historia clínica y registro de pacientes.	0
5.	Formación de profesionales en hepatitis C.	0
6.	Sistemas de información adecuados.	0
B. F	Prevención	
7.	Planes de promoción de la salud y programas preventivos.	0
8.	Programas de reducción de riesgos.	0
C. E	Diagnóstico	
9.	Cribado para infección por el VHC (en primera consulta).	0
10.	Cribado para coinfección por el VHB y el VIH.	0
11.	Cribado anual del VHC (usuarios con hábitos de riesgo).	0
12.	Acceso a pruebas diagnósticas serológicas (anti-VHC) rápidas.	R
13.	Diagnóstico en un solo paso (Dx1P).	R
14.	Determinación de marcadores virológicos (si no hay Dx1P).	0
15.	Detección anual de reinfecciones (usuarios con hábitos de riesgo).	0
D. 1	ratamiento y seguimiento	
16.	Circuito asistencial con el especialista hospitalario.	0
17.	Protocolo consensuado con servicios de digestivo/infecciosas.	0
18.	Coordinación/monitorización entre centro de adicciones y especialista hospitalario.	0
19.	Control de adherencia (usuarios con mal cumplimiento).	R
20.	Fomento del uso de la telemedicina.	R
21.	Registro documental del proceso.	R
22.	Fomento de acompañamiento hospitalario o por pares.	R

 $\it Nota. \ VHC: Virus de la Hepatitis C; VHB: Virus de la Hepatitis B; VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.$

común, en base a los siguientes elementos: a) la definición del criterio; b) la justificación de su selección; c) el nivel de actuación (gestión, prevención, diagnóstico y tratamiento/ seguimiento); d) la fórmula de medición; e) el nivel objetivo a alcanzar; f) las evidencias de su cumplimiento; g) las aclaraciones para mejorar su comprensión; y e) el nivel de obligatoriedad/recomendación.

En función de su nivel de actuación, 6 criterios se relacionaron con la gestión, 2 con la prevención, 7 con el diagnóstico y 7 con el tratamiento y seguimiento del paciente. En su conjunto, se consideró que un total de 15 criterios eran de obligado cumplimiento y 7 recomendados, según su relevancia en la eliminación y su capacidad de implementación. En aquellos criterios basados en el diagnóstico y tratamiento/seguimiento en los que se estableció una fórmula como indicador para la medición, el nivel objetivo a alcanzar se estableció entre el 80% y el 90%. La evidencia del cumplimiento se estableció con dos tipos de auditorías, documental y presencial (en el 20% de los centros participantes en el proyecto, seleccionados de forma aleatoria).

Los criterios de gestión se basaron en el compromiso, coordinación y colaboración entre centros, disposición de información y formación de los profesionales. Los de prevención se fundamentaron en planes y programas de promoción de la salud y reducción de riesgos. Los criterios de diagnóstico se centraron, principalmente, en el cribado y el acceso a la prueba del VHC y en el diagnóstico en un solo paso de los usuarios de los centros de adicciones. Los criterios de tratamiento/seguimiento se definieron teniendo en cuenta la coordinación entre los facultativos de los centros de adicciones y los servicios de digestivo, hepatología e infecciosas, la facilidad en el circuito asistencial del paciente, la posibilidad de dispensación en el centro de adicciones y la telemedicina, entre otros.

En la Tabla 1 se especifican todos los criterios de la guía de certificación, clasificados en función del nivel de actuación: gestión, prevención, diagnóstico y tratamiento/seguimiento y con información sobre su obligatoriedad. Las características detalladas de cada uno de los criterios de la guía se muestran en las Tablas 2, 3, 4 y 5.

 Tabla 2

 Criterios relacionados con el nivel de gestión

Criterio (número de criterio en la guía de certificación)	Política de eliminación de la hepatitis C en centro de adicciones (1)	Coordinador del proyecto en centro de adicciones (2)	Comité multidisciplinar con profesionales del área (3)	Acceso compartido de historia clínica y registro (4)	Formación de profesionales en hepatitis C (5)	Sistemas de información (6)
Definición del criterio	El centro debe elaborar y aprobar una política que evidencie el compromiso de la Dirección del centro con la eliminación de la hepatitis C.	El centro debe designar un coordinador del proyecto, siendo la persona de referencia para los centros de atención primaria y atención hospitalaria.	Se recomienda establecer un comité multidisciplinar con los profesionales del área.	Se recomienda disponer de una historia clínica, si pudiera ser electrónica, con acceso compartido por los centros de adicciones, centros de atención primaria y consultas especializadas y así como un registro de pacientes.	Los profesionales de los centros de adicciones deben recibir formación en hepatitis C.	Se deben establecer los sistemas de información adecuados que eviten la pérdida de continuidad entre diagnóstico, tratamiento y seguimiento y que además permitan la resolución rápida de problemas.
Justificación	El centro al aprobar esta política se compromete por escrito a poner en marcha el proyecto y a facilitar los recursos necesarios. Este compromiso debe estar firmado por el coordinador o el director del centro.	El centro debe nombrar un coordinador del proyecto para mejorar la coordinación con atención primaria y atención hospitalaria, estableciendo mecanismos directos de comunicación y facilitando la resolución de problemas.	La creación de un comité multidisciplinar (farmacéutico, microbiólogo, hepatólogo, infectólogo, psiquiatra, psicólogo, médico de familia, asistente social, etc.) favorece la coordinación entre los profesionales del área y mejora el seguimiento del paciente.	El objetivo es que los centros dispongan de una historia clínica electrónica y que parte de estos datos se puedan compartir con los centros de adicciones, atención primaria y consultas especializadas. Además, los centros deberán tener un registro de pacientes con hepatitis C actualizado.	Los profesionales de los centros de adicciones deben recibir formación sobre los avances en el conocimiento de la hepatitis C para el manejo de sus pacientes según la mejor evidencia médica disponible.	El centro debe establecer sistemas de información adecuados para garantizar la continuidad asistencial del paciente y facilitar la resolución rápida de los problemas.
Fórmula	No aplica.	No aplica.	No aplica.	No aplica.	No aplica.	No aplica.
Nivel objetivo	No aplica.	No aplica.	No aplica	No aplica.	No aplica.	No aplica.

Evidencias de cumplimiento	El centro tendrá una política que evidencie el compromiso con la eliminación de la hepatitis C estando a disposición de los usuarios y otros grupos de interés.	Identificación de la persona responsable mediante un acta u otro documento.	Se revisarán las actas de reunión del comité.	Auditoría documental: El centro adjuntará a la plataforma una breve descripción sobre las características de la historia clínica y el registro, subiendo una imagen de estos, en la que se garantice la protección de datos de carácter personal. En el caso de que haya acceso compartido, se informará sobre el tipo de acceso y se adjuntará alguna imagen que lo evidencie. Auditoría presencial: En el centro se evidenciará in situ la historia clínica, el registro de pacientes y el acceso compartido.	Se consideran evidencias los certificados de realización de cursos, asistencia a congresos, etc.	Se revisará la evidencia de que el centro cuenta con un sistema de información establecido.
Aclaraciones	Si el centro ya tuviera una política aprobada, ésta sería válida para evidenciar este compromiso, no siendo necesario la elaboración de otro documento.	No aplica.	No aplica.	No aplica.	Se consideran evidencias los certificados de realización de cursos, asistencia a congresos, etc. Es recomendable que todos los profesionales de los centros de adicciones reciban formación independientemente de la categoría profesional. Sólo se considera obligatoria la formación de los facultativos. La web del proyecto incluirá un apartado de formación cuya realización servirá para alcanzar este criterio.	No aplica.
Obligatorio / Recomendado	Obligatorio.	Obligatorio.	Recomendado.	Historia clínica en cualquier formato: Obligatorio. Historia clínica electrónica con / sin comunicación exterior: Recomendado. Registro para pacientes de hepatitis C: Obligatorio.	Obligatorio.	Obligatorio.

Tabla 3 Criterios relacionados con el nivel de prevención

Criterio (número de criterio en la guía de certificación)	Planes de promoción de la salud y programas preventivos (7)	Programas de reducción de riesgos (8)
Definición del criterio	El centro de adicciones debe establecer planes de promoción de la salud y programas preventivos en sus pacientes.	El centro implantará programas de reducción de riesgos que disminuyan la posibilidad de nuevas infecciones y reinfecciones. Además, dispondrá de materiales divulgativos dirigidos a la población diana, sobre la transmisión del VHC y estrategias de reducción de riesgos y daños, así como información sobre los tratamientos. E informará sobre el riesgo a los convivientes y familiares, aconsejando no compartir objetos punzantes, cuchillas de afeitar o cepillos dentales que puedan entrar en contacto con la sangre de la persona infectada por el VHC.
Justificación	Es necesario que el centro haya establecido planes de promoción de la salud y programas preventivos en sus pacientes.	Las acciones de información, educación y comunicación hacia la población diana van a reducir el porcentaje de personas infectadas. Siendo por lo anterior muy importante, dar información e insistir sobre los riesgos, para evitar contagios.
Fórmula	No aplica.	No aplica.
Nivel objetivo	No aplica.	No aplica.
Evidencias de cumplimiento	Auditoría documental: El centro subirá a la plataforma los planes y programas que tenga establecidos en su centro. Auditoría presencial: Se revisarán los planes y programas preventivos en el centro y el seguimiento de estos.	Auditoría documental: Se revisarán los programas de reducción de riesgos y el material divulgativo del que disponga el centro. Auditoría presencial: Se revisarán in situ los programas de reducción de riesgos, el material divulgativo y los registros de las reuniones informativas.
Aclaraciones	No aplica.	Dentro de los materiales divulgativos sería recomendable que incluyera información sobre ONGs o asociaciones de pacientes que puedan dar apoyo al paciente. Además de las acciones de información, educación y comunicación, sería recomendable que los centros pudieran facilitar a los usuarios jeringas estériles y otros instrumentos de consumo higiénico (y preservativos).
Obligatorio / Recomendado	Obligatorio.	Obligatorio.

Nota. VHC: Virus de la Hepatitis C. ONG: Organización No Gubernamental.

Tabla 4 Criterios relacionados con el nivel de diagnóstico

Criterio (número de criterio en la guía de certificación)	Cribado para infección por el VHC (primera consulta) (9)	Cribado para coinfección por el VHB y el VIH (10)	Cribado anual del VHC (usuarios con hábitos de riesgo) (11)	Acceso a pruebas diagnósticas serológicas (anti- VHC) rápidas (12)	Diagnóstico en un solo paso (Dx1P) (13)	Determinación de marcadores virológicos (si no hay Dx1P) (14)	Detección anual de reinfecciones (usuarios con riesgo) (15)
Definición del criterio	Todos los usuarios de drogas deben ser cribados para la infección por el VHC, en la primera consulta.	Todos los usuarios de drogas deben ser cribados para la infección por el VHB y VIH. Debe documentarse el registro del diagnóstico.	Se debe repetir anualmente el cribado para los usuarios de drogas cuyo resultado fuera negativo, si mantienen hábitos de riesgo.	Se recomienda que el centro tenga acceso a pruebas diagnósticas serológicas (anti-VHC) mediante sangre seca o saliva, o que puedan hacer análisis de sangre con extracción en el centro.	Se recomienda el diagnóstico en un solo paso para caracterizar la infección activa por el VHC.	En el caso de que el diagnóstico no se haga en un solo paso, en aquellos pacientes con serología positiva se deben determinar los marcadores virológicos (ARN-VHC o antígeno del core del VHC) y el centro debe tener definido el circuito asistencial para ello.	Se pondrán los medios necesarios para la monitorización cada 12 meses de ARN del VHC plasmático, en pacientes ya tratados, para detectar la reinfección frente a nuevas exposiciones al VHC, en pacientes que mantengan hábitos de riesgo.
Justificación	Es importante hacer el cribado de la infección por el VHC en la primera consulta del paciente en el centro, para identificar aquellos usuarios en los que la infección no es conocida o no se tiene información.	El objetivo es descartar coinfección por el VHB y VIH en todos los pacientes.	El objetivo es detectar a aquellos pacientes cuyo resultado fue negativo el año anterior y reevaluarlos por si se hubieran infectado por el VHC.	El centro debería tener acceso a pruebas diagnósticas serológicas mediante sangre seca o saliva, o debería poder hacer análisis de sangre con extracción en el centro.	Se recomienda la realización del diagnóstico en un solo paso ya que reduce significativamente la pérdida de pacientes tanto para su diagnóstico y su seguimiento.	En aquellos pacientes con serología positiva se deben determinar los marcadores virológicos (ARN-VHC o antígeno del core de VHC). El centro debe tener un circuito asistencial definido.	La eliminación de la infección no confiere protección frente a nuevas exposiciones al VHC. Por ello, se debe monitorizar a los pacientes ya tratados y que mantengan hábitos de riesgo, para detectar reinfecciones.

Full content Substitution Subs	Fórmula	(Número de usuarios a los que se le ha realizado la prueba del VHC en la primera consulta/ Número de primeras consultas realizadas) *100.	(Número de usuarios cribados para la infección por el VHB y VIH/ Número de primeras consultas realizadas) *100.	(Número de usuarios a los que se ha realizado el cribado tras un resultado negativo el año anterior, si mantienen hábitos de riesgo/ N° Total de usuarios con cribado negativo el año anterior) *100.	No aplica.	No aplica.	Número de viremias realizadas/ Nº de usuarios con serologías positivas. Número de usuarios con viremia positiva.	(Número de pacientes monitorizados / Número pacientes tratados) *100. Porcentaje de reinfecciones.
documental: Se revisará el protocolo de protocolo de combado del protocolo de proto	Nivel objetivo	90%.	90%.	80%.	No aplica.	No aplica.	80%.	80%.
se cumple este requisito cuando se haya realizado el ofrecimiento desde el centro, aunque el usuario no lo haya aceptado. Se debe dejar registro del ofrecimiento el paciente. Al referirnos a todos los usuarios de drogas, se incluyen también a los usuarios de alcohol. Se dende de alcohol. Se de de de centro, aunque el usuario no lo haya aceptado. Se debe dejar registro del ofrecimiento el historia clínica del paciente. Al referirnos a todos los usuarios de alcohol. Se de de dejar registro el ofrecimiento el historia clínica del paciente. Al referirnos a todos los usuarios de alcohol. Se de de dejar registro el ofrecimiento en la historia clínica del paciente. Al referirnos a todos los usuarios de alcohol. Se de de dejar registro en la historia clínica del paciente. Al referirnos a todos los usuarios de del paciente, se la prueba a los usuarios de de de centro, aunque el usuario no lo haya aceptado. Se debe dejar registro en la historia clínica del paciente. Al referirnos a todos los usuarios de alcohol. Se debe dejar registro en la historia clínica del paciente. Al referirnos a todos los usuarios de alcohol. Se debe dejar registro en la historia clínica del paciente. Al referirnos a todos los usuarios de alcohol. Se debe dejar registro en la historia clínica del paciente. Al referirnos a todos los usuarios de alcohol. Se debe dejar registro en la historia clínica del paciente. Al referirnos a todos los usuarios de alcohol. Se debe dejar registro el corito de paciente, se la prueba al coradisción al tratamiento más terciun un perfil hepático y para calcular los indices de fibrosis. Al referirnos a todos los usuarios de alcohol. Se debe dejar registro el corito de paciente, se la prueba diagnósticas. La aallética en sangre total debe incorporar las variables para terer un perfil hepático y para calcular los indices de fibrosis. La mallética en sangre total debe incorporar las variables para terer un perfil hepático por calcular los indices de fibrosis. Se debe dejar registro el corito de la corito		documental: Se revisará el protocolo de cribado del centro. Auditoría presencial: Se revisará el protocolo de cribado y se auditarán historias clínicas para evidenciar que se ha realizado el cribado en la	documental: Se revisará el protocolo de cribado. Auditoría presencial: Se revisará el protocolo de cribado y se auditarán las historias clínicas para evidenciar que se ha realizado el cribado en la	documental: Se revisará el protocolo que el centro tenga implementado. Auditoría presencial: Se revisará el protocolo y se auditarán historias clínicas para evidenciar que se ha realizado el	Se revisarán la documentación en la que se evidencie que el centro tiene acceso a pruebas diagnósticas serológicas mediante sangre seca o saliva, o que pueden hacer análisis de sangre con extracción en el centro. Auditoría presencial: Se revisará la documentación en la que se evidencie que el centro tiene acceso a pruebas diagnósticas serológicas mediante sangre seca o saliva o que pueden hacer análisis de sangre con extracción en el centro. Además, se auditarán historias clínicas en las que se hayan realizado estas	documental: se revisará el protocolo en el que se incluya la información sobre el diagnóstico en un solo paso. Auditoría presencial: Se revisará el protocolo y se auditarán historias clínicas para evidenciar que el diagnóstico en un	documental: se revisará el circuito asistencial que el centro tenga definido. Auditoría presencial: Se revisará el circuito asistencial y se auditarán historias clínicas para evidenciar que, en los pacientes con serología positiva, se determinan marcadores virológicos (ARN-VHC o antígeno	documental: Se revisará el protocolo del centro. Auditoría presencial: Se revisará el protocolo y se auditarán las historias clínicas para evidenciar esta
	Aclaraciones	se cumple este requisito cuando se haya realizado el ofrecimiento desde el centro, aunque el usuario no lo haya aceptado. Se debe dejar registro del ofrecimiento en la historia clínica del paciente. Al referirnos a todos los usuarios de drogas, se incluyen también a los usuarios de	se cumple este requisito, cuando se haya realizado el ofrecimiento desde el centro, aunque el usuario no lo haya aceptado. Se debe dejar registro en la historia clínica del	haya una pérdida del paciente, se contabilizará el periodo anual desde la readmisión al tratamiento más reciente. En el caso de que el resultado del cribado (anti-VHC) sea negativo, deberá repetirse la prueba	referencia al acceso a las pruebas diagnósticas. La analítica en sangre total debe incorporar las variables para tener un perfil hepático y para calcular los índices de fibrosis. Además, de forma opcional, los centros podrán medir los siguientes indicadores: a) Número de test de saliva efectuados/ número de personas cribadas. b) Número de personas cribadas. c) Número GenXpert efectuados/ número GenXpert efectuados/ número de personas anti-VHC positivos testados. d) Número de personas cribadas mediante test point of care/ número de	No aplica.	circuito asistencial el algoritmo o protocolo que el	monitorización se realizará a los pacientes que continúen en el

 Tabla 5

 Criterios relacionados con el nivel de tratamiento y seguimiento

Criterio (número de criterio en la guía de certificación)	Circuito asistencial con el especialista hospitalario (16)	Protocolo consensuado con servicios de digestivo / infecciosas (17)	Coordinación/ monitorización entre centro de adicciones y especialista hospitalario (18)	Control de adherencia (usuarios con mal cumplimiento) (19)	Fomento del uso de la telemedicina (20)	Registro documental del proceso (21)	Fomento de acompañamiento hospitalario o poi pares (22)
Definición del criterio	Todos los pacientes con diagnóstico de hepatitis C deben ser informados para ser evaluados por el hepatólogo o infectólogo y el centro debe tener definido un circuito asistencial para ello.	Los centros deben disponer de un protocolo consensuado con los servicios de digestivo/ infecciosas y un facultativo de referencia.	El facultativo del centro de adicciones y el especialista en hepatitis víricas que va a tratar la infección del VHC deben estar coordinados y monitorizar de forma estrecha al paciente.	En los pacientes en los que se identifique un perfil que sugiera mal cumplimiento se debería poder facilitar la administración del tratamiento directamente observado por el profesional sanitario del centro de adicciones.	Se recomienda fomentar el uso de la telemedicina, tanto para la relación entre profesionales, como para el seguimiento de pacientes con dificultades de acceso al especialista de hígado (consulta con el especialista / paciente - médico del centro de adicciones).	Se recomienda tener un registro documental del proceso desde que se deriva hasta que se documenta la respuesta virológica sostenida (RVS) y comunicación al centro de adicciones del registro de la RVS.	Se recomienda fomentar la figura del acompañante hospitalario, facilitador o el acompañamiento por pares, con el objetivo de facilitar el recorridc asistencial de los pacientes que no usan normalmente los circuitos asistenciales clásicos.
Justificación	El centro debe tener definido el circuito asistencial con el especialista hospitalario para derivar a los pacientes diagnosticados de infección por el VHC para su estadiaje y tratamiento.	Con el objetivo de mejorar el seguimiento del paciente se recomienda que haya un protocolo consensuado y un(os) facultativo(s) de referencia en el servicio de digestivo/ infecciosas.	El objetivo es que ambos especialistas estén coordinados para garantizar el tratamiento y seguimiento del paciente.	El objetivo es garantizar en pacientes con mal cumplimiento la toma de la medicación en el centro de adicciones.	La telemedicina puede facilitar que pacientes con dificultades de acceso al especialista puedan ser tratados desde el centro de adicciones, contando con el apoyo virtual del médico especialista.	El objetivo de este registro es facilitar el seguimiento de los pacientes derivados y tratados.	El objetivo final es tratar al paciente. Para ello, los centros podrán fomentar la figura del acompañante hospitalario, del facilitador o del acompañamiento por pares, con el objetivo de facilitar el acceso al especialista, reducir el aislamiento del paciente y mejorar la adherencia al tratamiento.
Fórmula	Número de usuarios remitidos al hepatólogo o especialista en enfermedades infecciosas.	No aplica.	Número de pacientes que recibe una consulta con el especialista en hepatitis víricas y son tratados.	Número de tratamientos administrados en el centro.	No aplica.	No aplica.	No aplica.
Nivel objetivo	90%.	No aplica.	80%.	No aplica.	No aplica.	No aplica.	No aplica.
Evidencias de cumplimiento	Auditoría documental: Se revisará que el centro tiene un circuito asistencial definido. Auditoría presencial: Se revisará que el centro tiene un circuito asistencial documentado y se auditarán historias clínicas para evidenciar la implantación de este.	Se revisará el protocolo consensuado con los servicios de digestivo/ infecciosas y un documento que identifique a esos facultativos como los de referencia.	El centro deberá indicar los medios por los que se coordinan los facultativos del centro de adicciones y del especialista de hígado.	Auditoría documental: el centro deberá subir a la plataforma el protocolo de dispensación delegada. Auditoría presencial: Se revisará el protocolo de dispensación delegada y se auditarán historias clínicas de los pacientes.	Auditoría documental: Se revisará el protocolo en el que se incluya el seguimiento de forma telemática a los pacientes. Auditoría presencial: Se revisará el protocolo en el que se incluya el seguimiento de forma telemática a los pacientes y se auditarán historias de los pacientes en las que se hayan realizado este tipo de consultas.	Auditoría documental: Se revisará la evidencia del registro en el que se documente la carga viral negativa o respuesta viral sostenida y comunicación al centro de adicciones de la RVS. Auditoría presencial: Se revisará el registro y se auditará el seguimiento de algún paciente.	Se revisará la documentación que evidencie que el centro cuenta con alguna figura para el acompañamiento del paciente.
Aclaraciones	Este criterio no aplicaría en aquellos centros que tengan implementado un protocolo en el que no se derive al especialista de hepatitis C, sino que se trate directamente al paciente.	No aplica.	No aplica.	No aplica.	No aplica.	No aplica.	No aplica.
Obligatorio / Recomendado	Obligatorio.	Obligatorio.	Obligatorio.	Recomendado.	Recomendado.	Recomendado.	Recomendado.

Nota. CA: Centro de Adicciones. RVS: Respuesta Virológica Sostenida.

Discusión

En los últimos años, se han realizado avances importantes en el manejo de los usuarios de los centros de adicciones con hepatitis C, pero todavía existen una serie de barreras de acceso y faltan herramientas estructuradas, consensuadas y avaladas por expertos, que acrediten el funcionamiento correcto de los programas y estrategias orientadas a la reducción de la infección por el VHC y a la disminución de las necesidades no cubiertas en este colectivo (Corma-Gómez y Pineda, 2019; Pericàs et al., 2019).

A nivel internacional, una serie de estudios han revisado las barreras más importantes en el manejo de los usuarios de los centros de adicciones o de reducción de daños. Así, un estudio publicado en 2017 estableció un marco de actuación en base a una serie de indicadores epidemiológicos, sanitarios y sociales y la definición de buenas prácticas en los centros de reducción de daños, para pacientes con trastorno por consumo de opioides o en programas de intercambio de jeringuillas, mediante un consenso entre un amplio grupo de expertos, miembros de la sociedad civil y asociaciones de usuarios con historial de inyección de drogas (Wiessing et al., 2017). Además, la International Network of Hepatitis in Substance Users (INHSU) en 2017 gestionó un panel internacional de expertos en drogas y alcohol, enfermedades infecciosas y hepatología para la discusión de un plan de acción y recomendaciones sobre el manejo de personas que se inyectan drogas, enfocado a la eliminación de la hepatitis C. Se establecieron seis pilares fundamentales centrados en la prestación de servicios, fortalecimiento de la estructura relacionada con el personal sanitario, sistemas de información sanitaria, acceso a tecnologías con probada calidad, seguridad, eficacia y eficiencia, financiación de los sistemas sanitarios y liderazgo/gobernanza (Day et al., 2019). Por otra parte, el estudio C-SCOPE, mediante un cuestionario electrónico, evaluó las barreras percibidas por los profesionales sanitarios relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de la infección por VHC en pacientes con trastorno por consumo de opioides en tratamiento sustitutivo, algunas no aplicables en nuestro medio. Entre ellas, las limitaciones más relevantes relacionadas con el manejo de la hepatitis C fueron: falta de financiación para las pruebas diagnósticas de enfermedad hepática y el acceso al tratamiento antiviral, tiempos de espera considerables para acceder a especialistas en el manejo de la infección, restricciones de reembolso, falta de programas de apoyo por pares, problemas en la derivación de las personas con trastorno por consumo de opioides a los especialistas, y dificultad para la vinculación del diagnóstico y la atención sanitaria en el punto de atención al paciente (point-of-care) (Litwin et al., 2019).

En el proyecto HepCelentes se ha diseñado un programa de certificación de los centros de adicciones para estandarizar el manejo de la enfermedad y mejorar la prestación asistencial de los pacientes con VHC, en línea con las guías y recomendaciones clínicas existentes (American Association for the Study of Liver Diseases, 2021; Calleja et al., 2018; Ghany et al., 2020; Pawlotsky et al., 2020), la estrategia del Ministerio de Sanidad (Ministerio de Sanidad 2015; 2020a), los planes autonómicos existentes (Comunidad de Madrid, 2017; Generalitat de Catalunya, 2018; Gobierno de Aragón, 2019; Gobierno de Cantabria, 2020) y los objetivos marcados por la OMS (World Health Organization, 2016). Además, pretende contribuir a la adquisición de conocimientos y desarrollo de buenas prácticas entre los centros adheridos. Los criterios desarrollados en la guía de certificación de los centros de adicciones se han basado fundamentalmente en las recomendaciones realizadas por sociedades científicas para la microeliminación de la hepatitis C (Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas en España -AEHVE-, 2021; Crespo et al., 2019a; Pineda et al., 2020) en los distintos niveles de actuación: gestión, prevención, diagnóstico y tratamiento/seguimiento.

La gestión de los usuarios de drogas se realiza principalmente en los centros de adicciones. Sin embargo, la mayoría de estos centros no disponen de una política específica de eliminación y de los medios necesarios para realizar una evaluación completa de pacientes con hepatitis C, por lo que es necesario la descentralización de ciertas pruebas y la derivación de estos pacientes a la atención hospitalaria (Crespo et al., 2019a; Guerra Veloz et al., 2021; Roncero et al., 2017). Durante este proceso, algunos pacientes se pierden en su recorrido asistencial (Del Pino Bellido et al., 2021). Por tanto, es necesario fomentar la creación de circuitos consensuados que faciliten la vinculación de los pacientes con el sistema de atención sanitaria y de mecanismos de coordinación entre los centros de adicciones, de atención primaria y unidades hospitalarias, así como establecer sistemas de información eficaces para evitar la pérdida de pacientes (Macías et al., 2019). Además, la posibilidad de disponer de sistemas de información compartidos entre centros asistenciales, como por ejemplo disponer de una historia clínica compartida, ayudaría al registro conjunto de pacientes y permitiría realizar un seguimiento óptimo con datos actualizados de los grupos de riesgo (Litwin et al., 2019). Asimismo, es necesario que los profesionales sanitarios de los centros de adicciones reciban información óptima sobre las últimas evidencias clínicas en el manejo de la hepatitis C (Samuel, Martinez, Chen, Markatou y Talal, 2018).

Debido a sus hábitos de riesgo, en la población que acude a los centros de adicciones, la incidencia, la transmisión del virus y la reinfección son altas (Antuori et al., 2021; Midgard et al., 2016). Para su prevención, es importante fomentar la información y educación sanitaria a este colectivo, a través de la implantación de planes y programas preventivos y de promoción de la salud orientados a reducir los riesgos y evitar nuevos contagios (Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas en España -AEHVE-, 2021; Crespo et al., 2019a).

El diagnóstico es un punto clave en la eliminación de la hepatitis C. La limitada vinculación de los usuarios de los centros de adicciones con la atención sanitaria aumenta la infección por el VHC no diagnosticada (Folch et al., 2021). Por ello, es necesario realizar un cribado de estas poblaciones de riesgo, mediante un diagnóstico precoz de la infección. Además, muchos pacientes se pierden en la cascada de atención, y después de la realización de una serología inicial para el diagnóstico del VHC, no llegan a confirmar el ARN-VHC (Morales-Arráez et al., 2019). En los últimos años, el manejo de la hepatitis C ha sufrido cambios importantes relacionados con la simplificación del diagnóstico en un solo paso (Crespo et al., 2019b) y con el desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas de detección de anticuerpos o viremia del VHC o incluso normalizando las ya existentes mediante su integración en el proceso de diagnóstico habitual hospitalario (Gómez et al., 2020). Todo ello, ha facilitado el cribado de la infección en entornos de asistencia ambulatoria, evitando la pérdida de pacientes (Crespo et al., 2021; Gómez et al., 2020; Saludes et al., 2019, 2020). Por otra parte, los comportamientos de riesgo asociados a esta población, así como la posibilidad de reinfección o de padecer otras infecciones, confirman que estos pacientes deberían de someterse a pruebas diagnósticas periódicas (Saludes et al., 2018), no solo para la reevaluación de la hepatitis C, sino también del VIH y VHB (en pacientes no vacunados) (Martínez-Sanz et al., 2021; Tucker et al., 2017).

El objetivo final del proceso es que los usuarios de los centros de adicciones con hepatitis C accedan al tratamiento antiviral, pero la falta de circuitos asistenciales definidos o de coordinación entre centros y de protocolos consensuados, produce la desvinculación de los pacientes de los cuidados sanitarios, dificultando el acceso al especialista y el tratamiento posterior con AAD (Roncero et al., 2017). Además, muchos de estos pacientes, aun a pesar de acceder al tratamiento, presentan una falta de cumplimiento terapéutico (Roncero et al., 2012). De esta forma, vincular el diagnóstico con el inicio precoz del tratamiento directamente en el centro de adicciones (Morales-Arráez et al., 2021) e instaurar programas de acompañamiento hospitalario o por pares facilitaría el acceso a los especialistas de los servicios de digestivo, hepatología o enfermedades infecciosas, reduciría el aislamiento del paciente y mejoraría la adherencia y persistencia al tratamiento (Litwin et al., 2019). La interacción entre profesionales sanitarios y la falta de acceso al especialista por los usuarios de los centros de adicciones también podría mejorar mediante la implantación de la telemedicina de forma habitual (Cuadrado et al., 2021; Mateo et al., 2019; Morales Arráez et al., 2021).

Recientemente, durante el inicio y la evolución de la pandemia por COVID-19 se ha evidenciado que el retraso en el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con hepatitis C puede conllevar un importante impacto en la aparición de complicaciones y el incremento de la mor-

talidad hepática (Buti, Domínguez-Hernández y Casado, 2021). De esta forma, la involucración y el trabajo en común de los todos los agentes sanitarios implicados en la atención integral a los usuarios de los centros de adicciones con hepatitis C, mediante el establecimiento y la definición de indicadores de calidad estandarizados, son elementos esenciales para lograr el objetivo de la eliminación de la hepatitis C en España. Así, una de las fortalezas del proyecto HepCelentes ha sido el liderazgo de una organización como SEDISA, como entidad revisora y certificadora, en representación de los directivos de centros sociosanitarios, que ha conseguido un elevado grado de consenso entre asociaciones, profesionales sanitarios y otros agentes involucrados en el abordaje de la hepatitis C, incluyendo a los propios pacientes, para mejorar la prestación asistencial a los usuarios de los centros de adicciones con hepatitis C y definir los criterios de la guía de certificación.

Por otra parte, existen una serie de limitaciones en el desarrollo del proyecto. Una de ellas está relacionada con la selección de los miembros del Comité de Normalización. El panel ha estado representado por una selección de profesionales y decisores de todos los ámbitos, con base en sus conocimientos científicos y técnicos. Sin embargo, ha habido un predominio de profesionales sanitarios, ya que son los responsables directos de la gestión de los usuarios de los centros de adicción, aunque también ha existido una representación de otros sectores, como los pacientes. Además, como cualquier instrumento para la gestión de la calidad de la asistencia clínica, la guía de certificación necesitará demostrar su valor y efectividad en el control y eliminación de la infección por el VHC en los centros de adicciones, en la práctica clínica habitual. De esta forma, el proyecto HepCelentes podría ser el punto de partida para desarrollar un plan de eliminación de la hepatitis C nacional en pacientes con adicciones.

Conclusiones

En conclusión, los centros de adicciones son un pilar básico en el desarrollo de un plan integral para la eliminación de la hepatitis C. El desarrollo de un sistema de certificación para estos centros, a partir del consenso y la coordinación de equipos de trabajo multidisciplinares, que contribuya a la mejora de la calidad asistencial de los usuarios con hepatitis C, pretende favorecer la estandarización, buena práctica, gestión, prevención, diagnóstico, tratamiento, y seguimiento de los usuarios, apoyando las estrategias internacionales, nacionales y autonómicas orientadas a la eliminación de la hepatitis C.

Reconocimientos

Los autores desean reconocer la labor de Cristina Camuñas, representando a la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), por la coordinación del proyecto y de Raquel Domínguez, de Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia (PORIB), por su colaboración en la redacción y edición del artículo.

Conflicto de intereses

Todos los participantes en el desarrollo del proyecto han recibido una ayuda no condicionada a resultados por parte de SEDISA. Joan Colom declara no tener conflictos de intereses. Marta Torrens ha recibido honorarios por consultor y/o ponente de Gilead, MSD, Servier, Lundbeck y Rovi. Ángeles Rodríguez-Cejas ha recibido honorarios por ponencias de Exeltis, Gilead y Lundbeck y ha percibido ayudas para asistencia a actividades formativas de Lundbeck y Gilead. Ignacio Aguilar declara no tener conflictos de intereses. Rocío Álvarez-Crespo ha percibido ayudas para asistencia a actividades formativas de Gilead y Janssen y ha recibido honorarios por participar en ponencias de Gilead. Lorenzo Armenteros declara no tener conflictos de intereses. Victoria Ayala y Helena Cantero son empleadas de Gilead Sciences. Miguel Ángel Casado es empleado de Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia (PORIB), una consultora independiente especializada en Evaluación de Intervenciones Sanitarias que ha recibido financiación por parte de Gilead Sciences. Javier Crespo declara no tener conflictos de intereses. Joaquín Estévez declara no tener conflictos de intereses. Javier García-Samaniego ha recibido honorarios por becas y por participar en ponencias de Gilead Sciences. Manuel Hernández-Guerra ha recibido honorarios por consultor y becas de Gilead, Abbvie, Bayer, Orphalan e Intercept. Carlos Mur ha recibido honorarios como consultor de LUG Healthcare Technology y como colaborador de BD, BMS, Otsuka, Lundbeck y Gilead. Eva Pérez-Bech declara no tener conflictos de intereses. Mercedes Ricote declara no tener conflictos de intereses. Juan A. Pineda ha sido beneficiario de ayudas para proyectos de investigación de Abbvie, Janssen, Gilead, MSD y ViiV, ha recibido honorarios por ponencias de Abbvie, Janssen, Gilead, MSD y ViiV, ha percibido ayudas para asistencia a actividades formativas de Janssen y Gilead y ha realizado labores de asesoramiento para Abbvie, Janssen. Gilead y MSD.

Referencias

- Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas en España (AEHVE). (2021). *Objetivo 2021 propuestas para eliminar la hepatitis C*. https://aehve.org/objetivo-2021/.
- American Association for the Study of Liver Diseases. (2021). HCV Guidance: Recommendations for testing, managing, and treating hepatitis C. Key populations: Identification and management of HCV in people who inject drugs. https://www.hcvguidelines.org/unique-populations/pwid.

- Antuori, A., Montoya, V., Piñeyro, D., Sumoy, L., Joy, J., Krajden, M.,... HepCdetect II Study Group. (2021). Characterization of acute HCV infection and transmission networks in people who currently inject drugs in Catalonia: Usefulness of dried blood spots. *Hepatology*, 74, 591–606. doi:10.1002/hep.31757.
- Buti, M., Domínguez-Hernández, R. y Casado, M. A. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on HCV elimination in Spain. *Journal of Hepatology*, 74, 1246–1248. doi:10.1016/j.jhep.2020.12.018.
- Calleja, J. L., Macias, J., Forns, X., Garcia, F., Berenguer, M., Garcia Deltoro, M.,... Pineda, J. A. (2018). Guía de tratamiento de la infección por virus de la hepatitis C. Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH). *Gastroenterología y Hepatología*, 41, 597–608. doi:10.1016/j.gastrohep.2018.07.010.
- Comunidad de Madrid. (2017). *Libro blanco de la hepatitis C en la Comunidad de Madrid 2016-2019*. Madrid. http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017974.pdf.
- Corma-Gómez, A. y Pineda, J. A. (2019). Infección por el virus de la hepatitis C en España: Desafios en el camino hacia la eliminación. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 37, 219-221. doi:10.1016/j.eimc.2019.01.004.
- Crespo, J., Albillos, A., Buti, M., Calleja, J. L., García-Samaniego, J., Hernández-Guerra, M.,... Sánchez Antolín, G. (2019a). Eliminación de la hepatitis C. Documento de posicionamiento de la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH). *Gastroenterología y Hepatología*, 42, 579–592. doi:10.1016/j.gastrohep.2019.09.002.
- Crespo, J., Eiros Bouza, J. M., Blasco Bravo, A. J., Lázaro de Mercado, P., Aguilera Guirao, A., García, F.,... Calleja Panero, J. L. (2019b). Eficiencia de diversas estrategias para el diagnóstico de la hepatitis C en un solo paso. *Revista Española De Enfermedades Digestivas*, 111, 10-16. doi:10.17235/reed.2018.5810/2018.
- Crespo, J., Cuadrado, A., Perelló, C., Cabezas, J., Llerena, S., Llorca, J.,... Calleja, J. L. (2020). Epidemiology of hepatitis C virus infection in a country with universal access to direct-acting antiviral agents: Data for designing a cost-effective elimination policy in Spain. *Journal of Viral Hepatitis*, 27, 360–370. doi:10.1111/jvh.13238.
- Crespo, J., Lázaro, P., Blasco, A. J., Aguilera, A., García-Samaniego, J., Eiros, J. M.,... García, F. (2021). Diagnóstico en un solo paso de la hepatitis C en 2019: Una realidad en España. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 39, 119–126. doi:10.1016/j.eimc.2020.03.004.
- Cuadrado, A., Cobo, C., Mateo, M., Blasco, A. J., Cabezas, J., Llerena, S.,... Crespo, J. (2021). Telemedicine efficiently improves access to hepatitis C management to achieve HCV elimination in the penitentiary setting. *The International Journal on Drug Policy*, 88, 103031. doi:10.1016/j.drugpo.2020.103031.
- Day, E., Hellard, M., Treloar, C., Bruneau, J., Martin, N. K., Øvrehus, A.,... International Network on Hepatitis

- in Substance Users (INHSU) (2019). Hepatitis C elimination among people who inject drugs: Challenges and recommendations for action within a health systems framework. Liver international: Official Journal of the International Association for the Study of the Liver, 39, 20–30. doi:10.1111/liv.13949.
- Del Pino Bellido, P., Guerra Veloz, M. F., Cordero Ruíz, P., Bellido Muñoz, F., Vega Rodríguez, F., Caunedo Álvarez, Á. y Carmona Soria, I. (2021). Chronic hepatitis C patients lost in the system: Predictive factors of non-referral or loss of follow up to Hepatology Units. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. doi:10.17235/reed.2020.7573/2020.
- Folch, C., Saludes, V., Reyes-Ureña, J., Antuori, A., Ibáñez,
 N., Majó, X.,... HepCdetect II Study Group (2021).
 The hepatitis C care cascade among people who inject drugs accessing harm reduction services in Catalonia:
 Major gaps for migrants. The International Journal on Drug Policy, 90, 103057. doi:10.1016/j.drugpo.2020.103057.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Secretaria de Salut Pública. (2018). Plan de prevención y control de la hepatitis C en Cataluña. https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/vigilancia_salut_publica/vih-sida-its/04_Hepatitis_viriques/Plan-Hepatitis-Definitivo_C_DEF_ES.pdf.
- Ghany, M. G., Morgan, T. R. y AASLD-IDSA Hepatitis C Guidance Panel (2020). Hepatitis C Guidance 2019 Update: American Association for the Study of Liver Diseases-Infectious Diseases Society of America Recommendations for testing, managing, and treating hepatitis C virus infection. *Hepatology*, 71, 686–721. doi:10.1002/hep.31060.
- Gobierno de Aragón. Dirección General de Asistencia Sanitaria. (2019). Plan estratégico para la eliminación de la hepatitis C en Aragón. https://www.aragon.es/documents/20127/3827794/PLAN+ESTRAT%C3%-89GICO+PARA+LA+ELIMINACI%C3%93N+DE+LA+HEPATITIS+C+EN+ARAG%C3%93N. pdf/6fa98ceb-b31e-db5e-0e5b-0b6e21ac59e1?t=1562230046536.
- Gobierno de Cantabria. Servicio Cántabro de Salud. Consejería de Sanidad. (2020). Estrategia para la eliminación de la hepatitis C en Cantabria. https://www.scsalud.es/documents/2162705/2163013/Estrategia_eliminacion_Hepatitis_C.pdf/235888b7-589e-b41d-089c-e4ee0ff04d25.
- Gómez, L., Reygosa, C., Morales-Arráez, D. E., Ramos, R., Pérez, A., Hernández, A.,... Hernández-Guerra, M. (2020). Evaluación de la precisión diagnóstica del sistema Cobas 6800 para la detección de los niveles de viremia del virus de la hepatitis C a partir de muestras de gotas de sangre seca en papel de filtro. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 38, 267–274. doi:10.1016/j. eimc.2019.10.009.
- Guerra Veloz, M. F., Del Pino Bellido, P., Cordero Ruiz, P., Vega Rodr**í**guez, F., Bellido Muñoz, F., Ramírez de Are-

- llano, E.,... Carmona Soria, I. (2021). HCV microelimination strategies: An interventional study in diagnosed patients without access to the system. *Liver International*, *41*, 928–933. doi:10.1111/liv.14824.
- Grebely, J., Hajarizadeh, B., Lazarus, J. V., Bruneau, J., Treloar, C. e International Network on Hepatitis in Substance Users (2019). Elimination of hepatitis C virus infection among people who use drugs: Ensuring equitable access to prevention, treatment, and care for all. *The International Journal on Drug Policy*, 72, 1–10. doi:10.1016/j.drugpo.2019.07.016.
- Grupo técnico de cribado de la infección por el VHC (2021). Screening guide for hepatitis C virus infection in Spain. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 113, 81–82. doi:10.17235/reed.2020.7728/2020.
- Litwin, A. H., Drolet, M., Nwankwo, C., Torrens, M., Kastelic, A., Walcher, S.,... Grebely, J. (2019). Perceived barriers related to testing, management and treatment of HCV infection among physicians prescribing opioid agonist therapy: The C-SCOPE Study. *Journal of Viral Hepatitis*, 26, 1094–1104. doi:10.1111/jvh.13119.
- Lozano, R., Domeque, N., Perálvarez, C., Torrellas, M. D. y Gonzalo, C. (2019). Mortalidad entre los pacientes en tratamiento con metadona e infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana y/o hepatitis C. *Adicciones*, 31, 78–79. doi:10.20882/adicciones.1007.
- Macías, J., Morano, L. E., Téllez, F., Granados, R., Rivero-Juárez, A., Palacios, R.,... HEPAVIR group from the Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI) and the GEHEP group from the Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología (SEIMC) (2019). Response to direct-acting antiviral therapy among ongoing drug users and people receiving opioid substitution therapy. *Journal of Hepatology*, 71, 45–51. doi:10.1016/j.jhep.2019.02.018.
- Martínez-Sanz, J., Vivancos, M. J., Sánchez-Conde, M., Gómez-Ayerbe, C., Polo, L., Labrador, C.,... Pérez-Elías, M. J. (2021). Hepatitis C and HIV combined screening in primary care: A cluster randomized trial. *Journal of Viral Hepatitis*, 28, 345–352. doi:10.1111/jvh.13413.
- Mateo, M., Álvarez, R., Cobo, C., Pallas, J. R., López, A. M. y Gaite, L. (2019). Telemedicine: Contributions, difficulties and key factors for implementation in the prison setting. Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 21, 95–105.
- Mennini, F. S., Marcellusi, A., Robbins Scott, S., Montilla, S., Craxi, A., Buti, M.,... Kondili, L. A. (2021). The impact of direct acting antivirals on hepatitis C virus disease burden and associated costs in four European countries. *Liver international*, 41, 934–948. doi:10.1111/liv.14808.
- Midgard, H., Weir, A., Palmateer, N., Lo Re, V. 3rd., Pineda, J. A., Macías, J. y Dalgard, O. (2016). HCV epineda.

- demiology in high-risk groups and the risk of reinfection. *Journal of Hepatology*, 65, 33–45. doi:10.1016/j. jhep.2016.07.012.
- Ministerio de Sanidad. (2015). Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud (PEAHC). https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/hepatitisC/PlanEstrategicoHEPATITISC/docs/plan_estrategico_hepatitis_C.pdf.
- Ministerio de Sanidad. (2020a). Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud (PEAHC). https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/hepatitisC/PlanEstrategicoHEPATITISC/docs/Plan_Estrategico_Abordaje_Hepatitis_C_ (PEAHC).pdf.
- Ministerio de Sanidad. (2020b). Guía de cribado de la infección por el VHC. https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/ enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA_DE_ CRIBADO_DE_LA_INFECCION_POR_EL_ VHC_2020.pdf.
- Ministerio de Sanidad. (2021). *Plan Nacional sobre Drogas* 2021. https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/Introduccion/home.htm.
- Morales-Arráez, D., Alonso-Larruga, A., Díaz-Flores, F., García Dopico, J. A., de Vera, A., Quintero, E. y Hernández-Guerra, M. (2019). Predictive factors for not undergoing RNA testing in patients found to have hepatitis C serology and impact of an automatic alert. *Journal of Viral Hepatitis*, 26, 1117–1123. doi:10.1111/jvh.13122.
- Morales-Arráez, D., Nieto Bujalance, Y., Díaz-Flores, F., de Vera, A., Jiménez, A., García Dopico.,... Hernández-Guerra, M. (2020). Risk of liver fibrosis progression in patients with suboptimal diagnosis of hepatitis C virus infection. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 32, 528–534. doi:10.1097/MEG.00000000000001534.
- Morales-Arráez, D., Hernández-Bustabad, A., Medina-Alonso, M. J., Santiago-Gutiérrez, L. G., García-Gil, S., Díaz-Flores, F.,... Hernández-Guerra, M. (2021).
 Telemedicine and decentralized hepatitis C treatment as a strategy to enhance retention in care among people attending drug treatment centres. *The International Journal on Drug Policy*, 94, 103235. doi:10.1016/j.drugpo.2021.103235.
- Parés-Badell, O., Espelt, A., Folch, C., Majó, X., González, V., Casabona, J. y Brugal, M. T. (2017). Undiagnosed HIV and hepatitis C infection in people who inject drugs: From new evidence to better practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 77, 13–20. doi:10.1016/j. jsat.2017.03.003.
- Pawlotsky, J. M., Negro, F., Aghemo, A., Berenguer, M., Dalgard, O., Dusheiko, G.,... Wedemeyer, H. (2020). EASL recommendations on treatment of hepatitis C: Final update of the series. *Journal of Hepatology*, 73, 1170–1218. doi:10.1016/j.jhep.2020.08.018.

- Pericàs, J. M., Bromberg, D. J., Ocampo, D., Schatz, E., Wawer, I., Wysocki, P.,... Lazarus, J. V. (2019). Hepatitis C services at harm reduction centres in the European Union: A 28-country survey. *Harm Reduction Journal*, 16, 20. doi:10.1186/s12954-019-0290-x.
- Pineda, J. A., Núñez-Torres, R., Téllez, F., Mancebo, M., García, F., Merchante, N.,... HEPAVIR Group of The Andalusian Society of Infectious Diseases (SAEI). (2015).
 Hepatitis C virus reinfection after sustained virological response in HIV-infected patients with chronic hepatitis C. The Journal of Infection, 71, 571–577. doi:10.1016/j. jinf.2015.07.006.
- Pineda, J. A., Climent, B., García, F., García Deltoro, M., Granados, R., Gómez, F.,... Morano, L. (2020). Resumen ejecutivo: Documento de consenso de GEHEP, perteneciente a la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), junto a SOCIDROGALCOHOL, SEPD y SOMAPA, sobre el manejo de la infección por virus de la hepatitis C en usuarios de drogas. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 38, 127–131. doi:10.1016/j.eimc.2018.09.006.
- Polaris Observatory Collaborators (2021). The case for simplifying and using absolute targets for viral hepatitis elimination goals. *Journal of Viral Hepatitis*, 28, 12–19. doi:10.1111/jvh.13412.
- Rodríguez-Tajes, S., Domínguez, Á., Carrión, J. A., Buti, M., Quer, J. C., Morillas, R. M.,... Lens, S. (2020). Significant decrease in the prevalence of hepatitis C infection after the introduction of direct acting antivirals. Journal of Gastroenterology and Hepatology, 35, 1570–1578. doi:10.1111/jgh.14984.
- Roncero, C., Rodríguez-Cintas, L., Barral, C., Fuste, G., Daigre, C., Ramos-Quiroga, J. A. y Casas, M. (2012). Treatment adherence to treatment in substance users referred from Psychiatric Emergency service to outpatient treatment. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40, 63–69.
- Roncero, C., Vega, P., Martínez-Raga, J. y Torrens, M. (2017). Hepatitis C crónica y usuarios con un historial de inyección de drogas en España: Evaluación de la población, retos para un tratamiento efectivo. *Adicciones*, 29, 71–73. doi:10.20882/adicciones.908.
- Saludes, V., Folch, C., Morales-Carmona, A., Ferrer, L., Fernández-López, L., Muñoz, R.,... Martró, E. (2018). Community-based screening of hepatitis C with a onestep RNA detection algorithm from dried-blood spots: Analysis of key populations in Barcelona, Spain. *Journal* of Viral Hepatitis, 25, 236–244. doi:10.1111/jvh.12809.
- Saludes, V., Antuori, A., Folch, C., González, N., Ibáñez, N., Majó, X.,... HepCdetect II Study Group (2019). Utility of a one-step screening and diagnosis strategy for viremic HCV infection among people who inject drugs in Catalonia. *The International Journal on Drug Policy*, 74, 236–245. doi:10.1016/j.drugpo.2019.10.012

- Saludes, V., Antuori, A., Lazarus, J. V., Folch, C., González-Gómez, S., González, N.,... Martró, E. (2020). Evaluation of the Xpert HCV VL Fingerstick point-of-care assay and dried blood spot HCV-RNA testing as simplified diagnostic strategies among people who inject drugs in Catalonia, Spain. *The International Journal on Drug Policy*, 80, 102734. doi:10.1016/j.drugpo.2020.102734.
- Samuel, S. T., Martínez, A. D., Chen, Y., Markatou, M. y Talal, A. H. (2018). Hepatitis C virus knowledge improves hepatitis C virus screening practices among primary care physicians. *World Journal of Hepatology*, 10, 319–328. doi:10.4254/wjh.v10.i2.319.
- Tucker, J. D., Meyers, K., Best, J., Kaplan, K., Pendse, R., Fenton, K. A.,... Easterbrook, P. (2017). The HepTest-Contest: A global innovation contest to identify approaches to hepatitis B and C testing. *BMC Infectious Diseases*, 17, 701. doi:10.1186/s12879-017-2771-4.
- Turnes, J., Domínguez-Hernández, R. y Casado, M. Á. (2017). Value and innovation of direct-acting antivirals: Long-term health outcomes of the strategic plan for the management of hepatitis C in Spain. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 109, 809–817. doi:10.17235/reed.2017.5063/201.
- Wiessing, L., Ferri, M., Běláčková, V., Carrieri, P., Friedman, S. R., Folch, C.,... Griffiths, P. (2017). Monitoring quality and coverage of harm reduction services for people who use drugs: A consensus study. *Harm reduction journal*, 14, 19. doi:10.1186/s12954-017-0141-6.
- World Health Organization. (2016). Global health sector strategy on viral hepatitis, 2016–2021: towards ending viral hepatitis. http://apps.who.int/iris/bitstream/hand-le/10665/246177/WHO-HIV-2016.06-eng.pdf.



ADICCIONES 2024 ■ VOL. 36 ■ N. 2 ■ PÁGS. 145-154 www.adicciones.es



de Estudios sobre el Alcohol, coholismo y las otras Toxicomanías

ORIGINAL

Validación al castellano de la escala Brief Problem Gambling Screen en pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias

Spanish validation of the Brief Problem Gambling Screen in patients with substance use disorders

Pedro Serrano-Pérez MD *,**,****, Jorge Lugo-Marin PhD *,**,****, Raúl Felipe Palma-Álvarez PhD *,**,****, Rachel Volberg PhD *****, Susana Jiménez-Murcia ******, Josep Antoni Ramos-Quiroga PhD *,**,***,****, Lara Grau-López, PhD*,**,***.

* Department of Psychiatry, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España. ** Department of Psychiatry and Forensic Medicine, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, España. *** Group of Psychiatry, Mental Health and Addiction, Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Barcelona, España. **** Biomedical Network Research Centre on Mental Health (CIBERSAM), Madrid, España. ***** School of Public Health and Health Science, University of Massachussetts Amhest, USA. ***** Department of Psychiatry, Hospital Universitari Bellvitge, Barcelona, España. ***** Ciber Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CIBERObn), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

Resumen

El juego patológico (JP) puede actuar iniciando y manteniendo el problema de la adicción a sustancias. A pesar de ello, no existen herramientas de cribado rápido validadas en español. La Breve evaluación del juego problemático (BPGS) ha demostrado ser una de las herramientas más sensibles para detectar JP y poblaciones en riesgo. Este estudio tiene como objetivo validar la versión en español de la BPGS original de cinco factores. Se reclutó una muestra de 100 adultos hispanohablantes con trastorno por uso de sustancias de un centro de tratamiento de adicciones. A los participantes se les administró la versión en español de la BPGS. El instrumento mostró propiedades de fiabilidad de los ítems evaluados (Ω = 0,93). Los valores de sensibilidad y especificidad fueron excelentes (0,93 cada uno), también los valores predictivos positivos (0,7) y negativos (0,99) sugieren un alto poder discriminante en comparación con los sujetos sin JP. Se encontró una fuerte correlación significativa con la medida gold-estándar (índice de severidad del juego problemático, PGSI) (r = 0.8, p < 0.01). Se encontraron propiedades psicométricas similares en pacientes en riesgo de JP. En conclusión, la BPGS parece un buen instrumento de cribado en la población clínica española, y también identifica a los sujetos en riesgo de

Palabras clave: juego problemático, juego patológico, validación, psicometría, prevalencia

Abstract

Problematic Gambling or Gambling Disorder (GD) can act by initiating and maintaining the problem of substance addiction. Despite this, there are no rapid screening tools validated in Spanish. The Brief Problem Gambling Screen (BPGS) has proven to be one of the most sensitive tools for detecting GD and populations at risk. This study aims to validate the Spanish version of the original five-item BPGS. A sample of 100 Spanish-speaking adults with substance use disorder were recruited from an addiction treatment center. The participants were administered the Spanish version of BPGS. It showed strong item reliability properties ($\Omega = 0.93$). Sensitivity and specificity values were excellent (0.93 each), also positive (0.7) and negative (0.99) predictive values suggest high discriminant power when compared to non-GD subjects. Statistically significant strong correlation with a goldstandard measure (Problem Gambling Severity Index) was found (r = 0.8, p < 0.01). Similar psychometric properties were found in at-risk gambler patients. In conclusion, the BPGS seems to be an adequate screening instrument in Spanish-speaking clinical population, and also identifies atrisk of GD subjects.

Keywords: problem gambling, gambling disorder, validation, psychometrics, prevalence

■ Recibido: Octubre 2021; Aceptado: Junio 2022.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Pedro Serrano-Pérez. Department of Psychiatry, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España. Passeig de la Vall d'Hebron, 119-129, 08035, Barcelona. Tel: +34 93 489 38 80. Fax: +34 93 489 45 87. E-mail: pedro.serrano@vhebron.net; pedrogserrano@gmail.com

asta la fecha, el juego patológico (JP) o trastorno del juego es la única adicción conductual reconocida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013; Johansson, Grant, Kim, Odlaug y Götestam, 2009) y la CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 2019). Esta condición está caracterizada por un patrón de juego inadaptado, persistente y recurrente que ocasiona daño personal y social al sujeto (Dirección General de Ordenación de Juego, 2017). La prevalencia global es de alrededor del 2,3% de la población adulta (Parhami, Mojtabai, Rosenthal, Afifi y Fong, 2014). Sin embargo, en España la incidencia ronda el 0,3-0,6%, con una prevalencia de vida del 0,9% (Dirección General de Ordenación de Juego, 2017; Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2020). En los últimos años, con el aumento del juego en línea, el JP se ha convertido en un problema aún más relevante desde el punto de vista social, educativo y de Salud Pública (Abbott, 2020).

Las consecuencias negativas del JP incluyen la aparición de problemas emocionales, el deterioro de la salud general, conflictos relacionales, problemas económicos, la disminución del rendimiento laboral o académico e incluso la aparición de actos delictivos (Langham et al., 2016). Diferentes modelos teóricos han sido descritos que demuestran que el JP es un trastorno heterogéneo y multidimensional. Hay una estrecha relación entre consumo de sustancias y JP, provocando un empeoramiento tanto de la patología psiquiátrica como de la adicción. Ambas aparecen como resultado de una compleja interacción de elementos genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales. Todos los modelos teóricos han destacado la importancia de la identificación temprana y la oferta de alternativas de tratamiento a los pacientes de riesgo o con JP (Blaszczynski y Nower, 2002). Incluso, estudios longitudinales han demostrado que el JP predice el desarrollo de trastornos por consumo de alcohol, de ansiedad o de afectividad (Parhami et al., 2014). La prevalencia de esta asociación muestra gran variación según la jurisdicción, el tiempo de vida, el tipo de muestra y el instrumento utilizado. Revisiones sistemáticas, predominantemente de Estados Unidos, informan una comorbilidad de JP y trastorno por uso de sustancias (TUS) del 57,5% en la población general y hasta del 22,2% en pacientes en tratamiento en unidades clínicas (Dowling et al., 2018). Varias revisiones sistemáticas y metaanálisis indican que los problemas de juego en pacientes con TUS están sobrerrepresentados (10,0%-43,4%) (Cowlishaw, Merkouris, Chapman y Radermacher, 2014; Himelhoch et al., 2015; Lorains, Stout, Bradshaw, Dowling y Enticott, 2014; Manning et al., 2017). A pesar de esto, incluso estudios más estrictos evidencian tasas de prevalencia del 14% en JP y del 23% si nos referimos a todo el espectro de juego (Cowlishaw et al., 2014). En España existen pocos estudios sobre la prevalencia de problemas relacionados con el juego en pacientes con TUS a pesar de que ocupa uno de los primeros puestos de gasto per cápita en juego (Becoña, 1996). Es todavía más importante un instrumento de detección para estudiar la verdadera magnitud del problema, dada la escasa investigación existente en nuestro entorno. En un estudio realizado en una unidad ambulatoria de tratamiento de adicciones, se encontró que el 20% de los pacientes tratados también presentaba un trastorno de juego (Pérez, 2010).

En TUS, el JP puede jugar un papel tanto en iniciar como en mantener o dificultar el tratamiento de TUS (Grant y Chamberlain, 2015; Spunt, Lesieur, Liberty y Hunt, 1996). Esta población es especialmente vulnerable por la peor adherencia y el bajo cumplimiento terapéutico que presentan estos pacientes (Steinkamp et al., 2019; Zhang, Friedmann y Gerstein, 2003), ya que la comorbilidad de JP y TUS se asocia a un mayor riesgo de presentar otros trastornos psiquiátricos, en comparación con pacientes sin TUS (Abdollahnejad, Delfabbro y Denson, 2014; Cowlishaw y Hakes, 2015). No identificar correctamente JP en pacientes con TUS podría tener importantes consecuencias, como un empeoramiento de la adherencia, un peor pronóstico y la no consecución de los objetivos terapéuticos (Clausen, Anchersen y Waal, 2008; Zhang et al., 2003).

Los centros ambulatorios de drogodependencias son un lugar ideal para identificar y tratar adecuadamente a estos pacientes y son uno de los lugares donde se debe realizar la detección precoz de esta patología. A pesar de ello, existen datos que sugieren que las tasas de cribado realizadas por los médicos en estos servicios siguen siendo muy bajas (Cowlishaw et al., 2014; Holtgraves, 2009). Se han identificado diferentes barreras ante la realización del cribado y la detección de JP en pacientes con TUS en estos centros, entre ellas la falta de tiempo, la falta de conocimientos para realizarlo, la poca información sobre su eficacia, la percepción de que los problemas relacionados con el juego no son una enfermedad, la falta de intervenciones efectivas o el acceso limitado a unidades de tratamiento específicas (Dowling et al., 2019; Manning et al., 2017).

Por tanto, a la hora de realizar un cribado, la herramienta utilizada debe ser de fácil y rápida aplicación ya que son muchos los aspectos que deben valorarse en una entrevista clínica. Al reducir los costos de atención médica, los instrumentos de detección pueden aumentar la disponibilidad de atención clínica (Tiet, Finney y Moos, 2008). En los últimos años, se han desarrollado diferentes herramientas breves de detección de JP, la mayoría de ellas derivadas de instrumentos de medición más complejos (Dowling et al., 2019).

En la actualidad, el Problem Gambling Severity Index (PGSI) se considera el gold-estándar internacional (Dellis et al., 2014) y ha ido reemplazando a otras herramientas utilizadas para evaluar la prevalencia de o detectar el JP (Calado y Griffiths, 2016; López-González, Estévez y Griffiths, 2018). Este instrumento se ha evaluado y compara-

do con varios instrumentos de detección de JP (Calado y Griffiths, 2016). Sin embargo, la extensión del PGSI puede comprometer su aplicación para el cribado en la práctica clínica habitual (Ferris, Wynne, Ladouceur, Stinchfield y Turner, 2001; Lubman et al., 2017).

Por tanto, se han desarrollado nuevos instrumentos que tienen las mismas o incluso mejores propiedades psicométricas. Se han realizado diferentes estudios sobre la sensibilidad, la especificidad y la precisión diagnóstica general de diferentes instrumentos de detección con resultados variables, a veces incluso contradictorios. Una de las escalas que ha mostrado resultados más interesantes es la Brief Problem Gambling Screen (BPGS) que se puede utilizar en 4 versiones diferentes de entre 2 y 5 ítems. En un estudio relacional con 837 participantes, se compararon nueve herramientas de cribado breves con el PGSI como estándar de referencia (Calado y Griffiths, 2016), y se concluyó que la única que mostró una sensibilidad adecuada al detectar cualquier nivel de juego problemático, en comparación con las otras ocho herramientas de cribado, fue la versión de 5 ítems de la BPGS (Dowling et al., 2018), lo que también indica que podría ser una herramienta óptima para usar en una población clínica (Lorains et al., 2014). En ese estudio, la BPGS de 5 ítems mostró una sensibilidad del 100% y una especificidad del 86% para pacientes con JP. En pacientes con riesgo de JP, tanto la sensibilidad como la especificidad fueron del 94%. Los valores predictivos positivos (VPP) y negativos (VPN) también mostraron resultados excelentes (VPP = 70%; VPN = 99%), lo que mostró un fuerte poder discriminante al diferenciar con sujetos sin JP (Dowling et al., 2018). También se confirmó su adecuada capacidad para detectar población de riesgo, lo que consolida la idea de que es una herramienta útil para la detección precoz del JP. Además de una alta sensibilidad, su valor predictivo positivo sugiere que es un instrumento eficaz para detectar pacientes con cualquier nivel de trastorno de juego. Mostró que el 93% de los pacientes identificados en la muestra utilizada tenían al menos un riesgo bajo que se confirmó con la medida gold-estándar PGSI, aunque este disminuyó al 33% en pacientes con JP (Dowling et al., 2018). Mientras que en algunos estudios la versión de 5 ítems aparece como la mejor herramienta para detectar cualquier tipo de juego problemático, en otros estudios su precisión diagnóstica es menor y, sin embargo, la versión de dos ítems sí muestra mejores resultados tanto en la población de riesgo como en los pacientes con JP (Browne, Greer, Rawat y Rockloff, 2017). De manera coherente, se ha visto que la proporción de jugadores en riesgo de desarrollar JP es responsable de gran parte del problema, debido a la alta prevalencia existente. Identificar, por tanto, no solo el JP sino también a poblaciones en riesgo y poder hacer una intervención temprana es otra característica importante de una herramienta de cribado (Volberg y Williams, 2011). A pesar de la capacidad de diagnóstico de JP y de detección de población de riesgo descrita, una reevaluación de la escala está justificada por la variabilidad obtenida en diferentes muestras. Además, este es el primer estudio que conocemos que se lleva a cabo en una población clínica con TUS.

A pesar de haber sido evaluada como un instrumento valioso para la detección precoz en poblaciones clínicas, la BPGS no ha sido validada en español. Su falta de validación en español limita su uso, la comparación entre diferentes estudios y su utilización con una validación inadecuada puede dar lugar a sesgos (Browne et al., 2017). La principal hipótesis del estudio es que la validación al español de la escala puede ser exitosa y útil para su uso habitual en centros ambulatorios de adicciones.

Por este motivo, se plantea como objetivo la adaptación cultural y validación de la BPGS de 5 ítems en español en una población con TUS de forma que se favorezca su uso y promoción en países de habla hispana o con altos índices de población hispanohablante.

Métodos

Participantes

La muestra estaba compuesta de pacientes en tratamiento por TUS en una unidad de tratamiento ambulatorio de Barcelona. Es uno de los centros de referencia en el tratamiento de las adicciones desde hace años. Se reclutó una muestra de conveniencia mediante un método de muestreo consecutivo. Por tanto, dado que un objetivo era estudiar la prevalencia de JP en población clínica con TUS, los pacientes fueron reclutados de forma consecutiva si aceptaban participar y cumplían los criterios de inclusión. Los criterios de inclusión eran 1) edad entre 18 y 65 años, 2) capacidad para comprender y completar el cuestionario de investigación y 3) voluntad de firmar el consentimiento informado. Los criterios de exclusión eran 1) presentar estado de embriaguez en el momento de la entrevista, 2) descompensación del trastorno psiquiátrico y 3) no comprender el idioma español. Dado que el centro pertenece a un hospital universitario y los pacientes están acostumbrados a participar en estudios, solo 15 pacientes se negaron a participar. El cuestionario fue autocumplimentado en un despacho para proteger la identidad. La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas de la muestra. El protocolo fue evaluado y aceptado por el Comité de ética de investigación con medicamentos del Hospital Vall d'Hebron. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado antes de completar los cuestionarios. No hubo compensación económica por la participación.

Mediciones

Variables sociodemográficas y clínicas

La información se obtuvo a través de una entrevista cara a cara semiestructurada realizada por psicólogos y psiquiatras formados y un cuestionario de elaboración propia en el que se registraron las siguientes variables sociodemográficas: edad, sexo, ocupación, nivel de estudios y estado civil (Tabla 1).

La Breve evaluación del juego problemático (BPGS) (Volberg y Williams, 2011) fue desarrollada para la detección precoz de problemas de juego en la población clínica. Resultó de combinar determinados parámetros considerados la mejor combinación de elementos con el poder de identificar a jugadores patológicos, jugadores problemáticos y aquellos en riesgo de convertirse en ellos. Consta de cinco preguntas sobre problemas relacionados con el juego patológico en los últimos 12 meses, aunque se especifica que el marco temporal puede ser anterior o incluso a lo largo de la vida. Una respuesta afirmativa a una o más preguntas es indicativa de un problema con el juego y, por tanto, requiere una evaluación más detallada (Lubman et al., 2017).

En su elaboración se eligieron cinco ítems de una selección de 30 ítems, de los cuales dos pertenecían al Canadian Problem Gambling Index (CPGI) (ítems 1 y 3) (Ferris et al., 2001), dos pertenecían al Problem and Pathological Gambling Measure (PPGM) (ítems 8 y 10C) (Williams y Volberg, 2010) y uno pertenecía a la South Oaks Gambling Screen (SOGS) (ítem 4) (Holtgraves, 2009; Lesieur y Blume, 1987). Cuatro versiones diferentes se evaluaron por separado (BPGS-5, BPGS-4, BPGS-3 y BPGS-2).

El Problem Gambling Severity Index (PGSI) fue creado por Ferris et al. (2001). La escala consta de nueve ítems que evalúan la severidad de JP, cinco de los cuales evalúan las consecuencias negativas del juego y cuatro se enfocan en el comportamiento problemático del jugador (Holtgraves, 2009). Cada ítem se puntúa en una escala de cuatro puntos (0-nunca; 1-algunas veces; 2-la mayoría de las veces; 3-casi siempre). Las puntuaciones obtenidas de los ítems individuales se suman con puntuaciones que van de 0 a 27 y se utilizan para clasificar los niveles de riesgo de los pacientes (0 = jugador no problemático sin consecuencias negativas; 1-2 = bajo riesgo. Jugador que experimenta pocos problemas y con pocas o ninguna consecuencia negativa; 3-7 = riesgo moderado. Jugador que experimenta problemas moderados con algunas consecuencias negativas; 8 o más = jugador problemático). Para el presente estudio se utilizó la versión validada en español, que ha mostrado consistencia interna por encima del umbral de confiabilidad ($\alpha = .97$) (Grant y Chamberlain, 2015).

Procedimiento

Se realizaron los trámites habituales para adaptar la BPGS al español. Dos de los autores nativos españoles del manuscrito tradujeron y documentaron de forma independiente la versión original en inglés. Se compararon las dos versiones y se discutieron las diferencias hasta llegar a un consenso total. La versión consensuada en español se envió a un revisor externo (inglés nativo) que tenía experiencia previa en la validación de escalas. Este individuo hizo la retrotraducción

de la herramienta para identificar palabras que se habían traducido incorrectamente o posibles inconsistencias. Se hicieron las correcciones necesarias hasta llegar al acuerdo total con el revisor externo. Esta versión fue corregida por un experto en juego español que dirige una unidad de referencia sobre juego patológico en la ciudad (Anexo 1).

Tras la firma del consentimiento informado por el participante, los instrumentos de evaluación se administraron individualmente. La escala se aplicó después de la visita por dos de los investigadores, ambos con experiencia previa en el uso de escalas en psiquiatría.

Análisis estadístico

Todos los análisis se realizaron con el software IBM SPSS 24. Se realizó un análisis de consistencia interna (Omega de McDonald) para el análisis de fiabilidad de los ítems. Las propiedades predictivas de la escala se determinaron mediante la obtención de la sensibilidad, la especificidad, el VPP y el VPN para cada categoría (JP y en riesgo de JP). Asimismo, para cada categoría se realizó el análisis de convergencia de la BPGS en español con el instrumento gold-estándar (PGSI) con el coeficiente de correlación de Spearman. El nivel de significación estadística se fijó en 0,05. Se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) para estudiar la estructura interna de la BPGS. Dado que los ítems de la BPGS son puntuaciones dicotómicas, se usó la matriz de correlación tetracórica, con el software FACTOR (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2006), para el análisis factorial. Se hizo la estimación del modelo mediante la robusta estimación de mínimos cuadrados no ponderados, que es el procedimiento recomendado en el caso de puntuaciones dicotómicas (Ferrando, Lorenzo, Hernández y Muñiz, 2022). Por último, el análisis de las diferencias medias se realizó con pruebas no paramétricas, prueba U de Mann-Whitney (para la comparación de dos grupos) y el test de Kruskal-Wallis (para la comparación de 3 o más grupos).

Hubo total disponibilidad de los datos relativos a las escalas. Aunque los datos faltantes eran inferiores al 5% para las variables sociodemográficas, se utilizó un método de sustitución por el valor promedio. El nivel de significación estadística fue de 0,05.

Resultados

La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas y clínicas de la muestra. El número total de participantes fue de 100 adultos hispanohablantes diagnosticados con TUS. La edad media de la muestra fue de 45,83 años (dt = 11,287). Las mujeres representaron solo una cuarta parte de la muestra (27%). Las sustancias más prevalentes objeto del tratamiento entre los participantes eran alcohol (43%), cocaína (32%) y opiáceos (19%), presentando el 63% de los participantes una segunda sustancia objeto del tratamiento. El 21% de los participantes presentó comorbilidad psiquiá-

Tabla 1
Características sociodemográficos y clínicas de los participantes

Participantes (N)	100
Participantes (N) Mujer	100
Hombre	73
Edad media (DT, rango)	45, 83 (11,287, 22-67)
Nivel de estudios (%)	
Analfabeto	1
Primarios	2
Secundarios	59
	35
Bachiller/formación profesional Universitarios	3
	3
Estado civil (%) Soltero/a	47
	45
Casado/a-Tiene pareja	
Separado/a-Divorciado/a	8
Situación laboral (%)	34
Activo/a	34
Inactivo/a	28
Baja por enfermedad	6
Pensionista-Jubilado/a	31
Otro	1
Sustancia principal objeto de tratamiento (%)	
Opiáceos	19
Cocaína	32
Alcohol	43
Cánnabis	2
Benzodiazepinas	2
Anfetaminas	1
Analgésicos	1
Sustancia secundaria objeto de tratamiento (%))
Opiáceos	6
Cocaína	14
Alcohol	24
Cánnabis	10
Benzodiazepinas	3
Policonsumo	6
Ninguna	37
Comorbilidad psiquiátrica (%)	
Cualquier trastorno psiquiátrico	27
Esquizofrenia	5
Trastorno esquizoafectivo	1
Trastorno depresivo	10
Trastorno de ansiedad	7
TDAH	1
Psicosis inducida	3
Ninguna	73
Patología dual (%)	
Sí	21
No	79

trica, siendo depresión (10%), ansiedad (7%) y esquizofrenia (5%) los trastornos comórbidos más prevalentes.

Estadísticas descriptivas y diferencias por TUS y género

La Tabla 2 muestra las estadísticas descriptivas de la BPGS. En relación a género, los participantes masculinos obtuvieron puntuaciones estadísticamente significativas más alta en la BPGS en comparación con las participantes femeninas (BPGS: z=-2,43, p=0,02), con bajo tamaño del efecto (r=0,24). La prueba H de Kruskal-Wallis indicó que no hubo diferencia estadísticamente significativa en la variable dependiente entre los diferentes grupos ($\chi^2(6)=,74$, p=,69).

Estructura interna de la BPGS

La Tabla 3 muestra los resultados del AFE. En la solución final, los eigenvalores mayores de 1 mostraron la existencia de un solo factor. Esta solución explica el 94% de la varianza. Los ítems presentan cargas factoriales superiores a ,50 y comunalidades superiores a ,35. La prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa (1111,0, gl=10, Sig. = ,001) y la medida de la adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (Coeficiente KMO) fue adecuado (,86).

Tabla 2 *Estadísticas descriptivas y diferencias medias en los resultados de la BPGS*

	BPGS	Diferencias intergrupales
Puntuación total (media, dt)	7 (1,53)	
Sexo (media, dt)		
Hombre	,90 (1,69)	z = -2,43, p = 0,02, r =,24
Mujer	,15 (,77)	
TUS (media, dt)		
Opiáceos	,42 (,96)	$\chi^2 = ,74, p = ,69$
Cocaína	1,03 (1,91)	
Alcohol	,67 (1,51)	
Cánnabis	0 (0)	
Benzodiazepinas	0 (0)	
Anfetaminas	0 (0)	
Analgésicos	0 (0)	

Tabla 3 *Resultados del análisis factorial exploratorio de la BPGS*

	Factor 1	Comunalidad
BPGS ítem 1	,99	,99
BPGS ítem 2	,96	,92
BPGS ítem 3	,93	,87
BPGS ítem 4	,97	,95
BPGS ítem 5	,95	,90

Análisis de fiabilidad de ítems

El resultado obtenido en el análisis fue $\Omega=0.93$ por lo que la BPGS se consideró dentro del rango aceptable ($\Omega>0.9$ y $\alpha>0.80$). Asimismo, la correlación de cada ítem individual con la puntuación total de la BPGS reportó valores elevados (rs = 0.83-0.91), lo que sugiere una contribución relevante de cada uno de los ítems a la puntuación total. Todos los ítems de la BPGS alcanzaron buenos valores discriminantes (D = .40) (ítem 1 D = .76; ítem 2 D = .90; ítem 3 D = 0; ítem 4 D = 0; ítem 5 D = .80).

Análisis de valor predictivo

La versión española de la BPGS mostró valores predictivos aceptables para detectar JP, con una sensibilidad de 0,93 y una especificidad de 0,93 para una puntuación igual o superior a 1. El VPP y VPN también mostraron valores aceptables, con un VPP de 0,7 y un VPN de 0,99. El valor del área bajo la curva fue de 0,95 (IC del 95%, 0,87, 1). Para riesgo de JP, los valores predictivos fueron 0,94 y 0,96 para sensibilidad y especificidad, respectivamente. El VPP y el VPN fueron 0,85 y 0,99, respectivamente. El valor del área bajo la curva fue de 0,97 (IC 95%, 0,91, 1).

Análisis de correlación con el PGSI

La BPGS en idioma español mostró una alta correlación con el instrumento de evaluación gold-estándar (PGSI), con un valor de asociación de 0,8 (p < 0,01) para JP y 0,9 (p < 0,01) para riesgo de JP.

Discusión

Este es el primer estudio donde la BPGS ha sido utilizada en una muestra clínica de pacientes con TUS. También es una de las primeras investigaciones que intenta evaluar la prevalencia de JP en este tipo de población en España. Los resultados obtenidos en nuestros análisis confirman los obtenidos en estudios previos donde la sensibilidad y el VPN de la prueba obtuvieron un gran poder clasificador para identificar y clasificar correctamente tanto a pacientes de riesgo como a aquellos con un trastorno de juego. Además, en nuestro estudio obtenemos valores muy altos también en especificidad y VPP, en comparación con otros estudios similares (Manning et al., 2017). En una población con JP real (PGSI => 8), la sensibilidad del 93% se encuentra dentro del rango descrito para la prueba con un 95% de confianza, entre 0.91-0.99 (Volberg y Williams, 2011), aunque algo menor que lo encontrado en otros estudios donde se indica una sensibilidad del 100% (Dowling et al., 2018).

Cuando se ha estudiado la precisión de diagnosticar correctamente a los pacientes con JP, se ha obtenido una sensibilidad del 99% (Dowling et al., 2019). La especificidad encontrada en nuestro estudio (93%) es opuesta a la observada en estudios previos (Manning et al., 2017). Aunque se encuentra dentro del rango 0,61-0,99 (95% IC) obtenido en el

desarrollo de la escala, el valor está por encima del obtenido al compararlo con el PGSI (+8) en otros estudios (Dowling et al., 2018), cuando se compara con otras escalas de cribado (Himelhoch et al., 2015) y cuando su capacidad diagnóstica obtiene un valor del 69% (Dowling et al., 2019).

Aunque el VPN coincide con el obtenido en estudios previos, llama la atención la gran diferencia encontrada con el VPP de Dowling et al. (2017) del 33%, mientras que en nuestro estudio alcanzó el 70%. A pesar de estos datos, cuando la muestra contiene todo el espectro de riesgo para desarrollar JP, el VPP es del 93% y es coherente con el 85% obtenido en nuestro caso (Dowling et al., 2018).

Al analizar el poder de detección en la población con riesgo de JP, se observa un aumento en todos los parámetros, lo que coincide con los resultados señalados por otros autores (Dowling et al., 2018; Manning et al., 2017), donde ya se identificó un mayor poder para identificar y clasificar correctamente.

Un metaanálisis reciente (Dowling et al., 2019) indica cómo la BPGS presenta mayor capacidad diagnóstica en población de riesgo que en JP real. Estudios previos que también analizaron la capacidad de clasificar correctamente a los pacientes describieron una gran sensibilidad en todo el espectro del juego problemático y señalaron un mayor VPP en pacientes de riesgo que cuando se busca clasificar solo a los de alto riesgo (Manning et al., 2017).

Es de gran utilidad clínica explorar la presencia de problemas con el juego desde una perspectiva dimensional que abarque desde el juego no problemático, hasta el juego problemático y patológico, para identificar los diferentes niveles de severidad de la conducta, y así poder aplicar programas de tratamiento específico y personalizado a los síntomas de cada paciente (Himelhoch et al., 2015).

La principal fortaleza de este estudio es que constituye uno de los primeros estudios realizados en España en pacientes en tratamiento ambulatorio por TUS. Comparado con el único estudio encontrado que se realizó en una población clínica de nuestro país, la prevalencia sería algo menor, 15% vs. 20% (Pérez, 2010). En este sentido, nuestros resultados son coherentes con los estudios más estrictos sobre prevalencia en población general y algo inferiores si hablamos de todo el espectro de juego problemático (Himelhoch et al., 2015). Como se explicó anteriormente, aunque la prevalencia en unidades de tratamiento en países como Estados Unidos es mayor, numerosos estudios indican que parece estar sobrerrepresentada (Clausen et al., 2008). Promover el uso de herramientas de cribado podría ayudar a proporcionar datos fiables sobre la prevalencia de JP en nuestro país.

Como principal limitación del estudio, cabe señalar que el JP se atiende desde hace relativamente poco tiempo en el servicio clínico de donde se recopilaron los datos y que en la ciudad existe una unidad de JP de referencia donde se atiende a pacientes de todo el territorio. En este sentido, la prevalencia obtenida podría ser inferior a la real. Por otro

lado, aunque se utilizó el PGSI como gold-estándar, algunos autores señalan la utilidad clínica de la comparación directa con los criterios diagnósticos del DSM-5 (Himelhoch et al., 2015). Además, utilizamos uno de varios posibles métodos para la retrotraducción; existen varias formas de realizar traducciones de escalas de salud (más de 31 líneas directrices) (Muñiz, Elosua y Hambleton, 2013; Ortiz-Gutiérrez y Cruz-Avelar, 2018). También, puede haber presencia de sesgo debido al método de autoevaluación. Otra limitación del estudio es que la muestra está compuesta mayoritariamente por hombres. Si bien este aspecto describe la realidad de los centros de adicciones, es un aspecto a señalar. Por último, cabe señalar que el instrumento ha sido validado para población hispanohablante con TUS, por lo que queda por evaluar su uso en otras poblaciones clínicas.

A pesar de las limitaciones y en base a lo expuesto anteriormente, se puede concluir que la adaptación a español de la BPGS original de cinco ítems ofrece una correcta validez y fiabilidad de los ítems en población hispanohablante con TUS. Su gran sensibilidad a la hora de identificar, clasificar y diagnosticar tanto a población en riesgo de desarrollar un problema de JP, como a quienes ya tienen JP, la hace una herramienta de cribado de gran utilidad. La inclusión de este instrumento en los protocolos habituales de acogida en las unidades de atención a las drogodependencias podría facilitar la detección precoz y facilitar el abordaje clínico correcto.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de interés en relación con este artículo. Dr. Palma-Álvarez ha recibido honorarios por impartir charlas para Lundbeck, MSD, Mundipharma y Exeltis. Dr. Ramos-Quiroga ha recibido honorarios como ponente de Janssen-Cilag, Shire, Lilly, Ferrer, Medice y Rubió; ha recibido financiación para investigación de Janssen-Cilag, Lilly, Ferrer, Lundbeck y Rubió. Dr. Grau-López ha recibido honorarios por dar charlas para Janssen-Cilag, Lundbeck, Servier, Otsuka y Pfizer.

Los demás autores declaran la inexistencia de potencial conflictos de interés.

El material no ha sido publicado en su totalidad o en parte en otra revista; el documento no se considera actualmente para su publicación en otra revista. Declaramos que todos los autores han participado personal y activamente en la redacción del informe y asumen la responsabilidad individual y conjunta de su contenido.

Referencias

Abbott, M. W. (2020). The changing epidemiology of gambling disorder and gambling-related harm: Public health implications. *Public Health*, 184, 41-45. doi:10.1016/j. puhe.2020.04.003.

- Abdollahnejad, R., Delfabbro, P. y Denson, L. (2014). Psychiatric co-morbidity in problem and pathological gamblers: Investigating the confounding influence of alcohol use disorder. *Addictive Behaviors*, 39, 566–572. doi:10.1016/j.addbeh.2013.11.004.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association. (trad. cast. en Barcelona: Masson, 2014). doi:10.1176/appi.books.9780890425596.
- Becoña, E. (1996). The problem and pathological gambling in Europe: The cases of Germany, Holland and Spain. *Journal of Gambling Studies*, 12, 179-192. doi:10.1007/BF01539173.
- Blaszczynski, A. y Nower, L. (2002). A pathway model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 7, 487-499. doi:10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x.
- Browne, M., Greer, N., Rawat, V. y Rockloff, M. (2017). A population-level metric for gambling-related harm. *International Gambling Studies*, 17, 163–175. doi:10.1080/14459795.2017.1304973.
- Calado, F. y Griffiths, M. D. (2016). Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000–2015). *Journal of Behavioral Addictions*, 5, 592–613. doi:10.1556/2006.5.2016.073.
- Clausen, T., Anchersen, K. y Waal, H. (2008). Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): A national prospective cross-registry study. *Drug and Alcohol Dependence*, *94*, 151–157. doi:10.1016/j.drugalcdep.2007.11.003.
- Cowlishaw, S. y Hakes, J. K. (2015). Pathological and problem gambling in substance use treatment: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *American Journal on Addictions*, 24, 467–474. doi:10.1111/ajad.12242.
- Cowlishaw, S., Merkouris, S., Chapman, A. y Radermacher, H. (2014). Pathological and problem gambling in substance use treatment: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46, 98–105. doi:10.1016/j.jsat.2013.08.019.
- Dellis, A., Sharp, C., Hofmeyr, A., Schwardmann, P. M., Spurrett, D., Rousseau, J. y Ross, D. (2014). Criterion-related and construct validity of the Problem Gambling Severity Index in a sample of South African gamblers. South African Journal of Psychology, 44, 243–257. doi:10.1177/0081246314522367.
- Dirección General de Ordenación de Juego (2017). Estudio y análisis de los factores de riesgo del trastorno de juego en población clínica española. Ministerio de Hacienda y Función Pública
- Dowling, N. A., Merkouris, S. S., Dias, S., Rodda, S. N., Manning, V., Youssef, G. J.,... Volberg, R. A. (2019). The diagnostic accuracy of brief screening instruments for problem gambling: A systematic review and meta-analy-

- sis. Clinical Psychology Review, 74, 101784. doi:10.1016/j.cpr.2019.101784.
- Dowling, N. A., Merkouris, S. S., Manning, V., Volberg, R., Lee, S. J., Rodda, S. N. y Lubman, D. I. (2018). Screening for problem gambling within mental health services: A comparison of the classification accuracy of brief instruments. *Addiction*, 113, 1088–1104. doi:10.1111/add.14150.
- Ferrando, P. J., Lorenzo, U., Hernández, A. y Muñiz, J. (2022). Decálogo para el análisis factorial de los ítems de un test. *Psicothema*, 34, 7-17. doi:10.7334/psicothema2021.456.
- Ferris, J., Wynne, H., Ladouceur, R., Stinchfield, R. y Turner, N. (2001). The Canadian Problem Gambling Index: Final report.
- Grant, J. E. y Chamberlain, S. R. (2015). Gambling disorder and its relationship with substance use disorders: Implications for nosological revisions and treatment. *The American Journal on Addictions*, 24, 126–131. doi:10.1111/ajad.12112.
- Himelhoch, S. S., Miles-Mclean, H., Medoff, D. R., Kreyenbuhl, J., Rugle, L., Bailey-Kloch, M.,... Brownley, J. (2015). Evaluation of brief screens for gambling disorder in the substance use treatment setting. *American Journal on Addictions*, 24, 460–466. doi:10.1111/ajad.12241.
- Holtgraves, T. (2009). Evaluating the problem gambling severity index. *Journal of Gambling Studies*, 25, 105–120. doi:10.1007/s10899-008-9107-7.
- Johansson, A., Grant, J. E., Kim, S. W., Odlaug, B. L. y Götestam, K. G. (2009). Risk factors for Problematic Gambling: A critical literature review. *Journal of Gambling Studies*, 25, 67–92. doi:10.1007/s10899-008-9088-6.
- Langham, E., Thorne, H., Browne, M., Donaldson, P., Rose, J. y Rockloff, M. (2016). Understanding gambling related harm: A proposed definition, conceptual framework, and taxonomy of harms. *BMC Public Health*, 16, 80. doi:10.1186/s12889-016-2747-0.
- Lesieur, H. R. y Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of Pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184–1188. doi:10.1176/ajp.144.9.1184.
- López-González, H., Estévez, A. y Griffiths, M. D. (2018). Spanish validation of the Problem Gambling Severity Index: A confirmatory factor analysis with sports bettors. *Journal of Behavioral Addictions*, 7, 814–820. doi:10.1556/2006.7.2018.84.
- Lorains, F. K., Stout, J. C., Bradshaw, J. L., Dowling, N. A. y Enticott, P. G. (2014). Self-reported impulsivity and inhibitory control in problem gamblers. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 36, 144–157. doi:10.108 0/13803395.2013.873773.
- Lorenzo-Seva, U. y Ferrando, P. J. (2006). FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavior research methods*, *38*, 88-91.

- Lubman, D., Manning, V., Dowling, N., Rodda, S., Lee, S. J., Garde, E. L.,... Volberg, R. (2017). Problem Gambling in People Seeking Treatment for Mental Illness. Victorian Responsible Gambling Foundation.
- Manning, V., Dowling, N. A., Lee, S., Rodda, S., Garfield, J. B. B., Volberg, R.,... Lubman, D. I. (2017). Problem gambling and substance use in patients attending community mental health services. *Journal of Behavioral Addic*tions, 6, 678–688. doi:10.1556/2006.6.2017.077.
- Muñiz, J., Elosua, P. y Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. *Psicothema*, *25*, 151–157. doi:10.7334/psicothema2013.24.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2020). Adicciones comportamentales. Juego con dinero, uso de videojuegos y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y otras adicciones en España EDADES y ESTUDES. Ministerio de Sanidad.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.; ICD-11).
- Ortiz-Gutiérrez, S. y Cruz-Avelar, A. (2018). Translation and cross-cultural adaptation of health assessment tools. Proceso de traducción y adaptación cultural de instrumentos de medición en salud. *Actas dermo-sifiliograficas*, 109, 202–206. doi:10.1016/j.ad.2017.09.012.
- Parhami, I., Mojtabai, R., Rosenthal, R. J., Afifi, T. O. y Fong, T. W. (2014). Gambling and the onset of comorbid mental disorders: A longitudinal study evaluating severity and specific symptoms. *Journal of Psychiatric Practice*, 20, 207–219. doi:10.1097/01.pra.0000450320.98988.7c.
- Pérez, E. J. P. (2010). Detección de adicciones comportamentales en adictos a sustancias en tratamiento. *Trastornos Adictivos, 12*, 13–18. doi:10.1016/s1575-0973(10)70005-2.
- Spunt, B., Lesieur, H., Liberty, H. J. y Hunt, D. (1996). Pathological gamblers in methadone treatment: A comparison between men and women. *Journal of Gambling Studies*, 12, 431–449. doi:10.1007/BF01539187.
- Steinkamp, J. M., Goldblatt, N., Borodovsky, J. T., LaVertu, A., Kronish, I. M., Marsch, L. A. y Schuman-Olivier, Z. (2019). Technological interventions for medication adherence in adult mental health and substance use disorders: A systematic review. *JMIR Mental Health*, 6, e12493. doi:10.2196/12493.
- Tiet, Q. Q., Finney, J. W. y Moos, R. H. (2008). Screening psychiatric patients for illicit drug use disorders and problems. *Clinical Psychology Review*, 28, 578–591. doi:10.1016/j.cpr.2007.08.002.
- Volberg, R. A. y Williams, R. J. (2011). Developing a brief problem gambling screen using clinically validated samples of at-risk, problem and pathological gamblers. https://www.uleth.ca/dspace/handle/10133/2561.

- Williams, R. J. y Volberg, R. A. (2010). Best practices in the population assessment of problem gambling Guelph: Ontario Problem Gambling Research Centre. https://www.researchgate.net/publication/228420596_Best_Practices_in_the_Population_Assessment_of_Problem_Gambling.
- Zhang, Z., Friedmann, P. D. y Gerstein, D. R. (2003). Does retention matter? Treatment duration and improvement in drug use. *Addiction*, *98*, 673–684. doi:10.1046/j.1360-0443.2003.00354.x.

Anexo 1. Versión en castellano del Brief Problem Gambling Screen

Test	Preguntas	Sí	No
PPGM10	En los últimos 12 meses, ¿Dirías que has estado preocupado por el juego o las apuestas?		
CPGI3	En los últimos 12 meses, ¿Has necesitado apostar crecientes cantidades de dinero para obtener el mismo grado de emoción?		
SOGS4	En los últimos 12 meses, ¿Has apostado durante más tiempo, mayor cantidad de dinero o con mayor frecuencia de lo que pretendías inicialmente?		
PPGM8C	En los últimos 12 meses, ¿Has hecho intentos de reducir, controlar o detener las apuestas?		
CPGI5	En los últimos 12 meses, ¿Has pedido prestado dinero o vendido algo para obtener más dinero para jugar o apostar?		







ORIGINAL

Eficacia de un programa de tratamiento en el consumo de drogas en menores infractores desde la psicología positiva

Efficacy of a treatment program based on positive psychology for drug use in juvenile offenders

ÁLVARO FERNÁNDEZ MORENO*, NATALIA REDONDO RODRÍGUEZ**, JOSÉ LUIS GRAÑA GÓMEZ***.

- * Universidad Francisco de Vitoria, España.
- ** Universidad Autónoma de Madrid, España.
- *** Universidad Complutense de Madrid, España.

Resumen

Uno de los factores que aumentan en mayor medida la probabilidad de que los adolescentes inicien y consoliden comportamientos antisociales es el consumo de drogas, encontrándose un patrón consistente de consumo de diferentes sustancias en los menores infractores (Aebi, Bessler y Steinhausen, 2021). Para la redacción del presente trabajo se desarrolló y aplicó un programa de tratamiento, de corte cognitivo - conductual e inspirado en el enfoque de la psicología positiva, para el consumo de drogas en menores de edad privados de libertad (grupo experimental). Los resultados se compararon con los de un grupo de adolescentes con la misma tipología de consumo internos en el mismo Centro (grupo control activo) en dos momentos, durante y tras el internamiento. El grupo experimental redujo de manera estadísticamente significativa la tasa de problemas asociados al consumo de drogas en comparación con el grupo control tras el internamiento, siendo el tamaño del efecto de la condición experimental elevado ($\hat{\eta}^2 = 0.55$), mucho mayor que el del grupo control ($\hat{\eta}^2 = 0.16$). El programa de tratamiento ha mostrado eficacia para la reducción de problemas asociados al consumo de drogas, siendo especialmente eficaz en la reducción del consumo de alcohol y de cannabis.

Palabras clave: menor infractor, consumo de drogas, tratamiento, cognitivo-conductual, psicología positiva

Abstract

One of the factors that increase the likelihood of adolescents starting to exhibit and consolidate anti-social behavior is drug use, with a consistent pattern of consumption of different substance found in young offenders (Aebi, Bessler & Steinhausen, 2021). A cognitive-behavioral group treatment program inspired by the positive psychology approach was developed and applied to drug use in minors deprived of liberty (experimental group); the results were compared to those of a group of adolescents with the same type of drug use in the same center (active control group) at two points in time: during and after incarceration. The fall in the rate of problems associated with drug use after incarceration in the experimental group was statistically significant compared to the control group, and the effect size of the experimental condition was large ($\eta^2 = 0.55$), much higher than the control group ($\eta^2 = 0.16$). The treatment program has proven to be an effective tool for reducing problems associated with drug use and is especially effective in reducing alcohol and cannabis consumption.

Keywords: young offender, drug use, treatment, cognitive-behavioral, positive psychology

■ Recibido: Noviembre 2021; Aceptado: Junio 2022.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Álvaro Fernández Moreno. Carretera M-515 de Pozuelo a Majadahonda, Km. 1,800, 28223, Pozuelo de Alarcón, Madrid. E-mail: alvaro.fernandezmor@ufv.es

a comunidad científica ha mostrado en las últimas décadas un especial interés por el estudio de la conducta delictiva juvenil (Bonta y Andrews, 2017; Roncero, Andreu y Peña, 2018). Uno de los objetivos principales en este tipo de investigaciones, ha sido determinar cuáles son los factores que aumentan la probabilidad de que los adolescentes inicien y consoliden comportamientos antisociales. Parece claro que no existe una única explicación para este fenómeno, de forma que son múltiples los factores vinculados a la conducta delictiva, siendo ésta en la mayoría de las ocasiones el resultado de interacciones dinámicas entre diversas variables (Barnert et al., 2021; Pérez y Ruiz, 2017; Simoes, Matos y Batista-Foguet, 2008). Dentro de ellas, una de las que más atención ha recibido es el consumo de drogas, por su posible relación y/o influencia recíproca sobre este tipo de comportamientos. Droga y conducta antisocial en la adolescencia aparecen frecuentemente asociadas (Aebi et al., 2021; López y Rodríguez-Arias, 2012; Mulvey, Schubert y Chassin, 2010), encontrándose un patrón consistente de consumo de diferentes sustancias en los menores infractores (Pérez y Ruiz, 2017). La bibliografía científica parece indicar que existe una clara asociación entre consumo de drogas y conducta antisocial, siendo este consumo más probable si la conducta antisocial se inicia durante la infancia y persiste durante la adolescencia (Brislin et al., 2021).

En España, la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, establece la necesidad de aplicar programas de tratamiento con las mayores garantías posibles de eficacia. De igual modo, dota de diferentes herramientas a los Juzgados de Menores ante el abordaje de la conducta infractora: prestaciones en beneficio de la comunidad, medidas de internamiento, internamiento terapéutico, asistencia a un Centro de día, medidas de libertad vigilada o el tratamiento ambulatorio, entre otras (Bujosa, González, Martín y Reifarth, 2021; Lázaro-Pérez, 2001).

En los últimos 30 años han ganado mucho peso los modelos de intervención alternativos a la privación de libertad en el tratamiento del consumo de drogas en personas que, en paralelo, han desarrollado conductas antisociales (Delen, Zolbanin, Crosby y Wright, 2021), y la población adolescente no ha sido una excepción. En Estados Unidos existe una larga tradición en el abordaje temprano de los problemas asociados al consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras a través de intervenciones ambulatorias y, desde los años 90, existen en ese país tribunales específicos para la intervención en consumo de drogas (Ledgerwood y Cunningham, 2019).

A pesar de que existe un gran volumen de producción científica en torno a este tipo de programas de intervención, siguen existiendo cuestiones por resolver, como por ejemplo el análisis de la eficacia de diferentes tipos de programas que partan de diferentes marcos conceptuales (Ali, Benjamin y Fondacaro, 2022). Tripodi, Bender y Litschge

(2010) realizaron un metaanálisis para evaluar la eficacia de las intervenciones realizadas con adolescentes con medidas judiciales que presentaban consumo problemático de alcohol. El objetivo del análisis fue comparar la eficacia de las intervenciones basadas en la familia frente a la eficacia de las intervenciones basadas en la persona. Según los resultados de este análisis, todas las intervenciones dirigidas a reducir el consumo de alcohol parecen tener éxito, y las intervenciones con los mayores efectos fueron la Terapia Cognitivo-Conductual, integrada con el método de los 12 pasos (Tomlinson, Brown y Abrantes, 2004), la Entrevista Motivacional Breve (D'Amico, Miles, Stern y Meredith, 2008), el seguimiento tras la intervención combinado con Terapia Cognitivo Conductual (Kaminer, Burleson y Burke, 2008) y la Terapia Familiar Multidimensional (Liddle et al., 2001).

En un metaanálisis similar más reciente, Tripodi y Bender (2011) compararon 10 estudios que evaluaban la eficacia de los tratamientos del consumo de alcohol y marihuana en menores infractores. Este estudio también reveló que los efectos de los tratamientos basados en el individuo son menos eficaces entre los delincuentes juveniles, mientras que los enfoques basados en la familia son más eficaces, acercándose a los datos de eficacia obtenidos en población no delincuente. En la misma línea, Dopp, Borduin, White y Kuppens (2017) afirmaron que los tratamientos basados en la familia pueden reducir las consecuencias sociales y económicas de los delitos cometidos por adolescentes. De igual modo, los efectos de los tratamientos basados en la intervención familiar en menores infractores producen efectos moderados pero duraderos en el tiempo (Dopp et al., 2017).

Algunos estudios recientes y relevantes en este campo son, por ejemplo, el de Tanner-Smith, Steinka-Fry, Hensman Kettrey y Lipsey (2016) quienes no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la eficacia del tratamiento del consumo de drogas en menores infractores entre la Terapia Familiar, Terapia Motivacional o Terapia Cognitivo Conductual, disminuyendo significativamente el consumo de sustancias de los participantes después de la entrada en cualquier condición de tratamiento. Las reducciones medias fueron mayores para consumidores de varias sustancias ($g\bar{g}=0,63$) y para el consumo de marihuana ($g\bar{g}=0,36$). Las reducciones medias no fueron significativas para el consumo de alcohol ($g\bar{g}=0,22$).

En España, los estudios que se han centrado en evaluar la influencia del consumo de drogas en la génesis y mantenimiento de la conducta delictiva han replicado la existencia de un patrón consistente de consumo de diferentes sustancias en los menores infractores (San Juan, Ocáriz y Germán 2009; Uceda-Maza, Navarro-Pérez y Pérez-Cosín, 2016; Vega-Cauich y Zumárraga-García, 2019). A pesar de que en España no existe un tribunal independiente, los Juzgados de Menores llevan años aplicando medidas terapéuticas alternativas al internamiento. Tras una búsqueda exhaustiva no se han encontrado estudios que midieran la eficacia de las

citadas intervenciones en medio abierto. En contextos de internamiento, ya sea en régimen abierto, semiabierto o cerrado, también se ha podido constatar una escasez de estudios que evalúen, no solo la eficacia de las intervenciones, sino la caracterización sociodemográfica de los adolescentes que cometen delitos graves y a la par tienen un elevado consumo de drogas. El estudio de mayor relevancia en este campo lo realizó Esteban et al. (2002), en el que se involucró a 26 centros de internamiento, con una muestra final de 251 menores. Contreras, Molina y Cano (2012) realizaron un estudio de la prevalencia del consumo de drogas en menores infractores de la Provincia de Jaén y Uceda-Maza et al. (2016) en la Comunidad Valenciana. De los estudios mencionados se concluye que la prevalencia del consumo de drogas en menores infractores es mayor que en población normal. Además, no solo se puede destacar que la prevalencia sea mayor, sino que la gravedad de los problemas asociados al consumo de drogas en la población infractora es mayor. Por último, se puede concluir que existen diferencias significativas entre los menores infractores y la población normal en la inclinación al abuso de sustancias (Bonta y Andrews, 2017).

En el proceso de búsqueda de evidencia científica sobre eficacia de los programas de tratamiento para el consumo de drogas en menores infractores, no se han encontrado programas basados en el paradigma de la psicología positiva, a pesar de que estos planteamientos han demostrado ser eficaces en la reducción de conductas antisociales (Riffo-Allende, 2021). La psicología positiva es un paradigma general orientado a refocalizar la perspectiva de la investigación, la prevención y la práctica clínica en los recursos y fortalezas generales (Carrea y Mandil, 2011; Fernández-Ríos y Vilariño Vázquez, 2018). Los programas de intervención que se sustentan explícitamente en psicología positiva están orientados a la promoción de emociones positivas y a reforzar los recursos y experiencias de bienestar (Santamaría-Cárdaba, 2018; Toribio, González-Arratia, Van Barneveld y Gil, 2018). De los estudios realizados en psicología positiva se puede concluir que, al fomentar el desarrollo de la adolescencia en un contexto de bienestar, se reducen las posibilidades de generar psicopatología (Bohlmeijer, Bolier, Lamers y Westerhof, 2017). Una estrategia fundamental dentro de las intervenciones basadas en psicología positiva es la génesis de una adecuada orientación hacia el futuro, la cual está definida por la presencia de aspiraciones ajustadas, expectativas adecuadas y fomento de habilidades de planificación. La orientación hacia el futuro ha demostrado ser un factor relevante en la construcción en positivo del desarrollo juvenil, incluso para jóvenes con un amplio historial de comportamientos antisociales graves y elevados consumos de drogas (Brooks, Miller, Abebe y Mulvey, 2018). Por tanto, desde el paradigma de la psicología positiva, urge proponer intervenciones sistematizadas que ofrezcan alternativas a los adolescentes para adquirir un mayor nivel de resiliencia y prevenir de manera más eficiente la aparición de emociones negativas, particularmente, en población que presenta conductas antisociales (Giménez, Vázquez y Hervás, 2010).

Debido a la escasez de estudios sobre la prevalencia del consumo de drogas en menores infractores españoles y la ausencia de estudios que evalúan la eficacia de las intervenciones realizadas en población española, el presente estudio plantea cuatro objetivos. El primero es la descripción sociodemográfica de los adolescentes que se encuentran cumpliendo una medida judicial por la comisión de delitos graves y tienen un elevado patrón de consumo de drogas. El segundo objetivo es el desarrollo de un programa de intervención en el que se adaptan técnicas basadas en la psicología positiva y que han demostrado ser eficaces. El tercer objetivo es evaluar la eficacia de la intervención desarrollada para el tratamiento del consumo de drogas en población adolescente infractora que ha cometido delitos graves. Dicha intervención se ha implementado y desarrollado en el Centro de Ejecución de Medidas Judiciales Teresa de Calcuta (CEMJTC) de la Comunidad de Madrid. Por último, se evalúa la relación entre la aplicación del programa y la reincidencia delictiva ya que, como se ha mencionado anteriormente, existe una relación entre el consumo de drogas y la génesis y mantenimiento de conductas antisociales (Aebi et al., 2021), esperándose encontrar una menor tasa de reincidencia tras la aplicación del programa frente a la condición control.

Método

Participantes

En el presente estudio han participado 92 internos del CEMITC que fueron internos por la comisión de delitos graves entre 2015 y 2017, finalizando el internamiento entre 2016 y 2019. La edad media de los participantes al inicio del internamiento es de 16,97 años, siendo todos ellos varones, habiéndose eliminado del estudio a 4 mujeres debido al escaso número de la muestra. Más de la mitad de la muestra es de nacionalidad extranjera (60,9%). La mayor parte de los participantes procedían de una familia disfuncional (61,6%); dentro de las familias de carácter disfuncional, la problemática más frecuente son los factores económicos (47,5%), seguido de los problemas relacionales (30,2%), familias multiproblemáticas (29,2%), delincuencia (22,7%) y consumo de sustancias (16,2%). Se ha encontrado una tasa muy amplia de abandono escolar (61,04%), absentismo (75,21%) y fracaso escolar (85,2%). Casi el 90% de los participantes tiene un grupo de relación disocial, siendo frecuente la pertenencia a grupos juveniles de carácter violento.

La mayoría de los delitos cometidos por los participantes fueron de carácter violento con afectación del patrimonio (81,5%). Con anterioridad a su ingreso el 33,7% de los participantes habían cumplido previamente una medida de internamiento y el 65,2% de ellos cometieron más de un delito, hechos que ponen de manifiesto el arraigo de la conducta antisocial en los participantes del estudio.

Medidas

Teen-Addiction Severity Index (T-ASI) (Kaminer, Bukstein y Tarter, 1991)

El T-ASI es una entrevista estructurada breve diseñada para proporcionar información importante sobre aspectos de la vida del paciente que pueden contribuir al abuso de sustancias y/o síndrome de dependencia.

Durante la entrevista, el terapeuta indaga sobre las siete áreas de problemas potenciales durante el mes previo a la evaluación. Estas áreas comprenden: drogas, colegio, empleo/soporte, familia, iguales/social, legal y psiquiátrica. De esta información se van a completar tres escalas, la escala de autoevaluación, la escala de gravedad para el entrevistador y la escala de validez.

En su adaptación española, el T-ASI presenta una excelente validez en su escala de abuso de sustancias. La puntuación obtenida en esta dimensión se correlaciona directamente con el consumo de cualquier tipo de sustancia (*Rho* = 0,90) así como con los problemas generados (*Rho* = 0,69) (Díaz y Castro-Fornieles, 2008). La fiabilidad de la aplicación de la prueba T-ASI en el presente estudio ha sido adecuada, obteniendo un *alfa de Cronbach* de 0,84.

Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI) (Hoge, 2010)

En el presente estudio se utilizó la adaptación a población española IGI-J (Garrido, López y Galvis, 2017). El IGI-J consta de 42 ítems agrupados en 8 factores de riesgo/protección denominados historial delictivo, pautas educativas, educación formal/empleo, grupo de iguales, consumo de drogas, ocio y diversión, personalidad y conducta y actitudes, valores y creencias. Estos factores de riesgo/protección son valorados mediante la información obtenida en entrevistas con el menor y la información obtenida de otras fuentes. La adaptación española tiene una fiabilidad adecuada, con un alfa de Cronbach de 0,90. El análisis de la validez predictiva ofreció un valor de 0,71, lo que confirma su buena capacidad predictiva, identificando correctamente el 66,7% de los reincidentes y el 68,8% de los no reincidentes en conductas delictivas (Garrido et al, 2017). La fiabilidad de la aplicación de la prueba IGI-J en el presente estudio ha sido adecuada, obteniendo un alfa de Cronbach de 0,79.

Consulta del Expediente Judicial

Durante el estudio de los expedientes judiciales se recabó información sobre la reincidencia delictiva durante el periodo de seguimiento e información sociodemográfica de los participantes del estudio.

Procedimiento

El presente estudio evalúa la eficacia de la aplicación del Programa de Intervención Educativa y Terapéutica para el Consumo de Drogas en Menores Infractores (PTCD) a través de un diseño cuasiexperimental longitudinal de medidas repetidas.

La muestra fue dividida en dos grupos, uno experimental y otro de control activo. La selección del diseño cuasiexperimental estuvo determinada por la asignación no aleatoria de cada participante a cada condición experimental. El criterio de asignación a cada grupo fue la posibilidad de cada participante de poder realizar todas las actividades planteadas en el programa diseñado de manera continuada (algunos internos tenían dificultades para ello por la incompatibilidad con el resto de las actividades realizadas durante el internamiento o por la duración de la medida).

El grupo experimental se compone de 52 internos del CEMJTC que han participado en el PTCD y han sido puestos en libertad, con un mínimo de 12 meses de seguimiento. El grupo control activo está compuesto por 40 internos del CEMJTC, que no realizaron el PTCD y fueron derivados a recursos externos para realizar actividades de psicoeducación y terapia cognitivo conductual individual para el tratamiento del consumo de drogas y han sido puestos en libertad, con un seguimiento de al menos 12 meses. Como requisito de inclusión en el estudio todos los participantes, tanto del grupo control como experimental, puntuaron 4 o más en la Escala de gravedad para el entrevistador en el consumo de drogas de prueba T - ASI.

Para poder comprobar la homogeneidad entre el grupo experimental y el control, y controlar el efecto de variables que pudieran contaminar los resultados, se realizaron una serie de análisis estadísticos. En primer lugar, se evaluó la relación entre la pertenencia al grupo experimental o control, y variables sociodemográficas. No se encontraron diferencias significativas en función del nivel de estudios superados al ingreso ($\chi^{2}_{(4)}$ = 8,09, p = ,08), nacionalidad $(\chi^2_{(3)} = 2,06, p = ,63)$, tipo de medida judicial $(\chi^2_{(2)} = 2,32,$ p = ,32) y tipo de delito cometido ($\chi^2_{(5)}$ = 5,04, p = ,46). De igual modo, se evaluaron distintas variables cuantitativas medidas al inicio del internamiento que pudieran tener un efecto sobre los resultados, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en las variables edad $(t_{(91)} =$ -1,74; p = 0.085), consumo de alcohol ($t_{0.01} = -1.31$; p = 0.19), consumo de cannabis $(t_{(91)} = 0.03; p = .97)$, consumo de cocaína $(t_{(91)} = 0.41; p = .67)$, consumo de éxtasis $(t_{(91)} = 0.64; p$ =,52), consumo de inhalantes ($t_{(57.39)}$ = -1.52; p =,13), consumo de benzodiacepinas $(t_{(91)} = 0.45; p = .64)$, consumo de heroína $(t_{(51)} = 1,76; p = 0,08)$, pautas educativas $(t_{(91)} = -1,51;$ p = 13), ocio y diversión ($t_{(91)} = -0.53$; p = 59), educación y empleo $(t_{(91)} = 1,61; p = ,11)$, personalidad y conducta $(t_{(91)}$ = 1,85; p =,06), problemas asociados al consumo de drogas ($t_{(91)}$ = 0,32; p =,75), problemas escolares ($t_{(91)}$ = -1,50; p=,13), problemas sociales ($t_{(91)}$ = -0,82; p =,41) y problemas legales $(t_{(91)} = 0.90; p = .36)$.

Para el presente estudio se planteó un diseño longitudinal de medidas repetidas, ya que se analizaron los datos obtenidos de la aplicación de la YLS/CMI y el T-ASI en dos momentos temporales diferentes, al inicio del internamiento en el CEMITC y tras la finalizar el internamiento.

Las medidas que evaluaron la reincidencia, a través del estudio de expedientes judiciales, se tomaron un año después de haber finalizado el internamiento de cada interno.

El primer paso del proceso de tratamiento fue la evaluación, la cual se realizó a través de la aplicación de las pruebas T-ASI y YLS/CMI. Una vez el Equipo Técnico hubo evaluado a los internos se les asignó a una condición de tratamiento, control o experimental.

Condición experimental

Una vez se incluyó al menor en el programa se diseñaron los grupos de aplicación, adecuando el número de participantes y el ritmo de las terapias a las características de los menores en tratamiento. Los grupos con más necesidades de apoyo estuvieron compuestos entre 5 y 7 integrantes, y los grupos con un adecuado nivel de lectoescritura y manejo de la lengua castellana estuvieron compuestos entre 8 y 10 adolescentes, siendo la media de participantes por grupo de 8,5 sujetos. El programa grupal consta de 27 sesiones de hora y media de duración, con una periodicidad de dos sesiones semanales. El programa fue aplicado por un psicólogo con amplia formación en el tratamiento de adicciones con adolescentes en conflicto social.

La fundamentación teórica del programa tiene un carácter cognitivo conductual, pero a la hora de la aplicación el terapeuta intervino desde las tesis del paradigma de la psicología positiva, dotando a los participantes de opciones de cambio sustentadas en mensajes positivos y no punitivos. Uno de los objetivos principales de la intervención es generar emociones positivas ligadas al plan de cambio personal, rompiendo con ello la frecuente indefensión aprendida que muestran los participantes, propiciada por fracasos terapéuticos previos. Este modelo de intervención contrae que el terapeuta entienda a cada participante como un ser único y valioso, priorizándose la génesis de opciones de cambio construidas desde los factores de protección y las potencialidades de cada uno de los usuarios. Los factores de riesgo, las conductas delictivas y las de consumo de drogas son abordadas como variables dinámicas que no determinan su comportamiento futuro ni les dotan de una identidad antisocial indisoluble.

El programa de tratamiento se ha estructurado en 8 módulos. El primer módulo, Información, tiene por objetivo generar una vinculación terapéutica con los participantes. A la par, durante las 3 sesiones que componen este módulo, se propicia la reestructuración de creencias irracionales a través de actividades de psicoeducación, abordando los mitos, consecuencias a largo plazo de los consumos de drogas y la relación existente entre el consumo y la escalada en la conducta antisocial. Una vez se ha generado la vinculación terapéutica se inicia el segundo módulo, Tomando conciencia, redacción de mi patrón de consumo. Durante las 3 sesiones de este módulo se redacta un patrón coherente y sincero de la conducta de consumo, identificando

su funcionalidad. De igual manera se aborda el impacto de una baja percepción de riesgo ante el consumo de drogas. Tras ello se inicia el tercer módulo, Reestructuración de mis creencias, las consecuencias de mis consumos, donde los participantes realizan actividades para identificar tanto motivaciones como consecuencias de su anterior patrón de consumo. Este tercer módulo está compuesto por 3 sesiones. El objetivo fundamental de estos tres primeros módulos es que, tras realizar actividades orientadas a la reflexión que eviten el juicio y el reproche, los adolescentes sean capaces de relacionar las variables implicadas en el génesis y mantenimiento de su conducta de consumo.

En el módulo 4, Fases y procesos de cambio, durante sus 3 sesiones, se realizan actividades de psicoeducación con el fin de que los participantes conozcan los estadios de cambio propuestos en el Modelo Transteórico (DiClemente y Prochaska, 1982). Posteriormente se proponen actividades de introspección que permitan integrar los conocimientos a través del estudio de las experiencias vitales de cada participante, generando con ello sensación de control ante el proceso terapéutico.

El módulo 5, Mis opciones de cambio, está compuesto por 3 sesiones donde se fomenta la identificación de emociones experimentadas, especialmente la de apoyo social, alegría, ilusión, fracaso, soledad o culpa. Tras ello se solicita a los participantes que las proyecten en un hipotético futuro en dos escenarios diferentes, éxito terapéutico y mantenimiento de consumos. Para ello se utilizan técnicas narrativas apoyadas por el uso del dibujo. Tras ello se invita a los participantes a que decidan que opción de cambio mantendrán una vez sean puestos en libertad.

Una vez se han realizado las tareas orientadas al afianzamiento de la motivación al cambio se dota a los participantes de las estrategias suficientes para lograr reducir los problemas asociados al consumo de drogas, reforzando una adecuada orientación hacia el futuro, estrategia fundamental dentro del paradigma de la psicología positiva (Brooks et al., 2018). Para ello, en el módulo 6, se entrena a los participantes en la modificación del estilo de vida asociado a los hábitos de consumo. Este módulo está compuesto por 4 sesiones donde se realiza un primer acercamiento al concepto de estilo de vida, tras lo que cada participante identifica factores de riesgo y de protección, placeres y deberes prosociales y antisociales en su anterior estilo de vida. Tras ello se acompaña a cada participante en la redacción de un plan de cambio personal construido y sustentado en sus potencialidades, factores de protección y placeres y deberes prosociales.

Para afianzar el plan de cambio personal, en el módulo 7, Deshabituación psicológica y manejo del deseo, se entrenan estrategias para el manejo del deseo de consumo. Este módulo está compuesto por 5 sesiones, en la primera sesión se realizan técnicas de psicoeducación para la identificación del deseo de consumo. En la segunda sesión, Técnicas con-

ductuales, se entrenan ejercicios de respiración y relajación progresiva. En la tercera sesión, Técnicas cognitivas, se entrenan estrategias de parada de pensamiento, pensamiento alternativo, balance de toma de decisiones y solución de problemas y en la cuarta sesión, Técnicas asertivas, se entrenan estrategias para el manejo de situaciones sociales donde el participante puede tener que sostener su postura de abstinencia delante de un grupo de pares que mantienen conductas de consumo. En la última sesión, Integración de la intervención, a través de técnicas de role play, se trabaja la automatización de las estrategias adquiridas.

Por último, durante las 3 sesiones que componen el módulo 8, Prevención de recaídas, se realiza una definición de facto de riesgo ante la recaída en el consumo, se entrenan estrategias para la identificación de factores y señales de riesgo ante la recaída y se redacta un plan de riesgo personal.

Condición control activo

En este grupo se incluye a aquellos internos que por las dificultades para poder asistir a las actividades diseñadas en la condición experimental (por la incompatibilidad con el resto de las actividades realizadas durante el internamiento o por la duración de la medida) fueron derivados para el tratamiento del consumo de drogas a recursos comunitarios, como los Centros de Atención Integral al Drogodependiente (CAID) o los Centros de Atención al Drogodependiente (CAD), donde participaron en actividades de psicoterapia individual de corte cognitivo conductual.

Análisis de datos

Todos los análisis estadísticos fueron realizados mediante el paquete estadístico SPSS 21.0.

Se llevaron a cabo análisis de frecuencias y porcentajes para realizar una descripción de la muestra. Con relación a la eficacia del tratamiento, se comprobó la variación entre el pretratamiento y el postratamiento en aquellas variables dependientes medidas por la prueba T-ASI. Para ello, se realizó con cada una de las variables un ANOVA de 2 factores con medidas repetidas en un factor, siendo el factor inter-grupo el grupo de pertenencia (experimental vs. control), y el factor intra-grupo el momento de la evaluación (pretratamiento vs. postratamiento), obteniendo además para cada grupo el tamaño del efecto (eta cuadrado parcial) de esas diferencias.

Por último, para analizar los datos sobre reincidencia, se llevaron a cabo pruebas Chi-Cuadrado de Pearson.

Resultados

Tras el análisis de los datos se ha podido constatar una alta presencia de multitud de factores de riesgo ante el consumo de drogas tanto para el grupo control como para el grupo experimental. El 88,2% (n = 81) de los participantes

tenían un problema extremo con el consumo de drogas, el 60,9% (n = 56) tenían un problema extremo en ámbito escolar, el 37% (n = 34) tenían un problema extremo en el ámbito laboral o sustento vital, el 66,3% (n = 61) tenían un problema extremo en ámbito familiar y el 75% (n = 69) tenían un problema extremo con su círculo de amistades más cercano.

Respecto a la tipología de consumo se puede destacar que las dos sustancias que han tenido una mayor tasa de consumo en la muestra han sido el cannabis y el alcohol. El 85,9% de los participantes presentan consumos compulsivos de cannabis y el 64,1% presentan consumos abusivos de alcohol (Véase Tabla 1). La cocaína presenta igualmente una alta tasa de consumo, el 22,8% de los participantes mantenía un consumo abusivo, el 13% un consumo ocasional y el 21,7% habían realizado un consumo experimental.

El objetivo fundamental de la presente investigación es evaluar la posible reducción de los problemas asociados al consumo de drogas en los participantes en el PTCD. Para medir el efecto de la intervención se han comparado los resultados del estudio longitudinal de los participantes de las terapias, grupo experimental, con un grupo de participantes con las mismas características que no han participado de dichas terapias, grupo control.

De los análisis estadísticos realizados se puede concluir que en la escala que mide problemas con el consumo de drogas en la prueba T-ASI, el efecto del factor grupo ($F_{(1,90)}$ = 11,87; p <,01; $\hat{\eta}^2$ = 0,11), factor tiempo ($F_{(1,90)}$ = 105,16; p <,001; $\hat{\eta}^2$ = 0,53) y la interacción entre ambos ($F_{(1,90)}$ = 14,54; p <,001; $\hat{\eta}^2$ = 0,13) fue significativo, como se puede apreciar en la tabla 2.

Posteriormente se evaluó la tasa de cambio que proporcionaban las dos condiciones experimentales, encontrando que en la variable problemas asociados al consumo de drogas se produce una reducción estadísticamente significativa entre el pre y el post tanto para el grupo control ($F_{(1,90)}$ = 18,35; p <,001; η^2 = 0,16) como para el grupo experimental ($F_{(1,90)}$ = 113,8; p <,001; η^2 = 0,55). Sin embargo, el tamaño del efecto del programa de intervención del grupo experimental fue mucho mayor que el del grupo control (η^2 = 0,55 Vs η^2 = 0,16) como se puede apreciar en la tabla 3.

Tabla 1 Prevalencia del consumo de drogas en los participantes (%)

Sustancia	Abstemio	Experimental	Ocasional	Abusivo	Compulsivo
Alcohol	0	5,4	25	64,1	5,4
Cannabis	1,1	3,3	2,2	7,6	85,9
Cocaína	41	21,7	13	22,8	1,1
Éxtasis	78	5,4	7,6	8,7	0
Inhalantes	90	2,2	4,3	1,1	2,2
Benzodiacepinas	96,7	2,2	1,1	0	0
Heroína	96,7	3,3	0	0	0

Tabla 2 Medias de los grupos en índice de gravedad en diferentes áreas medida por la prueba T-ASI en el pretratamiento y en el postratamiento, tamaño del efecto del programa para cada grupo y resultados del ANOVA sobre dichas medias

Grupos	T-ASI Drogas Pre	T-ASI Drogas Post			
Control (n = 40)	4,85 ± 0,36	3,93 ± 1,10			
Experimental (n = 52)	4,88 ± 0,38	2,88 ± 1,48			
Grupo: $F_{(1,90)} = 11,87$; p = 0,001** ; $\hat{\eta}^2 = 0,116$					

Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 105,16$; p = **0,000*****; $\hat{\eta}^2 = 0,539$ Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 14,54$; p = **0,000*****; $\hat{\eta}^2 = 0,139$

Nota. Los datos corresponden a la media \pm desviación típica (DT). *p<,05 **p<,01 ***p<,001.

Tabla 3 Cambios pretratamiento-postratamiento en cada grupo de pacientes

	Control (n = 40)	Experimental (n = 52)
	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)
T-ASI Drogas	0,92*** F _(1,90) = 18,35*** η ² = 0,16	2*** $F_{(1,90)} = 113,80***$ $\hat{\eta}^2 = 0,55$

Nota. Los valores de las columnas indican la diferencia entre medias del pretratamiento y el postratamiento en cada una de las subescalas. η^2 = eta cuadrado parcial. *p<,05 **p<,01 ***p<,001.

Tabla 4Medias de los grupos en consumo de drogas en el pretatramiento y en el postratamiento, tamaño del efecto del programa para cada grupo y resultados del ANOVA sobre dichas medias

Grupos	Consumo alcohol Pre	Consumo alcohol Post
Control (n = 40)	2,85 ± 0,59	2,45 ± 0,65
Experimental (n = 52)	2,59 ± 0,69	1,48 ± 1,15

Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 43,57$; p = **0,000*****; $\hat{\eta}^2 = 0,326$

Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(1,90)}$ = 10,74; p = **0,001****; $\hat{\eta}^2$ = 0,107

Grupos	Consumo cannabis Pre	Consumo cannabis Post
Control (n = 40)	3,72 ± 0,67	2,72 ± 1,41
Experimental (n = 52)	3,75 ± 0,81	1,91 ± 1,62

Grupo: $F_{(1,90)} = 4,49$; p = **0,037***; $\hat{\eta}^2 = 0,048$

Momento de la evaluación: $F_{(1,90)}$ = 65,89; p = **0,000*****; $\hat{\eta}^2$ = 0,423

Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(1,90)}$ = 7,977; p = **0,018***; $\hat{\eta}^2$ = 0,060

Grupos	Consumo cocaína Pre	Consumo cocaína Post
Control (n = 40)	1,12 ± 1,13	0.33 ± 0.66
Experimental (n = 52)	1,26 ± 1,31	0.24 ± 0.63

Grupo: $F_{(1,90)} = 0.28$; p = 0.86; $\hat{\eta}^2 = 0.00$

Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 53,17$; p = **0,000*****; $\hat{\eta}^2 = 0,371$

Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 0.87$; p = 0.35; $\hat{\eta}^{2} = 0.010$

Grupos	Consumo éxtasis Pre	Consumo éxtasis Post			
Control (n = 40)	0,32 ± 0,76	0,0 ± 0,0			
Experimental (n = 52) $0,57 \pm 1,09$		0,15 ± 0,48			
Grupo: $F_{(1,90)} = 2,90$; $p = 0,092$; $\hat{\eta}^2 = 0,031$					
Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 15,20$; p = 0,000***; $\hat{\eta}^2 = 0,145$					
Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(1,90)} = 0,25$; $p = 0,61$; $\hat{\eta}^{2} = 0,003$					

El siguiente paso de la investigación fue aclarar para qué sustancias se muestra más efectiva la intervención, realizando análisis estadísticos acerca de la reducción de consumos en función de la sustancia ingerida. En la variable consumo de alcohol, el efecto del factor grupo ($F_{(1.90)} = 18,63$; p < 0.001; $\hat{\eta}^2 = 0,17$) fue significativo, el efecto del factor momento de la evaluación también fue significativo ($F_{(1.90)} = 43,57$; p < 0.001; $\hat{\eta}^2 = 0.32$), así como el efecto de la interacción ($F_{(1.90)} = 10.74$; p < 0.01; $\hat{\eta}^2 = 0.10$), (véase Tabla 4). Del mismo modo, en la variable consumo de cannabis, el efecto del factor grupo fue significativo ($F_{\scriptscriptstyle (1.90)}$ = 4,49; p <,05; $\hat{\eta^2}$ = 0,04), el efecto del factor momento de la evaluación también fue significativo $(F_{_{(1.90)}} = 65,89; p <,001; \tilde{\eta}^2 = 0,42)$, así como el efecto de la interacción ($F_{(1,90)} = 7,97$; $\rho < 0.05$; $\hat{\eta}^2 = 0.06$) (véase Tabla 4). En la variable consumo de cocaína tan solo fue significativo el efecto del factor momento de la evaluación ($F_{(1.90)} = 53,17$; p < .001; $\eta^2 = 0.37$), al igual que en la variable consumo de éxtasis ($F_{(1.90)} = 15,20$; p < 0.01; $\hat{\eta}^2 = 0.14$) (véase Tabla 4).

Tras el análisis de los resultados ofrecidos por las pruebas *F* para los efectos principales de los factores grupo, momento de la evaluación y para el efecto de su interacción, se ha procedido a analizar la interacción entre el grupo y el momento de la evaluación a través de comparaciones posthoc, habiéndose aplicado la prueba de Bonferroni.

Se observa una reducción estadísticamente significativa en consumo de alcohol, tanto en grupo control ($F_{(1.90)} = 4,88$; $p < .05; \hat{\eta}^2 = 0.05)$ como en el grupo experimental $(F_{(1.90)} =$ 56,11; p < .001; $\hat{\eta}^2 = 0.38$), al igual que en el consumo de cannabis, donde la reducción fue estadísticamente significativa en las dos condiciones experimentales, en el grupo control $(F_{(1,90)} = 14,45; p <,001; \hat{\eta}^2 = 0,13)$ y en el grupo experimental $(F_{(1.90)} = 63.61; p < .001; \hat{\eta}^2 = 0.41)$. Lo mismo sucedió en el consumo de cocaína, donde también fue significativa la reducción de su consumo tanto en el grupo control $(F_{(1.90)} = 17,88; p <,001; \hat{\eta}^2 = 0,16)$, como en el grupo experimental $(F_{(1.90)} = 38,90; p < 0.001; \eta^2 = 0.30)$. Por último, se ha de destacar que tanto en el grupo control ($F_{(1.90)} = 5,10$; $p < .05; \hat{\eta}^2 = 0.05)$ como en el grupo experimental $(F_{(1.90)} =$ 11,13; p < 01; $\eta^2 = 0,11$) la reducción del consumo de éxtasis fue estadísticamente significativa. (véase Tabla 5).

El tamaño del efecto de la condición experimental fue mucho mayor que en la condición control en todas las variables medidas. (En la variable consumo de alcohol η^2 = 0,38 vs. η^2 = 0,05, en la variable consumo de cannabis η^2 = 0,41 vs. η^2 = 0,13, en la variable consumo de cocaína η^2 = 0,30 vs. η^2 = 0,16 y en la variable consumo de éxtasis η^2 = 0,11 vs. η^2 = 0,05) (Véase tabla 5).

Por último, se realizó un análisis con el objetivo de encontrar diferencias dentro del grupo control y el experimental en función de la variable reincidencia delictiva. Para realizar los análisis estadísticos se ha realizado una tabla de contingencias y se ha utilizado la prueba de *Chi cuadrado*.

Como se muestra en la Tabla 6 el 28,8% de los participantes del grupo experimental reincide frente al 37,5%

Tabla 5 Cambios en el consumo entre el pretratamiento y el postratamiento en cada grupo de pacientes

	Control (n = 40)	Experimental (n = 52)
	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)
Consumo de alcohol	0,34* $F_{(1,90)} = 4,88*$ $\eta^2 = 0,05$	1,11*** $F_{(1,90)} = 56,11***$ $\eta^2 = 0,38$
Consumo de cannabis	1*** $F_{(1,90)} = 14,45***$ $\hat{\eta}^2 = 0,13$	1,84*** $F_{(1,90)} = 63,61***$ $\hat{\eta}^2 = 0,41$
Consumo de cocaína	0,79*** F _(1,90) = 17,88*** η ² = 0,16	1,27*** $F_{(1,90)} = 38,90***$ $\hat{\eta}^2 = 0,30$
Consumo de éxtasis	0,32* $F_{(1,90)} = 5,10*$ $\eta^2 = 0,05$	0,42** F _(1,90) = 11,13** η ² = 0,11

Nota. Los valores de las columnas indican la diferencia entre medias del pretratamiento y el postratamiento en cada una de las subescalas. η^2 = eta cuadrado parcial. *p<,05 **p<,01 ***p<,001.

Tabla 6 Reincidencia delictiva y grupo

	Grupo control	Grupo experimental	χ2 ₍₁₎
	15	15	
Reincidentes	37,5%	28,8%	
(n= 30)	(R.C.= 0,9)	(R.C.= -0,9)	
			0,77
	25	37	p =,38
No reincidentes	62,5%	71,2%	
(n= 62)	(R.C.= -0,9)	(R.C.= 0,9)	

Nota. R.C. = residuos corregidos.

del grupo control. A pesar de que el grupo experimental tiene una menor tasa de reincidencia no existen diferencias estadísticamente significativas en la reincidencia delictiva en función de si el participante pertenece al grupo control o al grupo experimental ($\chi^2_{(1)} = 0.77$, p = .38).

Discusión

El PTCD aplicado en el CEMJTC, bajo el paradigma de la psicología positiva, es una herramienta eficaz para el tratamiento del consumo, abuso y dependencia de drogas en jóvenes que se encuentran cumpliendo una medida judicial, especialmente en los problemas derivados del consumo de alcohol y cannabis. El tamaño del efecto de la intervención para la reducción de los problemas asociados al consumo de drogas medidos por la prueba T-ASI es alto ($\hat{\eta}^2 = 0.55$),

habiéndose encontrado tamaños del efecto elevados en la reducción del consumo de cannabis ($\hat{\eta}^2 = 0,41$) y alcohol ($\hat{\eta}^2 = 0,38$) tras el internamiento.

La gran aportación de este programa es ofrecer un modelo de intervención desde el enfoque de la psicología positiva, el cual ha cristalizado en un modelo de intervención que dota a cada uno de los participantes de opciones de cambio sustentadas en mensajes positivos y no punitivos. Este modelo de intervención conlleva que el terapeuta entienda a cada participante como un ser único y valioso, centrándose en generar opciones de cambio desde factores de protección y las potencialidades de los usuarios, abordando los factores de riesgo, las conductas delictivas y las de consumo de drogas como variables que no determinan su comportamiento futuro ni les dotan de una identidad antisocial indisoluble. Las técnicas utilizadas, principalmente cognitivo-conductuales, han sido adaptadas desde modelos de intervención bien establecidos y consolidados con la intención de consolidar una adecuada orientación hacia el futuro.

Las intervenciones que han demostrado ser eficaces en la población adolescente sin problemas con la justicia no obtienen tan buenos resultados en la población que ha cometido delitos y ha ingresado en el sistema de justicia juvenil, lo que indica que el cambio de la conducta de consumo de drogas en menores infractores es más complejo, al añadirse un factor de riesgo tan potente como es la conducta antisocial (Tripodi y Bender, 2011). Bajo esta premisa, los resultados del estudio adquieren mayor relevancia, ya que no solo se ha obtenido cierta evidencia de la utilidad del PTCD, sino también un buen ajuste de las técnicas a una problemática y a una población tan compleja de abordar. Los resultados del presente estudio sugieren que el PTCD es una herramienta útil para la reducción, tras el internamiento, de los consumos de alcohol, cannabis, cocaína y éxtasis. Del mismo modo, el internamiento en el CEMJTC parece operar como una comunidad terapéutica que, unido a la terapia psicológica cognitivo-conductual individual, reducen de manera estadísticamente significativa las tasas de consumo de alcohol, cannabis, cocaína y éxtasis tras el internamiento.

Para poder evaluar si el PTCD es una herramienta al nivel de las ya utilizadas en otros entornos, se ha comparado con los datos obtenidos por Waldron y Turner (2008) en su metaanálisis, donde examinaron el tamaño del efecto en el pre y el postratamiento en tres tipos de intervención, la terapia cognitivo-conductual individual, la terapia cognitivo-conductual grupal y la terapia familiar en población no delictiva. Los resultados del metaanálisis indicaron que el tamaño del efecto medio de los programas evaluados mediante el estadístico d de Cohen fue de 0,45, un tamaño del efecto medio. El tamaño del efecto de la intervención del presente estudio, evaluado a través de la variable problemas asociados al consumo de drogas medida por la prueba T-ASI, fue $\eta^{2=0,55}$, lo que implica que el tamaño del efecto de la intervención fue alto.

Otra aportación importante del PTCD es su especial eficacia en la reducción del consumo de alcohol y cannabis tras el internamiento, sustancias donde el efecto de intervenciones en menores infractores ha sido limitado, como en el caso del cannabis, o incluso no significativo, como en el caso del alcohol (Tanner-Smith et al., 2016).

Por último, se ha de destacar que se aprecia una tendencia descendente en la reincidencia delictiva entre el grupo experimental (28,8%) frente al grupo control (37,7%), aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa. Estos resultados seguramente estén mediados por el efecto de no haber realizado un estudio aleatorizado con grupo control sin tratamiento, donde se podría haber medido el impacto de la no intervención frente a la nueva propuesta de intervención.

Más allá de las limitaciones propias del modelo cuasiexperimental empleado, encontramos ciertas variables donde, o no se ha podido intervenir, o no se han evaluado y que hubieran sido de interés. Una de ellas son las variables cognitivas implicadas en los procesos de cambio de los participantes del estudio. Haber contado con esta información hubiera permitido no solo hablar de la eficacia del programa, sino de qué procesos cognitivos se han visto más potenciados en los adolescentes durante la intervención.

Otra limitación ha sido la imposibilidad de realizar con la muestra a estudio una intervención familiar sistematizada que acompañara a las dinámicas grupales. La intervención familiar es una de las actuaciones fundamentales realizadas dentro del CEMJTC. A pesar de ello, la gran diversidad de las familias de origen y la imposibilidad de trabajar con un número significativo de las mismas (se encuentran en los países de origen y no manejan la lengua castellana) ha impedido la aplicación de los módulos desarrollados para la intervención en este ámbito. Como se ha comentado previamente, la terapia familiar ha demostrado especial eficacia en el tratamiento de los problemas asociados al consumo de drogas en menores infractores (Dopp et al., 2017; Hartnett, Carr, Hamilton y O'Reilly, 2017; Tanner-Smith et al., 2016; Tripodi y Bender, 2011), por ello sería muy interesante, de cara a futuros estudios, poder contrastar cómo la intervención familiar aporta mayor potencia a los resultados obtenidos por el PTCD.

De igual modo, la metodología cuasiexperimental y el no haber contado con un grupo experimental sin tratamiento, ha impedido contrastar el tamaño del efecto de la intervención. En futuras investigaciones el uso de metodología experimental aumentaría el alcance de las conclusiones. Estas limitaciones son difícilmente salvables en un contexto en el que ha de primar el bienestar del usuario atendido.

Como prospectiva parece de interés que, en próximas investigaciones, se evalúe qué variables han contribuido a obtener los resultados del presente estudio. Sería clave, por tanto, ahondar en el conocimiento de los procesos cognitivos que han hecho posible el impacto del programa, especialmente en la reducción del consumo de alcohol y de

cannabis tras el internamiento. De igual modo, sería muy interesante aplicar el PTCD en medidas de medio abierto, como el cumplimiento de Libertad Vigilada o en las Prestaciones en Beneficio de la Comunidad, para así poder medir el impacto del PTCD en contextos comunitarios, donde aún no se ha cronificado la conducta delictiva.

Reconocimientos

A la Agencia Para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor de la Comunidad de Madrid por su constante lucha por ofrecer oportunidades de cambio a sus usuarios.

A la Asociación GINSO por apostar por el desarrollo de programas innovadores que permiten construir modelos intervención integrales.

Al pleno del equipo técnico del CEMJ Teresa de Calcuta, a sus educadores, celadores, controladores, TAI y a su equipo de coordinación y dirección, por hacer posible con su esfuerzo y confianza esta investigación.

A la Universidad Francisco de Vitoria, con mención especial a Jesús Rodríguez Barroso, por su apoyo durante la redacción del presente artículo.

Conflicto de intereses

A través de la presente se comunica la inexistencia de conflicto de intereses en el artículo enviado con título Efficacy of a treatment program for drug use in juvenile offenders from positive psychology.

Referencias

- Aebi, M., Bessler, C. y Steinhausen, H. C. (2021). A cumulative substance use score as a novel measure to predict risk of criminal recidivism in forensic juvenile male outpatients. *Child Psychiatry y Human Development*, *52*, 30-40. doi:10.1007/s10578-020-00986-7.
- Ali, Y., Benjamin, A. C. y Fondacaro, M. R. (2022). Treatment of juvenile offenders: Toward multisystemic risk and resource management. En E. Jeglic y C. Calkins (Eds.) Handbook of Issues in Criminal Justice Reform in the United States. New York: Springer, Cham. doi:10.1007/978-3-030-77565-0_26.
- Barnert, E. S., Perry, R., Shetgiri, R., Steers, N., Dudovitz, R., Heard-Garris, N. J. y Chung P. J. (2021). Adolescent protective and risk factors for incarceration through early adulthood. *Journal of Child and Family Studies, 30*, 1428–1440. doi:10.1007/s10826-021-01954-y.
- Bonta, J. y Andrews, D. A. (2017). The psychology of criminal conduct (6th ed.). New York, NY: Routledge. doi:10.4324/9781315677187.
- Bohlmeijer, E. T., Bolier, L., Lamers, S. M. A. y Westerhof, G. J. (2017). Intervenciones clínicas positivas: ¿Por qué

- son importantes y cómo funcionan? *Papeles del Psicólogo*, 38, 34-41. doi:10.23923/pap.psicol2017.2819.
- Bujosa, L. M., González, I., Martín, F. y Reifarth, W. (2021). *Menores y justicia Juvenil*. Navarra, España: Editorial Aranzadi.
- Brislin, S. J., Clark, D. A., Heitzeg, M. M., Samek, D. R., Iacono, W. G., McGue, M. y Hicks, B. M. (2021). Co-development of alcohol use problems and antisocial peer affiliation from ages 11 to 34: Selection, socialization and genetic and environmental influences. *Addiction*, 116, 1999-2007. doi:10.1111/add.15402.
- Brooks, M., Miller, E., Abebe, K. y Mulvey, E. (2018). The observed longitudinal relationship between future orientation and substance use among a cohort of youth with serious criminal offenses. *Substance Use & Misuse, 53*, 1925-1936. doi:10.1080/10826084.2018.1441311.
- Carrea, G. y Mandil, J. (2011). Aportes de la psicología positiva a la terapia cognitiva infantojuvenil. *PSIENCIA*. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 3, 40–56.
- Contreras, L., Molina, V. y Cano, M. C. (2012). Drug abuse in adolescent offenders: Analysis of the psychosocial variables involved Madrid. *Adicciones*, 24, 31-38. doi:10.20882/adicciones.115.
- D'Amico, E., Miles, J., Stern, S. y Meredith, L. (2008). Brief motivational interviewing for teens at risk of substance use consequences: A randomized pilot study in a primary care clinic. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35, 53–61. doi:10.1016/j.jsat.2007.08.008.
- Delen, D., Zolbanin, H. M., Crosby, D. y Wright, D. (2021). To imprison or not to imprison: An analytics model for drug courts. *Annals of Operations Research*, 303, 101–124. doi:10.1007/s10479-021-03984-7.
- Díaz, R. y Castro-Fornieles, J. (2008). Clinical and research utility of Spanish Teen-Addiction Severity Index (T-ASI). *Addictive Behaviors*, 33, 188–195. doi:10.1016/j. addbeh.2007.06.002.
- DiClemente, C. C. y Prochaska, J. O. (1982). Self change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, 7, 133-142. doi:10.1016/0306-4603(82)90038-7.
- Dopp, A. R., Borduin, C. M., White, M. H. II y Kuppens, S. (2017). Family-based treatments for serious juvenile offenders: A multilevel meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85, 335–354. doi:10.1037/ccp0000183.
- Esteban, B., Díaz, A., Gañan, A., García, J., Gordon, B. y Varela, C. (2002). *Menores infractores con consumo de drogas en los centros de reforma*. Madrid, España: Servicio Interdisciplinar de Atención a las Drogodependencias (SIAD).
- Fernández-Ríos, L. y Vilariño Vázquez, M. (2018). Historia, investigación y discurso de la Psicología Positiva: Un abordaje crítico. *Terapia psicológica*, *36*, 123-133. doi:10.4067/S0718-48082018000200123.
- Garrido, V., López, E. y Galvis, M. J. (2017). Predicción de la reincidencia con delincuentes juveniles: Adaptación

- del IGI-J. Revista sobre la infancia y la adolescencia, 12, 30-41. doi:10.4995/reinad.2017.6484.
- Giménez, M., Vázquez, C. y Hervás, G. (2010). El análisis de las fortalezas psicológicas en la adolescencia: Más allá de los modelos de vulnerabilidad. *Psychology, Society, y Education*, 2, 97-116. doi:10.25115/psye.v2i2.438.
- Hartnett, D., Carr, A., Hamilton, E. y O'Reilly, G. (2017). The effectiveness of functional family therapy for adolescent behavioral and substance misuse problems: A meta-analysis. *Family Process*, 56, 607-619. doi:10.1111/famp.12256.
- Hoge, R. D. (2010). Youth level of service/case management inventory. En R. K. Otto y K. S. Douglas (Eds.), Handbook of violence risk assessment (pp. 81–95). Routledge/ Taylor y Francis Group.
- Kaminer, Y., Burleson, J. y Burke, R. (2008). Efficacy of outpatient aftercare for adolescents with alcohol use disorders: A randomized controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1405–1412. doi:10.1097/CHI.0b013e318189147c.
- Kaminer, Y., Bukstein, O. y Tarter, R. E. (1991). The teen-addiction severity index: Rationale and reliability. *International Journal on Addiction*, 26, 219-26. doi:10.3109/10826089109053184.
- Lázaro-Pérez, M. C. (2001). Análisis de la Ley Orgánica 5/2000, reguladora de la responsabilidad penal del menor. *Anuario de Psicología Jurídica*, 11, 99-117.
- Ledgerwood, D. M. y Cunningham, P. B. (2019). Juvenile drug treatment court. *Pediatric clinics of North America*, 66, 1193–1202. doi:10.1016/j.pcl.2019.08.011.
- Liddle, H., Dakof, G., Parker, K., Diamond, G., Barrett, K. y Tejeda, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 651–688. doi:10.1081/ADA-100107661.
- López, S. y Rodríguez-Arias, J. L. (2012). Risk and protective factors for drug use and antisocial behavior in Spanish adolescents and young people. *International Journal of Psychological Research*, 5, 25-33. doi:10.21500/20112084.746.
- Mulvey, E. P., Schubert, C. A. y Chassin, L. (2010). Substance use and delinquent behavior among serious adolescent offenders. Washington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Pérez, E. y Ruiz, S. (2017). El consumo de sustancias como factor de riesgo para la conducta delictiva: Una revisión sistemática. *Acción Psicológica*, 14, 33-50. doi:10.5944/ ap.14.2.20748.
- Riffo-Allende, G. (2021). Evaluación de una intervención basada en la psicología positiva, para la disminución de conductas antisociales en adolescentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 1, 359-370. doi:10.17060/ijodaep.2021. n1.v2.2119.

- Roncero, D., Andreu, J. M. y Peña, M. E. (2018). Efecto de diferentes patrones de agresión sobre la desadaptación institucional y la reiteración delictiva en menores infractores. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 16. doi:10.46381/reic.v16i0.159.
- San Juan, D., Ocáriz, E. y Germán, I. (2009). Menores infractores y consumo de drogas: Perfil psicosocial y delictivo. *Revista Criminalidad*, 51, 147-162.
- Santamaría-Cárdaba, N. (2018). Educando para el desarrollo y la ciudadanía global a través de la psicología positiva. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia Creativa*, 7, 98-109. doi:10.30827/Digibug.50004.
- Simoes, C., Matos, M. y Batista-Foguet, J. M. (2008). Juvenile delinquency: Analysis of risk and protective factors using quantitative and qualitative methods. *Cognition, Brain, Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 12, 389-408.
- Tanner-Smith, E. E., Steinka-Fry, K. T., Hensman Kettrey, H. y Lipsey, M. W. (2016). Adolescent substance use treatment effectiveness: A systematic review and meta-analysis. Nashville, TN: Peabody Research Institute, Vanderbilt University.
- Tomlinson, K., Brown, S. y Abrantes, A. (2004). Psychiatric comorbidity and substance use treatment outcomes of adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 160–169. doi:10.1037/0893-164X.18.2.160.
- Toribio, L., González-Arratia, N., Van Barneveld, H. y Gil, M. (2018). Positive mental health in Mexican adolescents: Differences by sex. *Revista Costarricense de Psicología*, 37, 131-143. doi:10.22544/rcps.v37i02.03.
- Tripodi, S. y Bender, K. (2011). Substance abuse treatment for juvenile offenders: A review of quasi-experimental and experimental research. *Journal of Criminal Justice*, *39*, 246–252. doi:10.1016/j.jcrimjus.2011.02.007.
- Tripodi, S., Bender, K. y Litschge, C. (2010). Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: A meta-analytic review. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 164, 85–91. doi:10.1001/archpediatrics.2009.235.
- Uceda-Maza, F. X., Navarro-Pérez, J. J. y Pérez-Cosín, J. V. (2016). Adolescentes y drogas: Su relación con la delincuencia. *Revista de Estudios Sociales*. 58, 63-75. doi:10.7440/res58.2016.05.
- Vega-Cauich, J. I. y Zumárraga-García, F. M. (2019). Variables asociadas al inicio y consumo actual de sustancias en adolescentes en conflicto con la ley. *Anuario de Psicología Jurídica*, 29, 21-29. doi:10.5093/apj2018a13.
- Waldron, H. B. y Turner, C. W. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 37, 238–261. doi:10.1080/15374410701820133.







ORIGINAL

Publicidad de apuestas y conducta de juego en adolescentes y adultos jóvenes españoles

Gambling advertising and gambling behavior in Spanish adolescents and young adults

SERGIO PÉREZ-GONZAGA*, DANIEL LLORET IRLES*, VÍCTOR CABRERA PERONA*.

Resumen

Los beneficios obtenidos por la industria del juego de apuestas en España representan casi un punto del PIB y el porcentaje de menores de edad que han debutado en el juego alcanza la cuarta parte. Esta situación se produce pese a la ley de regulación del juego que incluye entre sus objetivos la prevención de conductas adictivas, así como la protección de menores y otros grupos vulnerables. Recientemente se ha aprobado un reglamento que regula la publicidad sobre apuestas. Teniendo presente el nuevo contexto normativo, analizamos la relación entre publicidad y apuestas en adolescentes y adultos jóvenes, estudiando la vulnerabilidad de jóvenes que ya han debutado en el juego y menores de edad. Realizamos una investigación empírica con una muestra de 2.181 adolescentes y adultos jóvenes que rellenaron un cuestionario sobre juego y publicidad. Encontramos que las variables asociadas a la publicidad se relacionan significativamente con la conducta de juego y que, además, esta correlación se da con mayor magnitud en hombres. Obtenemos mayores puntuaciones en influencia publicitaria entre aquellos sujetos que han jugado alguna vez frente a los que no, concluyendo la importancia de frenar el debut de nuevos jugadores. En cuanto a los menores, encontramos diferencias significativas en influencia publicitaria frente a los mayores. Estos hallazgos señalan la necesidad de evaluar la influencia teniendo en cuenta los nuevos hábitos e intereses de los menores en la actualidad.

Palabras clave: juego de apuestas, adolescentes, adultos jóvenes, publicidad, conducta de juego

Abstract

The profits obtained by the gambling industry in Spain represent almost one point of GDP and the proportion of minors who have gambled has reached a quarter. This situation occurs despite the law regulating gambling, which included among its objectives the prevention of addictive behaviors, as well as the protection of minors and other vulnerable groups. Recently, an additional regulation was approved to control gambling advertising. Bearing in mind the new regulatory context, we analyze the relationship between advertising and gambling in adolescents and young adults, studying especially young people who have already gambled and minors. We conducted an empirical investigation with a sample of 2,181 adolescents and young adults who filled out a questionnaire on gambling and advertising. We found that the variables associated with advertising are significantly related to gambling behavior and that, in addition, this correlation occurs with greater magnitude in men. We obtained higher scores in advertising influence among those subjects who have ever gambled compared to those who have not, highlighting the importance of discouraging the arrival of new gamblers. Regarding minors, we found significant differences in the different variables of advertising influence compared to young adults. These findings point to the need to evaluate this influence considering the new habits and interests of minors today.

Keywords: gambling, adolescent, young adults, advertising, gambling behavior

■ Recibido: Septiembre 2021; Aceptado: Julio 2022.

■ Enviar correspondencia a:

Sergio Pérez-Gonzaga. Universidad Miguel Hernández de Elche, España. E-mail: sperezgonzaga@gmail.com

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

^{*} Universidad Miguel Hernández de Elche, España.

os beneficios obtenidos por la industria del juego de apuestas en España representan un 0,8% del PIB. En el año 2019 el juego real (diferencia entre las cantidades jugadas y los premios) fue de 10.226 millones de euros, un 3,6% más que el año anterior. El juego aportó una recaudación en impuestos de 1.707,3 millones de euros (Dirección General de Ordenación del Juego DGOJ, 2019; DGOJ, 2020; Gómez-Yáñez y Lalanda-Fernández, 2020).

Existe abundante literatura sobre la influencia de la publicidad en la conducta de juego (Deans, Thomas, Daube, Derevensky y Gordon, 2016; Deans, Thomas, Daube y Derevensky, 2017; López-González y Tulloch, 2015; López-González, Guerrero-Solé y Griffiths,2018; Thomas, Lewis, McLeod y Haycock, 2012). Los resultados de distintas investigaciones sugieren que la publicidad transmite una visión normalizada de la conducta de juego de apuestas, además de generar una actitud positiva hacia el juego y una percepción social favorable (King, Delfabro y Griffiths, 2010; Parke, Harris, Parke, Rigbye y Blaszczynski, 2015; Pitt, Thomas, Bestman, Stoneham y Daube, 2016).

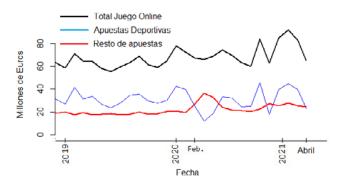
Durante 2019 la inversión en publicidad, promoción y patrocinio del juego alcanzó los 369 millones de euros, lo que supone un incremento del 10,87% respecto a 2018. Desde 2013 encontramos una subida del 215,24% en inversión publicitaria, con un crecimiento anual medio del 24,59% (DGOJ, 2020). Es en ese mismo periodo el juego online muestra un avance sobre el porcentaje del juego total con un crecimiento del 239%, frente al 16,5% de incremento de juego total (Gómez-Yáñez y Lalanda-Fernández, 2020).

Son varios los trabajos que sugieren que una mayor exposición a la publicidad se relaciona con mayor frecuencia de juego y mayores porcentajes de juego problemático, tanto en adultos como en jóvenes (Clemens, Hanewinkel y Morgenstern, 2017; Derevensky, Sklar, Gupta y Messerlian, 2010; Estévez, López-González y Jiménez-Murcia, 2018; Griffiths, 2005; Hanss, Mentzoni, Griffiths y Pallesen, 2015; Hing, Cherney, Blaszczynski, Gainsbury y Lubman, 2014). El 15% de población general y un 35% de población clínica refieren tener mayor conciencia de consumir publicidad de juego de apuestas (Hanss et al., 2015), apostar en mayor grado al ver publicidad (Salonen, Hellamn, Latvala y Castrén, 2018) o asumir mayores riesgos en sus apuestas tras el visionado de publicidad (Hing et al., 2018), siendo estos efectos mayores en hombres (Felsher, Derevensky y Gupta, 2004; Lloret et al., 2017).

Durante el año 2020 la pandemia producida por el Covid-19 tuvo un impacto significativo en el juego. Entre los meses de enero y octubre, los ingresos del juego presencial cayeron hasta un 54% del mismo periodo de 2019. La llegada de la segunda ola volvió a reducir el juego presencial a un 57,5% del nivel de octubre de 2019 (Gómez-Yáñez y Lalanda-Fernández, 2020).

Por otro lado, el juego online durante el 2020 muestra un incremento de un 13,7% respecto a 2019 (DGOJ, 2020). Explorando los datos ofrecidos por la DGOJ (2021) se observa que el dinero apostado en el póker aumentó un 36%. En total España mostró durante 2020 un incremento del 32% de dinero apostado online en juegos de azar puros mientras que el apostado en juegos de azar con un componente de habilidad (excluyendo a las deportivas) subió un 26%. La figura 1 muestra cómo la caída en la cantidad total jugada en apuestas deportivas, debido a la suspensión de eventos durante la pandemia, se vio compensada con el aumento en la cantidad total invertida en el resto de las apuestas ("Datos mercado juego online", 2021).

Figura 1 Cantidad total jugada en apuestas deportivas, no deportivas y la suma de ambas



Las apuestas en los jóvenes españoles

La macroencuesta europea ESPAD, que incluye jóvenes de 15 años de 37 países europeos, informó que el 17% de los adolescentes españoles de 15-16 años ha apostado en el último año. De ellos, el 10% registra un juego excesivo y el 3,2% juego problemático (ESPAD Group, 2020). Por otro lado, la investigación realizada por Carbonell y Montiel (2013) concluyen que un 20% de los adolescentes había apostado en línea antes de alcanzar la mayoría de edad. Otros trabajos coinciden en que el 28% de jóvenes entre 13 y 17 años declaran haber jugado alguna vez en su vida (Dirección General Ordenación del Juego, 2015; Lloret, Cabrera y Castaños, 2016).

En cuanto al juego de riesgo y problemático, las investigaciones epidemiológicas muestran que entre el 4%-5,6% de los adolescentes españoles cumplen criterios de juego de riesgo y un 1,2% de juego problemático (Becoña, Míguez y Vázquez, 2001; Chóliz y Lamas, 2017; González-Roz, Fernández-Hermida, Weidberg, Martínez-Loredo y Secades-Villa, 2017; Lloret et al., 2016).

El inicio antes de los 18 años es un buen predictor de sufrir serios problemas relacionados con el juego cuando se alcanza la mayoría de edad (Lloret et al., 2017). En este sentido, la proporción de jugadores no problemáticos que comenzaron a jugar antes de los 18 años es del 13,4%,

mientras que esta misma proporción entre los jugadores patológicos, se multiplica por tres, y aumenta al 44,8% (Dirección General de Ordenación del Juego, 2015). Thomas et al. (2012) apuntaba como colectivos especialmente vulnerables a la influencia de la industria del juego a mujeres mayores, hombres jóvenes, jugadores de riesgo y personas con bajo perfil socioeconómico.

Marco regulatorio de las apuestas en España

La Ley 13/2011, de 27 de mayo, de regulación del juego en España, estableció el marco regulatorio de la actividad de juego de ámbito estatal. Entre los objetivos de esta ley se encuentran: la prevención de conductas adictivas, la protección de los derechos de las personas menores de edad y otros grupos especialmente vulnerables y, en general, la protección de las personas. Sin embargo, la preocupante prevalencia en menores, que sigue en ascenso, señala que la regulación no es eficaz en cuanto a esos objetivos. Además, diversos autores alertan sobre la intencionalidad de algunos mensajes publicitarios de alcanzar al público menor (Abarbanel, Gainsbury, King, Hing y Delfabbro, 2016; Lloret, Cabrera, Falces, García y Mira, 2020; Sklar y Derevensky, 2011). Tras algunas regulaciones regionales u otras medidas excepcionales y casi una década después de la entrada en vigor de la Ley del Juego española, se publicó el Real Decreto 958/2020, de 3 de noviembre, de comunicaciones comerciales de las actividades de juego, que entró plenamente en vigor en agosto de 2021 y que entre otras medidas legisla y restringe los horarios de emisión de publicidad en medios audiovisuales, la prohibición de utilización de personajes de relevancia y notoriedad pública en la publicidad de juego, o el patrocinio deportivo en camisetas o usando los nombres de los operadores de juego, así como la presentación del juego de apuestas como alternativa a problemas financieros o desempleo y el uso de promociones de cualquier tipo.

Estas medidas se sustentan en la necesidad de minimizar el impacto que la presión mediática tiene sobre la audiencia, en especial los colectivos más vulnerables (Ej. adolescentes, desempleados/as). En este sentido, diversos trabajos evidencian la eficacia sobre el cambio de actitud hacia las apuestas y la conducta de juego mediante principios de influencia como los incentivos económicos, el principio de reciprocidad, el cambio en la percepción normativa o la presentación del juego de apuestas como una alternativa a los problemas financieros (Cialdini, 2009; Deans et al., 2016; Deans et al., 2017; Gordon y Chapman, 2014; Kim, Wohl, Gupta y Derevensky, 2017; López González y Tuloch, 2015; Thomas et al., 2012).

El objetivo de este trabajo es analizar la relación entre la exposición a la publicidad de juego de apuestas y el comportamiento de juego entre adolescentes y adultos jóvenes. A través de la actitud que se muestra hacia la publicidad y la frecuencia y/o intensidad de la conducta de juego. Ade-

más, se analizará si existen diferencias entre grupos que puedan resultar más vulnerables como pueden ser los debutantes en el juego y los menores de edad. Por otra parte, se relacionarán algunas de las medidas tomadas en el nuevo reglamento que regula la publicidad de juego en España con nuestras variables de estudio y la literatura citada.

Se han planteado las siguientes hipótesis:

- H1: Existe una correlación positiva entre la actitud hacia la publicidad, el impacto y la presión mediática de la publicidad con las conductas de juego, escogiendo como variables representativas de dicha conducta: Frecuencia, Intensidad, Gasto Máximo e Intención.
- *H2:* Los individuos que hayan jugado alguna vez puntuarán en media significativamente más alto en las variables impacto de la publicidad (H2.1), presión mediática (H2.2) y actitud hacia la publicidad (H2.3) que los que no hayan jugado previamente.
- *H3*: Los menores de edad puntuarán en media significativamente más alto en las variables impacto de la publicidad (H3.1), presión mediática (H3.2) y actitud hacia la publicidad (H3.3) que los mayores.

Método

Participantes

Participaron 2181 adolescentes y adultos jóvenes (46,6% hombres) con edades comprendidas entre 15 y 25 años (M= 17,18, DT= 1,7). 1.726 participantes fueron estudiantes de educación secundaria de centros públicos de 13 municipios ubicados en 9 comarcas de la provincia de Alicante. Los 343 restantes fueron estudiantes de diferentes grados de la Universidad Miguel Hernández, de edades comprendidas entre 18 y 25 años. Otros 87 fueron excluidos por no haber cumplimentado correctamente algún campo del cuestionario considerado esencial. La muestra universitaria se compuso de 168 mujeres (49%) seleccionadas al azar entre las alumnas y 175 hombres (51%). La media de edad fue 19,76, con una DT de 2,8. La distribución por edades fue 18 (26,83%), 19 (20,93%), 20 (17,70%), 21 (10,91%), 22 (7,08%), 23 (3,54%), 24 (3,23%), 25 (1,46%), de 26 a 30 (1,83%) y no contestaron (6,49%). Los estudiantes pertenecían a los grados de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte (36,44%), Psicología (24,78%), Administración y Dirección de Empresas (11,07%), Fisioterapia (10,49%), Comunicación Audiovisual y Periodismo (7,87%), Podología (5,83%) y Terapia Ocupacional (3,49%). El trabajo de campo se llevó a cabo durante los meses de octubre de 2019 y febrero y marzo de 2020.

Variables e Instrumentos

Se midieron 7 variables; frecuencia de juego, intensidad de juego, gasto máximo (medido en euros), intención de juego, presión mediática, actitud hacia la publicidad, impacto de la publicidad de juego.

Frecuencia de juego: Cuestionario de 8 ítems adaptado de la encuesta europea ESPAD (Arpa et al., 2016) que registra el número de veces que se ha jugado en los últimos 30 días. Incluye ocho modalidades de juego: apuestas deportivas on-line, apuestas deportivas en salones y/o bares, máquinas tragaperras en salones y/o bares, póker on-line, póker con amigos en persona, juegos de casino on-line, ruletas en salones y otras apuestas.

Intensidad de Juego: Cuestionario de 8 ítems adaptado de la encuesta europea ESPAD (Arpa et al., 2016) que registra el dinero gastado en los últimos 30 días en las 8 modalidades de juego expuestas en el instrumento anterior.

Gasto máximo: Se utilizó el ítem del South Oaks Gambling Screen (SOGS): "¿Cuál es la mayor cantidad que has apostado en los últimos 12 meses?" (Winters, Stinchfield y Fulkerson, 1993).

Intención de juego: Cuestionario compuesto por los ítems: "¿Tienes intención de jugar a juegos de apuestas?" y "¿Tienes planeado apostar on-line próximamente?"; calificados usando una escala Likert, 1 = "Totalmente no" y 7 = "Totalmente sí". De esta forma, las puntuaciones 1, 2 y 3 indican no intención de juego, la puntuación 4 una intención neutra, mientras que las puntuaciones 5, 6 y 7, indican una intención de juego positiva.

Presión mediática: Medida con el cuestionario utilizado en Lloret et al. (2017) que consta de 12 ítems que preguntan sobre la percepción de la exposición a la publicidad en 3 dimensiones: "apuestas deportivas" (dimensión 1), "casinos y póker online" (dimensión 2) en televisión, internet, radio, revistas, publicidad exterior y presencia de salones de juego en la vía pública. También se pregunta por la frecuencia con la que se ha visto algún famoso/a anunciando juegos de apuestas o ha visto casinos o apuestas en películas (dimensión 3).

Actitud hacia la publicidad: Grado de aceptación de los mensajes publicitarios. Se evalúa con la Escala de actitud hacia la Publicidad de Apuestas EAPA (Lloret et al., 2017). Cuestionario auto aplicado de 13 ítems con respuesta tipo Likert que va de 1= "Muy en desacuerdo" a 5 = "Muy de acuerdo". Evalúa tres factores de la percepción de la publicidad sobre juego de apuestas formando 3 subescalas: recuerdo de anuncios (3 ítems), opinión crítica sobre los efectos de la publicidad (6 ítems) y evaluación afectiva (4 ítems). La consistencia interna es de α de Cronbach = ,719. Mayores puntuaciones indican una mayor actitud positiva hacia la publicidad de juego.

Impacto de la publicidad de juego: Impacts of Gambling Advertising Scale IGAS (Gervilla-García, Cabrera-Perona y Lloret-Irles, 2021; Hanss et al., 2015). Escala auto aplicada de 9 ítems con respuesta tipo Likert de 4 puntos que va desde 1 = "Muy en desacuerdo" a 4 = "Muy de acuerdo" y que evalúan tres factores: implicación, conciencia y conocimiento sobre opciones de apuesta. Ejemplos de ítem de cada factor son: "Los anuncios de juego aumentan mi

interés sobre las apuestas" (implicación), "La publicidad de juego NO influye en mi decisión de apostar" (conciencia) y "La publicidad ha aumentado mi conocimiento sobre las opciones que existen para apostar" (conocimiento). Una mayor puntuación indica mayor impacto de la publicidad de juego. La consistencia interna es 0,78.

Procedimiento

Un experto accedió a las diferentes clases para administrar el cuestionario en papel a todos los alumnos. La participación era voluntaria y se pidieron los oportunos consentimientos a padres/tutores en caso de menores y a los directores y responsables de los centros docentes. Se garantizó el anonimato. El tiempo de cumplimentación osciló entre los 25-35 minutos. Dada la mayoría de mujeres en la población universitaria se selecciona una submuestra al azar para poder analizar a la muestra total sin sesgo de género. El estudio fue autorizado por la Oficina de Investigación Responsable de la UMH (COIR TFM.MPG.DLI. SPG.201217).

Análisis de los datos

Se realizó un análisis descriptivo de los datos (media y desviación típica de la edad, porcentaje de hombres y mujeres, etc.). Además, se utilizó la correlación de Pearson para estudiar las relaciones entre las variables de publicidad y las de conducta de juego. Para encontrar diferencias significativas entre puntuaciones medias de diferentes grupos se utilizó un contraste de hipótesis para comparación de medias (t de Student) junto con una medida del tamaño del efecto (d de Cohen). Cuando no era posible utilizar una prueba como la t de Student por no cumplir las hipótesis necesarias, se usó la prueba U de Mann-Whitney donde no se asume que los grupos sigan ninguna distribución determinada. En el caso del contraste por la prueba U, se optó por el coeficiente de correlación r = para estimar el taz año del efecto.

El nivel de significación estadística para las correlaciones y los contrastes de hipótesis se fijó en un $\alpha=0,05$. El análisis de datos se realizó con los programas IBM-SPSS 26.0 y R Studio.

Resultados

El 62% del total de la muestra ha apostado alguna vez en el último año una media de 16,91€ (DT = 32,58). Apostando los hombres 20,89€ de media (DT = 37,13) frente a los 6,26€ de las mujeres (DT = 7,48); los menores de edad apostaron 15,56€ de media (DT = 23,3) frente a los 19,06€ de los adultos jóvenes (DT = 46,7).

Las variables impacto de la publicidad, presión mediática y actitud hacia la publicidad se relacionan positiva y significativamente con la conducta de juego. Además, esta correlación se da con mayor magnitud en hombres (tabla 1).

Tabla 1
Correlación de impacto, presión mediática y actitud hacia la publicidad con las conductas de juego

Correlación de Pearson	Frecuencia	Intensidad	Gasto máx.	Intención
Impacto de la publicidad				
Muestra total	,147**	,129**	,212**	,253**
Hombres / Mujeres	,161**/,131**	,170**/,025	,228**/,151**	,284**/,185**
Presión mediática				
Muestra total	,099**	,104**	,154**	,146**
Hombres / Mujeres	,111**/,045	,131**/,023	,186**/,056	,152**/,097**
Actitud hacia la publicidad				
Muestra total	,251**	,242**	,291**	,393**
Hombres / Mujeres	,272**/,107**	,309**/,07	,295**/,89**	,412**/,230**

Nota. **La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 2Contraste de las puntuaciones medias en Impacto de la publicidad (IP)

Grupos	Media IP	t	gl	р	d
Jugadores Han jugado (660) No han jugado	19,89 (DT =4,764)	9,780	2168	3,9E-22	0,46*
(1510)	17,68 (DT =4,893)				

Nota. DT. Desviación Típica; t: Prueba t de Student; gl: grados de libertad; d: tamaño del efecto d de Cohen *pequeño entre (0,2;0,5).

Tabla 4 *Contraste de las puntuaciones medias en Actitud hacia la publicidad (AP)*

Grupos	Media AP	U de Mann Withney	р	r
Jugadores Han jugado (660) No han jugado (1514)	32,73 (DT=6,03) 28,99 (DT=6,73)	340434,5	<0,001	,25*

Nota. DT. Desviación Típica. r: coeficiente de correlación con tamaño del efecto *pequeño entre (0,1;0,3).

Tabla 6 Contraste de las puntuaciones medias en presión mediática (PM) según la edad

Grupos	Media PM	U de Mann Withney	р	r
Edad Menores (1589) Mayores (563)	27,25 (DT=7,2) 31,01 (DT=7,63)	573817,5	<0,001	,22

Nota. DT. Desviación Típica. r: coeficiente de correlación con tamaño del efecto *pequeño entre (0,1;0,3).

Tabla 3 Contraste de las puntuaciones medias en presión mediática (PM)

Grupos	Media PM	Т	gl	P	d
Jugadores Han jugado (659) No han jugado	30,13 (DT=7,624) 27,48 (DT=7,284)	-7,709	2177	1,9E-14	0,36*
(1520)	, = ,				

Nota. DT. Desviación Típica; t: Prueba t de Student; d: tamaño del efecto d de Cohen *pequeño entre (0,2;0,5).

Tabla 5 Contraste de las puntuaciones medias en Impacto de la publicidad (IP)

Grupos	Media IP	U de Mann Withney	р	r
Edad Menores (1580) Mayores (563)	18,12 (DT=4,77) 18,83 (DT=5,31)	477124	<0,01	,06

Nota. DT. Desviación Típica. r: coeficiente de correlación con tamaño del efecto *pequeño entre (0,1;0,3).

Tabla 7
Contraste de las medias en Actitud hacia la publicidad total (AP)
y AP subescala de creencias

Grupos	Media	Т	gl	р	d
Edad Menores (1584) Mayores (563)	AP Total 30,78 (DT=6,352) 28,23 (DT=6,657)	8,084	2145	1,03E-15	0,39*
Edad Menores (1584) Mayores (563)	AP Creencias 11,66 (DT=3,50) 9,87 (DT=3,55)	10,35	2145	1,56E-24	0,5**

Nota. DT. Desviación Típica; t: Prueba t de Student; d: tamaño del efecto d de Cohen *pequeño entre (0,2:0,5).

Encontramos de media un impacto de la publicidad y una presión mediática significativamente mayores entre aquellos sujetos que han jugado alguna vez frente a los que no, con unos tamaños del efecto pequeños cercano a moderado. En las tablas 2 y 3 se muestran los contrastes t de Student¹ realizados.

Además, encontramos también una puntuación media significativamente mayor en la variable actitud hacia la publicidad entre aquellos sujetos que han jugado alguna vez frente a los que no, con un tamaño del efecto pequeño cercano a moderado medido con el coeficiente de correlación de Pearson en personas que han jugado previamente frente a las que no (tabla 4).

No se encontró un mayor impacto de la publicidad entre los menores de edad, en todo caso habría diferencias significativas en el otro sentido, pero con un tamaño del efecto despreciable (tabla 5). Ocurre lo mismo con la variable presión mediática, se encuentra una puntuación media significativamente mayor en los mayores de edad, pero esta vez con un tamaño de efecto pequeño cercano a moderado (tabla 6). Por último, sí se encuentra una actitud hacia la publicidad significativamente más favorable en menores de edad frente a los mayores (tabla 7). Además, analizando las subescalas de esta variable de actitud hacia la publicidad, encontramos una actitud más favorable en la subescala de creencias con un tamaño del efecto moderado (tabla 7).

Discusión

En este trabajo se ha analizado la relación entre la exposición a la publicidad de juego de apuestas y el comportamiento de juego para una muestra de 2.181 adolescentes y adultos jóvenes.

Los resultados muestran que las variables impacto de la publicidad, presión mediática y actitud hacia la publicidad se relacionan significativamente con la conducta de juego y que, además, esta correlación se da con mayor magnitud en hombres. Estos datos van en consonancia con los que aportan Hanss et al. (2015) acerca un mayor impacto consciente de la publicidad en hombres. De las 3 variables de publicidad analizadas, es la actitud la que tiene una correlación más alta con las conductas de juego.

En cuanto a la influencia de la publicidad en la conducta de juego, encontramos que Bouguettaya et al. (2020), en un reciente metaanálisis, señalan la falta de estudios longitudinales y experimentales que relacionen la publicidad del juego con la conducta. Esto es así principalmente debido a dificultades metodológicas que puedan analizar de manera experimental este fenómeno. Una forma de buscar eviden-

cias a favor de la causalidad entre publicidad y conducta de juego, nos vienen dada por la posibilidad de realizar diseños cuasiexperimentales cuando ocurre un cambio de regulación gubernamental como es el caso de España. Así pues, con los datos que tomemos en los próximos meses tras la entrada en vigor de la nueva regulación y con una esperada vuelta a la normalidad, podremos realizar un nuevo estudio que analice esta circunstancia.

En cualquier caso, la literatura apunta hacia una influencia de la publicidad del juego sobre las actitudes: mediante la normalización que se hace sobre el juego y la vinculación con un estatus positivo (Deans et al., 2017).

Encontramos estudios en Europa y Australia que acreditan cómo la industria del juego ha usado, más allá del deporte, distintas áreas de entretenimiento social (medios de comunicación, espectáculos, etc.) para normalizar las apuestas deportivas dotándolas de connotaciones positivas relacionadas con el resto de los ritos y cualidades que envuelven al deporte (Deans et al., 2016; López-González et al., 2018; Thomas et al., 2012). López-González y Tulloch (2015) apuntan incluso a que podría haberse llegado a un escenario de tal influencia donde sería ya el propio deporte el que se estuviera adaptando a la industria del juego.

El estudio ha tomado como grupos de interés a los que han apostado alguna vez frente a los que no, y a los menores de edad frente a adultos jóvenes.

En cuanto a este primer grupo, los resultados muestran la existencia de una puntuación media significativamente mayor en las variables de impacto, presión mediática y actitud hacia la publicidad entre aquellos sujetos que han jugado alguna vez frente a los que no. Los tamaños del efecto de estas diferencias, aunque pequeños, se acercan al límite de rango moderado. Es cierto que el grupo de las personas que han jugado puede incluir tanto a personas que hayan jugado una sola vez como a jugadores problema, pudiendo formar un grupo muy heterogéneo, sin embargo, hemos marcado esa separación por el interés que nos generaba la diferencia entre las personas que han debutado en el juego, aunque sea por un simple primer contacto, frente a las que nunca han tenido la experiencia. De esta manera, podemos analizar las implicaciones que puedan tener las medidas regulatorias que van destinadas en poner más difícil el debut de las personas en el mundo del juego. Sería de esperar que esas medidas actúen sobre la capacidad de captación de nuevos clientes, como por ejemplo la prohibición de realizar promociones de bienvenida.

En cuanto al segundo grupo de interés, se esperaba encontrar una diferencia en la influencia de la publicidad de apuestas entre menores y mayores de edad, en la línea de otros estudios como los de Alhabash et al. (2020) para el caso del alcohol, donde encontraron que el uso en sus campañas de modelos que parecían ser menores de 25 (la edad mínima acordada por la autorregulación) incrementaba significativamente la intención de beber en los menores.

¹ Asumimos que las variables Impacto de la Publicidad (IP) y Presión mediática son normales a la vista del histograma y, aplicando las respectivas pruebas de Levene, no rechazamos la hipótesis nula (p = 0,07 y p = 0,24 respectivamente) por lo que asumimos varianzas similares.

Chou, Rashad y Grossman (2008), por su parte encontraron relación entre los anuncios de comida rápida y la obesidad infantil en Estados Unidos. Y existen muchos otros ejemplos donde se demuestra la influencia de la publicidad sobre menores de edad (Borzekowski y Robinson, 2001; Emond et al., 2019; Pine y Nash, 2002).

Los resultados muestran que menores de edad presentan menores impacto y presión mediática que los mayores, sin embargo, puntúan significativamente más altos en la variable de Actitud hacia la publicidad según nuestros resultados. Explorando esta diferencia significativa de la variable actitud a la publicidad encontramos que, en la subescala de creencias, el tamaño del efecto sería moderado (d = 0,5) lo que apunta a una mayor actitud en la subescala de creencias donde se valora la capacidad crítica ante el engaño y la manipulación. Es sorprendente encontrar que solamente la actitud hacia la publicidad puntúa significativamente mayor en los menores mientras que en las otras dos variables ocurre lo contrario. Analizando el contenido de los instrumentos: en el caso de la presión mediática, tres grupos de ítems aluden a revistas radio y televisión frente a un solo grupo que habla de internet, es razonable plantearse que los menores no consumen los mismos medios que los mayores por lo que podrían verse alterada las puntuaciones. De la misma manera se pregunta por películas y no por videojuegos, así como los famosos que promocionan las apuestas no son tan populares entre los menores de edad. En conclusión, la escala de presión mediática no es adecuada para hacer una comparación entre ambos grupos. En cuanto al impacto de la publicidad, los ítems van en la línea de reconocer una influencia consciente de la publicidad sobre conductas y cogniciones, mientras que en la variable actitud hacia la publicidad se cuestionan valoraciones afectivas y cuando se pregunta sobre creencias se hace en tercera persona. Por lo que la diferencia de madurez entre menores y mayores hace que la variable impacto no sea tampoco buena para comparar estos grupos.

Dos importantes limitaciones para señalar acerca de nuestras comparaciones de medias son: por un lado, en cuanto a los grupos de jóvenes que han jugado previamente frente a los que no, carecemos de datos acerca de otras variables que han demostrado su relación con el juego, como son variables de personalidad, el estatus socioeconómico o las relaciones familiares que pueden ser variables que intermedien en el debut de juego (Dowling et al., 2017; Thomas et al., 2012). Por tanto, sería importante considerar algunas de estas variables en futuras muestras que nos permitan explorar este efecto. Por otro lado, en el mismo sentido, el grupo de mayores de edad está formado por estudiantes universitario, que se comparan con menores estudiantes de secundaria, con lo que pueden estar influyendo también en los resultados las variables socioeconómicas y de personalidad. También a partir de los 16 años que se termina la educación obligatoria se pierde el rastro de una parte de la muestra que sería necesaria estudiar ya que, probablemente, presenten una mayor incidencia de juego al tener en cuenta las variables socioeconómicas. Es por ello por lo que se propone ampliar los estudios a la población adulta general para realizar comparaciones.

En cuanto al sexo, es de destacar la baja correlación de las variables de publicidad con la Intensidad de juego en el caso de las mujeres. Esto unido al dato que teníamos del porcentaje de mujeres que juega online vs presencial, nos lleva a preguntarnos si algunas mujeres acuden a lugares de apuestas como acto de socialización, y si esta socialización ocurrirá en grupos mixtos o llevadas por sus parejas. Aunque hoy en día el juego de apuestas en mujeres jóvenes no es preocupante, tenemos el ejemplo de otro tipo de juegos como es el caso del Bingo donde las mujeres aparecen con mayor vulnerabilidad (Ibáñez, Blanco, Moreryra y Sáiz-Ruiz, 2003). Además, en el caso de otras conductas adictivas con una gran industria detrás como es el caso del tabaco, encontramos un ejemplo de cómo la industria supo encontrar el momento y condiciones adecuadas para hacer a las mujeres objetivo de sus campañas (que en un principio estaban más asociada a los hombres) (Mackay y Amos, 2003). Por tanto, se debe investigar también la problemática del juego desde una perspectiva de género para alertar de algún cambio en este sentido.

De la misma manera, los límites que marcan lo que se considera juego de apuestas son cada vez más difusos: en los últimos años se ha popularizado, entre inversores no profesionales, empresas financieras o brókeres que ofrecen una gran cantidad de servicios de trading (incluso sin comisiones) con campañas de publicidad online muy agresivas (Fink, 2021). Entre todos estos servicios se encuentran muchos hechos a imagen y semejanza de los juegos de apuestas, por ejemplo, las opciones binarias equivaldrían a apostar a que una cotización subirá, bajará o alcanzara un umbral determinado. Numerosos autores equiparan estas prácticas financieras con el juego (Dorn, Dorn y Sengmueller, 2015; Gao y Lin, 2015; Núñez, 2017).

Además, ya no son los canales audiovisuales los que influyen más a las nuevas generaciones sino los digitales. La industria del videojuego usa estrategias de monetización como las loot boxes donde actúan las mismas variables psicológicas que en el juego de apuestas (Drummond y Sauer, 2018; Zendle, Meyer y Over, 2019). Los videojuegos y los juegos de apuestas se encuentran actualmente expandiéndose en las nuevas aplicaciones descentralizadas alrededor del ecosistema blockchain y abre una nueva brecha digital debido a la complejidad de sus fundamentos. Hay un desconocimiento generalizado más allá de algunas noticias que han saltado a los medios sobre el auge de las criptomonedas y las finanzas descentralizadas, donde han invertido más de la mitad de los jugadores habituales (Mills y Nower, 2019). En definitiva, más allá de regular la publicidad que entendemos positivo, es urgente adoptar medidas contundentes centradas en la mejora en educación, prevención e intervención.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de interés.

Referencias

- Abarbanel, B., Gainsbury, S. M., King, D., Hing, N. y Delfabbro, P. H. (2016). Gambling games on social platforms: How do advertisements for social casino games target young adults? *Policy & Internet*, 9, 184–209. doi:10.1002/poi3.135.
- Alhabash, S., Mundel, J., Deng, T., McAlister, A., Quilliam, E. T., Richards, J. I. y Lynch, K. (2020). Social media alcohol advertising among underage minors: Effects of models' age. *International Journal of Advertising*, 1-30. doi:10.1080/02650487.2020.1852807.
- Arpa, S., Kraus, L., Leifman, H., Molinaro, S., Monshouwer, K., Trapencieris, M. y Vicente, J. (2016). ESPAD Report 2015 Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction. Lisbon. doi:10.2810/022073.
- Becoña, E., Míguez, M. C. y Vázquez, F. L. (2001). El juego problema en los niños de Galicia. Madrid: Sociedad Española de Psicopatología Clínica, Legal y Forense.
- Borzekowski, D. L. y Robinson, T. N. (2001). The 30-second effect: An experiment revealing the impact of television commercials on food preferences of preschoolers. *Journal of the American Dietetic Association*, 101, 42-46. doi:10.1016/S0002-8223(01)00012-8.
- Bouguettaya, A., Lynott, D., Carter, A., Zerhouni, O., Meyer, S., Ladegaard, I.,... O'Brien, K. S. (2020). The relationship between gambling advertising and gambling attitudes, intentions and behaviours: A critical and meta-analytic review. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 31, 89-101. doi:10.1016/j.cobeha.2020.02.010.
- Carbonell, E. J. y Montiel, I. (2013). *El juego de azar online en los nativos digitales*. Valencia: Tirant Humanidades.
- Chóliz, M. y Lamas, J. (2017). ¡Hagan juego, menores! Frecuencia de juego en menores de edad y su relación con indicadores de adicción al juego. Revista Española de Drogodependencias, 42, 34-47.
- Chou, S. Y., Rashad, I. y Grossman, M. (2008). Fast-food restaurant advertising on television and its influence on childhood obesity. *The Journal of Law and Economics*, *51*, 599-618. doi:10.1086/590132.
- Cialdini, R. B. (2009). *Influence: Science and practice* (Vol. 4). Boston, MA: Pearson education.
- Clemens, F., Hanewinkel, R. y Morgenstern, M. (2017). Exposure to gambling advertisements and gambling be-

- havior in young people. *Journal of Gambling Studies*, 33, 1-13. doi:10.1007/s10899-016-9606-x.
- Datos mercado juego online (2021). Dirección General de Ordenación del Juego. https://www.ordenacionjuego.es/.
- Deans, E. G., Thomas, S. L., Daube, M., Derevensky, J. y Gordon, R. (2016). Creating symbolic cultures of consumption: An analysis of the content of sports wagering advertisements in Australia. *BMC Public Health*, 16, 1-11. doi:10.1186/s12889-016-2849-8.
- Deans, E. G., Thomas, S. L., Daube, M. y Derevensky, J. (2017). The role of peer influences on the normalisation of sports wagering: A qualitative study of Australian men. *Addiction Research & Theory*, 25, 103-113. doi:10.10 80/16066359.2016.1205042.
- Derevensky, J., Sklar, A., Gupta, R. y Messerlian, C. (2010). An empirical study examining the impact of gambling advertisements on adolescent gambling attitudes and behaviors. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8, 21-34. doi:10.1007/s11469-009-9211-7.
- Dirección General de Ordenación del Juego (2015). Memoria anual 2014. Ministerio de Hacienda y Función Pública. España.
- Dirección General de Ordenación del Juego (2019). Memoria anual 2018. Ministerio de Hacienda y Función Pública. España.
- Dirección General de Ordenación del Juego (2020). Memoria anual 2019. Ministerio de Hacienda y Función Pública. España.
- Dorn, A. J., Dorn, D. y Sengmueller, P. (2015). Trading as gambling. *Management Science*, 61, 2376-2393. doi:10.1287/mnsc.2014.1979.
- Dowling, N. A., Merkouris, S. S., Greenwood, C. J., Oldenhof, E., Toumbourou, J. W. y Youssef, G. J. (2017). Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical psychology review*, *51*, 109-124. doi:10.1016/j.cpr.2016.10.008.
- Drummond, A. y Sauer, J. (2018). Video game loot boxes are psychologically akin to gambling. *Nature human behaviour*, 2, 530-532. doi:10.1038/s41562-018-0360-1.
- Emond, J. A., Longacre, M. R., Drake, K. M., Titus, L. J., Hendricks, K., MacKenzie, T.,... Dalton, M. A. (2019). Influence of child-targeted fast food TV advertising exposure on fast food intake: A longitudinal study of preschool-age children. *Appetite*, 140, 134-141. doi:10.1016/j.appet.2019.05.012.
- ESPAD group (2020). Results from the European school survey project on alcohol and other drugs. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Estévez, A., López-González, H. y Jiménez-Murcia, S. (2018). La influencia de la publicidad comercial en la conducta de riesgo en las apuestas deportivas: Recomendaciones para reguladores, operadores, institu-

- ciones y medios. Informe técnico. Madrid: ONCE. doi:10.13140/RG.2.2.23040.48645.
- Felsher, J. R., Derevensky, J. L. y Gupta, R. (2004). Lottery playing amongst youth: Implications for prevention and social policy. *Journal of Gambling Studies*, 20, 127-153. doi:10.1023/B;JOGS.0000022306.72513.7c.
- Fink, C. (2021). Why millennials gravitate to new brands in online investing. *Journal of Brand Strategy*, 9, 401-407.
- Gao, X. y Lin, T. C. (2015). Do individual investors treat trading as a fun and exciting gambling activity? Evidence from repeated natural experiments. *The Review of Fi*nancial Studies, 28, 2128-2166. doi:10.1093/rfs/hhu075.
- Gervilla-García, E., Cabrera-Perona, V. y Lloret-Irles, D. (2021). Adaptación española de la Escala de Impacto de la Publicidad de Apuestas en adolescentes. *Atención Primaria* (en prensa).
- Gómez-Yánez, J. A. y Lalanda-Fernández, C. (2020). Anuario del Juego en España. Instituto de Política y Gobernanza de la Universidad Rey Juan Carlos y Grupo Codere. Madrid.
- González-Roz, A., Fernández-Hermida, J. R., Weidberg, S., Martínez-Loredo, V. y Secades-Villa, R. (2017). Prevalence of problem gambling among adolescents: A comparison across modes of access, gambling activities, and levels of severity. *Journal of gambling studies*, 33, 371-382. doi:10.1007/s10899-016-9652-4.
- Gordon, R. y Chapman, M. (2014). Brand community and sports betting in Australia.
- Griffiths, M. (2005). Does gambling advertising contribute to problem gambling? *International Journal of Mental Heal-th & Addiction*, 3, 15-25. doi:10.11575/PRISM/9487.
- Hanss, D., Mentzoni, R. A., Griffiths, M. D. y Pallesen, S. (2015). The impact of gambling advertising: Problem gamblers report stronger impacts on involvement, knowledge, and awareness than recreational gamblers. *Psychology of addictive behaviors*, 29, 483. doi:10.1037/adb0000062.
- Hing, N., Cherney, L., Blaszczynski, A., Gainsbury, S. M. y Lubman, D. I. (2014). Do advertising and promotions for online gambling increase gambling consumption? An exploratory study. *International Gambling Studies*, 14, 394-409. doi:10.1080/14459795.2014.903989.
- Hing, N., Russell, A., Rockloff, M., Browne, M., Langham,E., Li, E.,... Thorne, H. (2018). Effects of wagering marketing on vulnerable adults. Melbourne, Australia: Victorian Responsible Gambling Foundation.
- Ibáñez, A., Blanco, C., Moreryra, P. y Sáiz-Ruiz, J. (2003). Gender differences in pathological gambling. The Journal of clinical psychiatry, 64, 295-301. doi:10.4088/jcp. v64n0311.
- King, D., Delfabbro, P. y Griffiths, M. (2010). The convergence of gambling and digital media: Implications for gambling in young people. *Journal Gambling Studies*, 26, 175–87. doi:10.1007/s10899-009-9153-9.

- Kim, H. S., Wohl, M. J., Gupta, R. y Derevensky, J. L. (2017). Why do young adults gamble online? A qualitative study of motivations to transition from social casino games to online gambling. Asian Journal of Gambling Issues and Public Health, 7, 6. doi:10.1186/s40405-017-0025-4.
- Lloret, D., Cabrera, V. y Castaños, A. (2016). Estudio juego de apuestas en adolescentes de la provincia de Alicante. Diputación de Alicante. http://www.pnsd.msssi.gob.es/ profesionales/publicaciones/catalogo/ bibliotecaDigital/ public aciones/BDMenoresyDrogas.htm.
- Lloret, D., Cabrera, V., Castaños, A., Segura, J. V., Antón, M. A. y Caselles, P. (2017). El juego de apuestas en adolescentes de la provincia de Alicante II. Estudio longitudinal de los hábitos de juegos de apuestas y los predictores psicosociales. Informe técnico. Diputación de Alicante.
- Lloret, D., Cabrera, V., Falces, C., García, H. y Mira, S.(2020). ¡¡Jóvenes a jugar!! Análisis del impacto de la publicidad en el juego de apuestas en adolescentes. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fad. doi:10.5281/zenodo.3629535.
- López-González, H. y Tulloch, C. D. (2015). Enhancing media sport consumption: Online gambling in European football. *Media International Australia*, 155, 130-139. doi:10.1177%2F1329878X1515500115.
- López-González, H., Guerrero-Solé, F. y Griffiths, M. D. (2018). A content analysis of how 'normal'sports betting behaviour is represented in gambling advertising. *Addiction Research & Theory*, 26, 238-247. doi:10.1080/16066 359.2017.1353082.
- Mackay, J. y Amos, A. (2003). Women and tobacco. *Respirology*, 8, 123-130.
- Mills, D. J. y Nower, L. (2019). Preliminary findings on cryptocurrency trading among regular gamblers: A new risk for problem gambling? *Addictive behaviors*, 92, 136-140. doi:10.1016/j.addbeh.2019.01.005.
- Núñez, J. (2017). A clinical economy of speculation: Financial trading and gambling disorder in Spain. *Cultural Anthropology*, 32, 269-293. doi:10.14506/ca32.2.08.
- Parke, A., Harris, A., Parke, J., Rigbye, J. y Blaszczynski, A. (2015). Responsible marketing and advertising in gambling: A critical review. The Journal of Gambling Business and Economics, 8, 21-35.
- Pine, K. J. y Nash, A. (2002). Dear Santa: The effects of television advertising on young children. *International Journal of Behavioral Development*, 26, 529-539. doi:10.1080% 2F01650250143000481.
- Pitt, H., Thomas, S. L, Bestman, A., Stoneham, M. y Daube, M. (2016). "It's just everywhere!" Children and parents discuss the marketing of sports wagering in Australia. *Aust N Z J Public Health*, 40, 480–486. doi:10.1111/1753-6405.12564.
- Salonen, A. H., Hellman, M., Latvala, T. y Castrén, S. (2018). Gambling participation, gambling habits, gam-

- bling-related harm, and opinions on gambling advertising in finland in 2016. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 35, 215-234. doi:10.1177%2F1455072518765875.
- Sklar, A. y Derevensky, J. L. (2011). Way to play: Analyzing gambling ads for their appeal to underage youth. *Canadian Journal of Communication*, 35.
- Thomas, S. L., Lewis, S., McLeod, C. y Haycock, J. (2012). 'They are working every angle'. A qualitative study of Australian adults' attitudes towards, and interactions with, gambling industry marketing strategies. *International Gambling Studies*, 12, 111-127. doi:10.1080/1445979 5.2011.639381.
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D. y Fulkerson, J. (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of gambling studies*, 9, 63-84. doi:10.1007/BF01019925.
- Zendle, D., Meyer, R. y Over, H. (2019). Adolescents and loot boxes: Links with problem gambling and motivations for purchase. *Royal Society Open Science*, 6, 190049. doi:10.1098/rsos.190049.







ORIGINAL

Uso problemático de WhatsApp entre adolescentes: ¿Qué papel educativo juegan los padres y las madres?

Problematic use of WhatsApp and adolescents: What educational role do parents play?

MARC GRAU-GRAU*, MARÍA GLORIA GALLEGO-IMÉNEZ**, LUIS MANUEL RODRÍGUEZ OTERO***, ****.

- * Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Internacional de Catalunya.
- ** Facultad de Humanidades y Ciencias de la Comunicación, Universidad CEU San Pablo.
- *** Facultad de Educación, Universidad Internacional de La Rioja.
- **** Facultad de Trabajo Social, Universidad Autónoma de Sinaloa.

Resumen

El objetivo del presente estudio es comprender la relación entre el uso problemático del WhatsApp entre jóvenes adolescentes y la mediación parental. El auge del uso del teléfono móvil entre los jóvenes es motivo de preocupación, especialmente entre los propios padres y madres. La literatura sugiere que los progenitores disponen de cierto margen de maniobra a partir de distintas estrategias parentales (mediación parental) para maximizar los beneficios de la tecnología, y reducir sus posibles riesgos, sin ser suficientemente analizadas en el caso del uso problemático del móvil y sus aplicaciones. Por este motivo, este estudio examina tres distintas estrategias de mediación parental (restrictiva, modelado y estimulación) y su posible impacto en el uso problemático del WhatsApp. Para ello, se empleó una muestra de 1.144 estudiantes de 13 y 14 años durante tres cursos académicos (2015-2018) en 17 colegios de 7 provincias españolas. Una de las novedades del estudio es el uso de las voces de los adolescentes para comprender la mediación parental de sus padres. Los resultados muestran una relación entre el nivel de mediación restrictiva y un uso problemático de WhatsApp. Además, el número de móviles que han gozado los estudiantes, así como si los padres cenan con el móvil durante la cena también tiene una relación positiva con el uso problemático de WhatsApp. Estos resultados son útiles para entender un uso responsable del teléfono móvil, así como para orientar a padres sobre el uso problemático de WhatsApp entre adolescentes.

Palabras clave: uso problemático, WhatsApp, teléfono móvil, mediación parental, adolescencia

Abstract

The goal of this study is to understand the relationship between the problematic use of WhatsApp among young adolescents and parental mediation. The rise of mobile phone use among young people is a cause for concern, especially among parents themselves. The literature suggests that parents have a certain amount of room for maneuver through different parental strategies (parental mediation) to maximize the benefits of technology and reduce its possible risks, although this has not been sufficiently analyzed in the case of problematic use of the mobile phone and its applications. This study therefore examined three different parental mediation strategies (restrictive, modeling and stimulation) and their possible impact on the problematic use of WhatsApp. The sample comprised 1,144 13- and 14-year-old students during three academic years (2015-2018) in 17 schools in 7 Spanish provinces. One of the novelties of the study was the use of adolescent voices to understand the parental mediation of their parents. The results showed a direct relationship between the level of restrictive mediation and a problematic use of WhatsApp. In addition, the number of mobile phones that students have enjoyed, as well as whether parents use their mobile phone during dinner, also has a positive relationship with the problematic use of WhatsApp. These results are useful for understanding a responsible use of the mobile phone, as well as to guide parents about the problematic use of WhatsApp among adolescents.

 $\textbf{\textit{Keywords:}} \ problematic use, WhatsApp, mobile phone, parental mediation, adolescence$

■ Recibido: Diciembre 2021; Aceptado: Julio 2022.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Marc Grau-Grau. Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Internacional de Catalunya. Carrer de Josep Trueta S/N, 08195 Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España. Email: mgraug@uic.es

193,7% de los españoles afirma que la irrupción de la tecnología ha afectado sus rutinas familiares (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2015), disminuyendo la comunicación entre padres e hijos (67,9%), la comunicación en la pareja (49,4%), y aumentando el conflicto familiar (51,5%). Cinco décadas después de la primera llamada de Martin Cooper desde un teléfono móvil moderno¹, la mayoría de las personas de sociedad postindustriales disponen de un teléfono móvil propio. Los adolescentes no son una excepción.

Según datos recientes, el 69,5% de los adolescentes españoles disponen de un teléfono móvil, aumentado el porcentaje hasta el 95,7% a los 15 años (Instituto Nacional de Estadística, 2020), situándose el *nite de passage* entre los 12 y 13 años. Entre los adolescentes, el 40% de los chicos y casi el 30% de las chicas afirma tocar el teléfono móvil entre 50 y 100 veces al día, implicando un contacto activo cada 15 o 20 minutos (Masip y Balagué, 2015).

Este uso intensivo del teléfono móvil nos invita a reflexionar sobre su posible uso problemático (Chóliz, Villanueva y Chóliz, 2009; Pedrero Pérez, Morales Alonso y Ruíz Sánchez de León, 2021; Pedrero Pérez, Rodríguez Monje y Ruíz Sánchez De León, 2012; Ruiz-Ruano García, López-Salmerón y López Puga, 2020; Sánchez-Romero y Álvarez-González, 2018). Aunque algunos estudios emplean el término adicción, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) no la contempla para referirse a un uso dependiente del móvil². Según distintos autores, parece que el término más apropiado para referirse a este uso dependiente es uso problemático (Panova y Carbonell, 2018). En este sentido, diferentes estudios presentan un uso problemático del móvil entre adolescentes españoles que oscila entre el 2,8% y el 26% (Besolí, Palomas y Chamarro, 2018; Carbonell, Fúster, Chamarro y Oberst, 2012; Golpe Ferreiro, Gómez Salgado, Kim Harris, Braña Tobío y Rial Boubeta, 2017; López-Fernández, 2017).

Es interesante desgranar los usos diarios del teléfono móvil para comprender mejor sus posibles implicaciones. Del total del consumo diario (165 minutos de media según algunos estudios), una quinta parte se dedica al WhatsApp (Montag et al., 2015), una aplicación de mensajería instantánea que el 90,6% de los jóvenes confirma disponer (Golpe Ferreiro et al., 2017), y un 83,3% reporta usarla a diario (García-Jiménez, López-de-Ayala López y Montes-Vozmediano, 2020). Sin embargo, y aunque su uso es diario y masivo, el uso de WhatsApp ha recibido muy poca atención

académica. Por este motivo, esta investigación tiene como objetivo comprender el uso problemático de WhatsApp entre los adolescentes, y la relación con el papel educador de sus padres, examinando la propia voz de 1.144 adolescentes españoles de 13 y 14 años. Ante tal situación, y sabiendo que la mayor parte del uso y consumo de internet se realiza en los hogares, y más precisamente en las habitaciones de los adolescentes - *bedroom culture* - (Livingstone, Haddon, Görzig y Ólafsson, 2011), es una necesidad perentoria reflexionar sobre el papel educativo de los padres.

Una posible solución para fomentar un buen uso del teléfono móvil y WhatsApp entre los adolescentes es la mediación parental. Por mediación parental, se entiende las estrategias que pueden usar los progenitores para reducir y minimizar los riesgos de la tecnología en sus hijos y, a su vez, ampliar los beneficios (Berríos, Buxarrais y Garcés, 2015; Chng, Li, Liau y Khoo, 2015; López de Ayala y Ponte, 2016).

Cada gran irrupción tecnológica en los hogares ha ido acompañada del nacimiento de nuevas estrategias por parte de los adultos para educar, limitar, o restringir el acceso y contenido disponible a los menores. Primero fue la televisión, luego los videojuegos y los ordenadores, y ahora son los smartphones. Las estrategias de mediación parental la televisión eran básicamente tres: activa (explicar, discutir los beneficios de un consumo/uso responsable); restrictiva (limitar horario, prohibir ciertos contenidos); y visión compartida (ver la televisión a la vez) (Nathanson, 1999, 2001). Para los videojuegos, las estrategias de mediación fueron muy similares a las de la televisión: activa, restrictiva, y juego compartido (Shin y Huh, 2011).

Sin embargo, con la aparición de los teléfonos móviles crece la complejidad y las dificultades percibidas por parte de los padres para gestionar el uso de estos dispositivos por parte de sus hijos e hijas. Este aumento de la complejidad se debe a la propia naturaleza del dispositivo ya que su portabilidad total, y un uso en solitario, junto con otros obstáculos como la falta de tiempo de los padres, o la falta de conocimiento sobre la multiplicidad de usos de los estos dispositivos móviles, dificultan su control y gestión (Besolí et al., 2018; Symons, Ponnet, Walrave y Heirman, 2017).

En este caso, la literatura académica presenta un seguido de estrategias parentales que se pueden clasificar entre la mediación activa, esfuerzos parentales para hablar y discutir los riesgos; la mediación restrictiva, esfuerzos parentales para limitar el tiempo y la disponibilidad de uso; la mediación compartida, esfuerzos parentales por observar el uso activo de los dispositivos; y la mediación tecnológica, esfuerzos parentales para limitar y controlar con el uso de tecnología el uso y acceso a los dispositivos (Livingstone y Helsper, 2008). En España, las estrategias parentales más usadas son las activas y las restrictivas, ya que un 90% de los padres usó una de las dos estrategias, siendo la mediación tecnológica la menos usada (Garmendia Larrañaga, Casado del Río y Martínez

Aunque es cierto que existían importantes precedentes en forma de radio de comunicaciones. Para más información leer Agar (2013) and Klements (2014).

² A día de hoy, el juego (gambling) es, la única adicción reconocida que no implica el consumo de substancia. No obstante, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) sí que incluye la nomofobia como el miedo irracional de estar sin el móvil en casa o en la calle.

Fernández, 2015). Sin embargo, las padres prefieren usar, a ser posible, la mediación activa antes que la restrictiva o la tecnológica (Martínez, Casado y Garitaonandia, 2020).

De todas ellas, algunos estudios sugieren que la más efectiva es la restrictiva (Kirwil, Garmendia, Garitaonandia y Martínez Fernández, 2009). En esta línea, en un estudio con más de 40.000 adolescentes un 51,1% de ellos reportó que sus padres limitaban su uso de internet, y un 47,9% el uso de su teléfono móvil (Golpe Ferreiro et al., 2017). Es por esto por lo que este estudio quiere comprender la relación entre una mediación parental restrictiva y el uso problemático de WhatsApp, generando la primera pregunta de investigación que ha guiado este trabajo: ¿Hasta qué punto hay una relación entre las estrategias restrictivas por parte de los padres y el uso problemático de WhatsApp de los adolescentes?

Otros estudios, sin embargo, presentan un rol más marginal de los progenitores (Malvini Redden y Way, 2016) en el control y la gestión del uso de internet y de los dispositivos móviles de sus hijos. Symons y su equipo denominaron a este tipo de padres los "guardianes desde la línea lateral", ya que su rol es mínimo, pero intervienen cuando es necesario. Esta tipología de padres justifica su rol pasivo por la necesidad de ofrecer cierta privacidad y espacio a sus hijos, junto con la percepción de que la vida online es parte de la vida social en la que los adolescentes deben ser capaces de desarrollarse de forma autónoma (Symons et al., 2017). Esta tipología de padres se asemejan a las familias *preocupadas ausentes* que emergieron del análisis realizado por Torrecilas-Lacave y su equipo (Torrecillas-Lacave, Encina Morales de Vega y Vázquez-Barrio, 2017).

En esta línea hay dos estrategias indirectas que a menudo no son consideradas como parte de la mediación parental por muchos autores, pero que pueden tener un impacto directo en la manera de actuar de los hijos. La primera es el modelado parental siendo una de las siete estrategias que emergieron de un estudio con padres de alumnos de Educación Primaria (Bartau-Rojas, Aierbe-Barandiaran y Oregui-González, 2018). Por modelado parental se entiende instruir y enseñar mediante el ejemplo, bajo la premisa de que los adolescentes copiaran todo aquello que vean en sus padres. En este sentido, asumimos que el modo en como los padres usen el WhatsApp afectará el uso de sus hijos. Para examinar esto, se ha escogido un momento del día de suma importancia: la cena. La literatura académica sugiere que las familias que comen juntas tienen muchos resultados positivos tanto a nivel psicológico, social o cognitivo. Por ejemplo, aunque las cenas en familia parecen estar en regresión (Fischler, 2011) contribuyen a unos comportamientos alimentarios más sanos, así como a una mayor cohesión familiar, una mayor autorregulación de los niños y niñas y hasta más preparación financiera para el día de mañana, entre otros (Chatterjee, Palmer y Goetz, 2012; Eisenberg, Olson, Neumark-Sztainer, Story y Bearinger, 2004; Taverns et al., 2005). Por esta razón, y sabiendo que el uso de los teléfonos móviles tiene un impacto directo en las relaciones padres-hijos, nos interesa comprender la relación entre el uso de WhatsApp de los padres y madres precisamente mientras cenan y el uso problemático de sus hijos, emergiendo así, la segunda pregunta que ha guiado este trabajo: ¿Hasta qué punto hay una relación entre el uso de WhatsApp de los progenitores mientras cenan y el uso problemático de WhatsApp de sus hijos?

La tercera estrategia de medición parental explorada en este estudio es la estimulación. La estimulación se entiende como una estrategia indirecta y posiblemente inconsciente que explica como el número de móviles gozados puede llevar a un mayor uso, y consecuentemente, a más probabilidades de un uso problemático. Castillo y Ruiz-Olivares (2019) encontraron una relación positiva entre haber gozado de más de dos móviles con un uso problemático de éstos. Un número elevado de móviles comprados o gozados se puede llegar a entender como una "invitación" a su uso, ya que los padres como mediadores en el número de móviles gozados por sus hijos, pueden llegar a reforzar o limitar la relevancia del dispositivo móvil vía el número de dispositivos facilitados a sus hijos. De hecho, algunos estudios señalan que los padres, aun siendo conscientes de las consecuencias nocivas del teléfono móvil, lo usan como fuente de castigo y recompensa, donde el castigo va asociado a la limitación del móvil, y la recompensa a la compra de nuevos dispositivos o a más tiempo de uso (Condeza, Herrada-Hidalgo y Barros-Friz, 2019). Para este estudio, se considera como estrategia de mediación parental la estimulación mediante el número de móviles gozados. Es por esto por lo que la tercera y última pregunta que ha guiado este trabajo es: ¿Hasta qué punto el número de móviles que los adolescentes han gozado tienen una relación positiva con el uso problemático de WhatsApp?

Finalmente, en una interesante revisión de literatura realizada por López de Ayala y Ponte (2016) sobre la mediación parental de las prácticas online en España, dichos autores resaltaron que 1) existe un ligero retroceso en cuanto al número de investigaciones que examinan la mediación parental, 2) la mediación es un tema "menor" en los trabajos examinados, 3) de los 39 estudios publicados en España veinte de ellos se han publicado en el ámbito institucional, y 4) los informantes utilizados en los estudios sobre mediación parental siguen siendo los padres.

Por lo tanto, debido a la necesidad de reflexionar y comprender el papel educador de los padres en la era digital, junto con un considerable uso problemático de WhatsApp entre los adolescentes, y una insuficiente literatura académica que explore la relación entre ambos, este estudio pretende contribuir al avance de la literatura de la mediación parental y el uso problemático de nuevas tecnologías entre adolescentes comprendiendo la relación entre uso problemático de WhatsApp y el papel educativo usando una muestra de 1.144 adolescentes españoles.

La novedad del estudio es triple. Primero, el estudio examina el uso problemático de la aplicación que suma la quinta parte del consumo diario, pero que a la vez ha gozado de una pobre atención académica: WhatsApp (Montag et al., 2015; Tresáncoras, García Oliva y Piqueras Rodríguez, 2017). Segundo, el estudio conecta el uso problemático de WhatsApp con tres estrategias de mediación parental (restrictiva, modelado y estimulación), siendo las dos últimas raramente examinadas (Bartau-Rojas et al., 2018; Condeza et al., 2019). Finalmente, el trabajo usa las "voces" de los propios adolescentes para comprender la mediación parental, evitando así una posible sobrestimación reportada por los propios padres (Martínez et al., 2020).

Método

Participantes

Para explorar la relación entre la mediación parental y el uso problemático de WhatsApp entre adolescentes, este estudio se basó en una muestra de 1.144 alumnos de 13 y 14 años de 64 clases distintas en 17 centros de educación secundaria en España a lo largo de tres cursos académicos: 2015/2016, 2016/2017 y 2017/2018. Los 17 centros se ubican entre las Islas Baleares (N = 59), Barcelona (N = 565), Gerona (N = 565), 149), Guipúzcoa (N = 23), Lérida (N = 47), Madrid (N = 149) y Tarragona (N = 152). Los centros de educación secundaria decidieron participar en el estudio elaborado por una Fundación con un doble objetivo: fomentar un interés responsable del teléfono móvil entre su alumnado, y conocer el estado de la cuestión en sus aulas. Todos los centros participantes eran concertados, y la totalidad de los estudiantes cursaban 2º de ESO. El universo fueron más 20.000 estudiantes, se utilizó un muestreo aleatorio simple con un margen de error del 5% y un nivel de confianza de 99% para seleccionar una muestra de 1.144 alumnos/as.

Instrumentos

Se elaboró un cuestionario "ad hoc" de carácter exploratorio mediante metodología "ex post facto", no generalizable, que recogía información sobre el uso problemático del móvil, y de WhatsApp. El cuestionario estaba formado por 36 ítems, y fue distribuido en castellano y en catalán, según el centro de secundaria. Los ítems fueron desarrollados por la Fundación impulsora del proyecto, y los datos del cuestionario relacionado con el uso problemático de WhatsApp fueron cedidos a los investigadores de este estudio para su análisis. Los datos cedidos estaban completamente anonimizados sin posibilidad alguno de poder identificar a ningún estudiante.

La variable principal de este estudio es el uso problemático de WhatsApp. Para su análisis se usó la siguiente pregunta, siendo las respuestas 1 = si, 0 = no: ¿A la vista de las respuestas de este cuestionario, crees que tienes adicción al WhatsApp?

Para comprender la estrategia restrictiva se usaron siete cuestiones (ver tabla 1). A partir de las respuestas de los participantes, se generaron tres niveles de mediación restrictiva: disciplinada (cuando el hijo/a responde 1 en ninguna o en una ocasión), moderada (cuando el hijo/a responde 1 entre dos y tres veces), laxa (cuando el hijo/a responde 1 entre cuatro y siete veces).

Para comprender el efecto del ejemplo de los propios padres (modelado), se analizó una única pregunta donde se pedía a los estudiantes si sus padres tenían el móvil al lado mientras cenaban y lo iban mirando, siendo dos las posibles respuestas 1 = si, 0 = no.

Para comprender el número de móviles (estimulación) que gozaron los estudiantes analizados, se usó el ítem 14 donde se preguntaba ¿Cuántos móviles diferentes has tenido? Para facilitar el análisis se creó una nueva variable dummy siendo las opciones 1 = tres o más móviles, 0 = menos de tres móviles.

Procedimiento

Todos los equipos directivos fueron informados del objetivo del programa, y se solicitó el permiso para la distribución de los cuestionarios. Una vez el centro accedía a participar en el programa se solicitó consentimiento a los apodera-

Tabla 1 Ítem cuestionario estrategia restrictiva

Pregunta	Respuestas
1) ¿Cuándo te levantas lo primero que haces es mirar el WhatsApp?	1 = sí; 0 = no
2) ¿A qué hora envías el primer mensaje de WhatsApp del día?	Posibles respuestas 6 (a)
3) ¿Vas con el móvil encima por todas partes, también cuando estás en casas?	1 = sí; 0 = no
4) ¿A la hora de comer y cenar tienes el móvil al lado y lo vas mirando?	1 = sí; 0 = no
5) ¿A qué hora envías el último mensaje de WhatsApp del día?	Posibles respuestas 6 (b)
6) ¿Apagas el móvil durante la noche?	1 = no; 0 = si
7) ¿Duermes con el móvil debajo del cojín o en la mesita de noche de forma que lo tengas al alcance de la mano?	1 = sí; 0 = no

Nota. (a) Variable dummy 1 = antes 8 a. m.; 0 = después 8 a. m. (b) Variable dummy 1 = después de las 10 p. m.; 0 = antes de las 10 p. m.

dos de los estudiantes, dado su condición de menores de edad. Todos los estudiantes fueron informados del carácter anónimo y confidencial del estudio. El cuestionario fue distribuido y aplicado por los tutores/as de forma grupal siempre en hora lectiva, en la mayoría de los casos aprovechando el horario de tutoría. El tiempo para contestar el cuestionario fue de 15-20 minutos.

Análisis

Los datos de todos los cuestionarios fueron volcados en el programa estadístico STATA versión 12. El análisis llevado a cabo comprendió el estudio de los estadísticos descriptivos para cada una de las variables seleccionados (totales, frecuencias y las pruebas de chi cuadrado y Rho de Spearman), la tabla de correlaciones entre las variables examina-

das. Con el fin de estimar la mediación parental en el uso problemático de WhatsApp, se han utilizado regresiones logísticas (*logit*) a partir de las variables dicotómicas que definen las variables objeto de análisis.

Resultados

El objetivo del estudio es comprender la relación entre estrategias de mediación parental y el uso problemático del WhatsApp entre adolescentes de 13 y 14 años. Para tal objetivo, inicialmente se examinó una muestra de 1.547 estudiantes de 64 clases de 17 colegios durante tres años en un mismo curso (2º de ESO). Tal y como muestra la Tabla 2, un 79% de los estudiantes analizados disponía de un teléfono móvil, observando un ligero incremento en la pro-

Tabla 2 *Totales, frecuencias y prueba de chi cuadrado sobre el uso de WhatsApp y la mediación restrictiva*

			2015/16	2016/17	2017/18	Total	Chi	р
		n	301	382	539	1.222		
E	studiantes con móvil	%	74,9	78,4	81,9	79,0	7,58	0,02
		Total	402	487	658	1.547		
		n	275	353	516	1.144		
Estudiantes con WhatsApp		%	68,4	72,5	78,4	73,9	13,75	0,00
		Total	402	487	658	1.547		
		n	64	102	118	284		
	Según propios adolescentes	%	23,3	28,9	22,9	24,8	4,55	0,10
Jso problemático		Total	275	353	516	1.144		
WhatsApp	Según entorno (auto-reportado)	n	71	100	138	309		
		%	25,8	28,3	26,7	27,0	0,53	0,77
		Total	275	353	516	1.144		
	Primera actividad es mirar WhatsApp	n	89	120	130	339	9,08	0,01
		%	32,4	34,0	25,2	29,6		
	Primer mensaje antes 8:00	n	98	158	241	497	9,31	0,01
		%	35,6	44,8	46,7	43,4		
		n	137	182	261	580	0,19	0,91
	Siempre móvil encima casa	%	49,8	51,6	50,6	50,7		
		n	41	55	65	161	1,75	0,42
Mediación restrictiva	Comer y cenar con el móvil	%	14,9	15,6	12,6	14,1		
restrictiva		n	165	198	285	648		
	Último WhatsApp después 22:00	%	60,0	56,1	55,2	56,6	1,72	0,42
		n	178	215	297	690		
	No apagar móvil durante noche	%	64,7	60,9	57,6	60,3	3,93	0,14
		n	128	168	235	531		
	Dormir con el móvil	%	46,5	47,6	45,5	46,4	0,36	0,84
	Total	n	275	353	516	1.144	-	-
		n	116	142	186	444		
	Más de 3 móviles	%	42,2	40,2	36,0	38,8	3,27	0,19
		Total	275	353	516	1.144		•

porción de estudiantes con móvil del curso 2015/16 (75%) al curso 2017/18 (82%). En relación con el WhatsApp, un 74% afirmó disponer de tal aplicación de mensajería instantánea en su móvil. De nuevo se detectó un incremento del número de alumnos con WhatsApp, creciendo del 68% en el curso 2015/16 al 78% en 2017/18. Debido a que la finalidad de este estudio es comprender la relación entre distintas estrategias parentales y el uso problemático de WhatsApp, la muestra final fue compuesta solo por los estudiantes que disponían de WhatsApp (N = 1.144 estudiantes).

Tal y como muestra la tabla 2, un 24,8% de los estudiantes de 2º de ESO de nuestra muestra admitió sufrir un uso problemático del WhatsApp. Una segunda pregunta, en un sentido similar, aunque no idéntico, pedía a los estudiantes que valorasen si las personas cercanas les decían que estaban "enganchados" al móvil. En este sentido los resultados muestran que el 27% del alumnado manifiesta que su entorno considera que tiene un uso problemático; de tal forma que, según la muestra, la autopercepción es menor que la del entorno.

La tabla 2 muestra los siete ítems que componen la mediación restrictiva por parte de los padres, ya que el estudio asume que los padres tienen cierto margen de maniobra en el uso y gestión del móvil y WhatsApp de sus hijos adolescentes cuando estos están en casa. Los resultados del estudio revelan que un 30% admitió que lo primero que hacen al levantarse es mirar el WhatsApp, y un 43% envían el primer mensaje antes de las 8 de la mañana. Más de la mitad de los estudiantes (51%) afirmaron que siempre

van con el móvil encima cuando están en casa, y un 14% reportó usar el móvil mientras comían y cenaban. Por la noche, se observa un control parental más bien laxo del uso de WhatsApp, ya que más de la mitad (57%) de los adolescentes envió el último WhatsApp más tarde de las 10 de la noche, el 60% confirmó no parar el móvil durante la noche, y un 46% reveló dormir con el móvil, bien dejándolo debajo del cojín o en la mesita de noche. En la misma tabla 2 se pueden observar ligeras variaciones entres los tres cursos académicos.

A partir de las siete variables examinadas en la tabla 2, se crearon tres posibles niveles de mediación restrictiva (disciplinada, moderada y laxa), a partir de las respuestas de los hijos, tal y como se detalla en la sección metodológica. Según esta categorización (Tabla 3), una cuarta parte de los padres y/o madres (25,5%) ejerce una estrategia disciplinada, con normas claras sobre cuándo y cómo usar el móvil y el WhatsApp, siendo este grupo el que reportan el nivel más bajo de uso problemático de WhatsApp (7,5%). En el polo opuesto, un tercio de los progenitores ejerció una estrategia laxa, es decir un muy bajo control sobre el uso y gestión del móvil y WhatsApp de sus hijos, siendo este grupo dónde se encuentra el porcentaje más alto de estudiantes que reportan un uso problemático con WhatsApp (45%). Finalmente, en medio, un 41% de los participantes ejerció una mediación restrictiva moderada reportando de media un uso problemático del WhatsApp de un 20,1%.

Una segunda habilidad parental examinada en el estudio es el ejemplo de los propios progenitores (modelado). Tal y

Tabla 3 *Totales, frecuencias y prueba de chi cuadrado de las estrategias, modelado y n° de móviles*

		N	%	Uso problemático WhatsApp	Chi	р
	Disciplinada	292	25,5%	7,5%		
Fatuata sia adapta da	Moderada	473	41,4%	20,1%	120 51	0.00
Estrategia adoptada	Laxa	379	33,1%	44,1%	129,51	0,00
	Total	1.144		24,8%		
	Padres cenando sin móvil	944	82,5%	23,9%		
Modelado	Padres cenando con móvil	200	17,5%	29,0%	2,26	0,13
	Total	1.144		24,8%		
	Menos de tres móviles	700	61,2%	19,0%		
	1 móvil	46	4,0%	13,0%		
	2 móviles	301	26,3%	16,9%		
	3 móviles	353	30,9%	21,5%		
Número de móviles	Más de tres móviles	444	38,8%	34,0%	3,84	1,01
	4 móviles	208	18,2%	29,3%		
	5 móviles	106	9,3%	34,0%		
	6 móviles	130	11,4%	41,5%		
	Total	1.144		24,8%		

Tabla 4 *Rho de Spearman entre hábitos y uso problemático del WhatsApp*

Variable	Rho de Spearman	Uso problemático WhatsApp
1. Primer acto mañana	Coeficiente de correlación	0,372(**)
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	1.144
2. Mensaje antes 8am	Coeficiente de correlación	0,182(**)
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	1.144
3. Cenar con móvil	Coeficiente de correlación	0,163(**)
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	1.144
4. Móvil encima	Coeficiente de correlación	0,340(**)
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	1.144
5. Mensaje 10pm	Coeficiente de correlación	0,262(**)
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	1.144
6. No apagar móvil	Coeficiente de correlación	0,119(**)
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	1.144
7. Dormir con móvil	Coeficiente de correlación	0,127(**)
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	1.144
8. Padres cenar con móvil	Coeficiente de correlación	0,044
	Sig. (bilateral)	0,133
	N	1.144
9. Más de tres móviles	Coeficiente de correlación	0,169(**)
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	1.144

Nota. ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

como muestra la tabla 3, un 17% de la muestra confirmó que sus padres y/o madres cenan usando el móvil, siendo estos adolescentes los que reportaron un uso problemático de WhatsApp más alto (29,0%) que los hijos de progenitores que no cenan usando el teléfono móvil (23,9%).

Finalmente, la última habilidad parental que se analiza es la estimulación, que se refiere al número de móviles gozados entre los adolescentes de 13 y 14 años. Tal y como

Tabla 5 Parámetros estimados modelo uso problemático del WhatsApp

	lles	الماد مداخة مداخا	
variable	•	blemático Wh	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •
	(modelo 1)	(modelo 2)	(modelo 3)
Estimulación: número móviles	0,15009***	0,14753***	0,02816
	(0,02585)	(0,02601)	(0,02522)
Modelado: padres cenan con móvil		0,02969	-0,00343
		(0,03338)	(0,03083)
Estrategia ET: Primer acto			0,23700***
			(0,02738)
Mensaje antes 8am			0,09270***
			(0,02345)
Móvil encima			0,16437***
			(0,02564)
Cenar con móvil			0,04426
			(0,03510)
Mensaje 10pm			0,11520***
			(0,02468)
No apagar móvil			-0,01007
			(0,02542)
Dormir con móvil			-0,00931
			(0,02529)
Constante	0,19***	0,18580***	-0,01701
	(0,01611)	(0,01679)	(0,02361)
R2	0,0287	0,0293	0,2201
Observaciones	1.144	1.144	1.144

Nota. * p < .1; ** p < .05; *** p < .01.

muestra la tabla 3, un 39% han tenido más de 3 móviles en su vida, aunque los resultados muestran un leve retroceso en el número de móviles gozados.

En la tabla 3, se puede observar la relación entre el número de móviles gozados y el uso problemático reportado de WhatsApp. Mientras los adolescentes que han gozado de un único móvil reportaron de media un 13% de uso problemático, el porcentaje se dispara al 41,5% entre aquellos estudiantes que han gozado de 6 móviles. Clasificando a los estudiantes en solo dos grupos, los que han gozado de tres móviles o menos, y los que han gozado de más, observamos que el uso problemático de WhatsApp es de un 19% en el primer caso, y un 34% en el segundo.

Respecto a la fiabilidad de los datos expuestos cabe destacar que, tras realizar las pruebas de chi cuadrado en cada una de las variables analizadas, el valor del nivel de significación es superior a 0,05 en todos los casos; a excepción de las variables relativas a la mediación restrictiva (ver tabla 2) en tanto en cuanto a la primera actividad es mirar What-

sApp (p = 0.01) y el primer mensaje antes 8:00 (p = 0.01); así como respecto a las estrategias adoptadas reflejadas en la tabla 3 (p = 0.00).

La tabla 4 expone los resultados obtenidos en el análisis de relación entre las variables analizadas mediante la prueba de Rho de Spearman. En el caso del uso problemático de WhatsApp los resultados muestran una correlación de Spearman significativa a nivel 0,01 con todas las variables, a excepción de si los padres cenan usando el teléfono móvil.

Para comprender la magnitud y la relación entre las variables presentadas anteriormente y la variable principal en este estudio (el uso problemático del WhatsApp entre los jóvenes que cursan 2º de ESO) se ha procedido a un análisis de regresión logística. Debido a que las variables son dicotómicas, el modelo de regresión logística usado para este estudio ha sido el modelo logit.

La tabla 5 muestra tres modelos. El primero muestra una relación positiva y significativa entre la estimulación (haber gozado de más de tres móviles) y un uso problemático del WhatsApp. El segundo modelo, examina la magnitud y la relación entre la estimulación (número de móviles gozados) y el modelado (ejemplo de los propios padres) y el uso problemático del WhatsApp. Tal y como muestra la tabla las dos variables tienen una relación positiva y significativa con el nivel de uso problemático reportado entre los estudiantes. Finalmente, el tercer modelo presenta todas las variables independientes a estudiar. Por lo tanto, a la estimulación, y el modelado, se le añade la estrategia restrictiva compuesta por las siete variables presentadas. De las siete variables, cuatro tienen una relación positiva y significativa. Estas son: que el primer acto de la mañana sea consultar el WhatsApp, que el primer mensaje se envíe antes de las 8 de la mañana, que el estudiante lleve siempre el móvil encima, y que el último mensaje de WhatsApp se haya enviado más tarde de las 10 de la noche. Según este modelo, existe una asociación entre el nivel de mediación restrictiva por parte de los padres y el uso problemático de WhatsApp de los adolescentes.

Discusión

El objetivo de este artículo fue examinar la relación entre el uso problemático de WhatsApp entre adolescentes y el papel educativo que juegan sus padres a través de tres estrategias (mediación restrictiva, modelado y estimulación), usando una muestra de 1.144 adolescentes españoles, con la finalidad de contribuir al avance de la literatura de la mediación parental y el uso problemático de nuevas tecnologías entre adolescentes, especialmente del uso de WhatsApp, por su relevancia por encima de otras redes sociales (García-Jiménez et al., 2020), y por su paradójica baja atención en la literatura académica (Tresáncoras et al., 2017).

En consonancia con estudios previos en España, donde se confirmaba que entre 85,2% y un 91,7% de los adoles-

centes poseía un teléfono móvil propio (Besolí et al., 2018; Golpe, Gómez, Braña, Varela y Rial, 2017), este estudio, con un corte de edad ligeramente más joven, encontró que de media en los tres cursos académicos (2015-2018), el 79% de los adolescentes entre 13 y 14 años disponían de un teléfono móvil propio, llegando al 81,9% en el curso 2017/18. Según el INE, en 2018, el 86,2% de los jóvenes de 13 años disponía de un móvil (Instituto Nacional de Estadística, 2018), lo que revela resultados no muy alejados. Con relación al uso de WhatsApp nuestros resultados muestran que un 73,9% de los adolescentes disponían de esta aplicación. En otros estudios españoles, con muestras de edad más amplios se encontraron resultados parecidos. Por ejemplo, en un estudio con 411 estudiantes de entre 0 a 18 años un 74,6% aseguraba usar siempre o casi siempre mensajería instantánea (Besolí et al., 2018). En otro estudio con una muestra de 524 adolescentes de 1º a 4º de ESO en la Comunidad de Madrid, un 83,3% confirmó usar WhatsApp a diario (García-Jiménez et al., 2020). Finalmente, un estudio con más de 40.000 estudiantes españoles entre 12 y 17 años reveló que el 90,6% utilizaba WhatsApp (Golpe et al., 2017).

A pesar de uso intenso y masivo de WhatsApp, llegado a ocupar el 20% del consumo diario (Montag et al., 2015), hay muy poca investigación sobre sus implicaciones y uso problemático (Tresáncoras et al., 2017). No sucede lo mismo con el uso problemático del móvil y de internet, donde la literatura es rica. Según una revisión de estudios empíricos españoles, el uso problemático del móvil se movía entre el 2,8% y el 26,1% entre adolescentes (Carbonell et al., 2012). En otros estudios más recientes, un 21,8% de una muestra de jóvenes andaluces presentaban una adicción moderada con el teléfono móvil (Castillo y Ruiz-Olivares, 2019). Otro estudio con una muestra gallega de 1.709 estudiantes entre 11 y 17 años, un 26,6% reportaba un uso problemático con internet (Rial Boubeta, Golpe Ferreiro, Gómez Salgado y Barreiro Couto, 2015). Asimismo, en otro estudio usando la escala de uso problemático de internet (EUPI-a), un 9% presentaban un uso problemático, aunque un 16% eran susceptibles de ser considerados como usuarios problemáticos (Golpe et al., 2017). Estos resultados fueron similares a los resultados de otro estudio donde un 15% de los adolescentes eran categorizados con un riesgo elevado de uso problemático del móvil (Besolí et al., 2018).

Con relación al uso problemático con WhatsApp, la literatura ha sido muy escasa como se ha comentado anteriormente. Tresáncoras y su equipo encontraron el 6% de una muestra de 272 adolescentes de entre 12 y 17 años de la provincia de Alicante sufría un uso problemático de WhatsApp (Tresáncoras et al., 2017). En nuestro caso, el porcentaje es muy superior, aproximándose al 25%, revelando una potencial problemática que otros ya señalaban. Por ejemplo, en un estudio muy reciente se encontró que el 22,3% de los adolescentes confesaban ponerse nervioso

cuando no tienen acceso a WhatsApp (García-Jiménez et al., 2020). Sin embargo, es muy difícil comparar los resultados con otros estudios recientes por usar diferentes instrumentos, así como cortes de edad distintas en la muestra. No obstante, nuestro estudio sugiere que hay una parte considerable de los adolescentes que podrían estar sufriendo un uso problemático con el WhatsApp.

Nuestros resultados sugieren que hay una vinculación entre el uso problemático de WhatsApp y el papel mediador de los padres, siendo este papel crucial ante todas las grandes irrupciones tecnológicas que han precedido como la televisión, o los videojuegos (Nathanson, 1999; Shin y Huh, 2011). En el caso de los usos problemáticos con el móvil o con alguna de sus aplicaciones, la complejidad aumenta, ya que la portabilidad del dispositivo, la multiplicidad de usos, y un uso solitario e individual dificultan la gestión parental. Por esto, es necesario seguir avanzando en investigación que arroje luz acerca de como poder mejorar la gestión del uso de la tecnología por parte de los adolescentes. En nuestro caso, el estudio evidencia una relación positiva entre tres tipos de estrategias (restrictiva, modelado y estimulación) con el uso problemático del WhatsApp.

En el contexto español, un 51% de los adolescentes señalan que los padres limitan su uso de internet, y un 47,9% controlan su teléfono móvil (Golpe et al., 2017). Aunque la mayoría de padres prefieren una mediación activa a la restrictiva o tecnológica (Martínez et al., 2020), la restrictiva parece ser la más eficiente (Kirwil et al., 2009). En nuestro caso, encontramos una vinculación entre el nivel de restricción y el uso problemático de WhatsApp, es decir a menos restricción (por ejemplo, dormir con el móvil) más probabilidades de reportar un uso problemático de WhatsApp, sin poder valorar la causalidad.

Otra de las novedades del estudio es que examina la relación entre el uso problemático de WhatsApp entre adolescentes y el modelado (ejemplo de los propios padres) y la estimulación (número de móviles gozados). El modelado parental es una de las siete estrategias que emergieron de un estudio con padres de alumnos de Educación Primaria (Bartau-Rojas et al., 2018) que consiste en comprender la importancia de instruir y enseñar mediante el ejemplo. En este sentido, asumimos que el modo en como los padres usen el WhatsApp y el móvil afectará el uso de sus hijos. Aunque el porcentaje de padres que cenan usando el móvil es bajo (17%), existen una relación positiva con el uso problemático de WhatsApp de sus hijos e hijas. Finalmente, este estudio examina la estimulación, entendida como una estrategia indirecta e inconsciente que explica como el número de móviles gozados puede llevar a un mayor uso, y consecuentemente a más probabilidades de un uso problemático. En este caso, nuestro estudio confirma la relación entre número de móviles gozados y el uso problemático de WhatsApp. Los estudiantes que han gozado de más móviles son los que reportan mayor uso problemático, sin de nuevo poder comprender la causalidad. Nuestros resultados están en consonancia con Castillo y Ruiz-Olivares (2019) quienes encontraron una relación positiva entre haber gozado de más de dos móviles con un uso problemático de éstos.

Limitaciones y prospectiva

Aunque la contribución de nuestro estudio es triple en el avance de la investigación del papel educativo de los padres y el uso problemático de la tecnología por parte de los adolescentes, primero, examinando la relación entre mediación parental y WhatsApp ignorada en la literatura; segundo, añadiendo dos estrategias muy poco exploradas como son el modelado y la estimulación; y tercero, usando las voces de los propios adolescentes para comprender el papel educativo de los padres, este estudio no está exento de limitaciones.

Entre ellas debemos destacar, primero, la falta de causalidad. El estudio no permite conocer si los padres que usan una estrategia más restrictiva es fruto ya de un uso problemático de sus hijos, o bien, si los padres que perciben que sus hijos tienen la habilidad de controlar y regular su uso a internet, imponen menos reglas (Padilla-Walker y Coyne, 2011). Por lo tanto, el estudio es incapaz de observar el dinamismo en la mediación parental, que muy a menudo se ha presentado como un conjunto de reglas o estrategias preconcebidas que se implementan o no, pero que pensamos que se define mejor por un proceso dinámico basado en la interacción diaria entre padres y adolescentes (Symons et al., 2017).

En segundo lugar, la variable principal del estudio, uso problemático con el WhatsApp se basa en un solo ítem auto-reportado. Sería muy valioso en futuras investigaciones poder usar escalas validadas. Una opción podría ser adaptar escalas ya validades del uso problemático con el teléfono móvil (Bianchi y Phillips, 2005; Billieux, Van Der Linden y Rochat, 2008; López-Fernández, Honrubia-Serrano y Freixa-Blanxart, 2012) al uso problemático de WhatsApp.

Tercero, el estudio no examina otras variables sociodemográficas como podría ser el sexo, o el nivel educativo de los padres que podrían resultar de gran interés (Golpe et al., 2017). Algunos estudios, por ejemplo sugieren que el hecho de ser chica esta relacionado con un uso problemático del móvil (Castillo y Ruiz-Olivares, 2019).

Cuarto, usar las propias "voces" de los adolescentes es una de las novedades del estudio, pero puede ser a la vez una limitación, ya que si los padres tienden a sobrestimar su papel educativo, los adolescentes tienden a subestimarlo (Martínez et al., 2020). Asimismo, cabe destacar que habitualmente, no se observa el mismo estilo educativo por ambos padres de forma coherente y consistente a lo largo del tiempo, pudiendo ser en muchos casos la coincidencia anecdótica.

Quinto, desconocemos la posible influencia del tutor en el aula en el momento de contestar la encuesta. Algunos estudiantes se pueden haber sentido vulnerables por el hecho de percibir que su tutor, ya sea paseando por el aula, podría ver alguna de sus respuestas.

A pesar de todas estas limitaciones, esta investigación aporta nuevas evidencias sobre la importancia del papel educativo de la familia en la gestión y uso de la tecnología por parte de los adolescentes, apuntando a la necesidad de seguir profundizando en los nuevos retos y papel educativo padres ante la era digital.

En futuras investigaciones sería idóneo analizar la relación entre el uso problemático de WhatsApp y variables como la ansiedad y/o la disfunción en el día a día a causa de usar o no poder usar la aplicación. En un futuro, sería muy interesante también comprender la influencia del género en el uso problemático de WhatsApp. Pensamos también que sería muy necesario un estudio que contrastase a la vez las voces de los progenitores y los hijos en relación a la mediación parental de los progenitores.

Siendo conscientes de las limitaciones expuestas del estudio, hay posibles implicaciones para las familias contemporáneas. La mediación parental parece tener su peso. Por lo tanto, sería interesante ofrecer herramientas para que las propios padres y madres conozcan cuál es su propia estrategia de mediación parental, y que otras alternativas existan.

El uso problemático del WhatsApp y del teléfono móvil parece ser un problema entre un porcentaje nada despreciable de adolescentes. Son edades muy frágiles, y por lo tanto, sería bueno ofrecer a los jóvenes espacios de reflexión sobre su propio uso, y en la medida de lo posible, suavizar el malestar que puede generar.

Reconocimientos

Los autores quieren agradecer a todos los responsables directos de los centros participantes en el estudio. Todos los autores declaran que no han recibido apoyo económico alguno para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de interés.

Referencias

- Agar, J. (2013). Constant touch: A global history of the mobile phone. London, UK: Icon Books.
- Bartau-Rojas, I., Aierbe-Barandiaran, A. y Oregui-González, E. (2018). Mediación parental del uso de Internet en el alumnado de Primaria: Creencias, estrategias y dificultades. *Comunicar*, *54*, 71–79.
- Berríos, L., Buxarrais, M.-R. y Garcés, M.-S. (2015). Uso de las TIC y mediación parental percibida por niños de

- Chile. Comunicar, 23, 161–168. doi:10.3916/C44-2015-17.
- Besolí, G., Palomas, N. y Chamarro, A. (2018). Uso del móvil en padres, niños y adolescentes: Creencias acerca de sus riesgos y beneficios. *Aloma: Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 36, 29–39.
- Bianchi, A. y Phillips, J. G. (2005). Psychological predictors of problem mobile phone use. *CyberPsychology & Behavior*, 8, 39–51.
- Billieux, J., Van Der Linden, M. y Rochat, L. (2008). Problematic Mobile Phone Use Questionnaire (PMPUQ). *APA PsycTests*. doi:10.1037/t75370-000.
- Carbonell, X., Fúster, H., Chamarro, A. y Oberst, U. (2012). Adicción a internet y móvil: Una revisión de estudios empíricos españoles. *Papeles Del Psicólogo*, 33, 82–89.
- Castillo, M. y Ruiz-Olivares, R. (2019). La percepción de riesgo y su relación con el uso problemático del teléfono móvil en adolescentes. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 168, 21–34. doi:10.5477/cis/reis.168.21.
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (2015). Barómetro de Marzo 2015. Estudio nº 3057. http://datos.cis.es/pdf/Es3057mar_A.pdf.
- Chatterjee, S., Palmer, L. y Goetz, J. (2012). Individual wealth accumulation: Why does dining together as a family matter? *Applied Economics Research Bulletin*, 8, 1–22.
- Chng, G. S., Li, D., Liau, A. K. y Khoo, A. (2015). Moderating effects of the family environment for parental mediation and pathological internet use in youths. *CyberPsychology & Behavior*, 18, 30–36.
- Chóliz, M., Villanueva, V. y Chóliz, M. C. (2009). Ellas, ellos y su móvil: Uso, abuso (¿y dependencia?) del teléfono móvil en la adolescencia. Revista Española de Drogodependencias, 34, 74–88.
- Condeza, R., Herrada-Hidalgo, N. y Barros-Friz, C. (2019). Nuevos roles parentales de mediación: Percepciones de los padres sobre la relación de sus hijos con múltiples pantallas. *El Profesional de La Informacón*, 28, e280402. doi:10.3145/epi.2019.jul.02.
- Eisenberg, M. E., Olson, R. E., Neumark-Sztainer, D., Story, M. y Bearinger, L. H. (2004). Correlations between family meals and psychosocial well-being among adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158, 792–796.
- Fischler, C. (2011). Commensality, society and culture. Social Science Information, 50, 528–548. doi:10.1177/0539018411413963.
- García-Jiménez, A., López-de-Ayala López, M. C. y Montes-Vozmediano, M. (2020). Características y percepciones sobre el uso de las plataformas de redes sociales y dispositivos tecnológicos por parte de los adolescentes. ZER - Revista de Estudios de Comunicación, 25, 269–286. doi:10.1387/zer.21556.

- Garmendia Larrañaga, M., Casado del Río, M. Á. y Martínez Fernández, G. (2015). Parental mediation strategies in Spain: Predicting factors for different strategies. *Zer: Revista de Estudios de Comunicación*, 20, 13–27.
- Golpe Ferreiro, S., Gómez Salgado, P., Kim Harris, S., Braña Tobío, T. y Rial Boubeta, A. (2017). Diferencias de sexo en el uso de internet en adolescentes españoles. *Behavioral Psychology/ Psicologia Conductual*, 25, 129–146.
- Golpe, S., Gómez, P., Braña, T., Varela, J. y Rial, A. (2017). Relación entre el consumo de alcohol y otras drogas y el uso problemático de Internet en adolescentes. *Adicciones*, 29, 268–277. doi:10.20882/adicciones.959.
- Instituto Nacional de Estadística. (2018). Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares. https://www.ine.es/prensa/tich_2018.pdf.
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en hogares. https://www.ine.es/prensa/tich_2020.pdf.
- Kirwil, L., Garmendia, M., Garitaonandia, C. y Martínez Fernández, G. (2009). Parental mediation. En S. Livingstone y L. Haddon (Eds.), Kids online: Opportunities and risks for children (pp. 99–115). Bristol, UK: The Policy Press.
- Klemens, G. (2014). The cellphone: The history and technology of the gadget that changed the world. Jefferson, NC: McFarland & Company.
- Livingstone, S., Haddon, L., Görzig, A. y Ólafsson, K. (2011). EU kids online: Final report. London, UK: EU Kids Online, London School of Economics & Political Science.
- Livingstone, S. y Helsper, E. J. (2008). Parental mediation of children's Internet use. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 52, 581–599. doi:10.1080/08838150802437396.
- López de Ayala, M. C. y Ponte, C. (2016). La mediación parental de las prácticas online de los menores españoles: Una revisión de estudios empíricos. *Doxa Comunicación. Revista Interdisciplinar de Estudios de Comunicación y Ciencias Sociales*, 23, 13–46.
- López-Fernández, O. (2017). Short version of the Smartphone Addiction Scale adapted to Spanish and French: Towards a cross-cultural research in problematic mobile phone use. *Addictive Behaviors*, 64, 275–280. doi:10.1016/J.ADDBEH.2015.11.013.
- López-Fernández, O., Honrubia-Serrano, M. L. y Freixa-Blanxart, M. (2012). Adaptación española del "Mobile Phone Problem Use Scale" para población adolescente. *Adicciones*, 24, 123-130. doi:10.20882/adicciones.104.
- Malvini Redden, M. y Way, A. K. (2016). "Adults don't understand": Exploring how teens use dialectical frameworks to navigate webs of tensions in online life. *Jour*nal of Applied Communication Research, 45, 21–41. doi:10.1 080/00909882.2016.1248465.

- Martínez, G., Casado, M. Á. y Garitaonandia, C. (2020). Estrategias online de mediación parental en contextos familiares de España. *Comunicar*, 28, 67–76. doi:10.3916/C65-2020-06.
- Masip, M. y Balagué, I. (2015). El uso del teléfono móvil en España. Barcelona: Instituto Psicológico Desconect@.
- Montag, C., Błaszkiewicz, K., Sariyska, R., Lachmann, B., Andone, I., Trendafilov, B.,... Markowetz, A. (2015). Smartphone usage in the 21st century: Who is active on WhatsApp? *BMC Research Notes*, 8, 331. doi:10.1186/ s13104-015-1280-z.



ADICCIONES 2024 ■ VOL. 36 ■ N. 2 ■ PÁGS. 189-198 www.adicciones.es



ORIGINAL

Chemsex en Barcelona: Estudio cualitativo sobre factores asociados a la práctica, percepción del impacto en salud y necesidades de prevención

Chemsex in Barcelona: A qualitative study of factors associated with the practice, the perception of the impact on health and prevention needs

Juan M. Leyva-Moral*, Mariela Aguayo-González*, Rubén Mora**, Luis Villegas**, Rebeca Gómez-Ibáñez*, Olga Mestres-Soler*, Rubén Maldonado-Alia*, Nicolas Lorente***, Cinta Folch****.

- * Universitat Autònoma de Barcelona, Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina. Cerdanyola de Valles, España.
- ** Stop Sida. Barcelona, España.
- *** Laboratoire de recherche communautaire, Coalition PLUS, Pantin, France.
- **** Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Badalona, España.
- ***** Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España.

Resumen

El chemsex se define como el uso de drogas psicoactivas con el objetivo de mantener relaciones sexuales entre hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH), por un largo periodo de tiempo. El objetivo de este estudio cualitativo exploratorio es describir la práctica del chemsex desde la perspectiva de los usuarios, determinar los principales factores asociados a su práctica, la percepción del impacto en su salud y establecer necesidades de prevención. Se obtuvieron los datos mediante técnicas conversacionales: 12 entrevistas semiestructuradas y 3 grupos focales. El análisis cualitativo se centró en tres áreas temáticas: factores asociados a la práctica de chemsex, impacto del chemsex en la salud y necesidades prevención y reducción de riesgos. La muestra intencionada fue conformada por hombres GBHSH con una edad media de 40,1 años, 78% nacidos en España, y 68% con estudios universitarios finalizados. Los resultados del estudio ponen de manifiesto que la práctica de chemsex debe comprenderse como multifactorial y multicausal, y asociada al contexto sociocultural. La satisfacción sexual, del aumento de la libido y de la búsqueda de placer más intenso se identifican como factores clave entre las personas que lo practican. Sigue existiendo miedo en estos hombres a ser juzgados, incluso por los especialistas que pueden carecer de conocimiento o formación. Es necesario un reanálisis y replanteamiento de las intervenciones y políticas dirigidas hacia esta población, poniendo el foco de acción en la toma de decisiones compartidas, el autocuidado, la competencia cultural y la humanización del cuidado.

Palabras clave: chemsex, salud sexual, investigación cualitativa

Abstract

Chemsex is defined as use of psychoactive drugs with the aim of having sexual relations between gay men, bisexuals and men who have sex with men for a long period of time. To study this phenomenon, this qualitative descriptive study was proposed with the objective of describing the practice of chemsex from the perspective of users, to determine the main factors associated with its practice, the perception of the impact on their health and to establish prevention needs. Data were obtained using conversational techniques: 12 semi-structured interviews and 3 focus groups. The purposive sample was made up of GBMSM with a mean age of 40.1 years, 78% born in Spain, and 68% with completed university studies. The qualitative analysis focused on three thematic areas: factors associated with the practice of chemsex, the impact of chemsex on health, and prevention and risk reduction needs. It is concluded that the practice of chemsex should be understood as multifactorial and multicausal, associated with the sociocultural context. Sexual satisfaction, increased libido and the search for more intense pleasure are identified as key factors among people who practice it. These men are still scared of being judged, even by specialists who may lack knowledge or training. A reanalysis and rethinking of the interventions and policies directed towards this population is necessary, putting the focus of action on shared decision-making, self-care, cultural competence and the humanization of care.

Keywords: chemsex, sexual health, qualitative research

■ Recibido: Enero 2022; Aceptado: Septiembre 2022.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Juan M. Leyva-Moral. Universitat Autònoma de Barcelona, Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina. Avda. Can Domènech s/n. Edificio M. Despacho M2-213. Bellaterra, 08193. E-mail: Juanmanuel.leyva@uab.cat

n el contexto español se define el chemsex como el "uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales por un período largo de tiempo (que puede durar varias horas hasta varios días)" (Fernández-Dávila, 2016a: 44) especialmente entre hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH) (Bourne, Reid, Hickson, Torres-Rueda, y Weatherburn, 2015; Weatherburn, Hickson, Reid, Torres-Rueda y Bourne, 2017). Sin embargo, no existe una definición consensuada y aceptada internacionalmente (Ministerio de Sanidad, 2020a). El objetivo principal de la práctica es facilitar, iniciar, prolongar, mantener e intensificar los encuentros sexuales (Bourne et al., 2015; Public Health England, 2015). Aspectos como el aumento de la libido, confianza, desinhibición, sentirse más atractivo y aumento de las sensaciones físicas también han sido identificados como factores motivadores de la práctica del chemsex (Weatherburn et al., 2017). El chemsex se puede practicar en espacios tales como fiestas privadas de sexo (sesiones de uno-a-uno, tríos, sexo en grupo) y/o locales comerciales donde se practica sexo (saunas, sex-clubs) (Fernández-Dávila, 2016a, 2016b). El concepto 'chemsex' está construido socialmente en base a las preferencias de los usuarios y de la disponibilidad y popularidad de determinadas drogas; por tanto, las características definitorias vienen determinadas por el contexto socio-cultural y el tiempo de consumo (Benotsch, Lance, Nettles y Koester, 2012).

La prevalencia del chemsex aparece en la literatura con cifras muy variadas que oscilan entre el 3% hasta el 29% de los HSH (Druckler, van Rooijen y de Vries, 2018; Frankis, Flowers, McDaid y Bourne, 2018; Glynn et al., 2018; Hammoud et al., 2018; Hegazi et al., 2017; Pakianathan et al., 2018; Rosińska et al., 2018) y siendo las sustancias mayormente consumidas la metanfetamina, mefedrona y GHB/GBL en contextos anglosajones (Druckler et al., 2018; Frankis et al., 2018; Glynn et al., 2018; Hegazi et al., 2017; Melendez-Torres, Hickson, Reid, Weatherburn y Bonell, 2016; Pakianathan et al., 2018).

El hecho de que haya ido extendiéndose y haciéndose más visible su uso e impacto, ha llevado a que se aborde el chemsex como un fenómeno que convive con otras conductas sexuales y de consumo en este colectivo (Folch et al., 2015; Ministerio de Sanidad, 2020b; Soriano, 2017). En países como Estados Unidos en los que el uso de la metanfetamina entre los GBHSH no es nada nuevo, se ha convertido en un problema de salud pública (Halkitis, Parsons y Stirratt, 2001; Worth y Rawstorne, 2005). En el Reino Unido, la administración de estas sustancias vía endovenosa (slam/slamming) ha aumentado de forma alarmante en los últimos años, evidenciando importantes consecuencias biopsicosociales tales como una rápida adicción, gran dificultad para tener relaciones sexuales de manera sobria, alto riesgo de infección por el VIH y el VHC, o adquisición de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) (Gilbart et al.,

2015; Hegazi et al., 2017; Petersson, Tikkanen y Schmidt, 2016; Rogstad, 2016). Asimismo, la práctica del chemsex se ha asociado con sobredosis, intentos de suicidio, elevada adicción, problemas de salud mental, menor rendimiento profesional o académico, interferencias en la vida social y afectiva y problemas legales y económicos (Ministerio de Sanidad, 2020b).

Dada la subjetividad asociada a la práctica del chemsex y su evidente relación con el contexto en el que se desarrolla, se hace necesario explorar el fenómeno desde la perspectiva de los hombres GBHSH que lo practican. De este modo se obtendrá información actualizada, realista y contextual que resulta crucial para la comprensión del fenómeno y así poder identificar aspectos importantes para la gestión de posibles intervenciones en salud. En consecuencia, el objetivo de este estudio es describir la práctica del chemsex desde la perspectiva de los usuarios para profundizar en la comprensión de los factores asociados a la práctica, la percepción del impacto en la salud y las necesidades de prevención.

Método

Estudio cualitativo descriptivo al cual se invitó a participar a GBHSH usuarios de chemsex mediante muestreo intencionado, a través de la ONG Stop Sida (Barcelona) y por usuarios de chemsex formados como voluntarios e integrados en la comisión de ChemSex Support de Stop Sida.

Stop Sida es una organización de base comunitaria que aborda la salud sexual desde y para la comunidad LGT-BI+ desde 1986. En el 2015 se creó el Servicio ChemSex Support con un equipo de profesionales LGTB (psicólogos, trabajadores sociales y agentes comunitarios) dando respuesta a las necesidades demandadas por los usuarios que acudían a la entidad. En este servicio de ámbito estatal se ofrece, tanto presencialmente como por videollamada, atención psicológica individual o grupal, además de atención sociolaboral. Desde 2020 se forma en el abordaje del chemsex y de la promoción de la salud sexual a usuarios del servicio, pasando a ser estos voluntarios de la entidad e incorporándose en los órganos de toma de decisiones de la ONG. Estos voluntarios ofrecen información sobre reducción de riesgos, acompañamiento en la gestión del chemsex, actividades de ocio y espacios de intercambio de experiencias y soporte emocional. Durante el año 2020 se formó en el abordaje del chemsex a 112 profesionales de la salud, se ofreció información entre pares a 214 usuarios, se atendió psicológicamente a 88 nuevos usuarios de chemsex (1.572 intervenciones individuales) y se formó como voluntarios a 10 usuarios del servicio.

Los datos se recogieron mediante dos técnicas conversacionales: entrevistas semiestructuradas y grupos focales (GF) realizados en diciembre de 2020, con una duración aproximada de 80 minutos. Las preguntas del guion de en-

trevista (tabla 1) y las áreas a explorar durante los GF (tabla 2) se construyeron en base a las necesidades del equipo investigador; fueron consensuadas y verificadas por el equipo antes de comenzar la recogida de datos (Polit y Beck, 2017).

Las entrevistas y GF las realizaron dos técnicos con experiencia previa en el tema en una sala privada y segura, acomodada para tal fin en las instalaciones de Stop Sida. En los GF, un investigador moderó la sesión y otro se limitó a observar y anotar detalles no verbales, contradicciones, consensos, etc., que sucedían durante la misma (Krueger y Casey, 2015). Todas las conversaciones fueron audio grabadas y transcritas literalmente inmediatamente después. La participación en el estudio fue voluntaria y también su retirada. Los participantes recibieron un incentivo de 25€ al finalizar su participación. Se obtuvo consentimiento informado escrito una vez explicados los detalles del estudio y solucionadas las posibles dudas. Los datos fueron custodiados en un espacio digital seguro, teniendo únicamente acceso a ellos el equipo investigador. No se registraron datos que pudieran revelar la identidad de los participantes.

Los datos se analizaron en paralelo por dos investigadores (JLM y MAG) siguiendo el método del análisis temático del contenido propuesto por Braun y Clarke (2012). Este método utiliza seis pasos cuyas características principales se resumen en la tabla 3.

Tabla 1 *Guion de las entrevistas semiestructuradas*

- 1. ¿Qué significa el chemsex para ti? Cuéntame.
- ¿Qué efectos buscas con el consumo de las drogas durante tus relaciones sexuales?
- 3. ¿Qué impacto tiene para ti la práctica del chemsex en tu vida?
- ¿A qué edad tuviste sexo bajo la influencia de las drogas por primera vez? ¿Qué te llevó a iniciarte? Personas significativas, fuente, lugares...
- 5. ¿Cómo consigues las drogas?
- 6. ¿Cuál dirías que es el motivo por el cual realizas chemsex? ¿Qué beneficios le encuentras? ¿Y desventajas?
- 7. ¿Qué momentos, situaciones o factores crees que lo favorecen más? ¿Y cuáles lo dificultan?
- 8. ¿Te preocupa tu consumo de drogas? ¿Por qué?
- ¿En qué aspectos? (estudios, situación laboral, apariencia física, ingresos económicos, relaciones con amigos, familiares, pareja, proyecto de vida... problemas con tu jefe, autoridades).
- 10. ¿Has hablado con alguien sobre el chemsex? ¿Con quién? ¿Qué te facilita hablar sobre el chemsex y qué te lo dificulta?
- 11. ¿Hay algo que te preocupe en términos de salud mental y consumo? Háblame de ello, por qué, qué necesitas...
- 12. Actualmente, si piensas en consultar con un profesional por algún problema de salud mental ¿Qué te llevaría a hacerlo? ¿Dónde irías? ¿Por qué?
- 13. ¿Consideras que tienes suficiente información para gestionar placeres y reducir riesgos en la práctica del chemsex? ¿Por qué?
- 14. ¿De dónde sueles obtener esa información? ¿La contrastas de alguna forma?

Se utilizó el programa informático Atlas.ti® para analizar los datos. Se incluyeron fragmentos literales de las entrevistas para ilustrar los hallazgos. Se realizaron entrevistas hasta que los datos resultaron repetitivos, es decir, cuando se alcanzó la saturación de los datos (Saunders et al., 2018). Una vez obtenida la primera versión de los resultados, estos fueron discutidos y consensuados por el grupo en varias sesiones de discusión. El estudio fue aprobado y financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Tabla 2 Áreas exploradas en los grupos focales

- 1. Motivaciones para la práctica de chemsex.
- 2. ¿Qué sucede en un chill?
- 3. ¿Qué es lo mejor y lo peor del chemsex?
- 4. Iniciarse de la práctica de chemsex.
- 5. Gestión de la práctica de chemsex. Inicio, fin y posibles complicaciones.
- Días posteriores a la práctica de chemsex. Gestión emocional, social y física.
- 7. Chemsex e identidad gay.
- 8. Gestión del VIH y otras ITS.
- 9. Atención sanitaria.

 Tabla 3

 Características metodológicas del análisis temático

Paso	Acciones necesarias
Familiarización con los datos	- Transcripción de los datos. - Lectura y relectura de los textos. - Identificación de ideas iniciales.
Codificación	 De forma sistemática codificar los fragmentos relevantes de todo el texto. Cotejar los contenidos relevantes de cada código.
Categorización	- Agrupar códigos por similitudes.
Revisión de las categorías	 Revisar si las categorías se relacionan con los códigos asignados y con la totalidad de los datos. Realizar un mapa de categorías.
Definición y nombre de las categorías	 - Análisis dinámico para refinar especificidades de cada categoría y del producto analítico final proporcionando una definición clara y un nombre de cada categoría.
Escritura del informe	 Selección de extractos significativos ejemplificantes. Relacionar los hallazgos con la pregunta de investigación para proceder a la escritura del informe final.

Resultados

Se realizaron 12 entrevistas individuales y 3 grupos focales con 5, 5 y 8 participantes respectivamente. Se trata de una muestra de hombres usuarios de chemsex que se identificaron como GBHSH de una edad media de 40,1 años, 78% nacidos en España, 68% con estudios universitarios finalizados, 81,8% en situación laboral activa con ingresos medios mensuales netos de 1.483,33 euros, en su mayoría viviendo de forma independiente (54,54%). En las últimas 4 semanas los participantes referían haber acudido a una media de 6,08 *chills* (sesiones en las se practica chemsex), en los que las sustancias mayormente consumidas fueron Metanfetamina [Tina] (77,27%), gamma hidroxibutirato [GHB, G, chorri, bote] (81,81%) y Ketamina (27,27%).

Factores asociados a la práctica de chemsex

El acceso a las sustancias se describe como una práctica de fácil acceso. Solo requiere tener el contacto adecuado que suministre las mismas. Habitualmente, estos contactos son conocidos de amigos que también consumen. Otra opción extendida es conseguir las sustancias en el propio *chill*, al cual antes de acudir se sabe que se podrá obtener la sustancia.

Voy a un chill y aporto mi dinero, pero no llevo mis cosas [drogas] sino a través de un contacto. Ahora ya tengo amigos que se dedican a ello y que venden sustancias (P3).

A cualquiera que preguntes "oye, ¿tienes tal?" ... tengo mis contactos y nada, es llamar, quedar, comprar y ya. Es muy fácil, súper fácil, simplemente es venga, quiero eso y ya está (P8).

Los participantes coinciden en indicar que la curiosidad y el morbo de probar cosas nuevas aparece como una de las causas principales para iniciarse en el chemsex. La gran mayoría ya habían consumido drogas previamente en espacios de ocio nocturno, pero no asociados a sexo. De forma casual se presenta la oportunidad y se generan altas expectativas de obtener placer máximo. Es una acción de curiosidad, mediada también por la presión del grupo ya que "si todos lo hacían yo también quería probar" (P7) o como dice P8, "Vino al principio a lo tonto. Quedas con amigos, y te dicen "tienes que probar esto" y dices "bueno va". Fue algo en plan social, sociable, entre amigos (P8)".

La homofobia experimentada por algunos de los participantes, y en muchos casos interiorizada, se asocia a la dificultad de poder iniciar una sexualidad plena en tiempos pasados. Es habitual haber frecuentado saunas, zonas de cruising antes de iniciarse en chemsex, como dice P1 "era algo oculto". La práctica del chemsex se describe como algo propio de hombres GBHSH, llegando a ser identitario del colectivo para muchos de los informantes. No descartan que las personas heterosexuales puedan practicarlo, pero

no de un modo tan visible, intenso y frecuente como entre hombres GBHSH.

Cosas como el cruising nacieron por el hecho de que los homosexuales nos teníamos que esconder; entonces han generado unos hábitos como un cuarto oscuro en que la posibilidad de esconder tu identidad favorecía el encuentro sexual. El no tener saneado el hecho de ser gay podría traer tener algo que ver porque cuando tienes una relación o cuando sabes que estás haciendo algo que estoy condenado socialmente sin duda hay un tema interno con la culpa que no está claro y eso puede ser en relación porque en los chills no me condena nadie (P1).

Yo creo que es parte de las saunas, de los sitios, así como del ambiente. Yo creo que el consumo de drogas para follar es como que sí, yo me lo he encontrado en los sitios así gay, en las saunas, fiestas. No me he encontrado nunca una fiesta de heterosexuales que practiquen chemsex, la verdad, como tal, que se droguen y follen si, que lo hagan como con conciencia no (P2).

Las personas que hemos tenido una infancia de mierda y nos han machacado por nuestra sexualidad. Este tipo de personas a veces buscamos desinhibirnos, y las drogas es el camino fácil... si has tenido todos estos problemas, te crees inferior, y tienes una inseguridad de la ostia que por supuesto se extrapola al sexo. Entonces, cuando tomas sustancias, te desinhibes y además te sientes seguro y entonces experimentas un sexo más placentero y cuando consumes, el sexo se siente más potente (GF3).

El descontento con el propio cuerpo, la timidez, las dificultades para socializar en ambientes de ocio, el deseo de mostrar poder y hombría contribuyen en el inicio de la práctica del chemsex. Las drogas permiten a los informantes socializar con facilidad en un contexto en el que perciben como seguro al no ser juzgados por su aspecto físico. Se sienten seguros al saber que los *chills* son espacios donde disfrutar del sexo y donde conectar con los otros de un modo más personal. Además, las drogas les proporcionan la capacidad de realizar sexo más duradero, incluso incorporando prácticas que sin ellas les resultaría difícil implementar (como, por ejemplo, el *fisting*).

La novedad; cuando eres joven y descubres tu sexualidad pues luego ya te haces más mayor y esto decae y tú quieres siempre estar arriba y también pues que cuando sales de fiesta cuando eres joven con dos cubatas y luego pues cuando tienes 27 pues no y buscas otras alternativas y fijate que yo era muy antidroga pues nada, llega momento en el que dices joder que tengo 27 años, si no lo pruebas ahora! (GF1).

Consumo para tener seguridad. Para mí las prácticas sexuales no cambian, excepto el fist porque dilato muchísimo (GF3).

Mi inseguridad va conmigo de la mano. A veces pienso "que bien que me puedo follar a este pibonazo, que va colocadísimo" y lo atribuyo a que acepta estar conmigo porque va así (GF2).

Entre los participantes con el VIH, el diagnóstico también marcó un antes y un después en sus vidas y en el inicio de la práctica. Tiempo después, una vez alcanzada la indetectabilidad, describen ese momento como una liberación ya que sabían que ya no podían infectarse ni infectar a otros. Además, el chemsex les permitía interactuar y obtener placer en un entorno en el que no serían juzgados.

En ese momento llegó a mi vida el VIH, yo me sentía la bomba atómica. El chemsex fue el espacio donde yo no tenía que dar explicaciones a nadie, de si era positivo o no; lo entendía todo el mundo, nadie preguntaba. Yo me metí por no pensar, por no dar explicaciones de algo que no estaba preparado para dar en ese momento (GF2).

Cuando me lo encontraron [VIH] fue una liberación absoluta. Dije ya estoy libre, ya estoy indetectable y medicado pues a disfrutar de la vida, con el sexo y con las drogas. Sí, fue una liberación (GF3).

Impacto del chemsex en la salud

El cansancio físico destaca como la principal complicación. Este aparece tras varias noches sin dormir, el consumo continuado de drogas y la práctica de sexo. Los participantes describen esta situación como agotamiento extenuante. Al día siguiente, se sienten sin fuerza física para afrontar las responsabilidades familiares, sociales o laborales, hecho que tiene un impacto directo en sus relaciones sociales llevándolos en muchos casos al aislamiento. El chemsex también impacta a nivel emocional, ya que la labilidad emocional tras el *chill* es habitual, así como los cambios de humor.

Lo más duro es cuando estoy cansado tengo que trabajar o aparentar que estoy bien y me cuesta mucho, el tema cansancio. Antes tenía bajones emocionales; si yo estoy tres días de fiesta, al día siguiente no voy a ir a trabajar ni en coña, sé que voy a estar durmiendo todo el día, voy a estar descansando, no me va a apetecer moverme de la cama (P2).

Muchas veces empiezas el viernes y acabas domingo por la tarde sin apenas dormir, con lo cual implica cansancio al día siguiente, no estas con la cabeza centrada y el coste de oportunidad, si dedicas el tiempo a esto lo quitas a amigos y familia (P3).

Con la familia, los amigos, preguntas que te pasa, estás apático, ¿estás bien? Preguntan. Cuanta más fiesta más bajón (P6).

Algunos participantes son conscientes de su propio proceso de negación ante el patrón de consumo o pérdida de control, especialmente con la Tina. Son conscientes que el chemsex acaba ocupando un papel relevante en sus vidas y eso les genera ansiedad cuando reflexionan acerca de ello.

Hay mucha negación en cuanto al autocontrol del consumo de Tina. Hay algo muy bestia o sea hay muchas reacciones y lo que pasa es que niegas y no controlas. Eso te hace vulnerable, entonces es un peligro sobrevenido porque estás negando la acción que está atravesando en tu vida (P1).

Estar preocupado siempre por este tema, porque hablas con amigos y dices, joder, realmente noto que estoy enganchado (P8).

Otras complicaciones emocionales identificadas en los discursos, hacen referencia a la apatía, el aislamiento, la dificultad de concentración y comprensión, la frustración, soledad y tristeza. También sufren por el miedo a sentirse juzgados fuera del contexto del chemsex, especialmente en el entorno sanitario, o no ser capaces de controlar el consumo, culpa y arrepentimiento.

Que me vayan a juzgar, por eso lo escondo... lo escondo y me hincho a porros, y eso es lo peor porque al final no me dejo ayudar, y conforme pasa el tiempo más vulnerable estoy y cada vez me drogo más y cada vez me siento más triste, más solo (GF3).

Yo siempre he tenido mucho miedo de ir ahí [unidad dependencia drogas] porque no sabía si la persona me iba a atender sin ser juzgado (GF1).

Los participantes describen haber experimentado mayor incidencia de ITS secundarias a la práctica de chemsex. Indican que las infecciones son más frecuentes y en ocasiones recurrentes; como consecuencia, los controles de salud sexual han aumentado y tienen la percepción de tener más control de su propia salud sexual.

Ha aumentado la frecuencia con que puedo pillar alguna ETS. Y las he pillado, unas cuantas, con alguna frecuencia, otras afortunadamente no, pero yo creo que, así en el menú de las ETS, las he pasado la mayoría. Sí, algunas más de una vez (P10).

Yo creo que ha servido para mejor, porque por ejemplo llevaba 3 años sin hacerme análisis de sangre y ahora que he vuelto un poco a tal, he vuelto a hacerme análisis de sangre, como que me he preocupado por la vida sexual que tenía, antes me daba igual (P2).

El impacto económico es importante dado el precio y la frecuencia de consumo. En función de los ingresos económicos los gastos derivados del consumo pueden interferir en el mantenimiento de actividades de la vida diaria básicas como la vivienda o la alimentación. Los participantes adoptan estrategias individualizadas para conseguir precios más asequibles.

Tengo varios camellos, pregunto precios, contactos y compro directamente (P4).

Lo que pasa siempre, cuando tienes un consumo elevado acabas obteniendo favores con el dealer, o terminas cambiando de dealer por el precio. Entonces cuánto me gasto, realmente no lo estoy calculando porque no quiero saberlo; entre lo que gano y lo justo que voy para el alquiler y la comida, no quiero el número (P1).

Necesidades prevención y reducción de riesgos

Después de las sesiones de chemsex se describe una sensación de resaca importante que en la mayoría de las ocasiones se gestiona mediante el descanso, alimentación moderada y la hidratación. Es habitual permanecer varias noches sin dormir, especialmente las del fin de semana, sin embargo, los participantes refieren controlar esa situación poniendo límite al número de noches sin dormir (habitualmente no más de dos). Se observan también acciones de autocuidado previas a la práctica del chemsex, principalmente para prevenir complicaciones relacionadas con la hipoglucemia, la hipotensión y la deshidratación.

Es una cuestión de hacer una rehidratación intensiva e intentar regular de nuevo los círculos circadianos, el descanso, y dentro de eso, en unos pocos días se vuelve normal (P10).

Entonces, como que, para mí, es súper importante dormir. Intento no pasar, una noche sin dormir, vale, pero dos no. Y esto lo he estado haciendo últimamente, de estar dos noches sin dormir y me ha sentado fatal (P12).

El sábado íbamos al supermercado y comprábamos bebidas isotónicas para no deshidratarnos y refrescos de cola para que no nos baje la tensión y como con la tina a veces no te dan ganas de comer yo compraba potitos de bebé de estos que llevan yogur para mejorar la flora bacteriana (GF1).

La información sobre las drogas se obtiene por diversas fuentes de forma autónoma y contrastada. Suele ser a través de una amistad que se obtienen las primeras indicaciones para la práctica. Se consulta en Internet sobre los efectos, vías de administración y efectos secundarios de las sustancias a consumir. También se recurre a entidades comunitarias que ayudan a través de prácticas de reducción de riesgos y a otras entidades o especialistas para obtener ayuda para la gestión del consumo. Cabe señalar que la ayuda obtenida por los especialistas se describe como insatisfactoria dada la poca formación mostrada al respecto, sintiendo en alguna ocasión que ellos mismos tienen que explicar qué es el chemsex a los/las profesionales. Se observa cierto grado de desconocimiento de los servicios que las entidades comunitarias especializadas ofrecen sobre chemsex.

La información que yo busco, que son efectos secundarios, vías de administración, todo esto, ya lo miro de ahí, los efectos, el tiempo que tiene que pasar entre dosis y dosis, son las cosas que a mí me interesan de las drogas, pues, ya lo saco de ahí [Energy Control] (P2).

Pues mira, me encontré a un amigo, que me paró y me dijo mira, esto se hace así, tiene que ser mojado, te esperas un rato, ahora se seca, y así también se aprende. En el grupo igual, compartiendo información (P12).

Me facilita hablar el que la otra persona también consuma y sepa de lo que hablo, hablarlo con alguien que haga Chemsex; tengo más confianza que si viene una enfermera o lo que sea que por mucho que sea comprensiva te está juzgando (P3).

La búsqueda de ayuda aparece cuando se siente la necesidad de autogestionar la práctica, por los efectos secundarios o complicaciones o por consejo de algún conocido/a. Suele accederse a esta ayuda profesional a través de conocidos que han utilizado estos servicios o por iniciativa propia tras experiencias previas con alguna entidad de la que guardan buen recuerdo. Les resulta muy difícil hablar con sus amistades de su relación con las drogas y el sexo, especialmente entre aquellos que practican *slam*. Refieren sentirse estigmatizados y bajo la sombra del estereotipo que los años 90 dejaron del consumidor de heroína inyectada.

El hecho de ver que no gestiono bien el consumo, yo no lo puedo hablar con determinados amigos, con gente que también consume. Con amigos que no consumen no me sale hablarle. Iría a un profesional para ayudarme a gestionar y controlar (P6).

Necesito herramientas para poder gestionar todo esto y herramientas para gestionar tus afectos y tus emociones o tus frustraciones, y los deseos, los complejos, las dificultades (GF2).

Hay bastante prejuicio [slam]; por ser con una aguja se asocia a la heroína (P4).

Discusión

Este estudio cualitativo ha revelado que uno de los factores asociados a la práctica del chemsex es la facilidad de acceso a las sustancias y sus distribuidores, además de su frecuente consumo entre los GBHSH como si de una práctica identitaria se tratase. Este dato está en consonancia con los resultados de Ahmed et al. (2016), quienes ya indicaban que el uso de drogas entre los GBHSH era algo habitual y normalizado en el sur de Londres. Los participantes del estudio referirían que entre el 70 y 90% de los HSH del sur de Londres tomaba drogas y de los grupos focales se concluyó que las sustancias eran muy accesibles y que el número de distribuidores había aumentado considerablemente en los

últimos años, tanto en los clubs como en las aplicaciones de citas para HSH (Ahmed et al., 2016).

Las razones para iniciarse en el chemsex son diversas, destacando la curiosidad, el morbo, las expectativas de obtener un placer máximo, el aumento de la confianza y la intensificación de las sensaciones, hecho que coincide con otros estudios (Ahmed et al., 2016; Bui et al., 2018; Deimel et al., 2016; Hammoud et al., 2018; Prestage et al., 2018; Weatherburn et al., 2017). Una creencia sostenida por varios participantes de los grupos focales, pero informada solo por unos pocos entrevistados, era que la iniciación en el chemsex era típicamente el resultado de eventos estresantes de la vida, como la ruptura de una relación o la recepción de un diagnóstico de VIH positivo.

Este estudio muestra como muchos de los participantes refieren estar sin dormir por largos periodos de tiempo que llegan incluso a superar las 48 horas, con el consiguiente impacto en sus relaciones sociales y responsabilidades laborales y familiares. La evidencia muestra que los usuarios de metanfetamina describen dificultades para mantener las actividades sociales y el cumplimiento de las actividades diarias y redes sociales, con un impacto negativo en la salud mental, especialmente ansiedad y la depresión (Glynn et al., 2018; Hammoud et al., 2018). Este estudio ha mostrado que casi la mitad de los hombres destacaron el efecto negativo del chemsex en su empleo, en la capacidad para trabajar de manera eficaz y en su desarrollo profesional. Por lo general, informaron que se ausentaron del trabajo el día después de la práctica debido a la abstinencia de la/s sustancia/s al día siguiente, la falta de concentración y la disminución de la capacidad cognitiva, lo que afectó negativamente su desempeño. Se encontraron hallazgos similares en diferentes contextos, incluido también un aumento de las ausencias en el trabajo (Hegazi et al., 2017). En la misma línea, la evidencia indica un impacto negativo en la salud mental de las personas que practican chemsex, especialmente en términos de depresión, ansiedad, somatización (Berg, Amunsen y Haugstvedt, 2020; Bohn et al., 2020) y drogodependencia (Íncera-Fernández, Gámez-Guadix y Moreno-Guillén, 2021). Este dato subraya la necesidad de ofrecer servicios adecuados de salud mental; de hecho, la literatura indica que uno de cada cuatro usuarios de chemsex en Holanda, expresa la necesidad de servicios de salud mental específicos y culturalmente adaptados (Evers et al., 2020)

Los participantes de este estudio refieren haber adquirido más de una ITS, incluso en repetidas ocasiones, hecho que concuerda con evidencias disponibles las cuales asocian la práctica de chemsex con diagnósticos previos de ITS (Bourne et al., 2015); así, el elevado número de parejas sexuales durante las sesiones de chemsex hace aumentar sustancialmente el riesgo a adquirir una ITS. Además, la evidencia muestra que el sexo anal sin condón se asocia a la práctica de chemsex (Ahmed et al., 2016; Druckler et al., 2018; Frankis

et al., 2018; Glynn et al., 2018; Hoornenborg et al., 2018; Melendez-Torres et al., 2016; Ottaway et al., 2017; Pufall et al., 2016; Pufall et al., 2018; Reback, Fletcher y Swendeman, 2018), y con algunas prácticas sexuales extremas como el *fisting* (Ahmed et al., 2016; Frankis et al., 2018; Hegazi et al., 2017; Pakianathan et al., 2018). Otros estudios muestran asociación estadísticamente significativa entre la práctica de chemsex y el sexo anal sin condón, carga viral detectable de VIH, hepatitis C e ITS, aumentando la asociación entre las personas que practican *slam* (Pufall et al., 2018).

Este estudio indica que los participantes no se sienten cómodos con los servicios de salud especializados en materia de adicciones, dada la falta de formación experimentada en sus visitas con profesionales sanitarios. Datos europeos indican hallazgos similares, en los que los participantes no buscan ayuda especializada al creer que van a encontrar modelos de atención centrados en la enfermedad, hecho que les hace buscar ayuda en asociaciones especializadas LGTB con personal familiarizado con el tema (Bourne et al., 2015). Este dato ayuda a comprender por qué la demanda de los usuarios de chemsex no va dirigida exclusivamente a la deshabituación sino a la gestión autónoma y a la reducción de daños.

Este estudio presenta una serie de limitaciones que deben tenerse en cuenta. Una de ellas tiene que ver con la capacidad de generalización de los resultados. Debido a lo costoso de realizar un muestreo probabilístico, es difícil obtener una muestra representativa y, por lo tanto, generalizar los resultados cuantitativos. Sin embargo, los resultados que se obtengan del estudio cualitativo serán válidos para los GBHSH participantes, sus testimonios respecto a sus experiencias en el consumo de drogas son una muestra o reflejo, a raíz de los significados que se construyen y se comparten en la interacción social y sexual, de lo que les ocurre a muchos otros GBHSH que consumen drogas y practican chemsex. El diseño del estudio utiliza una triangulación de métodos que permite obtener una mayor validez de los resultados. Asimismo, la situación actual debido a la pandemia de COVID-19 puede haber influido en los resultados de este estudio por las restricciones implementadas durante este período de tiempo.

Este estudio concluye que la práctica de chemsex, como muchos otros fenómenos relacionados con la salud, debe comprenderse como multifactorial y multicausal, asociada al contexto sociocultural, por lo que a gestión del fenómeno debe de estar centrada y adaptada a las necesidades de cada usuario. Dada la particularidad del fenómeno, resulta crucial adentrarse en la comprensión de la satisfacción sexual, del aumento de la libido y de la búsqueda de placer más intenso en las personas que practican chemsex, ya que se identifican como factores clave entre las personas que lo practican. En consecuencia, en lugar de focalizarse solamente en el riesgo asociado al chemsex, se tiene que trabajar también sobre temas relacionados con el deseo, el morbo, la identidad y la

autoimagen, precisando así una comprensión transdisciplinar más allá de las ciencias biomédicas.

Sigue existiendo miedo a ser juzgados, incluso por los especialistas que pueden carecer de conocimiento o formación sobre chemsex, hecho que puede limitar el acceso a los servicios sanitarios. Asimismo, se observa una falta de fuentes de información profesionales accesibles y adaptadas a las necesidades de los participantes, hecho que lleva a la autoformación, enseñanza por pares y la autogestión del consumo. Es necesario un reanálisis y replanteamiento de las intervenciones y políticas dirigidas hacia esta población, poniendo el foco de acción en la toma de decisiones compartidas, el autocuidado, la competencia cultural y la humanización del cuidado, dejando de lado las actitudes paternalistas, la verticalidad y el cuidado centrado en la enfermedad.

Reconocimientos

Deseamos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas usuarias y voluntarias del servicio Chemsex Support de Stop Sida que participaron en este estudio compartiendo de forma voluntaria sus experiencias personales acerca del chemsex. Asimismo, agradecemos a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad por la financiación recibida para el estudio.

Conflicto de intereses

No se han identificado.

Referencias

- Ahmed, A. K., Weatherburn, P., Reid, D., Hickson, F., Torres-Rueda, S., Steinberg, P. y Bourne, A. (2016). Social norms related to combining drugs and sex ("chemsex") among gay men in South London. *The International journal on drug policy*, 38, 29–35. doi:10.1016/j.drugpo.2016.10.007.
- Benotsch, E. G., Lance, S. P., Nettles, C. D. y Koester, S. (2012). Attitudes toward methamphetamine use and HIV risk behavior in men who have sex with men. *The American Journal on Addictions*, 21, 35-42. doi:10.1111/j.1521-0391.2012.00294.x.
- Berg, R. C., Amundsen, E. y Haugstvedt, Å. (2020). Links between chemsex and reduced mental health among Norwegian MSM and other men: Results from a cross-sectional clinic survey. *BMC public health*, 20, 1785. doi:10.1186/s12889-020-09916-7.
- Bohn, A., Sander, D., Köhler, T., Hees, N., Oswald, F., Scherbaum, N.,... Schecke, H. (2020). Chemsex and mental health of men who have sex with men in Ger-

- many. Frontiers in psychiatry, 11, 542301. doi:10.3389/fpsyt.2020.542301.
- Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres-Rueda, S. y Weatherburn, P. (2015). Illicit drug use in sexual settings ('chemsex') and HIV/STI transmission risk behaviour among gay men in South London: Findings from a qualitative study. *Sexually Transmitted Infections*, *91*, 564-568. doi:10.1136/sextrans-2015-052052.
- Braun, V. y Clarke, V. (2012). Thematic analysis. En H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, y K. J. Sher (Eds.), APA Handbook of research in psichology. Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological (pp. 57-71). Chicago: American Psychological Association.
- Bui, H., Zablotska-Manos, I., Hammoud, M., Jin, F., Lea, T., Bourne, A.,... Maher, L. (2018). Prevalence and correlates of recent injecting drug use among gay and bisexual men in Australia: Results from the FLUX study. *The International journal on drug policy*, 55, 222–230. doi:10.1016/j.drugpo.2018.01.018.
- Deimel, D., Stöver, H., Hößelbarth, S., Dichtl, A., Graf, N. y Gebhardt, V. (2016). Drug use and health behaviour among German men who have sex with men: Results of a qualitative, multi-centre study. *Harm reduction journal*, 13, 36. doi:10.1186/s12954-016-0125-y.
- Druckler, S., van Rooijen, M. S. y de Vries, H. J. C. (2018). Chemsex among men who have sex with men: A sexualized drug use survey among clients of the sexually transmitted infection outpatient clinic and users of a gay dating app in Amsterdam, the Netherlands. *Sexually Transmitted Diseases*, 45, 325-331. doi:10.1136/sextrans-2020-054840.
- Evers, Y. J., Hoebe, C., Dukers-Muijrers, N., Kampman, C., Kuizenga-Wessel, S., Shilue, D.,.. Van Liere, G. (2020). Sexual, addiction and mental health care needs among men who have sex with men practicing chemsex a cross-sectional study in the Netherlands. *Preventive medicine reports*, 18, 101074. doi:10.1016/j.pmedr.2020.101074.
- Fernández-Dávila, P. (2016a). "Sesión de sexo, morbo y vicio": Una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno ChemSex entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en España. Revista Multidisciplinar del Sida, 4, 41-65.
- Fernández-Dávila, P. (2016b, abril). "ChemSex in the sauna": An ethnographic study on the use of drugs in a gay sex venue in Barcelona. Póster presentado en la European ChemSex Forum, Londres.
- Folch, C., Fernández-Dávila, P., Ferrer, L., Soriano, R., Díez, M. y Casabona, J. (2015). Alto consumo de drogas recreativas y conductas sexuales de riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. *Medicina Cli*nica, 145, 102-107. doi:10.1016/j.medcli.2014.04.030.

- Frankis, J., Flowers, P., McDaid, L. y Bourne, A. (2018). Low levels of chemsex among men who have sex with men, but high levels of risk among men who engage in chemsex: Analysis of a cross-sectional online survey across four countries. *Sexual health*, *15*, 144–150. doi:10.1071/SH17159.
- Gilbart, V. L., Simms, I., Jenkins, C., Furegato, M., Gobin, M., Oliver, I.,... Hughes, G. (2015). Sex, drugs and smart phone applications: Findings from semistructured interviews with men who have sex with men diagnosed with Shigella flexneri 3a in England and Wales. *Sexually transmitted infections*, 91, 598–602. doi:10.1136/sextrans-2015-052014.
- Glynn, R. W., Byrne, N., O'Dea, S., Shanley, A., Codd, M., Keenan, E.,... Clarke, S. (2018). Chemsex, risk behaviours and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Dublin, Ireland. *International Journal of Drug Policy*, 52, 9-15. doi:10.1016/j.drugpo.2017.10.008.
- Halkitis, P. N., Parsons, J. T. y Stirratt, M. J. (2001). A double epidemic: Crystal methamphetamine drug use in relation to HIV transmission among gay men. *Journal of homosexuality*, 41, 17–35. doi:10.1300/J082v41n02_02.
- Hammoud, M. A., Bourne, A., Maher, L., Jin, F., Haire, B., Lea, T.,... Prestage, G. (2018). Intensive sex part-ying with gamma-hydroxybutyrate: Factors associated with using gamma-hydroxybutyrate for chemsex among Australian gay and bisexual men results from the Flux Study. Sexual health, 15, 123–134. doi:10.1071/SH17146.
- Hegazi, A., Lee, M. J., Whittaker, W., Green, S., Simms, R., Cutts, R.,... Pakianathan, M. R. (2017). Chemsex and the city: Sexualised substance use in gay bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *International journal of STD y AIDS*, 28, 362–366. doi:10.1177/0956462416651229.
- Hoornenborg, E., Coyer, L., van Laarhoven, A., Achterbergh, R., de Vries, H., Prins, M.,... Amsterdam PrEP Project team in the HIV Transmission Elimination Amsterdam Initiative. (2018). Change in sexual risk behaviour after 6 months of pre-exposure prophylaxis use: Results from the Amsterdam pre-exposure prophylaxis demonstration project. *AIDS*, 32, 1527–1532. doi:10.1097/QAD.00000000000001874.
- Incera-Fernández, D., Gámez-Guadix, M. y Moreno-Guillén, S. (2021). Mental health symptoms associated with sexualized drug use (Chemsex) among men who have sex with men: A systematic review. *International journal of emironmental research and public health*, 18, 13299. doi:10.3390/ijerph182413299.
- Krueger, R. A. y Casey, M. A. (2015). Focus groups: A practical guide for applied research. Londres: Sage.
- Melendez-Torres, G. J., Hickson, F., Reid, D., Weatherburn, P. y Bonell, C. (2016). Nested event-level case-control study of drug use and sexual outcomes in

- multipartner encounters reported by men who have sex with men. *AIDS and behavior*, 20, 646–654. doi:10.1007/s10461-015-1127-6.
- Ministerio de Sanidad. (2020a). Abordaje del fenómeno del chemsex. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad. https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/CHEMSEX._ABORDAJE.pdf.
- Ministerio de Sanidad. (2020b). Encuesta europea on-line para hombres que tienen sexo con hombres (EMIS-2017): Resultados en España. https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/EMIS_Report_07052020.pdf.
- Ottaway, Z., Finnerty, F., Amlani, A., Pinto-Sander, N., Szanyi, J. y Richardson, D. (2017). Men who have sex with men diagnosed with a sexually transmitted infection are significantly more likely to engage in sexualised drug use. *International journal of STD & AIDS*, 28, 91–93. doi:10.1177/0956462416666753.
- Pakianathan, M., Whittaker, W., Lee, M. J., Avery, J., Green, S., Nathan, B. y Hegazi, A. (2018). Chemsex and new HIV diagnosis in gay, bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *HIV* medicine, 19, 485-490. doi:10.1111/hiv.12629.
- Petersson, F. J., Tikkanen, R. y Schmidt, A. J. (2016). Party and play in the closet? Exploring club drug use among Swedish men who have sex with men. Substance use & misuse, 51, 1093–1103. doi:10.3109/10826084.2016.1160117.
- Polit, D. F. y Beck, C. T. (2017). Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice (10th Ed). Londres: Wolters Kluwer.
- Prestage, G., Hammoud, M., Jin, F., Degenhardt, L., Bourne, A. y Maher, L. (2018). Mental health, drug use and sexual risk behavior among gay and bisexual men. *The International journal on drug policy*, *55*, 169–179. doi:10.1016/j.drugpo.2018.01.020.
- Public Health England. (2015). Substance misuse services for men involved in Chemsex. London: Public Health England. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/669676/Substance_misuse_services_for_men_who_have_sex_with_men_involved_in_chemsex.pdf.
- Pufall, E. L., Kall, M., Shahmanesh, M., Nardone, A., Gilson, R., Delepech, V. y Ward., H. (2016, Febrero). Chemsex and high-risk sexual behaviours in HIVpositive men who have sex with men. Comunicación presentada en la Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston.
- Pufall, E. L., Kall, M., Shahmanesh, M., Nardone, A., Gilson, R., Delpech, V.,... Positive Voices study group (2018). Sexualized drug use ('chemsex') and high-risk sexual behaviours in HIV-positive men who have sex with men. *HIV medicine*, 19, 261–270. doi:10.1111/hiv.12574.

- Reback, C. J., Fletcher, J. B. y Swendeman, D. (2018). Associations between sociodemographic characteristics and sexual risk behaviors among methamphetamine-using men who have sex with men. Substance use & misuse, 53, 1826–1833. doi:10.1080/10826084.2018.1436566.
- Rogstad, K. (2016). Surveillance and sexually transmitted infections: A story of chemsex, tropical leg ulcers, gonococcal resistance and child abuse. *Current opinion in infectious diseases*, 29, 39–40. doi:10.1097/QCO.000000000000000231.
- Rosińska, M., Gios, L., Nöstlinger, C., Vanden Berghe, W., Marcus, U., Schink, S.,... Sialon II Network (2018). Prevalence of drug use during sex amongst MSM in Europe: Results from a multi-site bio-behavioural survey. *The International journal on drug policy*, 55, 231–241. doi:10.1016/j.drugpo.2018.01.002.
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B.,... Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, *52*, 1893-1907. doi:10.1007/s11135-017-0574-8.
- Soriano, R. (2017). El Chemsex y sus vínculos con el uso de aplicaciones de geolocalización entre hombres que tienen sexo con hombres en España: Un análisis etnográfico virtual. *Revista Multidisciplinar del Sida*, 5, 8-20.
- Weatherburn, P., Hickson, F., Reid, D., Torres-Rueda, S. y Bourne, A. (2017). Motivations and values associated with combining sex and illicit drugs ('chemsex') among gay men in South London: Findings from a qualitative study. *Sexually transmitted infections*, 93, 203–206. doi:10.1136/sextrans-2016-052695.
- Worth, H. y Rawstorne, P. (2005). Crystallizing the HIV epidemic: Methamphetamine, unsafe sex, and gay diseases of the will. *Archives of sexual behavior*, *34*, 483–486. doi:10.1007/s10508-005-6274-9.



ADICCIONES 2024 ■ VOL. 36 ■ N. 2 ■ PÁGS. 199-206 www.adicciones.es



ORIGINAL

Asociación entre el uso de cigarrillos electrónicos y cigarrillos convencionales en adolescentes españoles

Association between e-cigarette and conventional cigarette use among Spanish adolescents

Gema Aonso-Diego*, Roberto Secades-Villa*, Ángel García-Pérez*, **, Sara Weidberg*, José Ramón Fernández-Hermida*.

- * Grupo de Conductas Adictivas (GCA). Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo, España.
- ** Departamento de Psicología, Sociología y Filosofía. Universidad de León, España.

Resumen

En los últimos años, algunos estudios han destacado la tendencia ascendente en el uso del cigarrillo electrónico entre adolescentes, así como el potencial para el posterior consumo de cigarrillos convencionales. Este estudio tuvo dos objetivos: 1) examinar la progresión del cigarrillo electrónico al cigarrillo convencional; y 2) analizar las diferencias en el patrón de gravedad del tabaquismo entre consumidores duales (i.e., cigarrillos electrónicos y convencionales), fumadores de cigarrillos y consumidores de cigarrillos electrónicos. Los datos se obtuvieron de la encuesta ESTUDES, una encuesta nacional que recoge información de conductas adictivas en adolescentes entre 14 y 18 años, la cual consta de 38 010 personas ($M_{
m cdad}$ = 15,69; DT = 1,19; 51,35% mujeres). Los resultados indicaron que haber usado alguna vez un cigarrillo electrónico incrementó la probabilidad de un consumo posterior de cigarrillos 1,86 veces (IC 95% 1,74-1,99), y la probabilidad de consumir tabaco en el último mes 2,38 veces (IC 95% 2,19-2,58), independientemente de si los cigarrillos electrónicos contienen o no nicotina. Los consumidores duales mostraron un mayor porcentaje de fumadores diarios, un mayor número de cigarrillos al día, un mayor uso de cigarrillos electrónicos con nicotina y una edad de inicio más temprana. Con respecto a la percepción de riesgo, los adolescentes que han usado solo cigarrillos electrónicos percibían tanto el tabaco como los cigarrillos electrónicos como menos dañinos (todos los valores p < 0.001). Estos hallazgos indican la fuerte asociación entre los cigarrillos electrónicos y los convencionales, y subrayan la importancia de desarrollar restricciones legales y estrategias preventivas dirigidas al cigarrillo electrónico, lo que reduciría a su vez el consumo de tabaco.

Palabras clave: cigarrillo electrónico, cigarrillo convencional, nicotina, adolescentes

Abstract

In recent years, studies have highlighted the upward trend in electronic cigarette use among adolescents, as well as the potential of e-cigarette use to lead to subsequent conventional cigarette use. The study's aims were two-fold: 1) to examine the progression from e-cigarette use to conventional cigarette use; and 2) to analyze the differences in the severity of smoking pattern among dual users (i.e., e-cigarette and conventional cigarette use), cigarette-only smokers, and e-cigarette-only users in a Spanish adolescent population. Data were obtained from the ESTUDES, a representative survey of addictive behaviors of Spanish adolescents aged 14-18, which was comprised of 38,010 adolescents ($M_{\text{age}} = 15.69$; SD = 1.19; 51.35%females). Results indicate that lifetime e-cigarette use increased the prevalence of subsequent conventional cigarette use by 1.86 times (95%) CI 1.74, 1.99), and the prevalence of conventional cigarette use in the last month by 2.38 times (95% CI 2.19, 2.58), independently of whether the e-cigarette contains nicotine or not. Dual users showed a higher percentage of daily smokers, and a greater number of cigarettes per day, a higher use of e-cigarettes with nicotine, and an earlier age of smoking onset. Regarding risk perception, e-cigarette-only users perceived both conventional tobacco and e-cigarettes as less harmful (all *p*-values < .001). These findings document the strength of association between e-cigarette and conventional cigarettes, and underscore the importance of developing legal restrictions and prevention strategies aimed at reducing e-cigarette use, which in turn would reduce tobacco use.

Keywords: e-cigarette, conventional cigarettes, nicotine, adolescents

■ Recibido: Enero 2022; Aceptado: Febrero 2023.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Ángel García-Pérez. Unidad Clínica de Conductas Adictivas. Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo, Plaza Feijoo s/n, 33003, Oviedo, España. E-mail: angap@unileon.es

l uso de sistemas electrónicos de suministro de nicotina, incluidos los cigarrillos electrónicos (e-cigarettes), ha aumentado rápidamente en los últimos años tanto entre adultos como entre adolescentes (Cerrai, Potente, Gorini, Gallus y Molinaro, 2020; McNeill, Brose, Calder, Bauld y Robson, 2020; National Drugs Plan [PNSD], 2018; World Health Organization, 2020). Este aumento de la prevalencia del cigarrillo electrónico también se observa entre los adolescentes españoles, ya que casi se ha triplicado en cuatro años, pasando del 17% en 2014 al 48,4% en 2018, superando la prevalencia del consumo de cigarrillos convencionales (PNSD, 2018).

Estudios anteriores han demostrado que el uso de cigarrillos electrónicos está asociado con un aumento significativo del riesgo de iniciar el uso de cigarrillos convencionales entre adolescentes y adultos jóvenes que no fuman (Baenziger, Ford, Yazidjoglou, Joshy y Banks, 2021; Chan et al., 2020; Chatterjee, Alzghoul, Innabi y Meena, 2018; Khouja, Suddell, Peters, Taylor y Munafò, 2021; Loukas, Marti y Harrell, 2022; Soneji et al., 2017). Este hallazgo era consistente al ajustar varias características, incluidas las variables sociodemográficas y relacionadas con el consumo de tabaco (Bold et al., 2018; Hansen, Hanewinkel y Morgenstern, 2020). Los resultados también indican que los adolescentes que alguna vez usaron cigarrillos electrónicos tienen una prevalencia entre 2,44 y 10,93 veces mayor de iniciarse en el tabaquismo en el futuro (Baenziger et al., 2021; Chan et al., 2020; Hair et al., 2021; Hansen et al., 2020; Khouja et al., 2021; O'Brien et al., 2021; Owotomo, Stritzel, McCabe, Boyd y Maslowsky, 2020; Soneji et al., 2017; Stanton et al., 2019), y que entre el 30,7% y el 44,4% de los no fumadores que usan cigarrillos electrónicos comenzaron a consumir tabaco a largo plazo, en comparación con el 8,1%-10,8% entre los individuos que no usan cigarrillos electrónicos (Chatterjee et al., 2018; Martinelli et al., 2021).

Los estudios que respaldan la asociación entre los cigarrillos electrónicos y los cigarrillos convencionales se han basado principalmente en población estadounidense, con la casi ausencia de estudios que evalúen este patrón en otros países, incluido España, donde el contexto regulatorio de los cigarrillos electrónicos es diferente al de otros países (Boletín Oficial del Estado, 2017), y también de la Unión Europea (Directiva 2014/40/UE del Parlamento Europeo y del Consejo relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco y los productos relacionados). El análisis de la asociación entre cigarrillos electrónicos y cigarrillos convencionales en diferentes países es particularmente importante dado que los factores específicos de cada país, como la legislación, los impuestos, las normas sociales y la opinión pública, pueden afectar esta asociación (Khouja et al., 2021).

A través de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), buscamos construir sobre trabajos previos un gran estudio representativo a nivel nacional de la población adolescente española. Los fines de este estudio eran: 1) examinar el riesgo de progresión al uso de cigarrillos convencionales entre adolescentes con antecedentes de uso de cigarrillos electrónicos a lo largo de su vida; y 2) analizar las diferencias en la gravedad del patrón de tabaquismo entre usuarios duales (es decir, fumadores de cigarrillos convencionales y cigarrillos electrónicos), fumadores de cigarrillos convencionales y usuarios de cigarrillos electrónicos. Los indicadores de severidad del patrón de tabaquismo son características (es decir, cigarrillos por día, ser fumador diario, edad de inicio del tabaquismo y percepción de riesgo) asociadas con una menor probabilidad de intención de dejar de fumar y de lograr el cese del tabaquismo, así como una mayor probabilidad de ser fumador en la edad adulta (ver, por ejemplo, Dai, 2021; Greenhalgh, Jenkins Stillman y Ford, 2016; Hamzeh et al., 2020; Hasin et al., 2013).

Método

Participantes y procedimiento

La ESTUDES se basa en una muestra representativa de adolescentes de 14-18 años en España. La encuesta es anónima, autoadministrada y de evaluación en papel y lápiz, y cuya duración es de aproximadamente 45-60 minutos. Los participantes eran estudiantes matriculados en el 3.º y 4.º curso de educación secundaria (es decir, 15 y 16 años), 1.º y 2.º de bachillerato (es decir, 17 y 18 años), o 1.º y 2.º de formación profesional básica y media. Los detalles sobre la metodología y los procedimientos de la encuesta ESTUDES están disponibles en otras publicaciones (PNSD, 2018).

La muestra total estuvo compuesta por 38 010 adolescentes ($M_{\rm edad}=15{,}69;\ DT=1{,}188;\ 51{,}35\%$ mujeres). El 52,90% de los participantes estaban matriculados en educación secundaria, el 35,51% en bachillerato y el 11,58% restante en formación profesional. La muestra se tomó de 917 centros educativos (68,44% escuelas públicas) y 1.769 aulas representativas de todo el territorio nacional.

Medidas

La información relativa a los participantes se recopiló retrospectivamente. En concreto, los adolescentes cumplimentaron la encuesta que incluía datos sociodemográficos sobre edad, sexo y curso académico. Además, se les preguntó sobre el patrón de uso tanto de cigarrillos convencionales como de cigarrillos electrónicos. En concreto, se preguntó a los estudiantes sobre su consumo de cigarrillos convencionales a lo largo de su vida, durante el último mes y diario, así como la edad de inicio del tabaquismo y el número de cigarrillos fumados al día. Respecto al uso de ci-

garrillos electrónicos, se preguntó a los participantes sobre su consumo a lo largo de su vida, la edad de inicio del uso de cigarrillos electrónicos y si los cartuchos de cigarrillos electrónicos contienen o no nicotina.

También se recogió la percepción de riesgo de fumar 20 cigarrillos al día, y de usar cigarrillo electrónico a veces. Las respuestas se codificaron en dos categorías, «pocos o ningún problema» y «bastantes o varios problemas».

Análisis de datos

Para examinar la relación entre el uso de cigarrillos electrónicos (con y sin nicotina) y el consumo de tabaco, se realizaron varios modelos de regresión binaria. Se calcularon la razón de prevalencia (RP) y su intervalo de confianza del 95% según las recomendaciones previas (Espelt, Bosque-Prous y Marí-Dell'Olmo, 2019). Los análisis se ajustaron por características sociodemográficas de los participantes, específicamente sexo y edad.

Las diferencias en la gravedad del patrón de tabaquismo entre usuarios duales (es decir, fumadores de cigarrillos electrónicos y cigarrillos convencionales), fumadores de cigarrillos convencionales y usuarios de cigarrillos electrónicos se analizaron mediante ANOVA para variables continuas (es decir, cigarrillos por día y edad de inicio de tabaquismo) y chi-cuadrado en variables categóricas (es decir, fumadores diarios, tipo de cartuchos de cigarrillos electrónicos y percepción de riesgo). El tamaño del efecto se calculó utilizando la d de Cohen, el coeficiente phi y la V de Cramer, según corresponda.

Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 24, SPSS, Inc., Chicago, IL, EE. UU.), con un intervalo de confianza del 95%.

Resultados

Riesgo de progresión del uso de cigarrillos electrónicos al uso de cigarrillos convencionales

Un total de 45,79% (n = 4.533) de usuarios duales (es decir, aquellos que usaron cigarrillos electrónicos y cigarrillos convencionales a lo largo de su vida) fumaron cigarrillos convencionales primero y luego cigarrillos electrónicos, el 19,70% (n = 1.950) usaron cigarrillos electrónicos primero y cigarrillos convencionales después, y el 34,50% restante (n = 3.415) iniciaron su consumo de ambos a la misma edad.

Los resultados indicaron que el 25,08% (n = 1.950) de los usuarios de cigarrillos electrónicos a lo largo de su vida progresaron al uso de cigarrillos convencionales, en comparación con el 17,47% (n = 3.616) de los individuos que no usaban cigarrillos electrónicos y que luego fumaron. El uso de cigarrillos electrónicos aumentó 1,48 veces la prevalencia del uso posterior de cigarrillos convencionales a lo largo de la vida, así como 2,21 veces la prevalencia del uso de cigarrillos convencionales en el último mes (Tabla 1).

Considerando solo aquellos adolescentes que inicialmente usaron cigarrillos electrónicos, el 18,80% (n=1.356) utilizaba cigarrillos electrónicos con nicotina, y el 81,19% (n=5.826) sin nicotina. El uso de cigarrillos electrónicos con nicotina aumentó 2,64 veces la prevalencia de ser fumador de cigarrillos a lo largo de la vida (4,54 veces el consumo de cigarrillos posterior al último mes), mientras que el uso de cigarrillos electrónicos sin nicotina aumentó 1,22 veces la prevalencia de tabaquismo posterior (1,73 veces el consumo de cigarrillos posterior al último mes) (Tabla 1).

Diferencias en la gravedad del patrón de tabaquismo entre usuarios duales, fumadores de cigarrillos convencionales y usuarios de cigarrillos electrónicos

Los participantes que alguna vez han fumado tanto cigarrillos electrónicos como cigarrillos convencionales son en su mayoría fumadores diarios, fuman una mayor cantidad de cigarrillos por día, en su mayoría usan cigarrillos electrónicos con nicotina e iniciaron el tabaquismo -ya sea con cigarrillo electrónico o con cigarrillo convencional- casi un año antes. Con respecto a la percepción de riesgo, los usuarios de cigarrillos electrónicos percibían tanto el tabaco como el cigarrillo electrónico como menos dañinos, en comparación con los fumadores de solo cigarrillos y los usuarios duales (Tabla 2).

Tabla 1Relación entre el cigarrillo electrónico y el uso posterior de cigarrillos convencionales ajustado por sexo y edad de los participantes

	Uso posterior de cigarrillos a lo largo de la vida	Uso posterior de cigarrillos en el último mes
Uso de cigarrillos electrónicos ^a	1.950 (7.774)	1.216 (8.230)
Sin uso de cigarrillos electrónicos ^a	3.616 (20.689)	1.615 (20.497)
	RP = 1,48 (IC 95% 1,41, 1,55)	RP = 2,21 (IC 95% 2,06, 2,37)
Cigarrillo electrónico con nicotinaª	735 (1.356)	522 (1.443)
Sin uso de cigarrillos electrónicos ^a	3.616 (20.689)	1.615 (20.497)
	RP = 2,64 (IC 95% 2,50, 2,79)	RP = 4,54 (IC 95% 4,20, 4,91)
Cigarrillo electrónico sin nicotinaª	1.124 (5.826)	646 (6.114)
Sin uso de cigarrillos electrónicos ^a	3.616 (20.689)	1.615 (20.497)
	RP = 1,22 (IC 95% 1,15, 1,29)	RP = 1,73 (IC 95% 1,59, 1,88)

Nota. ^afrecuencia (total); RP = razón de prevalencia; IC = intervalo de confianza.

 Tabla 2

 Diferencias entre usuarios duales, usuarios de cigarrillos convencionales y usuarios de cigarrillos electrónicos

	Usuarios duales ^b (n = 11.226)	Usuarios de cigarrillos convencionales (n = 3.616)	Usuarios de cigarrillos electrónicos (n = 5.824)	Valor p	Tamaño del efecto
Fumadores a diario	2.738 (24,38%)	416 (11,50%)	-	< ,001	,31
Edad de inicio del tabaquismo ^{ac}	13,77 (1,61)	14,69 (1,48)	14,45 (1,34)	< ,001	,51
Cigarrillos por díaª	5,96 (5,14)	4,97 (4,65)	-	< ,001	,01
Tipo de cartucho de cigarrillo electrónico (con nicotina)	4.315 (38,43%)	-	621 (10,66%)	< ,001	,31
Percepción de riesgo del uso de cigarrillos electrónicos (diversos problemas de salud)	1.143 (10,18%)	497 (13,74%)	467 (8,02%)	< ,001	,09
Percepción de riesgo del uso de cigarrillos (diversos problemas de salud)	9.315 (82,98%)	3.116 (86,17%)	4.748 (81,52%)	< ,001	,05

Nota. Media (desviación típica). Los usuarios duales son aquellos participantes que alguna vez a lo largo de su vida usaron cigarrillos electrónicos y cigarrillos convencionales. Tabaquismo hace referencia al uso de cigarrillos electrónicos o al uso de cigarrillos convencionales.

Discusión

Este es el primer estudio que examina la relación entre el uso de cigarrillos electrónicos y el uso de cigarrillos convencionales en una muestra representativa a nivel nacional de adolescentes españoles. Los resultados principales subrayan que el uso de cigarrillos electrónicos aumentó en un 48% la prevalencia de progresión al consumo de cigarrillos convencionales a lo largo de la vida y en un 121% la prevalencia de progresión al consumo de cigarrillos convencionales en el último mes, independientemente de si el cigarrillo electrónico contiene o no nicotina. Además, los usuarios duales (es decir, cigarrillos electrónicos y cigarrillos convencionales) eran en su mayoría fumadores diarios, fumaban una mayor cantidad de cigarrillos por día, usaban principalmente cigarrillos electrónicos con nicotina e iniciaban su tabaquismo -ya sea de cigarrillos electrónicos o de cigarrillos convencionales- casi un año antes. Por el contrario, los usuarios de cigarrillos electrónicos mostraron una percepción de riesgo más baja del uso de tabaco y cigarrillos electrónicos.

Estos hallazgos concuerdan con investigaciones anteriores (por ejemplo, Baenziger et al., 2021; Chadi, Hadland y Harris, 2019; Chan et al., 2020; Epstein et al., 2021; Hair et al., 2021; Hansen et al., 2020; Khouja et al., 2021; Owotomo et al., 2020; Soneji et al., 2017; Stanton et al., 2019; Walley, Wilson, Winickoff y Groner, 2019), lo que evidencia que el uso del cigarrillo electrónico aumenta significativamente la probabilidad de progresión al consumo de cigarrillos convencionales entre los no fumadores. Existen factores bioquímicos, conductuales y ambientales que pueden contribuir a explicar esta progresión. El uso regular de cigarrillos electrónicos con contenido de nicotina conduce a una dependencia de la nicotina (Case et al., 2018; Hammond et al., 2021), y los fumadores cambian al tabaco para obtener más nicotina rápidamente (Grana, Benowitz y Glantz,

2014; O'Connell et al., 2019). El hecho de que incluso los cigarrillos electrónicos sin nicotina aumentaran el consumo posterior de cigarrillos convencionales puede explicarse porque ambos comparten el mismo mimetismo, es decir, movimientos de mano a boca, inhalación y exhalación de humo (Caponnetto et al., 2013, 2017; Park et al., 2020).

El segundo hallazgo era que los adolescentes que alguna vez usaron cigarrillos electrónicos y cigarrillos convencionales mostraron una mayor severidad del patrón de tabaquismo que los adolescentes que usaron solo cigarrillos convencionales o solo cigarrillos electrónicos. Estos resultados son coherentes con investigaciones anteriores, que muestran de forma consistente que los usuarios duales tienen un uso diario más frecuente (Conner et al., 2019), fuman más cigarrillos por día (Wang et al., 2018), usan principalmente cigarrillos electrónicos con cartuchos con nicotina (Dai, 2021), y se inician antes en el tabaquismo (Conner et al., 2021). Varias razones podrían explicar este patrón de tabaquismo. Los usuarios duales tienden a una mayor dependencia de la nicotina (Shiffman y Sembower, 2020), y el uso de cigarrillos electrónicos proporciona menos nicotina en comparación con los cigarrillos convencionales (Grana et al., 2014), lo que da como resultado más fumadores diarios y de una mayor cantidad de cigarrillos por día. Por último, al igual que con otras sustancias, el consumo temprano de drogas es un fuerte predictor de un consumo más severo (Pilatti, Read y Pautassi, 2017), como muestran nuestros resultados.

En conjunto, estos resultados sugieren una fuerte asociación entre los cigarrillos electrónicos y los cigarrillos convencionales. Una posible implicación política es que modificaciones de las leyes y estrategias preventivas enfocadas en el uso de cigarrillos electrónicos pueden ser efectivas para reducir el consumo de tabaco convencional entre adolescentes. Nuestros hallazgos, por tanto, resaltan la necesidad

de promulgar políticas de regulación que reduzcan la disponibilidad de cigarrillos electrónicos en España, como la prohibición de sabores en cartuchos recargables, la igualación de impuestos en todos los productos del tabaco, la prohibición del consumo en espacios públicos cerrados o semiabiertos, y la regulación de la publicidad, la promoción y el patrocinio. Nuestros hallazgos también subrayan la importancia de desarrollar estrategias de prevención y tratamiento dirigidas a reducir el uso de cigarrillos electrónicos en esta población.

Nuestro estudio no está exento de limitaciones comunes a la mayoría de las encuestas a gran escala. Primero, aunque los estudios de naturaleza retrospectiva son apropiados para este tipo de análisis, un estudio prospectivo sería más robusto para confirmar los hallazgos actuales. Segundo, nos enfocamos en adolescentes que comenzaron a usar cigarrillos electrónicos antes de usar cigarrillos convencionales o viceversa, por lo que es posible que no se pueda generalizar nuestros resultados a aquellos que comienzan a usar cigarrillos convencionales y cigarrillos electrónicos a la misma edad. Tercero, no se especificó el tipo de cigarrillo electrónico utilizado por adolescentes (p. ej., productos de tabaco calentados), ni la frecuencia de vapeo. Por último, aquellos adolescentes que no estaban escolarizados no fueron incluidos en la encuesta, por lo que estos hallazgos no pueden extrapolarse a todos los adolescentes españoles de 14 a 18 años.

A pesar de estas limitaciones, nuestro estudio amplía los hallazgos anteriores al documentar por primera vez en una muestra representativa de adolescentes españoles que el uso de cigarrillos electrónicos está relacionado con un mayor riesgo de uso posterior de cigarrillos convencionales, independientemente de si los cartuchos contienen o no nicotina. Además, los usuarios duales mostraron una mayor severidad del patrón de tabaquismo, evidenciado por un mayor número de fumadores diarios, cigarrillos por día, un mayor uso de cigarrillos electrónicos con nicotina y una menor edad de inicio de tabaquismo. Es necesario considerar los beneficios para la salud de enmiendas a políticas de regulación respecto de los cigarrillos electrónicos para reducir el acceso a estos dispositivos, y el desarrollo de actividades de prevención e intervención dirigidas a los usuarios adolescentes de cigarrillos electrónicos.

Papel de las fuentes de financiación

Esta investigación recibió financiación mediante una beca predoctoral de la Agencia Estatal de Investigación del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades de España (FPU17/00659). El Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades no participó de manera alguna en el diseño del estudio, la recopilación, el análisis o la interpretación de los datos, la redacción del manuscrito o la decisión de remitir el artículo para su publicación.

Contribuidores

GAD: conceptualización, análisis formal, metodología, redacción del borrador original. RSV: conceptualización, redacción del borrador original. AGP: conceptualización, análisis formal, metodología. SW: edición, redacción y revisión, supervisión. JRFH: redacción y revisión, supervisión.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de interés.

Reconocimientos

Los autores agradecen al Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) por facilitar los datos de la encuesta.

Referencias

- Baenziger, O. N., Ford, L., Yazidjoglou, A., Joshy, G. y Banks, E. (2021). E-cigarette use and combustible tobacco cigarette smoking uptake among non-smokers, including relapse in former smokers: Umbrella review, systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 11, 1–11. doi:10.1136/bmjopen-2020-045603.
- Bold, K. W., Kong, G., Camenga, D. R., Simon, P., Cavallo, D. A., Morean, M. E. y Krishnan-Sarin, S. (2018). Trajectories of e-cigarette and conventional cigarette use among youth. *Pediatrics*, 141. doi:10.1542/peds.2017-1832.
- Boletin Oficial del Estado (2017). Real Decreto 579/2017, por el que se regulan determinados aspectos relativos a la fabricación, presentación y comercialización de los productos del tabaco y los productos relacionados. https://www.boe.es/boe/dias/2017/06/10/pdfs/BOE-A-2017-6585.pdf.
- Caponnetto, P., Maglia, M., Cannella, M. C., Inguscio, L., Buonocore, M., Scoglio, C.,... Vinci, V. (2017). Impact of different e-cigarette generation and models on cognitive performances, craving and gesture: A randomized cross-over trial (CogEcig). *Frontiers in Psychology*, 8, 127. doi:10.3389/fpsyg.2017.00127.
- Caponnetto, P., Russo, C., Bruno, C. M., Alamo, A., Amaradio, M. D. y Polosa, R. (2013). Electronic cigarette: A possible substitute for cigarette dependence. *Monaldi Archives for Chest Disease Pulmonary Series*, 79, 12–19. doi:10.4081/monaldi.2013.104.
- Case, K. R., Mantey, D. S., Creamer, M. L. R., Harrell, M. B., Kelder, S. H. y Perry, C. L. (2018). E-cigarette-specific symptoms of nicotine dependence among Texas adolescents. *Addictive Behaviors*, *84*, 57–61. doi:10.1016/j. addbeh.2018.03.032.
- Cerrai, S., Potente, R., Gorini, G., Gallus, S. y Molinaro, S. (2020). What is the face of new nicotine users? 2012–2018 e-cigarettes and tobacco use among young

- students in Italy. *International Journal of Drug Policy*, 86, 102941. doi:10.1016/j.drugpo.2020.102941.
- Chadi, N., Hadland, S. E. y Harris, S. K. (2019). Understanding the implications of the "vaping epidemic" among adolescents and young adults: A call for action. *Substance Abuse*, 40, 7–10. doi:10.1080/08897077.2019. 1580241.
- Chan, G. C. K., Stjepanović, D., Lim, C., Sun, T., Shanmuga Anandan, A., Connor, J. P.,... Leung, J. (2020). Gateway or common liability? A systematic review and meta-analysis of studies of adolescent e-cigarette use and future smoking initiation. *Addiction*, 116, 743–756. doi:10.1111/add.15246.
- Chatterjee, K., Alzghoul, B., Innabi, A. y Meena, N. (2018). Is vaping a gateway to smoking: A review of the longitudinal studies. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 30. doi:10.1515/ijamh-2016-0033.
- Conner, M., Grogan, S., Simms-Ellis, R., Cowap, L., Armitage, C. J., West, R.,... Siddiqi, K. (2021). Association between age at first reported e-cigarette use and subsequent regular e-cigarette, ever cigarette and regular cigarette use. Addiction, 116, 1839-1847.doi:10.1111/add.15386.
- Conner, M., Grogan, S., Simms-Ellis, R., Scholtens, K., Sykes-Muskett, B., Cowap, L.,... Siddiqi, K. (2019). Patterns and predictors of e-cigarette, cigarette and dual use uptake in UK adolescents: Evidence from a 24-month prospective study. *Addiction*, 114, 2048–2055. doi:10.1111/add.14723.
- Dai, H. (2021). Prevalence and factors associated with youth vaping cessation intention and quit attempts. *Pediatrics*, 148, e2021050164. doi:10.1542/peds.2021-05016.
- Epstein, M., Bailey, J. A., Kosterman, R., Rhew, I. C., Furlong, M., Oesterle, S. y McCabe, S. E. (2021). E-cigarette use is associated with subsequent cigarette use among young adult non-smokers, over and above a range of antecedent risk factors: A propensity score analysis. *Addiction*, 116, 1224–1232. doi:10.1111/add.15317.
- Espelt, A., Bosque-Prous, M. y Marí-Dell'Olmo, M. (2019). Considerations on the use of odds ratio versus prevalence or proportion ratio. *Adicciones*, 31, 257-259. doi:10.20882/adicciones.1416.
- European Union Tobacco Products Directive 2014/40/ EU. European Parliament and Council, on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning the manufacture, presentation and sale of tobacco and related products and repealing Directive 2001/37/EC. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/ PDF/?uri=CELEX:32014L0040.
- Grana, R., Benowitz, N. y Glantz, S. A. (2014). E-cigarettes: A scientific review. *Circulation*, 129, 1927-86. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.114.007667.
- Greenhalgh, E. M., Jenkins S., Stillman, S. y Ford, C. (2016). Factors that predict success or failure in quit attempts. En Greenhalgh, EM, Scollo, MM and Winstanley, MH

- (Ed.). Tobacco in Australia: Facts and issues. Cancer Council Victoria.
- Hair, E. C., Kreslake, J. M., Mowery, P., Pitzer, L., Schillo, B. y Vallone, D. M. (2021). A longitudinal analysis of e-cigarette use and cigar, little cigar or cigarillo initiation among youth and youth adults: 2017-2019. *Drug and Alcohol Dependence*, 226, 108821. doi:10.1016/j.drugalc-dep.2021.108821.
- Hammond, D., Reid, J. L., Burkhalter, R., O'Connor, R. J., Goniewicz, M. L., Wackowski, O. A.,... Hitchman, S. C. (2021). Trends in e-cigarette brands, devices and the nicotine profile of products used by youth in England, Canada and the USA: 2017–2019. *Tobacco Control*, 32, 19-29. doi:10.1136/tobaccocontrol-2020-056371.
- Hamzeh, B., Farnia, V., Moradinazar, M., Pasdar, Y., Shakiba, E., Najafi, F. y Alikhani, M. (2020). Pattern of cigarette smoking: Intensity, cessation, and age of beginning: Evidence from a cohort study in West of Iran. Substance abuse treatment, prevention, and policy, 15, 1-9. doi:10.1186/s13011-020-00324-z.
- Hansen, J., Hanewinkel, R. y Morgenstern, M. (2020). Electronic cigarette advertising and teen smoking initiation. *Addictive Behaviors*, 103, 106243. doi:10.1016/j. addbeh.2019.106243.
- Hasin, D. S., O'Brien, C. P., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A.,... Grant, B. F. (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders: Recommendations and rationale. *The American journal of psychiatry*, 170, 834–851. doi:10.1176/appi.ajp.2013.12060782.
- Khouja, J. N., Suddell, S. F., Peters, S. E., Taylor, A. E. y Munafò, M. R. (2021). Is e-cigarette use in non-smoking young adults associated with later smoking? A systematic review and meta-analysis. *Tobacco Control*, 30, 8–15. doi:10.1136/tobaccocontrol-2019-055433.
- Loukas, A., Marti, C. N. y Harrell, M. B. (2022). Electronic nicotine delivery systems use predicts transitions in cigarette smoking among young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 231, 109251. doi:10.1016/j.drugalcdep.2021.109251.
- Martinelli, T. F., Candel, M., de Vries, H., Talhout, R., Knapen, V., Croes, E.,... Nagelhout, G. E. (2021). Exploring the gateway hypothesis of e-cigarettes and tobacco a prospective replication study among adolescents in the Netherlands and Flanders. *Tobacco Control*, 1–9. doi:10.1136/tobaccocontrol-2021-056528.
- McNeill, A., Brose, L., Calder, R., Bauld, L. y Robson, D. (2020). Vaping in England: An evidence update including mental health and pregnancy, March 2020. London: Public Health England. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/869401/Vaping_in_England_evidence_update_March_2020.pdf.
- National Drugs Plan (PNSD) (2018). Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES)

- 1994-2018/2019. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2020_Informe.pdf.
- O'Brien, D., Long, J., Quigley, J., Lee, C., McCarthy, A. y Kavanagh, P. (2021). Association between electronic cigarette use and tobacco cigarette smoking initiation in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 21, 954. doi:10.1186/s12889-021-10935-1.
- O'Connell, G., Pritchard, J. D., Prue, C., Thompson, J., Verron, T., Graff, D. y Walele, T. (2019). A randomised, open-label, cross-over clinical study to evaluate the pharmacokinetic profiles of cigarettes and e-cigarettes with nicotine salt formulations in US adult smokers. *Internal and Emergency Medicine*, 14, 853–861. doi:10.1007/s11739-019-02025-3.
- Owotomo, O., Stritzel, H., McCabe, S. E., Boyd, C. J. y Maslowsky, J. (2020). Smoking intention and progression from e-cigarettes use to cigarette smoking. *Pediatrics*, 146, e2020002881. doi:10.1542/peds.2020-002881.
- Park, E., Livingston, J. A., Wang, W., Kwon, M., Eiden, R. D. y Chang, Y. P. (2020). Adolescent E-cigarette use trajectories and subsequent alcohol and marijuana use. *Addictive Behaviors*, 103. doi:10.1016/j.addbeh.2019.106213.
- Pilatti, A., Read, J. P. y Pautassi, R. M. (2017). ELSA 2016 cohort: Alcohol, tobacco, and marijuana use and their association with age of drug use onset, risk perception, and social norms in Argentinean college freshmen. *Frontiers in Psychology*, 8, 1452. doi:10.3389/fpsyg.2017.01452.
- Shiffman, S. y Sembower, M. A. (2020). Dependence on e-cigarettes and cigarettes in a cross-sectional study of US adults. *Addiction*, 115, 1924–1931. doi:10.1111/add.15060.
- Soneji, S., Barrington-Trimis, J. L., Wills, T. A., Leventhal, A. M., Unger, J. B., Gibson, L. A.,... Sargent, J. D. (2017). Association between initial use of e-cigarettes and subsequent cigarette smoking among adolescents and young adults a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 171, 788–797. doi:10.1001/jamapediatrics.2017.1488.
- Stanton, C. A., Bansal-Travers, M., Johnson, A. L., Sharma, E., Katz, L., Ambrose, B. K.,... Pearson, J. L. (2019). Longitudinal e-cigarettes and cigarette use among US youth in the PATH study (2013-2015). *Journal of the National Cancer Institute*, 111, 1088–1096. doi:10.1093/jnci/djz006.
- Walley, S. C., Wilson, K. M., Winickoff, J. P. y Groner, J. (2019). A public health crisis: Electronic cigarettes, vape, and JUUL. *Pediatrics*, 143, e20182741. doi:10.1542/ peds.2018-2741.
- Wang, J. B., Olgin, J. E., Nah, G., Vittinghoff, E., Cataldo, J. K., Pletcher, M. J. y Marcus, G. M. (2018). Cigarette and e-cigarette dual use and risk of cardiopulmonary

- symptoms in the Health eHeart Study. *PLoS ONE*, 13. doi:10.1371/journal.pone.0198681.
- World Health Organization (2020). Summary results of the global youth tobacco survey in selected countries of the WHO European Region. https://apps.who.int/iris/bitstream/hand-le/10665/336752/WHO-EURO-2020-1513-41263-56157-eng.pdf?sequence=1&isAllowed.



ADICCIONES 2024 ■ VOL. 36 ■ N. 2 ■ PÁGS. 207-216 www.adicciones.es



ORIGINAL

Mortalidad entre los pacientes adictos a opiáceos al cabo de 30 años de seguimiento

Mortality in patients addicted to opioids across 30-year follow-up

Andrés Fontenla*, Antonio Vaamonde**, Gerardo Flórez***.

- * Unidad Asistencial Drogodependencias de Cangas, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, España.
- ** Departamento de Estadística e Investigación Operativa de la Universidad de Vigo, España.
- *** Unidad de Conductas Adictivas, Complejo Hospitalario Universitario de Orense, España.

Resumen

El mantenimiento de la mortalidad prematura entre los consumidores de opiáceos es una cuestión de salud pública altamente significativa. El objetivo principal es estudiar las causas y edad de mortalidad registradas en la población de adictos a opiáceos (n = 1.998) atendida en la Unidad Asistencial de Drogodependencias de Cangas (Pontevedra) a lo largo de más de 30 años. Las causas de mortalidad se clasifican en 4 grupos: sobredosis, enfermedades, suicidio y trauma. La edad media de mortalidad de los pacientes se compara con la de la población general que reside en la misma área sanitaria. A lo largo del estudio la mortalidad prematura de estos pacientes se mantiene elevada, aunque con tendencia a disminuir con el paso del tiempo: hasta 1998, 31,8 años de edad media de fallecimiento frente a 47,7 años desde 1998. La edad media de fallecimiento siempre es inferior a la de la población general. La enfermedad es la causa de mortalidad más prevalente (84% de los fallecidos) con gran diferencia frente a los otros 3 grupos. Pese a la reducción de las infecciones asociadas al consumo por vía parenteral, persisten factores asociados a un estilo de vida poco saludable, que, unidos al envejecimiento de esta población, explican en buena medida que la edad media de fallecimiento de estos pacientes no se equipare a la de la población general, lo que parece obligar a revisar los objetivos de la intervención sanitaria y social.

Palabras clave: adicción a opiáceos, mortalidad prematura, edad, enfermedad, sobredosis

Abstract

The maintenance of premature mortality among opioid users is a highly significant public health issue. The main objective is to study the causes and age of mortality recorded in the population of opiate addicts (n = 1,998) treated at the Cangas Drug Addiction Assistance Unit (Pontevedra) over more than 30 years. The causes of mortality are classified into 4 groups: overdose, disease, suicide and trauma. The average age of mortality of the patients is compared with that of the general population residing in the same health area. Throughout the study, the premature mortality of these patients remained high, although with a tendency to decrease over time: up to 1998, the mean age of death was 31.8 years compared to 47.7 years since 1998. The mean age of death was always lower than that of the general population. Disease is the most prevalent cause of mortality (84% of the deceased) with a great difference compared to the other 3 groups. Despite the reduction in infections associated with parenteral use, there are still factors associated with an unhealthy lifestyle that, together with the aging of this population, explain to a large extent why the average age of death of these patients is not equal to that of the general population, which seems to force us to review the objectives of health and social intervention.

Keywords: opioid addiction, premature mortality, age, disease, overdose

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Gerardo Flórez. Unidad de Conductas Adictivas, Hospital Santa María Nai, Complejo Hospitalario Universitario de Orense, Ramón Puga 52-56, 32005, Orense, España. E-mail: gerardof9672@gmail.com

[■] Recibido: Febrero 2022; Aceptado: Octubre 2022.

e acuerdo a los datos facilitados por la Delegación del Gobierno de España para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) al Observatorio Europeo de la Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), "La tasa de mortalidad estandarizada por edad entre usuarios de cocaína y heroína, o solo cocaína, es mayor que la de la población general", así como que "la tasa de mortalidad inducida por drogas ilegales entre adultos (15 a 64 años) fue de 12,7 muertos por millón en 2015, cifra inferior a las estimaciones medias en Europa que se situaba en torno a 21,8 muertes por millón."(EMCDDA, 2020).

En 2018 se estimaba en Europa que un consumidor de heroína tenía entre 5-10 veces más posibilidades de fallecer que las personas de su misma edad y sexo no consumidoras (EMCDDA, 2020). La edad media de muerte era los 42 años, en un 78% de las muertes la heroína estaba presente, y se registraron 8.300 muertes por sobredosis, sobre todo por derivados mórficos. El 76% de los fallecidos eran varones (EMCDDA, 2020).

De esta forma pueden considerarse 4 grupos de causas de muerte en estos pacientes: 1. Sobredosis / 2. Enfermedades / 3. Suicidio / 4. Trauma (EMCDDA, 2020; Larney et al., 2020). La sobredosis ha sido considerada la causa más directa, y también la más frecuente, de muerte en estos pacientes (Degenhardt et al., 2011; Onyeka et al., 2014; Onyeka et al., 2015). Causas más indirectas, relacionadas con la intoxicación y el deterioro social y psicológico derivados del consumo crónico, como el suicidio y los traumatismos producen entre un 20-40% de las muertes. Finalmente, menos del 10% de la muestra son producidas por enfermedades infecciosas como el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Las medidas de reducción de daños, un menor uso de la vía intravenosa, y los tratamientos para el VIH y, más recientemente, para el Virus de la Hepatitis C (VHC) han reducido la mortalidad producida por estas enfermedades infecciosas (Giraudon, Vicente, Matias, Mounteney y Griffiths, 2012). Sin embargo, no todos los estudios coinciden con estas tasas de prevalencia, y alguno de ellos señala a las enfermedades en conjunto, no solo las de naturaleza infecciosa, como la causa de muerte más frecuente en estos pacientes (Bahji, Cheng, Gray y Stuart, 2020; Cruts, Buster, Vicente, Deerenberg y Van Laar, 2008).

Analizado en conjunto, hay que concluir que es dificil conocer los datos exactos de mortalidad de estos pacientes, ya que las distintas formas de recoger las causas de muerte en los distintos países y estudios, unido a los distintos diseños utilizados en los estudios son factores de confusión dificilmente superable si no se homogeniza la investigación y recogida de los datos (Bahji, Cheng, Gray y Stuart, 2019; Bahji et al., 2020; Cruts et al., 2008; Degenhardt et al., 2011; Degenhardt, Hall y Warner-Smith, 2006; Dennis, 2021; Giraudon et al., 2012; Horon, Singal, Fowler y Sharfstein, 2018; Larney et al., 2020; Mathers y Degenhardt,

2014; Mathers et al., 2013; Molist et al., 2018; Onyeka et al., 2014; Onyeka et al., 2015; Slavova et al., 2019).

Con respecto a las sobredosis, principal causa de muerte directamente relacionada con el consumo en estos pacientes, es bien conocido que la heroína es la sustancia que más se relaciona con la misma (Horon, Singal, Fowler y Sharfstein, 2018; Martins, Sampson, Cerdá y Galea, 2015; Onyeka et al., 2015). Pero dado que en estos pacientes el policonsumo es habitual, otras sustancias como el alcohol, la cocaína, el cannabis y las benzodiacepinas también están involucradas en las sobredosis. Sirva como ejemplo el estudio COPSIAD (Pereiro, Pino, Flórez, Arrojo y Becoña, 2013), realizado en el mismo escenario asistencial que el presente estudio. En este estudio realizado en la red de tratamiento de adicciones de Galicia en 2010 el 63,9% de los 2.300 participantes eran policonsumidores. En los pacientes cuya principal sustancia de abuso era la heroína, esta cifra se incrementaba al 79,1% (Pereiro et al., 2013). Esta situación de policonsumo también incrementa el riesgo en los intentos suicidas y en los traumatismos derivados de momentos de intoxicación (Park et al., 2020).

Los traumatismos no solo están relacionados con la intoxicación, la violencia propia de las situaciones de exclusión social en la que se encuentran estos pacientes también contribuye a este tipo de mortalidad (EMCDDA, 2020; Larney et al., 2020).

Con respecto al suicidio, el uso de sustancias multiplica por 15 el riesgo de este tipo de muerte con respecto a la población general. La comorbilidad con la depresión incrementa notablemente el riesgo suicida en la población adicta (Bahji et al., 2020; Carrasco-Barrios et al., 2020; Larney et al., 2020).

Otras causas de muerte que también conviene tener en cuenta, sobre todo a medida que estos pacientes envejecen, son las enfermedades cardiovasculares, pulmonares y el cáncer. Aunque estas enfermedades son también frecuentes en la población general a medida que envejece, los pacientes adictos cuidan menos de su salud y consumen más tabaco, lo que les hace más propensos a padecerlas y a fallecer prematuramente como consecuencia de las mismas (Giraudon et al., 2012; Molist et al., 2018; Morris y Garver-Apgar, 2020; Pajusco et al., 2012).

Por lo tanto, es de especial interés investigar la evolución de las cifras de mortalidad a largo plazo en pacientes consumidores de opiáceos para poder diseñar mejores estrategias de intervención y prevención que mejoren la esperanza de supervivencia de estos pacientes (Colom et al., 2021; Hickman et al., 2018; Ma et al., 2019).

Los objetivos del presente estudio son:

- Calcular las tasas de mortalidad de la población de usuarios consumidores de opiáceos atendidos en una Unidad Asistencial de Drogodependencias (UAD), desde 1986 hasta 2020.
- 2. Comparar las cifras de mortalidad de esta UAD con las tasas de mortalidad de la población general del área geográfica (provincia de Pontevedra).

- Valorar las causas atribuidas de mortalidad, distribuidas en 4 grupos de causas, de acuerdo a los protocolos de la EMCDDA (EMCDDA, 2020).
- 4. Relacionar mortalidad en estos pacientes con las infecciones por VIH/VHC.

La hipótesis de trabajo es la siguiente: Los pacientes consumidores de opiáceos presentarán una tasa de mortalidad superior y prematura, en comparación con la de la población general. Las causas de muerte en estos pacientes permanecerán estables a lo largo del tiempo con la excepción de las enfermedades; en esta última causa, la aparición de tratamientos para el VIH y el VHC reducirá las tasas de mortalidad y retrasará la edad de fallecimiento.

Material y métodos

Participantes

Pacientes consumidores de opiáceos, confirmado el consumo a través de urinoanálisis, atendidos en la Unidad Asistencial de Drogodependencias de Cangas (Pontevedra), desde el inicio de su actividad en 1986 hasta el año 2020.

La población total atendida en este período de tiempo ha sido de 1.988 pacientes (1.611 hombres, 377 mujeres).

Procedimiento

Estudio longitudinal de todos los pacientes consumidores de opiáceos que iniciaron tratamiento en la Unidad Asistencial de Drogodependencias de Cangas en el periodo de estudio.

Valoración

Se utilizaron los registros de las historias clínicas personales del propio registro físico de la Unidad Asistencial, como también el soporte de las historias clínicas electrónicas del Servicio Galego de Saúde (IANUS). Uno de los autores (A.F.) ha revisado y cotejado las variables valoradas en ambos registros en calidad de profesional médico del centro para recoger todas las variables incluidas en el estudio. Este procedimiento se realizó con una periodicidad anual.

Se recogieron las siguientes variables en todos los participantes en el estudio:

- Sociodemográficas: 1. sexo; 2.fecha de nacimiento y edad.
- Clínicas: 1.Consumo de opiáceos; 2. Serología VIH; 3.Serología VHC.

Además, en todos los fallecidos registrados (149) se determinó la causa de muerte y la fecha de la misma, agrupándolas del siguiente modo: 1.Sobredosis, 2.Enfermedades 3.Suicidio o 4.Trauma.

Análisis Estadístico

Mediante el programa R se analizó y verificó el análisis de supervivencia de la población estudiada con las pruebas de significación estadística siguientes:

- El método clásico de Kaplan-Meier para construir las tablas de supervivencia y su expresión gráfica, las curvas de supervivencia.
- La prueba no paramétrica de Wilcoxon: permite establecer si una variable cuantitativa -como la edad de fallecimiento- depende o no de forma significativa de un factor cualitativo con 2 niveles.
- Regresión de Cox (como modelo de riesgos proporcionales): permite establecer la significación estadística del efecto de un factor sobre la curva de supervivencia, y calcular además una medida del efecto en términos de riesgo relativo.
- El test de Harrington-Fleming tiene la misma finalidad que el anterior de decidir si el efecto es significativo o no, y es un test de carácter general, sin requisitos adicionales.

Las tasas de fallecimiento en cada período se comparan entre sí a lo largo del tiempo. Se añade como método de comparación adicional la tasa calculada en una muestra, con la misma n que la muestra de pacientes, aleatoria de fallecidos en la población general de la provincia de Pontevedra en el año 2020, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística (INE) (www.ines.es), considerando la tasa de mortalidad en la población general como el "gold standard".

El criterio de significación estadística en todas las pruebas fue p < 0.05, establecido como el valor máximo aceptable para la probabilidad de cometer un error tipo I.

Resultados

La población total atendida durante el período de estudio ha sido de 1.988 pacientes (1.611 hombres, 377 mujeres, en una ratio hombre/mujer del 4/1, que se mantiene estable a lo largo de los años), datos que reflejan una proporción de cifras de pacientes atendidos similares a las cifras registradas en los informes europeos (EMCDDA, 2020).

A efectos de comparación, en el año 2020, fueron atendidos 374 pacientes (321 hombres y 73 mujeres; figurando 227 en programas de mantenimiento con metadona y 10 en tratamiento con bupremorfina/naloxona), reconociéndose el policonsumo de sustancias (alcohol, cocaína, cannabis y tabaco) como una práctica habitual (Pereiro et al., 2013).

Del total de pacientes fallecidos (149) registrados en el archivo de historias clínicas, el número de hombres fallecidos (127) es más elevado que el de mujeres (Morris y Garver-Apgar, 2020), en una proporción levemente mayor que la de los pacientes atendidos (85% hombres fallecidos, 15% mujeres fallecidas), de acuerdo a la mayor proporción de aquellos atendidos en este centro (81% hombres, 19% mujeres) durante el período de tiempo estudiado, sin diferencias significativas observables en la edad media entre ambos sexos.

125 pacientes fallecieron por enfermedad (83,89%), 6 por sobredosis (4,02%), 5 por suicidio (3,35%), 8 por accidente (5,36%) y 4 por causas no identificadas (2,68%), estos últimos no fueron incluidos en el análisis.

De los pacientes fallecidos, 57 (38,25%) eran VIH positivos y 103~(69,12%) eran VHC positivos.

1. Análisis de supervivencia en función de las causas de mortalidad

Dado que la mayor parte de los pacientes fallecieron por enfermedad, el análisis de supervivencia en función de las causas de mortalidad se realizará siguiendo dos estrategias distintas. Primero, se compararán los datos de muerte por enfermedad versus los otros tres grupos juntos. A continuación, se estudiarán los 4 por separado.

Enfermedad versus los demás

Las curvas de supervivencia (Figura 1) siguiendo el método clásico de Kaplan-Meir se superponen, indicando que las otras causas (sobredosis, accidente, suicidio) no presentan una edad de fallecimiento significativamente menor o distinta de la que corresponde al grupo mayoritario de fallecidos por enfermedad. Hay que recordar que la edad mediana de fallecimiento es prácticamente la misma (enfermedad a los 41 años, otras causas a los 40 años).

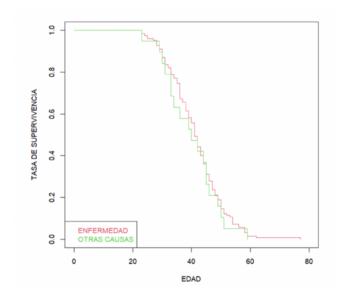
El test de Wilcoxon indica (valor P = 0,5783) que la edad de fallecimiento no está relacionada con la causa (enfermedad u otras causas).

El valor de la regresión de Cox (z = 0,5, P = 0,612) indica también que la edad de fallecimiento no es diferente para las distintas causas de fallecimiento (enfermedad u otras causas como suicidio, accidente o sobredosis).

Las cuatro causas de mortalidad por separado

De nuevo, las curvas de supervivencia (Figura 2) siguiendo el método clásico de Kaplan-Meir se superponen, indicando la ausencia de diferencias significativas.

Figura 1 Análisis de supervivencia en función de las causas de mortalidad. Resultados agrupando las causas de mortalidad minoritarias (Otras Causas) versus Enfermedad



La edad mediana estimada de fallecimiento es ligeramente más alta (44,5 años) en el grupo de accidente, y más baja en el de suicidio (36 años, prácticamente indistinguible del grupo sobredosis, 37 años).

El valor de la regresión de Cox al comparar las cuatro causas de fallecimiento no es estadísticamente significativo (P=0,338) debido, probablemente, al tamaño muy pequeño de tres de los cuatro grupos.

Las diferencias no aparecen como significativas, aunque todos los grupos tienen coeficientes negativos, mejor tasa de supervivencia, comparados con el grupo 1 (sobredosis) utilizado como referencia. Las medianas de edad de supervivencia son similares, y las curvas se entrecruzan (sobredosis (37 años) y suicidio (36 años) ligeramente por debajo de accidente (44 años), y ligeramente por encima de la media marcada por el grupo mayoritario: enfermedad (42 años)).

2. Análisis de supervivencia por períodos de tiempo, considerando como grupo de referencia la población general de la provincia de Pontevedra

En la muestra se dividen los datos, según la fecha de fallecimiento, en cuatro períodos: (1) hasta el año 2000; (2) 2001-2010; (3) 2011-2017; (4) 2018-2020, este último periodo se creó para estudiar la tendencia más reciente, considerando que el tamaño de muestra era suficiente en ese último período para encontrar efectos significativos. Los datos de estos cuatro períodos se comparan con un quinto grupo, con datos aleatorios del censo de la provincia de Pontevedra en el año 2020, que permiten comparar a los grupos de tratamiento de la Unidad Asistencial con la población normal de referencia.

Figura 2 Análisis de supervivencia en función de las causas de mortalidad. Resultados analizando por separado cada causa de mortalidad

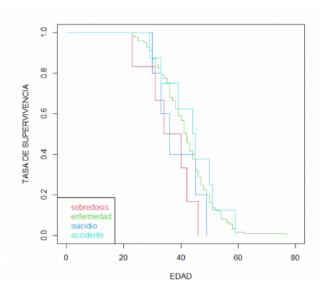


Tabla 1 Modelo de regresión de Cox aplicado a la supervivencia temporal en la Unidad Asistencial de Drogodependencias de Cangas

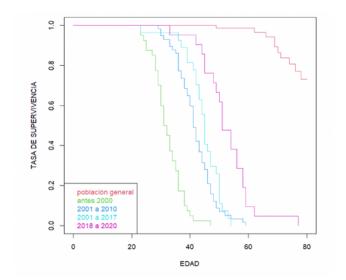
Comparación de periodos	Coeficiente de regresión	Riesgo Relativo	se	z	Р
Periodo 1 versus 5	6,54	696,06	0,48	13,52	< 0,000001
Periodo 2 versus 5	4,81	122,76	0,44	10,72	< 0,000001
Periodo 3 versus 5	4,50	90,18	0,47	9,48	< 0,000001
Periodo 4 versus 5	3,31	27,62	0,42	7,77	< 0,000001

Nota. Likelihood ratio test= 357 en 4 grados de libertad, p = <2e-16; Wald test = 197,4 en 4 grados de libertad, p = <2e-16, Score (logrank) test = 412,3 en 4 grados de libertad, p = <2e-16.

En la regresión de Cox se utiliza como nivel de referencia este último grupo, los demás períodos se comparan con él. Como se puede observar en la Tabla 1, todos los coeficientes de regresión son positivos, indicando que la probabilidad de fallecimiento es más alta en cada uno de los grupos comparado con el de referencia. Tiene más interés la interpretación del exponencial del coeficiente, en la segunda columna de la tabla, que es el riesgo relativo (RR): en el período hasta el 2000 el riesgo de fallecimiento de los adictos, para cualquier edad, multiplica por 696 el de la población general; en el período más reciente 2018-2020 ese riesgo se multiplica por 27,6. Se observa una rápida evolución favorable del riesgo relativo con el paso del tiempo, aunque sigue siendo muy elevado en las fechas más recientes.

En la última columna de la tabla se indican los valores P de los contrastes de significación. Todos ellos tienen un valor prácticamente cero, lo que significa que los efectos descritos son estadísticamente significativos, y también lo es

Figura 3 *Curvas de supervivencia temporales. Comparación de los 4 periodos de seguimiento versus población general*



el modelo en su conjunto como indican los tres contrastes de carácter general al pie de la tabla.

En la Figura 3 se muestran los efectos descritos, representando las curvas de supervivencia para los cinco grupos. La curva correspondiente a la población general está claramente por encima (tasa de supervivencia más alta), y los otros grupos muestran supervivencias claramente más bajas cuanto más antiguo es el período.

Las edades medianas de supervivencia en cada período (1 = 31,5, 2 = 41, 3 = 45, 4 = 51, y grupo control 5 = 86) aumentan de forma sostenida para los pacientes a medida que avanza el período de seguimiento.

La edad media del fallecimiento se ve claramente influenciada por el período de seguimiento analizado. Hasta 1998 es de 31,8 (mediana 31) a partir de 1998 es de 47,47 (mediana 47). Aplicando la prueba estadística no paramétrica de Wilcoxon se obtiene una p próxima a 0 (W = 298,5; 2,831e-11), indicando una alta significancia estadística.

Al realizar un gráfico de dispersión se aprecia que la evolución es continua a lo largo del tiempo; la edad media, representada por la recta de ajuste, crece de forma sostenida, a ritmo constante, pasando de 25 años antes de 1990 a más del doble, 52 años, después de 2015.

Un modelo de regresión entre la edad de fallecimiento y el año permite profundizar en el análisis. El coeficiente de regresión entre la edad y el año es claramente significativo (t=13,28; valor P=2e-16), y su valor estimado de 0,77 se puede interpretar como el incremento en la edad de fallecimiento, 0,77 años, por cada año transcurrido a lo largo del período estudiado.

El modelo lineal es adecuado (el gráfico muestra una relación claramente lineal), y el coeficiente de determinación

Figura 4 *Gráfico de dispersión de la mortalidad de la muestra en función de la evolución temporal*

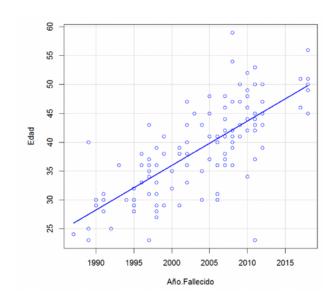
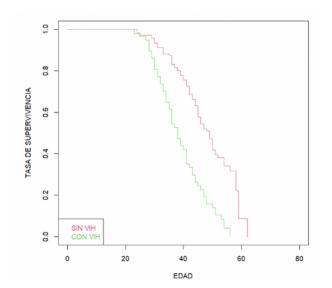


Figura 5Curvas de supervivencia en función de la infección por VIH



R cuadrado = 0,54 indica que los avances representados por el paso del tiempo permiten explicar el 54,4% de la variabilidad de la edad de fallecimiento. El modelo es también significativo (F = 145,4, valor P = 2,2e-16).

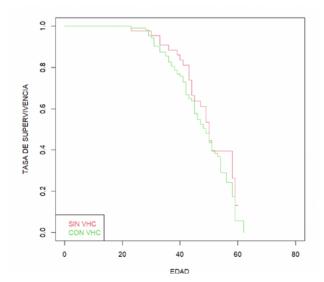
El sexo no influye significativamente (valor P = 0,39 en el coeficiente de regresión de la variable sexo) en esa relación encontrada entre la edad de fallecimiento y el período considerado. No es significativamente distinta la edad de fallecimiento de hombres y mujeres.

Al observar en cada periodo los fallecimientos en función de cada causa se obtienen los siguientes resultados: (1) 2 para sobredosis (33,33%), 38 para enfermedad (30,4%), 0 para suicidio (0%) y 1 para trauma (12,5%); (2) 3 para sobredosis (50%), 48 para enfermedad (38,4%), 2 para suicidio (40%) y 2 para trauma (25%); (3) 1 para sobredosis (16,66%), 20 para enfermedad (16%), 3 para suicidio (60%) y 3 para trauma (25%); (4) 0 para sobredosis (0%), 19 para enfermedad (15,2%), 0 para suicidio (0%) y 2 para trauma (25%). No es posible, por su baja prevalencia, determinar si esta evolución es estadísticamente significativa para sobredosis (aunque se observa una clara tendencia a la disminución a partir de 2010), o para suicidio y trauma (para estas causas no se observa una tendencia clara), pero sí para enfermedad, donde a partir de 2010 se observa una disminución claramente significativa ($p \le 0.001$) con respecto al período anterior. Sin embargo, no hay diferencias significativas para la prevalencia de enfermedad entre los períodos 3 y 4.

3. Mortalidad en relación con las infecciones por VIH / VHC

Con respecto al VIH, el modelo de regresión de Cox, con la supervivencia en función del VIH, tiene un valor P < 0,001, indicando un efecto claramente significativo. La razón de riesgo (*hazard ratio*) es 2,78, indicando que el riesgo de fallecimiento dentro de este colectivo se multiplica por 2,78 entre

Figura 6Curvas de supervivencia en función de la infección por VHC



los que tienen VIH en relación con los que no lo tienen. La Figura 5 muestra una curva sistemáticamente por debajo, para cualquier edad, para los pacientes con VIH.

Sin embargo, los resultados cambian al realizar el mismo análisis considerando tres períodos de tiempo diferentes: hasta el año 2000, de 2000 a 2010, y de 2011 a 2020. Al realizar esta división temporal, la presencia del VIH deja de ser significativa (p = 0,82 para el primer período, p = 0,99 para el segundo, y p = 0,37 para el tercer período). Ocurre que la proporción de VIH se reduce de forma importante a lo largo del tiempo, con lo cual los pacientes con VIH de esta muestra se concentran, de forma mayoritaria, en los períodos iniciales del estudio. En estos períodos iniciales la esperanza de vida del conjunto de pacientes a seguimiento era la más baja, como ya se ha indicado en los análisis previos (Figura 3), con todas las causas de mortalidad ejerciendo su máxima influencia.

Con respecto al VHC, el modelo de regresión de Cox, con la supervivencia en función del VHC, tiene un valor P = 0,357, indicando un efecto no significativo. La mortalidad no parece depender de VHC, tal y como se observa en la Figura 6.

Discusión

Los datos presentados en la sección de resultados permiten establecer con rapidez la siguiente conclusión: Los pacientes adictos que participaron en este estudio tienen una edad de supervivencia menor que la de la población general de la zona, aunque esta edad ha ido elevándose en el tiempo, desde 1986 hasta 2020.

La muerte prematura de los pacientes participantes en este estudio resulta un hallazgo habitual en este tipo de población, algo contrastado en diferentes estudios de pacientes adictos a sustancias, en particular a la heroína (Bahji et al., 2020; Cruts et al., 2008; Degenhardt et al., 2011; EMCDDA, 2020; Giraudon et al., 2012; Jiménez-Treviño et al., 2023; Jimenez-Treviño et al., 2011; Mathers et al., 2013). Esta prematuridad en la mortalidad se mantiene aun a pesar del aumento de la edad de fallecimiento a lo largo de estos últimos años.

Los resultados del estudio muestran una realidad asistencial mixta. Por un lado, la edad de supervivencia ha ido aumentando, algo en parte ya esperable al ir aumentando la edad de los pacientes a seguimiento que se incorporaron al inicio del estudio. Este hecho estadísticamente significativo indica el efecto positivo que han tenido los programas de mantenimiento con metadona/buprenorfina, la disminución del uso de la vía parenteral, y la universalización del tratamiento de las infecciones concomitantes por VIH y VHC (Bahji et al., 2019; Kimber, Larney, Hickman, Randall y Degenhardt, 2015; Krawczyk et al., 2020; Lozano, Domeque, Perálvarez, Torrellas y Gonzalo, 2019; Mathers y Degenhardt, 2014; Sordo et al., 2017). Sin embargo, la edad de supervivencia de estos pacientes no ha alcanzado la de la población general, pese a todos los avances indicados previamente, y esto, sin duda, indica que hay factores nocivos asociados a la adicción a sustancias que todavía no han podido ser neutralizados totalmente en estos pacientes (Bahji et al., 2020).

Otro resultado evidente del presente estudio es que la atribución de la mortalidad de la muestra de pacientes está relacionada con la enfermedad clínica en general (84%), y en menor medida (16%), con otro grupo de causas (sobredosis, suicidio o trauma). Este es un resultado, como ya se indicaba en la introducción, poco habitual en los estudios sobre mortalidad en estos pacientes, aunque estudios previos ya indican que esta distribución de la mortalidad es habitual en muestras de pacientes de más edad (Stenbacka, Leifman y Romelsjö, 2010). En nuestra opinión. esta diferencia tiene que ver con el diseño del estudio, al realizar un estudio prospectivo, muy exhaustivo en el seguimiento de los pacientes, y con acceso a la historial clínica general se detectan numerosos casos de muerte por enfermedad que en otro tipo de estudios pasan desapercibidos (Bahji et al., 2020; Cruts et al., 2008; Mathers et al., 2013). Como se comentará más adelante, este exhaustivo seguimiento se acompañó de un intenso tratamiento sanitario, psicológico y social que también influye en los resultados, y que podría explicar por qué las tasas de mortalidad en España son inferiores a las europeas (EMCDDA, 2020).

La influencia del VIH como factor generador de enfermedades y mortalidad queda reflejada en los resultados. El VIH, de forma global, se asocia a una mayor mortalidad, pero al realizar el análisis por períodos temporales pierde esa significancia, ya que las infecciones por VIH son más prevalentes en los primeros años del estudio, momento es que la mortalidad es máxima en estos pacientes. Ahora bien, a lo largo del estudio queda clara la relación entre la presencia del VIH / VHC y la causa principal de mortalidad, la en-

fermedad. De los 125 pacientes que fallecen por esta causa, 97 eran positivos al VIH o al VHC (un 77,66%, $p \le 0,001$).

Inicialmente, se podría considerar que las infecciones víricas, de hecho, todas las infecciones propias del uso por drogas por la vía parenteral explicarían los resultados del presente estudio. La infección del VIH, y desde finales de los años noventa del siglo pasado las hepatopatías infecciosas VHC/ Virus de la Hepatitis B (VHB), que han duplicado su prevalencia respecto al VIH (29), representan la principal amenaza infecciosa de la vía parenteral, pero no la única; abscesos, embolias y endocarditis bacterianas y fúngicas también son muy prevalentes en los usuarios de esta vía.

El masivo abandono de la vía parenteral, y la mejora en los tratamientos de estas infecciones podrían explicar la mejoría observada en el presente estudio en lo referente a la edad de supervivencia de los pacientes, y sobre todo a través de una disminución en la prevalencia de muerte por enfermedad a partir de 2010.

Esta evolución se observa claramente en un estudio realizado entre los años 2005-2010 en pacientes de todas las unidades asistenciales de drogodependencias de Galicia, incluyendo en la que se realizó el presente estudio, y tratándose, por lo tanto, de una muestra muy similar. En este estudio se analizaban las nuevas demandas de tratamiento por adicción a la heroína (Flórez et al., 2015). En los 1.655 pacientes analizados, se objetivó la presencia del VIH en un 7,4% de la muestra, y el VHC en un 19,9%, estos datos se correlacionaban con un bajo uso de la vía parenteral, solo presente en un 15,6% de la muestra (Flórez et al., 2015). Estos datos contrastan con estudios longitudinales previos que indicaban una presencia del VIH en un 47,2% de los adictos a la heroína, y el VHC, junto al VHB, en un 81,1% (Giraudon et al., 2012). Esta reducción de infecciones víricas también afectaría al resto de infecciones, bacterianas o fúngicas, propias de la vía parenteral, hecho que también contribuiría a reducir la mortalidad.

Por otro lado, y pese a estos aspectos asistenciales favorables, se observa que esta mejoría no es suficiente para poder equiparar la edad de supervivencia de los pacientes a la de la población general, algo confirmado por la ausencia de una diferencia significativa en la prevalencia de muertes por enfermedad entre los períodos 3 y 4. Sin duda, siguen operando otros factores que impiden superar esa brecha. Estilos de vida poco saludables, como la vida sedentaria y una alimentación negligente, unido al policonsumo de sustancias, destacando el tabaco, el alcohol y los estimulantes, típico de esta población explicarían porque se mantiene la diferencia con la población general (Morris y Garver-Apgar, 2020; Pajusco et al., 2012); además el policonsumo reduce la adherencia a los tratamientos en general, y a los anti-retrovirales en particular (González-Álvarez, Madoz-Gurpide, Parro-Torres, Hernández-Huerta y Ochoa Mangado, 2019). Sirva como ejemplo el va mencionado estudio COPSIAD. En los 805 pacientes (35% del total) cuya sustancia de abuso principal era la heroína, un 43,1% también eran adictos a la cocaína, un 30,7% eran adictos al cannabis y un 19,2% al alcohol (Pereiro et al., 2013). Además, el estudio COPSIAD también indicaba la elevada comorbilidad que presentan los adictos a la heroína en Galicia con otros trastornos psiquiátricos no adictivos (7,6% de trastornos psicóticos, 20,6% de trastornos del estado de ánimo, 11,9% de trastornos de ansiedad y 26,5% de trastornos de la personalidad). Es bien conocido que los trastornos psiquiátricos no adictivos también presentan una elevada comorbilidad con enfermedades físicas relacionadas con estilos de vida poco saludables. Está claro que esta comorbilidad, o patología dual, contribuye en la presente muestra a mantener esa diferencia significativa en las expectativas de vida con respecto a la población general donde estos trastornos no son tan prevalentes (Pereiro et al., 2013), tal y como ya indican estudios previos (Fridell et al., 2019).

El consumo de tabaco también es muy prevalente en esta población, los estudios indican una prevalencia superior al 80% con grandes dificultades para abandonar el consumo (Morris y Garver-Apgar, 2020; Pajusco et al., 2012). Por lo tanto, el consumo de tabaco y su morbi-mortalidad también contribuye a mantener una diferencia significativa entre la población del estudio y la general en lo que a expectativa de vida se refiere.

Es fácil concluir que es este estilo de vida poco saludable, generado por el policonsumo y la comorbilidad psiquiátrica, unido al envejecimiento que han sufrido los participantes en este estudio, lo que ha aumentado, frente a la población general, el riesgo de presentar ciertas enfermedades, oncológicas y cardiovasculares especialmente, que han mantenido a las enfermedades como la causa principal de muerte en el estudio. Además, estas enfermedades han contrarrestado el efecto beneficioso del control sanitario de las infecciones asociadas a la vía parenteral tan prevalentes en esta población, y han impedido que las diferencias significativas en la edad de supervivencia desaparezcan al comparar con la población general, tal y como indica la evolución de la prevalencia de muertes por enfermedad. A pesar de esto, el efecto beneficioso del intenso control sanitario que se ha realizado en esta población se pone de manifiesto al observar una clara mejoría en la evolución de la edad de supervivencia, y en las bajas tasas de muerte por suicidio, sobredosis o accidente. Hay que recordar que en estas últimas causas la presencia de un eficaz sistema sanitario público capaz de responder de forma urgente supone una diferencia muy significativa (Bahji et al., 2020; Cruts et al., 2008; Degenhardt et al., 2006).

Los resultados de este estudio deben interpretarse dentro del contexto asistencial en el que se recogieron. Los participantes en el mismo acudían a un programa de tratamiento que les daba una cobertura sanitaria, psicológica y social disminuyendo la mortalidad por suicidio, sobredosis y traumatismos. Además, disponer de un servicio público de intervención sanitaria urgente permanente también ayuda a reducir la mortalidad por suicidio, sobredosis y traumatis-

mos. La disminución de la prevalencia del uso por vía parenteral unida a una reducción en la pureza de la heroína disponible también ha contribuido a reducir la mortalidad por sobredosis. Todos estos factores también han ayudado, tal y como indican los resultados del presente estudio, a reducir la mortalidad por enfermedad, pero los estilos de vida poco saludables van generando una morbi-mortalidad asociada a diversas enfermedades infecciosas, cardiovasculares, endocrinológicas u oncológicas que se incrementan con la edad y que explican la evolución de los datos de este estudio.

Finalmente, indicar que en el presente estudio se observa una tendencia a que los hombres presenten una mayor mortalidad en comparación con las mujeres, pero sin una diferencia significativa en la edad media de muerte. En conjunto, los resultados indican un mayor riesgo para los varones. pero no tan intenso como en otros estudios (Brugal et al., 2016; Onyeka et al., 2015).

Limitaciones

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben indicarse. Aunque los participantes del estudio eran mayoritariamente originales de la zona del área sanitaria del Morrazo y de Vigo, sin apenas pacientes transeúntes pertenecientes a otras áreas ajenas a la del estudio, es posible que se hayan producido desplazamientos no detectados y que alguno de estos pacientes desplazados falleciera sin que se registrara la causa de su muerte. Cabe destacar, que el porcentaje de pacientes perdidos para el análisis de la causa de muerte a lo largo del estudio ha sido inferior al 1%.

Hay que tener en cuenta que todos los datos de este estudio fueron recogidos por el mismo investigador, lo cual mejora la validez interna de los datos; sin embargo, las causas de muerte no se determinaron en función de un protocolo previo común para toda el área sanitaria, sino en función de los registros de la actividad diaria de los profesionales sanitarios implicados. Este hecho tiene importancia a la hora de discriminar entre sobredosis accidentales y suicidios, pero no afecta significativamente a las muertes por enfermedad.

Como el estudio se realizó en un ámbito sanitario es posible que se hayan infraestimado las muertes producidas por causas distintas a la enfermedad que no hayan sido registradas directamente por el personal sanitario.

Por otro lado, una muestra mayor hubiese permitido obtener una potencia estadística superior en los resultados.

Finalmente, las causas de mortalidad que se han producido en la muestra a lo largo del período de estudio (1986-2020) se comparan con las causas de muerte en la población general del área sanitaria de Pontevedra producidas en 2020. Aunque se trata de la población general que engloba a la muestra del estudio, es posible que las causas de muerte en la población general hayan cambiado a lo largo de los años. Aun así, la expectativa de vida en la población general no hizo sino mejorar a lo largo del estudio, y este hecho nos indica que no hay un sesgo significativo en la

evolución de la comparativa de expectativa de vida en los pacientes del estudio frente a la población general.

Conclusiones

- 1. La población adicta a opiáceos seguida en este estudio tiene una mayor tasa de mortalidad prematura, mantenida en el tiempo, respecto de la población general de la zona, la provincia de Pontevedra, reduciéndose de forma sostenida a lo largo de los últimos años. Esta evolución favorable se corresponde con el intenso tratamiento multidisciplinar al que tienen acceso de forma gratuita estos pacientes.
- 2.A pesar de este intenso tratamiento multidisciplinar, estos pacientes presentan un estilo de vida poco saludable que genera una mayor prevalencia, frente a la población general, de factores de riesgo para diversas enfermedades. Esto determina la aparición de un efecto "plateau" en la prevalencia de muertes por enfermedad, y con ello en la mortalidad global de los pacientes, que les impide tener una esperanza de vida similar a la de la población general.
- 3. La población adicta a opiáceos seguida en este estudio presenta como causa de mortalidad prematura las mismas causas que las habituales referidas en los estudios de la EMCDDA (1): 1. Sobredosis / 2. Enfermedades / 3. Suicidio / 4. Trauma, siendo la enfermedad la causa preponderante de mortalidad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la ausencia de conflictos de intereses en relación al estudio, su autoría, y / o a la publicación de este manuscrito.

Referencias

- Bahji, A., Cheng, B., Gray, S. y Stuart, H. (2019). Reduction in mortality risk with opioid agonist therapy: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140, 313-339. doi:10.1111/acps.13088.
- Bahji, A., Cheng, B., Gray, S. y Stuart, H. (2020). Mortality among people with opioid use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Addiction Medicine*, 14, 118-132. doi:10.1097/adm.00000000000000606.
- Brugal, M. T., Molist, G., Sarasa-Renedo, A., de la Fuente, L., Espelt, A., Mesías, B.,... Barrio, G. (2016). Assessing gender disparities in excess mortality of heroin or cocaine users compared to the general population. *The International Journal on Drug Policy*, 38, 36-42. doi:10.1016/j. drugpo.2016.10.009.
- Carrasco-Barrios, M. T., Huertas, P., Martín, P., Martín, C., Castillejos, M. C., Petkari, E. y Moreno-Küstner, B. (2020). Determinants of suicidality in the European ge-

- neral population: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17. doi:10.3390/ijerph17114115.
- Colom, J., Szerman, N., Sabater, E., Ferre, F., Pascual, F., Gilabert-Perramon, A.,... M, C. D. A. O. U. D. (2021). Study to determine relevant health outcome measures in opioid use disorder: Multicriteria decision analysis. *Adicciones*, 33, 109-120. doi:10.20882/adicciones.1263.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. y Van Laar, M. (2008). Estimating the total mortality among problem drug users. *Substance Use and Misuse*, 43, 733-747. doi:10.1080/10826080701202643.
- Degenhardt, L., Bucello, C., Mathers, B., Briegleb, C., Ali, H., Hickman, M. y McLaren, J. (2011). Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*, 106, 32-51. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03140.x.
- Degenhardt, L., Hall, W. y Warner-Smith, M. (2006). Using cohort studies to estimate mortality among injecting drug users that is not attributable to AIDS. *Sexually Transmitted Infections*, 82 (Supl. 3), 56-63. doi:10.1136/sti.2005.019273.
- Dennis, F. (2021). Drug fatalities and treatment fatalism: Complicating the ageing cohort theory. *Sociology of Health and Illness*, 43, 1175-1190. doi:10.1111/1467-9566.13278.
- EMCDDA. (2020). European Drug Report 2020: Trends and developments. En Addiction EMCfDaD, editor. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 88. doi:10.2810/420678.
- Flórez, G., López-Durán, A., Triñanes, Y., Osorio, J., Fraga, J., Fernández, J. M.,... Arrojo, M. (2015). First-time admissions for opioid treatment: Cross-sectional and descriptive study of new opioid users seeking treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 2431-2440. doi:10.2147/ndt.S84431.
- Fridell, M., Backstrom, M., Hesse, M., Krantz, P., Perrin, S. y Nyhlen, A. (2019). Prediction of psychiatric comorbidity on premature death in a cohort of patients with substance use disorders: A 42-year follow-up. *BMC Psychiatry*, 19, 150. doi:10.1186/s12888-019-2098-3.
- Giraudon, I., Vicente, J., Matias, J., Mounteney, J. y Griffiths, P. (2012). Reducing drug related mortality in Europe - a seemingly intractable public health issue. *Adicciones*, 24, 3-7.
- González-Álvarez, S., Madoz-Gurpide, A., Parro-Torres, C., Hernández-Huerta, D. y Ochoa Mangado, E. (2019). Relationship between alcohol consumption, whether linked to other substance use or not, and antiretroviral treatment adherence in HIV+ patients. Adicciones, 31, 8-17. doi:10.20882/adicciones.916.
- Hickman, M., Steer, C., Tilling, K., Lim, A. G., Marsden, J., Millar, T.,... Macleod, J. (2018). The impact of buprenorphine and methadone on mortality: A primary care cohort study in the United Kingdom. *Addiction*, 113, 1461-1476. doi:10.1111/add.14188.

- Horon, I. L., Singal, P., Fowler, D. R. y Sharfstein, J. M. (2018). Standard death certificates versus enhanced surveillance to identify heroin overdose-related deaths. *American Journal of Public Health*, 108, 777-781. doi:10.2105/ajph.2018.304385.
- Jiménez-Treviño, L., Martínez-Cao, C., Sánchez-Lasheras, F., Iglesias, C., Antuña, M. J., Riera, L.,... Bobes, J. (2023). A 35-year follow-up study of patients admitted to methadone treatment between 1982-1984 in Asturias, Spain. *Adicciones*, 35 (3), 303-314. doi:10.20882/adicciones.1662.
- Jiménez-Treviño, L., Sáiz, P. A., García-Portilla, M. P., Díaz-Mesa, E. M., Sánchez-Lasheras, F., Burón, P.,... Bobes, J. (2011). A 25-year follow-up of patients admitted to methadone treatment for the first time: Mortality and gender differences. *Addictive Behaviors*, 36, 1184-1190. doi:10.1016/j.addbeh.2011.07.019.
- Kimber, J., Larney, S., Hickman, M., Randall, D. y Degenhardt, L. (2015). Mortality risk of opioid substitution therapy with methadone versus buprenorphine: A retrospective cohort study. *Lancet Psychiatry*, 2, 901-908. doi:10.1016/s2215-0366(15)00366-1.
- Krawczyk, N., Mojtabai, R., Stuart, E. A., Fingerhood, M., Agus, D., Lyons, B. C.,... Saloner, B. (2020). Opioid agonist treatment and fatal overdose risk in a state-wide US population receiving opioid use disorder services. *Addiction*, 115, 1683-1694. doi:10.1111/add.14991.
- Larney, S., Tran, L. T., Leung, J., Santo, T., Jr., Santomauro, D., Hickman, M.,... Degenhardt, L. (2020). All-cause and cause-specific mortality among people using extramedical opioids: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77, 493-502. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.4170.
- Lozano, R., Domeque, N., Perálvarez, C., Torrellas, M. D. y Gonzalo, C. (2019). Mortality rate in patients on methadone treatment and infected with the human immunodeficiency virus and/or the hepatitis C virus. *Adicciones*, 31, 78-79. doi:10.20882/adicciones.1007.
- Ma, J., Bao, Y. P., Wang, R. J., Su, M. F., Liu, M. X., Li, J. Q.,... Lu, L. (2019). Effects of medication-assisted treatment on mortality among opioids users: A systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 24, 1868-1883. doi:10.1038/s41380-018-0094-5.
- Martins, S. S., Sampson, L., Cerdá, M. y Galea, S. (2015). Worldwide prevalence and trends in unintentional drug overdose: A systematic review of the literature. *American Journal of Public Health*, 105, 29-49. doi:10.2105/ajph.2015.302843.
- Mathers, B. M. y Degenhardt, L. (2014). Examining non-AIDS mortality among people who inject drugs. *Aids*, *28* (*Supl. 4*),435-444. doi:10.1097/qad.000000000000000435.
- Mathers, B. M., Degenhardt, L., Bucello, C., Lemon, J., Wiessing, L. y Hickman, M. (2013). Mortality among people who inject drugs: A systematic review and me-

- ta-analysis. Bulletin of the World Health Organization, 91, 102-123. doi:10.2471/blt.12.108282.
- Molist, G., Brugal, M. T., Barrio, G., Mesías, B., Bosque-Prous, M., Parés-Badell, O. y de la Fuente, L. (2018). Effect of ageing and time since first heroin and cocaine use on mortality from external and natural causes in a Spanish cohort of drug users. *The International Journal on Drug Policy*, 53, 8-16. doi:10.1016/j.drugpo.2017.11.011.
- Morris, C. D. y Garver-Apgar, C. E. (2020). Nicotine and opioids: A call for co-treatment as the standard of care. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 47, 601-613. doi:10.1007/s11414-020-09712-6.
- Onyeka, I. N., Beynon, C. M., Hannila, M. L., Tiihonen, J., Föhr, J., Tuomola, P.,... Kauhanen, J. (2014). Patterns and 14-year trends in mortality among illicit drug users in Finland: The HUUTI study. *The International Journal on Drug Policy*, 25, 1047-1053. doi:10.1016/j.drugpo.2014.07.008.
- Onyeka, I. N., Beynon, C. M., Vohlonen, I., Tiihonen, J., Föhr, J., Ronkainen, K. y Kauhanen, J. (2015). Potential years of life lost due to premature mortality among treatment-seeking illicit drug users in Finland. *Journal of Community Health*, 40, 1099-1106. doi:10.1007/s10900-015-0035-z.
- Pajusco, B., Chiamulera, C., Quaglio, G., Moro, L., Casari, R., Amen, G.,... Lugoboni, F. (2012). Tobacco addiction and smoking status in heroin addicts under methadone vs. buprenorphine therapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 932-942. doi:10.3390/ijerph9030932.
- Park, T. W., Larochelle, M. R., Saitz, R., Wang, N., Bernson, D. y Walley, A. Y. (2020). Associations between prescribed benzodiazepines, overdose death and buprenorphine discontinuation among people receiving buprenorphine. *Addiction*, 115, 924-932. doi:10.1111/add.14886.
- Pereiro, C., Pino, C., Flórez, G., Arrojo, M. y Becoña, E. (2013). Psychiatric comorbidity in patients from the addictive disorders assistance units of Galicia: The COP-SIAD study. *PLoS One*, 8, 66451. doi:10.1371/journal. pone.0066451.
- Slavova, S., Delcher, C., Buchanich, J. M., Bunn, T. L., Goldberger, B. A. y Costich, J. F. (2019). Methodological complexities in quantifying rates of fatal opioid-related overdose. *Current Epidemiology Reports*, 6, 263-274. doi:10.1007/s40471-019-00201-9.
- Sordo, L., Barrio, G., Bravo, M. J., Indave, B. I., Degenhardt, L., Wiessing, L.,... Pastor-Barriuso, R. (2017). Mortality risk during and after opioid substitution treatment: Systematic review and meta-analysis of cohort studies. BMJ (Clinical Research Edition), 357, 1550. doi:10.1136/bmj.j1550.
- Stenbacka, M., Leifman, A. y Romelsjö, A. (2010). Mortality and cause of death among 1705 illicit drug users: A 37 year follow up. *Drug and Alcohol Review*, 29, 21-27. doi:10.1111/j.1465-3362.2009.00075.x.



ADICCIONES 2024 ■ VOL. 36 ■ N. 2 ■ PÁGS. 217-226 www.adicciones.es

ADICCIONES

2024 N.2

VOL 36 N.2

ORIGINAL

Cambios en el consumo de cannabis en consumidores españoles durante el confinamiento por la COVID-19 según sexo, edad, situación de convivencia y nivel de adicción

Changes in cannabis use in Spanish consumers during the COVID-19 lockdown according to gender, age, living situation and addiction level

Víctor José Villanueva-Blasco*, **, Bárbara González Amado*, **, Verónica Villanueva-Silvestre*, **, Andrea Vázquez-Martínez*, **, Manuel Isorna Folgar***.

Resumen

El objetivo fue analizar el consumo de cannabis durante el confinamiento según sexo, edad, situación de convivencia y nivel de adicción. Estudio descriptivo no probabilístico con una muestra de conveniencia de 208 participantes con edades entre 18-57 años (64,3% hombres; edad media = 31,39 años) que reportaron consumir cannabis. Se analizó la frecuencia de distintas tipologías de consumo de cannabis y el nivel de adicción con el Cannabis Abuse Screening Test (CAST). La recogida de datos se realizó mediante encuesta online. El 25% de consumidores aumentó su consumo de porros de marihuana mezclada con tabaco; el 11,9% de cigarros de marihuana; y el 11,8% de porros de hachís mezclado con tabaco. Los hombres presentaron mayor nivel de adicción al cannabis. Sin embargo, redujeron su consumo de porros durante el confinamiento. Hombres y mujeres incrementaron su consumo de cigarros de marihuana. El consumo de porros se incrementó mayormente en el grupo de 25-29 años, entre quienes convivían con personas distintas a familiares y pareja, vivían solas, o en pareja; y se redujo entre quienes vivían con progenitores o familiares. Mostraron mayor nivel de adicción al cannabis (CAST) el grupo entre 18-24 años que vive solo y el grupo entre 35-44 años que convive con sus progenitores. Los consumidores con dependencia que incrementan su consumo de porros (49%) fue dos veces superior respecto a los grupos sin adicción y con adicción moderada. El consumo de cigarros de marihuana (20,8%) fue 1,5 veces superior que para adicción moderada y más del triple que para sin adicción. El riesgo de adicción a cannabis aumentó en ciertos grupos durante el confinamiento.

Palabras clave: cannabis, adicción, género, edad, situación de convivencia

Abstract

The objective was to analyze the changes in cannabis use during lockdown considering sex, age, living situation and level of addiction. This descriptive and non-probabilistic study used a convenience sample of 208 participants with ages between 18-57 years (64.3% men; mean age = 31.39 years), that reported consuming cannabis. The frequency of distinct typologies of cannabis use was analyzed and the level of addiction with the Cannabis Abuse Screening Test (CAST). An online survey was used to collect the variables under study. A total of 25% consumers increased their spliff (marijuana mixed with tobacco) consumption, 11.9% increased their joint (marijuana cigarette) consumption and 11.8% increased their hashish spliff consumption. Men had higher levels of cannabis addiction, however, during lockdown they reduced their marijuana spliff consumption while both men and women increased their joint consumption. Marijuana spliff consumption showed a greater increase in the 25-29 age group, in those living with people other than relatives or a partner, alone, or with a partner and was reduced mainly in those living with parents or other relatives. The living alone 18-24 years old group, and the living with parents 35-44 years old group showed higher levels of cannabis addiction (CAST). The rate of dependent consumers who increased their marijuana spliff consumption (49%) doubled compared to consumers with no addiction and moderate addiction. Regarding joints, consumption was 1.5 times higher than for moderate addiction consumers and three times higher than those with no addiction. The risk of cannabis addiction increased in certain groups during lockdown.

Keywords: cannabis, addiction, gender, age, living situation

■ Recibido: Julio 2022; Aceptado: Noviembre 2022.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Manuel Isorna Folgar. Facultad de Ciencias de la Educación y Trabajo Social. Campus As Lagoas. Universidad de Vigo, 32004. Ourense, España. E-mail: isorna.catoira@uvigo.es

^{*} Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Internacional de Valencia. Valencia, España.

^{**} Grupo de Investigación en Salud y Ajuste Psico-Social (GI-SAPS). Universidad Internacional de Valencia. Valencia, España.

^{***} Facultad de Ciencias de la Educación y Trabajo Social. Universidad deVigo. Ourense, España.

unque la disponibilidad de cannabis disminuyó durante el período de confinamiento por la pandemia de la COVID-19, continuó siendo la susancia ilegal de mayor disponibilidad (Boehnke, McAfee, Ackerman y Kruger, 2021; Rolland et al., 2020; Van Laar et al., 2020) y una de las más demandadas (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction y Europol, 2020). Su venta aumentó entre enero y marzo de 2020 (EMCDDA y Europol, 2020), cuando los consumidores recreativos parecían abastecerse antes del confinamiento (Cherkasova, 2020). A pesar de que varios estudios sugieren que ha habido un aumento en el consumo de cannabis durante la pandemia (Bartel, Sherry y Stewart, 2021), los patrones de consumo de cannabis en Europa se mantuvieron relativamente estables durante el confinamiento en comparación con antes de la pandemia (EMCDDA, 2020). Sin embargo, estos estudios no reportan cómo el confinamiento afectó a la frecuencia de consumo o la cantidad de cannabis consumido en cada ocasión; factores importantes vinculados a consecuencias negativas para la salud (Fischer et al., 2017). Los estudios tampoco tuvieron en cuenta el papel de determinadas variables sociodemográficas, como la situación de convivencia durante el confinamiento, algo que solo Vanderbruggen et al. (2020) y Villanueva-Blasco, Villanueva-Silvestre, Vázquez-Martínez, Rial e Isorna (2021) hicieron en el caso de alcohol.

Las medidas de confinamiento provocaron la modificación de múltiples dinámicas sociales, como el cierre de centros educativos y universidades y cambios en las situaciones de convivencia familiar. Esto significaba que los jóvenes pasaban más tiempo con la familia y menos tiempo en contextos propicios para el consumo de sustancias (Bollen et al., 2021; Graupensperger et al., 2021).

Las condiciones de convivencia familiar también llevaron a un aumento de las obligaciones de cuidado debido al cierre de las escuelas. Los niños asistían a la escuela telemáticamente desde su propia casa o realizaban allí sus tareas educativas. El confinamiento también implicó una mayor atención a los familiares enfermos o dependientes (Beach, Schulz, Donovan y Rosland, 2021; Lee, Ward, Chang y Downing, 2021). Tales responsabilidades de cuidado recaían de manera desproporcionada en las mujeres (Giurge, Whillans y Yemiscigil, 2021; Zamarro y Prados, 2021) y se asociaban con mayores síntomas de ansiedad y depresión (Russell, Hutchison, Tambling, Tomkunas y Horton, 2020).

Las diferentes formas de consumo de cannabis son un tema de interés para el desarrollo de políticas públicas y para el diseño de intervenciones preventivas y de tratamiento. La forma de consumo de cannabis más común en Europa y España es la mezcla con tabaco, principalmente en el formato conocido como porro. Los porros pueden ser de dos tipos: tabaco con marihuana (la mezcla triturada del cogollo y las hojas cercanas de la planta) o tabaco con hachís (las secreciones resinosas de la planta), siendo en España mayoritario

el consumo de porros de marihuana mezclados con tabaco (Isorna, Villanueva-Blasco, Veiga y Otero-Requeijo, 2020). Este consumo dual marca una diferencia con respecto al consumo de cigarrillos de cannabis solo, ya que fomenta el uso continuado de ambas sustancias (Hindocha, Freeman, Ferris, Lynskey y Winstock, 2016) y se asocia con un aumento de los síntomas de dependencia al cannabis (Richter, Pugh y Ball, 2016; Schauer y Peters, 2018). Es especialmente interesante analizar cómo el confinamiento por la COVID-19 puede haber modificado el patrón de consumo de cannabis en el caso del consumo dual mezclado con tabaco.

Este estudio tuvo como objetivo analizar los cambios en los patrones de consumo de cannabis durante el período de confinamiento por la COVID-19. En comparación con otros estudios, se tuvo en cuenta varias tipologías de consumo de cannabis, incluido el consumo dual de cannabis-tabaco, además de analizar los posibles cambios según diversas variables sociodemográficas, como sexo, edad y situación de convivencia. También exploramos si estas variables y su interacción mediaban en el nivel de adicción al cannabis. Por último, analizamos si el número de porros de marihuana y tabaco que los usuarios obtuvieron con un gramo de marihuana aumentaron o disminuyeron durante el confinamiento, según su nivel de adicción.

Método

Diseño

Este estudio es descriptivo y no probabilístico con una muestra de conveniencia. Utilizamos una encuesta telemática para recopilar las variables. Se establecieron rangos de edad a partir de aquellos que presentaban un adecuado acceso a Internet, según consta en la Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares (Instituto Nacional de Estadística, 2019).

Participantes

Del total de la muestra de participantes ($\mathcal{N}=3.780$), el 7,86% (n=208) declararon haber consumido cannabis en al menos una de sus formas antes y/o durante el confinamiento. Los análisis se realizaron sobre esta muestra. El 35,7% (n=74) eran mujeres y el 64,3% (n=134) eran hombres, con edades entre 18-64 años (M=31,4, SD=9,5). En cuanto a la edad, el 27,7% (n=58) tenían entre 18-24 años, el 24,5% (n=51) tenían entre 25-29 años, el 18% (n=37) tenían entre 30-34 años, otro 17% (n=35) tenían entre 35-44 años, solo el 10% (n=21) tenían entre 45-54 años, y el 2,8% (n=6) tenían entre 55-64 años.

En cuanto a la situación de convivencia durante el confinamiento, el 6,1% (n=13) de los participantes declaró vivir solo, el 32,1% (n=67) vivía con sus progenitores u otros familiares, el 31,9% (n=66) vivía en pareja, el 9,1% (n=19) compartían piso con personas distintas a familiares o pareja, y el 9,40% (n=20) se encontraban en otra situación

de convivencia. Un total de 11,5% de los consumidores no respondieron a esta pregunta, por lo que fueron excluidos de los análisis que incluyeron esta variable. En cuanto al nivel de estudios, más de la mitad (66,7%) tenían estudios universitarios, el 20% habían finalizado la formación profesional, el 8,9% habían finalizado el bachillerato, el 3,2% tenían estudios secundarios y solo el 1,1% tenían estudios primarios.

Instrumentos

Las variables sociodemográficas fueron: a) sexo (hombre, mujer); b) edad, utilizando los rangos de edad establecidos por la encuesta EDADES (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2021) (18-24 años, 25-29 años, 30-34 años, 35-44 años, 45-54 años, 55-64 años); y c) situación de convivencia: (1) vive solo; (2) vive con sus progenitores u otros familiares; (3) vive en pareja; (4) comparte piso con personas distintas a familiares o pareja; (5) otra situación de convivencia.

Para analizar el consumo de cannabis y sus derivados, se tuvieron en cuenta los siguientes tipos: a) porro de marihuana; b) cigarrillo de marihuana; c) porro de hachís; d) marihuana mezclada con hachís; e) aceite CBD; y f) cannabis sintético. Para cada uno se evaluaron:

- a. Días de consumo al mes durante los seis meses anteriores, tomando como referencia la encuesta EDA-DES (Plan Nacional Sobre Drogas, 2020) para el consumo en los últimos 30 días.
- b. Frecuencia de días de consumo en los siete días anteriores (de 0 a 7 días) durante el confinamiento.
- c. Cantidad promedio diaria antes de la pandemia y durante el confinamiento.
- d. Número de porros obtenidos con 1 gramo de marihuana y con 1 gramo de hachís, antes de la pandemia y durante el confinamiento.

El Cannabis Abuse Screening Test (CAST) (Legleye, Karila, Beck y Reynaud, 2007), en la traducción española validada (Klempova et al., 2009) que consta de 6 ítems, se utilizó para la detección de patrones de abuso de cannabis. Aunque los autores originales propusieron una codificación binaria de los ítems, el estudio de Cuenca-Royo et al. (2012) sobre las propiedades psicométricas del instrumento con una muestra española demostró que la codificación completa del CAST es más informativa y tiene mayor validez de criterio que la versión binaria. Por ello, en el presente estudio se utilizaron los puntos de corte propuestos por Cuenca-Royo et al. (2012) en su codificación completa: 7 para adicción moderada (DSM-5) y 9 para dependencia (DSM-IV).

Procedimiento

La recogida de datos comenzó el 14 de abril de 2020, tras los primeros 30 días de medidas de confinamiento, y finalizó el 29 de mayo, cuando comenzaron las medidas de desescalada. La estrategia de recogida de datos utilizó una encuesta alojada en una web, con difusión mediante publicaciones en redes sociales y anuncios a través de

correo electrónico y aplicaciones de mensajería para teléfonos inteligentes. Se informó a los participantes que la participación era voluntaria, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales (2018). Los participantes tuvieron que dar su consentimiento para participar. Los criterios de selección eran: a) edad entre 18-64 años; b) acuerdo explícito de participación; y c) completar correctamente la encuesta. Los criterios de exclusión eran: a) valores faltantes o patrones de respuesta inconsistentes; b) edad fuera del rango de 18-64 años.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis exploratorio preliminar de variables sociodemográficas y patrones de consumo.

A nivel univariado, se realizaron análisis descriptivos de variables sociodemográficas para describir a los participantes de la investigación. Asimismo, se utilizó la prueba t de Student (o su equivalente no paramétrica $\mathcal Z$ de Wilcoxon) de medidas repetidas para examinar las diferencias en el consumo promedio diario de cannabis antes y durante el confinamiento, y la prueba de chi-cuadrado para evaluar la relación entre variables categóricas.

Se calculó la prevalencia en la reducción, el aumento y el mantenimiento del consumo promedio de cannabis en sus diferentes formas según sexo, edad, situación de convivencia y nivel de adicción al cannabis. Para estos análisis, solo se consideraron las tipologías con mayor prevalencia de consumo y/o que habían mostrado diferencias significativas en el consumo promedio diario de cannabis antes y durante el confinamiento. Cabe señalar que el mantenimiento puede referirse tanto a la ausencia de cannabis o sus derivados, como entre los consumidores de cannabis que usaron algún tipo de consumo antes de la pandemia y continuaron sin usarlo durante el confinamiento.

Para analizar si las variables sociodemográficas de sexo, edad (recodificada en intervalos) y situación de convivencia y su interacción median diferencias en el nivel de adicción al cannabis, se realizó un análisis de varianza de tres factores.

Los resultados para las diferencias de las medias y las interrelaciones entre las variables categóricas se transformaron al tamaño del efecto d de Cohen y a la correlación (phi), respectivamente.

Los datos se analizaron con el paquete IBM SPSS Statistics versión 25.

Resultados

La forma de consumo de cannabis más habitual fue el porro de marihuana, tanto antes (72,9%) como durante el confinamiento (52%), seguido del porro de hachís (22,4% antes, 21,2% durante). Un total del 69,2% de las mujeres y el 75 % de los hombres informaron uso diario de cannabis antes del

confinamiento, y el 22,2% de las mujeres y el 22,5% de los hombres informaron uso diario de porros de hachís.

En cuanto al consumo promedio diario de cannabis (Tabla 1), se observó una disminución significativa del consumo de porros de marihuana durante el confinamiento en comparación con antes del confinamiento, t (169) = 2,25, p = ,026, d = 0,21. Por el contrario, el consumo promedio diario de cigarros de marihuana aumentó significativamente durante el confinamiento, Z = -3,20, p = ,005, r = 0,44. Las demás formas de consumo se mantuvieron estables.

Desagregando los datos por género (Tabla 1), se encontró una disminución estadísticamente significativa en el consumo de porros de marihuana durante el confinamiento en hombres, y un aumento significativo en el consumo de porros para el mismo período. Para las mujeres, el consumo promedio diario de porros de marihuana fue similar en ambos períodos, pero el consumo de porros aumentó significativamente durante el confinamiento.

Teniendo en cuenta los resultados del CAST (Tabla 2), el 30,7% (n=64) de los usuarios no presentaba adicción, el 58,3% (n=121) presentaba adicción moderada y el 11% (n=23) presentaba dependencia. La distribución de frecuencias por género reveló que el 56,7% de las mujeres y el 76,1% de los hombres presentaban adicción moderada o dependencia al cannabis.

El análisis de la relación entre el sexo de los consumidores y los niveles de consumo (Tabla 2) fue estadísticamente significativo, $\chi^2(2) = 8,63$, $\rho = ,013$, V de Cramer = ,20. Es-

 Tabla 1

 Diferencias en el consumo promedio diario de cannabis antes y durante el confinamiento (prueba t de muestras relacionadas)

Sustancia	Muestra	Consumo antes del confinamiento <i>M (SD)</i>	Consumo durante el confinamiento <i>M (SD)</i>	t/Z	р	d/r
	Total (<i>n</i> = 170)	1,8 (1,8)	1,4 (1,7)	2,25	,026	0,21
Porro de marihuana	Mujeres (<i>n</i> = 59)	1,6 (2,1)	1,2 (1,4)	1,09	,279	
	Hombres (<i>n</i> = 110)	2,0 (1,7)	1,6 (1,9)	2,01	,047	0,22
	Total (n = 52)	0,6 (0,6)	1,4 (1,3)	-3,20	,001	-0,44
Cigarrillo de marihuana	Mujeres (<i>n</i> = 16)	0,7 (0,5)	1,5 (1,4)	-1,97	,048	-0,49
	Hombres (<i>n</i> = 36)	0,6 (0,68)	1,3 (1,3)	-2,52	,011	-0,42
	Total (n = 57)	1,8 (2,3)	2,0 (2,8)	-0,58	,563	
Porro de hachís	Mujeres (<i>n</i> = 29)	1,4 (1,7)	2,0 (3,7)	-1,05	,294	
	Hombres ($n = 44$)	2,0 (2,6)	2,0 (2,2)	-1,08	,280	
	Total (n = 13)	0,7 (0,4)	0,9 (0,9)	-0,79	,426	
Porro de marihuana con hachís	Mujeres ($n = 5$)	0,6 (0,5)	1,2 (1,1)	-1,13	,257	
	Hombres $(n = 8)$	0,7 (0,4)	0,7 (0,8)	-0,10	,914	
	Total (<i>n</i> = 15)	0,8 (0,5)	0,8 (0,6)	-0,31	,755	
Aceite (CBD)	Mujeres ($n = 5$)	1,2 (0,4)	1,0 (0,5)	-1,00	,317	
	Hombres ($n = 10$)	0,6 (0,5)	0,8 (0,7)	-0,58	,557	
	Total (<i>n</i> = 6)	0,6 (0,5)	1,1 (0,4)	-1,73	,083	
Cannabis sintético	Mujeres ($n = 2$)	1,0 (0,0)	0,5 (0,7)	-1,00	,317	
	Hombres $(n = 4)$	0,5 (0,5)	1,0 (0,0)	-1,41	,157	

Nota. Z = Test de Wilcoxon cuando n < 50; r = tamaño del efecto al utilizar el test de Wilcoxon.

Tabla 2 Casos en función del nivel de adicción al cannabis por sexo

Sexo	No adicción % (n)	Adicción moderada % (n)	Dependencia % (n)
Total	30,7 (64)	58,3 (121)	11 (23)
Mujer	43,2 (32)	45,9 (34)	10,8 (8)
Hombre	23,9 (32)	64,9 (87)	11,2 (15)

Tabla 3
Cambios en el consumo de cannabis durante el confinamiento por sexo y nivel de adicción

			Se	хо	Nive	Nivel de adicción (CAST)			
Sustancia	Consumo	Total % <i>(n)</i>	Hombre % (n)	Mujer % <i>(n)</i>	No adicción n = 64 % (n)	Adicción moderada n = 121 % (n)	Dependencia n = 23 % (n)		
Porro de marihuana	Disminuido	35,9 (75)	35 (47)	37,5 (28)	33,6 (21)	36,8 (45)	37,5 (9)		
	Mantenido	39,1 (81)	40 (54)	37,5 (28)	45,5 (29)	40,6 (49)	13,5 (3)		
	Aumentado	25 (52)	25 (33)	25 (19)	20,9 (13)	22,6 (27)	49 (11)		
	Disminuido	5,4 (11)	6,3 (8)	3,8 (3)	11,2 (7)	1,4 (2)	10,4 (2)		
Cigarrillo de marihuana	Mantenido	82,7 (172)	80 (107)	87,5 (65)	82,8 (53)	85,2 (103)	68,7 (16)		
	Aumentado	11,9 (25)	13,8 (18)	8,7 (6)	6 (4)	13,4 (16)	20,8 (5)		
	Disminuido	6,8 (14)	6,3 (8)	7,7 (6)	3,3 (2)	9,8 (12)	0		
Porro de hachís	Mantenido	81,4 (169)	81,2 (109)	81,7 (61)	93,3 (60)	78,3 (95)	64,6 (15)		
	Aumentado	11,8 (25)	12,5 (17)	10,6% (8)	3,3 (2)	11,8 (14)	35,4 (8)		

Nota. n = 208.

pecíficamente, el análisis post hoc solo mostró un porcentaje significativamente mayor de hombres que de mujeres, $\chi^2(1) = 8,75$, p = ,003, $\varphi = ,22$ con adicción moderada al cannabis (73,1%, n = 87 hombres vs. 51,5%, n = 34 mujeres) en comparación con los que no presentaron adicción alguna.

Antes del confinamiento, casi la mitad de la muestra con adicción moderada (47,2 % mujeres y 46,2 % hombres) y más de la mitad de la muestra con dependencia (66,7 % mujeres y 55,6 % hombres) declararon consumir cannabis 20 días o más al mes, mientras que la mayoría de los que no presentaron adicción (31,4% mujeres y 40% hombres) reportaron un consumo mensual de entre uno y dos días. En cuanto al consumo durante el confinamiento, evaluado en la última semana, tanto mujeres como hombres con adicción moderada (41,2% vs 34,4%, respectivamente) y con dependencia (75% vs 42,1%, respectivamente), indicaron consumir marihuana y/o hachís todos los días. Entre los que no mostraron adicción al cannabis, más de la mitad (65,4% mujeres; 74,1% hombres) indicaron no haber consumido cannabis en los últimos 7 días.

La Tabla 3 muestra el análisis complementario respecto al porcentaje de consumidores que disminuyó, mantuvo o aumentó su consumo de cannabis y otros derivados antes y durante los períodos de confinamiento. En general, el 25% de los consumidores aumentó el consumo de porros de marihuana, el 11,8% aumentó el consumo de porros de hachís y el 11,9% aumentó el consumo de cigarrillos de marihuana.

En cuanto al sexo (Tabla 3), el 25% de las mujeres y los hombres aumentaron su consumo promedio diario de porros de marihuana durante el confinamiento, mientras que el 35% de los hombres y el 37,5% de las mujeres disminuyeron su consumo total. Respecto a otros tipos de consumo, el 10,6% de las mujeres aumentó su consumo de porro de hachís, mientras que el 13,8% de los hombres aumentó su consumo de cigarrillos de marihuana.

Según la clasificación de niveles de adicción al cannabis (CAST) (Tabla 3), las personas con dependencia aumentaron en mayor medida el consumo de todas las formas de cannabis en comparación con aquellas con adicción moderada o no adicción. Entre las personas que mostraron una adicción moderada, el 22,6% aumentó el consumo de porros de marihuana, el 13,4% aumentó el consumo de cigarrillos de marihuana, mientras que el 36,8% y el 9,8% redujeron el consumo de porros de marihuana y porros de hachís, respectivamente. En cuanto a las personas sin adicción, el 20,9% de los consumidores aumentaron el consumo de porros de marihuana y el 6% el consumo de cigarrillos de marihuana mientras que el 33,6% y el 11,2% redujeron el consumo de porros y cigarrillos de marihuana, respectivamente.

El análisis de la evolución del consumo promedio diario de cannabis antes y durante el confinamiento, en función de los rangos de edad establecidos, mostró resultados muy heterogéneos (Tabla 4). Para todos los tipos de consumo de cannabis y derivados, predominó el mantenimiento del consumo (entre el 70% y el 100% de los consumidores). La excepción la encontramos en el consumo de porros de marihuana, que experimenta un mayor incremento entre los grupos de edad de 18-44 años y especialmente en el de 25-29 años.

Se observaron similitudes en la situación de convivencia durante el confinamiento y los cambios en el consumo promedio diario de cannabis y sus derivados (Tabla 5). Predomina el mantenimiento del consumo promedio diario o el no consumo, según el tipo de consumo (entre el 80% y el 100% de los consumidores). Asimismo, la excepción a este patrón se encuentra en el consumo de porros de marihuana, que aumentó un 44,3% para los que viven con personas distintas de los familiares y pareja, un 35,8% para los que viven solos y un 32% para los que viven en pareja. Sin embargo, más de la mitad de los usuarios de porros de marihuana, que vivían con sus padres u otros familiares, redujeron su consumo.

Tabla 4
Cambios en el consumo de cannabis durante el confinamiento por edad

Sustancia	Consumo	18-24 años % <i>(n)</i>	25-29 años % <i>(n)</i>	30-34 años % <i>(n)</i>	35-44 años % <i>(n)</i>	45-54 años % <i>(n)</i>	55-64 años % <i>(n)</i>
Porro de marihuana	Disminuido	42,5 (25)	33,2 (17)	32,5 (12)	32,5 (11)	34,5 (7)	41,6 (3)
	Mantenido	34,7 (20)	28 (14)	43,9 (16)	42,5 (15)	58,6 (12)	58,4 (3)
	Aumentado	22,7 (13)	38,8 (20)	23,6 (9)	25 (9)	6,9 (1)	0
	Disminuido	15,3 (9)	3,3 (2)	1,9 (1)	0	0	0
Cigarrillo de marihuana	Mantenido	70,6 (41)	89,2 (46)	91,7 (34)	83,8 (30)	85,1 (18)	70,8 (4)
	Aumentado	14,1 (8)	7,5 (4)	6,4 (2)	16,2 (6)	14,9 (3)	29,2 (2)
	Disminuido	4,1 (2)	6,1 (3)	8,3 (3)	13,5 (5)	3,4 (1)	0
Porro de hachís	Mantenido	78,1 (45)	86 (44)	79 (30)	80,4 (28)	80,5 (17)	100 (6)
	Aumentado	17,8 (10)	8 (4)	12,7 (5)	6,1 (2)	16,1 (3)	0

Nota. n = 208.

 Tabla 5

 Cambios en el consumo de cannabis durante el confinamiento por situación de convivencia

		Situación de convivencia							
Sustancia	Consumo	VS % (n)	VF % (n)	VP % (n)	VC % (n)	OSC % (n)			
	Disminuido	18,9 (2)	53,6 (36)	24,5 (16)	12,6 (2)	30,5 (6)			
Porro de marihuana	Mantenido	45,3 (6)	33,6 (22)	43,5 (29)	43 (8)	54,9 (11)			
	Aumentado	35,8 (5)	12,9 (9)	32 (21)	44,3 (8)	14,6 (3)			
	Disminuido	0	8,6 (6)	1,1 (1)	0	15,9 (3)			
Cigarrillo de marihuana	Mantenido	94,4 (12)	81,8 (55)	89,2 (59)	87,4 (16)	71,9 (14)			
	Aumentado	5,6 (1)	9,7 (6)	9,7 (6)	12,6 (2)	12,2 (2)			
	Disminuido	0	8,2 (5)	9,3 (6)	0	0			
Porro de hachís	Mantenido	100 (13)	79,6 (53)	80,9 (54)	100 (18)	81,7 (16)			
	Aumentado	0	12,2 (8)	9,7 (6)	0	18,3 (4)			

Nota. VS = Vive solo; VF = Vive con sus padres u otros familiares; VP = Vive en pareja; VC = Vive con compañeros que no son pareja ni familiares; OSC = Otra situación de convivencia.

Tabla 6 *Evolución de la cantidad de consumo de cannabis-tabaco durante el confinamiento por sexo y nivel de adicción*

		No ad	icción		Adicción	moderada		Dependencia		
		AC M (SD)	DC M (SD)	- t(p) -	AC M (SD)	DC M (SD)	- t(p) -	AC M (SD)	DC M (SD)	– t(p)
	Total	2,7 (3,7)	2,8 (4,2)	-0,33 (,737)	2,8 (2,0)	3,2 (3,5)	-0,84 (,407)	2,8 (2,0)	3,2 (3,5)	-0,84 (,407)
Número de porros con 1 g de marihuana	Mujer	3,0 (4,6)	3,2 (5,3)	-0,36 (,715)	4,3 (4,3)	3,7 (3,8)	1,41 (,165)	3,8 (2,5)	4,8 (5,4)	-0,84 (,428)
	Hombre	2,3 (2,5)	2,3 (2,6)	0,00 (1,00)	4,3 (3,5)	3,7 (3,8)	2,01 (,047)	2,3 (1,5)	2,4 (1,8)	-0,25 (,806)
	Total	3,4 (11,7)	2,5 (5,9)	0,65 (,51)	3,1 (2,8)	3,3 (3,9)	-0,40 (,692)	3,1 (2,8)	3,3 (3,9)	-0,40 (,692)
Número de porros con 1 g de hachís	Mujer	5,1 (15,8)	3,3 (6,9)	0,65 (,51)	2,8 (4,0)	2,7 (4,0)	0,57 (,570)	3,4 (3,6)	4,6 (5,8)	-1,07 (,320)
	Hombre	1,7 (4,7)	1,7 (4,7)	0	3,1 (4,1)	3,2 (4,6)	-0,07 (,939)	3,0 (2,5)	2,6 (2,4)	0,88 (,392)

Nota. AC = Antes del confinamiento; DC = Después del confinamiento.

Tras verificar los supuestos de normalidad y homocedasticidad, el análisis de varianza factorial arrojó un modelo F significativo (52, 211) = 2,170; p < 0.001 con un tamaño del efecto de $\eta 2 = 0.35$, de manera que los factores seleccionados (sexo, edad y situación de convivencia) junto con sus interacciones explican el 34,8% de la varianza en la adicción al cannabis. En cuanto a los efectos simples, solo el sexo mostró diferencias en el nivel de adicción al cannabis F $(1,211) = 8,133, p = 0,005, \eta = 0,004, \text{ reportando los hombres}$ mayor adicción (M = 6,155, SD = 0,371) que las mujeres (M = 4,367, SD = 0,507). En cuanto a las interacciones, se encontraron diferencias significativas en función de la edad y la situación de convivencia F (21, 211) = 1,691; p = .034, $\eta_2 = 0.03$. En los contrastes post hoc las diferencias fueron: a) los que viven solos del grupo de 18-24 años mostraron un mayor nivel de adicción al cannabis que el grupo de 30-34 años, b) los niveles de adicción al cannabis en el grupo de edad de 35-44 años, cuando conviven con sus padres o familiares, fueron significativamente más altos que los reportados por los grupos de edad de 18-24, 25-29 y 45-54 años.

En cuanto al número de porros de marihuana obtenidos con un gramo de marihuana por nivel de adicción (Tabla 6), solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los hombres con adicción moderada que redujeron el número de porros de marihuana obtenidos con un gramo de marihuana, t(86) = 2,01, p = ,047, aunque el efecto era pequeño, d = 0,15.

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo analizar los posibles cambios en los patrones de consumo de cannabis durante el período de confinamiento por la COVID-19, en varios tipos de consumo de cannabis. Se analizaron los cambios en función de sexo, edad y situación de convivencia, analizando si estas variables y su interacción mediaban en el nivel de adicción al cannabis. Y, finalmente, los posibles cambios en el número de porros de marihuana que obtienen los usuarios con un gramo de marihuana, dado su nivel de adicción. Los hallazgos permiten una mejor comprensión de los cambios que ocurrieron durante este período y ayudan a determinar los grupos vulnerables cuyo consumo de cannabis se vio afectado negativamente por el confinamiento. Desde un enfoque psicosocial, estos hallazgos tienen importantes implicaciones a nivel preventivo.

La forma más habitual de consumir cannabis sigue siendo fumándolo (con o sin tabaco) (Hindocha et al., 2016). Entre sus diversas formas de consumo, se prefirió el consumo de porros de marihuana tanto antes de la pandemia como durante el confinamiento, lo que es coherente con estudios en población española y europea (OEDA, 2021; Pirona, Noor y Burkhart, 2015). Esta relación tiene implicaciones importantes. El consumo de tabaco puede aumentar el potencial adictivo del cannabis y la posible recaída en quienes tienen

la intención de dejar el consumo de cannabis (Hindocha et al., 2015), y tiene peores consecuencias tanto a nivel de adicción como en términos de problemas de salud física y mental asociados (Davis, Slutske, Martin, Agrawal y Lynskey, 2019; Tucker et al., 2019). Es más, si se ignoran las sinergias e implicaciones mutuas entre ambos, los resultados para el abandono y el mantenimiento de la abstinencia serán peores (Esteban, Olano, Moreno, Pinet y Duaso, 2019).

Durante el confinamiento hubo más consumidores que redujeron su consumo de porros de marihuana que consumidores que lo aumentaron. Esto explicaría por qué, en general, el consumo promedio diario de porros de marihuana se redujo significativamente en comparación con el consumo previo a la pandemia. Esta variación se explica principalmente por los hombres, quienes mostraron cambios significativos. En términos generales, el consumo promedio diario de porros aumentó, ya que los que aumentaron su consumo duplicaron a los que lo redujeron. La variación en este tipo de consumo era significativa para ambos sexos. Lo mismo se encontró con respecto al consumo dual de porros de hachís. En cuanto a edad, predomina el mantenimiento del consumo promedio diario, a excepción del consumo de porros de marihuana. El consumo de porros de marihuana aumentó para los grupos de edad entre 18-44 años, especialmente para el grupo de 25-29 años (casi cuatro de cada 10). Los mayores descensos se observaron en los grupos de edad de 18-24 años y de 55-64 años. Todos estos hallazgos podrían explicarse teniendo en cuenta las variables psicosociales como desempleo, trastornos afectivos, responsabilidades de cuidado de niños o personas mayores, que podrían estar mediando el consumo de cannabis para ambos sexos (Brotto et al., 2021) así como para edad. En concreto, la disminución del consumo del grupo de edad más joven (18-24 años) se explica, en parte, por la vinculación a eventos festivos (Buckner, Walukevich y Henslee, 2018). En el caso del grupo de mayor edad, entre 55-64 años, el descenso podría explicarse por la mayor preocupación por el consumo de cannabis aumentando el riesgo de infección por SARS-CoV-2 y peores resultados de la COVID-19 (Gaiha, Cheng y Halpern-Felsher, 2020).

En cuanto a la situación de convivencia, el consumo promedio diario de porros de marihuana aumentó principalmente entre los que conviven con personas distintas a la familia o la pareja, seguido de los que viven solos y los que viven en pareja. Sin embargo, más de la mitad de los que vivían con sus padres u otros familiares redujeron su consumo. Este hallazgo sugiere la importancia del papel preventivo del entorno familiar.

En cuanto a la adicción al cannabis (CAST), los resultados indican claramente que las personas con dependencia al cannabis aumentaron su consumo durante el confinamiento de todo tipo de cannabis y derivados en mayor medida que las personas con adicción moderada o no adicción. En las submuestras de adicción moderada y no adicción, las tasas de quienes disminuyeron su consumo fueron más altas que las de quienes lo aumentaron, a excepción de los cigarrillos de marihuana en el grupo de adicción moderada. Además, durante el confinamiento los varones con adicción moderada utilizaban porros de marihuana con una concentración de cannabis mayor que antes del confinamiento (con 1 gramo de cannabis hacían menos porros), por lo que este colectivo aumentó el riesgo de desarrollar dependencia. Estos datos sugieren que las medidas utilizadas para contener la pandemia de la COVID-19 podrían exacerbar varios factores de riesgo para el mantenimiento, el empeoramiento y la recaída de los trastornos adictivos (Marsden et al., 2020). Para las personas con adicción que estaban en tratamiento durante este período, la falta de acceso al tratamiento y el aislamiento social aumentaron su vulnerabilidad a la recaída y a la sobredosis durante la pandemia (Clay y Parker, 2020; Marsden et al., 2020). Aquí, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2020) señala la relevancia de tratamientos de bajo umbral y los servicios de reducción de daños para seguir funcionando incluso en condiciones restringidas, especialmente cuando existe riesgo de recaída. Por otro lado, dadas las dificultades que el confinamiento ha ocasionado en las relaciones terapeuta-usuario, algunas alternativas terapéuticas en la atención de usuarios con consumo problemático de cannabis incluyen el contacto telefónico, las videoconferencias, la reducción de barreras de acceso al centro asistencial en la medida de lo posible, así como la adaptación de las intervenciones terapéuticas (Alexander, Stoller, Haffajee y Saloner, 2020; Tsai y Wilson, 2020). Como señalan Villaverde-González, Fernández-Rodríguez, San Narciso-Izquierdo y Povedano-Suárez (2020), esto también requiere flexibilidad y formación continua de los profesionales para poder afrontar situaciones futuras que alteren la normalidad asistencial.

En conclusión, los hallazgos del presente estudio pueden orientar el diseño de políticas públicas e intervenciones específicas que favorezcan el mantenimiento de la red asistencial en períodos de crisis similares al confinamiento por la CO-VID-19. Aunque los hombres presentan un mayor nivel de adicción al cannabis, durante la COVID-19 el consumo de porros de marihuana aumentó más en mujeres, en el grupo de edad de 25-29 años, entre quienes conviven con personas distintas a la familia o pareja, solos o en pareja. En consecuencia, es importante ampliar los estudios que ayuden a explicar las causas de este fenómeno y, a nivel práctico, se debe aumentar el seguimiento terapéutico en mujeres de esta edad. Sin embargo, el consumo disminuyó entre los que vivían con sus padres. Además, el grupo de edad de 18-24 años que vivía solo mostró un mayor nivel de adicción al cannabis que los de 30-34 años. Este hallazgo sugiere la relevancia del entorno familiar como factor protector (Fuentes, Alarcón, García y Gracia, 2015). Por el contrario, los niveles de adicción al cannabis en el grupo de edad de 35-44 años para quienes viven con sus padres o familias son significativamente más altos que los niveles reportados por los demás grupos de edad. Esto sugiere la importancia de analizar no solo la situación de convivencia, sino también la calidad de las relaciones familiares y la posible presencia de estresores familiares, como dificultades para conciliar la vida familiar y laboral o cuidados de personas dependientes. Por último, la tasa de consumidores dependientes que aumentaron su consumo de cigarrillos de marihuana y su consumo dual es mayor que la de consumidores sin adicción y con adicción moderada. Este hecho refuerza la mayor vulnerabilidad a incrementar el consumo en aquellas personas que ya tienen dependencia al cannabis.

En definitiva, sexo, edad y situación de convivencia, además del nivel de dependencia, determinaron los cambios en el patrón de consumo de cannabis durante el confinamiento.

Entre las limitaciones de este estudio podemos señalar el tamaño muestral. Es una muestra de conveniencia, sin selección aleatoria ni muestreo estratificado, por lo que no es posible generalizar los resultados obtenidos. Asimismo, no se consideraron los niveles de tetrahidrocannabinol (THC) (Chandra et al., 2019) ni otras formas de consumo como cachimbas, «dabbing», «cannavaping» o vaporizadores (Papaseit et al., 2018). Tampoco se preguntó acerca del autocultivo, que podría ser un factor determinante para la accesibilidad a las sustancias. Por último, con el fin de ampliar el estudio del riesgo del consumo de cannabis, se sugiere que futuros estudios incluyan otras variables sociodemográficas, de salud mental y de consumo de otras drogas.

Reconocimientos

Este estudio ha sido financiado por la Universidad Internacional de Valencia (ref. PII2020_05). El estudio se ha realizado de acuerdo con el Código Ético de la Asociación Médica Mundial (Declaración de Helsinki) y fue aprobado por el Comité de Evaluación y Seguimiento de la Investigación con Seres Humanos (CEISH) de la Universidad Internacional de Valencia (protocolo código CEID2020_02).

Conflicto de intereses

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de interés.

Referencias

Alexander, G. C., Stoller, K. B., Haffajee, R. L. y Saloner, B. (2020). An epidemic in the midst of a pandemic: Opioid use disorder and COVID-19. *Annals of Internal Medicine*, 173, 57-58. doi:10.7326/M20-1141.

Bartel, S. J., Sherry, S. B. y Stewart, S. H. (2021). Pandemic-related changes in alcohol and cannabis use: Comparing retrospective reports and prospective data. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-7. doi:10.1007/s11469-021-00708-7.

- Beach, S. R., Schulz, R., Donovan, H. y Rosland, A. M. (2021). Family caregiving during the COVID-19 pandemic. *The Gerontologist*, *61*, 650-660. doi:10.1093/geront/gnab049.
- Boehnke, K. F., McAfee, J., Ackerman, J. M. y Kruger, D. J. (2021). Medication and substance use increases among people using cannabis medically during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Drug Policy*, 92, 103053. doi:10.1016/j.drugpo.2020.103053.
- Bollen, Z., Pabst, A., Creupelandt, C., Fontesse, S., Lannoy, S., Pinon, N. y Maurage, P. (2021). Prior drinking motives predict alcohol consumption during the COVID-19 lockdown: A cross-sectional online survey among belgian college students. *Addictive Behaviors*, 115, 106772. doi:10.1016/j.addbeh.2020.106772.
- Brotto, L. A., Chankasingh, K., Baaske, A., Albert, A., Booth, A., Kaida, A.,... Galea, L. (2021). The influence of sex, gender, age, and ethnicity on psychosocial factors and substance use throughout phases of the COVID-19 pandemic. *PloS One*, 16, e0259676. doi:10.1371/journal.pone.0259676.
- Buckner, J. D., Walukevich, K. A. y Henslee, A. M. (2018). Event-specific cannabis use and cannabis use motives. *Substance Use and Misuse*, *53*, 1093-1098. doi:10.1080/10826084.2017.1399142.
- Chandra, S., Radwan, M. M., Majumdar, C. G., Church, J. C., Freeman, T. P. y ElSohly, M. A. (2019). New trends in cannabis potency in USA and Europe during the last decade (2008-2017). European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 269, 5-15. doi:10.1007/s00406-019-00983-5.
- Cherkasova, M. (2020). Addiction in the times of pandemic. *The Canadian Journal of Addiction*, 11, 9-12 doi:10.1097/CXA.00000000000000082.
- Clay, J. M. y Parker, M. O. (2020). Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: A potential public health crisis? *The Lancet Public Health*, *5*, e259. doi:10.1016/S2468-2667(20)30088-8.
- Cuenca-Royo, A. M., Sánchez-Niubó, A., Forero, C. G., Torrens, M., Suelves, J. M. y Domingo-Salvany, A. (2012). Psychometric properties of the CAST and SDS scales in young adult cannabis users. *Addictive Behaviors*, 37, 709-715. doi:10.1016/j.addbeh.2012.02.012.
- Davis, C. N., Slutske, W. S., Martin, N. G., Agrawal, A. y Lynskey, M. T. (2019). Identifying subtypes of cannabis users based on simultaneous polysubstance use. *Drug and Alcohol Dependence*, 205, 107696. doi:10.1016/j.drugalc-dep.2019.107696.
- EMCDDA (2020). Impact of COVID-19 on patterns of drug use and drug-related harms in Europe. Publications Office of the European Union, Luxembourg. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13130/EMCD-DA-Trendspotter-Covid-19-Wave-2_1.pdf.
- EMCDDA y Europol (2020). EU drug markets: Impact of CO-VID-19. Publications Office of the European Union,

- Luxembourg. https://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/eu-drug-markets-impact-of-covid-19_en.
- Esteban, A., Olano, E., Moreno, J. J., Pinet, M. C. y Duaso, M. J. (2019). Revisión del tratamiento del uso conjunto del tabaco y del cannabis. *Informació Psicológica*, 117, 58-70. doi:10.14635/IPSIC.2019.117.6.
- Fischer, B., Russell, C., Sabioni, P., Van Den Brink, W., Le Foll, B., Hall, W.,... Room, R. (2017). Lower-risk cannabis use guidelines: A comprehensive update of evidence and recommendations. *American Journal of Public Health*, 107, 1-12. doi:10.2105/AJPH.2017.303818.
- Fuentes, M. C., Alarcón, A., García, F. y Gracia, E. (2015). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: Efectos de la familia y el barrio. *Annals of Psy*chology, 31, 1000-1007. doi:10.6018/analesps.31.3.183491.
- Gaiha, S. M., Cheng, J. y Halpern-Felsher, B. (2020). Association between youth smoking, electronic cigarette use, and COVID-19. *Journal of Adolescent Health*, 67, 519-523. doi:10.1016/j.jadohealth.2020.07.002.
- Giurge, L. M., Whillans, A. V. y Yemiscigil, A. (2021). A multicountry perspective on gender differences in time use during COVID-19. Proceedings of the National Academy of Sciences, 118, e2018494118. doi:10.1073/ pnas.2018494118.
- Graupensperger, S., Fleming, C. B., Jaffe, A. E., Rhew, I. C., Patrick, M. E. y Lee, C. M. (2021). Changes in young adults' alcohol and marijuana use, norms, and motives from before to during the COVID-19 pandemic. *Journal of Adolescent Health*, 68, 658-665. doi:10.1016/j.jadoheal-th.2021.01.008.
- Hindocha, C., Freeman, T. P., Ferris, J. A., Lynskey, M. T. y Winstock, A. R. (2016). No smoke without tobacco: A global overview of cannabis and tobacco routes of administration and their association with intention to quit. Frontiers in Psychiatry, 7, 104. doi:10.3389/fpsyt.2016.00104.
- Hindocha, C., Shaban, N. D. C., Freeman, T. P., Das, R. K., Gale, G., Schafer, G.,... Curran, H. V. (2015). Associations between cigarette smoking and cannabis dependence: A longitudinal study of young cannabis users in the United Kingdom. *Drug and Alcohol Dependence*, 148, 165-171. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.01.004.
- Instituto Nacional de Estadística (2019). Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_P&cid=1254735117586&idp=1254735117586&p=1254735110606&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&tittema=Ciencia%20 y%20tecnolog%C3%ADa.
- Isorna, M., Villanueva-Blasco, V. J., Veiga, S. y Otero-Requeijo, M. (2020). El cannabis y sus derivados: Formas de presentación, características y aspectos esenciales. En M. Isorna, V. J. Villanueva-Blasco y A. Rial (Eds.),

- Cannabis: evidencia científica vs. controversia social (pp. 27-57). Madrid: Dykinson. doi:10.2307/j.ctv1ks0g4c.6.
- Klempova, D., Sánchez, A., Vicente, J., Barrio, G., Domingo, A., Suelves, J. M. y Ramirez, V. (2009). Consumo problemático de cannabis en estudiantes españoles de 14-18 años: Validación de escalas. Estudio colaborativo entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Lee, S. J., Ward, K. P., Chang, O. D. y Downing, K. M. (2021). Parenting activities and the transition to home-based education during the COVID-19 pandemic. *Children and Youth Services Review*, 122, 105585. doi:10.1016/j.childyouth.2020.105585.
- Legleye, S., Karila, L., Beck, F. y Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use*, 12, 233-242. doi:10.1080/14659890701476532.
- Ley de protección de datos personales y garantía de derechos digitales, del 5 de diciembre. *Boletín Oficial del estado,* 294, del 6 de diciembre de 2018. https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3.
- Marsden, J., Darke, S., Hall, W., Hickman, M., Holmes, J., Humphreys, K.,... West, R. (2020). Mitigating and learning from the impact of COVID-19 infection on addictive disorders. *Addiction*, 115, 1007-1010. doi:10.1111/ add.15080.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2021). Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2020). Información actualizada del EMCDDA sobre las implicaciones del COVID-19 para los consumidores de drogas y proveedores de servicios para drogodependientes. https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/covid-19-and-people-who-use-drugs_es.
- Papaseit, E., Pérez-Mañá, C., Pérez-Acevedo, A. P., Hladun, O., Torres-Moreno, M. C., Muga, R.,... Farré, M. (2018). Cannabinoids: From pot to lab. *International Journal of Medical Sciences*, 15, 1286-1295. doi:10.7150/ijms.27087.
- Pirona, A., Noor, A. y Burkhart, G. (2015). Tobacco in cannabis joints: Why are we ignoring it? Poster presented at the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon. https://www.emcdda.europa.eu/publications/posters/2015/tobacco-in-cannabis-joints_en.
- Plan Nacional sobre Drogas (2020). *EDADES Informe 2019*. *Alcohol, tabaco y otras drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. www.pnsd.mscbs.gob. es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019_Informe_EDADES.pdf.
- Rolland, B., Haesebaert, F., Zante, E., Benyamina, A., Haesebaert, J. y Franck, N. (2020). Global changes and factors of increase in caloric/salty food intake, screen

- use, and substance use during the early COVID-19 containment phase in the general population in France: Survey study. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6, e19630. doi:10.2196/19630.
- Richter, L., Pugh, B. S. y Ball, S. A. (2016). Assessing the risk of marijuana use disorder among adolescents and adults who use marijuana. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43, 247-260. doi:10.3109/00952990. 2016.1164711.
- Russell, B. S., Hutchison, M., Tambling, R., Tomkunas, A. J. y Horton, A. L. (2020). Initial challenges of caregiving during COVID-19: Caregiver burden, mental health, and the parent–child relationship. *Child Psychiatry & Human Development*, 51, 671-682. doi:10.1007/s10578-020-01037-x.
- Schauer, G. L. y Peters, E. N. (2018). Correlates and trends in youth co-use of marijuana and tobacco in the United States, 2005-2014. *Drug and Alcohol Dependence, 185*, 238-244. doi:10.1016/j.drugalcdep.2017.12.007.
- Tsai, J. y Wilson, M. (2020). COVID-19: A potential public health problem for homeless populations. *The Lancet Public Health*, *5*, 186-187. doi:10.1016/S2468-2667(20)30053-0.
- Tucker, J. S., Pedersen, E. R., Seelam, R., Dunbar, M. S., Shih, R. A. y D'Amico, E. J. (2019). Types of cannabis and tobacco/nicotine co-use and associated outcomes in young adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors*, *33*, 401-411. doi:10.1037/adb0000464.
- Vanderbruggen, N., Matthys, F., Van Laere, S., Zeeuws, D., Santermans, L., Van den Ameele, S. y Crunelle, C. L. (2020). Self-reported alcohol, tobacco, and cannabis use during COVID-19 lockdown measures: Results from a web-based survey. *European Addiction Research*, 26, 309-315. doi:10.1159/000510822.
- Van Laar, M. W., Oomen, P. E., Van Miltenburg, C. J., Vercoulen, E., Freeman, T. P. y Hall, W. D. (2020). Cannabis and COVID-19: Reasons for concern. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 601653. doi:10.3389/fpsyt.2020.601653.
- Villanueva-Blasco, V. J., Villanueva-Silvestre, V., Vázquez-Martínez, A., Rial, A. y Isorna, M. (2021). Age and living situation as key factors in understanding changes in alcohol use during COVID-19 confinement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 11471. doi:10.3390/ijerph182111471.
- Villaverde-González, A., Fernández-Rodríguez, M., San Narciso-Izquierdo, G. y Povedano-Suárez, E.A. (2020). Adicciones durante el confinamiento por el Covid-19 en Asturias. *Psicosomática y Psiquiatría*, 15, 21-27. doi:10.34810/PsicosomPsiquiatrnum1504.
- Zamarro, G. y Prados, M. J. (2021). Gender differences in couples' division of childcare, work and mental health during COVID-19. *Review of Economics of the Household*, 19, 11-40. doi:10.1007/s11150-020-09534-7.



ADICCIONES2024 ■ VOL. 36 ■ N. 2 ■ PÁGS. 227-236

ADICCIONES

2024 N.2

VOL 36 N.2

www.adicciones.es

ORIGINAL

Impacto de políticas de control de alcohol en las tasas de mortalidad por ictus hemorrágico e isquémico en Lituania: Análisis de series temporales interrumpidas

Impact of alcohol control policy on hemorrhagic and ischemic stroke mortality rates in Lithuania: An interrupted time series analysis

Resumen

Dado el impacto del alcohol en los ictus, las políticas de control de alcohol deberían reducir las tasas de mortalidad. Nuestro objetivo fue demostrar el impacto de tres importantes políticas lituanas implementadas en 2008, 2017 y 2018 en las tasas de mortalidad específicas por subtipo de ictus y sexo, en mayores de 15 años. Se realizaron análisis de regresión «joinpoint» para identificar los cambios de tendencia. Para estimar el impacto, se realizaron análisis de series temporales interrumpidas utilizando un modelo mixto aditivo generalizado en las tasas mensuales estandarizadas por edad, desde enero 2001 hasta diciembre 2018. Se encontraron disminuciones porcentuales anuales promedio significativas en ambos subtipos de ictus y por sexo. Las políticas tuvieron un mayor impacto en las tasas de mortalidad por ictus isquémico en mujeres. Posterior a la política del 2008, ocurrió un cambio positivo de 4,498 muertes por ictus isquémico por 100 000 mujeres y un cambio de pendiente mensual negativo de -0,048 muertes por ictus isquémico por 100 000 mujeres. Posterior a las políticas de 2017 y 2018, hubo un cambio de tendencia negativo significativo para la mortalidad por ictus isquémico en mujeres, de -0.901 muertes y -1.431 muertes por 100 000 habitantes, respectivamente. La mortalidad por ictus hemorrágico en hombres no se vio afectada, y la mortalidad por ictus hemorrágico en mujeres y por ictus isquémico en hombres solo se vio afectada por la política del 2008. Nuestros hallazgos sugieren que el impacto de las políticas en la mortalidad por ictus puede variar según sexo y subtipo.

Palabras clave: alcohol, ictus, mortalidad, política sanitaria, Lituania

Abstract

Given the causal impact of alcohol use on stroke, alcohol control policies should presumably reduce stroke mortality rates. This study aimed to test the impact of three major Lithuanian alcohol control policies implemented in 2008, 2017 and 2018 on sex- and stroke subtype-specific mortality rates, among individuals 15+ years-old. Joinpoint regression analyses were performed for each sex- and stroke subtype-specific group to identify timepoints corresponding with significant changes in mortality rate trends. To estimate the impact of each policy, interrupted time series analyses using a generalized additive mixed model were performed on monthly sex- and stroke subtypespecific age-standardized mortality rates from January 2001-December 2018. Significant average annual percent decreases were found for all sex- and stroke subtype-specific mortality rate trends. The alcohol control policies were most impactful on ischemic stroke mortality rates among women. The 2008 policy was followed by a positive level change of 4,498 ischemic stroke deaths per 100,000 women and a negative monthly slope change of -0.048 ischemic stroke deaths per 100,000 women. Both the 2017 and 2018 policy enactment timepoints coincided with a significant negative level change for ischemic stroke mortality rates among women, at -0.901 deaths and -1.431 deaths per 100,000 population, respectively. Hemorrhagic stroke mortality among men was not affected by any of the policies, and hemorrhagic stroke mortality among women and ischemic stroke mortality among men were only associated with the 2008 policy. Our study findings suggest that the impact of alcohol control policies on stroke mortality may vary by sex and subtype. Keywords: alcohol, stroke, mortality, health policy, Lithuania

■ Recibido: Mayo 2022; Aceptado: Octubre 2022.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Shannon Lange, MPH, PhD. Institute for Mental Health Policy Research, Centre for Addiction and Mental Health. 33 Ursula Franklin St., Room T521, Toronto, Ontario, M5S 2S1. Tel: 416-535-8501 ext. 34512; E-mail: shannon.lange@camh.ca

os ictus hemorrágicos e isquémicos son enfermedades cardiovasculares causadas por la reducción del suministro de sangre al cerebro y se encuentran entre las categorías de enfermedades más importantes afectadas causalmente por el alcohol (Rehm et al., 2017). Las tasas de mortalidad por ictus estandarizadas por edad por cada 100 000 habitantes han disminuido a nivel mundial entre 1990 y 2019, pero los ictus siguen siendo la segunda causa específica de muerte en todo el mundo (GBD 2019 Stroke Collaborators, 2021). Específicamente, las tasas de mortalidad por ictus estandarizadas por edad en Europa Central, Europa del Este y Asia Central han fluctuado alrededor de 200 muertes por 100 000 habitantes entre 1990 y 2002, seguidas de una disminución de aproximadamente 205 muertes por 100 000 habitantes a 120 muertes por 100 000 habitantes entre 2002 y 2017, y se han estancado en alrededor de 120 muertes por cada 100 000 habitantes entre 2017 y 2019 (GBD 2019 Stroke Collaborators, 2021). Si bien la relación entre el consumo de alcohol y el riesgo de mortalidad específico del subtipo de ictus es compleja, el consumo excesivo de alcohol se asocia con un mayor riesgo de mortalidad para ambos subtipos de ictus (O'Donnell et al., 2016; Patra et al., 2010). Un metaanálisis realizado por Patra et al. (2010) encontró que el riesgo de ictus hemorrágico para hombres y mujeres que bebían más de 12 g de alcohol puro por día era 1,3 y 1,5 veces mayor, respectivamente, que el de los abstemios de por vida, y que el riesgo de ictus isquémico entre hombres y mujeres que bebían más de 36 g de alcohol puro por día era 1,2 y 1,4 veces mayor, respectivamente.

A pesar de ser la única región de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que informó una disminución en el consumo total de alcohol per cápita en el Informe sobre la situación mundial más reciente (de 12,1 litros en 2000 a 9,8 litros en 2016), la región europea se ha clasificado constantemente como la más alta a nivel mundial en niveles de consumo de alcohol (World Health Organization, 2018). Además, las tasas más altas de mortalidad atribuible al alcohol se registraron en determinados países de Europa del Este, incluido Lituania, donde se encontraron 163,7 muertes por cada 100 000 habitantes en 2016 (Shield et al., 2020). En un intento por reducir los daños relacionados con el alcohol, Lituania ha introducido varias políticas de control del alcohol desde el 2008 (Miščikienė et al., 2020), incluidas las «mejores compras» de la OMS, es decir, políticas de control del alcohol basadas en evidencia y altamente rentables (Chisholm et al., 2018; World Health Organization, 2017). Entre las diversas políticas implementadas, las políticas promulgadas en enero de 2008, marzo de 2017 y enero de 2018 abarcaron un aumento de precios, una menor disponibilidad de alcohol o ambos (Miščikienė et al., 2020). Se cree que estas políticas han tenido un efecto inmediato en el consumo de alcohol, reduciendo así de inmediato los daños atribuibles (Rehm et al., 2021). De hecho, Lhachimi et al. (2012) analizaron los datos de consumo de alcohol de 11 Estados miembros de la Unión Europea para modelar los efectos del aumento de los precios del alcohol en la mortalidad por ictus y estimaron que aproximadamente 65 800 hombres menos y 23 500 mujeres menos experimentarían un ictus en un período de diez años si los 11 países aumentasen el precio del alcohol al de Finlandia, donde, en el momento del estudio, el índice de nivel de precios del alcohol era el más alto de la Unión Europea. Sin embargo, hasta donde sabemos, actualmente no hay ningún estudio que haya examinado empíricamente el impacto de las políticas de control de alcohol en las tasas de mortalidad por ictus por subtipo (es decir, ictus hemorrágico e isquémico).

Es razonable la hipótesis de que el impacto de las políticas de control de alcohol puede diferir según subtipo de ictus y sexo, ya que la forma de las curvas de dosis-respuesta para consumo de alcohol y los riesgos relativos de mortalidad por ictus hemorrágicos e isquémicos parecen ser específicos según el sexo. Específicamente, existe una relación dosis-respuesta linealmente creciente entre los hombres que beben alcohol, independientemente de la cantidad de ingesta, por lo que tienen un mayor riesgo relativo de mortalidad por ictus hemorrágico, en comparación con los abstemios de por vida (Patra et al., 2010). Por otro lado, la mortalidad por ictus hemorrágico entre mujeres y la mortalidad por ictus isquémico tanto en hombres como en mujeres presentan una curva dosis-respuesta en forma de J, lo que significa que unos niveles de consumo de alcohol entre bajo y moderado se han asociado con un efecto protector frente al riesgo de mortalidad, mientras que unos niveles de consumo altos pueden ser dañinos (Patra et al., 2010). Si las políticas de control del alcohol reducen los niveles de consumo en la población y especialmente entre los bebedores en exceso (Chisholm et al., 2018), disminuiría la proporción de bebedores en exceso en la población mientras que aumentaría la proporción de bebedores de nivel entre bajo y moderado. Este aumento en la proporción de la población de bebedores de nivel entre bajo y moderado puede reducir la mortalidad por ictus de manera diferente entre las relaciones dosis-respuesta en forma de J y lineales. Es decir, el consiguiente aumento en la proporción de bebedores de nivel entre bajo y moderado dentro de una relación dosis-respuesta en forma de J puede aumentar la proporción de la población con menor riesgo de mortalidad por ictus y, por tanto, disminuir las tasas de mortalidad por ictus, mientras que en el contexto de una relación dosis-respuesta lineal, la mayor proporción de bebedores de nivel entre bajo y moderado aún tendría un mayor riesgo relativo de mortalidad en comparación con los abstemios de por vida, lo que resultaría en un cambio menor. Por tanto, el objetivo de nuestro estudio fue investigar el impacto de las políticas de control de alcohol de 2008, 2017 y 2018 implementadas en Lituania en las tasas de mortalidad por ictus hemorrágicos e isquémicos específicas por sexo. Probamos la hipótesis de que las respectivas promulgaciones de políticas de control de alcohol resultaron en una reducción en las tasas de mortalidad por ictus hemorrágicos e isquémicos, pero que se encontrarían reducciones relativamente mayores para las relaciones dosis-respuesta en forma de J, en comparación con las relaciones dosis-respuesta lineales.

Método

Medidas

Los diagnósticos de mortalidad incluidos en este análisis fueron ictus hemorrágico (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10^a revisión [ICD-10] códigos: I60-I62.9, I67.0-I67.1, I69.0-I69.298) e ictus isquémico (códigos ICD-10: G45-G46.8, I63-I63.9, I65-I66.9, I67.2-I67.848, 169.3), según las definiciones del Estudio 2019 de la carga global de enfermedades del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, 2020). Las variables de respuesta en este estudio fueron tasas de mortalidad específicas por sexo y subtipo de ictus estandarizadas por edad por cada 100 000 habitantes. El número mensual de muertes por subtipo de ictus y los datos de población anual de 2001 a 2018 se obtuvieron del Departamento de Estadística de Lituania (Lithuanian Department of Statistics, n.d.) y la Universidad de Ciencias de la Salud de Lituania para calcular las tasas brutas mensuales de mortalidad específicas por sexo y subtipo de ictus por 100 000 habitantes entre enero de 2001 y diciembre de 2018, para un total de 216 puntos de datos mensuales. Los datos de población anual se interpolaron linealmente para obtener los datos mensuales. Las tasas brutas de mortalidad se determinaron dividiendo el número total de muertes entre personas mayores de 15 años por el tamaño de la población respectiva. Luego, este valor se multiplicó por 100 000 para obtener la tasa bruta de mortalidad por 100 000 habitantes. Por último, las tasas brutas de mortalidad específicas por sexo y subtipo de ictus se estandarizaron directamente a la población estándar europea entre 2011 y 2030 (Eurostat, 2013).

Como se especificó anteriormente, las tres políticas probadas se implementaron el 1 de enero de 2008 (Política 1), el 1 de marzo de 2017 (Política 2) y el 1 de enero de 2018 (Política 3), descritas anteriormente como políticas que probablemente tendrían un impacto inmediato en el consumo de alcohol y, por tanto, en daños atribuibles al alcohol (Rehm et al., 2021). Para obtener detalles específicos sobre las políticas, consulte el artículo de Miščikienė et al. (2020). Las promulgaciones de políticas se codificaron como variables ficticias con valores que oscilan entre 0 y 1, de acuerdo con la estructura de rezagos descrita en el siguiente párrafo.

Efecto retardado de la política de control de alcohol en la mortalidad por ictus

Al establecer modelos de series temporales para enfermedades crónicas, siempre existe la cuestión de si se debe modelar un lapso de tiempo entre, en este caso, el cambio en el consumo de alcohol y el cambio potencial en la enfermedad crónica. Si bien las enfermedades crónicas a menudo se desarrollan con el tiempo, los cambios en el consumo de alcohol a nivel poblacional pueden tener efectos inmediatos. Tomemos como ejemplo la cirrosis hepática, donde los cambios abruptos en la disponibilidad de alcohol tuvieron efectos casi inmediatos en la mortalidad por cirrosis hepática (p. ej., la reforma de Gorbachov, la prohibición o la invasión alemana de París; ver [Zatoński et al., 2010]). Para ictus, el tiempo de retraso en los análisis de series temporales se ha manejado de manera similar, y la mayoría o todos los efectos se modelaron inmediatamente tras un cambio en el consumo (Lee, Liao, Peng y Lin, 2019; Pun et al., 2013; Razvodovsky, 2014). Aunque Pun et al. (2013) no probaron explícitamente ninguna estructura de rezago, Lee et al. 2019) y Razvodovsky (2014) probaron diferentes estructuras de rezago.

Dado que ambos tipos de ictus son enfermedades crónicas con algunos efectos de retardo exceptuados (Holmes, Meier, Booth, Guo y Brennan, 2012) y que los datos de mortalidad por ictus reflejan observaciones a nivel de población, incorporamos una estructura de rezagos en los análisis de series temporales para asegurar la captura del efecto completo. Específicamente, la estructura de distribución geométrica acumulada de la estructura de rezagos fue igual a

$$F(X = k) = 1 - (1 - p)^{k+1}$$

donde p=20% es la probabilidad de que la política fuese efectiva durante cada mes, y F(X=k) es la probabilidad de que la política fuese efectiva después de k meses (Devroye, 1986). Esto resultó en una estructura de rezagos que tenía un 20% de probabilidad de un efecto inmediato, 36% después de 1 mes, 49% después de 2 meses y aproximadamente 100% a los 24 meses. La forma de la distribución geométrica acumulativa se tomó de Holmes y colegas (Holmes et al., 2012), y el tiempo de retraso general de 24 meses se basó en una integración general de la literatura (Holmes et al., 2012; Lee et al., 2019; Pun et al., 2013; Razvodovsky, 2014), que tendía a indicar tiempos de retraso relativamente cortos (ver Razvodovsky, 2014 para una prueba de diferentes tiempos de retraso).

Covariables

Los mecanismos subyacentes de los daños atribuibles al alcohol son complejos y se cree que están impulsados en parte por factores económicos que reflejan el precio y la asequibilidad del alcohol (Schmidt, Mäkelä, Rehm y Room, 2010; Stuckler, Meissner y King, 2008). Por tanto, se consideraron para su inclusión en el modelo final covariables

adicionales, incluido el producto interno bruto per cápita (PIB), el índice de precios de consumo (IPC) de bebidas alcohólicas en comparación con diciembre del año anterior y las tasas de desempleo específicas por sexo. Los datos del PIB trimestral, el IPC mensual y la tasa de desempleo mensual se obtuvieron del Departamento de Estadística de Lituania (Lithuanian Department of Statistics, 2020a, 2020b, 2021). Los valores trimestrales se interpolaron linealmente para obtener datos mensuales.

Análisis estadístico

Análisis de regresión Joinpoint

La regresión joinpoint es una técnica de regresión segmentada que identifica puntos de inflexión en los datos, ajusta segmentos lineales entre los puntos de inflexión identificados y hace una estimación de los cambios en la pendiente a lo largo de una serie temporal (es decir, cambio porcentual anual [CPA] y CPA promedio [CPAP]). Utilizando el método de búsqueda en cuadrícula y un procedimiento de prueba de permutación, se selecciona el menor número de segmentos lineales de modo que un joinpoint adicional no agregue una tendencia lineal estadísticamente significativa. El número máximo de joinpoints se fijó en cinco, que es el estándar para el análisis de joinpoints de 30 o más puntos de datos (Kim, Fay, Feuer y Midthune, 2000). Los análisis de regresión joinpoint se realizaron con el Joinpoint Regression Program versión 4.8.0.1 (Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program, 2020).

Análisis de series temporales interrumpidas utilizando modelos aditivos generalizados mixtos (GAMM)

Para probar la hipótesis de que las tres promulgaciones de políticas tuvieron un impacto relativamente mayor en la reducción de la mortalidad por ictus hemorrágico específico por sexo que en la mortalidad por ictus isquémico, se realizó un análisis de series temporales interrumpidas utilizando un modelo aditivo generalizado mixto (GAMM) (Beard et al., 2019) para cada política, en RStudio versión 1.3.1073 (RStudio Team, 2020). La estacionalidad de las tasas de mortalidad específicas por sexo y subtipo de ictus se tuvo en cuenta en los GAMM mediante la inclusión de un spline de suavizado con 12 nudos, para reflejar cada mes. Se evaluaron las matrices de correlación y las funciones de correlación cruzada entre las tasas de mortalidad específicas por sexo y subtipo de ictus y cada covariable (es decir, PIB, IPC y tasas de desempleo específicas por sexo) para identificar cualquier relación rezagada significativa. Se realizaron pruebas de análisis de varianza (ANOVA) a un nivel alfa de ,05 para determinar la inclusión de un término de interacción entre la variable de tiempo lineal (es decir, la variable de meses) y el efecto de política retardado, así como para determinar la inclusión de un efecto cuadrático de la variable meses. El número de términos autorregresivos (AR) y promedio móvil (MA) de cada GAMM específico por sexo y subtipo de ictus se determinó utilizando la función auto.arima del paquete de pronóstico en R y se confirmó mediante el examen de sus respectivos gráficos de función de autocorrelación (ACF) y función de autocorrelación parcial (PACF). Los términos AR y MA se incluyeron en el modelo final cuando resultó en un mejor ajuste del modelo, como lo indica un R^2 mayor y valores AIC o BIC menores. Por último, se usaron la prueba de Shapiro-Wilk (Shapiro y Wilk, 1965) y gráficos Q-Q para evaluar la normalidad residual, y se evaluaron gráficos residuales frente a valores predichos lineales para determinar la estacionariedad.

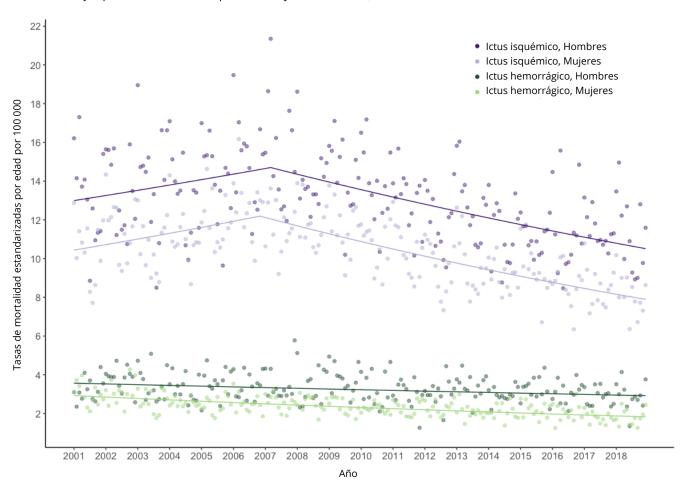
Un valor de *p* inferior a ,05 se consideró estadísticamente significativo para todos los análisis. El protocolo para este estudio se registró en el prerregistro de Open Science Framework (DOI: 10.17605/OSFIO/4MXCZ, presentado el 28 de mayo de 2021).

Resultados

Análisis de regresión joinpoint

En general, las tasas de mortalidad por ictus isquémico estandarizadas por edad tanto para hombres como para mujeres fueron mayores que las de ictus hemorrágico, y las tasas de mortalidad específicas por subtipo de ictus entre las mujeres fueron más bajas que las de los hombres (Fig. 1). Los análisis de regresión joinpoint revelaron que las tasas de mortalidad estandarizadas por edad tanto para ictus hemorrágico como isquémico disminuyeron significativamente entre enero de 2001 y diciembre de 2018 entre ambos sexos, observándose una mayor tasa de disminución entre las mujeres en comparación con los hombres (Tabla 1). El CPAP para la tasa de mortalidad por ictus hemorrágico e isquémico entre los hombres fue -0,09% (intervalo de confianza (IC) del 95%: -0,14%, -0,05%; p < .001) y -0.10% (IC del 95%: -0.18%, -0.01%, p = .02), respectivamente. Por otro lado, el CPAP para la tasa de mortalidad por ictus hemorrágico e isquémico entre las mujeres fue -0,22% (IC 95%: -0,26%, -0,18%; p < .001) y -0,13% (IC 95%: -0,21%, -0,05%; p < 0,001), respectivamente. No se identificaron joinpoints significativos para las tasas de mortalidad por ictus hemorrágico para ninguno de ambos sexos. Sin embargo, se identificó un joinpoint significativo para las tasas de mortalidad por ictus isquémico tanto para hombres como para mujeres, en marzo de 2007 y noviembre de 2006, respectivamente (Fig. 1). La tasa de mortalidad por ictus isquémico CPA entre los hombres fue 0,17% (IC del 95%: -0.03%, 0.37%; p = .10) hasta marzo de 2007, después de lo cual la tasa de mortalidad disminuyó significativamente cada año en -0,24% (IC del 95%: -0,31%, -0.16%, p < .001). Del mismo modo, la tasa de mortalidad por ictus isquémico CPA entre las mujeres fue 0,22% (IC del 95%: 0.03%, 0.42%; p = .02) hasta noviembre de 2006,

Figura 1Tasas de mortalidad específicas para ictus hemorrágico (verde) e ictus isquémico (morado) por sexo y estandarizadas por edad y tendencias de joinpoint en Lituania entre personas mayores de 15 años, desde enero de 2001 hasta diciembre de 2018



después de lo cual la tasa de mortalidad disminuyó significativamente cada año en -0,30% (IC del 95%: -0,36%, -0,23%, p < .001).

Resultados del análisis de series temporales interrumpidas para las tasas de mortalidad por ictus hemorrágico específicas por sexo

Los valores de R^2 para todos los GAMM de mortalidad por ictus hemorrágico específicos por sexo fueron bajos, lo que indica un ajuste deficiente del modelo (Tabla 2) y la probabilidad de que otros factores desconocidos estén afectando la tasa de mortalidad por ictus hemorrágico específica por sexo. Se encontró que ninguna de las políticas probadas tuvo un efecto significativo en las tasas de mortalidad por ictus hemorrágico entre los hombres, mientras que la Política 1 fue la única política que tuvo un efecto significativo entre las mujeres. En concreto, el efecto completo de la Política 1 se asoció con un cambio de pendiente en las tasas de mortalidad por ictus hemorrágico entre las mujeres. El término «meses» ($\beta = -0.016$; IC 95%: -0.024, -0.008; p < .001) y el término de interacción (meses*efecto de política; $\beta = 0.007$; IC 95%: 0.001, 0.013; p = .020)

eran significativos, y los coeficientes de ambas variables se pueden sumar para calcular la pendiente de la mortalidad por ictus hemorrágico 24 meses después de la promulgación de la Política 1 (es decir, el momento en el que se supone que la política tiene pleno efecto); esto equivalía a una disminución mensual de -0,009 muertes por ictus hemorrágicos por cada 100 000 habitantes entre mujeres una vez que tuvo pleno efecto la Política 1. Por tanto, dentro de las limitaciones de un valor R^2 bajo para este modelo ($R^2 = ,434$), se puede inferir que, en comparación con una disminución mensual de -0,016 muertes por 100 000 habitantes antes de la promulgación de la política, el efecto completo de la Política 1 coincidió con una tasa reducida de disminución de la mortalidad por ictus hemorrágico entre las mujeres.

Resultados del análisis de series temporales interrumpidas para tasas de mortalidad por ictus isquémico específicas por sexo

La Política 1 fue la única política que tuvo un efecto significativo en las tasas de mortalidad por ictus isquémico entre los hombres, mientras que las tres políticas tuvieron

Tabla 1Análisis joinpoint de las tasas de mortalidad por ictus hemorrágicos e isquémicos estandarizadas por edad^a (por 100 000 habitantes) entre 2001 y 2018, por sexo

	Tasa de mortalidad por 100 000 (Fecha)ª				Período 1			Período 2		
	Min.	Máx.	CPAP IC 95%	p	Fecha	CPA IC 95%	р	Fecha	CPA IC 95%	р
Ictus hemor	rágico									
Hombres	1,27 (nov. 2011)	5,77 (dic. 2007)	-0,09 * (-0,14, -0,05)	< ,001	ene. 2001 – dic. 2018	-0,09* (-0,14, -0,05)	< ,001	n/a	n/a	n/a
Mujeres	1,25 (feb. 2016)	4,28 (oct. 2002)	-0,22* (-0,26, -0,18)	< ,001	ene. 2001 – dic. 2018	-0,22* (-0,26, -0,18)	< ,001	n/a	n/a	n/a
Ictus isquén	nico									
Hombres	8,47 (mayo 2016)	21,35 (mar. 2007)	-0,10* (-0,18, -0,01)	,02	ene. 2001 – mar. 2007	0,17 (-0,03, 0,37)	,10	mar. 2007 – dic. 2018	-,24* (-,31, -0,16)	< ,001
Mujeres	6,35 (sep. 2016)	16,17 (mar. 2006)	-0,13* (-0,21, -0,05)	< ,001	ene. 2001 – nov. 2006	0,22* (0,03, 0,42)	,02	nov. 2006 – dic. 2018	-,30* (-,36, -,23)	< ,001

Nota. CPAP, cambio porcentual anual promedio; CPA, cambio porcentual promedio; intervalo de confianza del 95%; n/a, no aplicable.

Tabla 2 Coeficientes finales de regresión del modelo GAMM de ictus hemorrágico específico por sexo (IC del 95%) y valor de p (α = 0,05)

	Política 1 (1 de enero de 2008)		Política 2 (1 de marzo d	le 2017)	Política 3 (1 de enero de 2018)		
	Estimación (IC 95%)	р	Estimación (IC 95%)	р	Estimación (IC 95%)	р	
Hombres							
R ² ajustado	,110		,098		,102		
Intercepto	4,035 (3,072, 4,998)	< ,001*	3,652 (3,178, 4,125)	< ,001*	3,638 (3,179, 4,096)	< ,001*	
Meses	0,001 (-0,011, 0,014)	,852	-0,003 (-0,008, 0,001)	,165	-0,004 (-0,008, 0,001)	,093	
Efecto de la política	0,918 (-0,012, 1,848)	,054	2,358 (-14,327, 19,043)	,782	-0,278 (-0,896, 0,340)	,379	
IPC	-0,001 (-0,027, 0,026)	,967	0,002 (-0,029, 0,034)	,886	0,0003 (-0,025, 0,026)	,983	
Tasa de desempleo	-0,023 (-0,066, 0,020)	,303	-0,006 (-0,026, 0,014)	,551	-0,006 (-0,025, 0,014)	,579	
PIB	-0,0002 (-0,0005, 0,0001)	,253	0,00003 (-0,0002, 0,0003)	,809	0,00005 (-0,0002, 0,0003)	,709	
Período de interacciónª	-0,006 (-0,015, 0,003)	,214	-0,012 (-0,0921, 0,068)	,763	n/a	n/a	
Mujeres							
R ² ajustado	,434		,415		,412		
Intercepto	3,819 (3,094, 4,544)	< ,001*	2,971 (2,626, 3,316)	< ,001*	2,918 (2,579, 3,257)	<,001*	
Meses	-0,016 (-0,024, -0,008)	< ,001*	-0,004 (-0,007, -0,001)	< ,004*	-0,005 (-0,008, -0,003)	< ,001*	
Efecto de la política	0,099 (-0,400, 0,598)	,697	-6,513 (-16,446, 3,420)	,200	0,017 (-0,351, 0,385)	,928	
IPC	-0,015 (-0,033, 0,003)	,106	0,008 (-0,011, 0,027)	,423	-0,0003 (-0,016, 0,016)	,975	
Tasa de desempleo	-0,052 (-0,094, -0,010)	,017*	-0,001 (-0,021, 0,019)	,911	0,0003 (-0,020, 0,020)	,980	
PIB	0,00004 (-0,0002, 0,0002)	,723	-0,00005 (-0,0002, 0,0001)	,566	0,000003 (-0,0001, 0,0002)	,966	
Período de interacciónª	0,007 (0,001, 0,013)	,020*	0,031 (-0,017, 0,078)	,208	n/a	n/a	

Nota. GAMM, modelo aditivo generalizado mixto; IPC, índice de precios de consumo; PIB, producto interno bruto per cápita; intervalo de confianza del 95%; n/a, período de interacción no incluido en el modelo final. *p < ,05.

^{*}p < ,05.
aTasa de mortalidad estandarizada por edad de la población estándar europea 2011-2030 por 100 000 habitantes.

^aEntre meses y efecto de la política (variable ficticia).

un efecto significativo entre las mujeres (Tabla 3). En el modelo de Política 1 para hombres, el término «meses» (β = 0,031; IC 95%: 0,003, 0,060; p < ,033) y el término de interacción (meses*efecto de la política; β = -0,054; IC 95%: -0,075), -0,033; p < ,001) resultaron ser significativas. Esto indicó que la tasa de mortalidad por ictus isquémico aumentó hasta la promulgación de la Política 1 y que la tasa de aumento comenzó a disminuir tras la promulgación de la Política 1.

En el modelo de la Política 1 para mujeres, las tasas de mortalidad por ictus isquémicos se mantuvieron estables antes de la promulgación de la Política 1, seguidas de un cambio de nivel positivo en el momento de la promulgación de la Política 1 y un cambio de pendiente negativo después de que la política alcanzó su pleno efecto. El efecto de política ($\beta = 4,498$; IC 95%: 3,163, 5,833; p < 0.001) y el término de interacción (meses*efecto política; $\beta = -0.048$; IC 95%: -0.063, -0.032; p < .001) fueron significatives, lo que representa un cambio de nivel positivo (es decir, un aumento inmediato en la tasa de mortalidad por ictus isquémico después del punto de tiempo de promulgación de la Política 1) seguido de una tendencia decreciente significativa para las tasas de mortalidad por ictus isquémico entre las mujeres. Los coeficientes para el efecto de la política y el término de interacción se pueden sumar para calcular la tasa de mortalidad por ictus isquémico cuando la política alcanzó su pleno efecto (es decir, 24 meses tras su promulgación). Esto daría como resultado una tasa de mortalidad por ictus isquémico igual a 3,35 (4,498 – 0,048*24) muertes por 100 000 habitantes el 1 de enero de 2010, seguido de una disminución de la tasa mensual de -0,048 para cada mes a partir de entonces.

Los meses y los términos del efecto de la política fueron significativos tanto en el modelo de la Política 2 como en el modelo de la Política 3 para las tasas de mortalidad por ictus isquémico entre las mujeres. Para la Política 2, el plazo de los meses ($\beta = -0.030$; IC 95%: -0.039, -0.022; p < .001) y el plazo del efecto de la póliza ($\beta = -0.901$; IC 95%: -1.715, -0.088; p = .031) fueron significativos, lo que indica que las tasas de mortalidad isquémica entre las mujeres disminuyeron en una tasa mensual de -0,030 muertes por 100 000 habitantes entre 2001 y 2018, con un cambio de nivel negativo significativo de -0,901 muertes por 100 000 habitantes una vez que la Política 2 alcanzó su pleno efecto. Para la Política 3, el plazo de los meses (B = -0.033; IC 95%: -0.041, -0.025; p < .001) y el plazo del efecto de la política (B = -1,431; IC 95%: -2,609, -0,252; p = 0.018) fueron significativos, lo que indica que las tasas de mortalidad isquémica entre las mujeres disminuyeron en una tasa mensual de -0,033 muertes por 100 000 habitantes entre 2001 y 2018, con un cambio de nivel negativo significativo de -1,431 muertes por 100 000 habitantes una vez que la Política 3 alcanzó su pleno efecto.

Discusión

En este estudio, encontramos que las tasas de mortalidad específicas por subtipo de ictus estandarizadas por edad por cada 100 000 habitantes disminuyeron significativamente en Lituania entre 2001 y 2018. Se observaron tasas anuales de disminución más altas entre las mujeres que entre los hombres, con intervalos de confianza superpuestos para ictus isquémico, pero no para ictus hemorrágico. Las tendencias identificadas en el estudio actual brindan tendencias más recientes de las tasas de mortalidad específicas por sexo y subtipo de ictus, que contradicen en gran medida las tendencias descritas por Shah y colegas (Shah et al., 2019), quienes realizaron análisis de regresión joinpoint para estimar el CPAP para tasas de mortalidad específicas por sexo y subtipo de ictus en Lituania utilizando datos de mortalidad global de la OMS de 1993 a 2016. Si bien todas las tendencias de las tasas de mortalidad específicas por sexo y subtipo de ictus disminuyeron entre 1993 y 2016, la disminución entre las mujeres fue la única tendencia significativa. Específicamente, aunque no se identificaron joinpoints significativos para las tasas de mortalidad por ictus hemorrágico entre las mujeres, el CPAP fue igual a -2,5 % (p < .05) para el período de 1993 a 2016 (Shah et al., 2019). Es probable que los hallazgos divergentes se deban a los diferentes períodos observacionales, fuentes de datos y estándares de población utilizados. Los cambios significativos en el perfil de riesgo de enfermedades circulatorias entre la población lituana entre 2001 y 2018 también proporcionan una explicación adicional. En 2006, se lanzó en Lituania el Programa nacional para la prevención de enfermedades del sistema circulatorio en individuos de alto riesgo, y la prevalencia de determinados factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares (p. ej., hipertensión arterial, dislipidemia, síndrome metabólico y tabaquismo [Kutkiene et al., 2018; Laucevičius et al., 2020; Rinkūnienė et al., 2019]) ha disminuido desde entonces.

Los resultados de nuestros análisis de series temporales respaldan la hipótesis de que las políticas de control de alcohol de 2008, 2017 y 2018 pueden haber tenido un impacto relativamente mayor en la reducción de las tasas de mortalidad específicas por sexo y subtipo de ictus que demuestran una relación dosis-respuesta de riesgo relativo en forma de J al aumento de los niveles de consumo de alcohol, en comparación con aquellas con una relación dosis-respuesta lineal. La mortalidad por ictus hemorrágico entre los hombres fue la única categoría específica de sexo y subtipo de ictus con una relación dosis-respuesta lineal (Patra et al., 2010) y nuestros análisis revelaron que era la única categoría que no tuvo una tendencia decreciente significativa en las tasas de mortalidad que coincidieran con la implementación de una política.

La política de control de alcohol de 2008 (Política 1), que implicó un aumento del 20% en los impuestos especiales para alcohol etílico, vino y productos intermedios, y un au-

mento del 10% para cerveza, tuvo un efecto significativo en todas las tasas de mortalidad específicas por sexo y subtipo de ictus con una relación dosis-respuesta en forma de J. Sin embargo, es importante reconocer que el efecto de la Política 1 (2008) en la mortalidad por sexo y subtipo de ictus probablemente se haya visto aumentado por la crisis económica mundial de 2008, en comparación con la Política 2 (2017) y la Política 3 (2018), que se implementaron durante un período tranquilo de crecimiento económico estable. En un estudio de análisis de series temporales interrumpidas realizado por Mackenbach et al. (2018), los autores combinaron datos de censos de países de Europa Occidental y Oriental, de 1990 a 2015, para describir tendencias específicas por sexo en las tasas de mortalidad por todas las causas y por causas específicas, y para describir las desigualdades de salud en las tendencias de mortalidad. Los autores encontraron que, entre hombres y mujeres en los países de Europa del Este, incluida Lituania, las tasas de mortalidad relacionadas con el alcohol aumentaron hasta el 2008 y disminuyeron después, aunque no de manera significativa.

Las tasas de mortalidad por ictus isquémico entre las mujeres fue la única categoría que tuvo tasas de mortalidad decrecientes que coincidieron con las tres fechas de implementación de política. Este hallazgo contrasta con el presentado por Stelemėkas et al. (2021) sobre el efecto de las políticas de control de alcohol de Lituania en la mortalidad por todas las causas en adultos. Los autores investigaron el impacto de las mismas tres promulgaciones de políticas investigadas en nuestro estudio y encontraron que, si bien las políticas de control de alcohol no tuvieron efectos significativos en la mortalidad por todas las causas entre las mujeres, las Política 1 y 2 redujeron significativamente la mortalidad por todas las causas entre los hombres. Los resultados de estos dos estudios sugieren que, si bien las políticas de control de alcohol investigadas pueden reducir las tasas de mortalidad entre los hombres en mayor medida que entre las mujeres por la mayoría de las causas de mortalidad, las tasas de mortalidad entre las mujeres se reducen en mayor medida en comparación con los hombres para la mortalidad específica por subtipo de ictus. Las diferencias de sexo en el comportamiento de consumo excesivo de alcohol pueden proporcionar alguna explicación de por qué las políticas de control de alcohol afectan las tasas de mortalidad específicas por subtipo de ictus entre las mujeres más que entre los hombres. En un estudio de análisis de conglomerados de datos de las Rondas 1 y 2 de la Encuesta epidemiológica nacional sobre alcohol y condiciones relacionadas, los hombres consumidores de alcohol informaron una mayor cantidad de consumo diario promedio de alcohol en comparación con las mujeres consumidoras de alcohol (Jiang, Lange, Tran, Imtiaz y Rehm, 2021). Es posible que las políticas de control de alcohol no tengan un efecto en la reducción del comportamiento de consumo excesivo de alcohol y, por tanto, tengan un mayor efecto en la reducción de la mortalidad específica por subtipo de ictus entre las mujeres que entre los hombres.

Debemos reconocer algunas limitaciones del estudio actual. Primero, la estructura de rezagos del consumo de alcohol en la mortalidad específica por subtipo de ictus aún no se ha establecido en la literatura y, como tal, la estructura de rezagos incluida en nuestro análisis fue informada por un número limitado de estudios que incorporaron o probaron varios tiempos de retraso para consumo de alcohol e ictus (Holmes et al., 2012; Lee et al., 2019; Pun et al., 2013; Razvodovsky, 2014; Zatoński et al., 2010). Por tanto, existe la necesidad de realizar pruebas formales de varios tiempos de retraso del consumo de alcohol en los subtipos específicos de ictus para mejorar los futuros análisis de series temporales. Segundo, los valores R^2 ajustados entre bajo y moderado sugieren la presencia de uno o más factores desconocidos que impulsan la disminución de las tasas de mortalidad específicas por subtipo de ictus y, como tal, alentamos a los investigadores a explorar otras posibles explicaciones, como el comportamiento de consumo excesivo de alcohol y los cambios que no implican alcohol en políticas relacionadas con la salud cardiovascular, en el futuro. Tercero, nuestros modelos se habrían beneficiado de la inclusión de covariables importantes, como edad, para revelar en qué grupos de edad la reducción de la mortalidad fue más significativa y la comorbilidad, que es un factor de riesgo establecido para mortalidad por ictus. Por último, el número limitado de puntos temporales tras la promulgación de la política de 2018 podría explicar el hallazgo de que no hubo relación entre la reducción en la disponibilidad de alcohol y la mortalidad por ictus debido a su poder limitado, especialmente dado el tiempo de demora sospechado para esta enfermedad crónica. Los cambios significativos se observaron entre 2016 y 2018 durante un período estable de crecimiento económico mientras que el consumo de alcohol experimentó una disminución en el mismo período. Esto sugiere que el análisis futuro debería concentrarse en evaluar el impacto de las políticas de control de alcohol en el ictus cuando haya más puntos de datos disponibles.

Nuestros hallazgos sugieren que la efectividad de las políticas de control de alcohol, en particular las que tienen como objetivo el precio, pueden diferir según las categorías de sexo y subtipo de ictus. Además, tales políticas pueden ser más efectivas para reducir las tasas de mortalidad específicas por sexo y subtipo de ictus si se aplican junto con programas nacionales de promoción de la salud destinados a mejorar los perfiles de riesgo cardiovascular, pero pueden ser menos efectivas en presencia de un comportamiento de consumo excesivo de alcohol, como se ha observado en los hombres. Esto tiene implicaciones para los responsables de políticas y otras partes interesadas relevantes que están interesadas en reducir la mortalidad por ictus relacionada con el alcohol en un país desarrollado de altos ingresos.

Reconocimientos

Este trabajo fue apoyado por el Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo de los Institutos Nacionales de Salud (NIAAA) bajo la subvención R01 AA028224, y se realizó como parte del proyecto «Evaluación del impacto de las políticas de control de alcohol en la morbilidad y mortalidad en Lituania y otros estados bálticos».

Conflicto de intereses

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de interés.

Referencias

- Beard, E., Marsden, J., Brown, J., Tombor, I., Stapleton, J., Michie, S. y West, R. (2019). Understanding and using time series analyses in addiction research. *Addiction*, 114, 1866–1884. doi:10.1111/add.14643.
- Chisholm, D., Moro, D., Bertram, M., Pretorius, C., Gmel, G., Shield, K. y Rehm, J. (2018). Are the "best buys" for alcohol control still valid? An update on the comparative cost-effectiveness of alcohol control strategies at the global level. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 79, 514–522. doi:10.15288/JSAD.2018.79.514.
- Devroye, L. (1986). General principles in random variate generation. En *Non-Uniform Random Variate Generation* (p. 87). New York: Springer-Verlag New York Inc.
- Eurostat. (2013). 2013 edition Revision of the European standard population report of Eurostat's task force. doi:10.2785/11470.
- GBD 2019 Stroke Collaborators. (2021). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Neurology*, 20, 1–26. doi:10.1016/S1474-4422(21)00252-0.
- Holmes, J., Meier, P. S., Booth, A., Guo, Y. y Brennan, A. (2012). The temporal relationship between per capita alcohol consumption and harm: A systematic review of time lag specifications in aggregate time series analyses. *Drug and Alcohol Dependence*, 123, 7–14. doi:10.1016/j. drugalcdep.2011.12.005.
- IHME. (2020). Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Cause List Mapped to ICD Codes | GHDx. http://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/gbd-2019-cause-icd-code-mappings.
- Jiang, H., Lange, S., Tran, A., Imtiaz, S. y Rehm, J. (2021). Determining the sex-specific distributions of average daily alcohol consumption using cluster analysis: Is there a separate distribution for people with alcohol dependence? *Population Health Metrics*, 19, 1–11. doi:10.1186/ s12963-021-00261-4.
- Kim, H. J., Fay, M. P., Feuer, E. J. y Midthune, D. N. (2000). Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Statistics in Medicine*, 19, 335–351.

- doi:10.1002/(SICI)1097-0258(20000215)19:3<335::AI D-SIM336>3.0.CO;2-Z.
- Kutkiene, S., Petrulioniene, Z., Laucevicius, A., Cerkauskiene, R., Staigyte, J., Saulyte, A.,... Rinkuniene, E. (2018). Lipid profile evaluation and severe hypercholesterolaemia screening in the middle-aged population according to nationwide primary prevention programme in Lithuania. *Atherosclerosis*, 277, 267–272. doi:10.1016/j. atherosclerosis.2018.06.008.
- Laucevičius, A., Rinkūnienė, E., Petrulionienė, Ž., Ryliškytė, L., Jucevičienė, A., Puronaitė, R.,... Kasiulevičius, V. (2020). Trends in cardiovascular risk factor prevalence among Lithuanian middle-aged adults between 2009 and 2018. *Atherosclerosis*, 299, 9–14. doi:10.1016/j. atherosclerosis.2020.02.025.
- Lee, C. B., Liao, C. M., Peng, L. H. y Lin, C. M. (2019). Economic fluctuations and cardiovascular diseases: A multiple-input time series analysis. *PLoS ONE*, 14. doi:10.1371/journal.pone.0219358.
- Lhachimi, S. K., Cole, K. J., Nusselder, W. J., Smit, H. A., Baili, P., Bennett, K.,... Boshuizen, H. (2012). Health impacts of increasing alcohol prices in the European Union: A dynamic projection. *Preventive Medicine*, *55*, 237–243. doi:10.1016/j.ypmed.2012.06.006.
- Lithuanian Department of Statistics. (n.d.). Main Lithuanian indicators. https://osp.stat.gov.lt/en/pagrindiniai-salies-rodikliai.
- Lithuanian Department of Statistics. (2020a). GDP per capita, at current prices. https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize#/.
- Lithuanian Department of Statistics. (2020b). Unemployment rate in Lithuania. https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize#/.
- Lithuanian Department of Statistics. (2021). Consumer price indices (2015 100).
- Mackenbach, J. P., Valverde, J. R., Artnik, B., Bopp, M., Brønnum-Hansen, H., Deboosere, P.,... Nusselder, W. J. (2018). Trends in health inequalities in 27 European countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 115, 6440–6445. doi:10.1073/ pnas.1800028115.
- Miščikienė, L., Midttun, N. G., Galkus, L., Belian, G., Petkevičienė, J., Vaitkevičiūtė, J. y Štelemėkas, M. (2020). Review of the lithuanian alcohol control legislation in 1990–2020. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17. doi:10.3390/ijerph17103454.
- O'Donnell, M. J., Chin, S. L., Rangarajan, S., Xavier, D., Liu, L., Zhang, H.,... Yusuf, S. (2016). Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): A case-control study. *The Lancet*, 388, 761–775. doi:10.1016/S0140-6736(16)30506-2.
- Patra, J., Taylor, B., Irving, H., Roerecke, M., Baliunas, D., Mohapatra, S. y Rehm, J. (2010). Alcohol consumption

- and the risk of morbidity and mortality for different stroke types a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 10, 258. doi:10.1186/1471-2458-10-258.
- Pun, V. C., Lin, H., Kim, J. H., Yip, B. H. K., Chung, V. C. H., Wong, M. C. S.,... Tian, L. (2013). Impacts of alcohol duty reductions on cardiovascular mortality among elderly Chinese: A 10-year time series analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67, 514–518. doi:10.1136/jech-2012-201859.
- Razvodovsky, Y. E. (2014). Fraction of stroke mortality attributable to alcohol consumption in Russia. *Adicciones*, 26, 126–133. doi:10.20882/ADICCIONES.14.
- Rehm, J., Gmel, G. E., Gmel, G., Hasan, O. S. M., Imtiaz, S., Popova, S.,... Shuper, P. A. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. *Addiction*, 112, 968–1001. doi:10.1111/add.13757.
- Rehm, J., Štelemėkas, M., Ferreira-Borges, C., Jiang, H., Lange, S., Neufeld, M.,... Manthey, J. (2021). Classif-ying alcohol control policies with respect to expected changes in consumption and alcohol-attributable harm: The example of Lithuania, 2000–2019. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 1–13. doi:10.3390/ijerph18052419.
- Rinkūnienė, E., Petrulionienė, Ž., Dženkevičiūtė, V., Gimžauskaitė, S., Mainelis, A., Puronaitė, R.,... Laucevičius, A. (2019). Trends in cigarette smoking among middle-aged lithuanian subjects participating in the primary prevention program between 2009 and 2016. *Medicina (Lithuania)*, 55, 130. doi:10.3390/medicina55050130.
- RStudio Team. (2020). RStudio: Integrated Development Environment for R. Boston, MA: RStudio, PBC.
- Schmidt, L. A., Mäkelä, P., Rehm, J. y Room, R. (2010).
 Alcohol: Equity and social determinants. En E. Blas y A.
 S. Kurup (Eds.), *Equity, social determinants and public health programmes* (pp. 11–29). Geneva: World Health Organization.
- Shah, R., Wilkins, E., Nichols, M., Kelly, P., El-Sadi, F., Lucy Wright, F. y Townsend, N. (2019). Epidemiology report: Trends in sex-specific cerebrovascular disease mortality in Europe based on WHO mortality data. *European Heart Journal*, 40, 755–764. doi:10.1093/eurheartj/ehy378.
- Shapiro, S. S. y Wilk, M. B. (1965). An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika*, *52*, 591–611. doi:10.1093/biomet/52.3-4.591.
- Shield, K., Manthey, J., Rylett, M., Probst, C., Wettlaufer, A., Parry, C. D. H. y Rehm, J. (2020). National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: A comparative risk assessment study. *The Lancet Public Health*, *5*, 51–61. doi:10.1016/S2468-2667(19)30231-2.

- Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program, N. C. I. (2020). *Joinpoint Regression Program*.
- Štelemėkas, M., Manthey, J., Badaras, R., Casswell, S., Ferreira-Borges, C., Kalėdienė, R.,... Rehm, J. (2021). Alcohol control policy measures and all-cause mortality in Lithuania: An interrupted time—series analysis. *Addiction*, 116, 2673–2684. doi:10.1111/add.15470.
- Stuckler, D., Meissner, C. M. y King, L. P. (2008). Can a bank crisis break your heart? *Globalization and Health, 4*, 1–4. doi:10.1186/1744-8603-4-1.
- World Health Organization. (2017). 'Best Buys' and Other Recommended Interventions for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603.
- Zatoński, W. A., Sulkowska, U., Mańczuk, M., Rehm, J., Boffetta, P., Lowenfels, A. B. y La Vecchia, C. (2010). Liver cirrhosis mortality in Europe, with special attention to Central and Eastern Europe. *European Addiction Research*, 16, 193–201. doi:10.1159/000317248.

DIRECTRICES PARA AUTORES

Adicciones está editada por **Socidrogalcohol**, Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y otras Toxicomanías.

Adicciones publica artículos originales sobre el tratamiento, la prevención, estudios básicos y descriptivos en el campo de las adicciones de cualquier tipo, procedentes de distintas disciplinas (medicina, psicología, investigación básica, investigación social, etc.). Todos los artículos son seleccionados después de pasar un proceso de revisión anónimo realizado por expertos en cada tema.

Adicciones publica 4 números al año en marzo, junio, septiembre y diciembre. La revista cuenta con cinco tipos de publicaciones: editorial, artículos originales, informes breves, artículos de revisión y cartas al director.

Con el fin de facilitar la lectura y no incurrir en posibles errores gramaticales, las referencias que en estas normas se hacen a autor y autores, revisor, revisores, editor, editores, deben entenderse hechas respectivamente a autor o autora, autores o autoras, revisor o revisora, revisores o revisoras, editor o editora, editores o editoras.

1. CONSIDERACIONES GENERALES

Idiomas

La revista admite artículos en español y en inglés para su revisión. La edición definitiva de los artículos se publicará en ambos idiomas.

Conflictos de intereses

La política de la revista exige que en todos los artículos y editoriales conste expresamente la existencia o no de conflicto de intereses en el apartado correspondiente. Todos los conflictos de interés son importantes, pero especial cuidado hay que poner en el caso de haber recibido para el estudio financiación de la industria farmacéutica, alcoholera, tabaquera, del juego, etc. La revista Adicciones se ajusta en este tema a las recomendaciones de ISAJE (International Society of Addiction Journals Editors). Tener conflicto de intereses no significa no poder publicar el artículo. En caso de duda sobre esta cuestión se debe contactar con el Comité Editorial.

Autoría y originalidad

Los artículos deben ser originales. Únicamente deben ser considerados autores aquellos que han hecho sustanciales contribuciones: 1) a la concepción y diseño, adquisición de datos, o el análisis e interpretación de datos; 2) a la redacción del artículo o a su revisión crítica; y 3) que ha dado su aprobación de la versión final que se publicará.

Todos los manuscritos serán valorados con herramientas de antiplagio. Los autores deben asegurar que ninguna parte significativa del material aportado ha sido publicado con anterioridad. En caso de duda debe aportar lo presentado o publicado en otras revistas antes de poder ser considerado el artículo para su revisión.

Además, para estas cuestiones, los autores pueden y deben consultar el acuerdo de Farmington, al que está adherida la revista Adicciones: https://www.isaje.net/farmington-consensus.html. También pueden consultarse las normas de publicación de la American Psychological Association, 7ª edición (2020).

2. PREPARACIÓN DE MANUSCRITOS

Los autores deben seguir exclusivamente para la presentación de sus manuscritos las Normas de publicación de la American Psychological Association, 7ª edición (2020) (www.apastyle.org).

La Revista Adicciones respeta y favorece la diversidad. Los autores deben utilizar lenguaje inclusivo que esté exento de sesgos y estereotipos. No existe un límite exacto de palabras para los trabajos que se presenten. De todos modos, toda la información que se incluya debe ser estrictamente la necesaria y se recomienda brevedad y síntesis.

Los artículos deben ser de gran interés para la comunidad científica del campo de las adicciones, suponiendo un impacto significativo en su ámbito de investigación y ofreciendo conclusiones e implicaciones claramente novedosas. Se evitarán trabajos que se refieran a realidades muy concretas o situaciones muy particulares, o que sean básicamente descriptivos —a menos, que se trate de algo muy novedoso.

Tipos de artículos

Artículos originales.

Serán preferentemente trabajos de investigación clínicos o experimentales en el campo de las adicciones. Se valorarán especialmente artículos de carácter empírico con muestras amplias y metodologías sólidas adecuadas a los objetivos perseguidos.

Informes breves.

En esta sección se considerarán los trabajos de investigación que por sus características especiales (series con número reducido de observaciones, trabajos de investigación con objetivos y resultados muy concretos, estudios epidemiológicos descriptivos, primeros resultados de un estudio amplio, etc.) pueden ser publicados de forma abreviada. Estos manuscritos tendrán los mismos apartados que los artículos originales y una extensión de no más de 12 páginas a doble espacio.

Artículos de revisión.

Presentarán la actualización de un tema de forma rigurosa y exhaustiva. En líneas generales, únicamente se aceptarán revisiones sistemáticas y metaanálisis. Estas revisiones deberán regirse por métodos sistematizados (p. ej., criterios PRISMA) y estar registrados en bases de protocolos de revisión (p. ej., PROSPERO).

Cartas al Editor.

Consisten en una presentación breve sobre algún área de investigación particularmente novedoso y original, o la contestación o matización a un artículo publicado en la revista. Cuando sea éste el caso la carta tendrá que recibirse dentro de las 6 semanas subsiguientes a la publicación del artículo en el número de la revista. Tendrán una extensión máxima de 800 palabras aproximadamente, 10 referencias y una tabla o figura.

3. PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

Todos los artículos se deben enviar a través de www.adicciones.es. En la plataforma se podrán encontrar todas las instrucciones para la preparación y subida del manuscrito. Todo el seguimiento del proceso de revisión y editorial se realizará a través de la plataforma web de la Revista Adicciones. Ésta es la única forma prevista para envío de artículos (si tiene alguna duda o problema técnico puede comunicarse con revistaadicciones@socidrogalcohol.org)

Estructura de los trabajos enviados a la revista

Para el envío de manuscritos se deben preparar y anexar los siguientes documentos:

A) Carta de presentación o Cover Letter. Deberá contener el objetivo del trabajo, la justificación del porqué se ha llevado a cabo y cuál es la aportación al conocimiento ya existentes, la posible audiencia a la que iría dirigido el estudio y la repercusión sobre la elaboración de posibles nuevos trabajos, así como una descripción de los principales hallazgos y la contribución de los mismos para generar nuevo conocimiento en el campo de las adicciones.

B) Documento de autorización de todos los autores. Todo manuscrito enviado para su consideración de publicación a la revista **Adicciones** vendrá acompañado de una carta firmada por todos los autores. En este documento se indicará que:

- El manuscrito es original y no ha sido previamente publicado, completo o en parte, ni está siendo considerado para su publicación en otra revista.
- La financiación que ha recibido el estudio realizado (directa o indirecta) y si tiene conexiones con la industria del tabaco, alcohol o industria farmacéutica, u otras relaciones que puedan llevar a un conflicto de intereses.
- 3. Que el manuscrito ha sido realizado, leído y aprobado por los autores tal como se envía el mismo, y que la autoría le corresponde a todos y todas los y las firmantes.
- Que se han cumplido todos los principios éticos en relación a la protección de las personas o de los pacientes, o de los animales, cuando se trate de experimentación animal.
- Que se acompañan todos los permisos correspondientes para reproducir material previamente publicado que se va a incluir en el manuscrito, como texto, tablas, figuras, etc
- 6. Que la correspondencia referente al manuscrito remitido para su publicación se realizará con el autor de correspondencia del que se indicará el nombre, dirección, teléfono y correo electrónico y que éste se encargará a su vez de ponerse en contacto con el resto de autores y autoras para la revisión y aprobación final del artículo.
- Que se transferirán los derechos de copyright del artículo a la revista Adicciones en caso de ser publicado el mismo en la revista Adicciones.
- 8. La revista Adicciones tiene como política la difusión de sus artículos por lo que los autores pueden enviar en formato electrónico sus artículos publicados a otras personas. La reproducción y difusión comercial de los artículos de la revista está restringida por los derechos de copyright y se precisa autorización de la revista para hacerlo.
- C) Página de título. Se indicarán, en el orden que aquí se cita, los siguientes datos:
 - Título del artículo, en minúsculas (en castellano e inglés) excepto la letra inicial.
 - Nombre de autores completo (no sólo iniciales), y uno o dos apellidos del/los autor/es (p. ej., Miguel García o Miguel García Rodríguez o bien Miguel García-Rodríguez, teniendo en cuenta que la forma que hayan utiliza-

do los autores es la que se enviará a las bases de datos). Se deben escribir en minúsculas, excepto la letra inicial. Los distintos autores vendrán separados por punto y coma. Detrás del apellido de cada autor, sin espacio intermedio y en superíndice, deberá ir un asterisco de llamada (1 asterisco para el primero, 2 para el segundo, etc.). Estos asteriscos son necesarios para indicar en el siguiente punto la filiación de autores y autoras.

Precedidos por un asterisco o los que fuesen necesarios
 -según el punto anterior- se indicarán el nombre/s del
 centro/s donde se ha realizado el trabajo o donde trabajan.

Al final de esta página (no como 'nota al pie') se colocará este texto: "Enviar correspondencia a: ...", indicando el nombre, la dirección postal, correo electrónico u otra información del autor de correspondencia, al cual la secretaría se dirigirá durante el proceso de revisión.

- D) *Manuscrito*. Todas las hojas deberán ir numeradas correlativamente en la parte superior derecha. El orden de presentación seguido en el manuscrito será el siguiente:
- 1. En la primera página del manuscrito se indicará:
 - Título del artículo, en minúsculas (en castellano e inglés) excepto la letra inicial.
- 2. La segunda hoja del artículo incluirá:
 - Resumen del trabajo presentado, tanto en español como en inglés. Dicho resumen tendrá alrededor de 250 palabras. Siguiendo las normas de publicación APA, el resumen debe especificar los objetivos del estudio o investigación; una breve descripción del método utilizado; los principales resultados; y las conclusiones más importantes y/o novedosas. El resumen debe redactarse en uno o varios párrafos siguiendo las normas de publicación de la APA, sin necesidad de incluir referencia explícita a las divisiones de introducción, método, etc.
 - Listado de entre 5 y 7 palabras clave en español y sus equivalentes en inglés (Keywords) en minúsculas y separadas por comas que, a ser posible, se adapten a las normalmente utilizadas en los índices al uso (p. ej., términos MESH).
- 3. La tercera hoja dará inicio al texto del artículo. Dado que el proceso de revisión será anónimo, confidencial y ciego, se recomienda que los autores eliminen cualquier información que consideren pudiera ayudar a identificarlos, como por ejemplo, lugar de selección de participantes, institución de pertenencia del Comité Ético que ha aprobado el estudio, etc. Esta información puede ser ocultada mediante la sustitución de la misma por la expresión "[AUTHORS]" o similares. Se recomienda la redacción del texto en impersonal. Conviene dividir claramente los trabajos en apartados, siguiendo, siempre que sea posible por las características del estudio, el esquema general siguiente: Introducción (no obstante la palabra introducción no se pondrá, pues se da por supuesta), Método, Resultados, Discusión, Reconocimientos, Conflicto de intereses y Referencias.

Introducción

Será breve y deberá proporcionar sólo la explicación necesaria para que el lector pueda comprender el texto que sigue a continuación. No debe contener tablas ni figuras, a menos que sean imprescindibles para la comprensión del texto. Debe incluir un último párrafo en el que se exponga de forma clara el o los objetivos del trabajo.

Método

Se describirá claramente el método empleado (selección de la muestra, como se recogieron los datos, instrumentos de recogida de datos o de evaluación, procedimiento, etc.). Se deben identificar los instrumentos de evaluación, tratamientos, fármacos utilizados, aparatos, sistema de evaluación, pruebas estadísticas, etc. Debe especificarse el tipo de estudio (descriptivo, epidemiológico, experimental, ensayo clínico, etc.).

Todos los trabajos que se presenten deben indicar el cumplimiento de los principios éticos necesarios para llevar a cabo la investigación y la referencia del comité de ética u oficina de investigación que haya evaluado la adecuación de dichas investigaciones al marco ético y legal correspondiente.

Es importante que estudios experimentales y ensayos clínicos estén registrados y se indique el número de registro en base de ensayos (p. ej., Clinicaltrials.gov). Deben especificarse los análisis estadísticos utilizados. Cuando estos sean muy novedosos deben describirse con detalle, e indicar el paquete estadístico utilizado con la referencia oportuna. Se recomienda encarecidamente indicar, cuando sea posible, el dato de significación exacta obtenido en los resultados (frente a fórmulas como p < .05 o p < .01) así como incluir, también cuando sea posible, estadísticos de tamaño del efecto.

Resultados

Los resultados deben presentarse en una secuencia lógica en el texto, tablas y figuras, y acorde al procedimiento descrito en el apartado del método. Se deben utilizar sólo aquellas tablas y figuras estrictamente necesarias, que expresen claramente los resultados del estudio. No se deben duplicar los datos en tablas y figuras, ni tampoco repetir en el texto todos los datos de las tablas y figuras, sólo los más importantes. Es conveniente enfatizar y resumir sólo las observaciones más importantes.

Los ensayos clínicos aleatorizados y diseños experimentales deben adecuarse a las guías CONSORT (www.consort-statement.org) y los estudios con diseños no experimentales a guías internacionales (p. ej., STROBE, https://www.strobe-statement.org/) para la mayor claridad de la lectura y revisión del trabajo. Igualmente, se presentarán los estadísticos del tamaño del efecto correspondiente.

Discusión

Se debe comenzar con el objetivo general del estudio. Enfatizará los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que se derivan del mismo. No se deben repetir en detalle los resultados presentados en la sección anterior, ni en la introducción. Se ha de destacar lo más importante y controvertido y relacionarlo con otros estudios relevantes sobre el tema. No se deben presentar suposiciones si no se ven apoyadas por los datos o la evidencia previa. Cuando sea apropiado pueden incluirse recomendaciones. Se deben indicar las implicaciones de los hallazgos y las posibles limitaciones (estas preferiblemente formarán un párrafo al final del artículo).

Reconocimientos

Este apartado se situará al final del texto del artículo y justo antes del apartado de Referencias. Cuando se considere necesario se citará a las personas, centros o entidades que hayan colaborado o apoyado la realización del trabajo. Pueden incluirse todas aquellas personas que hayan ayudado en la preparación del artículo, pero no con la intensidad requerida para ser considerados autores. Si el trabajo ha sido financiado se indicarán las entidades financiadoras en este apartado..

Conflicto de intereses

Todos los manuscritos (artículos, revisiones, editoriales, cartas) que se publican en la revista estarán acompañados por una declaración sobre los posibles o reales conflictos de interés o una declaración de que los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

Referencias

Seguirán de forma estricta las Normas de publicación de la American Psychological Association, 7ª edición (2020) (www.apastyle.org).

Tablas y figuras

Irán al final del texto, numeradas, y cada una en una página distinta, siguiendo el diseño propio de la APA. Se indicará en el texto del manuscrito en qué lugar deben ir situadas.

4. EL PROCESO DE REVISIÓN DEL MANUSCRITO

Los artículos son enviados a la revista a través de la www.adicciones.es. Los autores deben registrarse en la plataforma web de la revista para poder enviar sus manuscritos. A continuación, recibirán unas claves para poder entrar en la web y revisar la situación de su artículo. No obstante, el editor de la revista enviará un mensaje cuando tenga una decisión tomada o quiera aclarar alguna cuestión. Una vez recibido el manuscrito en la Redacción de la Revista Adicciones empezará el proceso de revisión.

El Editor, normalmente consultando con los Editores Asociados, puede desestimar de entrada un artículo que entienda que claramente no reúne la calidad suficiente o no entra dentro de las prioridades de la revista. El editor puede rechazar de entrada aquellos artículos que no cumplan estrictamente la normativa de la revista (APA), sin pasarlo a revisión por expertos.

Durante el proceso de envío se le solicitará a los autores que aporten el nombre de al menos dos posibles revisores para su artículo (nombre, institución, correo electrónico y ORCID. Los revisores propuestos deberán ser expertos en el tema y no estar ligados a la investigación que se desarrolla en el trabajo presentado. Tampoco podrán pertenecer al actual Comité Editorial de Adicciones. La revista se reserva la decisión de utilizar o no dichos revisores propuestos.

Los manuscritos serán enviados por el Editor o los Editores Asociados a dos o más expertos en el tema (revisores), que harán los comentarios pertinentes sobre el mismo y que requerirán aquellos cambios que estimen necesarios. También pueden dar su opinión sobre la aceptación o rechazo del artículo. La última decisión, basada en el informe de los revisores, o del editor asociado que se hubiese responsabilizado de la revisión, será tomada por el Editor de la revista, que podrá consultar además a los Editores asociados. El proceso de revisión será "doble ciego". En todo el proceso de revisión se mantendrá el principio de confidencialidad por parte de los revisores hacia el trabajo que revisan, así como la confidencialidad de los nombres de los revisores entre ellos o ante los autores del manuscrito. En este sentido las revisiones serán anónimas, confidenciales y ciegas también para los revisores que no conocerán el nombre de los autores en ningún momento.

El resultado de la revisión del manuscrito será enviado al autor de correspondencia indicando la decisión editorial. Los autores, si es el caso, deberán hacer los cambios señalados por editores y/o revisores, en un plazo máximo de dos meses, enviando:

- Una copia del manuscrito revisado resaltando los cambios
- Una copia del manuscrito definitivo.
- Un documento de respuesta a revisores, donde se expongan de forma detallada las principales modificaciones efectuadas, así como sus propios comentarios sobre los principales aspectos de la revisión.

5. PROCESO DE PUBLICACIÓN

Una vez aceptado el artículo, se seguirá el siguiente proceso:

- Se les remitirá una versión con posibles correcciones de formato y estilo, a la que deberán responder en un máximo de 10 días.
- Una vez recibida respuesta por parte de los autores, se les informará de una estimación de las páginas que ocupará la versión final del artículo en la revista, y del coste de publicación del mismo.
- Una vez se haya efectuado el pago, el artículo será traducido al inglés o español, dependiendo del idioma original.
- 4. Se generará un documento final o galerada que los autores también revisarán.
- Se asignará un DOI al mismo y se publicará en avance online, hasta que se asignen páginas dentro de un volumen concreto en el que finalmente serán publicados los manuscritos.

Los autores son totalmente responsables de la versión final que se publique. Los autores pueden hacer el uso que crean pertinente para la difusión del artículo, siempre que quede clara toda la información necesaria acerca de la revista donde ha sido publicado.

Costes de publicación

La Revista Adicciones es *Open Access*, es decir, de acceso abierto, por lo que una vez publicados los artículos estarán disponibles a través de la web y las distintas plataformas de búsqueda de forma gratuita, pudiendo ser enviados y compartidos a toda la comunidad científica. Esto supone que se deben cubrir una serie de gastos de edición, maquetación y derechos de difusión que conllevan asociados unos costes para los autores de los manuscritos. El proceso de publicación Open Access cumple con los requisitos y recomendaciones establecidos por las convocatorias de financiación científica más actuales como la Horizon 2020 y la Ley de Ciencia del Ministerio de Ciencia e Innovación de España, que promueven el acceso abierto a la ciencia.

La publicación de nuevos artículos está sujeta al pago de 50€ (IVA incluido) por página, con un descuento del 30% si el primer autor es socio de Socidrogalcohol. Para los casos en los que al menos un 50% de los autores pertenezcan a países en desarrollo según World Bank, se aplicará un descuento del 50%. Excepcionalmente, si existen dificultades graves de financiación y ante artículos de gran calidad, se podrá negociar una tarifa de publicación

6. COPYRIGHT

Los derechos de copyright de todos los artículos publicados en la revista Adicciones pasan a ser propiedad de la revista.

Los autores se comprometen a acompañar el manuscrito de todos los permisos correspondientes para reproducir material previamente publicado que se va a incluir en el manuscrito, como texto, tablas, figuras, etc.

2024 VOL. 36 N. 2 ADICCIONES

EDITORIAL

Sobre la conducta suicida y las conductas adictivas On suicidal behaviour and addictive behaviours Eduardo Fonseca-Pedrero, Susana Al-Halabí	121
ORIGINALES / ORIGINALS	
Programa de certificación de Centros de Adicciones para la eliminación del virus de la hepatitis C en España. Proyecto HepCelentes	
Certification program of Addiction Centres for hepatitis C virus elimination in Spain. HepCelentes Project Joan Colom, Marta Torrens, Ángeles Rodríguez-Cejas, Ignacio Aguilar, Rocío Álvarez-Crespo, Lorenzo Armenteros, Victoria Ayala, Helena Cantero, Miguel Ángel Casado, Javier Crespo, Joaquín Estévez, Javier García-Samaniego, Manuel Hernández-Guerra, Carlos Mur, Eva Pérez-Bech, Mercedes Ricote, Juan Antonio Pineda	129
Validación al castellano de la escala Brief Problem Gambling Screen en pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias	
Spanish validation of the Brief Problem Gambling Screen in patients with substance use disorders Pedro Serrano-Pérez, Jorge Lugo-Marin, Raúl Felipe Palma-Álvarez, Rachel Volberg, Susana Jiménez-Murcia, Josep Antoni Ramos-Quiroga, Lara Grau-López	145
Eficacia de un programa de tratamiento en el consumo de drogas en menores infractores desde la psicología positiva Efficacy of a treatment program based on positive psychology for drug use in juvenile offenders ÁLVARO FERNÁNDEZ MORENO, NATALIA REDONDO RODRÍGUEZ, JOSÉ LUIS GRAÑA GÓMEZ	155
Publicidad de apuestas y conducta de juego en adolescentes y adultos jóvenes españoles	
Gambling advertising and gambling behavior in Spanish adolescents and young adults Sergio Pérez-Gonzaga, Daniel Lloret Irles, Víctor Cabrera Perona	167
Uso problemático de WhatsApp entre adolescentes: ¿Qué papel educativo juegan los padres y las madres? Problematic use of WhatsApp and adolescents: What educational role do parents play? Marc Grau-Grau, María Gloria Gallego-Jiménez, Luis Manuel Rodríguez Otero	177
Chemsex en Barcelona: Estudio cualitativo sobre factores asociados a la práctica,	
percepción del impacto en salud y necesidades de prevención Chemsex in Barcelona: A qualitative study of factors associated with the practice, the perception of the impact on health and prevention needs	
Juan M. Leyva-Moral, Mariela Aguayo-González, Rubén Mora, Luis Villegas, Rebeca Gómez-Ibáñez, Olga Mestres-Soler, Rubén Maldonado-Alia, Nicolas Lorente, Cinta Folch	189
Asociación entre el uso de cigarrillos electrónicos y cigarrillos convencionales en adolescentes españoles	
Association between e-cigarette and conventional cigarette use among Spanish adolescents Gema Aonso-Diego, Roberto Secades-Villa, Ángel García-Pérez, Sara Weidberg, José Ramón Fernández-Hermida	199
Mortalidad entre los pacientes adictos a opiáceos al cabo de 30 años de seguimiento	
Mortality in patients addicted to opioids across 30-year follow-up Andrés Fontenla, Antonio Vaamonde, Gerardo Flórez	207
Cambios en el consumo de cannabis en consumidores españoles durante el confinamiento por la COVID-19 según sexo, edad, situación de convivencia y nivel de adicción	
Changes in cannabis use in Spanish consumers during the COVID-19 lockdown according to gender, age, living situation and addiction level	
Víctor José Villanueva-Blasco, Bárbara González Amado, Verónica Villanueva-Silvestre, Andrea Vázquez-Martínez, Manuel Isorna Folgar	217
Impacto de políticas de control de alcohol en las tasas de mortalidad por ictus hemorrágico e isquémico en Lituania: Análisis de series temporales interrumpidas	
Impact of alcohol control policy on hemorrhagic and ischemic stroke mortality rates in Lithuania: An interrupted time series analysis	
Kawon Victoria Kim, Jürgen Rehm, Xinyang Feng, Huan Jiang, Jakob Manthey, Ričardas Radišauskas, Mindaugas Štelemėkas, Alexander Tran, Anush Zafar, Shannon Lange	227
IVIINDAUGAS DIELEINENAS, MLEXANDEK IKAN, MNUSH ZAFAK, DHANNUN LANGE	∠∠/



