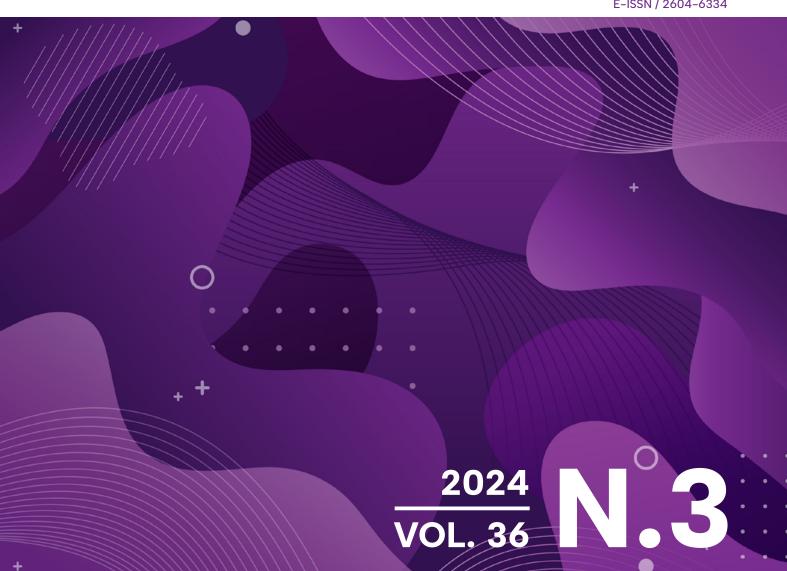
ADICCIONES

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,

Sara Domínguez-Salas Universidad Lovola Andalucía

Barcelona

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

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

Alba González de la Roz Josep Guardia Serecigni

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Universidad de Oviedo

ISPA, Oviedo

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

Alfonso Palmer Pol

Miquel Monrás Unidad de Alcohología. Hospital Clínic de Barcelona 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 Carlos Roncero

Universidad Complutense, Madrid Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

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,

Centro Ambulatorio de Atención a Drogodependientes "San Juan de Dios", Palencia

Judit Tirado IMIM – Hospital del Mar, Barcelona

Antonio Terán Prieto

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

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

INDEXADA EN: SOCIAL SCIENCES CITATION INDEX (SSCI-JCR), SCIENCE CITATION INDEX EXPANDED (SCIE-JCR), EMBASE, SCOPUS, MEDLINE, PSICODOC,

ISSN: 0214-4840 ■ E-ISSN: 2604-6334 ■ SVPF: 89010R ■ DEP. LEGAL: V-1543-1989

ÍNDICE / INDEX

2024 ■ VOL. 36 ■ N. 3 **ADICCIONES**

EDITORIAL

Medicina de la adicción: Más allá del DSM5
Addiction medicine: Beyond the DSM-5
Hugo López-Pelayo, Laia Miquel, Mercedes Balcells Oliveró
ORIGINALES / ORIGINALS
Uso Problemático de Internet en adolescentes: Validación en español de la Escala de Uso Compulsivo de Internet (CIUS) Problematic Internet Use among adolescents: Spanish validation of the Compulsive Internet Use Scale (CIUS) AVIER ORTUÑO-SIERRA, JULIA PÉREZ-SÁENZ, OLIVER MASON, ALICIA PÉREZ DE ALBÉNIZ, EDUARDO FONSECA-PEDRERO
Consumo de cannabis en población adulta en Galicia: Prevalencias y características asociadas
Cannabis use in adult population in Galicia: Prevalence and associated characteristics
Julia Rey-Brandariz, María Isolina Santiago-Pérez, Cristina Candal-Pedreira, Leonor Varela-Lema, Alberto Ruano-Ravina, Cristina Martinez, Sergio Veiga, Miriam Otero, Alberto Malvar, Mónica Pérez-Ríos
Atenciones urgentes realizadas durante la pandemia por consumo de tóxicos en una provincia española
Emergency care carried out during the pandemic due to substance abuse in a Spanish province
María Irigoyen-Otiñano, Lucía Ibarra-Pertusa, Eugènia Nicolau-Subires, Carla Albert-Porcar, Marina Adrados-Pérez, Esther Buil-Reiné, Laura Arenas-Pijoan, Giovanni Torterolo, Marta Sánchez-Cazalilla, Margarita Puigdevall-Ruestes, Vicent Llorca-Bofí
Formación en tabaco y alcohol de residentes de salud mental: Relación con su intervención clínica
Training mental health residents in tobacco and alcohol: Relationship with their clinical intervention
Sílvia Mondon, Antònia Raich, Concepció Martí, Esteve Fernández, Montse Ballbè, Grupo de Trabajo de Tabaco y Salud Mental de la Red Catalana de Hospitales sin Humo
Del uso no problemático a la adicción al móvil: Perfiles de impulsividad
From non-problematic smartphone use to smartphone addiction: Impulsivity-based profiles
Ana Sánchez-Kuhn, Jorge L. Puga, Pilar Flores, Ana María Ruiz-Ruano
Sustitución de cervezas de mayor graduación alcohólica por cervezas sin alcohol: Análisis de series temporales interrumpidas de datos de compra de los hogares españoles, 2017-2022
Substitution of higher-strength beers with zero-alcohol beers: Interrupted time
series analyses of Spanish household purchase data, 2017-2022
Peter Anderson, Daša Kokole
Menores y agresiones sexuales facilitadas por drogas: Entre la sumisión y la vulnerabilidad química Minors and drug-facilitated sexual assaults: Between submission and chemical vulnerability
Antonio Rial, Nuria García-Couceiro, Patricia Gómez, Teresa Braña, Manuel Isorna
El efecto de la heurística de anclaje sobre el consumo excesivo de alcohol en
los jóvenes: Una perspectiva desde la economía conductual
Anchor heuristics effect on heavy drinking in young people: Behavior economics perspective Jorge Palacios, Fabiola Aimeé Guerrero Garduño





ADICCIONES



BOLETÍN	DE SUSCRIPCIĆ)N			
■ DATOS PERSOI	NALES:				
Nombre y apellidos					
NIF	Profesión				
Dirección				N°	Piso
Tel	Población		C.P	Provincia	
E-mail					
■ SUSCRÍBANME	A: ADICCIONES. AÑO 2024				
España	1 ejemplar 1 monográfico	50,00 € 130,00 € 15,00 € 20 € 90 €	00 t	suscripción particular suscripción instituciones	
Extranjero	4 ejemplares y suplementos 4 ejemplares " 1 ejemplar	200 € 19 €	90 \$ 200 \$ 19 \$	suscripción particular suscripción instituciones	
Las suscripciones se e año en que ésta se ef		ares del año	natural en d	que se realice la suscripción, sea cual se	a el momento del
■ PAGARÉ:					
B) Mediante chec C) Transferencia IBAN: ES81 00 (Es importante qu	que n°bancaria a BANCO SABADELL ATL 081 0653 7300 0116 0017	que	e adjunto a r g. Ganduxer		
ORDEN D	E PAGO POR D	OMIC	ILIAC	ION BANCARIA	
	orros				
Número Cuenta Corriente o Libre	ช (ATENCIÓN: DEBE CONSTAR D	E 20 DÍGIT	OS):		
Entidad	Oficina D.C.		Nº		
Dirección Banco o C.A.:					
	Población			Provincia	
Ruego a Vds. Se sirvan tomar no de		n mi cuenta los e	fectos que les sear	presentados para su cobro por "Adicciones, Socidrogalcol	·o/"



ADICCIONES 2024 ■ VOL. 36 ■ N. 3 ■ PÁGS. 243-246 www.adicciones.es



ORIGINAL

Medicina de la adicción: Más allá del DSM5

Addiction medicine: Beyond the DSM-5

Hugo López-Pelayo *,**; Laia Miquel *,**; Mercedes Balcells Oliveró *,**.

no de cada once ciudadanos del mundo tiene un trastorno por consumo de alcohol, que se asocia a más de 200 condiciones adversas de salud. Así mismo, se calcula que un 3,5% de la población mundial tiene un trastorno por consumo de sustancias ilegales. Ambos trastornos provocan daños relevantes en múltiples ámbitos de la salud (sociofamiliar, económico-financiera, mental, física, etc.), así como una elevada carga de enfermedad con importantes gastos directos e indirectos para en el sistema sanitario, añadido al coste económico el coste social de estos trastornos. (Degenhardt et al., 2019; Glantz et al., 2020; Miguel et al., 2018). En este contexto global, la medicina de la adicción tiene un papel importante y varios retos que resolver, especialmente a nivel local, en los próximos años. Un primer reto tiene relación con el recambio de profesionales de la red de adicciones. Próximamente se prevé la jubilación masiva de los profesionales que iniciaron la red de tratamiento de adicciones en nuestro país a mediados del siglo pasado. Sin embargo, es escaso el recambio generacional de profesionales

que se ha producido. Otro desafío para tener en cuenta es el incremento de la complejidad de las adicciones, que está evolucionando con rapidez, con mayor variedad de uso de sustancias tóxicas (nuevas drogas psicoactivas) y aparición de nuevos patrones de consumo (véase Chemsex, adicción a sustancias prescritas, etc.), y la presencia de comorbilidades psiquiátricas u orgánicas graves. Asimismo, no hay que menospreciar la dificultad que supone para el sistema el envejecimiento de la población atendida (por ejemplo, tratamientos de mantenimiento de metadona en la tercera edad o el deterioro cognitivo en pacientes con trastorno por uso de sustancias). Simultáneamente también existe mayor demanda de tratamiento por parte de adolescentes y adultos jóvenes, especialmente por consumo de cannabis o uso abusivo de videojuegos. Finalmente, existe una exigencia legítima por parte de la sociedad de que el manejo de los problemas de salud mental y las adicciones en particular sea siguiendo unos criterios de excelencia y de medicina basada en la evidencia (desde la prevención a la reducción de daños).

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Hugo López Pelayo. Hospital Clínic de Barcelona. Villarroel 170, Barcelona, 08036. Tel. 932275400 ext 1719. E-mail: hlopez@clinic.cat

^{*} Grupo de Investigación en Salud y Adicciones, IDIBAPS; Unidad de Conductas Adictivas, Servicio de Psiquiatría y Psicología, ICN, Hospital Clínic Barcelona, Barcelona, España.

^{**} Red de investigación de atención primaria en adicciones, Madrid, España.

La siguiente década será un periodo de cambios para la profesión médica en general y, especialmente, para los profesionales que atienden a los pacientes con trastorno por uso de sustancias (TUS) u otras conductas adictivas. En el año 2023 había 301.648 médicos colegiados en España o, lo que es lo mismo, 6,2 médicos por cada 1.000 habitantes. Esto supone un incremento en números absolutos del 3,2% respecto al año anterior y del 0,1 en la ratio de médicos por cada 1.000 habitantes (ratio estable en los últimos 10 años). Llama la atención este mínimo aumento del número de colegiados por cada 1.000 habitantes cuando la población mayor de 65 años, subsidiaria de mayor uso de recursos del sistema sanitario, no ha dejado de crecer. Debido, entre otros factores, a las jubilaciones, se calcula que en 2025 especialidades con gran implicación en el tratamiento de las adicciones, como medicina de familia y comunitaria, tendrán un déficit leve de profesionales. Hace menos de 10 años eran especialidades que tenían un ligero superávit. Todas estas previsiones son anteriores a dos fenómenos que han tensionado aún más el sistema nacional de salud, y muy especialmente el bienestar y las condiciones laborales de los profesionales de salud: la crisis económica que se inició en 2008 y la pandemia del COVID19. Además, las jubilaciones, unas 80.000 previstas hasta 2034 (7.000 anuales), agravarán aún más este déficit de personal médico, y con mayor impacto en atención primaria, donde un 60% de los galenos tiene más de 50 años (Barber Pérez et al., 2011; Ferrero y Mateo, 2022; Instituto Nacional de Estadística, 2024; Ministerio de Sanidad, n.d.).

La generación de facultativos que asumió la implantación y el desarrollo de la actual red de tratamiento de adicciones durante los años 80 y 90 está, a su vez, en pleno proceso de jubilación. Se trata de una generación de médicos, también de otros profesionales sanitarios y sociosanitarios, que entienden el tratamiento de las adicciones desde la globalidad de la salud, tanto física como psicológica y social. En muchas ocasiones su especialidad es la de medicina de familia o medicina interna; en otras, llegaron a tener reconocida la especialidad tras años de ejercer de médico de las adicciones y solicitar la convalidación a través del sistema de MESTOS. Tienen una formación amplia que incluye el manejo de desintoxicaciones, fármacos de deshabituación, programas de mantenimiento con opiáceos, enfermedades infecciosas (hepatitis vírica, VIH, tuberculosis, etc.), enfermedades neurológicas (neuropatías periféricas causadas por el alcohol, por ejemplo), hepatopatías, y otras enfermedades orgánicas. También dominan el diagnóstico y tratamiento de las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes y tienen una sensibilidad especial para reconocer los problemas sociales. En resumen, son médicos generalistas en un sentido rico del concepto— que evolucionaron para incluir habilidades y conocimientos de la salud mental, colaborativamente con otros compañeros (psicología, enfermería, trabajo y educación social). Desafortunadamente,

esta generación se va, aunque la complejidad en la atención de estos pacientes permanezca (MacLean et al., 2018). En consecuencia, las nuevas generaciones de médicos de la adicción deben tener una gran variedad de habilidades y conocimientos: comunicativas (entrevista motivacional, habilidades para manejar resistencias), ,diagnóstico diferencial y tratamiento de los problemas de salud mental más frecuentes (trastorno por estrés postraumático, depresión, ansiedad, esquizofrenia u otras formas de psicosis, prevención del suicidio, etc.) y de los déficits cognitivos, diagnóstico de comorbilidades orgánicas (VIH, hepatitis vírica, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, neumonía, cirrosis, etc.), identificación de las problemáticas sociales, manejo de la desintoxicación y del tratamiento sustitutivo con opioides, prevención y diagnóstico de la abstinencia y la intoxicación, tratamiento de los pacientes con dolor y trastorno por uso de opioides, conducción de terapia grupal y conocimientos de distintos abordajes psicológicos en la deshabituación, uso de la telemedicina y las intervenciones digitales, diagnóstico y manejo de las adicciones sin sustancias, manejo de los fármacos de deshabituación de tabaco y alcohol, así como los fármacos de fuera de ficha técnica para estas y otras adicciones (Arunogiri et al., 2024; Bramness et al., 2024; Nunes et al., 2020).

Las nuevas hornadas de médicos que deciden dedicarse a las adicciones han completado la especialidad de psiquiatría vía MIR; no en vano, es de las pocas especialidades que incluye en su calendario formativo obligatorio un mínimo de 4 meses de formación en adicciones. Esto debería mejorar la detección y el abordaje de los trastornos mentales comórbidos que padece una proporción elevada de los pacientes con TUS u otras adicciones. Sin embargo, existe la preocupación de que la parte más "generalista" de la gestión de las adicciones - la patología médica derivada del consumo - se pierda entre la atención primaria y la atención especializada. La primera sufre una infradotación de personal y una sobrecarga de burocracia mientras que la segunda tiene poca experiencia en el tratamiento de estas complicaciones, desconoce la red de adicciones y pasa por alto las dificultades específicas e intrínsecas de estos pacientes. Todo ello puede perpetuar el estigma de los pacientes con TUS y, en consecuencia, dificultar el acceso a tratamientos médicos, hacer que se infravaloren las dificultades de adherencia de estos ciudadanos y dejar fuera a personas vulnerables que no encajan en un sistema sanitario hospitalario con frecuencia poco flexible (Krendl y Perry, 2023).

La detección de enfermedades como el VIH, el VHC, las ITS o la neuropatía periférica por alcohol, por poner solo unos ejemplos, tiene que seguir siendo responsabilidad de los médicos de las adicciones, en coordinación con profesionales de otras especialidades. Son problemas muy prevalentes que requieren de profesionales que se sientan seguros interpretando analíticas, electrocardiogramas o radiografías de tórax, entre otras muchas exploraciones com-

plementarias. Necesitamos que los psiquiatras que decidan dedicarse a este campo tengan competencias transversales que tradicionalmente son de otras especialidades como medicina interna o medicina de familia y comunitaria: en muchas ocasiones el único vínculo con el sistema sanitario de estos pacientes son los médicos de adicciones. Esto no supone un intrusismo en el trabajo de los médicos de familia sino una cooperación; en definitiva, el médico de adicciones adopta un doble rol que combina la atención primaria y la atención especializada en adicciones.

Algunas iniciativas a nivel europeo (https://wave-addictionsworkforce.eu/) están reflexionando sobre el bienestar de los profesionales de adicciones y sobre las competencias necesarias en cuanto a conocimiento y habilidades para garantizar un futuro de máxima dignidad y calidad en el tratamiento de las personas con adicciones. ¿Es necesario un nivel mínimo de competencias para la contratación de los médicos en los centros de tratamiento de adicciones? O, tal vez, ¿necesitamos una especialidad de medicina de la adicción? ¿O simplemente una formación/certificación específica? Son preguntas abiertas al debate. Existen diversos másteres en nuestro país, en algunos casos pioneros a nivel europeo, que tienen una visión integral y forman excelentes profesionales. Sin embargo, al estar destinados a diversos perfiles profesionales - y en muchas ocasiones los alumnos no son médicos -, no profundizan en la medicina de la adicción al nivel que permitiría una especialidad del sistema de formación especializada MIR. En algunos países ya existe vías de formación reconocidas de medicina de la adicción como subespecialidad o certificación independiente de la especialidad, por tanto, no es descabellado este planteamiento. En Europa 17 de 24 países tienen algún tipo de formación específica en adicciones que duran entre 0,5 meses (Alemania) y 72 meses (Noruega). Este estudio incluye España con los 12 meses de formación optativa de los MIR de psiquiatría (Bramness et al., 2024). Formación que no es obligatoria para ejercer la medicina de la adicción en nuestro país y que no es extensiva a otras especialidades médicas. Por otra parte, plantear una especialidad en medicina de la adicción también abriría la oportunidad de tener más presencia en los estudios universitarios de medicina y así inspirar a futuras generaciones de médicos.

Esto no basta para asegurar el futuro de la especialidad si no se mejoran las condiciones laborales. Yendo a lo concreto: se requiere una reducción de la carga asistencial, una mayor consideración para con los profesionales, una garantía de la carrera profesional, un favorecimiento de la conciliación familiar y una equiparación de la retribución económica a otros especialistas. Dignificar la figura del médico de la adicción supone incrementar la fuerza de trabajo que esta especialidad tendrá en el futuro, y significa mejorar en cuanto a eficiencia, calidad y seguridad la atención de pacientes y sus familias.

Con conocimientos profundos del DSM no es suficiente para ejercer la psiquiatría, y menos para hacerlo en el campo de las adicciones. Esta editorial es una llamada a la comunidad médica y científica española, y también al resto de profesionales sanitarios, para seguir trabajando por mantener un legado del que deberíamos estar orgullosos.

Agradecimientos

Grup de Recerca Emergent, 2021 SGR 01158, AGAUR.

Financiación

Proyecto con número de código RD21/0009/0010 financiado por el Instituto Carlos III, el Fondo Europeo de Desarrollo regional y el Plan de recuperación transformación y resiliencia.

Referencias

Arunogiri, S., Lubman, D. y Foulds, J. (2024). Addiction medicine and psychiatry workforce training and planning across Australia and New Zealand: Commentary on "Education and training in addiction medicine and psychology across Europe: A EUFAS survey." *European Addiction Research*, 30(3), 159–162. https://doi.org/10.1159/000536560

Barber Pérez, P., González López-Valcarcel, B. y Suárez Vega, R. (2011). Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2010-2025).

Bramness, J. G., Leonhardt, M., Dom, G., Batalla, A., Flórez Menéndez, G., Mann, K., Wurst, F. M., Wojnar, M., Drummond, C., Scafato, E., Gual, A., Ribeiro, C. M., Cottencin, O., Frischknecht, U. y Rolland, B. (2024). Education and training in addiction medicine and psychology across Europe: A EUFAS survey. European Addiction Research, 30(3), 127–137. https://doi.org/10.1159/000531502

Degenhardt, L., Bharat, C., Glantz, M. D., Sampson, N. A., Scott, K., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Bunting, B., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., Harris, M. G., He, Y., de Jonge, P.,... Kessler, R. C. (2019). The epidemiology of drug use disorders cross-nationally: Findings from the WHO's World Mental Health Surveys. *International Journal of Drug Policy*, 71, 103–112. https://doi.org/10.1016/J. DRUGPO.2019.03.002

Ferrero, B. y Mateo, J. J. (27 de noviembre de 2022). La futura ola de doctores jubilados que acecha a la sanidad: El 60% de los médicos de familia de Madrid tiene más de 50 años. El País. https://Elpais.Com/Espana/Madrid/2022-11-27/La-Futura-Ola-de-Doctores-Jubilados-Que-Acecha-a-La-

- Sanidad-El-60-de-Los-Medicos-de-Familia-de-Madrid-Tiene-Mas-de-50-Anos.Html
- Glantz, M. D., Bharat, C., Degenhardt, L., Sampson, N. A., Scott, K. M., Lim, C. C. W., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Cardoso, G., De Girolamo, G., Gureje, O., He, Y., Hinkov, H., Karam, E. G., Karam, G., Kovess-Masfety, V., Lasebikan, V., Lee, S.,... Kessler, R. C. (2020). The epidemiology of alcohol use disorders cross-nationally: Findings from the World Mental Health Surveys. *Addictive Behaviors*, 102, 106128. https://doi.org/10.1016/J.ADDBEH.2019.106128
- Instituto Nacional de Estadística. (20 de mayo de 2024). *Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados 2023*. https://www.ine.es/dyngs/Prensa/es/EPSC2023.htm
- Krendl, A. C. y Perry, B. L. (2023). Stigma toward substance dependence: Causes, consequences, and potential interventions. *Association for Psychological Science*, 24(2), 90–126. https://doi.org/10.1177/15291006231198193
- MacLean, R. R., Sofuoglu, M. y Rosenheck, R. (2018). Tobacco and alcohol use disorders: Evaluating multimorbidity. *Addictive Behaviors*, 78, 59–66. https://doi.org/10.1016/J.ADDBEH.2017.11.006
- Ministerio de Sanidad, C. y B. S. (n.d.). Los sistemas sanitarios en los países de la Unión Europea. Características e indicadores de salud 2019. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/presentacion_es.pdf
- Miquel, L., Rehm, J., Shield, K. D., Vela, E., Bustins, M., Segura, L., Colom, J., Anderson, P. y Gual, A. (2018). Alcohol, tobacco and health care costs: A population-wide cohort study (n = 606 947 patients) of current drinkers based on medical and administrative health records from Catalonia. *European Journal of Public Health*, 28(4), 674–680. https://doi.org/10.1093/EURPUB/CKX236
- Nunes, E. V., Kunz, K., Galanter, M. y O'Connor, P. G. (2020). Addiction psychiatry and addiction medicine: The evolution of addiction physician specialists. *The American Journal on Addictions*, 29(5), 390–400. https://doi.org/10.1111/AJAD.13068



ADICCIONES 2024 ■ VOL. 36 ■ N. 3 ■ PÁGS. 247-256 www.adicciones.es



ORIGINAL

Uso Problemático de Internet en adolescentes: Validación en español de la Escala de Uso Compulsivo de Internet (CIUS)

Problematic Internet Use among adolescents: Spanish validation of the Compulsive Internet Use Scale (CIUS)

Javier Ortuño-Sierra*,**, Julia Pérez-Sáenz*,**, Oliver Mason***, Alicia Pérez de Albéniz*,**, Eduardo Fonseca-Pedrero*,**.

- * Departamento de Ciencias de la Educación, Universidad de La Rioja, España.
- ** Programa Riojano de Investigación en Salud Mental (PRISMA), España.
- *** Universidad de Surrey, Guildford, Inglaterra.

Resumen

La Escala de Uso Compulsivo de Internet (Compulsive Internet Use Scale, CIUS) es uno de los instrumentos más empleados a nivel internacional para evaluar el Uso Problemático de Internet (UPI). Sin embargo, no existen evidencias de validez y fiabilidad de las puntuaciones de la versión española en población adolescente. Por ello, el principal objetivo de este estudio fue analizar las propiedades psicométricas de las puntuaciones de la CIUS en una muestra representativa de adolescentes españoles. La muestra contó con 1.790 participantes (53,7% mujeres, edad media = 15,70 años, DT = 1,26). El análisis de la estructura interna del instrumento mostró unos índices de bondad de ajuste apropiados para el modelo unidimensional después de que se permitiera correlacionar la covarianza de errores de cinco ítems. Se encontró invarianza de medición fuerte para el modelo unidimensional en las variables de edad y género. El coeficiente Omega de McDonald para la puntuación total fue 0,91. Además, el UPI se asoció positivamente con diferentes indicadores de malestar y dificultades psicológicas y negativamente con el comportamiento prosocial, la autoestima y el sentido de pertenencia al centro educativo. Este estudio arroja evidencias de validez de la CIUS, y sugiere que puede ser una herramienta apropiada para medir el UPI en adolescentes de la población general.

Palabras clave: Uso Problemático de Internet, CIUS, propiedades psicométricas, invarianza de medición, adolescencia

Abstract

Problematic use of the Internet among adolescents has risen in the last decade. The Compulsive Internet Use Scale (CIUS) is one of the most frequently internationally-used tools developed to assess Problematic Internet Use (PIU). However, evidence concerning its validity and reliability in its Spanish version for the adolescent population is currently lacking. Thus, the main goal of the present study was to analyse the psychometric properties of CIUS scores in a large sample of Spanish adolescents. The sample consisted of 1,790 participants (53.7% female, mean age = 15.70 years old, SD = 1.26). The one-dimensional model displayed appropriate goodness of fit indices after error covariance of five items were allowed to correlate. Strong measurement invariance was found for the onedimensional model across age and gender. The McDonald's Omega coefficient for the total score was 0.91. Furthermore, PIU was positively associated with different indicators of poor wellbeing and psychological difficulties and negatively associated with prosocial behaviour, self-esteem and sense of belonging to the educational centre. The study provided evidence of validity for the CIUS, confirming its utility for screening PIU in non-clinical adolescents.

Keywords: Problematic Internet Use, CIUS, psychometric properties, measurement invariance, adolescence

■ Recibido: Febrero 2022; Aceptado: Abril 2022.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Eduardo Fonseca Pedrero. Universidad de La Rioja, Departamento de Ciencias de la Educación. C/ Luis de Ulloa, 2 (Edificio Vives), 26004, Logroño, España. Tel: (+34) 941 299 396. E-mail: eduardo.fonseca@unirioja.es

a adolescencia implica una amplia gama de cambios físicos, psicológicos y sociales (McGrath et al., 2016). Conlleva un período de vulnerabilidad por diferentes dificultades psicológicas y conductuales, entre ellas el llamado Uso Problemático de Internet (UPI) (Fonseca-Pedrero et al., 2021; Rial Boubeta, Golpe Ferreiro, Gómez Salgado y Barreiro Couto, 2015). El número de estudios centrados en ello está aumentando rápidamente (Moreno, Eickhoff, Zhao, Young y Cox, 2019). Estudios recientes revelan la relación entre las dificultades conductuales, emocionales y sociales, así como la externalización del comportamiento, el aburrimiento, la mala salud mental, los altos niveles de angustia y otros trastornos por uso de sustancias con el Uso Problemático de Internet (UPI) (Díaz-Aguado, Martín-Babarro y Falcón, 2018; Jorgenson, Hsiao y Yen, 2016; Sussman, Harper, Stahl y Weigle, 2018; Pedrero-Pérez et al., 2018). Además, un estudio reciente ha mostrado que el ciberacoso parece estar asociado tanto con el UPI como con comportamientos en línea como sextear, apostar y contactar con extraños (Feijóo, Foody, Norman, Pichel y Rial, 2021).

El UPI se define como un uso generalizado y compulsivo de Internet asociado con una pérdida de control y consecuencias negativas para el individuo (Caplan, 2002). La necesidad de contacto social y el refuerzo obtenido en línea genera un mayor deseo de permanecer dentro de una vida social virtual (Díaz-Aguado et al., 2018). Dado que las tecnologías de la información se utilizan con frecuencia para fines de aprendizaje, socialización y actividades profesionales, es crucial descubrir y prevenir los riesgos relacionados con su uso. Como resultado del grado de interferencia en la vida del individuo, la literatura utiliza diferentes términos que van desde adicción a Internet, uso patológico de Internet, dependencia de Internet, uso compulsivo de Internet o UPI (Christakis, 2010; Ferreiro, Folgar, Salgado y Boubeta, 2017; Kuss, Griffiths, Karila y Billieux, 2014). En consecuencia, resulta interesante definir este término, especialmente en lo relacionado a su medición/evaluación en varios contextos culturales y lingüísticos, para, entre otras cosas, realizar comparaciones a nivel internacional.

El UPI aún no ha sido reconocido por los sistemas de clasificación de diagnóstico, pero ha recibido una creciente atención en la investigación y en la práctica clínica. Está relacionado con una preocupación constante por Internet junto con un uso descontrolado y continuado de este, independientemente de sus consecuencias negativas (Caplan, 2010). La literatura incluida en esta revisión reveló algunas de las variables asociadas al UPI, tales como: trastornos del sueño y de la alimentación, déficit de habilidades sociales, estilo de vida sedentario, conflictos familiares y bajo rendimiento escolar (Ferreiro et al., 2017; Rial Boubeta et al., 2015; Vila, Carballo y Coloma-Carmona, 2018). Sin embargo, no está claro si debe considerarse como un trastorno mental o si solo es un reflejo de otra condición clínica

subvacente (Chamberlain, Ioannidis y Grant, 2018; Vink, Van Beijsterveldt, Huppertz, Bartels y Boomsma, 2016). El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) y la CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 2018) no lo incluyen. En los últimos años, las tasas de prevalencia internacional y nacional de UPI son altas y particularmente preocupantes entre adolescentes (Díaz-Aguado et al., 2018; Rial Boubeta et al., 2015). Por ejemplo, un estudio transversal de adolescentes entre 14 y 17 años realizado en siete países europeos encontró una gran variación entre países, desde el 7,9% en Islandia hasta el 22,8% en España (Tsitsika et al., 2014). Durkee et al. (2012) encontraron que hasta un 4,4% de los adolescentes de 11 países europeos eran usuarios patológicos de Internet y un 13,5% usuarios inadaptados. Estudios recientes sugieren que la cultura es una variable interesante de estudio (López-Fernández, 2015; Panova, Carbonell, Chamarro y Puerta-Cortés, 2021). Los estudios españoles muestran porcentajes variados de 26,6% (Rial Boubeta et al., 2015), 23,5% (Plan Nacional sobre Drogas -ESTUDES-, 2021), y 16,3% (Gómez, Rial, Braña, Golpe y Varela, 2017).

El creciente interés en su investigación ha llevado al desarrollo de numerosas escalas. Laconi, Rodgers y Chabrol (2014) enumeran más de 45 cuestionarios disponibles para medir este constructo. Entre las diferentes herramientas, la Escala de Uso Compulsivo de Internet (CIUS) (Meerkerk, Van Den Eijnden, Vermulst y Garretsen, 2009) es uno de los instrumentos más frecuentemente adaptados internacionalmente para la investigación y la práctica. Se encontró que la CIUS tiene propiedades psicométricas adecuadas en diferentes poblaciones y contextos. Además de su calidad psicométrica, la CIUS tiene otras ventajas importantes, ya que es un cuestionario corto de 14 ítems a los que se responde en una escala tipo Likert de 5 puntos, sencillo de contestar y entender (López-Fernández et al., 2019; Sarmiento, Zych, Herrera-López, Delgado Sánchez y Oksanen, 2020). Los ítems surgieron de los criterios diagnósticos enumerados para dependencia de sustancias y ludopatía en el DSM-IV-R (American Psychiatric Association, 2002), adicciones conductuales (Griffiths, 1999; Meerkerk et al., 2009) y trastorno obsesivo-compulsivo (López-Fernández et al., 2019). Varios estudios han analizado la fiabilidad de las puntuaciones y obtenido evidencias de validez (Alavi, Jannatifard, Maracy, Alaghemandan y Setare, 2014; Khazaal et al., 2012; López-Fernández et al., 2019; Van den Eijnden, Spijkerman, Vermulst, van Rooij y Engels, 2010). Por ejemplo, López-Fernández et al. (2019) informaron sobre sus propiedades psicométricas en ocho idiomas (2019). Khazaal et al. (2012) indicaron que la solución de un factor tenía un buen ajuste a los datos. Además, Meerkerk et al. (2009) revelaron la invariancia de medición (IM) del instrumento en función de la variable género. Cabe señalar que Meerkerk et al. (2009) revelaron una estructura unidimensional tras correlacionar las

varianzas de error de diferentes ítems. Mostró excelentes propiedades psicométricas en adaptaciones y validaciones en varios idiomas y países, incluyendo francés (Khazaal et al., 2012), portugués (Sales, Silva, Lopes y Silva, 2018), alemán (Wartberg, Petersen, Kammerl, Rosenkranz y Thomasius, 2014), japonés (Yong, Inoue y Kawakami, 2017) y chino (Dhir, Chen y Nieminen, 2015).

En este contexto de investigación, el objetivo principal de este artículo fue analizar las propiedades psicométricas de la versión en español de la CIUS en una muestra representativa de adolescentes. Por tanto, los objetivos específicos fueron a) estimar la prevalencia de UPI; b) analizar la estructura interna de la CIUS; c) estimar la fiabilidad de las puntuaciones en la CIUS; d) estudiar la IM de la CIUS en función de género y edad; y e) analizar la relación entre el UPI y otros indicadores de salud mental, bienestar y ajuste socioemocional.

Método

Participantes

En el año 2019 se realizó un muestreo aleatorio estratificado por conglomerados, con el aula como unidad de muestreo, de una población de 15.000 alumnos de la comunidad autónoma de La Rioja (norte de España). Las capas se establecieron en función de la zona geográfica y la etapa educativa.

Una muestra inicial estuvo compuesta por 1.972 estudiantes. Fueron eliminados aquellos alumnos con una puntuación alta en la Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta-revisada (Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez, Paino, Villazón-García y Muñiz, 2009; Fonseca-Pedrero, Pérez-Albéniz, Díez-Gómez, Ortuño-Sierra y Lucas-Molina, 2019) (dos o más puntos) (n = 146) o una edad mayor a 19 años (n = 36). Así, la muestra final quedó compuesta por 1.790 estudiantes, 816 hombres (45,6%), 961 mujeres (53,7%) y 13 (0,7%) con diversidad de género. La edad media fue de 15,70 años (DT = 1,26).

Instrumentos

La Escala de Uso Compulsivo de Internet (CIUS) (Meerkerk et al., 2009). La CIUS tiene 14 ítems en una escala Likert de cinco puntos. Abarca cinco dimensiones: pérdida de control (ítems 1, 2, 5 y 9), preocupación (ítems 4, 6 y 7), síntomas de abstinencia (ítem 14), afrontamiento o modificación del estado de ánimo (ítems 12 y 13) y conflicto (ítems 3, 8, 10 y 11). En este estudio administramos la versión en español utilizada en ESTUDES (2021).

La Escala para la evaluación de la conducta suicida en adolescentes (SENTIA) (Díez-Gómez, Ortuño-Sierra, Pérez de Álbeniz y Fonseca-Pedrero, 2020). La escala SENTIA es un instrumento de autoinforme desarrollado para detectar conductas suicidas en adolescentes. La versión ampliada está compuesta de 16 ítems en formato dicotómico (sí/ no). Estudios previos han mostrado que las puntuaciones en SENTIA tienen propiedades psicométricas adecuadas (Díez-Gómez et al., 2020).

El Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ), versión autoinformada (Goodman, 1997). El SDQ está compuesto por un total de 25 afirmaciones distribuidas en cinco subescalas (problemas emocionales, problemas conductuales, problemas con los compañeros, hiperactividad y capacidades prosociales). Tiene un formato de respuesta tipo Likert de tres puntos. El presente estudio utilizó la versión en español traducida y validada del SDQ (Ortuño-Sierra, Chocarro, Fonseca-Pedrero, Riba y Muñiz, 2015).

La Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) (Rosenberg, 1965). Este instrumento es una escala unidimensional que mide la autoestima. La escala tiene 10 ítems que utilizan una escala Likert de cuatro puntos. El presente estudio utilizó la versión en español, que tiene propiedades psicométricas adecuadas (Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo, 2007).

La versión abreviada de la Escala de depresión para adolescentes de Reynolds (RADS-SF) (Reynolds, 2002). La RADS-SF es una herramienta de autoinforme para la detección de síntomas depresivos en adolescentes. Tiene 10 ítems que utilizan una escala Likert de cuatro puntos. Se utilizó la versión en español del instrumento, adaptada y validada para adolescentes (Ortuño-Sierra et al., 2017).

El Cuestionario de Pródromos de Psicosis-Breve (PQ-B) (Loewy, Pearson, Vinogradov, Bearden y Cannon, 2011). El PQ-B consta de 21 ítems dicotómicos (verdadero/falso) y dos preguntas adicionales de respuesta en una escala de Likert que detectan el riesgo de psicosis. Estudios previos han mostrado propiedades psicométricas adecuadas del instrumento (Fonseca-Pedrero, Gooding, Ortuño-Sierra y Paino, 2016).

Encuesta Maryland sobre el clima de escuelas seguras y solidarias (MDS3) (Bradshaw, Waasdorp, Debnam y Johnson, 2014). Esta medida multidimensional del ambiente escolar con 56 ítems de autoinforme fue desarrollada por el Centro Johns Hopkins para la Prevención de la Violencia Juvenil, y mide la seguridad, la participación y el clima escolares. Para el presente estudio, elegimos 14 ítems que utilizan escalas de Likert de cuatro puntos como se utilizó anteriormente en un contexto de idioma español (Díez-Gómez et al., 2020).

La Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta-Revisada (INF-OV-R) (Fonseca-Pedrero et al., 2009; Fonseca-Pedrero et al., 2019). Esta escala tiene como objetivo detectar respuestas pseudoaleatorias o deshonestas utilizando 10 items en una escala Likert de cinco puntos. Los estudiantes con dos o más respuestas incorrectas en la escala INF-OV-R fueron eliminados de la muestra.

Procedimiento

El presente estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de La Rioja. Todos los investigadores siguieron un protocolo durante el estudio con el objetivo de estandarizar el proceso de administración. Los cuestionarios se rellenaron en ordenadores y en grupos de 10 a 30 estudiantes. Se informó a los participantes sobre el carácter voluntario del estudio. Se obtuvo el consentimiento informado de padres, madres o tutores legales.

Análisis de datos

Primero, calculamos los estadísticos descriptivos y la distribución porcentual de los ítems de la CIUS. Segundo, con el objetivo de recopilar evidencias sobre la estructura interna de las puntuaciones del cuestionario, realizamos dos análisis factoriales confirmatorios (AFC) diferentes según los modelos propuestos por Meerkerk et al. (2009) y las pautas proporcionadas por Ferrando, Lorenzo-Seva, Hernández-Dorado y Muñiz (2022). Los parámetros se obtuvieron del estimador de cuasiverosimilitud de Muthén (Muthén y Muthén, 1998). Después, para probar la IM, realizamos

unos AFC multigrupo sucesivos. Se utilizó la parametrización Delta (Muthén y Muthén, 1998). En cuarto lugar, analizamos la consistencia interna de las puntuaciones. Con este fin, calculamos el Omega de McDonald. Cómo último paso, se recogieron evidencias de validez de la CIUS con variables externas. Utilizamos SPSS 17.0 (IBM Analytics, 2016) y JASP Team (2019) para el análisis de datos.

Resultados

Estadísticos descriptivos y tasas de prevalencia

La Tabla 1 muestra las estadísticas descriptivas de la CIUS para la muestra final. Además, la Tabla 1 incluye los porcentajes de las diferentes opciones de respuesta para la CIUS.

 Tabla 1

 Prevalencia y estadísticos descriptivos de la Escala de Uso Compulsivo de Internet (CIUS) para la muestra total

	Prevalencia (%)						Estadístico	s descriptivas	
Ítem	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Muy a menudo	Media	DT	Asimetría	Curtosis
1	9,6	32,3	34,9	17,8	5,4	1,77	1,02	0,24	-0,45
2	28,2	29,7	25,3	12,2	4,6	1,35	1,15	0,51	-0,59
3	15	26,4	31	18,4	9,2	1,81	1,17	0,17	-0,78
4	30,4	39,8	21,1	6,6	2	1,10	0,98	0,75	0,18
5	24,7	32,2	24,6	12,9	5,6	1,42	1,16	0,50	-0,57
6	33,5	41,1	17,4	7,2	0,9	1,01	0,94	0,77	0,07
7	11,2	33,1	37,9	14,5	3,2	1,66	0,97	0,21	-0,29
8	11,5	25,8	34,5	19,9	8,3	1,88	1,11	0,10	-0,65
9	32,9	34,9	23	6,5	2,7	1,11	1,02	0,74	0,04
10	28	34,7	24,2	9,9	3,2	1,26	1,07	0,60	-0,30
11	33,2	35,2	20,7	8,2	2,6	1,12	1,05	0,75	-0,07
12	14,5	22,9	29,4	23,1	10,1	1,91	1,20	0,01	-0,90
13	21,8	25,1	24,5	19,8	8,9	1,69	1,26	0,21	-1,01
14	43,1	35,8	14,6	4,4	2,1	0,87	0,96	1,14	1,02

Evidencia de validez basada en la estructura interna de la CIUS

Probamos un modelo unidimensional en el AFC. Como muestra la Tabla 3, el índice de bondad de ajuste fue bajo con valores de CFI y RMSEA por debajo de ,90 y por encima de ,10, respectivamente. Después examinamos el modelo propuesto por Meerkerk et al. (2009), permitiendo las varianzas de error de los ítems 1 y 2, 6 y 7, 8 y 9, 10 y 11, y 12 y 13. Como muestra la Tabla 3, la inclusión de esta correlación de error mostró unos índices de bondad de ajuste adecuados, con valores de CFI superiores a ,90 y valores RMSEA en torno a ,08.

Invariancia de medición de las puntuaciones de la CIUS en función de género y edad

Con el objetivo de examinar la IM por edades, se dividió la muestra en dos subgrupos (14-16 años y 17-18 años), según las etapas del sistema educativo español (obligatoria/postobligatoria). Se confirmó la invarianza de medición fuerte para género y edad (ver la Tabla 2).

Estimación de la fiabilidad de las puntuaciones de la CIUS

El coeficiente Omega de McDonald para la puntuación total de la CIUS fue de 0,91. Todos los índices de discriminación estaban por encima de ,30.

Evidencia de validez basada en relaciones con otras variables: relación del UPI con indicadores de bienestar y salud mental

Estudiamos la correlación entre las puntuaciones de la CIUS y los diferentes indicadores de ajuste socioemocional. Los resultados se muestran en la Tabla 4. Las puntuaciones en la CIUS se asociaron positivamente con conducta suicida, síntomas depresivos, problemas emocionales y conductuales y experiencias de tipo psicótico. Además, las puntuaciones de la CIUS se correlacionaron negativamente con autoestima, conducta prosocial y sentido de pertenencia al centro educativo.

Tabla 2 Índices de bondad de ajuste para los modelos hipotéticos probados e invariancia de medición entre género y edad

					RMSEA (IC 90%)			,	
Modelo	χ^2	gl	CFI	TLI		SRMR	AIC	BIC	ΔCFI
1 factor	2309,348	77	,774	,733	,012 (,123-,132)	,066	66932,549	67163,128	
1 factor + CE	662,264	72	,94	,925	,068 (,063-,072)	,039	65295,465	65553,494	
Invarianza de medición									
Género									
Hombre (<i>n</i> = 816)	1344,970	72	,932	,914	,068 (,061-,075)	,043	29862,363	30083,471	
Mujer (<i>n</i> = 961)	401,333	72	,944	,929	,069 (,062-,075)	,039	35312,734	35542,16	
Invarianza configural	746,303	144	,939	,923	,068 (,064-,073)	,041	65175,097	65691,154	
Invarianza métrica	772,991	158	,937	,928	,066 (,061-,071)	,05	65173,786	65612,984	-,01
Invarianza de escala	924,159	171	,923	,918	,070 (,066-,075)	,056	65298,953	65666,781	-,01
Edad									
14-15 años (<i>n</i> = 883)	662,264	72	,94	,925	,068 (,063-,072)	,042	65267,465	65448,634	
16-18 años (<i>n</i> = 907)	417,823	72	,928	,901	,073 (,066-,080)	,047	33267,809	33426,543	
Invarianza configural	736,278	144	,94	,924	,068 (,063-,071)	,041	65303,878	65819,935	
Invarianza métrica	751,801	158	,94	,931	,065 (,060-,069)	,045	65291,401	65730,444	-,01
Invarianza de escala	800,768	171	,936	,932	,064 (,060-,069)	,047	65314,368	65682,196	-,01

Nota. χ^2 = Chi cuadrado; gI = grados de libertad; CFI = índice de ajuste comparativo; TLI = índice de Tucker-Lewis; RMSEA = Error cuadrático medio de aproximación; IC = Intervalo de Confianza; SRMR = Residual cuadrático medio estandarizado; AIC = Criterio de Información de Akaike; BIC = Criterio de Información Bayesiano; ΔCFI = diferencia en el índice de ajuste comparativo.

Tabla 3
Cargas factoriales para el modelo unidimensional con cinco errores correlacionados

	Cargas factoriales	SE	IC :	95%
Ítem			Inferior	Superior
1	0,666	0,023	0,621	0,711
2	0,752	0,026	0,701	0,802
3	0,682	0,027	0,629	0,735
4	0,511	0,023	0,466	0,556
5	0,649	0,027	0,596	0,701
6	0,543	0,022	0,501	0,586
7	0,615	0,022	0,572	0,658
8	0,588	0,026	0,536	0,639
9	0,671	0,023	0,625	0,716
10	0,686	0,024	0,638	0,733
11	0,659	0,024	0,613	0,706
12	0,635	0,028	0,580	0,690
13	0,658	0,030	0,600	0,716
14	0,614	0,022	0,571	0,656

Nota. SE = Error estándar; IC = Intervalo de confianza.

Discusión

El Uso Problemático de Internet (UPI) ha recibido una creciente atención en los últimos años. Investigaciones recientes han encontrado que el uso de Internet casi se ha duplicado en la última década entre la población infanto-juvenil en diferentes países europeos (Smahel et al., 2020). Además, la adolescencia es una etapa crítica del desarrollo en la que pueden surgir diferentes dificultades psicológicas que incluso pueden empeorar en la edad adulta (Fonseca-Pedreto et al., 2021; McGrath et al., 2016). Por ello, la detección del UPI es muy relevante en este momento del desarrollo.

Los resultados de este estudio revelan tasas moderadas de prevalencia de UPI en los adolescentes. Los y las adolescentes indicaron uso compulsivo de internet *con frecuencia* y *con mucha frecuencia* en varios ítems de la CIUS. Estudios previos revelaron datos similares entre adolescentes españoles. Por ejemplo, el estudio de prevalencia a nivel nacional mostró porcentajes de aproximadamente el 23,5% (ESTUDES, 2021). Asimismo, el estudio de Gómez et al. (2017) encontró un porcentaje de 16,3% para UPI. Las tasas de prevalencia en los estudios internacionales son similares. Por ejemplo, el estudio transversal realizado por Tsitsika et al. (2014) en siete países europeos reveló tasas de prevalencia entre el 7,9% y el 22,8%.

En términos de estructura factorial, los resultados del AFC mostraron una estructura básicamente unidimensional para la CIUS. De forma similar a nuestros resul-

Tabla 4

Matriz de correlación de Pearson entre las puntuaciones en la Escala de Uso Compulsivo de Internet (CIUS) y diferentes indicadores de bienestar y salud mental

Bienestar y variables de salud mental	CIUS
Escala para la evaluación de la conducta suicida en adolescentes (SENTIA)	0,301*
Experiencias de tipo psicótico (PQ-B)	0,330*
Síntomas depresivos (RADS-SF)	0,396*
Problemas emocionales (SDQ)	0,340*
Problemas conductuales (SDQ)	0,231*
Problemas con compañeros (SDQ)	0,158*
Hiperactividad (SDQ)	0,251*
Conducta prosocial (SDQ)	-0,127*
Autoestima (RSE)	-0,353*
Sentido de pertenencia (MDS3)	-0,170*
·	·

Nota. p < .01 SENTIA = Escala para la evaluación de la conducta suicida en adolescentes; PQ-B = Cuestionario de pródromos de psicosis-breve; RADS-SF = Escala de depresión para adolescentes de Reynolds-breve; SDQ = Cuestionario de capacidades y dificultades; RSE = Escala de autoestima de Rosenberg; MDS3 = Encuesta Maryland sobre el clima de escuelas seguras y solidarias.

tados, investigaciones previas han revelado una estructura unidimensional tanto en adultos (Khazaal et al., 2012; López-Fernández et al., 2019; Meerkerk et al., 2009; Yong et al., 2017) como en adolescentes (Dhir et al., 2015; Mak et al., 2014). Por ejemplo, el estudio de López-Fernández et al. (2019) indicó que la CIUS era básicamente unidimensional en ocho idiomas. No obstante, es importante destacar que la estructura unidimensional reveló índices de bondad de ajuste deficientes y solo se alcanzó un ajuste adecuado después de permitir que se correlacionaran los términos erróneos de diferentes ítems.

Este estudio aportó evidencia de IM por género y edad, lo que sugiere una equivalencia factorial para estas variables. Estos resultados son similares a otros estudios que han encontrado una equivalencia factorial total de la CIUS en diferentes grupos, incluidos género o uso de Internet (Meerkerk et al., 2009). El análisis de la IM por edad y género proporciona evidencia esencial de validez de constructo para las puntuaciones en la CIUS en una etapa de desarrollo, como la adolescencia, durante la cual ocurren cambios biopsicológicos relevantes, diferentes para chicos y chicas.

Atendiendo a la evidencia de relación con otras variables, los resultados hallados revelan que las puntuaciones en la CIUS tenían una asociación estadísticamente significativa con diferentes indicadores de salud mental, incluyendo experiencias de tipo psicótico, síntomas depresivos y conducta suicida (correlación negativa). Además, se

encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre la CIUS y los indicadores de bienestar, tales como dificultades emocionales, problemas conductuales y conducta prosocial. Se encontró una correlación negativa entre las puntuaciones de la CIUS y autoestima y sentido de pertenencia. Esto puede ser indicativo de su papel como factores protectores (Mei, Yau, Chai, Guo y Potenza, 2016). Estudios previos también han mostrado la relación entre el UPI y los síntomas depresivos e insomnio (Jain et al., 2020), ansiedad (Lee y Stapinski, 2012), dificultades emocionales (Gao et al., 2020), trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Cakmak y Gul, 2018), abuso de sustancias y conducta suicida (Bousoño Serrano et al., 2017). Teniendo en cuenta la especial relevancia de esta etapa de desarrollo, los resultados son de particular interés. Las estrategias de prevención deben centrarse en detectar el UPI en adolescentes, ya que es una variable relacionada con diferentes dificultades psicológicas que merman su bienestar. En este sentido, la evidencia encontrada en este trabajo también puede tener implicaciones relevantes, por ejemplo, en el ámbito clínico. En general, se puede afirmar que los tratamientos psicológicos han mostrado ser eficientes y efectivos para una amplia gama de trastornos psicológicos en una variedad de contextos (Fonseca-Pedrero et al., 2021). Teniendo en cuenta que el UPI está aumentando en la adolescencia, y el hecho de que las puntuaciones en la CIUS tienen una correlación estadísticamente significativa con medidas de depresión, ideación suicida o experiencias de tipo psicótico, detectar el UPI podría ser relevante con fines clínicos.

El presente estudio tiene algunas limitaciones. Primero, hay problemas inherentes a cualquier investigación basada en cuestionarios. Así, trabajos futuros pueden beneficiarse del uso de datos experimentales de otros niveles de análisis (neuroimagen, neurocognición, etc.). Segundo, la naturaleza transversal del estudio impide establecer correlaciones causa-efecto, un aspecto que futuros estudios longitudinales podrían analizar. Por último, dadas las peculiaridades y la diversidad del país, estudios futuros deberían examinar las propiedades psicométricas del instrumento en otras regiones y áreas geográficas.

A pesar de estas limitaciones, los resultados de este estudio tienen implicaciones claras para el uso de la CIUS en adolescentes. Estudios previos han confirmado la adecuación psicométrica de la CIUS en otros idiomas y países. No obstante, este estudio aporta evidencias de fiabilidad y validez de la CIUS en su versión en español y en población adolescente. Además, investigaciones futuras deberían continuar recopilando nuevas evidencias de validez de la CIUS para su uso con adolescentes. La detección de problemas como el abuso de Internet en una etapa de desarrollo crítica como la adolescencia podría proporcionar información relevante para prevenir un problema que está alcanzando altos niveles de gravedad.

Reconocimientos

Esta investigación ha sido financiada por la Convocatoria 2015 de Ayudas Fundación BBVA a Investigadores y Creadores Culturales, las Ayudas Fundación BBVA a Equipos de Investigación Científica 2017, la Beca Leonardo a Investigadores y Creadores Culturales 2020 de la Fundación BBVA, la financiación del Ministerio de Universidades para estancias de movilidad de profesores e investigadores en centros extranjeros de enseñanza superior e investigación, y cofinanciado con Fondos FEDER en el PO FEDER de La Rioja 2014-2020 (SRS 6FRSABC026).

Conflicto de intereses

Los autores declaran inexistencia de conflicto de interés.

Referencias

Alavi, S. S., Jannatifard, F., Maracy, M. R., Alaghemandan, H. y Setare, M. (2014). Comparison of national and personal identity between person with internet addiction disorder and normal internet users. *Journal of Education and Health Promotion*, 3, 52-58. doi:10.4103/2277-9531.131926.

American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth edition)*. Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth edition)*. Washington: American Psychiatric Association.

Bousoño Serrano, M., Al-Halabi, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz-Mesa, M. E., Galván, G.,... Bobes, J. (2017).
Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes. *Adicciones*, 29, 97–104.

Bradshaw, C. P., Waasdorp, T. E., Debnam, K. J. y Johnson, S. L. (2014). Measuring school climate in high schools: A focus on safety, engagement, and the environment. *Journal of School Health*, 84, 593–604. doi:10.1111/josh.12186.

Cakmak, F. H. y Gul, H. (2018). Factors associated with problematic internet use among children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Northern clinics of Istanbul*, *5*, 302–313. doi:10.14744/nci.2017.92668.

Caplan, S. E. (2002). Problematic Internet use and psychosocial well-being: Development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. *Computers in Human Behavior*, 18, 553–575. doi:10.1016/S0747-5632(02)00004-3.

Caplan, S. E. (2010). Theory and measurement of generalized problematic internet use: A two-step approach. *Computers in Human Behavior, 26,* 1089-1097. doi:10.1016/j. chb.2010.03.012.

- Chamberlain, S. R., Ioannidis, K. y Grant, J. E. (2018). The impact of comorbid impulsive/compulsive disorders in problematic Internet use. *Journal of Behavioral Addictions*, 7, 269–275. doi:10.1556/2006.7.2018.30.
- Christakis, D. A. (2010). Internet addiction: A 21st century epidemic? *BMC Medicine*, 8, 61. doi:10.1186/1741-7015-8-61.
- Dhir, A., Chen, S. y Nieminen, M. (2015). Psychometric validation of the Chinese Compulsive Internet Use Scale (CIUS) with Taiwanese high school adolescents. *Psychiatric Quarterly*, *86*, 581–596. doi:10.1007/s11126-015-9351-9.
- Díaz-Aguado, M. J., Martín-Babarro, J. y Falcón, L. (2018). Problematic internet use, maladaptive future time perspective and school context. *Psicothema*, *30*, 195–200. doi:10.7334/psicothema2017.282.
- Díez-Gómez, A., Ortuño-Sierra, J., Pérez de Álbeniz, A. y Fonseca-Pedrero, E. (2020). SENTIA: Escala para la evaluación de la conducta suicida en adolescentes. *Psicothema*, 32, 382–389. doi:10.7334/psicothema2020.27.
- Durkee, T., Kaess, M., Carli, V., Parzer, P., Wasserman, C., Floderus, B.,... Wasserman, D. (2012). Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: Demographic and social factors. *Addiction*, 107, 2210–2222. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.03946.x.
- Feijóo, S., Foody, M., Norman, J. O., Pichel, R. y Rial, A. (2021). Cyberbullies, the cyberbullied, and problematic internet use: Some reasonable similarities. *Psicothema*, 33, 198–205. doi:10.7334/psicothema2020.209.
- Ferrando, P. J., Lorenzo-Seva, U., Hernández-Dorado, A. y Muñiz, J. (2022). Decalogue for the factor analysis of test items. *Psicothema*, 34, 7–17. doi:10.7334/psicothema2021.456.
- Ferreiro, S. G., Folgar, M. I., Salgado, P. G. y Boubeta, A. R. (2017). Problematic Internet use and adolescents: Sport does matter. *Retos*, *31*, 52–57.
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Villazón-García, U. y Muñiz, J. (2009). Validation of the Schizotypal Personality Questionnaire Brief form in adolescents. *Schizophrenia Research*, 111, 53–60. doi:10.1016/j. schres.2009.03.006.
- Fonseca-Pedrero, E., Gooding, D. C., Ortuño-Sierra, J. y Paino, M. (2016). Assessing self-reported clinical high risk symptoms in community-derived adolescents: A psychometric evaluation of the Prodromal Questionnaire-Brief. *Comprehensive Psychiatry*, 66, 201–208. doi:10.1016/j.comppsych.2016.01.013.
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Albéniz, A., Díez-Gómez, A., Ortuño-Sierra, J. y Lucas-Molina, B. (2019). Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta-Revisada. Documento no publicado. Universidad de La Rioja.
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., López-Navarro, E. R., Muñiz, J.,... Monto-ya-Castilla, I. (2021). Empirically supported psycholo-

- gical treatments for children and adolescents: State of the art. *Psicothema*, 33, 386–398. doi:10.7334/psicothema2021.56.
- Gao, T., Li, M., Hu, Y., Qin, Z., Cao, R., Mei, S. y Meng, X. (2020). When adolescents face both Internet addiction and mood symptoms: A cross-sectional study of comorbidity and its predictors. *Psychiatry Research*, 284, 112795. doi:10.1016/j.psychres.2020.112795.
- Gómez, P., Rial, A., Braña, T., Golpe, S. y Varela, J. (2017). Screening of problematic Internet use among Spanish adolescents: Prevalence and related variables. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 20, 259–267. doi:10.1089/cyber.2016.0262.
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficuties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38*, 581–586. doi:10.1111/j.1469-7610.1997. tb01545.x.
- Griffiths, M. D. (1999). Internet addiction: Fact or fiction? *Psychologist*, 12, 46–50.
- IBM. (2016). IBM SPSS Advanced Statistics 24. Ibm.
- Jain, A., Sharma, R., Gaur, K., Yadav, N., Sharma, P., Sharma, N.,... Yadav, K. (2020). Study of internet addiction and its association with depression and insomnia in university students. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9, 1700. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_1178_19.
- JASP Team. (2019). JASP (Version 0.11.1.0). [Computer Software].
- Jorgenson, A. G., Hsiao, R. C. y Yen, C. F. (2016). Internet addiction and other behavioral addictions. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 25, 509–520. doi:10.1016/j.chc.2016.03.004.
- Khazaal, Y., Chatton, A., Horn, A., Achab, S., Thorens, G., Zullino, D. y Billieux, J. (2012). French validation of the compulsive internet use scale (CIUS). *Psychiatric Quarterly*, 83, 397–405. doi:10.1007/s11126-012-9210-x.
- Kuss, D., Griffiths, M., Karila, L. y Billieux, J. (2014). Internet addiction: A systematic review of epidemiological research for the last decade. *Current Pharmaceutical Design*, 20, 4026–4052. doi:10.2174/13816128113199990617.
- Laconi, S., Rodgers, R. F. y Chabrol, H. (2014). The measurement of Internet addiction: A critical review of existing scales and their psychometric properties. *Computers in Human Behavior*, 41,190–202. doi:10.1016/j.chb.2014.09.026.
- Lee, B. W. y Stapinski, L. A. (2012). Seeking safety on the internet: Relationship between social anxiety and problematic internet use. *Journal of anxiety disorders*, 26, 197–205. doi:10.1016/j.janxdis.2011.11.001.
- Loewy, R. L., Pearson, R., Vinogradov, S., Bearden, C. E. y Cannon, T. D. (2011). Psychosis risk screening with the Prodromal Questionnaire-Brief version (PQ-B). *Schizophrenia Research*, 129, 42-46. doi:10.1016/j.schres.2011.03.029.
- López-Fernández, O. (2015). Cross-cultural research on Internet addiction: A systematic review. *Interna-*

- tional Archives of Addiction Research and Medicine, 1, 2–6. doi:10.23937/2474-3631/1510011.
- López-Fernández, O., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Dawes, C., Pontes, H. M., Justice, L.,... Billieux, J. (2019). Cross-cultural validation of the Compulsive Internet Use Scale in four forms and eight languages. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 22, 451–464. doi:10.1089/cyber.2018.0731.
- Mak, K. K., Lai, C. M., Ko, C. H., Chou, C., Kim, D. I., Watanabe, H. y Ho, R. C. (2014). Psychometric properties of the Revised Chen Internet Addiction Scale (CIAS-R) in Chinese adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 1237–1245. doi:10.1007/s10802-014-9851-3.
- Martín-Albo, J., Núñez, J.L., Navarro, J.G. y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and validation in University students. *Spanish Journal of Psychology*, 10, 458-467. doi:10.1017/s1138741600006727.
- McGrath, J. J., Saha, S., Al-Hamzawi, A. O., Alonso, J., Andrade, L., Borges, G.,... Kessler, R. C. (2016). Age of onset and lifetime projected risk of psychotic experiences: Cross-national data from the world mental health survey. *Schizophrenia Bulletin*, 42, 933–941. doi:10.1093/schbul/sbw011.
- Meerkerk, G. J., Van Den Eijnden, R. J. J. M., Vermulst, A. A. y Garretsen, H. F. L. (2009). The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): Some psychometric properties. *Cyberpsychology and Behavior*, 12, 1–6. doi:10.1089/cpb.2008.0181.
- Mei, S., Yau, Y. H., Chai, J., Guo, J. y Potenza, M. N. (2016). Problematic Internet use, well-being, self-esteem and self-control: Data from a high-school survey in China. *Addictive Behaviors*, 61, 74–79. doi:10.1016/j. addbeh.2016.05.009.
- Moreno, M. A., Eickhoff, J., Zhao, Q., Young, H. N. y Cox, E. D. (2019). Problematic Internet Use: A longitudinal study evaluating prevalence and predictors. *The Journal of Pediatrics: X, I,* 100006. doi:10.1016/j.ymp-dx.2019.100006.
- Muthén, L. K. y Muthén, B. O. (1998). Statistical Analysis With Latent Variables User's Guide. www.StatModel.com.
- Organización Mundial de la Salud (World Health Organization). (2018). ICD-11 Mortality and Morbidity Statistics. https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F1448597234.
- Ortuño-Sierra, J., Aritio-Solana, R., Inchausti, F., De Luis, E. C., Molina, B. L., De Albéniz, A. P. y Fonseca-Pedrero, E. (2017). Screening for depressive symptoms in adolescents at school: New validity evidences on the short form of the reynolds depression scale. *PLoS ONE*, 12, e0170950. doi:10.1371/journal.pone.0170950.

- Ortuño-Sierra, J., Chocarro, E., Fonseca-Pedrero, E., Riba, S. S. I. y Muñiz, J. (2015). The assessment of emotional and Behavioural problems: Internal structure of The Strengths and Difficulties Questionnaire. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15, 265–273. doi:10.1016/J.IJCHP.2015.05.005.
- Panova, T., Carbonell, X., Chamarro, A. y Puerta-Cortés, D. X. (2021). La investigación del Internet Addiction Test desde una perspectiva intercultural: España, Estados Unidos y Colombia. *Adicciones*, 33, 307–318. doi:10.20882/adicciones.1345.
- Pedrero-Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez De León, J. M., Rojo-Mota, G., Llanero-Luque, M., Pedrero-Aguilar, J., Morales-Alonso, S. y Puerta-García, C. (2018). Information and Communications Technologies (ICT): Problematic use of internet, video games, mobile phones, instant messaging and social networks using MULTI-CAGE-TIC. Adicciones, 30, 19–32. doi:10.20882/adicciones.806.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2021). ESTUDES 2021. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España, 1994-2021. Madrid: Ministerio de Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2021_Informe_de_Resultados.pdf.
- Reynolds, W. M. (2002). Reynolds Adolescent Depression Scale
 2nd Edition. Professional manual. Odessa: Psychological
 Assessment Resources, Inc.
- Rial Boubeta, A., Golpe Ferreiro, S., Gómez Salgado, P. y Barreiro Couto, C. (2015). Variables asociadas al uso problemático de Internet entre adolescentes. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 15, 25–38. doi:10.21134/haaj. v15i1.223.
- Rosenberg, M. (1965). Society and adolescent sel- image. Princenton: University Press.
- Sales, H. F. S., Silva, F. M. de S. M. da., Lopes, B. de J. y Silva, C. F. de L. S, da. (2018). Adaptação da escala de uso compulsivo de Internet para avaliar dependência de smartphone. Avances en Psicología Latinoamericana, 36, 155-166. doi:10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4649.
- Sarmiento, A., Zych, I., Herrera-López, M., Delgado Sánchez, U. y Oksanen, A. (2020). Psychometric properties of the Compulsive Internet Use Scale in Spain, Colombia, and Mexico. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 24, 108–116. doi:10.1089/cyber.2020.0046.
- Smahel, D., MacHackova, H., Mascheroni, G., Dedkova, L.,
 Staksrud, E., Olafsson, K., Livingstone, S. y Hasebrink,
 U. (2020). EU Kids Online 2020: Survey results from 19 countries.
 London School of Economics and Political Science.
- Sussman, C. J., Harper, J. M., Stahl, J. L. y Weigle, P. (2018). Internet and video game addictions: Diagnosis, epidemiology, and neurobiology. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 27, 307–326. doi:10.1016/j.chc.2017.11.015.

- Tsitsika, A., Janikian, M., Schoenmakers, T. M., Tzavela, E. C., Ólafsson, K., Wójcik, S.,... Richardson, C. (2014). Internet addictive behavior in adolescence: A cross-sectional study in seven European countries. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 17*, 528–535. doi:10.1089/cyber.2013.0382.
- Van den Eijnden, R. J., Spijkerman, R., Vermulst, A. A., van Rooij, T. J. y Engels, R. C. (2010). Compulsive internet use among adolescents: Bidirectional parent-child relationships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 77–89. doi:10.1007/s10802-009-9347-8.
- Vila, M. M., Carballo, J. L. y Coloma-Carmona, A. (2018). Rendimiento académico y cognitivo en el uso problemático de internet. *Adicciones*, 30, 101–110. doi:10.20882/adicciones.844.
- Vink, J. M., van Beijsterveldt, T. C., Huppertz, C., Bartels, M. y Boomsma, D. I. (2016). Heritability of compulsive Internet use in adolescents. *Addiction Biology, 21*, 460–468. doi:10.1111/adb.12218.
- Wartberg, L., Petersen, K. U., Kammerl, R., Rosenkranz, M. y Thomasius, R. (2014). Psychometric validation of a German version of the compulsive Internet use scale. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 17*, 99–103. doi:10.1089/cyber.2012.0689.
- Yong, R., Inoue, A. y Kawakami, N. (2017). The validity and psychometric properties of the Japanese version of the Compulsive Internet Use Scale (CIUS). BMC Psychiatry, 17, 201. doi:10.1186/s12888-017-1364-5.



ADICCIONES 2024 ■ VOL. 36 ■ N. 3 ■ PÁGS. 257-266 www.adicciones.es

ADICCIONES

2024 N.3

VOL. 36 N.3

ORIGINAL

Consumo de cannabis en población adulta en Galicia: Prevalencias y características asociadas

Cannabis use in adult population in Galicia: Prevalence and associated characteristics

Julia Rey-Brandariz*, María Isolina Santiago-Pérez**, Cristina Candal-Pedreira*, ***, Leonor Varela-Lema*, Alberto Ruano-Ravina*, ***, Cristina Martinez*****, *****, Sergio Veiga**, Miriam Otero**, Alberto Malvar**, Mónica Pérez-Ríos*, ***, ****.

- * Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.
- ** Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, A Coruña, España.
- *** Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS), Santiago de Compostela, A Coruña, España.
- **** Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España.
- ***** Unidad de Control del Tabaco, Programa de Prevención y Control del Cáncer, Institut Català d'Oncologia-ICO, Barcelona, España.
- ****** Department of Nursing Public Health, Maternal and Mental Health, School of Medicine and Health Sciences, Universitat de Barcelona, Barcelona, España.
- ******* Centro de Investigación Biomédica en Red Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Madrid, España.

Resumen

El cannabis es la droga ilegal más consumida en España con un consumo que se concentra principalmente en la adolescencia y primeros años de la edad adulta. Los objetivos de este estudio fueron estimar la prevalencia de consumo de cannabis, de trastorno por consumo de cannabis (CUD) y de consumo dependiente (CD) en la población gallega ≥16 años y caracterizar a los consumidores y a los consumidores dependientes. Los datos proceden de dos estudios transversales del Sistema de Información sobre Conductas de Riesgo realizados en 2017 (n = 7.841) y 2018 (n = 7.853). Se utilizó el test de adicción al cannabis (CAST) para identificar a los consumidores con CUD y/o CD. Se estimaron prevalencias y se ajustaron modelos de regresión para identificar variables asociadas al consumo y CD de cannabis. El 2,7% (IC 95%: 2,5-3,0) de la población gallega $\geq\!16$ años consumía cannabis en el momento de la encuesta (2017-2018), siendo esta prevalencia del 9% en el grupo de 16-24 años. La prevalencia disminuye con la edad y es superior en hombres en todos los grupos etarios. La prevalencia de CUD en los consumidores fue del 69,5% (IC 95% 61,1-78,1) y de CD del 49,2% (IC 95% 44,6 -53,9). Consumir tabaco es el mayor determinante para ser consumidor de cannabis [OR = 19,8 (IC 95% $^{\circ}$ 13,8-28,4)] y consumir diariamente cannabis para ser consumidor dependiente [OR = 5,5 (IC 95% 3,2-9,5)]. El consumo de cannabis entre la población gallega es bajo, aunque entre los jóvenes de 16-24 años, que son los que muestran más probabilidad de CD, la prevalencia es elevada. Las medidas de prevención deben dirigirse especialmente a la población más joven de 16 años para frenar su consumo y el desarrollo de consecuencias como el CUD y el CD.

Palabras clave: cannabis, trastorno por consumo de cannabis, dependencia, prevalencia, adulto

Abstract

Cannabis is the most widely consumed illegal drug in Spain, with consumption concentrated mainly in adolescence and early adulthood. The objectives were to estimate the prevalence of cannabis use, cannabis use disorder (CUD) and dependent use in the Galician population aged 16 years and over, and to characterize cannabis users and cannabis dependent users. Data are from two cross-sectional studies from the Risk Behavior Information System conducted in 2017 (n = 7,841) and 2018 (n = 7,853). The Cannabis Abuse Screening Test (CAST) was used to identify users with CUD and/ or dependent use. Prevalences were estimated and regression models were fitted to identify variables associated with cannabis use and dependent use. In 2017-2018, 2.7% (95% CI: 2.5-3.0) of the Galician population aged 16 years and over consumed cannabis at the time of the survey, with this prevalence being 9% in the 16-24 years age group. Prevalence decreased with age and was higher in males in all age groups. The prevalence of CUD in users was $69.5\% \, (95\% \, \text{CI} \, 61.1\text{-}78.1)$ and of dependent use it was $49.2\% \, (95\% \, \text{CI} \, 46.6\text{-}$ 53.9). Tobacco use was the major determinant of being a cannabis user [OR = 19.8 (95% CI 13.8-28.4)] and daily cannabis use of being a dependent user [OR = 5.5 (95% CI 3.2-9.5)]. Cannabis use among the Galician population is high, especially among young people aged 16-24 years, who show the highest probability of dependent use. Prevention measures should be aimed especially at the younger population aged 16 years to curb its use and the development of consequences such as CUD and dependent use.

Keywords: cannabis, cannabis use disorder, dependence, prevalence, adult

■ Recibido: Febrero 2022; Aceptado: Septiembre 2022.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Cristina Candal-Pedreira. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. Tel-Fax: 0034881812278. E-mail: cristina.candal.pedreira@rai.usc.es

l cannabis es la droga ilegal más consumida en Europa. Según datos del último informe del Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías, la prevalencia de consumo de cannabis en el último año fue del 7,7% en Europa en 2021, prevalencia 5 veces superior a la del resto de sustancias ilegales (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2021). Un uso continuo de cannabis puede dar lugar al desarrollo tanto de enfermedades mentales como de enfermedades respiratorias y cardiovasculares (Cohen, Weizman y Weinstein, 2019) y un inicio precoz está asociado con ideas suicidas, depresión o esquizofrenia (Gobbi et al., 2019; Godin y Shehata, 2022). Además, durante la adolescencia y en los primeros años de la vida adulta es cuando la prevalencia de consumo de cannabis es mayor (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2020).

El marco legal y social en torno al cannabis ha cambiado en las últimas décadas. A nivel legal, diversos países, entre ellos Canadá y 18 estados de Estados Unidos (EE. UU.), han legalizado su consumo recreativo en población adulta. Este cambio legislativo ha provocado una disminución en la percepción del riesgo asociado al consumo y un aumento en la prevalencia de consumo (Carliner, Brown, Sarvet y Hasin, 2017; Kondo et al., 2019; Levy, Mauro, Mauro, Segura y Martins, 2021). De hecho, en EE.UU. entre 2002 y 2014, la prevalencia de percepción de gran riesgo disminuyó más de 17 puntos porcentuales y la prevalencia de percepción de ningún riesgo aumentó en casi 10 puntos (Carliner et al., 2017). Además, el aumento de la prevalencia y de la aceptación del consumo de cannabis ha provocado que su disponibilidad en el mercado haya aumentado drásticamente (Kondo et al., 2019).

En España, donde actualmente no es legal el consumo de cannabis, entre 2017 y 2019, la percepción del riesgo asociado al consumo en población adulta ha aumentado 3,8 puntos porcentuales en los consumidores habituales de cannabis (81,5% y 85,3%, respectivamente) y se mantiene estable en los consumidores esporádicos (66,1% y 66,3%, respectivamente) (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2020). Sin embargo, entre los más jóvenes, la percepción de riesgo ha disminuido paralelamente al aumento de las prevalencias de consumo en los últimos años (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2021).

En España, el estudio EDADES (Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España) monitoriza desde 1995 la evolución del consumo de drogas en la población de 15 a 64 años. La información proporcionada por este estudio sitúa al cannabis como la droga ilegal más consumida en España. En 2019-2020, último año del que se dispone de información, la prevalencia de consumo alguna vez en la vida alcanzó el máximo histórico. Así, el 37,5% de los españoles declaró haber consumido cannabis alguna vez en su vida. La prevalencia en el último mes disminuyó del

9,1% en 2017 al 8,0% en 2019-2020 y la de consumo diario ha aumentado hasta el 2,9% tras mantenerse estable en 2015 y 2017 (2,1%). La prevalencia de consumo es mayor entre los hombres y disminuye con la edad. El consumo de cannabis en España se inicia a los 18,5 años (18,1 años en hombres y 19,1 en mujeres), lo que la sitúa como la droga ilegal con menor edad de inicio (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2020).

La caracterización en detalle del consumo de cannabis y descripción de tipologías de consumidores y su patrón de consumo es fundamental para la planificación de políticas de salud pública. En Galicia, hasta ahora, EDADES era la única fuente disponible para el estudio de la epidemiología del cannabis en la población adulta. Aunque este estudio reporta información básica sobre las características del consumo de cannabis, el limitado tamaño de la muestra en cada Comunidad Autónoma no permite un análisis detallado en función de las diferentes características asociadas al consumo. Además, la edad de la población a estudio se censura en los 64 años.

Los objetivos de este estudio son estimar la prevalencia de consumo de cannabis (global, diario y ocasional), la prevalencia de trastorno por consumo de cannabis y de consumo dependiente en la población gallega de 16 y más años, así como caracterizar a los consumidores y a los consumidores dependientes de cannabis.

Métodos

Diseño y población de estudio

El Sistema de Información sobre Conductas de Riesgo para la Salud (SICRI) se fundamenta en la realización de estudios transversales cuasianuales a muestras representativas de la población de 16 y más años residente en Galicia, mediante un sistema CATI (entrevista telefónica asistida por ordenador) (Servicio Galego de Saúde, 2005).

Las encuestas realizadas en 2017 y 2018 (SICRI 2017-2018) fueron diseñadas para asegurar la representatividad de la población por sexo y grupos de edad: 16 a 24, 25 a 44, 45 a 64 y 65 y más años. El muestreo fue aleatorio, estratificado, y se utilizó como marco muestral la base de datos de Tarjeta Sanitaria que tiene una cobertura aproximada del 98% de la población residente. El trabajo de campo se realizó entre enero y diciembre de 2017 y octubre y noviembre de 2018.

Procedimiento

Se incluyeron preguntas específicas que permitían estimar la prevalencia de consumo de cannabis. El consumo se definió a partir de la respuesta afirmativa a la pregunta "¿Fuma usted cannabis o marihuana?". A los que contestaron afirmativamente se les preguntó por la frecuencia de consumo: a diario, al menos una vez a la semana, algunos días al mes o menos de una vez al mes.

Instrumentos

Se incluyó el test de adicción al cannabis CAST, acrónimo del Cannabis Abuse Screening Test (Legleye et al., 2015), para identificar a los consumidores con un trastorno por uso de cannabis o CUD (Cannabis Use Disorder) y a los consumidores dependientes. El CAST presenta una alta consistencia interna (Alfa de Cronbach = 0,74) (Legleye et al., 2015) y ha sido validado en población española presentando también una consistencia interna alta (0,75) y una validez de constructo con un buen ajuste con dos factores latentes (Cuenca-Royo et al., 2012). El CAST se compone de 6 preguntas que evalúan la frecuencia en los últimos 12 meses de diferentes eventos asociados al consumo de cannabis: fumar antes del mediodía; fumar solo; problemas de memoria cuando se consume; reproches de familiares o amigos; intencionalidad de disminución o cese del consumo; y problemas sociales como disputas o accidentes asociados al consumo. Todas las preguntas presentan 5 opciones de respuesta: nunca (0 puntos), rara vez (1 punto), a veces (2 puntos), bastante a menudo (3 puntos) y muy a menudo (4 puntos). La puntuación total varía entre 0 y 24 puntos y una persona con 3 o más puntos en el CAST tiene un CUD y una persona con 5 o más puntos se clasifica como consumidor con dependencia (Legleye et al., 2015).

En la caracterización, para clasificar el uso de internet, se empleó el cuestionario CERI (Cuestionario de Experiencias Relacionadas con Internet) validado en población española. El CERI clasifica a los usuarios de internet con uso normal a aquellos con una puntuación <18 puntos y a los usuarios con uso de riesgo o problemático a aquellos con 18 o más puntos (Beranuy, Chamarro, Graner y Carbonell, 2009).

Análisis de datos

Para caracterizar a los consumidores se analizaron variables sociodemográficas, de estado de salud y relacionadas con la conducta. Las variables sociodemográficas analizadas fueron: sexo (hombres, mujeres), grupo de edad (16-24, 25-44, 45 y más años); país de nacimiento (España - otro país); zona de residencia (rural, semiurbana y urbana); situación laboral en el momento de la encuesta (trabajador, desempleado, tareas del hogar, pensionista o estudiante); nivel de estudios (básico: educación primaria o inferior, medio: educación secundaria y superior: universitario); y convivencia en pareja (sí-no). En cuanto a las variables de estado de salud, el análisis incluyó la autopercepción del estado de salud en el momento de la encuesta (muy bueno, bueno, normal y malo/muy malo) y el estado ponderal de acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC) clasificado como bajo peso (<18,5 kg/m²), peso normal (18,5-24,9 kg/m²), sobrepeso (25,0-29,9 kg/m²) y obesidad (≥ 30 kg/ m²). Por último, las variables relacionadas con conductas de riesgo fueron el consumo de tabaco actual (fumador, exfumador, nunca fumador), de alcohol en las últimas 4

semanas (sí-no) y el uso de Internet (sin uso, uso normal y uso problemático o de riesgo).

Se estimó la prevalencia de consumo de cannabis global, diaria y ocasional, por sexo, grupo de edad y consumo de tabaco en el momento de la entrevista y la prevalencia de CUD y de consumidores dependientes en población general y en los consumidores.

Las odds ratios (OR) ajustadas de ser consumidor de cannabis o consumidor dependiente se estimaron mediante sendos modelos de regresión logística multivariante en los que se incluyeron las variables sociodemográficas, de estado de salud y relacionadas con la conducta que se asociaron significativamente con la variable respuesta (p < 0.05).

El análisis se realizó con Stata v14.2 y en los cálculos se tuvo en cuenta el diseño de la muestra. Tanto la prevalencia como las OR se presentan con intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

Resultados

En el SICRI 2017, se entrevistó a 7.841 personas de 16 y más años residentes en Galicia y en el SICRI 2018 a 7.853 personas (muestra total: 15.694). La tasa de respuesta fue del 78% en 2017 y del 70% en 2018.

La prevalencia de consumo de cannabis en Galicia en 2017-2018 es del 2,7% (IC 95% 2,5-3,0), y es más elevada en los hombres, [hombres: 4,2% (IC 95% 3,7-4,6) vs. mujeres: 1,4% (IC 95% 1,2-1,6)]. La prevalencia disminuye con la edad: 8,7% (IC 95% 7,8-9,6) en la población de 16 a 24 años, 5,1% (IC 95% 4,4-5,7) en la población de 25 a 44 años, y 1,5% (IC 95% 1,1-1,9) en la población de 45 años o más. En la población mayor de 64 años, la prevalencia de consumo es prácticamente nula, tanto en hombres como en mujeres. La mayor prevalencia se observa en los hombres de 16 a 24 años [11,3% (IC 95% 9,9-12,8)] y de 25 a 44 años [7,5% (IC 95% 6,3-8,7)] y en las mujeres de 16 a 24 años [5,9% (IC 95% 4,8-6,9)] (Figura 1). El consumo de cannabis está muy asociado con el de tabaco. Así, la prevalencia de consumo de cannabis en los fumadores es del 10,7% (IC 95% 9,1-12,2), en los exfumadores del 1,1% (IC 95% 0,7-1,5) y en los nunca fumadores del 0,4% (IC 95% 0,2-0,6).

Teniendo en cuenta la frecuencia de consumo, el 2,0% (IC 95% 1,7-2,2) de la población afirma consumir cannabis ocasionalmente frente al 0,7% (IC 95% 0,6-0,9) que declara un consumo diario. La prevalencia de consumo, tanto ocasional como diario, es mayor en hombres. Los dos grupos de edad en los que se concentran los consumidores (16-24 y 25-44 años) tienen una prevalencia similar de consumo diario, si bien la prevalencia de consumo ocasional es el doble en los consumidores de 16 a 24 años (Tabla 1).

El 1,9% (IC 95% 1,6-2,2) de la población gallega presenta CUD, siendo el 1,3% (IC 95% 1,2-1,5) consumidores dependientes. Por sexo, el porcentaje de hombres con CUD

Figura 1 Prevalencia e intervalos de confianza al 95% de consumo de cannabis por sexo y grupo de edad (16-24, 25-44, 45 y más)

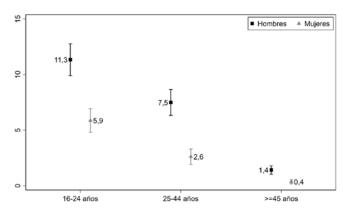


Tabla 1
Prevalencia del consumo de cannabis diario y ocasional, en la población gallega de 16 y más años, por sexo y grupo de edad y en los fumadores de tabaco. Las prevalencias están acompañadas de intervalos de confianza al 95% (IC 95%)

	Consu	Consumo cannabis diario			ımo can casiona	
	%	% IC 95%		%	IC 9	5%
Global	0,8	0,6	0,9	2,0	1,7	2,2
Hombres	1,2	1,0	1,5	2,9	2,5	3,3
Mujeres	0,3	0,2	0,4	1,1	0,9	1,3
16-24 años	2,5	2,0	3,0	6,2	5,4	7,0
25-44 años	1,5	1,1	1,9	3,5	3,0	4,1
Fumador de tabaco	3,4	2,8	4,0	7,0	6,1	7,9

es 4 veces superior que en las mujeres (hombres: 1,5% (n = 233) vs. Mujeres 0,4% (n = 66)). Al restringir este análisis a los consumidores de cannabis, la prevalencia de CUD y consumo dependiente es, respectivamente, del 69,5% (IC 95% 61,1-78,1) y del 49,2% (IC 95% 44,6-53,9).

Ser hombre, tener entre 16 y 44 años, vivir en un entorno urbano, no vivir en pareja, tener un estado de salud autopercibido malo o muy malo, bajo peso, ser fumador o exfumador, consumir alcohol y tener un uso problemático de internet aumenta la probabilidad de consumir cannabis (Figura 2). Por otro lado, el riesgo de ser consumidor dependiente de cannabis está relacionado con ser varón, tener entre 16 y 44 años, un IMC menor de 25 kg/m², ser fumador y consumir diariamente cannabis (Figura 3).

Figura 2 Características asociadas al consumo de cannabis en la población gallega de 16 y más años. Odds ratios (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%)

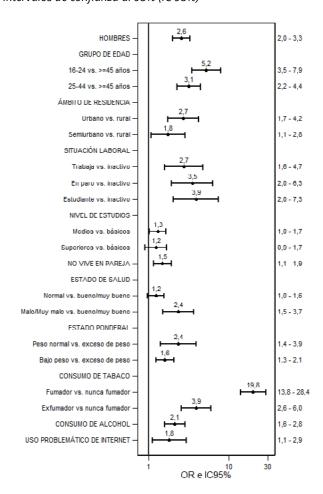
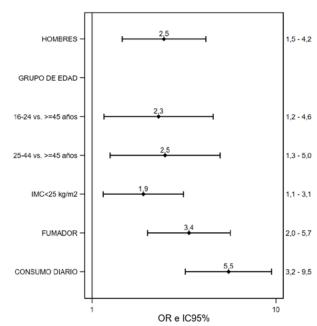


Figura 3 Características asociadas al consumo dependiente de cannabis en los consumidores gallegos de 16 y más años. Odds ratios (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%)



Discusión

En 2017-2018, el 2,7% de los gallegos de 16 y más años consumían cannabis en el momento de la encuesta, siendo los hombres de 16 a 24 años el grupo con mayor prevalencia de consumo. El 69,5% de los gallegos consumidores de cannabis presenta CUD y el 49,2% son consumidores dependientes. Ser varón, tener entre 16 y 44 años, un IMC inferior a 25 kg/m² y ser fumador de tabaco aumenta la probabilidad tanto de ser consumidor como consumidor dependiente de cannabis.

Aproximadamente 3 de cada 100 gallegos de 16 años y más declararon consumir cannabis de forma diaria y ocasional en el momento de la encuesta. Este valor es inferior a la prevalencia de consumo del último mes estimada por EDADES en 2017 en la población de 15 a 64 años para España (9,1%) y Galicia (7,0%) (Observatorio Español de las Drogas y Adicciones, 2019). Si se restringe el rango de edad de la población de nuestro estudio a 16-64 años (rango de edad similar a la del estudio EDADES), se obtiene una prevalencia del 3,8% (IC 95% 3,4-4,1). Tanto la prevalencia de consumo estimada por EDADES como en este estudio sitúan a Galicia por debajo de la media nacional (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2019). Para poder comparar los resultados de este estudio con las estimaciones de EDADES para Galicia, hay que tener en cuenta tres aspectos metodológicos de ambos estudios. En primer lugar, la población objetivo de EDADES tiene edades comprendidas entre 15-64 años, mientras que el SICRI incluye a población de 16 y más años. Por otra parte, el momento temporal al que hace referencia el consumo de cannabis es diferente; así, en EDADES se pregunta por el consumo en el último mes, mientras que, en el SICRI por el consumo actual, es decir, en el momento de la encuesta. Por último, la técnica empleada para realizar la encuesta difiere entre ambos estudios. En EDADES, el cuestionario es autocumplimentado en el domicilio del encuestado, en presencia de un trabajador de campo, aunque éste no tiene acceso a las respuestas del participante. En el SICRI, la recogida de información se realiza a través de una encuesta telefónica. El hecho de que en el SICRI las preguntas se realicen de forma directa por el entrevistador puede dar lugar a una infraestimación en la prevalencia de consumo asociada a la ocultación de la información.

Muchos de los estudios en los que se estima la prevalencia de consumo de cannabis se realizan en población joven y es infrecuente que se valore el consumo en mayores de 64 años. Tanto en este estudio, como en estudios previos (Hasin et al., 2015; Mauro et al., 2018), la prevalencia en la población mayor de 64 años es anecdótica. En España, puede estar asociado al hecho de que el consumo de cannabis comenzó a popularizarse en los años 70 entre la población más joven (Fuente et al., 2006). Por otro lado, Manthey, Freeman, Kilian, López-Pelayo y Rehm (2021) observaron que, a pesar de que las prevalencias de consu-

mo son superiores en los adultos más jóvenes, en España durante el periodo 2010-2019, se produjo un aumento en la prevalencia de consumo de adultos de mediana edad (35-64 años). Es importante tener en cuenta que a medida que la población envejece, el número de consumidores de mediana edad podría aumentar. Por ello, la prevención primaria y los tratamientos de deshabituación también deben dirigirse a esta población.

El consumo continuado de cannabis se asocia a trastornos como el CUD (Hasin, Shmulewitz y Sarvet, 2019); definido como "la incapacidad para dejar de consumir cannabis incluso cuando causa daños físicos o psicológicos" (Connor et al., 2021). Se estima que más de 22 millones de personas en el mundo cumplen criterios de CUD, de los cuales 15 millones son hombres (GBD 2016 Alcohol and Drug Use Collaborators, 2018). En países europeos como Reino Unido o Francia, en 2019, la prevalencia de CUD era aproximadamente del 2%, en Alemania o Suecia no superaba el 1% (Kroon, Kuhns, Hoch y Cousijn, 2020), y en Estados Unidos se estimó en un 2,6% (Hasin et al., 2016). En Galicia, las prevalencias son más bajas. Una de las razones para que existan estas diferencias pueden ser las medidas legislativas aplicadas por cada país en relación al consumo de cannabis (Kroon et al., 2020).

La prevalencia de CUD es mayor en hombres (Hasin et al., 2019; Kerridge, Pickering, Chou, Saha y Hasin, 2018). Una explicación puede ser que, aunque en los hombres el inicio de consumo de cannabis es más precoz y por lo tanto la probabilidad de desarrollar CUD es mayor que en las mujeres, en estas últimas el tiempo comprendido entre el primer consumo de cannabis y el desarrollo de CUD es menor. A este fenómeno se le conoce como efecto telescópico y al igual que en el cannabis, también se observa en el consumo de otras drogas (Hernandez-Avila, Rounsaville y Kranzler, 2004; Sherman, Baker y McRae-Clark, 2016).

Uno de los inconvenientes a la hora de describir el problema asociado al consumo de cannabis es la gran heterogeneidad que existe tanto en la terminología empleada como en los instrumentos para su diagnóstico o clasificación. En relación con la terminología, hay autores que emplean como sinónimo de CUD, uso problemático de cannabis (Rial et al., 2022), uso de riesgo (Seidel, Morgenstern y Hanewinkel, 2020), abuso de cannabis (Legleye, Piontek, Kraus, Morand y Falissard, 2013) o dependencia de cannabis (Bastiani et al., 2013). Con respecto a los instrumentos, disponemos de muchos que nos permiten clasificar a la población en función de si presentan CUD y dentro de los propios instrumentos, existen diferentes puntos de corte para la clasificación (Carr et al., 2022). De hecho, una revisión sistemática sobre la prevalencia de CUD concluyó que las prevalencias de CUD en los consumidores de 18 años y más variaban en función del instrumento de diagnóstico empleado. Así, utilizando AUDADIS (Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule), se estimó la prevalencia de CUD entre un 36,1% en 2001-2002 y un 30,6% en 2012-2013, mientras que empleando los criterios del DSM-IV se estimó en un 15,0% en 2008 y en un 9,3% en 2017 (Leung, Chan, Hides y Hall, 2020). Esta diferencia en función de la herramienta empleada también se observó en un estudio realizado en Irlanda (Millar, Mongan, Smyth, Perry y Galvin, 2021b). Esta gran heterogeneidad a la hora de clasificar a las personas con CUD hace muy complicada la comparación de los resultados obtenidos en los diferentes estudios.

Tanto en España como en otros países, el estudio del consumo de cannabis y su relación con diferentes variables sociodemográficas y conductuales en la población adulta ha sido limitado, pues la mayoría de estudios se han centrado en población adolescente y adultos jóvenes. La mayoría de las variables sociodemográficas y conductuales relacionadas con el consumo de cannabis en otros estudios, principalmente estadounidenses, coinciden con las de nuestro estudio (Hasin et al., 2019; Jeffers, Glantz, Byers y Keyhani, 2021; Millar et al., 2021a) Así, se ha observado que la edad es una de las variables sociodemográficas que más influye en el consumo de cannabis, siendo los adultos jóvenes los que tienen una mayor probabilidad de consumo (Hasin et al., 2019; Jeffers et al., 2021; Millar et al., 2021a). En población española esto se ha asociado con el afrontamiento de sentimientos negativos, seguido de otros motivos como la mejora de sentimientos positivos, evitar el rechazo social o aumentar la cohesión social (Casajuana Kögel et al., 2021). Además, muchas veces a estas edades el consumo de cannabis puede estar motivado por la necesidad de sentirse parte de un grupo de iguales y el hecho de tener escasas o inadecuadas habilidades sociales, de asertividad o de afrontamiento ante estas situaciones puede favorecer el inicio del consumo (Carr et al., 2022). Otro de los motivos que podría explicar esta mayor probabilidad de consumo en la población más joven puede ser la menor percepción del riesgo a estas edades (Pacek, Mauro y Martins, 2015). Por lo tanto, diseñar medidas para evitar el inicio del consumo de cannabis en la población joven es vital, ya que se ha observado que un inicio precoz del consumo aumenta la probabilidad de desarrollar una dependencia en la edad adulta (George, Hill y Vaccarino, 2018).

Ser hombre ha sido otra de las características asociadas a tener una mayor probabilidad de ser consumidor de cannabis tanto en nuestro estudio como en estudios previos (Jeffers et al., 2021; Millar et al., 2021a). Los hombres asumen más conductas de riesgo que las mujeres (Byrnes, Miller, Schafer, 1999; Harris, Jenkins y Glaser, 2006) y la percepción de riesgo asociada al consumo de sustancias es menor (Arias-de la Torre et al., 2021). Además, al igual que ocurre en otras sustancias como el alcohol, factores sociales y culturales también pueden influir (Bosque-Prous et al., 2015; Pacek et al., 2015; Ronay y Kim, 2006). Por otro lado, en este estudio se estimó que ser hombre aumenta

la probabilidad de desarrollar dependencia al consumo de cannabis en 2,5 veces. Esto va en concordancia con resultados de estudios previos en los que observaron que los hombres tenían una mayor probabilidad de acabar desarrollando dependencia al cannabis a lo largo de su vida en comparación a las mujeres (Feingold, Livne, Rehm y Lev-Ran, 2020). Una explicación puede ser que los hombres consumen productos de cannabis con una mayor concentración de sustancias cannabinoides como el THC o CBD y emplean una mayor cantidad de vías de administración, conductas que se han relacionado con el desarrollo de dependencia al consumo de cannabis (Baggio et al., 2014; Daniulaityte et al., 2018).

El consumo de otras sustancias como el tabaco o el alcohol se asocia con un mayor riesgo de consumo y dependencia de cannabis (Weinberger et al., 2021). De hecho, en nuestro estudio, ser fumador fue el mayor determinante para ser consumidor de cannabis y el segundo para ser consumidor dependiente. Esta relación se debe principalmente a que, en España, al igual que en el resto de Europa, el patrón de consumo del cannabis más extendido se realiza junto al tabaco en forma de porro (Casajuana et al., 2017; Schauer, Rosenberry y Peters, 2017; Schwitzer et al., 2016). Por ello, es importante que los programas de prevención se lleven a cabo en edades tempranas y valorando no solo el consumo de cannabis, sino también el de tabaco (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2019).

Se ha observado que un inicio precoz en el consumo de cannabis aumenta la probabilidad de desarrollar un CUD y una dependencia al cannabis (Connor et al., 2021) y que el consumo diario de cannabis aumenta la probabilidad de tener un consumo dependiente. Estudios previos apuntaron que el 17,0% de los fumadores de cannabis y el 19,0% de los consumidores diarios cumplían criterios para ser consumidores dependientes (Cougle, Hakes, Macatee, Zvolensky y Chavarria, 2016). Por lo tanto, consumir cannabis diariamente se establece como uno de los mejores predictores de desarrollo de dependencia al consumo de cannabis (Kroon et al., 2020).

El estudio presentado aquí tiene limitaciones. En primer lugar, es posible que se infraestime el consumo de cannabis, ya que se documenta la ocultación del consumo de drogas debido, entre otros aspectos, al sesgo de deseabilidad social (De Leeuw, 2008). En el análisis de los problemas asociados al consumo de cannabis se utilizó la escala CAST, que, aunque es un instrumento con probada capacidad de cribado en adultos, tiene limitaciones como que los puntos de corte no son universales (Legleye, Karila, Beck y Reynaud, 2007; Legleye et al., 2015). Además, los resultados obtenidos en este estudio hacen referencia a una Comunidad Autónoma de España (Galicia) y no se pueden generalizar al conjunto de la población española.

Por otro lado, el estudio también tiene fortalezas, entre las que se encuentra el elevado tamaño muestral que nos permite caracterizar el consumo de cannabis de una forma detallada a nivel de una Comunidad Autónoma con datos representativos por sexo y grupo de edad. Otra de las fortalezas es que en este estudio no se censuran edades avanzadas.

La prevalencia global de consumo de cannabis es baja en Galicia, sin embargo, el 9% de los jóvenes de 16 a 24 años declara haber consumido cannabis en el momento de la encuesta, siendo el grupo de edad con la mayor prevalencia de consumo. Se requieren medidas de prevención del consumo de cannabis en edades tempranas que promuevan estilos de vida saludables. Además, estas medidas deberían ofrecer alternativas de ocio y consumo saludable principalmente a los varones jóvenes, quienes son los que presentan una prevalencia más elevada.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias

- Arias-de la Torre, J., Eiroa-Orosa, F. J., Molina, A. J., Colell, E., Dávila-Batista, V., Moreno-Montero, F.,... Martín, V. (2021). Relación del consumo problemático de cannabis en la población joven de España con el riesgo percibido, los factores ambientales y los factores sociodemográficos. Adicciones, 33, 63-70. doi:10.20882/adicciones.1256.
- Baggio, S., Deline, S., Studer, J., Mohler-Kuo, M., Daeppen, J. B. y Gmel, G. (2014). Routes of administration of cannabis used for nonmedical purposes and associations with patterns of drug use. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 54, 235–240. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.08.013.
- Bastiani, L., Siciliano, V., Curzio, O., Luppi, C., Gori, M., Grassi, M. y Molinaro, S. (2013). Optimal scaling of the CAST and of SDS Scale in a national sample of adolescents. *Addictive Behaviors*, *38*, 2060–2067. doi:10.1016/j. addbeh.2012.12.016.
- Beranuy, M., Chamarro, A., Graner, C. y Carbonell, X. (2009). Validation of two brief scales for Internet addiction and mobile phone problem use. *Psicothema*, 21, 480–485.
- Bosque-Prous, M., Espelt, A., Borrell, C., Bartroli, M., Guitart, A. M., Villalbí, J. R. y Brugal, M. T. (2015). Gender differences in hazardous drinking among middle-aged in Europe: The role of social context and women's empowerment. *European Journal of Public Health*, 25, 698–705. doi:10.1093/eurpub/cku234.
- Byrnes, J. P., Miller, D. C. y Schafer, W. D. (1999). Gender differences in risk taking: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125, 367–83.
- Carliner, H., Brown, Q. L., Sarvet, A. L. y Hasin, D. S. (2017). Cannabis use, attitudes, and legal status in

- the U.S.: A review. *Preventive Medicine*, 104, 13–23. doi:10.1016/j.ypmed.2017.07.008.
- Carr, S., Klinger, S., Manthey, J., Isorna-Folgar, M., Amatller-Gutiérrez, O., Carballo-Crespo, J. L.,... Colom-Farran, J. (2022). Guía clínica de cannabis. Guías clínicas socidrogalcohol basadas en la evidencia científica. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2022/20220119_SOCIDROGALCOHOL_guia_cannabis.pdf.
- Casajuana, C., López-Pelayo, H., Mercedes-Balcells, M., Miquel, L., Teixidó, L., Colom, J. y Gual, A. (2017). Working on a standard joint unit: A pilot test. *Adicciones*, 29, 227–232. doi:10.20882/adicciones.721.
- Casajuana Kögel, C., López-Pelayo, H., Oliveras, C., Colom, J., Gual, A. y Balcells-Oliveró, M. M. (2021). Relación entre las motivaciones para consumir y el consumo problemático de cannabis. *Adicciones*, *33*, 31–42. doi:10.20882/adicciones.1221.
- Cohen, K., Weizman, A. y Weinstein, A. (2019). Positive and negative effects of cannabis and cannabinoids on health. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 105, 1139–1147. doi:10.1002/cpt.1381.
- Connor, J. P., Stjepanović, D., Le Foll, B., Hoch, E., Budney, A. J. y Hall, W. D. (2021). Cannabis use and cannabis use disorder. *Nature Reviews. Disease Primers*, 7, 16. doi:10.1038/s41572-021-00247-4.
- Cougle, J. R., Hakes, J. K., Macatee, R. J., Zvolensky, M. J. y Chavarria, J. (2016). Probability and correlates of dependence among regular users of alcohol, nicotine, cannabis, and cocaine: Concurrent and prospective analyses of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77, 444–450. doi:10.4088/JCP.14m09469.
- 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.
- Daniulaityte, R., Zatreh, M. Y., Lamy, F. R., Nahhas, R. W., Martins, S. S., Sheth, A. y Carlson, R. G. (2018). A Twitter-based survey on marijuana concentrate use. *Drug and Alcohol Dependence*, 187, 155–159. doi:10.1016/j. drugalcdep.2018.02.033.
- De Leeuw, E. D. (2008). The effect of computer-assisted interviewing on data quality. A review of the evidence. Department of Methodology and Statistics, Utrecht University. https://edithl.home.xs4all.nl/surveyhandbook/deleeuw-cai-overview-updated.pdf.
- Feingold, D., Livne, O., Rehm, J. y Lev-Ran, S. (2020). Probability and correlates of transition from cannabis use to DSM-5 cannabis use disorder: Results from a large-scale nationally representative study. *Drug and Alcohol Review*, 39, 142–151. doi:10.1111/dar.13031.

- Fuente, L., Brugal, T. M., Domingo-Salvany, A., Bravo, M. J., Neira-León, M. y Barrio, G. (2006). Más de treinta años de drogas ilegales en España: Una amarga historia con algunos consejos para el futuro. Revista Española de Salud Pública, 80, 505-520.
- GBD 2016 Alcohol and Drug Use Collaborators (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet. Psychiatry*, 5, 987–1012. doi:10.1016/S2215-0366(18)30337-7.
- George, T. P., Hill, K. P. y Vaccarino, F. J. (2018). Cannabis legalization and psychiatric disorders: Caveat "hemptor". Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie, 63, 447–450. doi:10.1177/0706743718762387.
- Gobbi, G., Atkin, T., Zytynski, T., Wang, S., Askari, S., Boruff, J.,... Mayo, N. (2019). Association of cannabis use in adolescence and risk of depression, anxiety, and suicidality in young adulthood: A systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 76, 426–434. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.4500.
- Godin, S. L. y Shehata, S. (2022). Adolescent cannabis use and later development of schizophrenia: An updated systematic review of longitudinal studies. *Journal of Clinical Psychology*, 78, 1331-1340. doi:10.1002/jclp.23312.
- Harris, C. R., Jenkins, M. y Glaser, D. (2006). Gender differences in risk assessment: Why do women take fewer risks than men? *Judgmement and Decision Making*, 1, 48–63.
- Hasin, D. S., Kerridge, B. T., Saha, T. D., Huang, B., Pickering, R., Smith, S. M.,... Grant, B. F. (2016). Prevalence and correlates of DSM-5 cannabis use disorder, 2012-2013: Findings from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions-III. *The American Journal of Psychiatry*, 173, 588–599. doi:10.1176/appi.ajp.2015.15070907.
- Hasin, D. S., Saha, T. D., Kerridge, B. T., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Zhang, H.,... Grant, B. F. (2015). Prevalence of marijuana use disorders in the United States between 2001-2002 and 2012-2013. JAMA Psychiatry, 72, 1235–1242. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.1858.
- Hasin, D. S., Shmulewitz, D. y Sarvet, A. L. (2019). Time trends in US cannabis use and cannabis use disorders overall and by sociodemographic subgroups: A narrative review and new findings. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 45, 623–643. doi:10.1080/00952990.2019.1569668.
- Hernandez-Avila, C. A., Rounsaville, B. J. y Kranzler, H. R. (2004). Opioid-, cannabis- and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 74, 265–272. doi:10.1016/j.drugalcdep.2004.02.001.
- Jeffers, A. M., Glantz, S., Byers, A. y Keyhani, S. (2021). Sociodemographic characteristics associated with and prevalence and frequency of cannabis use among adults

- in the US. *JAMA network open*, *4*, e2136571. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.36571.
- Kerridge, B. T., Pickering, R., Chou, P., Saha, T. D. y Hasin, D. S. (2018). DSM-5 cannabis use disorder in the National Epidemiologic Survey on alcohol and related Conditions-III: Gender-specific profiles. *Addictive Behaviors*, 76, 52–60. doi:10.1016/j.addbeh.2017.07.012.
- Kondo, K., Morasco, B. J., Nugent, S., Ayers, C., O'Neil, M. E., Freeman, M.,... Kansagara, D. (2019). Pharmacotherapy for the treatment of cannabis use disorder: A systematic review. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/ NBK555373/.
- Kroon, E., Kuhns, L., Hoch, E. y Cousijn, J. (2020). Heavy cannabis use, dependence and the brain: A clinical perspective. *Addiction*, 115, 559–572. doi:10.1111/add.14776.
- Legleye, S., Guignard, R., Richard, J. B., Ludwig, K., Pabst, A. y Beck, F. (2015). Properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in the general population. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 24, 170–183. doi:10.1002/mpr.1465.
- Legleye, S., Piontek, D., Kraus, L., Morand, E. y Falissard, B. (2013). A validation of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) using a latent class analysis of the DSM-IV among adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 22, 16–26. doi:10.1002/mpr.1378.
- 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.
- Leung, J., Chan, G., Hides, L. y Hall, W. D. (2020). What is the prevalence and risk of cannabis use disorders among people who use cannabis? A systematic review and meta-analysis. *Addictive behaviors*, 109, 106479. doi:10.1016/j.addbeh.2020.106479.
- Levy, N. S., Mauro, P. M., Mauro, C. M., Segura, L. E. y Martins, S. S. (2021). Joint perceptions of the risk and availability of Cannabis in the United States, 2002-2018. *Drug and Alcohol Dependence*, 226, 108873. doi:10.1016/j. drugalcdep.2021.108873.
- Manthey, J., Freeman, T. P., Kilian, C., López-Pelayo, H. y Rehm, J. (2021). Public health monitoring of cannabis use in Europe: Prevalence of use, cannabis potency, and treatment rates. *The Lancet Regional Health. Europe, 10*, 100227. doi:10.1016/j.lanepe.2021.100227.
- Mauro, P. M., Carliner, H., Brown, Q. L., Hasin, D. S., Shmulewitz, D., Rahim-Juwel, R.,... Martins, S. S. (2018). Age differences in daily and nondaily cannabis use in the United States, 2002-2014. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 79, 423–431. doi:10.15288/jsad.2018.79.423.
- Millar, S. R., Mongan, D., O'Dwyer, C., Long, J., Smyth, B. P., Perry, I. J. y Galvin, B. (2021a). Correlates of patterns of cannabis use, abuse and dependence: Evidence from two national surveys in Ireland. *European Journal of Public Health*, 31, 441–447. doi:10.1093/eurpub/ckab007.

- Millar, S. R., Mongan, D., Smyth, B. P., Perry, I. J. y Galvin, B. (2021b). Relationships between age at first substance use and persistence of cannabis use and cannabis use disorder. *BMC public health*, *21*, 997. doi:10.1186/s12889-021-11023-0.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). (2019). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2017. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019_Informe_EDADES.pdf.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). (2020). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2019/2020. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). (2021). Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2021. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2021_Informe_de_Resultados.pdf.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA). (2021). Informe Europeo sobre Drogas: Tendencias y novedades. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_ES0906.pdf.
- Pacek, L. R., Mauro, P. M. y Martins, S. S. (2015). Perceived risk of regular cannabis use in the United States from 2002 to 2012: Differences by sex, age, and race/ethnicity. *Drug and Alcohol Dependence*, 149, 232–244. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.02.009.
- Rial, A., García-Couceiro, N., Gómez, P., Mallah, N., Varela, J., Flórez-Menéndez, G. y Isorna, M. (2022). Psychometric properties of CAST for early detection of problematic cannabis use in Spanish adolescents. *Addictive Behaviors*, 129, 107288. doi:10.1016/j.add-beh.2022.107288.
- Ronay, R. y Kim, D. Y. (2006). Gender differences in explicit and implicit risk attitudes: A socially facilitated phenomenon. *The British Journal of Social Psychology*, 45, 397–419. doi:10.1348/014466605X66420.
- Schauer, G. L., Rosenberry, Z. R. y Peters, E. N. (2017). Marijuana and tobacco co-administration in blunts, spliffs, and mulled cigarettes: A systematic literature review. *Addictive behaviors*, 64, 200–211. doi:10.1016/j.addbeh.2016.09.001.
- Schwitzer, T., Gillet, C., Bisch, M., Di Patrizio, P., Schwan, R. y Laprevote, V. (2016). Co-occurrent cannabis and tobacco uses: Clinical knowledge and therapeutic prospects. *Therapie*, 71, 315–322. doi:10.1016/j.therap.2016.02.027.
- Servizo Galego de Saúde. (2005). Sistema de Información sobre Condutas de Riesgo. https://www.sergas.es/Sau-

- de-publica/SICRI-Sistema-Informaci%C3%B3n-so-bre-Condutas-de-Risco?idioma=es.
- Seidel, A. K., Morgenstern, M. y Hanewinkel, R. (2020). Risk factors for risky cannabis use: A retrospective cohort study of 7671 cannabis users. *Der Nervenarzt*, 91, 1040–1046. doi:10.1007/s00115-020-00930-z.
- Sherman, B. J., Baker, N. L. y McRae-Clark, A. L. (2016). Gender differences in cannabis use disorder treatment: Change readiness and taking steps predict worse cannabis outcomes for women. *Addictive Behaviors*, 60, 197–202. doi:10.1016/j.addbeh.2016.04.014.
- Weinberger, A. H., Platt, J., Zhu, J., Levin, J., Ganz, O. y Goodwin, R. D. (2021). Cigarette use and cannabis use disorder onset, persistence, and relapse: Longitudinal data from a representative sample of US adults. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 82, 20m13713. doi:10.4088/JCP.20m13713.



ADICCIONES 2024 ■ VOL. 36 ■ N. 3 ■ PÁGS. 267-276 www.adicciones.es

ADICCIONES

2024 N.3

VOL 36 N.3

ORIGINAL

Atenciones urgentes realizadas durante la pandemia por consumo de tóxicos en una provincia española

Emergency care carried out during the pandemic due to substance abuse in a Spanish province

María Irigoyen-Otiñano*,**,***, Lucía Ibarra-Pertusa*,**, Eugènia Nicolau-Subires*,**, Carla Albert-Porcar*,**, Marina Adrados-Pérez*,**, Esther Buil-Reiné*, Laura Arenas-Pijoan*, Giovanni Torterolo*, Marta Sánchez-Cazalilla*, Margarita Puigdevall-Ruestes***, Vicent Llorca-Bofí*,**.

- * Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Santa María de Lérida, España.
- ** Institut de Recerca Biomèdica de Lleida, España.

Resumen

Introducción: Durante los períodos de aislamiento, las personas con trastornos por uso de sustancias pueden reducir la tensión, el estrés, la incertidumbre y la posible angustia aumentando el uso de sustancias o prácticas de las que han abusado. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de la pandemia en las atenciones urgentes y continuidad asistencial de pacientes con trastorno por uso de sustancias. Método: Estudio realizado en el único servicio de urgencias de Psiquiatría de la provincia en el Hospital Universitario Santa María de Lérida, que atiende a 431.183 personas. Se recogen variables sociodemográficas, clínicas y evolutivas de todos los pacientes atendidos durante un periodo previo al confinamiento (13 de enero de 2020, hasta el 14 de marzo de 2020) y durante el primer (15 de marzo de 2020 hasta su 20 de junio de 2020) y segundo estado de alarma (desde el 25 de octubre de 2020 hasta el 9 de mayo de 2021). Resultados: 908 pacientes atendidos con Trastorno por Uso de Sustancias, representa el 23,8% de todas las visitas. Durante el primer estado de alarma, aumento de las visitas (p < 0,001) con una disminución de la edad media (p = 0,023). Durante el segundo estado de alarma, aumento del consumo de OH respecto al resto de tóxicos (p < 0,001) y un aumento de las visitas de pacientes sin seguimiento previo (p = 0,005). Conclusiones: Aumentaron las consultas por trastorno por uso de sustancias en el primer estado de alarma siendo más jóvenes y acudiendo por motivos de consulta relacionados con la discontinuidad ambulatoria mientras en el segundo estado de alarma repuntó el consumo de alcohol en personas sin seguimiento previo y con escasa red social. Los ingresos del primer estado de alarma fueron más breves, sin vinculación posterior a otros centros terapéuticos de desintoxicación y con un retorno más precoz a urgencias sobre todo en mujeres consumidoras.

Palabras clave: pandemia, trastorno por uso de sustancias, alcoholismo, urgencias, continuidad asistencial

Abstract

Introduction: During periods of isolation, people with substance use disorders may reduce tension, stress, uncertainty and possible distress by increasing the use of substances or practices that they have abused. The objective of this study was to evaluate the impact of the pandemic on emergency care and continuity of care for patients with substance use disorders. Method: Study carried out in the only psychiatric emergency service in the province at the Hospital Universitario Santa María de Lérida, which cares for 431,183 people. Sociodemographic, clinical and evolutionary variables were collected from all the patients treated during a period prior to lockdown (January 13, 2020, until March 14, 2020) and during the first (March 15, 2020 until June 20, 2020) and second states of emergency (from October 25, 2020 to May 9, 2021). Results: 908 patients attended with substance use disorder, representing 23.8% of all visits. During the first state of emergency, visits increased (p < 0.001) with a decrease in the average age (p = 0.0023). During the second state of emergency, there was an increase in the use of alcohol with respect to the rest of toxic substances (p < 0.001) and an increase in the visits of patients without prior follow-up (p = 0.005). Conclusions: Substance use disorder consultations increased in the first state of emergency, with patients being younger and attending for reasons related to outpatient discontinuity, while in the second state of emergency, alcohol use increased in people without prior follow-up and with small social networks. Admissions in the first state of emergency were shorter, with no subsequent link to other detoxification treatment centers and with an earlier return to the emergency room, especially in female users.

Keywords: pandemic, substance use disorder, alcoholism, emergencies, continuity of care

■ Recibido: Abril 2022; Aceptado: Diciembre 2022.

■ Enviar correspondencia a:

María Irigoyen-Ótiñano. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Santa María de Lérida. E-mail: mariairigoien@gmail.com

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

^{***} Servicio de Psiquiatría. Vithas Lleida, España.

a crisis de COVID19 ha creado muchos desafíos adicionales para los pacientes con trastorno por uso de sustancias. Algunos de ellos han sido el cierre de las clínicas de tratamiento por uso de sustancias, el enfoque de los departamentos de emergencia en los pacientes con COVID-19, las órdenes de distanciamiento social y el suministro de sustancias para las personas que consumen drogas (Khatri y Perrone, 2020). A pesar de ello, algunas iniciativas orientadas a promover encuentros telemáticos sin requerir una evaluación presencial, han posibilitado satisfacer las necesidades de los más vulnerables durante la pandemia actual (Samuels et al., 2020).

El trastorno por uso de sustancias presenta una alta comorbilidad con enfermedades físicas y mentales, como ansiedad, depresión, trastornos de la personalidad, trastornos de la alimentación y cambios anómalos del estado de ánimo (Kim, Qian y Aslam, 2020). Durante los períodos de aislamiento, las personas con trastornos relacionados con sustancias psicoactivas y otras adicciones pueden verse tentadas a reducir la tensión, el estrés, la incertidumbre y la posible angustia aumentando el uso de sustancias o prácticas de las que han abusado. Esto puede significar recaídas y contratiempos para los pacientes en tratamiento (Fabelo-Roche, Iglesias-Moré y Gómez-García, 2021). También es importante prestar atención a los pacientes que presentan remisión completa de consumo de tóxicos. Un estudio realizado en Israel analizó el impacto de la pandemia en pacientes en remisión completa observándose que los sentimientos de soledad más intensos y menor tiempo libre de consumo de drogas estaba asociado con un mayor deseo de consumir drogas (Bonny-Noach y Gold, 2021). Un reciente estudio español también alerta de que los pacientes con un trastorno por uso de sustancias en remisión también podrían tener que hacer frente a la tensión presentando un mayor riesgo de recaída (García-Alvarez, Fuente-Tomás, Sáiz, García-Portilla y Bobes, 2020).

La pandemia tuvo un impacto significativo en España. Durante algunos meses de 2020 este fue el país con el segundo mayor número de muertes por coronavirus en el mundo (Henríquez, Gonzalo-Almorox, García-Goñi y Paolucci, 2020; RTVE 2022). De los muchos momentos de tensión provocados por la pandemia, quizás el periodo que coincidió con el primer confinamiento en España —del 14 de marzo al 21 de junio de 2020— fue el que mayor conmoción causó a los ciudadanos españoles, que se encontraban ante una situación sin precedentes (Henríquez et al., 2020). Durante este período se decretó el estado de emergencia, se cerraron las escuelas y se ordenó a los ciudadanos permanecer en sus casas excepto por razones justificadas, como trabajo ineludible, compra de alimentos o asistencia a los centros de salud por motivos urgentes (Henríquez et al., 2020). El periodo de confinamiento tuvo importantes consecuencias a nivel económico, siendo España el país más afectado de Europa en este sentido (Expansión, 2022).

El objetivo de este estudio es evaluar el impacto que ha podido tener la pandemia de COVID 19 en las atenciones urgentes realizadas en un servicio de Psiquiatría a pacientes con trastornos por uso de sustancias, comparando con las realizadas en un período previo.

Método

Muestra y procedimiento

Este estudio se ha realizado en el Hospital Universitario Santa María de Lérida. Este hospital es el único que brinda atención psiquiátrica urgente en la provincia de Lérida, y cuenta con un área de influencia de 431.183 personas (INE, 2020). El hospital cuenta con una red de hospitalización compuesta por 52 camas de adultos siendo 10 específicas de patología dual y una red de consultas externas ambulatorias específicas de conductas adictivas. Durante el periodo más crítico de transmisión de la infección se reconvirtieron las distintas unidades de hospitalización para limitar el contagio y la red ambulatoria realizaba visitas a distancias según las indicaciones de las autoridades sanitarias.

Los datos de este estudio se obtuvieron mediante revisión retrospectiva de las historias clínicas digitales, que registran los datos sociodemográficos de los pacientes, su diagnóstico, motivos de consulta e ingresos hospitalarios. Los periodos de observación fueron: 1) Antes del confinamiento, desde el 13 de enero de 2020, hasta el 14 de marzo de 2020 y 2) Durante el confinamiento por primer estado de alarma, desde el inicio del estado de alarma en España (15 de marzo de 2020) hasta su conclusión (20 de junio de 2020) y el durante segundo estado de alarma en España (desde el 25 de octubre de 2020 hasta el 9 de mayo de 2021) (BOE, 2020) (Irigoyen-Otiñano et al., 2022).

Medidas

De la historia clínica digital se recogió la siguiente información: número de visitas a urgencias por motivos psiquiátricos en todos los periodos descritos, perfil sociodemográfico de los pacientes que acudieron a urgencias (sexo, fecha de nacimiento y estado civil), diagnóstico psiquiátrico (que sigue los criterios del DSM-IV (Tucker, 1991), motivo de consulta y derivación al alta.

Análisis estadístico

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el paquete estadístico IBM-SPSS v.23. Los datos continuos se expresaron como media ± desviación estándar, mientras que los datos categóricos se presentaron como porcentajes. La distribución normal se evaluó mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Al analizar las diferencias entre grupos (prepandemia, primer estado de alarma y segundo estado de alarma), se utilizaron análisis de covarianza de una vía (ANCOVA) y se realizaron comparaciones por pares para identificar qué

grupos son diferentes utilizando medias marginales estimadas. Al analizar variables entre dos grupos (prepandemia y estado de alarma) se utilizaron las pruebas de Chi-cuadrado y t-student. Como alternativa no paramétrica se utilizó la prueba exacta de Fisher y la U de Mann-Whitney, según correspondiera. Se utilizaron curvas de Kaplan-Meier para variables longitudinales desde el alta hospitalaria (días hasta la primera visita ambulatoria, días hasta el primer contacto con urgencias de psiquiatría y días hasta el reingreso) para comparar el tiempo entre pacientes prepandemia y primer estado de alarma. Las comparaciones se realizaron mediante la prueba Log-Rank. Se calcularon las razones de riesgo (HR) y los intervalos de confianza del 95%. El error tipo I se fijó en el valor habitual del 5% (alfa = 0,05) con una aproximación bilateral.

Los autores afirman que todos los procedimientos que contribuyen a este trabajo cumplen con los estándares éticos de los comités nacionales e institucionales pertinentes sobre experimentación humana y con la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 2008 (World Medical Association, 2020). Este estudio ha sido aprobado por el comité de ética e investigación clínica de Hospital Universitario Arnau de Vilanova.

Resultados

Atenciones urgentes realizadas

Reclutamos 908 pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias (TUS), lo que representa el 23,8% de todas las visitas a urgencias de psiquiatría (Tabla 1). Durante el primer estado de alarma se observó un aumento de las visitas (p < 0,001) con una disminución de la edad media de los pacientes (p = 0,0023). Durante el segundo estado de alarma objetivamos un aumento del consumo de OH respecto al resto de tóxicos

(p < 0,001) y un aumento de las visitas de pacientes sin seguimiento previo (p = 0,005). Durante este período también encontramos una disminución de visitas de pacientes solteros y un aumento de los separados (p < 0,001 y p = 0,010 respectivamente). En cuanto al motivo de consulta, observamos una disminución de las descompensaciones psicóticas en ambos estados de alarma respecto al periodo pre pandemia (p = 0,019) y un aumento de las visitas por otros motivos en el primer estado de alarma (p = 0,020). No encontramos cambios significativos en el núcleo de convivencia, diagnóstico del eje II o derivación al alta entre los periodos. Ver Tabla Suplementaria para las comparaciones por pares.

Al comparar los pacientes ingresados por TUS durante el período prepandemia y el primer estado de alarma (Tabla 2), encontramos una reducción de 6 ± 3 días en la duración de los ingresos durante el primer estado de alarma (p = 0,035) y un aumento de las derivaciones a domicilio tras el alta junto a una reducción de derivaciones a otros dispositivos no hospitalarios (p = 0,047 y p = 0,040 respectivamente).

En el análisis de supervivencia tras el alta hospitalaria (Tabla 2, Figura 1), la mediana hasta la visita a urgencias fue menor en los pacientes ingresado durante el estado de alarma que en el periodo previo (40,1 días vs. 160,7 días; HR para la visita a urgencias = 0,37; IC95%= 0,15 a 0,87). El tiempo hasta la visita ambulatoria y el tiempo hasta el reingreso no mostraron diferencias significativas. Al estratificar por sexos, encontramos que la mediana de supervivencia hasta la visita a urgencias fue menor en las mujeres que en los hombres durante el primer estado de alarma (38,9 días vs. 67,4 días; HR para la visita a urgencias= 0,32; IC95%= 0,14 a 0,95) pero no durante el período prepandemia (61,2 días vs. 162,0 días; HR para la visita a urgencias= 1,53; IC95%= 0,33 a 6,95).

Figura 1
Curvas Kaplan-Meier analizando el tiempo (en días) desde el alta hospitalaria hasta la primera visita en urgencias: A) comparando el periodo prepandemia y el primer estado de alarma; B) comparando hombres y mujeres en el periodo prepandemia; C) comparando hombre y mujeres en el primer estado de alarma

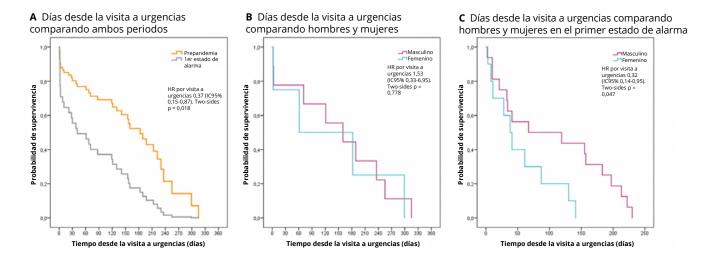


 Tabla 1

 Características de las visitas a urgencias de psiquiatría HUSM de pacientes con Trastorno por uso de sustancias durante la pandemia

	Prepandemia (N = 173)	EA 1 (N = 264)	EA 2 (N = 471)	Prueba estadística; p
% del total en el período	173/697 (24,8)	264/902 (29,2)	471/2212 (21,2)	χ²=22,92; <0,001*
Tóxicos (%)				
- Alcohol	17 (9,8)	18 (6,8)	94 (20)	χ²=27,32; <0,001*
- Otros	156 (90,2)	246 (93,2)	377 (80)	
Mujeres (%)	45 (26)	57 (21,5)	132 (28)	χ^2 =3,66; 0,160
Edad (DS)	37,2 (11,6)	35,2 (12,06)	37,5 (12,0)	t=-2,45; 0,023*
Estado civil (%)				
- Soltero	94 (56,2)	165 (63,2)	223 (50,1)	χ²=15,73; <0,001*
- Emparejado	45 (26,9)	63 (24,1)	111 (25,3)	χ²=0,42; 0,808
- Separado	27 (16,1)	31 (11,8)	96 (21,9)	χ²=9,24; 0,010*
- Viudo	1 (0,6)	2 (0,7)	8 (1,8)	F=1,45; 0,374
Núcleo de convivencia				
- Vive solo	59 (35,9)	106 (40,6)	161 (36,5)	χ²=2,92; 0,232
- Vive con familiares	95 (57,9)	139 (53,2)	242 (55)	χ^2 =0,64; 0,726
- Institución	10 (6,1)	16 (6,1)	37 (8,4)	χ²=1,28; 0,525
Motivo de consulta (%)				
-Descompensación psicótica	12 (6,9)	9 (3,4)	11 (2,3)	χ²=7,89; 0,019*
Descompensación unipolar	4 (2,3)	0 (0)	8 (1,6)	χ^2 =5,35; 0,069
- Descompensación bipolar	0 (0)	0 (0)	2 (0,4)	χ^2 =1,86; 0,395
- Consumo de sustancias	67 (38,7)	82 (31,1)	184 (39,0)	$\chi^2=5,05;0,080$
- Ideación suicida	6 (3,5)	8 (3)	22 (4,6)	χ²=1,33; 0,513
- Intento suicida	12 (6,9)	16 (6,1)	34 (7,2)	χ²=0,36; 0,835
- Cualquier conducta suicidaª	18 (10.4)	24 (9,1)	56 (11,8)	χ²=1,41; 0,494
- Alteración de la conducta	16 (9,2)	33 (12,5)	39 (8,2)	χ^2 =3,49; 0,175
- Descompensación ansiosa	19 (10,9)	26 (9,8)	49 (10,4)	χ²=0,14; 0,929
- Problema de sueño	16 (9,2)	26 (9,8)	31 (6,5)	χ^2 =2,86; 0,239
- Administrativo	13 (7,5)	31 (11,7)	49 (10,4)	χ^2 =2,06; 0,357
- Otros	8 (4,6)	33 (12,5)	42 (8,9)	χ²=7,86; 0,020*
Diagnóstico eje II (%)				
- Sin diagnóstico	121 (69,9)	162 (61,3)	288 (61,1)	χ^2 =4,56; 0,102
- Cluster B	52 (30,1)	102 (38,6)	180 (38,2)	χ^2 =4,171; 0,124
- Cluster C	0 (0)	0 (0)	3 (0,6)	F=2,793; 0,248
Sin seguimiento previo (%)	44 (25,4)	64 (24,2)	163 (34,6)	χ²=10,66; 0,005*
Derivación al alta (%)				
- Ingreso psiquiatría	33 (19,6)	53 (20,7)	87 (18,5)	χ²=2,08; 0,601
- Alta domiciliaria	140 (80,4)	211 (79,6)	384 (81,5)	

Nota. ^aIncluye indeación e intento suicida. Abreviaciones: DS= Desviación Estándar; EA= Estado de Alarma; CT= Comunidad Terapéutica; χ2= Chi-cuadrado; t= t-student; *= p < 0,001.

 Tabla 2

 Características de los ingresos hospitalarios de pacientes con Trastorno por uso de sustancias y análisis de supervivencia tras el alta

	Prepandemia (N = 33)	Estado de alarma 1 (N = 53)	Prueba estadística; p
% del total en el período	33/163 (20,2)	53/235 (22,5)	χ²=0,29; 0,582
Tóxicos (%)			
- Alcohol	4 (12,1)	3 (5,7)	F=1,12; 0,287
- Otros	29 (87,9)	50 (94,3)	
Mujeres (%)	10 (30,3)	15 (28,3)	χ²=0,04; 0,842
Edad (DS)	38,7 (15,4)	36,1 (12,9)	t=0,861; 0,392
Estado civil (%)			
- Soltero	19 (57,6)	24 (45,3)	χ²=1,75; 0,193
- Emparejado	11 (33,3)	21 (39,6)	χ²=1,01; 0,884
- Separado	2 (9,1)	7 (13,2)	F=3,28; 0,426
- Viudo	0 (0)	1 (1,9)	-
Núcleo de convivencia			
- Vive solo	15 (45,5)	17 (32,1)	χ²=0,31; 0,618
- Vive con familiares	17 (51,5)	33 (62,3)	χ²=0,15; 0,729
- Institución	1 (3)	3 (5,7)	F=1,31; 0,239
Sin seguimiento previo (%)	22 (66,7)	42 (79,2)	χ²=1,74; 0,194
Diagnóstico eje II (%)			
- Sin diagnóstico	21 (63,6)	38 (71,7)	χ²=0,59; 0,612
- Clúster B	12 (26,4)	15 (28,3)	χ²=0,51; 0,468
- Clúster C	0 (0)	0 (0)	-
Tipo ingreso			
- Voluntario	13 (46,4)	19 (44,2)	χ²=0,03; 0,853
- Involuntario	15 (53,6)	24 (55,8)	
Nº ingresos previos	3,4 (4,8)	3,7 (7,2)	t=-0,20; 0,837
Duración del ingreso (días)	17 (13)	11 (10)	t=2,14; 0,035*
Derivación al alta (%)			
- Domicilio	16 (57,1)	36 (83,7)	χ²=5,46; 0,047*
- Subagudos	8 (28,6)	6 (14)	χ²=1,89; 0,114
- CT	0	0	-
- Otros	4 (14,2)	1 (2,3)	χ²=5,42; 0,040*
Nº de visitas a URGENCIAS tras alta, media (DS)	2,3 (8,1)	7,1 (22,4)	U=459,5; 0,678
Visita AMBULATORIA tras alta			
- Presencial	18 (54,4)	23 (43,3)	χ²=1,48; 0,216
- Telefónica	8 (24,2)	10 (18,9)	
Análisis de supervivencia			
Mediana de supervivencia hasta (95% CI)			
- visita ambulatoria, días	25,3 (2,7 to 47,8)	12,3 (6,8 to 17,1)	LR=2,58; 0,087
- 1ª visita urgencias, días	160,7 (32,6 to 287,3)	41,1 (2,1 to 87,2)	LR=4,24; 0,018*
- reingreso, días	239,9 (115,3 to 356,6)	175,2 (118,5 to 231,4)	LR=2,50; 0,161

Nota. Abreviaciones: DS= Desviación Estándar; CT= Comunidad Terapéutica; χ2= Chi-cuadrado; t= t-student; U= Prueba U de Mann-Whitney; LR= Log-Rank test; *= p < 0,001.

Tabla suplementaria Comparación por pares de las variables significativas de la ANCOVA de la Tabla 1

	Prepandemia (N = 173)	EA 1 (N = 264)	EA 2 (N = 471)	Prueba estadística; p
% del total en el período	173/697 (24,8)	264/902 (29,2)	471/2212 (21,2)	χ²=22,92; <0,001*
				PP vs EA1; 0,038*
				PP vs EA2; 0,056
				EA1 vs EA2; <0,001*
Alcohol (%)	17 (9,8)	18 (6,8)	94 (20)	χ²=27,32; <0,001*
				PP vs EA1; 0,626
				PP vs EA2; 0,021*
				EA1 vs EA2; 0,002*
Edad (DS)	37,2 (11,6)	35,2 (12,06)	37,5 (12,0)	t=-2,45; 0,023*
				PP vs EA1; <0,001*
				PP vs EA2; 0,046
				EA1 vs EA2; 0,011*
Soltero (%)	94 (56,2)	165 (63,2)	223 (50,1)	χ²=15,73; <0,001*
				PP vs EA1; 0,302
				PP vs EA2; 0,048*
				EA1 vs EA2; 0,003*
Separado (%)	27 (16,1)	31 (11,8)	96 (21,9)	χ²=9,24; 0,010*
				PP vs EA1; 0,051
				PP vs EA2; 0,566
				EA1 vs EA2; 0,027*
Descompensación psicótica (%)	12 (6,9)	9 (3,4)	11 (2,3)	χ²=7,89; 0,019*
				PP vs EA1; 0,041*
				PP vs EA2; 0,015*
				EA1 vs EA2; 0,302
Otros motivos de consulta (%)	8 (4,6)	33 (12,5)	42 (8,9)	χ²=7,86; 0,020*
				PP vs EA1; 0,012*
				PP vs EA2; 0,035*
				EA1 vs EA2; 0,048*
Sin seguimiento previo (%)	44 (25,4)	64 (24,2)	163 (34,6)	χ²=10,66; 0,005*
				PP vs EA1; 0,524
				PP vs EA2; <0,001*
				EA1 vs EA2; 0,002*

Nota. Abreviaciones: DS= Desviación Estándar; EA= Estado de Alarma; *= p < 0,001.

Discusión

Durante el primer estado de alarma observamos un aumento significativo de pacientes que acuden a urgencias de Psiquiatría por trastorno por uso de sustancias respecto al periodo prepandemia y respecto al segundo estado de alarma. Son varios los estudios realizados durante el confinamiento que informan de un aumento de afluencia de pacientes consumidores (Czeisler et al., 2020; Rehm et al., 2020). Destacaron las visitas por otros motivos de consulta en alta medida relacionados con los perjuicios relativos a la interrupción de la continuidad asistencial debido a las res-

tricciones impuestas por las autoridades sanitarias (Moreno et al., 2020). En este primer estado de alarma analizado en nuestro estudio, destaca que los pacientes presentaban menor edad media. Otros estudios así lo reportan (Faris et al., 2021) y es que el confinamiento parece haber afectado en particular a los adultos más jóvenes, probablemente porque su bienestar psicosocial depende de interacciones sociales frecuentes en mayor medida que en el caso de los adultos mayores (Carstensen, 1992).

En el segundo estado de alarma, en cambio, identificamos un aumento de visitas por problemática específica con el consumo de alcohol respecto a otros tóxicos. Son varios los estudios que reportan un incremento en el consumo de alcohol en la sociedad durante el confinamiento (Vanderbruggen et al., 2020). También aumentaron en dicho periodo las visitas de pacientes que no estaban vinculados a la red de salud mental. Existen varias hipótesis que permiten interpretar este aumento del consumo de alcohol en el periodo más prolongado del confinamiento ya que los contextos de consumo de alcohol y las razones para el consumo pueden haber cambiado durante la pandemia (Patrick et al., 2022). Un estudio que examinó el cambio en los motivos para beber entre la población general indicó aumentos relacionados con COVID en la depresión y los motivos de afrontamiento, así como disminuciones en los motivos sociales, de mejora y de conformidad (Graupensperger et al., 2021). A pesar de ello, nosotros no objetivamos resultados significativos en cuanto al diagnóstico. En cuanto a aspectos sociodemográficos, sí observamos un aumento de pacientes separados y una disminución de solteros en el segundo estado de alarma. La literatura refiere que el apoyo social puede reducir el estigma internalizado y mejorar la salud mental entre las personas con problemas de trastorno por uso de sustancias (Birtel, Wood y Kempa, 2017). Esto concuerda con lo reportado en la literatura en la que se señala que los cónyuges, así como resto de familiares y amigos pueden ser factores protectores en los consumidores de tóxicos (Gariépy, Honkaniemi y Quesnel-Vallée, 2016).

A pesar de que el trastorno por uso de sustancias puede estar íntimamente relacionado con la psicosis (Moggi, 2018), en ambos periodos de confinamiento disminuyeron el número de pacientes con trastornos por uso de sustancias que presentaban descompensación psicótica.

Respecto a los pacientes que ingresaron por trastorno por uso de sustancias, en el primer estado de alarma disminuyó su estancia media significativamente y predominó la derivación al alta a domicilio sin procederse a derivaciones a comunidades terapéuticas para consolidar deshabituación. Este hecho concuerda con lo reflejado en otros estudios internacionales en los que se reflejaba la necesidad de mantener los procesos terapéuticos al tratarse de una población vulnerable debido al consumo, la precariedad social y la comorbilidad médica (Chacon et al., 2021). En congruencia con estas dificultades para la continuidad asistencial óptima, nosotros identificamos un retorno al servicio de urgencias de Psiquiatría al alta hospitalaria en un tiempo más acortado que en periodos previos a la pandemia siendo esto más predominante en mujeres consumidoras que en varones consumidores. Este aspecto ya ha sido recogido en un estudio español en el que participaron 21.207 sujetos, reveló que los factores relacionados con el sexo se asociaron con el consumo de alcohol como estrategia de afrontamiento durante la pandemia [mujeres, OR = 0,600, p < 0,001] (Martínez-Cao et al., 2021).

Limitaciones y fortalezas

Estos resultados deben interpretarse teniendo en cuenta algunas limitaciones. En primer lugar, los datos aquí presentados proceden de la historia clínica digital y nos hemos basado en el diagnóstico clínico realizado por diferentes psiquiatras. Sin embargo, al tratarse de un estudio unicéntrico, existe un criterio clínico común entre todos los psiquiatras que trabajan en nuestro servicio de urgencias que respalda la validez interna de los resultados. En segundo lugar, no empleamos medidas validadas de gravedad de los síntomas, sino que se utilizó el "ingreso hospitalario" como medida lógica de la gravedad de la enfermedad. Esta medida aumenta la transferibilidad clínica de nuestros resultados, pero pueden verse afectados por la logística hospitalaria durante la pandemia. Tercero, esta muestra es representativa de una población que promueve servicios de atención secundaria y los resultados pueden no ser generalizables a pacientes que requieran servicios de atención primaria. Cuarto, el período previo a la pandemia de dos meses observado puede resultar corto a pesar de ser representativo de la situación previa a la pandemia. Quinto, no se pudo desglosar íntegramente el tipo de consumo. Finalmente, este es un estudio transversal basado en un servicio de urgencias de un solo centro y no se puede hacer una inferencia causal. Como fortaleza del estudio, hemos podido obtener una muestra representativa de todas las urgencias psiquiátricas atendidas en la provincia por problemática de consumo pudiéndose extraer datos relevantes de interés clínico y asistencial que permitan establecer otros modelos de atención en situación de nueva crisis sanitaria.

Conclusión

Aumentaron las consultas por trastorno por uso de sustancias en el primer estado de alarma siendo más jóvenes y acudiendo por motivos de consulta relacionados con la discontinuidad ambulatoria mientras en el segundo estado de alarma repuntó el consumo de alcohol en personas sin seguimiento previo y con escasa red social. Los ingresos del primer estado de alarma fueron más breves, sin vinculación posterior a otros centros terapéuticos de desintoxicación y con un retorno más precoz a urgencias sobre todo en mujeres consumidoras.

Reconocimientos

Los autores agradecen la correcta recogida de datos en los registros clínicos de la historia clínica informatizada.

Conflicto de intereses

Los autores niegan cualquier tipo de conflicto de interés.

Financiación

Este estudio no ha recibido financiación.

Referencias

- Birtel, M. D., Wood, L. y Kempa, N. J. (2017). Stigma and social support in substance abuse: Implications for mental health and well-being. *Psychiatry Research*, 252, 1-8. doi:10.1016/j.psychres.2017.01.097.
- Boletín Oficial del Estado (BOE) (2020). Documento BOE-A-2020-3692. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3692.
- Bonny-Noach, H. y Gold, D. (2021). Addictive behaviors and craving during the COVID-19 pandemic of people who have recovered from substance use disorder. *Journal of Addictive Diseases*, 39, 257-264. doi:10.1080/10550887.2020.1856298.
- Carstensen, L. L. (1992). Motivation for social contact across the life span: A theory of socioemotional selectivity. Nebr Symp Motiv., 40, 209-54.
- Chacon, N. C., Walia, N., Allen, A., Sciancalepore, A., Tiong, J., Quick, R.,... Rodriguez, I. (2021). Substance use during COVID-19 pandemic: Impact on the underserved communities. *Discoveries (Craiova)*, *9*, e141. doi:10.15190/d.2021.20.
- Czeisler, M. É., Lane, R. I., Petrosky, E., Wiley, J. F., Christensen, A., Njai, R.,... Rajaratnam, S. M. W. (2020). Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic United States, June 24-30, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep., 69, 1049-1057. doi:10.15585/mmwr.mm6932a1.
- EXPANSION (2022). España es el país más afectado por la caída de la productividad en la pandemia. https://www.expansion.com/economia/2020/11/10/5faa-5d47468aebf41b8b468f.html.
- Fabelo-Roche, J. R., Iglesias-Moré, S. y Gómez-García, A. M. (2021). Persons with substance abuse disorders and other addictions: Coping with the COVID-19 pandemic. *MEDICC Review*, 23, 55. doi:10.37757/MR2021. V23.N2.2.
- Faris, L. H., Gabarrell-Pascuet, A., Felez-Nobrega, M., Cristóbal-Narváez, P., Mortier, P., Vilagut, G.,... Domènech-Abella, J. (2021). The association between substance use disorder and depression during the CO-VID-19 lockdown in Spain and the moderating role of social support: A cross-sectional study. *International Jour*nal of Mental Health and Addiction, 27, 1-11. doi:10.1007/ s11469-021-00651-7.
- García-Álvarez, L., Fuente-Tomás, L., Sáiz, P. A., García-Portilla, M. P. y Bobes, J. (2020). Will changes in alcohol and tobacco use be seen during the COVID-19 lockdown? *Adicciones*, 32, 85-89. doi:10.20882/adicciones.1546.

- Gariépy, G., Honkaniemi, H. y Quesnel-Vallée, A. (2016). Social support and protection from depression: Systematic review of current findings in Western countries. *British Journal Psychiatry*, 209, 284-293. doi:10.1192/bjp. bp.115.169094.
- 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.
- Henríquez, J., Gonzalo-Almorox, E., García-Goñi, M. y Paolucci, F. (2020). The first months of the COVID-19 pandemic in Spain. *Health Policy and Technology*, 9, 560-574. doi:10.1016/j.hlpt.2020.08.013.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2020). Población por municipios, sexo y edad (año a año). https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e244/avance/p02/l0/&file=1mun00.px#!tabs-tabla.
- Irigoyen-Otiñano, M., Nicolau-Subires, E., González-Pinto, A., Adrados-Pérez, M., Buil-Reiné, E., Ibarra-Pertusa, L.,... Llorca-Bofi, V. (2022). Characteristics of patients treated for suicidal behavior during the pandemic in a psychiatric emergency department in a Spanish province. Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 15, ISSN 1888-9891. doi:10.1016/j.rpsm.2022.03.004.
- Khatri, U. G. y Perrone, J. (2020). Opioid use disorder and COVID-19: Crashing of the crises. *Journal of Addiction Medicine*, 14, e6-e7. doi:10.1097/ADM.000000000000000684.
- Kim, Y. J., Qian, L. y Aslam, M. S. (2020). The impact of substance use disorder on the mental health among COVID-19 patients: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 99, e23203. doi:10.1097/MD.0000000000023203.
- Martínez-Cao, C., de la Fuente-Tomás, L., Menéndez-Miranda, I., Velasco, Á., Zurrón-Madera, P., García-Álvarez L.,... Bobes, J. (2021). Factors associated with alcohol and tobacco consumption as a coping strategy to deal with the coronavirus disease (COVID-19) pandemic and lockdown in Spain. *Addictive Behaviors*, 121, 107003. doi:10.1016/j.addbeh.2021.107003.
- Moggi, F. (2018). Epidemiologie, ätiologie und behandlung von patienten mit psychosen und komorbider suchter-krankung [epidemiology, etiology and treatment of patients with psychosis and co-morbid substance use disorder]. *Ther Umsch*, 75, 37-43. doi:10.1024/0040-5930/a000964.
- Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N.,... Arango C. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*, 7, 813-824. doi:10.1016/S2215-0366(20)30307-2.

- Patrick, M. E., Terry-McElrath, Y. M., Miech, R. A., Keyes, K. M., Jager, J. y Schulenberg, J. E. (2022). Alcohol use and the COVID-19 pandemic: Historical trends in drinking, contexts, and reasons for use among U.S. adults. *Social Science & Medicine*, 301, 114887. doi:10.1016/j. socscimed.2022.114887.
- Rehm, J., Kilian, C., Ferreira-Borges, C., Jernigan, D., Monteiro, M., Parry, C. D. H.,... Manthey, J. (2020). Alcohol use in times of the COVID 19: Implications for monitoring and policy. *Drug and Alcohol Review*, 39, 301-304. doi:10.1111/dar.13074.
- RTVE (2022). Mapa del coronavirus en el mundo: casos, muertes y los últimos datos de su evolución. https://www.rtve.es/noticias/20220519/mapa-mundial-del-coronavirus/1998143.shtml.
- Samuels, E. A., Clark, S. A., Wunsch, C., Jordison Keeler, L. A., Reddy, N., Vanjani, R. y Wightman, R. S. (2020). Innovation during COVID-19: Improving addiction treatment access. *Journal of Addiction Medicine*, 14, 8-9. doi:10.1097/ADM.0000000000000685.
- Tucker, G. J. (1991). DSM-IV: Proposals for revision of diagnostic criteria for delirium. APA work group on organic disorders of the DSM-IV task force and major contributors. *Int Psychogeriatr*, 3, 197-208.
- 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.
- World Medical Association (2020). World Medical Association Declaration of Helsinki. 7AMA, 310, 2191.







ORIGINAL

Formación en tabaco y alcohol de residentes de salud mental: Relación con su intervención clínica

Training mental health residents in tobacco and alcohol: Relationship with their clinical intervention

Sílvia Mondon*+, Antònia Raich**+, Concepció Martí***, Esteve Fernández***, Montse Ballbè****, Grupo de trabajo de Tabaco y Salud Mental de la Red Catalana de Hospitales sin Humo++.

- * Unidad de Adicciones. Servicio de Psiquiatría. Instituto Clínico de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, España.
- ** División de Salud Mental. Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. Grup SAMIS. Manresa, España.
- *** Servicio de Salud Mental y Adicciones. Fundació Sanitària Mollet. Mollet del Vallès, España.
- **** Unidad de Control del Tabaco. Programa de Prevención y Control del Cáncer. Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet de Llobregat, España.
- **** Grupo de Prevención y Control del Cáncer. Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat, España.
- **** Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES). Madrid, España.
- **** Departamento de Ciencias Clínicas. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universitat de Barcelona. L'Hospitalet de Llobregat, España.
- ⁺ Ambas autoras han contribuido por igual a este trabajo.
- "Los miembros de este grupo también son, por orden alfabético: Laura Antón, Eugeni Bruguera, Margarita Cano, Margarita de Castro-Palomino, Montserrat Contel, Rosa Hernández-Ribas, Rosa Díaz, Isabel Feria, Teresa Fernández, Francina Fonseca, Carmen Gómez, Imma Grau, Antoni Gual, Ana Molano, Gemma Nieva, M. Cristina Pinet, Maite Sanz, Susana Subirà, Josep Maria Suelves, Araceli Valverde, Antonieta Vidal.

Resumen

El objetivo del estudio es analizar la intervención breve 5As en tabaco y alcohol de los profesionales sanitarios residentes de salud mental y analizar su relación con la formación recibida y/o con su propio consumo. Se trata de un estudio transversal en el que se administró un cuestionario autoinformado a residentes de primer año de salud mental de Cataluña de 2016 a 2019 (médicos, psicólogos y enfermeras). Se realizó un análisis descriptivo de las variables y comparación de proporciones a través de pruebas chi-cuadrado. Contestaron 154 profesionales, la mitad no había recibido ninguna formación universitaria sobre intervención en tabaquismo (46,8%), ni en consumo de alcohol (53,2%). Los que sí la habían recibido, aconsejaban, evaluaban y ayudaban a dejar de fumar a sus pacientes con mayor frecuencia (p = 0,008, p = 0,037 y p = 0,039; respectivamente). Los que habían recibido formación en alcohol, aplicaban más consejo, evaluación y deshabituación sobre el alcohol a sus pacientes (p < 0,001; p = 0,001; y p < 0,001; respectivamente). En global, ayudaban más a dejar o reducir el alcohol que el tabaco (p < 0,001). Un 60,1% de todos ellos nunca o raramente ayudaba a sus pacientes a dejar de fumar y un 34,6% en el caso

Abstract

The objective of this study is to describe how mental health professionals in training (residents) apply the brief intervention (5As) on the tobacco and alcohol consumption to their patients, and if this is related to the training received and/or their own consumption. This is a cross-sectional study in which a self-reported questionnaire was administered to first-year residents of mental health professionals in Catalonia (2016-2019) (psychiatrists, psychologists and nurses). We performed a descriptive analysis of the variables and we applied a chi-square test for the comparison of proportions. 154 professionals completed the questionnaire. Half of them had not received any university training on intervention in smoking (46.8%) or in alcohol consumption (53.2%). Those who had received it, advised, assessed and helped their patients to quit smoking more frequently (p = 0.008, p = 0.037 and p =0.039, respectively). Those who had received training in alcohol intervention gave advice, performed assessments and offered help to quit/reduce alcohol among their patients more frequently (p < 0.001, p = 0.001, and p < 0.001, respectively). Residents usually helped more to quit or reduce alcohol than to quit tobacco (p < 0.001). 60.1% of them never or rarely helped their patients

■ Recibido: Mayo 2022; Aceptado: Octubre 2022.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Antònia Raich. Hospital Sant Joan de Déu de Manresa. C/ Dr. Joan Soler s/n. Manresa, 08280 Barcelona. E-mail: araich@althaia.cat

del alcohol. Las enfermeras intervenían más en tabaquismo que en alcohol, hubieran recibido o no formación universitaria. El estudio concluye que la poca formación universitaria recibida por los profesionales se asocia con una frecuencia baja de intervención sobre sus pacientes, sin que exista relación entre el nivel de intervención y su propio consumo.

Palabras clave: enseñanza, internado y residencia, tabaco, consumo de bebidas alcohólicas, salud mental

to stop smoking and 34.6% rarely helped in the case of alcohol. In general, nurses did more intervention for tobacco than alcohol use, regardless of the training received. The lack of training of professionals in tobacco and alcohol intervention at university is related to a lack of intervention on patients in their professional practice, regardless of their own consumption.

Keywords: teaching, internship and residency, tobacco, alcohol drinking,

l consumo de tabaco y alcohol son dos de las causas de morbimortalidad más importantes en los países desarrollados (WHO, 2009; WHO, 2018). Los pacientes con patologías psiquiátricas presentan una prevalencia de tabaquismo muy superior a la población general (Guydish et al., 2011; Lasser et al., 2000). Existe evidencia sobre la relación del tabaquismo con la disminución de la esperanza de vida de los pacientes psiquiátricos (Colton y Manderscheid, 2006) y el empeoramiento de su patología psiquiátrica (Jones, Thornicroft, Coffey y Dunn, 1995; Montoya, Herbeck, Svikis y Pincus, 2005). Se observa también que los pacientes con enfermedades mentales son más vulnerables a presentar consumos de riesgo de alcohol (Arias et al., 2016) con las consecuencias que ello comporta tanto en una peor evolución de su patología psiquiátrica (Vanable, Carey, Carey y Maisto, 2003) como un empeoramiento significativo de su salud física (Gual, Bravo, Lligona y Colom, 2009). Una de las principales dificultades para que los fumadores abandonen su consumo es la falta de motivación para hacerlo. Por ello, el consejo de un profesional sanitario juega un papel importante en la abstinencia tabáquica y en la reducción del consumo de riesgo de alcohol. La intervención breve propuesta por la OMS, basada en las 5A (Ask: Preguntar por el consumo; Advice: Aconsejar dejar/reducir el consumo; Assess: Evaluar la disposición al cambio; Assist: Ayudar en el cambio; Arrange: Acordar seguimiento), e implementada por profesionales sanitarios ha mostrado eficacia respecto al cambio de hábitos en el consumo de tabaco y alcohol (Fiore et al., 2008; Kaner et al., 2009), y debería ser prioritaria con este grupo de pacientes. La aceptación social que el consumo de alcohol y el tabaco han tenido históricamente en nuestra cultura dificulta la percepción de riesgo en la población general, percepción compartida a menudo por algunos profesionales sanitarios. Si añadimos a ello las carencias en la formación respecto a adicciones en el sistema universitario (Richmond, Zwar, Taylor, Hunnisett y Hyslop, 2009), todo ello podría explicar una falta de implicación de los profesionales sanitarios en el abordaje de estos temas (Carson et al., 2012). El consumo de tabaco y alcohol de los profesionales sanitarios podría tener también un peso importante, tanto en mantener la aceptación social de estos consumos, puesto que son profesiones con un rol modélico a nivel social, como en lo que se refiere a las intervenciones en su práctica profesional. Numerosos estudios han mostrado que los pro-

fesionales sanitarios fumadores se implican menos y hacen menos intervenciones con sus pacientes que los no fumadores, incluyendo el consejo mínimo, y que cuando lo hacen, obtienen peores resultados (Juárez-Jiménez, Pérez-Milena, Valverde-Bolívar y Rosa-Garrido, 2015a). Por otra parte, no se han encontrado estudios que relacionen la formación universitaria recibida y el nivel de intervención en tabaco y alcohol específicamente, aunque algún estudio apunta a que dicha intervención se da con mayor frecuencia cuando el profesional se siente más formado en estos campos (Herrero, Segura, Martínez, García y Torre, 2018; Zafra-Ramírez, Pérez-Milena, Valverde-Bolívar, Rodríguez-Bayón y Delgado-Rodríguez, 2019).

El objetivo de este estudio fue describir la intervención sobre el consumo de tabaco y alcohol por parte de los profesionales en formación especializada sanitaria (residentes) en salud mental y analizar si está relacionada con la formación recibida en sus planes de estudios universitarios, con su rol profesional y/o con su consumo de tabaco y alcohol.

Métodos

Se realizó un estudio observacional transversal mediante un cuestionario autoinformado administrado en mayo de 2016, 2017, 2018 y 2019. La población diana fueron todos los profesionales sanitarios residentes de primer año del ámbito de salud mental de Cataluña (graduados en Medicina cursando la especialidad de psiquiatría, en Psicología cursando la especialidad de psicología clínica y graduados en enfermería cursando la especialidad de salud mental). En España, la especialidad en salud mental se realiza exclusivamente para médicos, psicólogos y enfermeras. Así pues, la población diana consistió en 363 residentes de primer año (de 2016 a 2019) de psiquiatría, psicología clínica y enfermería especialista en salud mental.

El cuestionario, anónimo, se entregó justo antes de iniciar una sesión conjunta de formación (de tres horas de duración) de todos los residentes de primer año en las tres especialidades, de obligada asistencia, sobre abordaje del tabaco y el alcohol. El cuestionario fue elaborado *ad hoc* por un grupo de expertos multidisciplinario, consta de 27 ítems en los que se incluyen: datos sociodemográficos (3 ítems); formación recibida sobre tabaco y alcohol durante su carrera universitaria (3 ítems); intervención que realizan habitualmente con sus pacientes en tabaco (6 ítems) y

alcohol (6 ítems), basado en la intervención de las 5 As recomendada por la OMS. Para cada una de las acciones de la intervención basada en las 5 As se ofrecían cinco opciones de respuesta según si realizaban esa acción "Siempre", "Frecuentemente", "A veces", Raramente" o "Nunca". En el cuestionario también se incluyeron preguntas sobre hábitos de consumo de tabaco y alcohol del profesional, evaluando el nivel de dependencia al tabaco mediante el Heaviness of Smoking Index (HSI) (Heatherton, Kozlowski, Frecker, Rickert y Robinson, 1989) y al alcohol mediante el test AUDIT (Pérula de Torres et al., 2005). Se describió el consumo de alcohol mediante Unidades de Bebida Estándar (UBE), donde 1 UBE son 10 gr. de alcohol.

Se realizó un análisis descriptivo de las principales variables calculando la frecuencia y porcentaje de las variables cualitativas y la media y desviación estándar para las variables cuantitativas. Para comparar proporciones se utilizó la prueba de Chi cuadrado fijando la significación estadística en p < 0,05. Las cinco opciones de respuesta para cada una de las acciones de la intervención basada en las 5 As se agruparon en tres categorías: "Siempre/Frecuentemente", "A veces" y "Nunca/Raramente".

El trabajo se llevó a cabo en conformidad con el Código de Ética de la Asociación Médica Mundial (Declaración de Helsinki de 1975).

Todos los análisis se llevaron realizaron con el paquete estadístico SPSS 20.0 (SPSS Inc, Chicago IL, USA).

Resultados

De los 363 residentes de primer año en salud mental (de 2016, 2017, 2018 y 2019), 169 participaron en las sesiones formativas sobre tabaco y alcohol. Obtuvimos respuesta al cuestionario de 154 (50 médicos, 38 psicólogos y 66 enfermeras) con una tasa de respuesta del 91,1%. La distribución por años fue de 44 en el año 2016, 48 en 2017, 29 en 2018 y 33 en el 2019, sin diferencias en la distribución por profesión (datos no mostrados).

Como se observa en la Tabla 1, la edad media fue de 26,5 años (DE: 3,8); el 78,8% eran mujeres, el 16,3% eran fumadores (18,4% psicólogos, 18,4% médicos y 13,6% enfermeras). Según el HSI el 90% presentaba dependencia baja y el 10% dependencia media. La media de intentos de dejar de fumar entre todos los fumadores fue de 1,3 (DE: 1,1) y el 25,7% no había realizado nunca ningún intento. En cuanto al alcohol, el 79,1% (85,7% médicos, 78,9% psicólogos y 74,2% enfermeras), informaron que bebían, aunque el consumo era moderado, una media de 3 UBE los días festivos y 0,4 los laborables. No se hallaron diferencias significativas en el nivel de consumo ni de alcohol ni de tabaco entre hombres y mujeres (datos no mostrados).

En cuanto a la formación recibida en sus estudios universitarios, el 46,8% no había recibido ninguna formación en intervención en tabaquismo, siendo las enfermeras las que más formación habían recibido (el 59,1% sí había recibido formación). En cuanto a la formación en intervención en alcohol, el 53,2% informó no haber recibido ninguna formación, siendo las enfermeras las que menos (36,4% sí tuvo formación) y los psicólogos los que más (55,3% sí tuvo formación). En cuanto a otras drogas tan solo el 37,0% había recibido formación (Tabla 1).

Respecto a la intervención en su lugar de trabajo, observamos que, en global, se interviene mucho más en alcohol que en tabaco en todos los niveles de intervención (Tabla 2).

Asimismo, se realizó un análisis comparativo entre los distintos niveles de intervención y la formación recibida. Los resultados mostraron que tanto en tabaco como en alcohol no existía relación entre la formación recibida y la frecuencia en que preguntaban y anotaban el consumo. Mientras que el nivel de intervención aconsejando, valorando la disposición a dejarlo y ayudando a la cesación mostraba diferencias claramente significativas en función de la formación recibida, tanto en tabaco como en alcohol. Es decir, menor frecuencia de intervención en los residentes que no recibieron formación durante la carrera universitaria: tanto si hablamos de dar consejo (p = 0.008 y p < 0.001para tabaco y alcohol respectivamente), como de evaluar la disposición del paciente al cambio (p = 0.037 y p = 0.001), como de ayudar al cambio con pautas precisas (p = 0.039y p < 0.001) y realizar un seguimiento (p = 0.071 y p <0,001) (Tabla 4).

En el análisis de la intervención por grupos profesionales en fumadores, observamos que los que menos preguntaban eran los psicólogos. El 63,2% de ellos preguntaba sobre el tabaco siempre o casi siempre, mientras que el 87,7% del resto de profesionales sí lo hacía. En cuanto al consejo, tan sólo un 8,1% de los psicólogos lo daba siempre o casi siempre mientras que entre las enfermeras era el 34,8% y los médicos el 13,3%. El 73,5% de los médicos y el 71,1% de los psicólogos refirió no ayudar nunca o raramente a sus pacientes a dejar de fumar y un 22,4% y un 26,3% respectivamente, a veces. Tan solo el 4,1% de los médicos y el 2,6% de los psicólogos reportó realizar esta ayuda siempre o casi siempre, mientras que las enfermeras afirmaron hacerlo un 25,8%. Respecto a acordar un seguimiento, un 33,3% de los psicólogos lo realizaban siempre o casi siempre mientras que las enfermeras un 47,0% y los médicos un 22,9% (Tabla 3).

Por lo que respecta a la intervención en consumo de alcohol, los psicólogos preguntaban siempre o casi siempre un 86,8% de ellos, frente a un 87,9% de las enfermeras y un 96,0% de los médicos; aconsejaban siempre o casi siempre el 51,4% de los psicólogos, el 48% de los médicos, el 31,8% de las enfermeras. En cuanto a la evaluación de la motivación para dejar o reducir el alcohol, el 62,2% de los psicólogos la realizaba siempre o casi siempre, frente al 52,0% de los médicos y el 42,4% de las enfermeras; respecto a la ayuda para cambiar el consumo de alcohol el 46,0%

Tabla 1 Características sociodemográficas y conductuales de los participantes

Variable	Todos % (n)	Psiquiatras % (n)	Psicólogos/as % (n)	Enfermeros/as % (n)
Todos	100% (154)	32,5 (50)	24,6 (38)	42,9 (66)
Sexo				
Hombre	21,2 (32)	28,0 (14)	18,9 (7)	16,9 (11)
Mujer	78,8 (119)	70,0 (35)	63,1 (30)	83,1 (54)
Edad (media, DE)	26,5 (3,8)	27,1 (3,3)	26,8 (2,2)	26,0 (4,4)
Consumo de tabaco				
Nunca fumadores	70,6 (108)	69,4 (34)	71,1 (27)	71,2 (47)
Exfumadores	13,1 (20)	12,2 (6)	10,5 (4)	15,2 (10)
Fumadores	16,3 (25)	18,4 (9)	18,4 (7)	13,6 (9)
Bebe alcohol				
Sí	79,1 (121)	85,7 (42)	78,9 (30)	74,2 (49)
No	20,9 (32)	14,3 (7)	21,1 (8)	25,8 (17)
UBEs en días laborables (media, DE)	0,4 (0,6)	0,6 (0,8)	0,3 (0,5)	0,2 (0,5)
UBEs días festivos (media, DE)	3,0 (2,4)	3,0 (1,8)	2,9 (1,9)	2,9 (3,1)
Formación en tabaquismo en la Universidad				
Sí	53,2 (82)	56,0 (28)	39,5 (15)	59,1 (39)
No	46,8 (72)	44,0 (22)	60,5 (23)	40,9 (27)
Formación en consumo de alcohol en la universidad				
Sí	46,8 (72)	46,0 (23)	55,3 (21)	36,4 (24)
No	53,2 (82)	54,0 (27)	44,7 (17)	63,6 (42)
Formación en otras drogas en la universidad				
Sí	37,0 (57)	40,0 (20)	44,7 (17)	30,3 (20)
No	63,0 (97)	60,0 (30)	55,3 (21)	69,7 (46)

Nota. n = 154. 1 UBE = 10gr de alcohol.

Tabla 2 Utilización de la intervención 5As para el consumo de tabaco y el consumo de alcohol de los participantes

Variable	Tabaco	Alcohol	p*
Preguntar (Ask)	% (n)	% (n)	<0.001
Siempre / Frecuentemente	87,7 (135)	90,3 (139)	10,001
A veces	7,1 (11)	7,8 (12)	
Nunca / Raramente	. , ,		
	5,2 (8)	1,9 (3)	10.004
Aconsejar (Advice)			<0,001
Siempre / Frecuentemente	22,7 (33)	41,8 (64)	
A veces	31,6 (48)	36,6 (56)	
Nunca / Raramente	46,7 (71)	21,6 (33)	
Evaluar la disposición para el cambio (Assess)			<0,001
Siempre / Frecuentemente	27,9 (43)	50,3 (77)	
A veces	33,8 (52)	31,4 (48)	
Nunca / Raramente	38,3 (59)	18,3 (28)	
Ayudar (Assist)			<0,001
Siempre / Frecuentemente	13,1 (20)	32,7 (50)	
A veces	26,8 (41)	32,7 (50)	
Nunca / Raramente	60,1 (92)	34,6 (53)	
Acordar seguimiento (Arrange)	,- (,	- 1/2 (02)	<0,001
Siempre / Frecuentemente	36,0 (54)	50,0 (76)	
A veces	22,7 (34)	27,0 (41)	
Nunca / Raramente	41,3 (62)	23,0 (35)	
Registra el consumo	, , ,	,	0,009
Siempre / Frecuentemente	76,0 (117)	83,1 (128)	•
A veces	12,3 (19)	9,7 (15)	
Nunca / Raramente	11,7 (18)	7,1 (11)	

Nota. n = 154.

Algunas cifras no suman el total debido a algunos valores perdidos.

^{*}Prueba de Chi cuadrado.

Tabla 3 Utilización de la intervención 5As para el consumo de tabaco y alcohol según la profesión

Variable	Todos % (n)	Psiquiatras % (n)	Psicólogos/as % (n)	Enfermeros/as % (n)
Todos	100% (154)	32,5 (50)	24,6 (38)	42,9 (66)
TABACO				
Preguntar (Ask)				
Siempre / Frecuentemente	87,7 (135)	98,0 (49)	63,2 (24)	93,9 (62)
A veces	7,1 (11)	0	23,7 (9)	3,0 (2)
Nunca / Raramente	5,2 (8)	2,0 (1)	13,2 (5)	3,0 (2)
Aconsejar (Advice)				
Siempre / Frecuentemente	21,7 (33)	13,3 (7)	8,1 (3)	34,8 (23)
A veces	31,6 (48)	26,5 (13)	18,9 (7)	42,4 (28)
Nunca / Raramente	46,7 (71)	59,2 (29)	73,0 (27)	22,7 (15)
Evaluar la disposición para el cambio (Assess)				
Siempre / Frecuentemente	27,9 (46)	18,0 (9)	7,9 (3)	47,0 (31)
A veces	33,8 (52)	34,0 (17)	31,6 (12)	34,8 (23)
Nunca / Raramente	38,3 (59)	48,0 (24)	60,5 (23)	18,2 (12)
Ayudar (Assist)				
Siempre / Frecuentemente	13,1 (20)	4,1 (2)	2,6 (1)	25,8 (17)
A veces	26,8 (41)	22,4 (11)	26,3 (10)	30,3 (20)
Nunca / Raramente	60,1 (92)	73,5 (36)	71,1 (27)	43,9 (29)
Acordar seguimiento (Arrange)				
Siempre / Frecuentemente	36,0 (54)	22,9 (11)	33,3 (12)	47,0 (31)
A veces	22,7 (34)	16,7 (8)	11,1 (4)	33,3 (22)
Nunca / Raramente	41,3 (62)	60,4 (29)	55,6 (20)	19,7 (13)
Registra el consumo				
Siempre / Frecuentemente	76,0 (117)	84,0 (42)	50,0 (19)	84,8 (56)
A veces	12,3 (19)	10,0 (5)	15,8 (6)	12,1 (8)
Nunca / Raramente	11,7 (18)	6,0 (3)	34,2 (13)	3,0 (2)
ALCOHOL				
Preguntar (Ask)				
Siempre / Frecuentemente	90,3 (139)	96,0 (48)	86,8 (33)	87,9 (58)
A veces	7,8 (12)	4,0 (2)	10,5 (4)	9,1 (6)
Nunca / Raramente	1,9 (3)	0	2,6 (1)	3,0 (2)
Aconsejar (Advice)				
Siempre / Frecuentemente	41,8 (64)	48,0 (24)	51,4 (19)	31,8 (21)
A veces	36,6 (56)	40,0 (20)	18,9 (7)	43,9 (29)
Nunca / Raramente	21,6 (33)	12,0 (6)	29,7 (11)	24,2 (16)
Evaluar la disposición para el cambio (Assess)				
Siempre / Frecuentemente	50,3 (77)	52,0 (26)	62,2 (23)	42,4 (28)
A veces	31,4 (48)	32,0 (16)	18,9 (7)	37,9 (25)
Nunca / Raramente	18,9 (28)	16,0 (8)	18,9 (7)	19,7 (13)
Ayudar (Assist)				
Siempre / Frecuentemente	34,6 (53)	46,0 (23)	37,8 (14)	24,2 (16)
A veces	32,7 (50)	28,0 (14)	18,9 (7)	43,9 (29)
Nunca / Raramente	32,7 (50)	26,0 (13)	43,2 (16)	31,8 (21)
Acordar seguimiento (Arrange)				
Siempre / Frecuentemente	50,0 (76)	58,0 (29)	55,6 (20)	40,9 (27)
A veces	27,0 (41)	22,0 (11)	11,1 (4)	39,4 (26)
Nunca / Raramente	23,0 (35)	20,0 (10)	33,3 (12)	19,7 (13)
Registra el consumo				
Siempre / Frecuentemente	83,1 (128)	94,0 (47)	65,8 (25)	84,8 (56)
A veces	9,7 (15)	4,0 (2)	15,8 (6)	10,6 (7)
Nunca / Raramente	7,1 (11)	2,0 (1)	18,4 (7)	4,5 (3)

Nota. n = 154.

Tabla 4 Utilización de la intervención 5As en tabaco y alcohol según la formación recibida en la universidad

Variable	Todos n=154 % (n)	Formación en la universidad Tabaco n=82; Alcohol n=72 SÍ % (n)	Formación en la universidad Tabaco n=72; Alcohol n=82 NO % (n)	p*
TABACO				
Preguntar (Ask)				0,858
Siempre / Frecuentemente	87,7 (135)	86,6 (71)	88,9 (64)	,
A veces	7,1 (11)	7,3 (6)	6,9 (5)	
Nunca / Raramente	5,2 (8)	6,1 (5)	4,2 (3)	
Aconsejar (Advice)	-, (-,	-, (-,	,	0,008
Siempre / Frecuentemente	21,7 (33)	31,7 (26)	12,5 (9)	.,
A veces	31,6 (48)	32,9 (27)	29,2 (21)	
Nunca / Raramente	46,7 (71)	35,4 (29)	58,3 (42)	
Evaluar la disposición para el cambio (Assess)	10,7 (71)	33, 1 (23)	30,3 (12)	0,037
Siempre / Frecuentemente	27,9 (46)	36,6 (30)	18,1 (13)	0,037
A veces	33,8 (52)	30,5 (25)	37,5 (27)	
Nunca / Raramente	38,3 (59)	32,9 (27)	44,4 (32)	
	30,3 (33)	32,9 (27)	44,4 (32)	0,039
Ayudar (Assist)	12 1 (20)	16.0.(12)	97/71	0,039
Siempre / Frecuentemente	13,1 (20)	16,0 (13)	9,7 (7)	
A veces	26,8 (41)	33,3 (27)	19,4 (14)	
Nunca / Raramente	60,1 (92)	50,6 (41)	70,8 (51)	0.074
Acordar seguimiento (Arrange)	060(54)	10.0 (0.1)	22.2 (22)	0,071
Siempre / Frecuentemente	36,0 (54)	43,0 (34)	28,2 (20)	
A veces	22,7 (34)	24,1 (19)	21,1 (15)	
Nunca / Raramente	41,3 (62)	32,9 (26)	50,7 (36)	
Registra el consumo				0,398
Siempre / Frecuentemente	76,0 (117)	72,0 (59)	80,6 (58)	
A veces	12,3 (19)	13,4 (11)	11,1 (8)	
Nunca / Raramente	11,7 (18)	14,6 (12)	8,3 (6)	
ALCOHOL				
Preguntar (Ask)				0,237
Siempre / Frecuentemente	90,3 (139)	93,1 (67)	87,8 (72)	
A veces	7,8 (12)	6,9 (5)	8,5 (7)	
Nunca / Raramente	1,9 (3)	0	3,7 (3)	
Aconsejar (Advice)				<0,001
Siempre / Frecuentemente	41,8 (64)	58,3 (42)	27,2 (22)	
A veces	36,6 (56)	26,4 (19)	45,7 (37)	
Nunca / Raramente	21,6 (33)	15,3 (1)	27,2 (22)	
Evaluar la disposición para el cambio (Assess)				0,001
Siempre / Frecuentemente	50,3 (77)	66,7 (48)	35,8 (29)	
A veces	31,4 (48)	19,4 (14)	42,0 (34)	
Nunca / Raramente	18,9 (28)	13,9 (10)	22,2 (18)	
Ayudar (Assist)			• •	<0,001
Siempre / Frecuentemente	34,6 (53)	51,4 (37)	19,8 (16)	,
A veces	32,7 (50)	26,4 (19)	38,3 (31)	
Nunca / Raramente	32,7 (50)	22,2 (16)	42,0 (34)	
Acordar seguimiento (Arrange)	,. (50)			<0,001
Siempre / Frecuentemente	50,0 (76)	72,2 (52)	30,0 (24)	-5,001
A veces	27,0 (41)	12,5 (9)	40,0 (32)	
Nunca / Raramente	23,0 (41)	15,3 (11)	30,0 (24)	
Registra el consumo	(دد) ۵٫۰ دے	(11) حرد ا	50,0 (24)	0,241
•	92 1 /120\	86.1 (62)	80 5 (66)	0,241
Siempre / Frecuentemente	83,1 (128)	86,1 (62)	80,5 (66)	
A veces	9,7 (15)	5,6 (4)	13,4 (11)	
Nunca / Raramente	7,1 (11)	8,3 (6)	,1 (5)	

Nota. Algunas cifras no suman el total debido a algunos valores perdidos. *Prueba de Chi cuadrado.

de los médicos decían hacerlo siempre o casi siempre frente al 37,8% de los psicólogos y el 24,2% de las enfermeras; acordar un seguimiento lo realizaban el 58,0% de médicos, el 55,6% de psicólogos y el 40,9% de enfermeras (Tabla 3).

Cuando analizamos el nivel de intervención en función del género del profesional no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en la frecuencia de intervención, tanto para la intervención en tabaco como en alcohol, con excepción de la variable *preguntar al paciente si bebe*, en la que las mujeres lo realizan siempre o frecuentemente, más habitualmente que los hombres (92,4% vs 81,3%; p = 0,028).

Si analizamos la relación entre grupo profesional, formación e intervención observamos que en cuanto al tabaco la variable más relevante es la profesión, con un nivel de significación de (p = 0,007), mientras que para el alcohol la variable más relevante es haber recibido formación (p < 0,001).

Cuando analizamos la relación entre la variable consumo del profesional y nivel de intervención no se observó una relación significativa ni en tabaco, ni en alcohol.

Discusión

Según los resultados de este estudio, el nivel de intervención sistemática de los profesionales sobre el consumo de tabaco y alcohol en pacientes en tratamiento por trastornos de salud mental es bajo, siendo en global ligeramente superior la intervención sobre alcohol que sobre tabaco.

Para una precisa interpretación de los resultados es importante tener en cuenta las limitaciones de este estudio. Una de las principales limitaciones radica en la naturaleza autoreportada de los datos que podría sesgar los resultados si los residentes declararan una mayor intervención en sus pacientes y un menor consumo propio de tabaco y especialmente de alcohol. Por otra parte, la muestra de residentes puede estar sesgada, pues el 54,5% no acudieron a la formación y por tanto no participaron en el estudio. Estos residentes podrían no haber atendido a la formación por haber sido ya formados en el grado, por lo que la falta de formación y acaso la falta de práctica se estaría sobreestimando en los residentes estudiados. No obstante, el porcentaje de asistencia a esta formación es similar al de sesiones de otras temáticas dentro de este mismo ciclo de sesiones formativas. Finalmente, este trabajo ha relacionado el nivel de formación recibido por los profesionales con su nivel de intervención clínica, y aunque estar formado es condición principal y básica para intervenir, otras variables pueden estar influyendo en el nivel de intervención, por ejemplo, seguir el modelo de los profesionales seniors o seguir las prioridades marcadas por el centro en el que trabajan, entre otras razones no recogidas en este estudio. No obstante, los resultados se obtienen de profesionales que trabajan en diferentes centros sanitarios de Cataluña con diferentes situaciones y características, por lo que este aspecto podría tener efectos limitados.

Como fortalezas de este estudio es remarcable la alta tasa de respuestas al cuestionario de los residentes que acudieron a la formación y el hecho de ser de los pocos estudios en España que analizan la relación entre formación, intervención y hábitos de consumo en tabaco y alcohol de los residentes de salud mental.

A pesar de la evidencia científica existente sobre la importancia del consumo de tabaco y alcohol en los pacientes psiquiátricos (Callaghan et al., 2014; Callaghan, Gatley, Sykes y Taylor, 2018; Petrakis, Gonzalez, Rosenheck y Krystal, 2002) hemos observado que menos de un 15% de los profesionales presta alguna ayuda para dejar de fumar de manera sistemática. En cuanto al alcohol, parece que el nivel de intervención es algo mayor (un 32%). Esta frecuencia, sin embargo, es muy similar a la que encuentran otros estudios, en los que también se pone de manifiesto un alto interés por recibir formación (Prochaska, Fromont y Hall, 2005). Respecto al género, en general, no hemos encontrado diferencias entre hombres y mujeres en la frecuencia de intervención. No obstante, los resultados se deben interpretar con cautela puesto que la muestra sólo incluye un 21% de hombres y quizás en una muestra total mayor se podrían observar algunas tendencias significativas.

La formación recibida se relaciona con el tipo de intervenciones que realiza el profesional. En nuestro estudio la relación parece ser negativa, es decir, haber recibido formación no se relaciona forzosamente con una mayor intervención, pero no haberla recibido sí que se relaciona con una menor intervención, tal como se ha evidenciado en otros estudios (Carson et al., 2012; Prochaska et al., 2008).

Alrededor de la mitad de los profesionales residentes de salud mental de primer año en Cataluña no han recibido en su carrera universitaria (Medicina, Psicología y Enfermería) ninguna formación en intervención en tabaco y alcohol, lo que parece traducirse en una ausencia de intervención sobre sus pacientes. Si tenemos en cuenta la relevancia que el consumo de tabaco y alcohol tienen en la salud de las personas que presentan trastornos mentales, tanto desde el punto de vista de prevalencia, como de morbimortalidad, así como de gravedad de la patología psiquiátrica, resulta incomprensible la escasa formación recibida, lo que probablemente sea debido a un decalaje entre los planes de estudios y la evidencia científica.

El porcentaje de residentes fumadores se encuentra por debajo del de la población general adulta (22,6% en Cataluña) (ESCA 2021, Generalitat de Catalunya, 2022) siendo similar al encontrado en otro estudio (Juárez-Jiménez, Valverde-Bolívar, Pérez-Milena y Moreno-Corredor, 2015b) con muestras de residentes. Destaca el hecho de que psicólogos y médicos en nuestra muestra son los que más fuman, aunque la prevalencia sigue siendo menor que en la población general. En el caso del alcohol, la mayor parte

de residentes son consumidores (79,1%) como se ha observado en otro estudio (Bolívar, Milena y Corredor, 2013), aunque en muy baja cantidad y frecuencia.

Cabe señalar que entre las enfermeras la prevalencia de fumadores es menor (13,6%) que en el resto de profesionales (18,4% en psicólogos y médicos).

Los psicólogos son los que realizan menos intervención en prácticamente todas las fases de las 5As y, aunque podría intervenir el factor formación, no son los que menos formación han recibido, puesto que el 50% manifiesta haber recibido formación. Tampoco parece influir el estatus del fumador como sí apuntan algunos estudios (Cerrada, Olmeda, Senande, Rodríguez y Cuesta, 2005; Juárez-Jiménez et al., 2015a). Existe pues un bajo nivel de intervención de los psicólogos lo cual resulta además paradójico, puesto que las intervenciones en tabaco y alcohol están fundamentadas básicamente en técnicas psicológicas (counselling, entrevista motivacional o estrategias conductuales y de reestructuración cognitiva en prevención de recaídas).

Llama la atención la formación recibida por los profesionales de enfermería: mientras que el 59,1% manifiesta haber recibido formación en tabaquismo, tan sólo el 36,4% dice haber recibido formación en abordaje del consumo de alcohol. Estos datos se traducen en un alto nivel de intervención en tabaquismo frente a un nivel menor de intervención en problemas de alcohol, cuando las habilidades y técnicas para la intervención, exceptuando el consumo grave de alcohol, son similares y la necesidad de intervención desde la promoción de la salud es la misma.

La intervención en tabaquismo en el ámbito de la salud mental en nuestro país es aún deficiente, tanto en intervención clínica, como en formación de los profesionales, entre otros aspectos (Ballbè et al., 2012). Las personas con trastornos mentales graves mueren una media de 25 años antes que la población general por enfermedades causadas o empeoradas por el tabaco (Bolívar et al., 2013; Colton y Manderscheid, 2006; Miller, Paschall y Svendsen, 2006). Así mismo, existe evidencia clara de que los pacientes con enfermedades mentales consumidores de tabaco y alcohol tienen peor evolución en su patología psiquiátrica (American Psychiatric Association, 2006). Sin embargo, no parece que todo ello haya generado cambios, ni en el ámbito de la formación ni en el de la práctica clínica. Los resultados de este estudio muestran la necesidad de introducir variaciones en los aprendizajes que realizan los profesionales de salud mental puesto que la formación estaría asociada a un aumento de la intervención, así como a una respuesta distinta en las actitudes frente a esta intervención (Payne et al., 2014; Prochaska et al., 2008).

Es importante, pues, incorporar la intervención en tabaco y alcohol, así como de otras drogas, en el currículo universitario de las profesiones sanitarias para fomentar una mayor sensibilización y aumentar el nivel de intervención clínica lo cual aumentaría la calidad y la esperanza de vida de una población altamente vulnerable.

Conclusiones

La formación universitaria sobre intervención en el consumo de tabaco y alcohol recibida por los profesionales del ámbito de la salud mental se asocia directamente con la frecuencia de intervención sobre sus pacientes en su práctica clínica habitual, siendo los profesionales que recibieron más formación en sus estudios de grado los que más intervenían. El rol profesional mostró diferencias, siendo las enfermeras las que realizaban intervenciones con mayor frecuencia en tabaco y los médicos en alcohol. El estatus de consumo de tabaco y alcohol de los profesionales no ha mostrado relación con el nivel de intervención. Dado que tan solo la mitad de los profesionales habían recibido formación en este ámbito y debido a la importancia de este tipo de intervención para la salud pública, sería recomendable revisar los currículos universitarios de las profesiones sanitarias.

Reconocimientos

Los autores quieren agradecer a todos los residentes de salud mental su colaboración en la cumplimentación de los cuestionarios de este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses con este trabajo.

Financiación

E. Fernández y M. Ballbè reciben financiación del Departamento de Universidades e Investigación de la Generalitat de Catalunya (2017SGR319) y agradecen el apoyo del programa CERCA de la Generalitat de Catalunya. La fuente de financiación no ha participado en ninguna etapa de la ideación ni realización del estudio ni del manuscrito.

Referencias

American Psychiatric Association (2006). Practice Guideline for the treatment of psychiatric disorders compedium 2006 (American Psychiatric Pub:2006). APA.

Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I. y Rentero, D. (2016). Trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Adicciones*, 29, 186. doi:10.20882/adicciones.782.

Ballbè, M., Nieva, G., Mondon, S., Pinet, C., Bruguera, E., Saltó, E.,... Smoking and mental health group (2012). Smoke-free policies in psychiatric services: Iden-

- tification of unmet needs. *Tobacco Control*, 21, 549-554. doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050029.
- Bolívar, F. J. V., Milena, A. P. y Corredor, A. M. (2013). Consumo de drogas entre los Especialistas Internos Residentes de Jaén (España) y su relación con el consejo clínico. Adicciones, 25, 243-252.
- Callaghan, R. C., Veldhuizen, S., Jeysingh, T., Orlan, C., Graham, C., Kakouris, G.,... Gatley, J. (2014). Patterns of tobacco-related mortality among individuals diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or depression. *Journal of Psychiatric Research*, 48, 102-110. doi:10.1016/j. jpsychires.2013.09.014.
- Callaghan, R. C., Gatley, J. M., Sykes, J. y Taylor, L. (2018). The prominence of smoking-related mortality among individuals with alcohol- or drug-use disorders. *Drug and Alcohol Review*, 37, 97-105. doi:10.1111/dar.12475.
- Carson, K. V., Verbiest, M. E., Crone, M. R., Brinn, M. P., Esterman, A. J., Assendelft, W. J. y Smith, B. J. (2012). Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858. CD000214.pub2.
- Cerrada, E. C., Olmeda, C. L., Senande, E. B., Rodríguez, B. G. y Cuesta, T. S. (2005). Opiniones, prácticas, barreras y predisposición al cambio, a la hora de dar consejo para dejar de fumar. *Atención Primaria*, *36*, 434-441.
- Colton, C. W. y Manderscheid, R. W. (2006). Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among Public Mental Health clients in eight states. *Preventing Chronic Disease*, 3. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1563985/.
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. y Curry, S. J. (2008). Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service clinical practice guideline executive summary. *Respiratory Care*, 53, 1217-1222. http://rc.rcjournal.com/content/53/9/1217.
- Generalitat de Catalunya (2022). El estado de salud, los comportamientos relacionados con la salud y el uso de servicios sanitarios en Cataluña, ESCA 2021. https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/resultats_enquesta_salut_catalunya/.
- Gual, A., Bravo, F., Lligona, A. y Colom, J. (2009). Treatment for alcohol dependence in Catalonia: Health outcomes and stability of drinking patterns over 20 years in 850 patients. *Alcohol and Alcoholism*, 44, 409-415. doi:10.1093/alcalc/agp032.
- Guydish, J., Passalacqua, E., Tajima, B., Chan, M., Chun, J. y Bostrom, A. (2011). Smoking prevalence in addiction treatment: A review. *Nicotine & Tobacco Research*, 13, 401-11.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., Rickert,W. y Robinson, J. (1989). Measuring the heaviness of smoking: Using self-reported time to the first cigarette of

- the day and number of cigarettes smoked per day. *British Journal of Addiction*, 84, 791-799.
- Herrero, M. T. V., Segura, I. T., Martínez, O. S., García, L. C. y Torre, M. V. R. I. de la. (2018). Factores relacionados con el hábito tabáquico en personal sanitario. *Medicina Balear, 33,* 11-18. https://dialnet.unirioja.es/ servlet/articulo?codigo=6795214.
- Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M. y Dunn, G. (1995). A brief mental health outcome scale: Reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *The British Journal of Psychiatry*, 166, 654-659. doi:10.1192/bjp.166.5.654.
- Juárez-Jiménez, M. de la V., Pérez-Milena, A., Valver-de-Bolívar, F.J. y Rosa-Garrido, C. (2015). Prevalencia y factores asociados a la práctica del consejo clínico contra el consumo de drogas entre los especialistas internos residentes de Andalucía (España). *Atención Primaria*, 47, 659-668. doi:10.1016/j.aprim.2014.11.009.
- Juárez-Jiménez, M. V., Valverde-Bolívar, F. J., Pérez-Milena, A. y Moreno-Corredor, A. (2015). Características del consumo de tabaco, dependencia y motivación para el cambio de los especialistas internos residentes de Andalucía (España). SEMERGEN-Medicina de Familia, 41, 296-304.
- Kaner, E. F. S., Dickinson, H. O., Beyer, F., Pienaar, E., Schlesinger, C., Campbell, F.,... Heather, N. (2009). The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: A systematic review: Brief intervention effectiveness. *Drug and Alcohol Review*, 28, 301-323. doi:10.1111/j.1465-3362.2009.00071.x.
- Lasser, K., Boyd, J. W., Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., McCormick, D. y Bor, D. H. (2000). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. 7AMA, 284, 2606-2610. doi:10.1001/jama.284.20.2606.
- Miller, B. J., Paschall, C. B. 3rd. y Svendsen, D. P. (2006). Mortality and medical comorbidity among patients with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 57, 1482-1487.
- Montoya, I. D., Herbeck, D. M., Svikis, D. S. y Pincus, H. A. (2005). Identification and treatment of patients with nicotine problems in routine clinical psychiatry practice. *The American Journal on Addictions*, 14, 441-454. doi:10.1080/10550490500247123.
- Payne, T. J., Gaughf, N. W., Sutton, M. J., Sheffer, C. E., Elci, O. U., Cropsey, K. L.,... Crews, K. M. (2014). The impact of brief tobacco treatment training on practice behaviours, self-efficacy and attitudes among healthcare providers. *International Journal of Clinical Practice*, 68, 882-889. doi:10.1111/ijcp.12386.
- Pérula de Torres, L. A., Fernández-García, J. A., Arias-Vega, R., Muriel-Palomino, M., Márquez-Rebollo, E. y Ruiz-Moral, R. (2005). Validación del cuestionario AUDIT para la identificación del consumo de riesgo y de los trastornos por el uso de alcohol en mujeres. *Atención Primaria*, 36, 499-506. doi:10.1016/S0212-6567(05)70552-7

- Petrakis, I. L., Gonzalez, G., Rosenheck, R. y Krystal, J. H. (2002). Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders. *Alcohol Research & Health*, 26, 81-89. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6683830/.
- Prochaska, J. J., Fromont, S. C. y Hall, S. M. (2005). How prepared are psychiatry residents for treating nicotine dependence? *Academic Psychiatry*, 29, 256-261.
- Prochaska, J. J., Fromont, S. C., Leek, D., Suchanek Hudmon, K., Louie, A. K., Jacobs, M. H. y Hall, S. M. (2008). Evaluation of an evidence-based tobacco treatment curriculum for psychiatry residency training programs. *Academic Psychiatry*, 32, 484-492. doi:10.1176/appi.ap.32.6.484.
- Richmond, R., Zwar, N., Taylor, R., Hunnisett, J. y Hyslop, F. (2009). Teaching about tobacco in medical schools: A worldwide study: Teaching about tobacco in medical schools. *Drug and Alcohol Review*, *28*, 484-497. doi:10.1111/j.1465-3362.2009.00105.x.
- Vanable, P. A., Carey, M. P., Carey, K. B. y Maisto, S. A. (2003). Smoking among psychiatric outpatients: Relationship to substance use, diagnosis, and illness severity. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 17, 259-265. doi:10.1037/0893-164X.17.4.259.
- WHO (2009). Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. https://www.who.int/publications/i/item/9789241563871.
- WHO (2018). Global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025. https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition.
- Zafra-Ramírez, N., Pérez-Milena, A., Valverde-Bolívar, F. J., Rodríguez-Bayón, A. y Delgado-Rodríguez, M. (2019). Oferta de actividades preventivas propuestas por médicos residentes de Medicina Familiar en Atención Primaria y su relación con las habilidades comunicacionales. Atención Primaria, 51, 562-570. doi:10.1016/j. aprim.2018.05.010.





www.adicciones.es

ORIGINAL

Del uso no problemático a la adicción al móvil: Perfiles de impulsividad

From non-problematic smartphone use to smartphone addiction: Impulsivity-based profiles

Ana Sánchez-Kuhn**, Jorge L. Puga***, Pilar Flores*, Ana María Ruiz-Ruano***.

- # Ambos autores contribuyeron por igual al desarrollo del manuscrito.
- * Departamento de Psicología y Centro de Investigación en Salud (CEINSA-UAL), Universidad de Almería, Almería, España.
- ** Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Granada, Granada, España.
- *** Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Granada, Granada, España.

Resumen

El uso problemático del móvil (PSU, por sus siglas en inglés) es un comportamiento incontrolable que dificulta la capacidad para detenerlo, pese a las potenciales consecuencias negativas. Este comportamiento excesivo ha sido considerado en el campo de la investigación como una adicción conductual, ya que la literatura ha demostrado características comunes con otras adicciones conductuales además de que está mediado por la impulsividad. Sin embargo, la impulsividad es un constructo multidimensional cuyas dimensiones específicas se relacionan de modo diferencial con los distintos tipos de adicción. Por consiguiente, el presente estudio pretende explorar los perfiles de uso del móvil dependiendo de las dimensiones de impulsividad. Para ello, se registró el uso diario del móvil, el nivel de adicción al móvil (SAS-SV) y el patrón de impulsividad a través de los cinco rasgos de personalidad impulsiva (UPPS-P) de 412 adultos (con una media de edad de 31,91 años, DT = 11,70, incluyendo 108 hombres y 304 mujeres). El análisis de clúster mostró la existencia de tres tipos de perfiles: uno sin PSU; uno con impulsividad excesiva, pero sin uso adictivo del móvil, presentando solo sintomatología de pérdida de control; y otro con impulsividad excesiva y patrones adictivos al móvil, caracterizados principalmente por los rasgos impulsivos de urgencia negativa, urgencia positiva y falta de premeditación. Por tanto, este estudio muestra las dimensiones de personalidad impulsiva que diferencian un uso excesivo del adictivo al móvil. Esta información es útil para el desarrollo de programas de prevención e intervención mejor adaptados a estos perfiles de comportamiento.

Palabras clave: uso problemático del móvil, uso excesivo del móvil, adicción al móvil, impulsividad, análisis clúster

Abstract

 $Problematic \, smartphone \, use \, (PSU) \, is \, an \, uncontrollable \, behavior \, that \, impedes \,$ the ability to stop using it despite potential negative consequences. This excessive behavior has been considered in the research field as a behavioral addiction, as literature has shown common characteristics with behavioral addictions, including its impulsivity-driven factor. However, impulsivity is a multidimensional construct whose specific traits lead differently to each addiction. Hence, the present study aimed to address the different existent PSU profiles depending on their individual impulsivity personality traits. To this end, $\mathcal{N}=412$ adults (average age 31.91, $S\!D=11.70,$ including 108 men and 304 women) were recruited to explore their daily smartphone usage, level of smartphone addiction (SAS-SV) and impulsivity profile across the five impulsivity personality traits (UPPS-P). Cluster analysis revealed the existence of three different profiles: one without PSU; one showing an excessive impulsively but almost no addictive smartphone use, expressing only a loss of control symptomatology; and one showing excessive impulsively but also addictive smartphone patterns, driven mainly by the impulsivity personality traits of negative urgency, positive urgency and lack of premeditation. Therefore, this study showed the impulsivity personality traits that differentiate excessive from addictive smartphone use, which is valuable information for the development of more precise prevention and interventions programs.

Key words: problematic smartphone use, excessive smartphone use, smartphone addiction, impulsivity, cluster analysis

■ Recibido: Julio 2022; Aceptado: Febrero 2023.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Ana María Ruiz-Ruano García. Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Granada, Campus Universitario Cartuja, 18011, Granada. E-mail: amruano@ugr.es

l uso problemático de teléfonos inteligentes (PSU) se define de forma amplia como un comportamiento excesivo que dificulta la capacidad de dejar de utilizar el dispositivo, además de las posibles consecuencias negativas resultantes (Busch y Mc-Carthy, 2021). El PSU es un constructo novedoso que ha sido objeto de una atención creciente en el campo de la investigación a medida que aumenta su prevalencia, siendo hoy en día un problema emergente de salud pública (Billieux, Maurage, Lopez-Fernandez, Kuss y Griffiths, 2015). Un metanálisis reciente mostró que el PSU está aumentando a nivel mundial, mostrando China y Arabia Saudita las tasas más altas y Alemania y Francia las más bajas (Olson et al., 2022b). Es más, las restricciones sociales impuestas por la pandemia de la COVID-19 han potenciado el PSU, mediado por factores como el aislamiento, la ansiedad y el FOMO (por sus siglas en inglés, temor a perderse algo) (Elhai et al., 2021; Elhai, Yang, Rozgonjuk y Montag, 2020; Li, Zhan, Zhou y Gao, 2021; Ratan, Zaman, Islam y Hosseinzadeh, 2021). Además del acceso a las redes sociales, el PSU también puede estar motivado por otras actividades atractivas, como juegos en línea, compras, apuestas o pornografía. En este sentido, el teléfono inteligente como dispositivo actúa como facilitador de las gratificaciones recibidas de estas actividades (Niedermoser et al., 2021; Panova y Carbonell, 2018; Yang y Gong, 2021). En la actualidad, la cantidad de dispositivos móviles operativos supera la población mundial total, y la nueva variedad de funciones que ofrecen estos dispositivos (p. ej., trabajo, búsqueda de información, redes sociales, salud y actividades relacionadas con el ocio) ha aumentado la dependencia (Konok, Pogány v Miklósi, 2017). El uso excesivo de teléfonos inteligentes (ESU) se ha relacionado con un menor rendimiento académico (Amez y Baert, 2020), menor productividad laboral (Duke y Montag, 2017), peor calidad de vida (Kliesener, Meigen, Kiess y Poulain, 2022), ansiedad por interacción social (Kuru y Çelenk, 2021), materialismo (Lee, Son y Kim, 2016), mayor estrés percibido (Samaha y Hawi, 2016), trastornos del sueño, ansiedad y depresión (Demirci, Akgönül y Akpinar, 2015; Elhai, Yang, McKay y Asmundson, 2020). En este sentido, el interés por desarrollar intervenciones orientadas a reducir el PSU y sus consecuencias crece (Olson, Sandra, Chmoulevitch, Raz y Veissière, 2022a).

El PSU también se conoce como adicción a los teléfonos inteligentes (SA) (Busch y McCarthy, 2021) por su similitud con otras adicciones conductuales, como la adicción patológica al juego, a Internet, las apuestas, las compras, el sexo y el ejercicio, dado que todos comparten una dependencia psicológica no controlada manifestada por craving (Wilcockson, Osborne y Ellis, 2019), síntomas de abstinencia (Eide, Aarestad, Andreassen, Bilder y Pallesen, 2018) y ansiedad (Cheever, Rosen, Carrier y Chavez, 2014) ante la restricción de su uso. Sin embargo, en el ámbito clínico aún no

se reconoce como una adicción, como se puede ver en el apartado de adicciones conductuales del DSM-5, que hasta la fecha incluye solo el juego patológico (American Psychiatric Association [APA], 2013) y en la CIE-11, que reconoce solo el juego y los trastornos por juego (Organización Mundial de la Salud, 2019). El campo de la investigación en general ha aceptado el concepto de la SA, que además va cobrando cada vez más importancia, con estudios centrados en la variedad de sus antecedentes y en la gravedad de sus consecuencias (e.g., Alhassan et al., 2018; Anshari, Alas y Sulaiman, 2019; Beison y Rademacher, 2016; Dhamayanti, Dwiwina y Adawiyah, 2019; Geng, Gu, Wang y Zhang, 2021). Así, se han realizado avances en la evaluación de la SA, como con el desarrollo de una herramienta de diagnóstico fiable y válida de la SA: la escala de adicción a teléfonos inteligentes (SAS) que mide la adicción a los teléfonos inteligentes y proporciona un valor de corte para diferenciar entre personas adictas y no adictas a los teléfonos inteligentes (Kwon et al., 2013b), lo que permite la oportunidad de desarrollar estudios que describen los factores de vulnerabilidad de la SA.

De manera similar a otros procesos de adicción, el PSU ha demostrado estar basado en mecanismos de impulsividad (Contractor, Weiss, Tull y Elhai, 2017). La impulsividad no es una construcción categorial, sino continua: en un extremo, se define como la capacidad de decidir y actuar con rapidez sin demasiada vacilación, lo que puede ser ventajoso en la realidad y según el contexto. No obstante, en el otro extremo, cuando la impulsividad resulta exacerbada en un individuo, puede conducir a acciones de riesgo e inadaptadas seguidas de consecuencias negativas, lo que se representa en patologías que incluyen adicciones (Dalley y Robbins, 2017; Moreno et al., 2012). Además, una investigación considerable indica que la impulsividad es un constructo multifacético, separable en diferentes rasgos de personalidad que también están relacionados de manera única con las adicciones (Mitchell y Potenza, 2014). Una de las subdivisiones mejor establecidas se define por la medida autoinformada de cinco rasgos de impulsividad: la UPPS-P, que distingue urgencia negativa y positiva, falta de premeditación, falta de perseverancia y búsqueda de sensaciones (Whiteside y Lynam, 2001). Conocida la relevancia de la impulsividad en los procesos adictivos, estudios previos han encontrado de forma consistente relaciones entre los rasgos de personalidad de alta impulsividad con el ESU o la SA (Grant, Lust y Chamberlain, 2019; Jo, Euihyeon y Kim, 2017; Kim et al., 2016; van Endert y Mohr, 2020).

Por tanto, el PSU es un constructo cada vez más presente en la literatura y cuyo interés aumenta por su incidencia en auge; aun así, todavía no están claros los límites entre el ESU y una SA real. Es más, aunque se ha establecido y replicado la relación entre la impulsividad y el PSU, hasta la fecha no se ha descrito la implicación de cada rasgo de personalidad de impulsividad en los diferentes niveles de

PSU. Por consiguiente, el presente estudio tiene como objetivo dibujar los diferentes perfiles de PSU y describir en qué medida cada rasgo específico de personalidad de impulsividad está presente en cada grupo. Es necesarios centrar la atención en las diferencias individuales dentro del PSU para entender mejor este comportamiento problemático y así poder desarrollar programas de evaluación, prevención e intervención más precisos y personalizados.

Método

Participantes

Este estudio contó con una muestra total de $\mathcal{N}=412$ participantes españoles mayores de edad (rango de edad: 18-89 años; edad media 31,91, DT=11,70, incluyendo 108 hombres y 304 mujeres). El nivel de estudios de los participantes era: primaria (0,24%), secundaria (5,34%), preuniversitario (20,63%), formación profesional de grado medio (2,91%), formación profesional de grado superior (12,86%), licenciatura universitaria (34,47%), máster universitario (21,60%) y doctorado (1,94%).

Procedimiento

La muestra estuvo compuesta por voluntarios que completaron una encuesta en línea distribuida a través del procedimiento de muestreo de bola de nieve, inicialmente utilizando las redes sociales y el correo electrónico. El criterio de inclusión era personas mayores de edad que fueron informadas sobre el estudio y que dieron su consentimiento voluntario para participar en este.

Materiales

Uso diario de teléfonos inteligentes y versión corta de la Escala de adicción a teléfonos inteligentes (SAS-SV)

El uso diario de teléfonos inteligentes se registró a través de la encuesta en línea que solicitó el promedio de horas de uso diario de teléfonos inteligentes. La escala validada SAS-SV mide la adicción a los teléfonos inteligentes (original de Kwon et al., 2013a, versión en español de López-Fernández, 2017). Es la medida de ESU más citada y utilizada hasta la fecha (Olson et al., 2022b). La escala está compuesta por 10 ítems en formato tipo Likert, donde 1 es totalmente en desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo, donde la puntuación más alta significa mayor presencia de adicción al teléfono inteligente. El punto de corte para distinguir usuarios adictivos al teléfono inteligente se sitúa en 32, según López-Fernández (2017), sin diferenciar por sexo, va que no se encontraron diferencias por sexo en la población española en la SAS-SV. La SAS-SV proporciona puntuaciones para cada síntoma de adicción a los teléfonos inteligentes: pérdida de control (LC), alteración cognitiva (CD), ignorar las consecuencias negativas (IC), abstinencia (WD) y tolerancia (TOL). La escala mostró validez de contenido y concurrente y consistencia interna con un alfa

de Cronbach de ,88 (López-Fernández, 2017). En esta investigación, se consideraron aceptables los coeficientes de consistencia interna no paramétricos generados mediante el método de *bootstrapping* y los correspondientes intervalos de confianza del 95% (ω = ,86, IC 95% [,81, ,87], α = ,86, IC 95% [,83, ,88]).

Versión breve de la escala de comportamiento impulsivo UPPS-P La escala UPPS-P (original de Whiteside y Lynam, 2001, versión breve en español de Cándido, Orduña, Perales, Verdejo-García y Billieux [2012]) fue diseñada para medir la impulsividad al diferenciar los cinco rasgos de la personalidad impulsiva implicados: urgencia negativa (NU) que se refiere a la tendencia a actuar precipitadamente en respuesta a estados afectivos negativos, urgencia positiva (PU) que implica respuestas impulsivas a estados afectivos positivos, falta de premeditación (LPREME) que es la propensión a tomar decisiones con rapidez sin tener en cuenta las consecuencias, falta de perseverancia (LPERSE) y búsqueda de sensaciones (SS). Consta de 20 ítems. Entre otros comportamientos problemáticos, esta escala se ha utilizado tradicionalmente para estudiar el componente impulsivo de las conductas adictivas, como son el juego patológico (Savvidou et al., 2017), la compra compulsiva (Claes y Müller 2017), la adicción a la comida (Murphy, Stojek y Mac-Killop, 2014) y la práctica problemática de ejercicio físico (Kotbagi, Morvan, Romo y Kern, 2017). El alfa de Cronbach extraído de esta escala varió desde ,61 a ,81, lo que sugiere una consistencia interna aceptable para las cinco subescalas (Cándido et al., 2012). En este estudio, se consideraron aceptables para la escala íntegra los coeficientes de consistencia interna no paramétricos generados mediante el método de bootstrapping y los correspondientes intervalos de confianza del 95% ($\omega = .85$, IC 95% [.81, .87], $\alpha = .86$, IC 95% [.83, .87]). Las estimaciones bootstrapped no paramétricas de las consistencias internas para cada subescala también se consideraron apropiadas para urgencia negativa ($\omega = .79$, IC 95% [.75, .83], $\alpha = .79$, IC 95% [,76, ,82]), falta de premeditación (ω = ,81, IC 95% [,77, ,85], $\alpha = .81$, IC 95% [,76, .85]), falta de perseverancia $(\omega = .83, IC 95\% [.79, .86], \alpha = .81, IC 95\% [.77, .87])$ y búsqueda de sensaciones ($\omega = .84$, IC 95% [.81, .87], $\alpha = .84$, IC 95% [.81, .86]). Las estimaciones más bajas se observaron para la subescala de urgencia positiva ($\omega = .68$, IC 95% [,63, ,73], $\alpha = ,67$, IC 95% [,61, ,72]) pero fue incluso más alta que el mínimo reportado por Cándido et al. (2012).

Análisis estadístico

Se generaron clústeres que incluían la puntuación total para la adicción a los teléfonos inteligentes (puntuación total en el SAS-SV) y los cinco rasgos de personalidad de impulsividad para caracterizar a cada grupo: urgencia negativa, urgencia positiva, falta de premeditación, falta de perseve-

rancia y búsqueda de sensaciones. Las variables se estandarizaron antes de realizar el análisis de clúster. El número óptimo de clústeres se determinó con R (Versión 4.0.2) utilizando el paquete NbClust (Versión 3.0) (Charrad, Ghazzali, Boiteau y Niknafs, 2014). Las distancias euclidianas era la medida de similitud seleccionada para el NbClust. El procedimiento k-medias se ejecutó con el algoritmo de Hartigan-Wong (Hartigan y Wong, 1979) limitando el número de interacciones a 25 y utilizando 25 semillas aleatorias. Como los datos no obtuvieron una distribución normal en la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, los clústeres se compararon en cada variable utilizando la prueba de Kruskal-Wallis y la prueba U de Mann-Whitney post hoc con IBM SPSS (Versión 24). Todos los contrastes eran bilaterales, la significancia se estableció en $p \le .05$ y los tamaños del efecto se interpretaron según la clasificación de Cohen (Cohen, 1988, 1992): pequeño ($\eta^2 \ge 0.01$), medio ($\eta^2 \ge .06$) y grande ($\eta^2 \ge .14$); y pequeño ($r \ge .01$), medio $(r \ge .06)$ y grande $(r \ge .14)$. Todos los datos de este estudio están disponibles en: https://osf.io/374jp/?view_ only=89d2c2d94f564b25b51beb3626188f7f.

Ética

Los participantes fueron informados sobre el estudio y todos dieron su consentimiento informado. La Comisión de bioética de investigación humana de la Universidad de Almería aprobó este trabajo y todos los datos están protegidos de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. Los procedimientos del estudio se llevaron a cabo de acuerdo con los principios éticos para la investigación médica en seres humanos de la 64.ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (AMM), Fortaleza, Brasil, octubre de 2013 (Asociación Médica Mundial, 2013), actualizados a partir de la Declaración de Helsinki original.

Resultados

El mejor ajuste para el análisis de clústeres identificó tres grupos de participantes. Cada clúster se etiquetó por sus propiedades de PSU, de ahora en adelante definidos como: clúster 1: uso no problemático de teléfonos inteligentes (NPSU) (n=147); clúster 2: uso excesivo de teléfonos inteligentes (ESU) (n=158); y clúster 3: adicción a teléfonos inteligentes (SA) (n=107). La Tabla 1 muestra las características demográficas de cada grupo.

Los resultados mostraron un efecto principal del clúster en el uso diario de teléfonos inteligentes (H(2) = 16,32, p < .001, $\eta^2 = .02$) (Figura 1). El análisis post hoc indicó que el grupo SA mostró significativamente mayor uso diario de teléfonos inteligentes en comparación con el grupo NPSU (U = 5606,00, p < .001, r = 0.02) y el grupo ESU mostró significativamente mayor uso diario de teléfonos inteli-

Tabla 1 Número de participantes (n) ubicados en cada uno de los tres clústeres y las características demográficas de cada grupo

	Clúster	1: NPSU	2: ESU	3: SA
n		147	158	107
% mujeres		70,7%	73,4%	78,5%
Edad (Media [DT])		34,73 (12,13)	31,07 (11,17)	30,47 (10,16)
Nivel educativo	Primarios	0,0%	0,6%	0,0%
(% de participantes en cada nivel)	Secundarios	4,1%	4,4%	8,4%
	Preuniversitarios	17,7%	19,0%	27,1%
	Formación profesional de grado medio	2,0%	3,2%	3,7%
	Formación profesional de grado superior	15,6%	11,4%	11,2%
	Título universitario	27,9%	45,6%	27,1%
	Máster	29,9%	14,6%	20,60%
	Doctorado	2,7%	1,3%	1,9%

Nota: NPSU: uso no problemático de teléfonos inteligentes, ESU: uso excesivo de teléfonos inteligentes y SA: adicción a teléfonos inteligentes.

Figura 1 Puntuación media \pm error estándar de la media (SEM) obtenida por cada uno de los tres grupos (NPSU, ESU y SA) en el uso diario de teléfonos inteligentes (horas al día). NPSU: uso no problemático de teléfonos inteligentes, ESU: uso excesivo de teléfonos inteligentes y SA: adicción a teléfonos inteligentes. * $p \le 0.05$

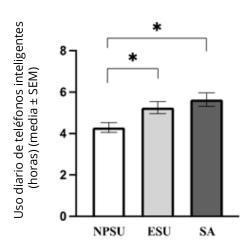
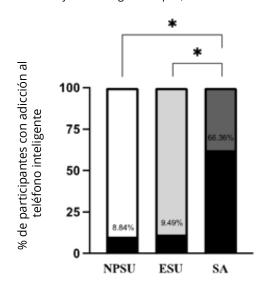


Figura 2Porcentaje de participantes que puntúan como usuarios adictos al teléfono inteligente según la puntuación total en la escala SAS-SV. NPSU: uso no problemático de teléfonos inteligentes, ESU: uso excesivo de teléfonos inteligentes y SA: adicción a teléfonos inteligentes. $*p \le .05$



gentes en comparación con el grupo NPSU (U = 9781,50, p = .016, r = .14).

La Figura 2 muestra la cantidad de personas que muestran adicción a los teléfonos inteligentes, según Kwon et al. (2013a) (con puntuaciones totales superiores a 32 en la escala SAS-SV). Hubo un efecto principal del clúster en el porcentaje de participantes clasificados como adictos a los teléfonos inteligentes (H(2) = 141,52; p < .001, $\eta^2 = .31$). El análisis post hoc reveló que en el grupo SA hubo más participantes con adicción a los teléfonos inteligentes en comparación con los grupos ESU (U = 3646,50, p < .001, r = .59) y NPSU (U = 3341,50, p = .001, r = .58). No se

encontraron diferencias significativas entre los grupos ESU y NPSU (U = 11537,50, p = ,88, r = ,01).

La comparación de los grupos en los cinco síntomas diferentes de adicción a los teléfonos inteligentes medidos a través de la SAS-SV (Figura 3) reveló un efecto principal del grupo de agrupamiento para todas las dimensiones: LC (H(2) = 102,66, p = ,001, $\eta^2 = ,29$), CD (H(2) = 81,52, p < ,001, $\eta^2 = ,22$), IC (H(2) = 43,94, p < ,001, $\eta^2 = ,13$), WD (H(2) = 69,94, p < ,001, $\eta^2 = ,19$) y TOL (H(2) = 61,19, p < ,001, $\eta^2 = ,17$). El análisis post hoc indicó que el grupo SA obtuvo una puntuación más alta en todas las dimensiones de la adicción a los teléfonos inteligentes en compa-

Figura 3

Puntuación media ± error estándar de la media (SEM) obtenida
por cada uno de los tres grupos en las subescalas de la SAS-SV.
LC: pérdida de control, CD: alteración cognitiva, IC: ignorar
las consecuencias negativas, WD: abstinencia, TOL: tolerancia,
NPSU: uso no problemático de teléfonos inteligentes, ESU: uso
excesivo de teléfonos inteligentes y SA: adicción a teléfonos
inteligentes. *p ≤ ,05

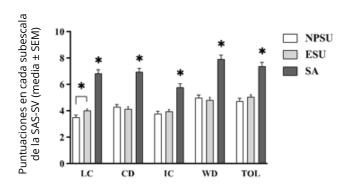
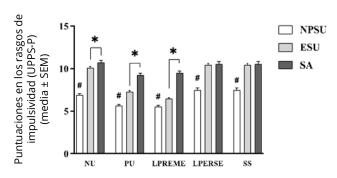


Figura 4

Puntuación media ± error estándar de la media (SEM) obtenida por cada uno de los tres grupos en los cinco rasgos de personalidad de impulsividad medidos a través de la UPPS-P. NU: urgencia negativa, PU: urgencia positiva, LPREME: falta de premeditación, LPERSE: falta de perseverancia, SS: búsqueda de sensaciones, NPSU: uso no problemático de teléfonos inteligentes, ESU: uso excesivo de teléfonos inteligentes y SA: adicción a teléfonos inteligentes. *p ≤ ,05



ración con los grupos ESU y NPSU (p < .001 para ambos casos en todas las variables). El grupo ESU puntuó significativamente más alto que el grupo NPSU en pérdida de control (U = 8742.00, p < .001, r = .13).

Por último, la comparación de los tres grupos en los cinco rasgos diferentes de personalidad de impulsividad medidos a través de la escala UPPS-P (Figura 4) reveló un efecto principal del grupo de agrupamiento para todos los rasgos: NU ($H(2) = 188,00, p = ,001, \eta^2 = ,42$), PU (H(2) = 146,62, $p < .001, \eta^2 = .36$, LPREM (H(2) = 159.99, p < .001, $\eta^2 = 0.41$), LPERSE (H(2) = 88.40, p < .001, $\eta^2 = 0.21$) v SS ($H(2) = 88,40, p < .001, \eta^2 = .21$). El análisis post hoc mostró que el grupo SA obtuvo una puntuación significativamente más alta en todos los rasgos en comparación con los grupos ESU y NPSU (p < 0.01 para ambos casos en todas las variables). Los participantes SA puntuaron significativamente más alto que los participantes ESU en urgencia negativa ($U = 6771,00, p = 0,005, \eta^2 = .67$), urgencia positiva ($U = 4583,00, p < 0.001, \eta^2 = 4.42$) y falta de premeditación ($U = 2428,50, p < .001, \eta^2 = .59$).

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en el uso diario de teléfonos inteligentes (t(410) = 1,20, p = ,23, d = 0,12, r = ,06), las puntuaciones en la escala SAS-SV (t(410) = 1,00, p = ,32, d = 0,10, r = ,05) o las puntuaciones en la UPPS-P (t(410) = 0,85, p = ,40, d = 0,08, r = ,04). Se encontraron correlaciones estadísticamente significativas negativas entre edad y uso diario de teléfonos inteligentes (r = -,14, p = ,004), la SAS-SV (r = -,14, p = ,004) y las puntuaciones en la UPPS-P (r = -,180, p < ,001).

Discusión

En este estudio encontramos tres perfiles de agrupamiento diferentes basados en el nivel de adicción a los teléfonos inteligentes y los rasgos de personalidad de impulsividad. Un grupo que muestra puntuaciones bajas en PSU y bajas en rasgos de personalidad de impulsividad (grupo NPSU). Un grupo que presenta un perfil impulsivo con un uso excesivo, pero casi no adictivo uso de teléfonos inteligentes (grupo ESU), mostrando solo una elevada sintomatología adictiva de pérdida de control. Por último, un grupo que presenta un perfil impulsivo, con un uso excesivo y adictivo de los teléfonos inteligentes (grupo SA). En comparación con el grupo NPSU, los grupos ESU y SA mostraron niveles más altos de impulsividad en todas las dimensiones: NU, PU, LPREME, LPERE y SS. Sin embargo, en comparación con el grupo ESU, el grupo SA mostró niveles aún más altos de impulsividad en las tres dimensiones de personalidad de impulsividad que caracterizan este perfil adictivo: NU, PU y LPREME. Este estudio muestra los rasgos de personalidad de impulsividad que diferencian el uso excesivo de los teléfonos inteligentes del uso adictivo, señalando su importancia para el diseño de programas de intervención que deben abordar la reducción del uso. También encontramos que la edad tuvo una correlación negativa con las medidas principales (uso diario de teléfonos inteligentes, adicción a teléfonos inteligentes y puntuaciones de impulsividad). Otros estudios han encontrado una especial vulnerabilidad de los jóvenes a PSU y han expresado la necesidad de tener en cuenta de manera especial a esta población respecto del desarrollo de este comportamiento problemático (Pastor, García-Jiménez y López-de-Ayala, 2022; Sohn, Rees, Wildridge, Kalk y Carter, 2019; Wacks y Weinstein, 2021).

Al comparar los tres grupos, el grupo NPSU mostró el uso diario de teléfonos inteligentes más bajo. Este grupo, además, mostró las puntuaciones de impulsividad más bajas en todos los rasgos. En comparación con el grupo SA, el grupo NPSU mostró una sintomatología de adicción más baja en todas las mediciones, y en comparación con el grupo NPSU, solo puntuaciones más bajas en pérdida de control. El 8,84% de los participantes de este grupo puntuaron como adictos a los teléfonos inteligentes, lo que podría describir una población pequeña pero existente que hace un menor uso de sus teléfonos inteligentes además de mostrar altos niveles de adicción. Esto puede deberse a circunstancias de vida específicas que impiden un mayor uso del teléfono inteligente, pero también y presumiblemente debido a los menores niveles de impulsividad, que describen un perfil de autocontrol que, a pesar de mostrar estos síntomas adictivos, es capaz de superar el comportamiento excesivo. Este grupo representa cómo la baja impulsividad podría tener un papel protector en el desarrollo del PSU, de forma similar a lo documentado por otros estudios previos (Cudo, Torój, Demczuk y Francuz, 2020; Kim et al., 2016).

El grupo ESU se caracteriza por un uso diario excesivo de los teléfonos inteligentes en comparación con el grupo NPSU; sin embargo, estas personas no muestran grandes signos de adicción, ya que casi todas las medidas de adicción a los teléfonos inteligentes son como el grupo NPSU. Este grupo solo mostró tener aumentada la sintomatología adictiva de pérdida de control. Esta propiedad adictiva está muy relacionada con este uso excesivo, ya que representa una alta tendencia a revisar el teléfono inteligente para no perderse conversaciones, además de descuidar el trabajo u otras tareas planificadas con anterioridad debido a pasar más tiempo del esperado en el teléfono inteligente (López-Fernández, 2017). El 9,94% de las personas de este grupo mostró SA, pero esta tasa sigue siendo parecida a la del grupo NPSU. Como resultado, este grupo se refiere a una subpoblación que hace un alto uso de su teléfono inteligente pero que no muestra un patrón adictivo. Este resultado podría aclarar la controversia abierta en torno a los límites entre el ESU y la SA, mostrando que el uso excesivo de teléfonos inteligentes no siempre se relaciona con la adicción y así contribuir a evitar la sobrepatologización (Panova y Carbonell, 2018) además de destacar que los estudios sobre el PSU necesitan enfocar la atención no

solo en el «cuánto», sino también en el «por qué» (Busch y McCarthy, 2021). Aunque son diversas las razones para pasar mucho tiempo en el teléfono inteligente, los datos replican que un perfil de personalidad de impulsividad está estrechamente relacionado con un uso excesivo del teléfono inteligente (Kim et al., 2016; van Endert y Mohr, 2020). Es más, este ESU impulsado por la impulsividad se ha relacionado con conductas de riesgo como usar el teléfono inteligente al caminar (Igaki, Romanowich y Yamagishi, 2019) y al conducir (Hayashi, Rivera, Modico, Foreman y Wirth, 2017). Por tanto, aunque este grupo ESU no tiene una base adictiva, por la sintomatología de sobreuso, la pérdida de control y el perfil de personalidad de impulsividad, las personas con ESU podrían considerarse población de riesgo y grupo vulnerable respecto del posible desarrollo de una SA.

Los participantes del grupo SA mostraron un uso diario de teléfonos inteligentes similar al del grupo ESU, es decir, en ambos casos más alto que en el grupo NPSU. Sin embargo, en comparación con ambos grupos anteriores (NPSU y ESU), el grupo SA se distingue claramente por tener el mayor número de participantes con adicción a los teléfonos inteligentes y por mostrar también puntuaciones más altas en los cinco síntomas de la adicción a los teléfonos inteligentes. Los rasgos de personalidad de impulsividad que caracterizan a este grupo y lo diferencian del grupo ESU son la urgencia negativa, la urgencia positiva y la falta de premeditación. Los constructos de urgencia negativa y positiva están estrechamente relacionados y la mayoría de los estudios encuentran correlaciones positivas entre ellos (Billieux et al., 2021). La urgencia negativa es el rasgo de personalidad de impulsividad que con mayor frecuencia se ha asociado a conductas de riesgo y adicciones. De hecho, se considera un endofenotipo transdiagnóstico de los trastornos adictivos (Um, Whitt, Revilla, Hunton y Cyders, 2019), el abuso de drogas, el juego problemático, las conductas sexuales de riesgo y los atracones (Cyders, Coskunpinar y VanderVeen, 2016; Fischer, Wonderlich, Breithaypt, Byrne y Engel, 2018). En la misma línea, la urgencia negativa se ha relacionado con la adicción a los teléfonos inteligentes, como mediador decisivo en la relación entre el trastorno por estrés postraumático, la depresión, la ansiedad y el estrés con PSU (Contractor et al., 2017; Lee y Lee, 2019). Como el desarrollo de las adicciones tiende a responder a la necesidad de escapar de las emociones negativas, podría ser que el uso del teléfono inteligente cumpla la función de evitar el enfrentamiento a las emociones negativas presentes en la realidad (Li et al., 2021). La urgencia positiva ha sido considerada como un factor desencadenante de las conductas problemáticas, a su vez realizadas para mantener o potenciar estas emociones positivas (Billieux, Gay, Rochat y Van der Linden, 2010). Otros estudios previos la han relacionado con otras adicciones como la adicción a comida (VanderBroek-Stice, Stojek, Beach, vanDellen y MacKillop,

2017), la ludopatía y la adicción a cocaína (Albein-Urios, Martinez-González, Lozano, Clark y Verdejo-García, 2012) y se ha señalado como factor de riesgo del PSU (Billieux et al., 2010). Las personas con alta urgencia positiva han demostrado ser más vulnerables a la interferencia cognitiva por la presencia de un dispositivo de teléfono inteligente (Canale et al., 2019). El tercer y último rasgo de impulsividad que caracteriza al grupo SA es la falta de premeditación, también ligada a trastornos adictivos y conductas de riesgo (López-Torres, León-Quismondo y Ibáñez, 2021; Minhas et al., 2021) y al PSU (Canale et al., 2021). Los perjuicios que el desarrollo de la SA provoca en los ámbitos social, laboral o académico pueden surgir por no valorar las consecuencias del uso excesivo. La falta de perseverancia y la búsqueda de sensaciones están presentes en ambos grupos ESU y SA. La falta de perseverancia podría estar asociada a un uso excesivo del teléfono inteligente por su relación con la procrastinación (Rozgonjuk, Kattago y Täht, 2018) y la distracción (Canale et al., 2019); y la búsqueda de sensaciones en la búsqueda compulsiva de recompensas positivas y novedosas que estos dispositivos ofrecen de forma constante (Wang et al., 2019). Por tanto, el grupo SA podría describir una subpoblación en riesgo de sufrir o que ya sufre la adicción a los teléfonos inteligentes.

Una limitación de este estudio es que se realizó en una muestra no probabilística sin la intención de incluir a algún individuo específico con un diagnóstico de PSU que podría haber brindado aún más información sobre la SA; por otro lado, esto es difícil ya que este comportamiento problemático aún no está integrado en los principales manuales de diagnóstico. Aun así, encontramos un total de n = 99 individuos que presentaron SA, representando el 24,03% del total muestral. También hubo un desequilibrio de género; no obstante, no se encontraron diferencias entre ambos grupos. La muestra y, por tanto, las conclusiones extraídas son algo más representativas de la población con un nivel de estudios más elevado. Es más, la investigación se realizó en población española, por lo que futuros estudios podrían abarcar otros países, ya que las herramientas de evaluación utilizadas están validadas en diferentes idiomas. No se registró la ocupación de los participantes, lo que también podría ser un dato sociodemográfico relevante. Tampoco se registraron las actividades que los participantes realizaban cuando utilizaban sus teléfonos inteligentes, lo que debería incluirse en futuros estudios. Por último, la encuesta se realizó en línea, lo que también podría haber sesgado los resultados hacia las personas que usan más la tecnología. Sin embargo, la evaluación no fue excesivamente larga y podría haber sido completada fácilmente por personas que no acceden a la tecnología con regularidad. No obstante, con el fin de obtener muestras más representativas, sería deseable que los estudios futuros también recopilen los datos de forma presencial y mediante papel y lápiz.

Este estudio examinó el PSU teniendo en cuenta diferencias individuales basadas en los rasgos de personalidad de impulsividad. La descripción resultante de tres grupos existentes podría contribuir a diferenciar mejor entre el ESU y la SA a través de las dimensiones de impulsividad específicas presentes en la SA: urgencia negativa, urgencia positiva y falta de premeditación. Estos perfiles pueden ser considerados en estudios futuros sobre vulnerabilidad y programas de prevención e intervención, que deberían centrarse en el entrenamiento del control inhibitorio, pero especialmente estas tres dimensiones de la impulsividad con el objetivo de evitar un desarrollo de la SA en el futuro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de interés.

Referencias

- Albein-Urios, N., Martinez-González, J. M., Lozano, O., Clark, L. y Verdejo-García, A. (2012). Comparison of impulsivity and working memory in cocaine addiction and pathological gambling: Implications for cocaine-induced neurotoxicity. *Drug and Alcohol Dependence*, 126, 1–6. doi:10.1016/j.drugalcdep.2012.03.008.
- Alhassan, A. A., Alqadhib, E. M., Taha, N. W., Alahmari, R. A., Salam, M. y Almutairi, A. F. (2018). The relationship between addiction to smartphone usage and depression among adults: A cross sectional study. *BMC Psychiatry*, 18, 1–8. doi:10.1186/s12888-018-1745-4.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Amez, S. y Baert, S. (2020). Smartphone use and academic performance: A literature review. *International Journal of Educational Research*, 103, 101618. doi:10.1016/j. ijer.2020.101618.
- Anshari, M., Alas, Y. y Sulaiman, E. (2019). Smartphone addictions and nomophobia among youth. *Vulnerable Children and Youth Studies. An International Interdisciplinary Journal for Research, Policy and Care, 14*, 242–247. doi:10.1080/17450128.2019.1614709.
- Beison, A. y Rademacher, D. J. (2016). Relationship between family history of alcohol addiction, parents' education level, and smartphone problem use scale scores. *Journal of Behavioral Addictions*, 6, 84–91. doi:10.1556/2006.6.2017.016.
- Billieux, J., Gay, P., Rochat, L. y Van der Linden, M. (2010). The role of urgency and its underlying psychological mechanisms in problematic behaviours. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1085–1096. doi:10.1016/j.brat.2010.07.008.
- Billieux, J., Heeren, A., Rochat, L., Maurage, P., Bayard, S., Bet, R.,... Baggio, S. (2021). Positive and negative

- urgency as a single coherent construct: Evidence from a large-scale network analysis in clinical and non-clinical samples. *Journal of Personality*, 89, 1252–1262. doi:10.1111/jopy.12655.
- Billieux, J., Maurage, P., Lopez-Fernandez, O., Kuss, D. J. y Griffiths, M. D. (2015). Can disordered mobile phone use be considered a behavioral addiction? An update on current evidence and a comprehensive model for future research. *Current Addiction Reports*, 2, 156–162. doi:10.1007/s40429-015-0054-y.
- Busch, P. A. y McCarthy, S. (2021). Antecedents and consequences of problematic smartphone use: A systematic literature review of an emerging research area. *Computers in Human Behavior*, 114, 106414. doi:10.1016/j. chb.2020.106414.
- Canale, N., Moretta, T., Pancani, L., Buodo, G., Vieno, A., Dalmaso, M. y Billieux, J. (2021). A test of the pathway model of problematic smartphone use. *Journal of Behavioral Addictions*, 10, 181–193. doi:10.1556/2006.2020.00103.
- Canale, N., Vieno, A., Doro, M., Rosa Mineo, E., Marino, C. y Billieux, J. (2019). Emotion-related impulsivity moderates the cognitive interference effect of smartphone availability on working memory. *Scientific Reports*, *9*, 18519. doi:10.1038/s41598-019-54911-7.
- Cándido, A., Orduña, E., Perales, J. C., Verdejo-García, A. y Billieux, J. (2012). Validation of a short Spanish version of the UPPS-P impulsive behaviour scale. *Trastornos Adictivos*, 14, 73–78. doi:10.1016/S1575-0973(12)70048-X.
- Charrad, M., Ghazzali, N., Boiteau, V. y Niknafs, A. (2014). Nbclust: An R package for determining the relevant number of clusters in a data set. *Journal of Statistical Software*, 61, 1–36. doi:10.18637/jss.v061.i06.
- Cheever, N. A., Rosen, L. D., Carrier, L. M. y Chavez, A. (2014). Out of sight is not out of mind: The impact of restricting wireless mobile device use on anxiety levels among low, moderate and high users. *Computers in Human Behavior*, 37, 290–297. doi:10.1016/j.chb.2014.05.002.
- Claes, L. y Müller, A. (2017). Resisting temptation: Is compulsive buying an expression of personality deficits? *Current Addiction Reports*, 4, 237–245. doi:10.1007/s40429-017-0152-0.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd Ed.). London: Routledge. doi:10.4324/9780203771587.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*, 155–159. doi:10.1037//0033-2909.112.1.155.
- Contractor, A. A., Weiss, N. H., Tull, M. T. y Elhai, J. D. (2017). PTSD's relation with problematic smartphone use: Mediating role of impulsivity. *Computers in Human Behavior*, 75, 177–183. doi:10.1016/j.chb.2017.05.018.
- Cudo, A., Torój, M., Demczuk, M. y Francuz, P. (2020). Dysfunction of self-control in facebook addiction: Impulsivity is the key. *Psychiatric Quarterly*, 91, 91–101. doi:10.1007/s11126-019-09683-8/.

- Cyders, M. A., Coskunpinar, A. y VanderVeen, J. D. (2016). Urgency: A common transdiagnostic endophenotype for maladaptive risk taking. The Dark Side of Personality: Science and Practice in Social, Personality, and Clinical Psychology, 157–188. doi:10.1037/14854-009.
- Dalley, J. W. y Robbins, T. W. (2017). Fractionating impulsivity: Neuropsychiatric implications. *Nature Reviews Neuroscience*, 18, 158–171. doi:10.1038/nrn.2017.8.
- Demirci, K., Akgönül, M. y Akpinar, A. (2015). Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students. *Journal of Behavioral Addictions*, 4, 85–92. doi:10.1556/2006.4.2015.010.
- Dhamayanti, M., Dwiwina, R. G. y Adawiyah, R. (2019). Influence of adolescents' smartphone addiction on mental and emotional development in West Java, Indonesia. *Bandung Medical Journal*, *51*, 46–52. doi:10.15395/mkb. v51n1.1577.
- Duke, É. y Montag, C. (2017). Smartphone addiction, daily interruptions and self-reported productivity. *Addictive Behaviors Reports*, 6, 90–95. doi:10.1016/j. abrep.2017.07.002.
- Eide, T. A., Aarestad, S. H., Andreassen, C. S., Bilder, R. M. y Pallesen, S. (2018). Smartphone restriction and its effect on subjective withdrawal related scores. *Frontiers in Psychology*, 9, 1444. doi:10.3389/fpsyg.2018.01444.
- Elhai, J. D., McKay, D., Yang, H., Minaya, C., Montag, C. y Asmundson, G. J. G. (2021). Health anxiety related to problematic smartphone use and gaming disorder severity during COVID-19: Fear of missing out as a mediator. *Human Behavior and Emerging Technologies*, *3*, 137–146. doi:10.1002/hbe2.227.
- Elhai, J. D., Yang, H., McKay, D. y Asmundson, G. J. G. (2020). COVID-19 anxiety symptoms associated with problematic smartphone use severity in Chinese adults. *Journal of Affective Disorders*, 274, 576–582. doi:10.1016/j. jad.2020.05.080.
- Elhai, J. D., Yang, H., Rozgonjuk, D. y Montag, C. (2020). Using machine learning to model problematic smartphone use severity: The significant role of fear of missing out. *Addictive Behaviors*, 103, 106261. doi:10.1016/j. addbeh.2019.106261.
- Fischer, S., Wonderlich, J., Breithaupt, L., Byrne, C. y Engel, S. (2018). Negative urgency and expectancies increase vulnerability to binge eating in bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 26, 39–51. doi:10.1080/10640266.2018.1418253.
- Geng, Y., Gu, J., Wang, J. y Zhang, R. (2021). Smartphone addiction and depression, anxiety: The role of bedtime procrastination and self-control. *Journal of Affective Disorders*, 293, 415–421. doi:10.1016/j.jad.2021.06.062.
- Grant, J. E., Lust, K. y Chamberlain, S. R. (2019). Problematic smartphone use associated with greater alcohol consumption, mental health issues, poorer academic performance, and impulsivity. *Journal of Behavioral Addictions*, 8, 335–342. doi:10.1556/2006.8.2019.32.

- Hartigan, J. A. y Wong, M. A. (1979). Algorithm AS 136: A k-means clustering algorithm. *Applied Statistics*, 28, 100– 108. doi:10.2307/2346830.
- Hayashi, Y., Rivera, E. A., Modico, J. G., Foreman, A. M. y Wirth, O. (2017). Texting while driving, executive function, and impulsivity in college students. *Accident Analysis & Prevention*, 102, 72–80. doi:10.1016/j. aap.2017.02.016.
- Igaki, T., Romanowich, P. y Yamagishi, N. (2019). Using smartphones while walking is associated with delay but not social discounting. *The Psychological Record*, 69, 513–524. doi:10.1007/s40732-019-00348-3.
- Jo, H. S., Euihyeon, N. y Kim, D. J. (2017). The relationship between smartphone addiction predisposition and impulsivity among Korean smartphone users. *Addiction Research & Theory*, 26, 77–84. doi:10.1080/16066359.2 017.1312356.
- Kim, Y., Jeong, J. E., Cho, H., Jung, D. J., Kwak, M., Rho, M. J.,... Choi, I. Y. (2016). Personality factors predicting smartphone addiction predisposition: Behavioral inhibition and activation systems, impulsivity, and self-control. *PloS one*, 11, e0159788. doi:10.1371/journal.pone.0159788.
- Kliesener, T., Meigen, C., Kiess, W. y Poulain, T. (2022). Associations between problematic smartphone use and behavioural difficulties, quality of life, and school performance among children and adolescents. *BMC Psychiatry*, 22, 195. doi:10.1186/s12888-022-03815-4.
- Konok, V., Pogány, Á. y Miklósi, Á. (2017). Mobile attachment: Separation from the mobile phone induces physiological and behavioural stress and attentional bias to separation-related stimuli. *Computers in Human Behavior*, 71, 228–239. doi:10.1016/j.chb.2017.02.002.
- Kotbagi, G., Morvan, Y., Romo, L. y Kern, L. (2017). Which dimensions of impulsivity are related to problematic practice of physical exercise? *Journal of Behavioral* Addictions, 6, 221–228. doi:10.1556/2006.6.2017.024.
- Kuru, T. y Çelenk, S. (2021). The relationship among anxiety, depression, and problematic smartphone use in university students: The mediating effect of psychological inflexibility. *Alpha Psychiatry*, 22. doi:10.5455/apd.136695.
- Kwon, M., Kim, D. J., Cho, H. y Yang, S. (2013a). The smartphone addiction scale: Development and validation of a short version for adolescents. *Plos One 8*, e83558. doi:10.1371/journal.pone.0083558.
- Kwon, M., Lee, J. Y., Won, W. Y., Park, J. W., Min, J. A., Hahn, C.,... Kim, D. J. (2013b). Development and validation of a Smartphone Addiction Scale (SAS). *Plos One*, 8, e56936. doi:10.1371/journal.pone.0056936.
- Lee, A. K. y Lee, H. (2019). Negative urgency mediates the relation between negative emotion and smartphone addiction. *Korean Journal of Stress Research*, *27*, 396–403. doi:10.17547/kjsr.2019.27.4.396.

- Lee, A. R., Son, S. M. y Kim, K. K. (2016). Information and communication technology overload and social networking service fatigue: A stress perspective. *Computers in Hu*man Behavior, 55, 51–61. doi:10.1016/j.chb.2015.08.011.
- Li, J., Zhan, D., Zhou, Y. y Gao, X. (2021). Loneliness and problematic mobile phone use among adolescents during the COVID-19 pandemic: The roles of escape motivation and self-control. *Addictive Behaviors*, 118, 106857. doi:10.1016/j.addbeh.2021.106857.
- 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-Torres, I., León-Quismondo, L. y Ibáñez, A. (2021). Impulsivity, lack of premeditation, and debts in online gambling disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 618148. doi:10.3389/fpsyt.2020.618148.
- Minhas, M., Murphy, C. M., Balodis, I. M., Acuff, S. F., Buscemi, J., Murphy, J. G. y MacKillop, J. (2021). Multidimensional elements of impulsivity as shared and unique risk factors for food addiction and alcohol misuse. *Appetite*, 159, 105052. doi:10.1016/j.appet.2020.105052.
- Mitchell, M. R. y Potenza, M. N. (2014). Addictions and personality traits: Impulsivity and related constructs. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 1, 1–12. doi:10.1007/s40473-013-0001-y.
- Moreno, M., Estevez, A. F., Zaldívar, F., Montes, J. M. G., Gutiérrez-Ferre, V. E., Esteban, L.,... Flores, P. (2012). Impulsivity differences in recreational cannabis users and binge drinkers in a university population. *Drug and Alcohol Dependence*, 124, 355–362. doi:10.1016/j.drugalc-dep.2012.02.011.
- Murphy, C. M., Stojek, M. K. y MacKillop, J. (2014). Interrelationships among impulsive personality traits, food addiction, and Body Mass Index. *Appetite*, 73, 45–50. doi:10.1016/j.appet.2013.10.008.
- Niedermoser, D. W., Petitjean, S., Schweinfurth, N., Wirz, L., Ankli, V., Schilling, H.,... Walter, M. (2021). Shopping addiction: A brief review. *Practice Innovations*, 6, 199–207. doi:10.1037/pri0000152.
- Olson, J. A., Sandra, D. A., Chmoulevitch, D., Raz, A. y Veissière, S. P. L. (2022a). A nudge-based intervention to reduce problematic smartphone use: Randomised controlled trial. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1–23. doi:10.1007/s11469-022-00826-w.
- Olson, J. A., Sandra, D. A., Colucci, É. S., Al Bikaii, A., Chmoulevitch, D., Nahas, J., ... Veissière, S. P. (2022b). Smartphone addiction is increasing across the world: A meta-analysis of 24 countries. *Computers in Human Behavior, 129*, 107138. doi:10.1016/j.chb.2021.107138.
- Panova, T. y Carbonell, X. (2018). Is smartphone addiction really an addiction? *Journal of Behavioral Addictions*, 7, 252–259. doi:10.1556/2006.7.2018.49.

- Pastor, Y., García-Jiménez, A. y López-de-Ayala, M. C. (2022). Regulatory strategies for smartphone use and problematic Internet use in adolescence. *Anales de Psico-logía*, 38, 269–277. doi:10.6018/analesps.461771.
- Ratan, Z. A., Zaman, S. B., Islam, S. M. S. y Hosseinzadeh, H. (2021). Smartphone overuse: A hidden crisis in COVID-19. *Health Policy and Technology*, 10, 21–22. doi:10.1016/j.hlpt.2021.01.002.
- Rozgonjuk, D., Kattago, M. y Täht, K. (2018). Social media use in lectures mediates the relationship between procrastination and problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior*, 89, 191–198. doi:10.1016/j. chb.2018.08.003.
- Samaha, M. y Hawi, N. S. (2016). Relationships among smartphone addiction, stress, academic performance, and satisfaction with life. *Computers in Human Behavior*, *57*, 321–325. doi:10.1016/j.chb.2015.12.045.
- Savvidou, L. G., Fagundo, A. B., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Claes, L., Mallorquí-Baqué, N.,... Jiménez-Murcia, S. (2017). Is gambling disorder associated with impulsivity traits measured by the UPPS-P and is this association moderated by sex and age? *Comprehensive Psychiatry*, 72, 106–113. doi:10.1016/j.comppsych.2016.10.005.
- Sohn, S., Rees, P., Wildridge, B., Kalk, N. J. y Carter, B. (2019). Prevalence of problematic smartphone usage and associated mental health outcomes amongst children and young people: A systematic review, meta-analysis and GRADE of the evidence. *BMC Psychiatry*, 19, 1–10. doi:10.1186/s12888-019-2350-x.
- Um, M., Whitt, Z. T., Revilla, R., Hunton, T. y Cyders, M. A. (2019). Shared neural correlates underlying addictive disorders and negative urgency. *Brain Sciences*, 9, 36. doi:10.3390/brainsci9020036.
- van Endert, T. S. y Mohr, P. N. C. (2020). Likes and impulsivity: Investigating the relationship between actual smartphone use and delay discounting. *Plos One*, *15*, e0241383. doi:10.1371/journal.pone.0241383.
- VanderBroek-Stice, L., Stojek, M. K., Beach, S. R. H., vanDellen, M. R. y MacKillop, J. (2017). Multidimensional assessment of impulsivity in relation to obesity and food addiction. *Appetite*, 12, 59–68. doi:10.1016/j. appet.2017.01.009.
- Wacks, Y. y Weinstein, A. M. (2021). Excessive smartphone use is associated with health problems in adolescents and young adults. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 762. doi:10.3389/fpsyt.2021.669042.
- Wang, J., Wang, P., Yang, X., Zhang, G., Wang, X. C., Zhao, F.,... Lei, L. (2019). Fear of missing out and procrastination as mediators between sensation seeking and adolescent smartphone addiction. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 17, 1049–1062. doi:10.1007/ s11469-019-00106-0.
- Whiteside, S. P. y Lynam, D. R. (2001). The five factor model and impulsivity: Using a structural model of

- personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30, 669–689. doi:10.1016/s0191-8869(00)00064-7.
- Wilcockson, T. D. W., Osborne, A. M. y Ellis, D. A. (2019). Digital detox: The effect of smartphone abstinence on mood, anxiety, and craving. *Addictive Behaviors*, 99, 106013. doi:10.1016/j.addbeh.2019.06.002.
- World Health Organization. (2019). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). https://icd.who.int/.
- World Medical Association. (2013). World Medical Association declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *The Journal of American Medical Association*, 310, 2191–2194. doi:10.1001/jama.2013.281053.
- Yang, Q. y Gong, X. (2021). The engagement–addiction dilemma: An empirical evaluation of mobile user interface and mobile game affordance. *Internet Research*, 31, 1745–1768. doi:10.1108/INTR-11-2020-0622.



ADICCIONES 2024 ■ VOL. 36 ■ N. 3 ■ PÁGS. 299-316 www.adicciones.es

ADICCIONES

2024 N.3

VOL 36 N.3

ORIGINAL

Sustitución de cervezas de mayor graduación alcohólica por cervezas sin alcohol: Análisis de series temporales interrumpidas de datos de compra de los hogares españoles, 2017-2022

Substitution of higher-strength beers with zero-alcohol beers: Interrupted time series analyses of Spanish household purchase data, 2017-2022

PETER ANDERSON*, **, DAŠA KOKOLE*.

- * Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Maastricht, Netherlands.
- ** Population Health Sciences Institute, Newcastle University, Baddiley-Clark Building, Newcastle upon Tyne NE2 4AX, UK.

Resumen

En su plan de acción (2022-2030) para reducir el uso nocivo del alcohol, la OMS pide a los operadores económicos que «sustituyan, siempre que sea posible, los productos con alto contenido de alcohol por productos sin alcohol y con bajo contenido alcohólico, con el objetivo de disminuir los niveles generales de consumo de alcohol en las poblaciones y los grupos de consumidores». Este articulo investiga la sustitución dentro de las marcas de cerveza a nivel del consumidor, a partir de los datos de compra de los hogares españoles mediante análisis de series temporales interrumpidas. Para los hogares (n = 1791, 9,1% de todos los hogares) que compraron recientemente al menos una de las once cervezas 0,0% (responsables de más de tres cuartas partes de toda la cerveza sin alcohol comprada), las compras asociadas de todos los gramos de alcohol después de la primera compra de la cerveza 0,0% se redujeron en un 5,5%, en gran parte debido a la sustitución de cada litro de cerveza con graduación alcohólica > 3,5% con 0,75 litros de cerveza 0,0% de la misma marca. Para los hogares (n = 337, 1,8% de todos los hogares) que nunca antes habían comprado una cerveza de mayor graduación de la misma marca, pero que compraron recientemente una cerveza 0,0% de la misma marca, las compras asociadas de todos los gramos de alcohol después de la primera compra de la cerveza 0,0% se redujeron en un 14%; esta reducción se debió en gran parte a que los hogares disminuyeron sus compras asociadas de vinos y licores. Así, a nivel del consumidor, en base a los datos de compra de cervezas 0,0% por parte de los hogares españoles, parece estar fundamentada la evidencia detrás del llamamiento de la OMS a la sustitución.

Palabras clave: cerveza sin alcohol, sustitución, compras del hogar, modelado ARIMA

Abstract

In its action plan (2022-2030) to reduce the harmful use of alcohol, WHO calls on economic operators to "substitute, whenever possible, higheralcohol products with no-alcohol and lower-alcohol products in their overall product portfolios, with the goal of decreasing the overall levels of alcohol consumption in populations and consumer groups". This paper investigates substitution within beer brands at the level of the consumer, based on Spanish household purchase data using interrupted time series analysis. For households (n = 1791, 9.1% of all households) that newly bought at least one of eleven branded zero-alcohol beers (responsible for over threequarters of all zero-alcohol beer purchased), the associated purchases of all grams of alcohol after the first purchase of zero-alcohol beer were reduced by 5.5%, largely due to substituting every one litre of higher strength beer (ABV > 3.5%) with 0.75 litres of same-branded zero-alcohol beer (ABV = 0.0%). For households (n = 337, 1.8% of all households) that had never previously purchased a same-branded higher-strength beer, but newly purchasing a same-branded zero-alcohol beer, the associated purchases of all grams of alcohol after the first purchase of zero-alcohol beer were reduced by 14%; this reduction was largely due to such households' decreasing their associated purchases of wines and spirits. Thus, at the level of the consumer, based on Spanish household purchase data of branded zero-alcohol beers, the evidence behind WHO's call for substitution appears to be substantiated. Keywords: zero-alcohol beer, substitution, household purchases, ARIMA modelling

■ Recibido: Septiembre 2022; Aceptado: Noviembre 2022.

■ Enviar correspondencia a:

Peter Anderson

Email: peteranderson.mail@gmail.com

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

l riesgo de daño a la salud y la probabilidad de muerte prematura es más elevado cuanto mayor sea el nivel de consumo de alcohol desde un mínimo de cinco gramos de alcohol por día (GBD) 2020 Alcohol Collaborators, 2022). Para reducir el riesgo, los consumidores deben beber menos alcohol. La OMS, en su plan de acción (2022-2030) para reducir el uso nocivo del alcohol, además de la «aplicación continua de opciones de políticas rentables de alto impacto incluidas en su paquete técnico SAFER» (Organización Mundial de la Salud, 2019), hizo un llamamiento a los «operadores económicos» para «sustituir, en sus carteras de productos en general, siempre que sea posible, productos con alto contenido de alcohol por productos sin alcohol y con bajo contenido de alcohol, con el objetivo de disminuir los niveles generales de consumo de alcohol en las poblaciones y grupos de consumidores» (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Para impactar el consumo de alcohol de las personas, el llamamiento de la OMS a los operadores económicos debe alcanzar hasta la sustitución a nivel del consumidor (Anderson, Kokole, Jané Llopis, Burton y Lachenmeier, 2022a; Anderson, Kokole y Llopis, 2021; Rehm, Lachenmeier, Jané Llopis y Imtiaz, 2016). El llamamiento de la OMS se basa en la probabilidad de que los operadores económicos promulguen la sustitución dentro de las marcas (Anderson, Jané Llopis y Rehm, 2020). En otros lugares, según los datos de compra de los hogares británicos, hemos demostrado que los consumidores sustituyen las cervezas con alcohol de mayor graduación por cervezas de menor graduación recientemente introducidas dentro de las marcas (Anderson, Llopis, O'Donnell, Manthey y Rehm, 2020). Sin embargo, el inconveniente del análisis británico es que se basa en una sola jurisdicción: Gran Bretaña. En este artículo, analizamos la sustitución dentro de las marcas de cerveza en función del análisis de los datos de compra de los hogares españoles correspondientes al período del segundo trimestre de 2017 hasta el final del primer trimestre de 2022. Dado que la sustitución de cervezas de mayor graduación por cervezas sin alcohol (graduación alcohólica = 0,0%) podría tener un mayor impacto en la reducción del consumo de gramos de alcohol que la sustitución con cervezas sin alcohol (graduación alcohólica ≤ 1,0%), examinamos la posible sustitución con cervezas sin alcohol.

Desde la década de 1970, se han producido grandes descensos en los niveles de consumo de alcohol per cápita en España, en gran parte debido a la disminución del consumo de vino y licores y al aumento del consumo de cerveza, de modo que España es ahora un país predominantemente bebedor de cerveza (Llamosas-Falcón, Manthey y Rehm, 2022). Una diversidad de factores podría explicar la disminución y los cambios de consumo, incluido el hecho de que la cerveza es relativamente más barata que el vino, los cambios culturales que conllevan una disminución del consumo de alcohol a la hora del almuerzo y las políticas

gubernamentales que regulan la edad de compra, la publicidad y la concesión de licencias para la venta de alcohol (Matrai et al. 2014; Llamosas-Falcón et al., 2022). En los últimos diez años, el consumo se ha mantenido relativamente estable (Llamosas-Falcón et al., 2022). En España (Anderson y Kokole, 2022), como proporción de todas las compras de cerveza, las compras de cerveza sin alcohol (graduación alcohólica = 0,0%) son casi seis veces más altas que en Gran Bretaña (Anderson, O'Donnell, Jané Llopis y Kaner, 2022b). Este artículo examina hasta qué punto los hogares que compran cerveza sin alcohol por primera vez disminuyen sus compras de cerveza de mayor graduación de la misma marca, y hasta qué punto esto puede variar según los atributos sociodemográficos de los hogares. También consideramos para los hogares que nunca antes habían comprado una cerveza de mayor graduación de la misma marca, la medida en que las nuevas compras de cerveza sin alcohol de la misma marca llevaron a compras posteriores de cervezas de mayor graduación de la misma marca y cómo esto impactó el número total de gramos de alcohol comprados. Nuestra fuente de datos se restringe a los datos de compra y, por tanto, solo podemos analizar los cambios en las compras y no los mecanismos que conducen a los cambios en las compras. No podemos evaluar hasta qué punto los cambios en las compras eran impulsados por la demanda de los consumidores o por las estrategias de marketing de los productores de alcohol.

Las dos hipótesis específicas a probar son:

- 1. Para los hogares que anteriormente habían comprado cervezas de mayor graduación de la misma marca, las nuevas compras de cerveza sin alcohol están asociadas con compras reducidas de todos los gramos de alcohol; y
- 2. Para los hogares que no habían comprado previamente cervezas de mayor graduación de la misma marca, las nuevas compras de cerveza sin alcohol no están asociadas con aumentos en las compras de todos los gramos de alcohol. Esta hipótesis considera hasta qué punto los productores de una marca determinada podrían utilizar cervezas sin alcohol como productos para inducir a los consumidores a comprar posteriormente sus productos de mayor graduación.

Métodos

Diseño de estudio

Utilizamos análisis de series temporales interrumpidas para investigar el impacto potencial de nuevas compras de cerveza sin alcohol en los cambios en las compras de gramos de todo tipo de alcohol a lo largo del tiempo.

Fuente de datos

Nuestra fuente de datos es el panel de consumo por hogares Worldpanel de Kantar (KWP). El KWP comprende

aproximadamente 12 000 hogares españoles en cualquier momento, reclutados a través de un muestreo estratificado, con objetivos establecidos por provincia, número de miembros del hogar y edad del comprador principal. El panel es representativo del conjunto de hogares de España. Los hogares brindan información demográfica cuando se unen al panel, sujetos a actualizaciones anuales y controles de calidad. Mediante el uso de lectores de códigos de barras, los hogares registran todas las compras de alcohol traídas al hogar desde todo tipo de tiendas, incluidas las compras por Internet.

Analizamos los datos brutos de KWP sobre las compras para llevar a casa de productos alcohólicos en España durante el período comprendido entre el segundo trimestre de 2017 y el final del primer trimestre de 2022. Para cada compra individual, los datos proporcionados incluían el tipo y el volumen de la compra, la marca y la graduación alcohólica, y categorizaron cada compra como cerveza, vino, vino espumoso o producto a base de licores. El volumen comprado se combinó con la graduación para calcular los gramos de alcohol comprados. Los hogares se agruparon por edad del comprador principal, nivel socioeconómico, comunidad autónoma y nivel de compra de alcohol (véase la Tabla 1 en el suplemento).

Nuestros criterios de inclusión eran una cerveza de marca sin alcohol (graduación alcohólica 0,0%) con al menos 1000 compras separadas en todos los hogares y el período de cinco años, cuya misma marca tenía una cerveza de mayor graduación alcohólica; esto resultó en once cervezas sin alcohol. Sumamos los volúmenes y gramos de alcohol comprado en las once cervezas, tratándolos como si eran un solo producto para fines analíticos. Primero, preparamos datos para cualquier día en que un hogar compró alcohol, sumando la cantidad de alcohol comprada en volumen y gramos, dividida por el número de adultos en el hogar. Luego, para cada día del período temporal (segundo trimestre de 2017 a final del primer trimestre de 2022), calculamos el volumen medio y los gramos de compras en todos los hogares para todos los productos y cervezas separados en: cero alcohol (graduación alcohólica = 0,0%); cervezas de baja graduación alcohólica distinta de cero (graduación alcohólica > 0.0% y $\leq 3.5\%$); y todas las demás cervezas (graduación alcohólica > 3,5%).

Hicimos dos clasificaciones separadas de los hogares que habían realizado alguna compra de cualquiera de las cervezas de marca:

i. Aquellos que realizaron la primera compra de una de las cervezas de marca sin alcohol después de un período de al menos 12 meses (y, para los análisis de sensibilidad, tanto de seis como de 18 meses) desde la primera compra de una de las cervezas de la misma marca y con mayor graduación (graduación alcohólica > 3,5%), definidos como hogares de nueva compra

(NC), y todos los demás hogares, definidos como hogares de no nueva compra (N-NC);

ii. Aquellos que habían hecho la primera compra de una de las cervezas de marca sin alcohol después de un período de al menos seis meses desde la primera compra de cualquier producto alcohólico, en aquellos que no habían comprado una cerveza de mayor graduación de la misma marca (graduación alcohólica > 3,5 %) antes de la primera compra de la cerveza sin alcohol de la misma marca ([-ve > 3,5%]][+ve 0,0 %] hogares) y aquellos que sí habían comprado una cerveza de mayor graduación de la misma marca antes de la primera compra de cerveza sin alcohol de la misma marca ([+ve > 3,5%]][+ve 0,0%] hogares).

Ajustamos los días del estudio de la siguiente manera: para cada hogar, establecimos el primer día de la nueva compra de una cerveza de marca sin alcohol como el día 0, numerando todos los demás días como menos días antes de la compra y más días después de la compra.

Análisis estadístico

Usamos modelos lineales generalizados para estimar la razón de momios de ser un hogar que compra recientemente en comparación con otros hogares según los atributos sociodemográficos de los hogares. Presentamos las razones de momios con intervalos de confianza de 95%. Para obtener más información, consulte la página 3 del suplemento.

Hipótesis 1: para los hogares que anteriormente habían comprado cervezas de mayor graduación de la misma marca, las nuevas compras de cervezas sin alcohol están asociadas con compras reducidas de todos los gramos de alcohol

Nuestra principal variable dependiente era los gramos de todo el alcohol comprado por adulto por hogar por día de compra, promediado por día de estudio ajustado.

Nuestras variables dependientes secundarias eran:

- Volumen de compras (mililitros) de cerveza de marca sin alcohol (graduación alcohólica = 0,0%);
- Volumen de compras (mililitros) de cerveza de marca de baja graduación (graduación alcohólica > 0,0% y ≤ 1,0 %);
- Volumen de compras (mililitros) de cerveza de marca de mayor graduación (graduación alcohólica > 3,5%);
- Gramos de alcohol en todas las cervezas de la misma marca;
- Volumen de compras (mililitros) de todas las demás cervezas de alta graduación (graduación alcohólica > 3,5%);
- Volumen de compras (mililitros) de vinos con una graduación alcohólica > 8,5%;
- Volumen de compras (mililitros) de licores con una graduación alcohólica > 38%.

Utilizando un modelo lineal generalizado, realizamos análisis antes y después del evento para evaluar el impacto asociado del evento, el primer día de compra de una cerveza sin alcohol que define a un hogar que compra recientemente. El código ficticio del evento era 0 para todos los días anteriores al evento y 1 para todos los días posteriores al evento. Repetimos el análisis antes y después investigando la interacción entre el nivel agrupado de consumo de alcohol del hogar antes del evento y el evento (señalando que tal análisis de interacción no es posible con análisis de series temporales interrumpidas). Para obtener más información, consulte las páginas 4 y 5 del suplemento.

También utilizamos análisis de series temporales interrumpidas para evaluar el impacto asociado del evento. Como análisis de sensibilidad, repetimos el modelo, estableciendo, para cada hogar, el período entre la primera compra de cerveza de mayor graduación de la misma marca y cerveza sin alcohol de la misma marca en seis meses o 18 meses (en comparación con 12 meses para los análisis principales). Reportamos coeficientes no estandarizados e intervalos de confianza de 95%. Para obtener más información, consulte las páginas 5 y 6 del suplemento.

Hipótesis 2: para los hogares que no habían comprado previamente cervezas de mayor graduación de la misma marca, las nuevas compras de cervezas sin alcohol no están asociadas con aumentos en las compras de todos los gramos de alcohol.

Nuestra principal variable dependiente era los gramos de todo el alcohol comprado por adulto por hogar por día de compra, promediado por día de estudio ajustado.

Nuestras variables dependientes secundarias eran:

- Volumen de compras (mililitros) de cerveza de marca sin alcohol (graduación alcohólica = 0,0%);
- Volumen de compras (mililitros) de cerveza de marca de mayor graduación (graduación alcohólica > 3,5%);
- Volumen de compras (mililitros) de todas las demás cervezas de alta graduación (graduación alcohólica > 3,5%);
- Volumen de compras (mililitros) de vinos con una graduación alcohólica > 8,5%;
- Volumen de compras (mililitros) de licores con una graduación alcohólica > 38%.

En cuanto a la hipótesis 1, utilizamos un modelo lineal generalizado para realizar análisis antes y después del evento para evaluar los cambios en el volumen de compras de cervezas de marca sin alcohol y de mayor graduación después de la primera compra de cerveza de marca sin alcohol.

En cuanto a la hipótesis 1, utilizamos análisis de series temporales interrumpidas para evaluar el impacto asociado del evento (la primera compra de cerveza sin alcohol) en las compras de todos los gramos de alcohol. El código ficticio del evento era 0 para todos los días anteriores al evento y 1 para todos los días posteriores al evento. Después notamos en los gráficos que hubo pendientes en las compras a lo largo del tiempo antes y después del evento. Por tanto, creamos dos variables de pendiente con código ficticio: a los días de estudio para la pendiente antes del evento se asignó el código ficticio de 0 para todos los días

desde el evento en adelante; y para los días de estudio para la pendiente posterior al evento se asignó el código ficticio de 0 para todos los días anteriores al evento.

Todos los análisis se realizaron con SPSSv27 (IBM Corp. 2020).

Resultados

Hogares y compras

Analizamos datos de 18.954 hogares españoles con 1,29 millones de compras separadas de alcohol entre principios del segundo trimestre de 2017 y finales del primer trimestre de 2022. Del volumen de todas las cervezas sin alcohol compradas, 105,0 ml (95% IC = 103,4 a 106,7) (por adulto por hogar por día de compra por día de estudio, promediado durante todos los días de estudio y todos los hogares), 79,5 ml (95% IC = 78,0 a 80,9), 75,5%, era de una de las once cervezas de marca incluidas.

Hipótesis 1: a nivel de hogar, las nuevas compras de cervezas sin alcohol están asociadas con una disminución de las compras de cervezas de mayor graduación de la misma marca, lo que resulta en una reducción de las compras de todos los gramos de alcohol

De los 18.954 hogares, 17.283 (91,2%) habían realizado al menos una compra de cerveza, 15.797 (83,3%) habían realizado al menos una compra de una de las cervezas de marca y 6.911 (36,5%) habían realizado al menos una compra de cerveza sin alcohol de marca, 1.719 (9,1 % de todos los hogares) habían realizado la primera compra de cerveza sin alcohol al menos un año después de la primera compra de la misma cerveza de marca con una graduación alcohólica > 3,5% (con hogares de compra reciente también incluidos en el análisis). En comparación con otros hogares que habían comprado cerveza de marca sin alcohol, los hogares de compra reciente eran más propensos a ser mayores compradores de alcohol, tendían a tener más edad, pero no diferían según nivel socioeconómico y no tenían un patrón consistente por comunidad autónoma de ubicación del hogar (consulte la Tabla 2 en el suplemento).

De los 1.719 hogares de compra reciente, 1.547 (90%) compraron solo un tipo de las once marcas de cerveza sin alcohol; de estos 1.547 hogares, 1.238 (80%) compraron la misma marca de cerveza sin alcohol que las compras anteriores de cerveza de marca de mayor graduación (graduación alcohólica > 3,5%). De los 1719 hogares de compra reciente incluidos en los análisis, la Figura 1 traza en el eje vertical izquierdo los volúmenes de compras (ml por adulto por hogar por día de compra, promediado para cada día ajustado en todos los hogares) de cerveza de marca sin alcohol y de cerveza de la misma marca con una graduación alcohólica > 3,5%. En el eje vertical derecho, la Figura 1 representa los gramos de alcohol comprados (gramos por

adulto por hogar por día de compra, promediado para cada día ajustado en todos los hogares) para todos los gramos de alcohol y para todos los gramos de alcohol dentro de las cervezas de marca. Es importante recordar que no todos los 1.719 hogares están representados en las medias para todos los días de estudio ajustados. A la izquierda del eje horizontal, los grandes días de estudio ajustados negativos incluyen hogares que tuvieron el mayor intervalo de tiempo entre la primera compra de cervezas de mayor concentración de la misma marca (graduación alcohólica > 3,5%) y la primera compra de las cervezas de marca sin alcohol; mientras que, a la derecha del eje horizontal, los grandes días de estudio ajustados positivos incluyen hogares que tuvieron el intervalo de tiempo más corto entre la primera compra de cerveza de mayor graduación de la misma marca (graduación alcohólica > 3,5%) y la primera compra de las cervezas de marca sin alcohol. La inspección visual de los gráficos ilustra una disminución inicial en el volumen de compras de cerveza sin alcohol, seguido de una tendencia estable a lo largo del tiempo, reflejada por cambios opuestos en el volumen de compras de cervezas de mayor graduación y de las compras de gramos de alcohol.

La Tabla 1 muestra los coeficientes para los cambios en las variables dependientes asociadas con el evento para los análisis de antes y después y el análisis de series temporales interrumpidas. Los coeficientes son similares para ambos conjuntos de análisis. Usando los coeficientes de los análisis de series temporales interrumpidas, para el resultado primario, el evento se asoció con una reducción en las compras de $5.5 \text{ gramos (IC } 95\% = 3.9 \text{ a } 7.0) \text{ de alcohol (por adulto por adu$ hogar por día de compra promediado en cada día de estudio ajustado), una reducción del 5,5%. Que el evento, con las compras subsiguientes de cerveza sin alcohol de 98 ml (IC 95% = 96 a 101) se asoció con reducciones a nivel de hogar en los volúmenes de compras de cerveza de mayor graduación de la misma marca (-73 ml, IC 95% = -90 a -56), una reducción del 11%, es consistente con la sustitución. Desde el primer día de nuevas compras de cerveza sin alcohol, cada litro de cerveza de mayor graduación (graduación alcohólica > 3.5%) se sustituyó por 0.745 litros (IC 95% = 0.736 a 0,753) de cerveza sin alcohol de la misma marca (graduación alcohólica = 0,0%), esta relación aumenta con el tiempo, coeficiente de regresión por 100 días, 0.022 (IC 95% = 0.019 a 0,024). Consulte la Figura 3 en el suplemento.

Figura 1

El eje vertical izquierdo traza los volúmenes de compras (ml por adulto por hogar por día de compra, promediados para cada día ajustado en todos los hogares) de cerveza de marca sin alcohol (graduación alcohólica = 0,0%) y de cerveza de la misma marca con una graduación alcohólica> 3,5%. El eje vertical derecho representa los gramos de alcohol comprados (gramos por adulto por hogar por día de compra, promediados para cada día ajustado en todos los hogares) para todos los gramos de alcohol y para todos los gramos de alcohol dentro de las cervezas de marca. Puntos: puntos de datos diarios, valores predictivos de modelos ARIMA. Línea negra vertical: Día de la primera compra de cerveza de marca sin alcohol de compra reciente

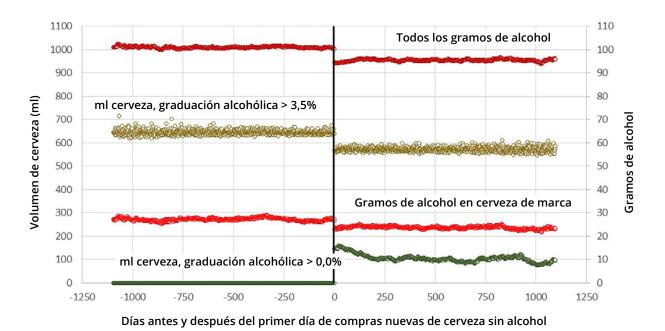


Tabla 1Coeficientes (IC 95%) para los cambios en las variables dependientes asociadas con el evento para los análisis de antes y después y el análisis de series temporales interrumpidas

Variables demandicates	Análisis de ant	Análisis de series		
Variables dependientes —	Intercepto	Evento	temporales interrumpidas	
Cerveza de marca sin alcohol (ml)	0,0	97,81 (93,74 a 101,88)	98,22 (95,64 a 100,86)	
Cerveza de marca de baja graduación alcohólica (graduación alcohólica > 0,0 $y \le 3,5\%$) (ml)	101,79 (97,72 a 105,86)	-8,86 (-14,61 a -3,10)	-8,81 (-14,98 a -2,63)	
Cerveza de marca de mayor graduación alcohólica (graduación alcohólica > 3,5%) (ml)	645,31 (633,78 a 656,84)	-73,28 (-89,59 a -56,98)	-73,31 (-90,39 a -56,22)	
Gramos de alcohol en todas las cervezas de marca	27,17 (26,73 a 27,62)	-3,46 (-4,09 a -2,83)	-3,48 (-4,57 a -2,39)	
Gramos de alcohol en todos los productos	100,92 (100,00 a 101,84)	-5,43 (-6,73 a -4,12)	-5,45 (-7,01 a -3,88)	
Otras cervezas sin marca (graduación alcohólica > 3,5%) (ml)	434,41 (425,00 a 443,81)	-24,67 (-37,98 a -11,37)	-24,67 (-37,97 a -11,38)	
Vino (graduación alcohólica > 9,5%) (ml)	361,01 (360,55 a 361,47)	1,33 (, 68 a 1,98)	-1,14 (-2,12 a -,15)	
Licores (graduación alcohólica > 35%) (ml)	27,95 (27,85 a 28,04)	1,89 (1,76 a 2,02)	No significativo	

Se sugiere que las reducciones asociadas en las compras de todos los gramos de alcohol pueden deberse a las reducciones en las compras de cerveza de marca de mayor graduación (graduación alcohólica > 3,5%), cuando se incluyen los volúmenes de compra de cerveza de marca de mayor graduación como variable independiente en el modelo para los cambios asociados en las compras de todos los gramos de alcohol como variable dependiente, el coeficiente para los cambios asociados en las compras de gramos de alcohol se redujo a 1,9 gramos, con intervalos de confianza del 95% relativamente amplios, de 0,12 a 3,70.

Los análisis de sensibilidad, con intervalos de tiempo entre la primera compra de cerveza de mayor graduación de la misma marca y de cerveza sin alcohol de la misma marca como seis meses o 18 meses (en comparación con 12 meses para los análisis principales) encontraron resultados muy similares (consulte la Tabla 3 en el suplemento) con la excepción de que las reducciones asociadas en las compras del volumen de cerveza sin alcohol de la misma marca y las reducciones en las compras de gramos de alcohol en todas las cervezas de marca parecían mayores cuanto más largo era el intervalo temporal.

Al analizar por grupos la cantidad de alcohol que normalmente se compraba antes de la primera compra de la cerveza sin alcohol de compra reciente, los compradores que normalmente compraban mayores cantidades de alcohol tuvieron mayores reducciones en el volumen de compras de cerveza de mayor graduación de la misma marca y mayores reducciones en las compras de alcohol que los compradores que compraban menores cantidades de alcohol (consultar la Tabla 4 en el suplemento, confirmado por el análisis de interacción, Tabla 5 en el suplemento) donde el grupo de mayor consumo redujo su compra de gramos de alcohol en 11,2 gramos (95% IC = 8,4 a 14,0) más que el grupo de compra más baja.

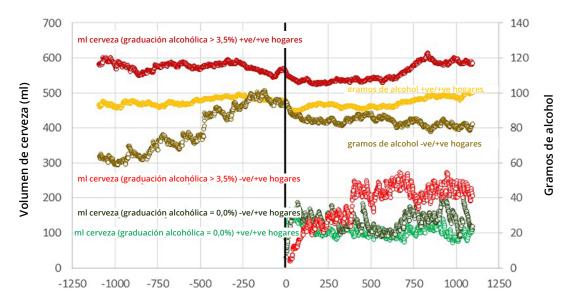
Hipótesis 2: para los hogares que no habían comprado previamente cervezas de mayor graduación de la misma marca, las nuevas compras de cervezas sin alcohol no están asociadas con aumentos en las compras de todos los gramos de alcohol.

De los 6.911 hogares que habían realizado al menos una compra de una de las cervezas de marca sin alcohol, 3.458, el 50% (18,2% de todos los hogares) realizaron su primera compra de una cerveza de marca sin alcohol al menos seis meses después su primera compra de cualquier producto alcohólico, de los cuales 337 (9,7%) nunca antes habían comprado una cerveza de mayor graduación de la misma marca ([-ve > 3,5%][+ve 0,0%] hogares), y 3.121 (93,3%) habíacomprado previamente una cerveza de mayor graduación de la misma marca ([+ve > 3.5%]l[+ve 0.0%] hogares). La Figura 2, que traza las compras a lo largo del tiempo, muestra que [-ve > 3.5%] [+ve 0.0%] los hogares compraron volúmenes ligeramente mayores de cerveza sin alcohol (134,4 ml, IC 95% = 132.8 a 135.9) que [+ve > 3.5%][[+ve 0.0%] hogares (105,6 ml, IC 95% = 104,6 a 106,5), diferencia = 28,8ml (IC 95% = 27,0 a 30,7). Para la cerveza de mayor graduación de la misma marca, [-ve > 3.5%] [+ve 0.0%] los hogares realizaron compras posteriormente, pero en un volumen mucho menor durante el mismo período (181,9 ml, IC 95% = 178,3 a 185,5) que [+ve > 3,5%] [[+ve > 3,5%]] 0,0%] hogares (555,8 ml, IC 95% = 554,3 a 557,3), diferencia = 373,9 ml (IC 95% = 370,0 a 377,8). Durante todo el tiempo transcurrido desde la primera compra de cerveza sin alcohol, por cada litro de cerveza sin alcohol (graduación alcohólica = 0,0%) comprado, se compraron 1,22 litros (95% IC = 1,18 a 1,25) de cerveza de mayor graduación (graduación alcohólica > 3,5%), la relación aumentó durante el primer año y luego se mantuvo relativamente estable durante los siguientes dos años (la duración del análisis) en 1,61 (IC 95% = 1,58 a 1,64), disminuyendo ligeramente con el tiempo durante los últimos dos años, por cada 100 días durante los dos años, coeficiente = -0,012 (IC 95% = -0,017 a -0,0074) (consulte la Figura 4 en el suplemento).

Para todos los gramos de alcohol [-ve > 3,5%] [[+ve 0,0%], los hogares mostraron una tendencia de compras crecientes antes de su primera compra de cerveza sin alcohol, y esta tendencia se revirtió después de su primera compra. Consulte la Tabla 2. En general, después de la primera compra de cerveza sin alcohol [-ve > 3,5%] [[+ve 0,0%], los hogares

redujeron sus compras asociadas de todos los gramos de alcohol en una cantidad mayor que [+ve > 3,5%]I[+ve 0.0%] hogares, diferencia, 6,63 gramos (IC 95% = 6,05 a 7,20). Consulte la Tabla 2. Esto podría deberse al hecho de que mientras [-ve > 3,5%]I[+ve 0,0%] hogares aumentaron sus compras asociadas de otra cerveza en mayor cantidad que [+ve > 3,5%]I[+ve 0,0%] hogares, diferencia, 79,5 ml (78,7 a 80,3), disminuyeron sus compras asociadas en mayor cantidad tanto de vino, diferencia, 68,7 ml (63,6 a 73,8) y licores, diferencia, 14,9 ml (13,9 a 15,8) que [+ve > 3,5%]I[+ve 0,0%] hogares. Consulte la Tabla 2.

Figura 2
El eje vertical izquierdo traza los volúmenes de compras (ml por adulto por hogar por día de compra, promediados para cada día ajustado en todos los hogares) de cerveza de marca sin alcohol (graduación alcohólica = 0,0%) y de cerveza de la misma marca con una graduación alcohólica > 3,5%. El eje vertical derecho representa los gramos de alcohol comprados (gramos por adulto por hogar por día de compra, promediados para cada día ajustado en todos los hogares) para todos los gramos de alcohol. Gráficos distintos para hogares [-ve > 3,5%] | [+ve 0,0%] y [+ve > 3,5%] | [+ve 0,0%]. Puntos: puntos de datos diarios, valores predictivos de modelos ARIMA. Línea negra vertical: Día de la primera compra de cerveza de marca sin alcohol de compra reciente



Días antes y después del primer día de compras nuevas de cerveza sin alcohol

Tabla 2Coeficientes (IC 95%) para los cambios en las variables dependientes asociadas con el evento para las series temporales interrumpidas

		e todos los holes	Volumen otras	cervezas (ml)	Volumen licores (ml)		Volumen vino (ml)	
	[-ve > 3,5%] [+ve 0,0%] hogares	[-ve > 3,5%] [+ve 0,0%] hogares						
Intercepto	101,0 (100,6 a 101,4)	97,3 (97,2 a 97,5)	371,449 (371,449 a 371,449)	427,202 (426,653 a 427,751)	35,508 (34,817 a 36,198)	27,485 (27,314 a 27,656)	543,760 (540,162 a 547,358)	376,335 (375,382 a 377,288)
Pendiente antes del evento	,041 (,039 a ,042)	,0039 (,0036 a ,004)	No significativo	,025 (,024 a ,026)	,004 (,003 a ,006)	No significativo	,281 (,275 a ,288)	,047 (,046 a ,049)
Evento	-14,2 (-14,7 a -13,6)	-7,3 (-7,5 a -7,1)	54,015 (54,015 a 54,015)	-25,451 (-26,228 a -24,674)	-11,810 (-12,769 a -10,852)	3,044 (2,803 a 3,286)	-103,362 (-108,372 a -98,351)	-34,667 (-36,016 a -33,318)
Pendiente después del evento	-,0053 (-,0059 a -,005)	,0077 (,0074 a ,008)	No significativo	,014 (,013 a ,015)	No significativo	,001 (,001 a ,001)	-,095 (-,100 a -,089)	,003 (,001 a ,004)

Que este podría ser el caso se sugiere porque al incluir los volúmenes de compra de otras cervezas, licores y vinos como variables independientes en el modelo para los cambios asociados en las compras de todos los gramos de alcohol como variable dependiente, el coeficiente para el cambio asociado en las compras de gramos de alcohol dejó de ser significativa y se excluyeron del modelo para [-ve > 3,5%]I[+ve 0,0%] hogares.

Discusión

Hallazgos principales

Analizamos datos de España, que es uno de los países europeos con la mayor proporción de compras de cerveza sin alcohol (Kokole, Jané Llopis y Anderson 2021). Estudiamos once cervezas sin alcohol que tenían cerveza de mayor graduación de la misma marca y que representaron, en términos de volumen, el 75,5% de todas las cervezas sin alcohol compradas durante el período entre el segundo trimestre de 2017 y el final del primer trimestre de 2022.

Para nuestra primera hipótesis (para los hogares que anteriormente habían comprado cerveza de mayor graduación de la misma marca, las nuevas compras de cervezas sin alcohol están asociadas con una reducción en las compras de todos los gramos de alcohol), analizamos el comportamiento de compra de 1.719 hogares (9,1% de todos los hogares en el conjunto de datos) que habían realizado una primera compra de cerveza de marca sin alcohol (graduación alcohólica = 0,0%) al menos un año después de la primera compra de la misma cerveza de marca con una graduación alcohólica > 3,5%, nombrando a tales hogares como hogar de compra reciente de cerveza sin alcohol. El ochenta por ciento de los hogares compraron recientemente la misma marca de cerveza sin alcohol que la marca de cerveza de mayor graduación que habían comprado anteriormente.

La primera hipótesis se confirma. Las nuevas compras de cerveza sin alcohol se asociaron con compras reducidas de todos los gramos de alcohol en un promedio de 5,5%. El volumen de nuevas compras asociadas de cerveza sin alcohol de la misma marca (98 ml) se acompañó de reducciones en las compras de cerveza de graduación regular (graduación alcohólica > 3,5%) de 73 ml, una tasa de sustitución del 74,5% que aumentó ligeramente durante tres años (la duración del análisis de seguimiento). Los hogares que compraban la mayor cantidad de alcohol al inicio del estudio mostraron evidencia de una mayor sustitución. Eso, junto con el hecho de que los hogares de compras recientes eran, en general, mayores compradores de alcohol, podría llevar a la interpretación que dichos hogares estaban comprando cerveza sin alcohol en un intento de reducir sus compras de alcohol y, así, su consumo de alcohol.

Para nuestra segunda hipótesis (para los hogares que no habían comprado anteriormente cerveza de mayor graduación de la misma marca, las nuevas compras de cerveza sin alcohol no están asociadas con aumentos en las compras de todos los gramos de alcohol), analizamos el comportamiento de compra de 3.458 hogares (18,2% de todos los hogares en el conjunto de datos) que habían realizado al menos una compra de una de las cervezas de marca sin alcohol al menos seis meses después de su primera compra de cualquier producto alcohólico, dividiéndolos en 337 hogares que nunca antes habían comprado una cerveza de mayor graduación de la misma marca ([-ve > 3,5%]][+ve 0,0%] hogares), y 3.121 que habían comprado previamente una cerveza de mayor graduación de la misma marca ([+ve > 3,5%]][+ve 0,0%] hogares).

La segunda hipótesis se confirma, respecto de la ausencia de aumentos en las compras de todos los gramos de alcohol. No hubo aumentos asociados en las compras de gramos de alcohol; más bien, para [-ve > 3.5%]|[+ve 0.0%] hogares, las nuevas compras de cervezas sin alcohol se asociaron con compras reducidas de todos los gramos de alcohol en un promedio de 14%, mayor que el 7,5% de reducción asociada para [+ve > 3,5%] [+ve 0,0%] hogares. Mientras que [-ve > 3,5%] [+ve 0,0%] hogares siguieron sus nuevas compras de cerveza sin alcohol con aumentos de compras asociadas tanto de cerveza de mayor graduación de la misma marca como de otras cervezas (con tales compras siendo, respectivamente, de aproximadamente una tercera parte y una sexta parte de los volúmenes equivalentes comprados por [+ve > 3.5%] [+ve 0.0%] hogares), sus compras asociadas de los volúmenes de tanto vino como licores se redujeron. Las reducciones asociadas del 14% en las compras de todos los gramos de alcohol se explicaron completamente por la reducción en sus compras asociadas de vinos y licores. Por tanto, parece que los hogares que no habían comprado previamente una cerveza de marca de mayor graduación y que compraron recientemente una cerveza sin alcohol de la misma marca estaban cambiando sus compras de productos alcohólicos de mayor graduación (vinos y licores) a productos alcohólicos de menor graduación (cerveza), con nuevas compras de cerveza divididas aproximadamente en dos quintas partes de cerveza sin alcohol y tres quintas partes de cerveza de mayor graduación, y la proporción de cerveza sin alcohol aumentó ligeramente a lo largo del tiempo durante los siguientes dos años de seguimiento. Este cambio en los hogares a nivel de compras es coherente con lo que ha ocurrido en el conjunto de España durante los últimos 50 años, donde ha habido grandes disminuciones en los niveles de consumo de alcohol per cápita, en gran parte debido a cambios del consumo de vinos y licores al consumo de cerveza (Llamosas-Falcón et al., 2022).

Lo que ya se sabe sobre este tema

Los únicos otros estudios similares que conocemos son nuestros propios estudios de datos de compra de los hogares británicos con más de cuatro millones de compras de alcohol de 64.280 hogares entre los años 2015-2018, un conjunto de

datos unas 3,4 veces mayor que el conjunto de datos de España (Jané Llopis, O'Donnell, Kaner y Anderson, 2022). El estudio investigó hasta qué punto el lanzamiento de seis nuevas cervezas sin alcohol (graduación alcohólica = 0,0%) y cervezas de baja graduación (graduación alcohólica > 0,0% y ≤ 3,5%) afectó el volumen de compras de cerveza de mayor graduación (graduación alcohólica > 3,5%). Los hogares británicos que anteriormente habían comprado cervezas de graduación regular y que después compraron cervezas de la misma marca recién introducidas sin alcohol o con baja graduación redujeron posteriormente las compras de cervezas de graduación regular en 48,5 ml por adulto por hogar por día para los días en que se realizó una compra, una reducción del 22,5%, igualada por nuevas compras de 34,6 ml de las nuevas cervezas sin alcohol o con baja graduación, con estabilidad en estos cambios durante al menos dos años de seguimiento (la duración del análisis). Analizando todos los hogares que no habían comprado previamente una de las cervezas de marca de mayor graduación, aquellos hogares que compraron cervezas de la misma marca recién introducidas sin alcohol o con baja graduación compraron posteriormente cerveza de mayor graduación de la misma marca, pero en solo la mitad que aquellos hogares que no compraron posteriormente una de las cervezas recién introducidas sin alcohol o con baja graduación.

La contribución de este estudio

Una fortaleza de este estudio es la inclusión de un gran número de compras de alcohol de un gran número de hogares, con gran cantidad de puntos de datos antes y después del evento examinado, con datos objetivos aportados por códigos de barras escaneados. Al examinar las compras de los hogares en España, con una cultura de consumo de alcohol muy diferente a la de Gran Bretaña, se encontró evidencia de sustitución en una proporción del 75% y compras reducidas de gramos de alcohol. Las reducciones asociadas en la compra de gramos de alcohol eran mayores cuanto mayor era el nivel inicial de compras totales de alcohol. Los hogares que no habían comprado previamente una cerveza de marca de mayor graduación alcohólica y posteriormente compraron una cerveza de marca sin alcohol tuvieron reducciones asociadas generales en las compras de gramos de alcohol debido al cambio de compras asociadas de vinos y licores a cerveza; estos hogares continuaron comprando cerveza de mayor graduación de la misma marca, pero en menor medida (alrededor de una tercera parte del volumen) que los hogares que habían comprado previamente cerveza de marca con mayor graduación.

Limitaciones del estudio

La limitación principal del estudio es la posibilidad de solo evaluar los cambios en las compras de los hogares de alcohol en tiendas y supermercados y la exclusión del consumo de alcohol en cafeterías, bares y restaurantes. Es más, solo examinamos las compras y no los niveles reales de consumo de alcohol para los períodos temporales estudiados. Es posible que los adultos de un hogar no consuman las mismas cantidades del alcohol comprado, y puede ser que no todos los adultos de un hogar sean consumidores de alcohol. Los datos también tienen limitaciones, ya que las compras de alcohol tienden a ser infrareportados en este tipo de conjuntos de datos (Leicester, 2012).

Conclusiones

Dentro de las marcas de cerveza, las compras de los hogares, tanto en España como en Gran Bretaña, parecen confirmar el modelo de cambio previsto por la OMS cuando hizo su llamamiento a los operadores económicos a «sustituir, en sus carteras de productos en general, siempre que sea posible, productos con alto contenido de alcohol por productos sin alcohol y con bajo contenido de alcohol, con el objetivo de disminuir los niveles generales de consumo de alcohol en las poblaciones y grupos de consumidores». Los datos examinados encontraron tanto la sustitución como la disminución de las compras de gramos de alcohol en general. Es necesario ampliar la investigación en diferentes jurisdicciones para monitorear el impacto de la sustitución potencial en el comportamiento del consumidor y la salud pública, incluido lo que facilita la sustitución y las posibles consecuencias indeseadas de la sustitución. La sustitución es una adición, y no un reemplazo, de los elementos de la iniciativa SAFER de la OMS que deben implementarse para reducir el uso nocivo del alcohol³ sin la interferencia de los productores de alcohol^{3,6}.

Financiación

Este trabajo recibió apoyo de la Agencia Ejecutiva Europea en los ámbitos de la Salud y Digital (HaDEA) (anteriormente Agencia Ejecutiva de Consumidores, Salud, Agricultura y Alimentación [CHAFEA]) actuando bajo el mandato de la Comisión Europea (CE) específicamente por el proyecto ALHAMBRA (Programa de Salud de la UE 2014-2020 bajo el contrato de prestación de servicios 2019 71 05). Las opiniones expresadas en este artículo son exclusivamente de los autores y no reflejan necesariamente las opiniones de la CE o de la HaDEA.

Reconocimientos

Agradecemos a Kantar Worldpanel por revisar la descripción del método, dado que describe la recopilación de datos. Kantar Worldpanel proporcionó los datos brutos a PA en la Universidad de Maastricht bajo un contrato directo. A través de su propia actividad como empresa de investigación de mercados, para divulgar los datos comerciales, Kantar Worldpanel recibió un reembolso económico de Heineken International que cubrió los costos de los datos.

Kantar Worldpanel tiene relaciones comerciales similares con otros clientes que pagan para la recopilación de datos sobre alimentos y artículos no alimentarios disponibles para la venta en supermercados y otros puntos de venta cubiertos por Worldpanel. Kantar Worldpanel y ninguna otra entidad tuvo papel alguno en el diseño del estudio, el análisis de datos, la interpretación de datos o la redacción del manuscrito.

Contribuidores

PA conceptualizó el artículo, realizó los análisis y preparó el borrador del documento. DK refinó las diversas versiones del artículo íntegro y aprobó el manuscrito final para su presentación. El autor de contacto principal afirma que todos los autores enumerados cumplen con los criterios de autoría y que no se han omitido otros que cumplen con los criterios. Todos los autores tuvieron acceso a los datos utilizados para los análisis, y todos los autores verificaron los conjuntos de datos brutos recibidos de Kantar Worldpanel y son los garantes de los datos utilizados para los análisis.

Conflicto de intereses

PA y DK recibieron fondos de la Agencia Ejecutiva Europea en los ámbitos de la Salud y Digital bajo un contrato de prestación de servicios.

Aprobación ética

No aplicable.

Intercambio de datos

No hay datos adicionales disponibles. Kantar Worldpanel no puede compartir los datos, debido a licencias restrictivas.

Referencias

- Anderson, P., Jané Llopis, E. y Rehm, J. (2020). Evaluation of alcohol industry action to reduce the harmful use of alcohol: Case study from Great Britain. *Alcohol and Alco-holism*, 55, 424-432. doi:10.1093/alcalc/agaa029.
- Anderson, P., Kokole, D., Jané Llopis, E., Burton, R. y Lachenmeier, D. (2022). Lower strength alcohol products a realist review-based road map for European policy-making. *Nutrients*, 14, 3779. doi:10.3390/nu14183779.
- Anderson, P. y Kokole, D. (2022). The impact of lower-strength alcohol products on alcohol purchases by Spanish households. *Nutrients*, 14, 3412. doi:10.3390/nu14163412.
- Anderson, P., O'Donnell, A., Jané Llopis, E. y Kaner, E. (2022). The impact of lower strength alcohol products on alcohol purchases: ARIMA analyses based on 4 million purchases by 69 803 households, 2015-2019. *J Public Health (Oxf)*, 44, 567-577. doi:10.1093/pubmed/fdac052.

- Anderson, P., Kokole, D. y Llopis, E. (2021). Production, consumption, and potential Public Health impact of low- and no-alcohol products: Results of a scoping review. *Nutrients*, 13, 3153. doi:10.3390/nu13093153.
- Anderson, P., Llopis, E. J., O'Donnell, A., Manthey, J. y Rehm, J. (2020). Impact of low and no alcohol beers on purchases of alcohol: Interrupted time series analysis of British household shopping data, 2015–2018. *BMJ Open*, 10, e036371.
- GBD 2020 Alcohol Collaborators (2022). Population-level risks of alcohol consumption by amount, geography, age, sex, and year: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2020. *Lancet*, 400, 185-235. doi:10.1016/S0140-6736(22)00847-9. Errata en: *Lancet*, 400, 358.
- IBM Corp (2020). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0.; IBM Corp: Armonk, NY, USA, 2020.
- Jané Llopis, E., O'Donnell, A., Kaner, E. y Anderson, P. (2022). Are lower-strength beers gateways to higher-strength beers? Time series snalyses of house-hold purchases from 64,280 British households, 2015-2018. Alcohol Alcohol, 57, 520-528. doi:10.1093/alcalc/agac025.
- Kokole, D., Jané Llopis, E. y Anderson, P. (2021). Non-al-coholic beer in the European Union and UK: Availability and apparent consumption. *Drug Alcohol Rev, 41*, 550-560. doi:10.1111/dar.13429.
- Leicester, A. (2012). How might in-home scanner technology be used in budget surveys? London: Institute for Fiscal Studies, 2012.
- Llamosas-Falcón, L., Manthey, J. y Rehm, J. (2022). Changes in alcohol consumption in Spain between 1990 and 2019. *Adicciones*, *34*, 61-72. doi:10.20882/adicciones.1400.
- Matrai, S., Casajuana, C., Allamani, A., Baccini, M., Pepe, P., Massini, G. y Gual, A. (2014). The relationships between the impact of alcoholic beverage control policies, selected contextual determinants, and alcohol drinking in Spain. Subst Use Misuse, 49, 1665-83. doi:10.3109/10826084.2014.913398.
- Organización Mundial de la Salud (2019). World Health Organization. The SAFER technical package: Five areas of intervention at national and subnational levels. Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/the-safer-technical-package.
- Organización Mundial de la Salud (2022). World Health Organization. Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB150/B150_7Add1-en.pdf.
- Rehm, J., Lachenmeier, D.W., Jané-Llopis, E., Imtiaz, S. y Anderson, P. (2016). On the evidence base of reducing ethanol content in beverages to reduce the harmful use of alcohol. *Lancet Gastroenterol. Hepatol*, 1, 78–83.

Suplemento

Suplemento Tabla 1 Divisiones de los hogares por características sociodemográficas (N = 18.954 hogares)

Grupos	PIB per cápita (€)	Categorías	Número de hogares dentro de cada grupo	Distribución dentro de cada grupo (%)
Edad del comprador principal (años)		18-34	3668	19,4
		35-49	7690	40,6
		50-64	5634	29,7
		65+	1962	10,4
Nivel socioeconómico ^a		Medio-alto y alto	3397	17,9
		Medio-medio	6375	33,6
		Medio-bajo	5081	26,8
		Bajo	4101	21,6
Grupos de compras semanales de		≤12	3879	20,5
alcohol (gramos) previo a la 1ª compra de cerveza sin alcohol		>12-≤25	5601	29,6
		>25-≤49	4845	25,6
		> 49	4629	24,4
Comunidad Autónoma	19 107	Andalucía	3319	17,5
	28 151	Aragón	547	2,9
	22 789	Asturias	444	2,3
	27 682	Islas Baleares	416	2,2
	33 223	País Vasco	788	4,2
	20 892	Islas Canarias	838	4,4
	23 757	Cantabria	234	1,2
	24 031	Castilla-León	1277	6,7
	20 363	Castilla-La Mancha	824	4,3
	30 426	Cataluña	3036	16,0
	35 041	Comunidad de Madrid	2783	14,7
	18 769	Extremadura	467	2,5
	23 183	Galicia	1083	5,7
	27 225	La Rioja	136	,7
	21 269	Murcia	552	2,9
	31 389	Navarra	214	1,1
	22 426	Comunidad Valenciana	1996	10,5

^aEn base a 20 variables, utilizando el análisis de correspondencias múltiples (MCA), los hogares se factorizaron en uno de los cuatro grupos de la siguiente manera:

Nivel socioeconómico bajo

Cabeza de familia:

Propietarios de agricultura, ganade-

ría y pesca Empleados en agricultura, ganadería

y pesca Sin estudios

Otro: estudiante, jubilado, etc.

Equipamiento: Sin internet

Sin ordenador

Sin teléfono móvil Sin vehículo Sin microondas

Sin aspiradora Sin lavaplatos

Sin equipo de música 1 televisor

Nivel socioeconómico medio-medio

Cabeza de familia: Bajo nivel de empleo Primarios

Equipamiento: Sin lavaplatos 1 baño

1 vehículo

1 televisor

Sin televisión de pago Sin cepillo de dientes eléctrico Sin empleada del hogar Sin segunda residencia

Nivel socioeconómico medio-medio

Cabeza de familia: Mando intermedio Empleado de oficina

Empleados de industria y comercio Estudios secundarios

Equipamiento: Aspirador robot Lavaplatos Equipo de música 2 o más vehículos 2 o más televisores 2 o más baños

Cepillo de dientes eléctrico

Nivel socioeconómico medio-alto y alto

Cabeza de familia: Mando superior Mando intermedio Autoempleo Universitarios

Equipamiento: Empleada de hogar Segunda residencia 3 o más televisores 2 o más vehículos

Razones de momio para ser un hogar que compra recientemente

Estimamos las razones de momio para los 1.719 hogares que habían realizado la primera compra de cerveza sin alcohol al menos un año después de la primera compra de cerveza de la misma marca con una graduación alcohólica > 3,5%, en comparación con los 5.192 hogares que habían realizado la primera compra de cerveza sin alcohol menos de un año después de la primera compra de cerveza de la misma marca con una graduación alcohólica > 3,5%. A los hogares se asignó un código ficticio de 0 para menos de un año y de 1 para un año o más para el intervalo temporal, la variable dependiente (nueva). Las variables independientes eran asignadas el código ficticio como «sí» o «no» para cada una de las categorías de los grupos de edad (edad), nivel socioeconómico (nivel), comunidad autónoma (CA), y grupos de compras semanales de alcohol (gramos) anteriores a la 1.ª compra de cerveza sin alcohol (gmgroup). La sintaxis de SPSS era:

GENLIN new (REFERENCE=first) BY age grade AC gmgroup (ORDER=ASCENDING)

/MODEL age grade AC gmgroup INTERCEPT=YES
DISTRIBUTION=BINOMIAL LINK=LOGIT

/CRITERIA METHOD=FISHER(1) SCALE=1 COVB=MODEL MAXITERATIONS=100 MAXSTEPHALVING=5
PCONVERGE=1E-006(ABSOLUTE) SINGULAR=1E-012 ANALYSISTYPE=3(WALD) CILEVEL=95 CITYPE=WALD
LIKELIHOOD=FULL

/EMMEANS TABLES=age SCALE=ORIGINAL

/EMMEANS TABLES=gmgroup SCALE=ORIGINAL

/EMMEANS TABLES=gmgroup SCALE=ORIGINAL

/EMMEANS TABLES=AC SCALE=ORIGINAL

/MISSING CLASSMISSING=EXCLUDE

/PRINT CPS DESCRIPTIVES MODELINFO FIT SUMMARY SOLUTION (EXPONENTIATED).

Análisis de series temporales interrumpidas

La variable dependiente del resultado primario es:

- Gramos de todo el alcohol comprado, por adulto por hogar por día de compra.

Las variables dependientes del resultado secundario son:

- Volumen de compras (mililitros) de cerveza de marca sin alcohol (graduación alcohólica = 0,0%);
- Volumen de compras (mililitros) de cerveza de marca de baja graduación (graduación alcohólica > 0,0% y ≤ 1,0 %);
- Volumen de compras (mililitros) de cerveza de marca de mayor graduación (graduación alcohólica > 3,5%);
- Gramos de alcohol en todas las cervezas de la misma marca;
- Volumen de compras (mililitros) de todas las demás cervezas de alta graduación (graduación alcohólica > 3,5%);
- Volumen de compras (mililitros) de vinos con una graduación alcohólica > 8,5%;
- Volumen de compras (mililitros) de licores con una graduación alcohólica > 38%.

La variable independiente es:

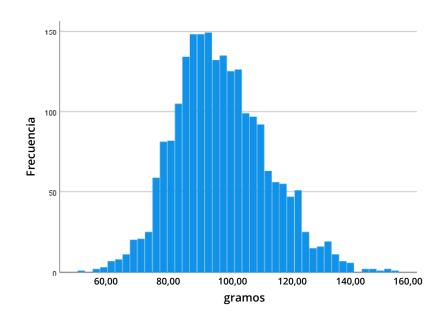
Los días de estudio se ajustaron de la siguiente manera: para cada hogar, establecimos el primer día de la nueva compra de una cerveza de marca sin alcohol como el día 0, numerando todos los demás días como menos días antes de la compra y más días después de la compra. El evento, el primer día de compra ajustado, se codificó de forma ficticia como 0 antes del evento y como 1 a partir del evento.

Distribución del resultado primario

El resultado primario, gramos de todo el alcohol comprado, por adulto por hogar por día de compra en todos los días de estudio ajustados tuvo una distribución normal (consulte la Figura 1 en el suplemento).

Figura 1 en el suplemento

Distribución del resultado primario, gramos de todo el alcohol comprado, por adulto por hogar por día de compra en todos los días de estudio ajustados



Análisis de antes y después

Realizamos análisis de antes y después, utilizando la siguiente sintaxis de SPSS:

GENLIN gram WITH event
/MODEL event INTERCEPT=YES
DISTRIBUTION=NORMAL LINK=IDENTITY
/CRITERIA SCALE=MLE COVB=MODEL PCONVERGE=1E-006(ABSOLUTE) SINGULAR=1E-012 ANALYSISTYPE=3(WALD)
CILEVEL=95 CITYPE=WALD LIKELIHOOD=FULL
/MISSING CLASSMISSING=EXCLUDE
/PRINT CPS DESCRIPTIVES MODELINFO FIT SUMMARY SOLUTION.

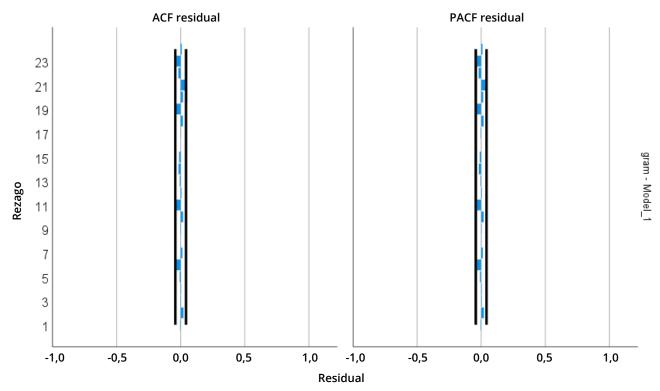
Análisis de series temporales interrumpidas

Utilizamos una función de modelado de series temporales para estimar los modelos ARIMA estacionales y no estacionales con el mejor ajuste que: a) especifican grados de diferenciación y/o una raíz cuadrada o transformación logarítmica natural para garantizar una serie estacionaria; y, b) especifican órdenes autorregresivas y de promedio móvil. Esto eliminó la necesidad de identificar un modelo ARIMA apropiado a través de prueba y error:

(ftp://public.dhe.ibm.com/software/analytics/spss/documentation/statistics/26.0/en/client/Manuals/IBM_SPSS_Forecasting.pdf.), con los términos ARIMA (1,0,1) (0,0,0) y gráficas de las ACF y PACF residuales en la Figura 2 del suplemento. La estadística Q de Ljung-Box(18) no era significativa (p = ,90).

Figura 2 en el suplemento

Las ACF y PACF residuales de la serie temporal para gramos de todo el alcohol comprado por adulto por hogar por día de compra



La sintaxis de SPSS era:

TSMODEL

/MODELSUMMARY PRINT=[MODELFIT]

/MODELSTATISTICS DISPLAY=YES MODELFIT=[SRSQUARE]

/MODELDETAILS PRINT=[PARAMETERS] PLOT=[RESIDACF RESIDPACF]

/SERIESPLOT OBSERVED FIT

/OUTPUTFILTER DISPLAY=ALLMODELS

/AUXILIARY CILEVEL=95 MAXACFLAGS=24

/MISSING USERMISSING=EXCLUDE

/MODEL DEPENDENT=gram INDEPENDENT=event [E]

PREFIX='Model'

/EXPERTMODELER TYPE=[ARIMA EXSMOOTH]

/AUTOOUTLIER DETECT=OFF.

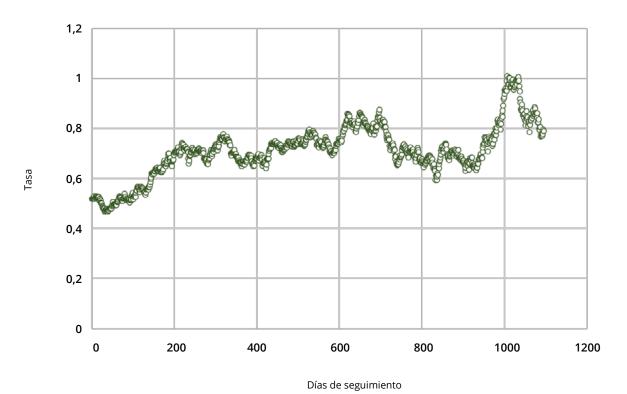
Suplemento Tabla 2

Proporción de hogares que hicieron al menos una compra nueva de cervezas sin alcohol (graduación alcohólica = 0,0%) definido por día de la primera compra de cerveza sin alcohol de marca más de 12 meses después del día de la primera compra de cerveza de mayor graduación alcohólica de la misma marca (graduación alcohólica > 3,5%); razón de momios de recientes compras de cervezas sin alcohol en comparación con otros hogares que no tuvieron compras recientes de cervezas sin alcohol de la misma marca

	Proporción (IC 95%)	Razón de momios (IC 95%)
Grupos de compras semanales de alcohol (gramos) previo a la 1ª compra de cerveza sin alcohol		
≤7	0,143 (0,124 a 0,164)	0,40 (0,33 a 0,49)
>7-≤21	0,239 (0,218 a 0,262)	0,76 (0,65 a 0,89)
>21-≤56	0,295 (0,270 a 0,321)	1,01 (0,87 a 1,18)
> 56	0,292 (0,263 a 0,324)	1,00 (, a ,)
Edad del comprador principal del hogar		
18-34	0,201 (0,172 a 0,234)	0,85 (0,67 a 10,09)
35-49	0,253 (0,233 a 0,275)	1,16 (0,96 a 1,39)
50-64	0,265 (0,244 a 0,288)	1,23 (1,02 a 1,48)
65+ (categoría de referencia)	0,227 (0,198 a 0,259)	1,00 (, a ,)
Nivel socioeconómico del hogar		
Medio-alto y alto	0,246 (0,221 a 0,274)	1,05 (, 88 a 1,26)
Medio-medio	0,237 (0,216 a 0,259)	1,00 (, 84 a 1,18)
Medio-bajo	0,224 (0,201 a 0,248)	0,93 (0,77 a 10,11)
Bajo (categoría de referencia)	0,237 (0,210 a 0,266)	1,00 (, a ,)
Comunidad autónoma de ubicación del hogar		
Comunidad de Madrid	0,225 (0,201 a 0,251)	1,15 (0,80 a 1,65)
País Vasco	0,252 (0,206 a 0,303)	1,33 (0,88 a 2,03)
Navarra	0,217 (0,136 a 0,327)	1,10 (0,57 a 2,11)
Cataluña	0,200 (0,177 a 0,224)	0,99 (0,69 a 1,42)
Aragón	0,258 (0,199 a 0,329)	1,38 (0,86 a 2,22)
Islas Baleares	0,291 (0,216 a 0,379)	1,63 (0,97 a 2,73)
La Rioja	0,317 (0,203 a 0,458)	1,84 (0,92 a 3,65)
Castilla-León	0,276 (0,237 a 0,318)	1,51 (1,03 a 2,23)
Cantabria	0,257 (0,174 a 0,363)	1,37 (0,75 a 2,49)
Galicia	0,212 (0,173 a 0,258)	1,07 (0,70 a 1,62)
Asturias	0,181 (0,133 a 0,242)	0,88 (0,53 a 1,44)
Comunidad Valenciana	0,237 (0,206 a 0,271)	1,23 (0,85 a 1,79)
Murcia	0,234 (0,180 a 0,298)	1,21 (0,76 a 1,93)
Islas Canarias	0,213 (0,153 a 0,288)	1,07 (0,64 a 1,80)
Castilla-La Mancha	0,237 (0,192 a 0,289)	1,23 (0,81 a 1,88)
Andalucía	0,227 (0,204 a 0,252)	1,17 (0,82 a 1,67)
Extremadura (categoría de referencia)	0,201 (0,152 a 0,261)	1,00 (, a ,)

Figura 3 en el suplemento

Tasa de sustitución (la disminución del volumen de cerveza de mayor graduación alcohólica/el aumento del volumen de cervezas sin alcohol) por días de seguimiento desde la primera nueva compra de cerveza sin alcohol. Datos para los 1719 hogares de nueva compra, hipótesis 1



Suplemento Tabla 3

Análisis de sensibilidad, con distintos intervalos temporales entre la primera compra de cerveza de mayor graduación alcohólica de la misma marca y cerveza sin alcohol de la misma marca. Coeficientes (IC 95%) para los cambios en las variables dependientes asociadas con el evento para las series temporales interrumpidas

	Análisis de series temporales interrumpidas					
		Intervalo temporal				
	6 meses	12 meses	18 meses			
Cerveza de marca sin alcohol (ml)	140,43 (122,28 a 158,58)	147,66 (131,34 a 163,99)	147,60 (125,12 a 170,08)			
Cerveza de marca de baja graduación alcohólica (graduación alcohólica > 0,0 y ≤ 3,5%) (ml)	No significativo	-8,81 (-14,98 a -2,63)	No significativo			
Cerveza de marca de mayor graduación alcohólica (graduación alcohólica > 3,5%) (ml)	-23,66 (-38,72 a -8,60)	-73,31 (-90,39 a -56,22)	-113,26 (-134,58 a -91,93)			
Gramos de alcohol en todas las cervezas de marca	-1,35 (-1,97 a -,73)	-3,48 (-4,57 a -2,39)	-4,68 (-5,50 a -3,87)			
Gramos de alcohol en todos los productos	-4,54 (-8,27 a -,81)	-5,45 (-7,01 a -3,88)	-5,14 (-6,82 a -3,45)			
Otras cervezas sin marca (graduación alcohólica > 3,5%) (ml)	-15,75 (-27,97 a -3,53)	-24,67 (-37,97 a -11,38)	-23,53 (-39,48 a -7,59)			
Vino (graduación alcohólica > 9,5%) (ml)	-1,36 (-2,45 a -,27)	-1,14 (-2,12 a -,15)	No significativo			
Licores (graduación alcohólica > 35%) (ml)	No significativo	No significativo	No significativo			

Suplemento Tabla 4

Coeficientes (IC 95%) para los cambios en los variables dependientes asociados con el evento para tanto los análisis de antes y después y el análisis de series temporales interrumpidas, por grupo de gramos (grupos de compras semanales de alcohol (gramos) antes de la 1.ª compra de cerveza sin alcohol)

					Variable	s dependi	entes					
	Cervez	as sin alc	ohol	Cerveza de a	mayor gra lcohólica	aduación		de alcoho narca	ol de		s de todos lcoholes	los
	Análisis de despu			Análisis de despi			Análisis de despu			Análisis do desp		
Grupos de gramos	Intercepto	Evento	STI	Intercepto	Evento	STI	Intercepto	Evento	STI	Intercepto	Evento	STI
≤12	0,0	103,06 (95,46 a 110,66)	140,06 (111,73 a 168,40)	267,55 (253,16 a 281,94)	-62,47 (-82,89 a -42,05)	-62,53 (-85,36 a -39,70)	13,55 (12,97 a 14,14)	-3,84 (-4,66 a -3,01)	-3,84 (-4,72 a -2,95)	44,01 (42,67 a 45,35)	1,81 (-,09 a 3,72)	Ns
>12-≤25	0,0	74,98 (68,58 a 81,39)	124,18 (100,10 a 148,26)	437,33 (420,63 a 454,03)	-79,64 (-103,31 a -55,98)	-79,64 (-103,29 a -55,99)	19,52 (18,82 a 20,21)	-3,70 (-4,68 a -2,72)	-3,70 (-4,68 a -2,72)	65,26 (63,94 a 66,59)	-3,68 (-5,57 a -1,80)	Ns
>25-≤49	0,0	82,98 (77,14 a 88,83)	83,25 (78,42 a 88,08)	536,63 (519,39 a 553,88)	-45,50 (-69,89 a -21,10)	-45,50 (-69,88 a -21,11)	24,58 (23,90 a 25,26)	-3,87 (-4,83 a -2,91)	-3,87 (-4,83 a -2,91)	83,25 (81,99 a 84,50)	-5,64 (-7,42 a -3,87)	-5,64 (-7,42 a -3,87)
> 49	0,0	100,84 (94,81 a 106,87)	141,12 (117,23 a 165,01)	884,74 (863,56 a 905,91)	-122,64 (-152,59 a -92,70)	-122,57 (-152,46 a -92,68)	37,12 (36,35 a 37,89)	-8,32 (-9,41 a -7,23)	-8,32 (-9,56 a -7,09)	136,46 (134,83 a 138,09)	-9,35 (-11,65 a -7,04)	-9,35 (-11,65 a -7,05)

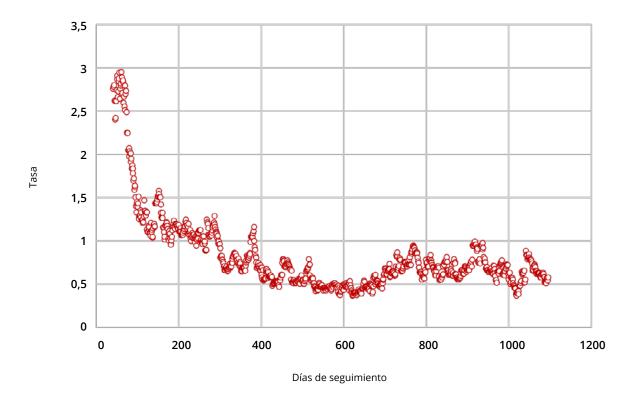
Suplemento Tabla 5

Coeficientes (IC 95%) para la variable del resultado primario (gramos de alcohol) asociado con el evento para tanto los análisis de interacción de antes y después entre el evento y el grupo de niveles de consumo de alcohol, gramos semanales: >49; >25-≤49; >12-≤25; ≤12 (categoría de referencia)

Intercepto	44,01 (42,61 a 45,40)
> 49	92,45 (90,48 a 94,43)
>25-≤49	39,24 (37,27 a 41,21)
>12-≤25	21,26 (19,28 a 23,23)
≤12 (categoría de referencia)	,00 (, a ,)
Evento	1,81 (-,17 a 3,80)
>49*evento	-11,16 (-13,96 a -8,37)
>25-≤49*evento	-7,46 (-10,25 a -4,66)
>12-≤25*evento	-5,50 (-8,29 a -2,70)
≤12*evento (categoría de referencia)	,00 (, a ,)

Figura 4 en el suplemento

Tasa media de volumen de compras de cervezas sin alcohol/cerveza de mayor graduación alcohólica por días de seguimiento desde la primera nueva compra de cerveza sin alcohol. Datos para los 337 hogares que no habían comprado anteriormente cerveza de mayor graduación alcohólica de la misma marca (-ve/+ve hogares), hipótesis 2









ORIGINAL

Menores y agresiones sexuales facilitadas por drogas: Entre la sumisión y la vulnerabilidad química

Minors and drug-facilitated sexual assaults: Between submission and chemical vulnerability

Antonio Rial*, Nuria García-Couceiro**, Patricia Gómez*, Teresa Braña*, Manuel Isorna***.

- * Departamento de Psicología Social, Básica y Metodología. Universidad de Santiago de Compostela.
- ** Departamento de Psiquiatría, Radiología, Salud Pública, Enfermería y Medicina. Universidad de Santiago de Compostela.
- *** Departamento de Análisis e Intervención Psicoeducativa. Universidad de Vigo.

Resumen

Las agresiones sexuales facilitadas por drogas (DFSA) constituyen un tópico que viene suscitando una creciente preocupación social en los últimos años. Pese a ello, son pocos los trabajos empíricos llevados a cabo en España que hayan analizado el fenómeno desde un enfoque preventivo. El objetivo de este trabajo, además de aportar nueva evidencia respecto a las DFSA, concretamente en el ámbito de los menores, ha sido identificar posibles variables asociadas, contribuyendo así a comprender mejor el problema y a diseñar políticas de prevención más eficaces. Para ello se realizó una encuesta entre menores de la comunidad autónoma gallega. Participaron 7.181 estudiantes de 12 a 17 años (M = 14,79; DT = 1,57). La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario autoadministrado en papel. Los datos referentes a las DFSA fueron recogidos mediante ítems específicos, pilotados previamente. Se utilizaron también instrumentos para el cribado de consumos problemáticos (AUDIT, CAST, CRAFFT y EUPI-a). Los resultados permiten estimar la tasa de victimización por DFSA en menores gallegos en un 1,7%, de los que únicamente habrían denunciado el 11,4%. Más allá del perfil sociodemográfico de las víctimas (mujeres en 2 de cada 3 casos), éstas presentan patrones diferenciados respecto al patrón de consumo problemático de alcohol y otras sustancias y al patrón de uso problemático de Internet y redes sociales, con una prevalencia significativamente mayor de conductas de riesgo online. Ello sugiere que este fenómeno va mucho más allá de la violencia sexual, por lo que es preciso abordarlo a nivel preventivo desde una perspectiva integral, incluyendo la perspectiva educativa y de salud pública.

Palabras clave: DFSA, sumisión química, vulnerabilidad química, adolescentes, agresiones sexuales

Abstract

Drug-facilitated sexual assault (DFSA) is a topic of growing social concern in recent years. Despite this, few empirical studies carried out in Spain have analysed the phenomenon from a preventive approach. The aim of this study, in addition to providing new evidence on DFSA, specifically in minors, was to identify possible associated variables, thus contributing to a better understanding of the problem and to the design of more effective prevention policies. To this end, a survey was carried out among minors in the autonomous community of Galicia. A total of 7,181 students aged 12 to 17 (M = 14.79; SD = 1.57) participated. Data collection was carried out by means of a self-administered questionnaire on paper. Data concerning DFSA were collected by means of specific items, piloted beforehand. Screening instruments for problem drug use (AUDIT, CAST, CRAFFT and EUPI-a) were also used. The results allow us to estimate the rate of victimisation by DFSA in Galician minors at 1.7%, of which only 11.4% would have reported it. Beyond the socio-demographic profile of the victims (females in 2 out of 3 cases), they present different patterns with regard to the pattern of problematic consumption of alcohol and other substances and the pattern of problematic use of the Internet and social networks, with a significantly higher prevalence of online risk behaviours. This suggests that this phenomenon goes far beyond sexual violence, so it is necessary to address it at a preventive level from a comprehensive perspective, including educational and public health perspectives.

Keywords: DFSA, chemical submission, chemical vulnerability, adolescents, sexual assaults

■ Recibido: Septiembre 2022; Aceptado: Febrero 2023.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Nuria García Couceiro. Facultad de Enfermería, Avda. Xoan XXIII s/n 15782 Santiago de Compostela. E-mail: n.garcia.couceiro@usc.es

as agresiones sexuales facilitadas por drogas (DFSA) constituyen un tópico que viene suscitando una creciente preocupación social en los últimos años (Ministerio de Justicia, 2022). Si bien ello justifica la necesidad de disponer de datos empíricos con los que cuantificar y caracterizar el problema, resulta realmente complicado estimar las cifras reales y, como consecuencia, ser capaces de aquilatar su verdadera magnitud. Ello es debido fundamentalmente a dos factores. Por un lado, la confusión conceptual o terminológica existente, lo que conlleva una falta de precisión a la hora de definir y diferenciar las posibles casuísticas. Si bien los términos "sumisión química" (SQ), "vulnerabilidad química" (VQ) y "agresión sexual facilitada por drogas" (DFSA) a menudo se utilizan como sinónimos, existen matices importantes que se deben señalar. La sumisión química consiste en la anulación de la voluntad de una persona, o la modificación de su comportamiento, mediante la administración subrepticia de una sustancia psicoactiva con el fin de cometer un delito (López-Rivadulla et al., 2005). Pese a que puede darse para cualquier tipo de delito (agresión, robo, violación...), mayoritariamente se relaciona con delitos de índole sexual. En estos casos se recomienda emplear el acrónimo anglosajón DFSA ("Drug-Facilitated Sexual Assault"), con el que se hace referencia a las agresiones sexuales cometidas cuando la víctima está bajo los efectos de alguna sustancia. Tradicionalmente se han establecido dos tipos de DFSA: las DFSA premeditadas o proactivas, en las que el asaltante proporciona a la víctima una sustancia incapacitante de manera subrepticia, para someterla sexualmente (tratándose, por tanto, de SQ) y las DFSA oportunistas, en las que la víctima consume voluntariamente la sustancia antes de ser agredida (García-Repetto y Soria, 2011). En este último caso ya no sería posible hablar de sumisión química (SQ), sino de vulnerabilidad química (VQ) (Burillo-Putze, López-Hernández, Expósito-Rodríguez y Dueñas-Laita, 2013). Utilizar apropiadamente cada uno de estos términos resulta clave, dadas las implicaciones que tiene a nivel epidemiológico y de prevención.

En segundo lugar, en España hay una escasez de trabajos empíricos que se hayan centrado en estimar la prevalencia real de DFSA. Si bien buena parte de los trabajos publicados coinciden en que las DFSA podrían suponer entorno al 20-30% de las agresiones sexuales (McGregor et al., 2004; Panyella-Carbó, Agustina y Martin-Fumadó, 2019; Quintela-Jorge, Cruz-Landeira y García-Caballero, 2014; Xifró-Collsamata et al., 2015), la mayoría de estos estudios han sido realizados en entornos clínicos o forenses (Anderson et al., 2017; Cruz-Landeira, Quintela-Jorge y López-Rivadulla, 2008; García-Repetto y Soria, 2014; Hindmarch, ElSohly, Gambles y Salamone, 2001; Hurley, Parker y Wells, 2006; Navarro-Escayola y Vega-Vega, 2013; Panyella-Carbó et al., 2019; Quintela-Jorge et al., 2014; Xifró-Collsamata et al., 2015), por lo que solo inclu-

yen a víctimas que llegaron a denunciar los hechos y/o solicitaron asistencia sanitaria. Ello, habida cuenta de las bajas tasas de denuncias y consultas de las que advierten algunos trabajos (Barreiro et al., 2020), podría estar suponiendo una infraestimación del problema. Por otro lado, el desconocimiento es mayor cuando se atiende a las franjas de edad más bajas, ya que, si bien algunos autores han alertado de la alta incidencia de casos entre menores (McGregor et al., 2004), apenas se han aportado evidencias al respecto. En el estudio exploratorio de Barreiro et al. (2020) se cifra en un 2,9% el porcentaje de jóvenes/adolescentes de entre 14 y 24 años que podrían haber sido víctimas de DFSA.

Más allá de estas dos grandes limitaciones, es importante destacar también la escasez de trabajos empíricos realizados bajo un enfoque preventivo, encaminados a identificar variables que puedan estar en la base de toda esta problemática. Buena parte de los trabajos se han centrado en analizar, directa o indirectamente, el papel que puede tener el consumo de alcohol y sustancias como uno de los grandes factores de riesgo para las agresiones sexuales (Altell, Martí y Missé 2015; Anderson et al., 2017; Caamano-Isorna, Adkins, Moure-Rodríguez, Conley y Dick, 2021; Graham, Bernards, Abbey, Dumas y Wells, 2014; Hughes, Anderson, Morleo y Bellis, 2008). Ya en el año 2008 el European Monitoring Centre for Drugs and Drug Adiction (EMCDDA) publicó un monográfico en el que advertía de la tendencia creciente del problema, asociándolo precisamente a la expansión de un patrón de consumo de alcohol en forma de atracón (Binge Drinking) y al consumo de Nuevas Sustancias Psicoactivas (Olszewski, 2009). Pese a que en los últimos años se ha extendido la idea de que ciertos fármacos, como la escopolamina (más comúnmente conocida como "burundanga"), están detrás de buena parte de los casos de DFSA, la evidencia científica señala al alcohol, por delante del cannabis y las benzodiacepinas, como la principal sustancia implicada en este tipo de agresiones (Isorna y Rial, 2015; Isorna, Souto, Rial, Alías y McCartan, 2017). Trabajos realizados en España situaron la tasa de detección de alcohol en víctimas por encima del 45% (García-Repetto y Soria, 2014; Panyella-Carbó et al., 2019; Quintela-Jorge et al., 2014; Rodríguez-Pérez, 2020; Xifró-Collsamata et al., 2015), lo que concuerda con los resultados de estudios realizados en otros países, como Reino Unido (Scott-Ham y Burton, 2005), Canadá (Du Mont et al., 2010), Estados Unidos (Hagan y Reidy, 2015; Hindmarch et al., 2001; Juhascik et al., 2007), Australia (Hurley et al., 2006) y Sudáfrica (Tiemensma y Davies, 2018). Asimismo, la tasa de detección de fármacos se situó entre el 20 y el 40%, siendo las benzodiacepinas la sustancia encontrada con mayor frecuencia (García-Repetto y Soria, 2014; Panyella-Carbó et al., 2019; Quintela-Jorge et al., 2014; Rodríguez-Pérez, 2020). Otras sustancias como el cannabis, la cocaína o las anfetaminas fueron detectadas en España en porcentajes similares (Panyella-Carbó et al.,

2019; Quintela-Jorge et al., 2014; Rodríguez-Pérez, 2020; Xifró-Collsamata et al., 2015), coincidiendo también con algunos estudios británicos, canadienses y estadounidenses (Du Mont et al., 2010; ElSohly y Salamone, 1999; Scott-Ham y Burton, 2005).

Lo cierto es que los diferentes trabajos coinciden en señalar que las DFSA constituyen un fenómeno realmente complejo, que no solo se asocia al consumo de sustancias. Algunos autores sugieren que es necesario abordar el problema desde una perspectiva más amplia, incluyendo un abanico mayor de variables (Lorenz y Ullman, 2016; Neilson et al., 2018), incluyendo el consumo de pornografía, la educación afectivo sexual o el uso de las redes sociales (Ballester, Rosón y Facal, 2020; Rodríguez-Castro, Martínez-Román, Alonso-Ruido, Adá-Lameiras y Carrera-Fernández, 2021).

Por todo ello, el presente trabajo empírico, de naturaleza exploratoria, se plantea con el objetivo general de contribuir a un mejor conocimiento del fenómeno de las DFSA en la adolescencia. Se pretende, por un lado, aportar nuevos datos sobre la magnitud del problema y, por otro, intentar identificar posibles variables asociadas, especialmente en lo relativo tanto al consumo de alcohol y otras sustancias, como al uso de Internet y las redes sociales. De manera más específica: (1) se pretende informar de las tasas de DFSA encontradas en menores de la comunidad autónoma gallega; (2) estimar el porcentaje de casos que se denuncian y que quedan sin denunciar, o en los que ni siquiera se demanda atención sanitaria; (3) intentar caracterizar el perfil de la víctima, no solo desde el punto de vista sociodemográfico, sino también desde los hábitos de consumo de sustancias y el uso de Internet y las redes sociales, así como de variables contextuales, como la participación habitual en botellones. Todo ello, no sólo con el afán de contribuir a cuantificar, describir y caracterizar el problema, sino también a comprenderlo mejor y, en consecuencia, a orientar nuevas políticas de prevención. Por último, a pesar de que a nivel empírico este trabajo no se marca como objetivo específico delimitar qué parte de la casuística habitual puede definirse como sumisión y qué parte como vulnerabilidad química, esperamos que toda la información recogida aporte nuevos elementos de discusión al respecto.

Método

Participantes

Para dar cuenta del objetivo planteado se recurrió a una metodología selectiva, consistente en la realización de una encuesta en formato papel, entre estudiantes de enseñanza secundaria de centros educativos de las cuatro provincias gallegas. Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo intencionado, accediendo a colaborar un total de 47 centros (38 de titularidad pública y 9 de privada/concertada). Los participantes debían ser estudiantes menores de

edad, con edades comprendidas entre 12 y 17 años. Los criterios de exclusión aplicados fueron la negativa a participar y la presencia en los cuestionarios de un elevado porcentaje de valores ausentes o un patrón de respuesta incoherente. La muestra inicial estuvo compuesta por 7339 adolescentes, si bien fueron eliminados 158 por no cumplir el criterio de inclusión o presentar algún criterio de exclusión. La muestra final la componían 7181 estudiantes, de entre 12 y 17 años (M=14,79;DT=1,57). El 71,9% de los participantes cursaban Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y el 28,1% Bachillerato (BAC). El 23,9% tenía 12-13 años, el 38,1% 14-15 y el 38% restante 16-17. El 50,8% indicó la opción "femenino", cuando se le preguntó por el género, el 48% la opción "masculino" y el 1,2% la opción "otro género".

Instrumentos

La recogida de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario autoadministrado en papel, dividido en cuatro bloques. En el primero se recogía información sobre variables sociodemográficas, como edad, género o curso y diferentes preguntas relacionadas con el uso de Internet y las redes sociales. El segundo contenía una pequeña escala compuesta por seis ítems relacionados con las DFSA, utilizada en el trabajo exploratorio de Barreiro et al. (2020), que presentó una consistencia interna aceptable ($\alpha = .79$) y que poseía una estructura de embudo (Ítem1: "¿En alguna ocasión te invitaron a tomar alcohol u otras drogas para intentar ligar contigo.", ítem2: "¿En alguna ocasión te dieron alcohol u otras drogas para intentar aprovecharse sexualmente de ti?", ítem3: "¿En alguna ocasión te despertaste desorientada/o y con la sospecha de que te pudieran haber drogado?", ítem4: "¿En alguna ocasión llegaron a aprovecharse sexualmente de ti después de darte alcohol u otras drogas", ítem5: "En caso afirmativo, ¿acudiste a urgencias o a algún servicio médico?" e ítem6: "¿Llegaste a denunciarlo?"). Todos ellos tenían un formato de respuesta dicotómico (0 = No, 1 = Sí). El tercer bloque contenía preguntas referidas a los hábitos de consumo de sustancias en el último año (alcohol, tabaco, cannabis, borracheras, uso de cachimbas, participación en botellones, etc.) y en el cuarto se incluyeron tres escalas específicas para el cribado de consumos problemáticos: el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), el Cannabis Abuse Screening Test (CAST), y el Abuse Screening Test (CRAFFT). Se incluyó también la Escala de Uso Problemático de Internet para Adolescentes (EUPI-a).

El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método de screening del consumo problemático de alcohol (Saunders, Aasland, Amundsen y Grant, 1993; Saunders, Aasland, Babor, De La Fuente y Grant, 1993). Consta de diez ítems tipo *Likert*, que evalúan la cantidad y frecuencia del consumo (ítems 1-3), los posibles síntomas de dependencia (ítems 4-6) y los problemas relacionados con el consumo de alcohol (ítems 7-10). La puntuación global puede oscilar entre 0 y 40. Se

utilizó el punto de corte 4, al igual que en el trabajo de validación de Rial, Golpe, Braña y Varela (2017). La consistencia interna obtenida fue muy elevada ($\alpha = .93$).

El CAST es una herramienta desarrollada en Francia como parte de la encuesta ESCAPAD (Beck, Legleye y Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2003). Consta de seis ítems tipo Likert con cinco opciones de respuesta ("Nunca" [0], "Raras veces" [1], "A veces" [2], "Bastante a menudo" [3] y "Muy a menudo" [4]). En la literatura se recogen dos opciones de corrección: CAST-f (*Full*), en la que la puntuación de cada ítem va de 0 a 4 y la puntuación final de 0 a 24; y CAST-b (*Binary*), en la que cada ítem puntúa 0 o 1 y la puntuación final oscila entre 0 y 6. En este trabajo se ha utilizado la corrección *Full*, con el punto de corte 4, siguiendo la reciente validación con adolescentes españoles de Rial et al. (2022). La consistencia interna alcanzada fue elevada ($\alpha = ,86$).

El CRAFFT fue desarrollado por el *Center for Adolescents Substance Abuse Research* (CeASAR) (Knight et al., 1999) como una herramienta para la detección precoz del consumo de riesgo de alcohol y otras sustancias en adolescentes. Está compuesto de tres ítems de filtro y seis ítems que constituyen el CRAFFT propiamente dicho. Siguiendo las recomendaciones del estudio de validación realizado con adolescentes españoles por Rial et al. (2018), la puntuación de corte utilizada fue 2. La consistencia interna obtenida fue similar a la obtenida en los trabajos originales ($\alpha = .77$).

Finalmente, la escala EUPI-a fue desarrollada por Rial, Gómez, Isorna, Araujo y Varela en el año 2015 como un instrumento de cribado del Uso Problemático de Internet (UPI) en adolescentes españoles. Se compone de 11 ítems con respuesta tipo Likert con cinco opciones de respuesta (desde "Nunca" [0] hasta "Siempre" [4]). La puntuación final oscila entre 0 y 44 y se considera que una puntuación mayor a 16 indica UPI (Rial et al., 2015). La consistencia interna alcanzada fue también elevada ($\alpha = ,88$).

Procedimiento

La recogida de datos se llevó a cabo a lo largo del curso 2020/2021, en las aulas de los propios centros, en grupos reducidos y por investigadores con experiencia en este tipo de tareas. Se realizó un pilotaje con una muestra de 50 sujetos de la misma población objeto de estudio, con el objetivo de estimar el tiempo de cumplimentación del cuestionario, la correcta comprensión de las preguntas y anticipar posibles dudas o dificultades en la recogida de datos. El tiempo de cumplimentación del cuestionario oscilaba entre 20 y 25 minutos y no se registraron dudas o dificultades. Los participantes fueron informados previamente de la finalidad del estudio. Su participación fue voluntaria y no remunerada y se garantizó en todo momento el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas. El estudio contó con el consentimiento y la aprobación de la dirección de los centros y de las respectivas asociaciones de madres/

padres. A los progenitores se les envió una carta informativa con indicación expresa de la posibilidad de renunciar a participar en el estudio, para lo cual sus hijos deberían aportar dicha carta firmada por uno de sus progenitores. El protocolo del estudio contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de Santiago de Compostela (código: USC-035/2021).

Análisis de datos

Antes del análisis propiamente dicho se llevó a cabo una depuración de los datos, analizando la presencia de patrones de respuesta incoherentes y datos *missing*. El análisis de los valores perdidos se hizo siguiendo las pautas oportunas (Rial, Rojas y Varela, 2001), comprobando que la falta de respuesta en ninguna de las variables del cuestionario excedía el 10% y, al mismo tiempo, la distribución de los casos *missing* seguía una distribución aleatoria. Para la detección de posibles incoherencias se realizaron tablas de contingencia entre las variables relacionadas, si bien no se detectó ningún caso contradictorio.

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes, así como de estadísticos de tendencia central y de dispersión. Posteriormente se llevó a cabo una tabulación bivariada, con contrastes de independencia Chi Cuadrado ($\chi 2$) y el cálculo de la V de Cramer como estimador del posible tamaño del efecto. Los análisis fueron realizados con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 25 (*IBM SPSS Stastistics for Windows*, 2017).

Resultados

En la Tabla 1 se recogen las tasas de DFSA. El 22,8% de los menores refieren haber sido invitados en alguna ocasión a consumir alcohol u otras drogas con la intención de "ligar", al 4,2% le dieron alguna sustancia para intentar "aprovecharse de ellos", el 2% se despertó en alguna ocasión en su vida desorientado y con la sospecha de que le pudieran haber drogado y, por último, el 1,7% afirmó que se habían aprovechado de él alguna vez después de haberle dado alcohol u otras drogas. Cabe señalar también que, de estos, tan solo el 19,7% acudió a un centro sanitario y el 11,4% llegó a denunciarlo.

El análisis por segmentos evidencia que, por lo general, los porcentajes fueron más elevados entre las participantes de género femenino que de género masculino, salvo en el caso del ítem 3 ("¿En alguna ocasión te despertaste desorientada/o y con la sospecha de que te pudieran haber drogado?") en el que las diferencias no fueron significativas. Estos resultados evidencian que se trata de una casuística que suelen sufrir significativamente más las chicas que los chicos (1,9% vs. 1,2%), pero que ellas denuncian mucho menos (5,3% vs. 18,4%).

Tabla 1 *Tasas de DFSA (global y por segmentos)*

	Global (%)	Femenino (%)	Masculino (%)	χ²	V	12-13 años (%)	14-15 años (%)	16-17 años (%)	χ²	v
¿En alguna ocasión te invitaron a tomar alcohol u otras drogas para intentar ligar contigo?	22,8	28,6	16,8	138,88***	,14	8,6	20,7	33,9	424,23***	,23
¿En alguna ocasión te dieron alcohol u otras drogas para intentar aprovecharse sexualmente de ti?	4,2	5,7	2,5	43,62***	,079	1,2	3,9	6,4	79,91***	,10
¿En alguna ocasión te despertaste desorientada/o y con la sospecha de que te pudieran haber drogado?	2,0	2,4	1,5	1,06		1,9	2,2	2.2	0,10	
¿En alguna ocasión llegaron a aprovecharse sexualmente de ti después de darte alcohol u otras drogas?	1,7	1,9	1,2	5,18*	,028	0,2	1,6	2,6	50,36***	,07
En caso afirmativo										
¿Acudiste a urgencias o a algún servicio médico?	19,7	11,8	30,6	5,61*	,23	25,0	22,0	17.6	0,52	
¿Llegaste a denunciarlo?	11,4	5,3	18,4	4,17*	,21	12,5	16,0	8,1	1,83	

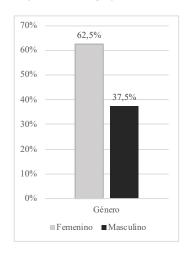
Nota. $^{(*)}p < .05; ^{(**)}p < .01; ^{(***)}p < .001.$

Respecto a las diferencias por grupos de edad, los porcentajes de respuesta afirmativa para los ítems 1, 2 y 4 ("¿En alguna ocasión te invitaron a tomar alcohol u otras drogas para intentar ligar contigo?", "¿En alguna ocasión te dieron alcohol u otras drogas para intentar aprovecharse sexualmente de ti?" y "¿En alguna ocasión llegaron a aprovecharse sexualmente de ti después de darte alcohol u otras drogas?") son significativamente mayores en los grupos de mayor edad. Ello indica que se trata de un problema que aumenta con la edad (pasando la tasa de victimización del 0,2% en el grupo de 12-13

años, al 2,6% en el de 16-17 años), pero que apenas se denuncia, independientemente de la edad de la víctima. En cualquier caso, el hecho de que para los ítems 3, 5 y 6 ("¿En alguna ocasión te despertaste desorientada/o y con la sospecha de que te pudieran haber drogado?", "En caso afirmativo, ¿acudiste a urgencias o a algún servicio médico?" y "¿Llegaste a denunciarlo?"), las diferencias no resulten significativas, sugiere que este tipo de interpretaciones deba realizarse con cautela.

Por otro lado, se han analizado los datos desde el punto de vista del perfil sociodemográfico de la "víctima", selec-

Figura 1 *Perfil sociodemográfico de la víctima*



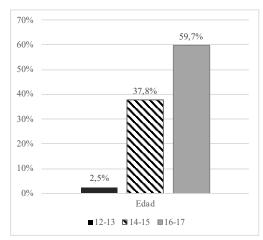


Tabla 2 *Comparativa del uso de sustancias en el último año entre víctimas (n = 119) y no víctimas (n = 7062) de DFSA*

	No víctimas (%)	Víctimas (%)	χ²	V
Alcohol	37	78	82,73***	,11
Borracheras	18	66,4	175,72***	,16
Botellón	30	81	137,11***	,14
Tabaco	16,2	58,8	148,96***	,15
Cannabis	9,2	37,8	105,95***	,12
Cachimba tabaco	17,3	57,6	125,01***	,13
Cachimba cannabis	7,2	35,3	125,73***	,13
Jarabe Violeta	4,5	28,6	142,07***	,14
Alcohol con bebidas energéticas	30,6	70,6	85,42***	,11
AUDIT +	22	69,7	149,20***	,15
CAST +	4,9	28,4	100,41**	,13
CRAFFT +	18,7	64,7	155,01***	,15

Nota. (***) p < ,001.

Tabla 3 *Comparativa de los hábitos tecnológicos entre víctimas (n = 119) y no víctimas (n = 7062) de DFSA*

	No víctimas (%)	Víctimas (%)	χ²	V
Alguna vez				
¿Entraste en páginas web de contenido erótico o pornográfico?	31	58,3	31,43***	,07
¿Contactaste con personas desconocidas a través de Internet, chats, redes sociales o videojuegos?	28,3	48,3	21,74***	,06
¿Aceptaste en redes sociales a alguien que no conocías de nada?	41,6	66,4	28,41***	,06
¿Quedaste en persona con gente que conociste exclusivamente a través de Internet, chats, redes sociales o videojuegos?	12,3	37	62,39***	,09
¿Alguien ejerció presión sobre ti o intentó chantajearte para que le enviases fotos o vídeos tuyos de carácter erótico o sexual?	5,7	26,9	88,69***	,11
¿Te chantajeo alguien con publicar, difundir o reenviar fotos o vídeos de ti misma/o de contenido erótico o sexual?	0,9	10,9	106,31***	,13
¿Algún de tus contactos te envió fotos o vídeos de sí misma/o de contenido erótico o sexual?	15,9	54,6	124,91***	,133
Enviaste fotos o vídeos de ti misma/o de contenido erótico o sexual?	6,3	28,6	88,71***	,11
EUPI-a +	26,2	46,2	23,04***	,06

Nota. (***) p < ,001.

cionando los 119 casos que respondieron afirmativamente al ítem 4. En la Figura 1 se puede apreciar que el 62,5% de las "víctimas" se identificaron con el género femenino y el 37,5% con el masculino. Aunque el 59,7% pertenecían al grupo de 16-17 años, el 41,3% no llegaban a los 16 años.

En cuanto al consumo de sustancias en el último año, en la Tabla 2 se puede apreciar como las "víctimas" de DFSA (n = 119) presentan porcentajes de consumo 3-4 veces mayores que las "no víctimas" (n = 7062) en todos los casos, siendo las diferencias especialmente notorias en el caso de las borracheras (66,4% vs. 18%), el consumo de

tabaco (58,8% vs. 16,2%) o el consumo de jarabe violeta (28,6% vs. 4,5%). Las tasas de consumos problemáticos detectados a través del AUDIT, el CAST o el CRAFFT son también 3-4 veces mayores. En términos de perfil, podría decirse que casi el 70% de las víctimas de DFSA presentan un patrón de consumo problemático de alcohol y 1 de cada 4 de cannabis (28,4%). Por otra parte, el 80% ha acudido a botellones en el transcurso del último año y 2 de cada 3 reconoce haberse emborrachado. El 57,6% ha consumido tabaco en cachimba, el 35,3% cannabis, el 70,6% alcohol con bebidas energéticas y el 28,6% jarabe violeta.

No obstante, las diferencias no residen únicamente en el perfil sociodemográfico y en los patrones de consumo de alcohol y otras sustancias, ya que también se aprecian diferencias significativas respecto al uso de Internet y las redes sociales. En la Tabla 3 se puede comprobar como las "víctimas" presentan significativamente mayores porcentajes de conductas de riesgo online y una tasa de UPI que es casi el doble que en el caso de las "no víctimas" (46,2% vs 26,2%). Llama especialmente la atención el porcentaje de "víctimas" que reconocen haber quedado físicamente con personas que conocieron exclusivamente a través de la Red (37%), tres veces mayor que en el caso de las "no víctimas" (12,3%). Lo mismo puede decirse del envío de fotos o videos personales y de contenido erótico o sexual (sexting activo), que es cuatro veces mayor (28,6% vs 6,3%), así como del sexting pasivo (tres veces mayor: 54,6% vs. 15,9%), o de los chantajes sufridos con difundir o publicar fotos o vídeos personales de carácter erótico o sexual (hasta 12 veces superior: 10.9% vs 0.9%). En la submuestra de víctimas (n = 119) se analizaron también las posibles diferencias de género, encontrando diferencias significativas únicamente en lo que se refiere a la práctica del botellón ($\chi^2 = 3.86$; p<.05), constatando un porcentaje mayor en el género femenino (88,2% vs. 71,4%).

Por último, a pesar de que los tamaños del efecto observados (valores V de Cramer) fueron realmente reducidos, con fines exploratorios se llevó a cabo un análisis de regresión logística binaria. Como variable dependiente se utilizó el Ítem 4 ("¿En alguna ocasión llegaron a aprovecharse sexualmente de ti después de darte alcohol u otras drogas?") y como variables independientes, las diferentes variables referidas tanto al consumo de sustancias, como al uso de Internet y las redes sociales, junto al género y la edad. Aunque el modelo resultó estadísticamente significativo ($\chi^2 = 200,64$; p<,001), los resultados obtenidos muestran una escasa capacidad explicativa ($R^2_{\text{Nagelkerke}} = ,23$), siendo la variable borracheras ($\beta = 1,25$), botellón ($\beta = 1,18$) y el hecho de haber sido previamente objeto de chantajes en la Red ($\beta = 1,13$) las que presentaron un peso mayor.

Discusión

El presente trabajo se planteó con la intención de aportar evidencia que ayudase no solo a cuantificar el problema de las agresiones sexuales facilitadas por drogas, sino también a comprenderlo mejor y a orientar la labor de prevención. Los resultados obtenidos permiten establecer cinco grandes conclusiones. En primer lugar, casi 2 de cada 100 menores de la comunidad gallega habrían sido víctimas de DFSA, lo que supone estar hablando de más de 2000 casos. En segundo lugar, aunque mayoritariamente es un tipo de delito que sufren adolescentes de 16-17 años, es posible detectar casos en individuos de tan solo 12-13 años. En tercer lugar, aunque en 2 de cada 3 casos las víctimas se identi-

fican con el género femenino, no se circunscribe exclusivamente a éstas, algo que implica una novedad respecto a estudios anteriores. Trabajos como el de Navarro-Escayola y Vega-Vega (2013) o Panyella-Cabó et al. (2019) establecen una relación de 20 a 1 (mujeres vs. hombres). En cuarto lugar, es importante destacar el hecho de que únicamente 1 de cada 10 casos es denunciado y 8 de cada 10 víctimas ni siquiera acuden a un centro médico. Por último, se ha podido comprobar que las víctimas de DFSA presentan un perfil diferencial en lo que al consumo de substancias y al uso de Internet se refiere. El hecho de que las víctimas presenten tasas de consumo de alcohol, de cannabis o de participación en botellones 3-4 veces mayores, al igual que de "positivos" en el AUDIT, el CAST o el CRAFFT, hace reavivar la controversia existente en torno a la sumisión vs. la vulnerabilidad química. Asimismo, dado que las víctimas presentan también un patrón de vulnerabilidad en lo que se refiere al uso de Internet y las redes sociales, con el triple de prácticas de riesgo online, hace que en términos preventivos debamos ir un paso más allá a la hora de abordar el problema.

En cuanto a las posibles implicaciones de estos resultados, son varias las líneas de discusión que cabe establecer. Una de ellas es la necesidad de que la propia Administración Pública disponga de sistemas de información periódicos para hacer una buena evaluación y seguimiento del problema. Fuentes oficiales, como pueden ser las estadísticas policiales y judiciales, pueden estar infraestimando el problema, lo cual justifica la elaboración de encuestas de victimización ad hoc, dotadas de la metodología y el rigor requeridos. Por otra parte, el hecho de que solo 2 de cada 10 víctimas hayan acudido a un centro sanitario y tan solo 1 de cada 10 lo hayan denunciado, sugiere la necesidad de realizar un esfuerzo mayor a nivel de sensibilización social y un análisis más profundo para la identificación de posibles barreras o resistencias subyacentes. El miedo, el sentimiento de vergüenza o de culpa, la falta de apoyo social o incluso el hecho de que en parte de estas situaciones se pueda llegar a demostrar que la víctima habría ingerido de forma voluntaria altas cantidades de alcohol o substancias, pueden actuar como freno para denunciar los hechos.

Otra cuestión que merece especial consideración es que las víctimas de DFSA de género femenino denuncien entre 3 y 4 veces menos que las de género masculino, pese a tener una mayor tasa de victimización. Ello podría deberse a la normalización del acoso sexual y el abuso "de baja intensidad" que las mujeres parecen haber asumido históricamente en los contextos de ocio nocturno, lo que las haría más tolerantes hacia este tipo de conductas (Altell et al., 2015). Estas y otras cuestiones justifican la necesidad de acercarse al problema desde una perspectiva de género, incorporando también al análisis la orientación sexual, lo que podría ayudar a explicar la elevada tasa de victimización encontrada en el género masculino. En ese sentido, algunos tra-

bajos advierten que los jóvenes pertenecientes al colectivo LGTBIQ+ tendrían un mayor riesgo de victimización que los heterosexuales cisgénero (Coulter et al., 2017; Coulter y Rankin, 2020; Tilley, Kolodetsky, Cottrell y Tilton, 2020).

En cuanto al hecho que se hayan informado casos de DFSA en la franja de 12-13 años, si bien resulta inquietante, no resulta sorprendente si se tienen en cuenta los niveles de consumo detectados ya a esas edades (García-Couceiro et al., 2020; Rial et al., 2019). Tal y como se ha advertido en trabajos previos, aquellos adolescentes que se inician antes en el consumo, tienen más probabilidades de verse implicados en prácticas potencialmente peligrosas (Rial, Golpe, Barreiro, Gómez e Isorna, 2020). Por ello, la edad de inicio en el consumo de sustancias ha de ser estudiada como un posible factor de riesgo en la victimización por DFSA. El hecho de que las víctimas muestren un repertorio de consumo problemático coincide con lo que señala la literatura (Caamano-Isorna et al., 2021; Dir, Riley, Cyders y Smith, 2018; Gilmore, Lewis y George, 2015), pero lejos de criminalizar a las víctimas, debe ser tenido en cuenta a la hora de definir un perfil de vulnerabilidad y, en consecuencia, a la hora de diseñar las políticas de prevención. Convendría analizar las DFSA desde una perspectiva de la salud pública, ya que parece realmente difícil avanzar en la solución del problema, si no se avanza en la prevención del consumo de alcohol y otras drogas en la adolescencia. En este sentido, los expertos insisten en la pertinencia de adoptar modelos de detección e intervención precoz, como podría ser el modelo SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment) (García-Couceiro et al., 2021), que desde un enfoque de salud pública, integral y comunitario, propone una actitud proactiva a la hora de abordar el problema.

Por otra parte, el hecho de que las diferencias entre las "víctimas" y "no víctimas" se extienda también a otros ámbitos, como puede ser la manera de relacionarse a través de la Red y con la Red, resulta de gran interés. Los resultados muestran la existencia de un patrón de interacción particular, con mayores conductas de riesgo online, una mayor tasa de UPI y una mayor exposición online de las víctimas de DFSA, especialmente en todo lo relacionado con el terreno sexual (mayores tasas de sexting activo y pasivo, consumo de pornografía, contacto con desconocidos, presiones, chantajes e intentos de sextorsión). Esta asociación, que ya fue advertida en los trabajos de Conley et al. (2017), Dir et al. (2018) o Yépez-Tito, Ferragut y Blanca (2021), no parece en ningún caso espuria o casual, por lo que debe ser tenida en cuenta a nivel de prevención. Como consecuencia, además de la perspectiva de salud pública, ha de incorporarse a la prevención una perspectiva educativa, que contemple tanto el plano afectivo-sexual, como el uso responsable de la Red.

Por último, es necesario reparar en algunas limitaciones de este trabajo. A pesar de contar con una muestra relativamente grande (más de 7000 menores), el hecho de no haber utilizado una estrategia de muestreo probabilística impide interpretar los resultados desde una perspectiva epidemiológica y, por tanto, las cifras ofrecidas no deben ser consideradas en términos de prevalencia, sino de estimaciones. Asimismo, el diseño metodológico utilizado hace que las relaciones encontradas entre las variables no puedan ser interpretadas en términos de causalidad. Solo un diseño longitudinal permitiría establecer una relación causal y distinguir entre antecedentes o factores de pronóstico y consecuentes. Por otro lado, una reflexión más profunda revela la necesidad de incorporar en futuros trabajos ciertas variables, que posibiliten un mejor análisis y comprensión del problema, desde variables como el nivel socioeconómico, la orientación sexual, la edad de inicio en el consumo de sustancias o la edad de la primera relación sexual, a variables de carácter clínico, como la presencia de trastornos ansioso-depresivos o de estrés postraumático por experiencias previas de victimización, así como de carácter psicológico (rasgos de personalidad, autoestima o asertividad). No se debe obviar tampoco que este trabajo pone el foco en el perfil de la víctima y no aborda el del agresor, lo que constituye otra limitación. Finalmente, cabe advertir que todas las variables han sido autoinformadas, por lo que las respuestas podrían depender de la subjetividad de los propios adolescentes, que pueden haber infravalorado o sobrevalorado sus conductas. No obstante, como han señalado previamente diferentes expertos, las medidas de autoinforme han demostrado ser igualmente fiables que otros métodos a la hora de evaluar los niveles de consumo de substancias, así como diferentes conductas de riesgo asociadas (Babor, Kranzler y Lauerman, 1989; Winters, Stinchfield, Henly y Schwartz, 1990).

Reconocimientos

El presente trabajo ha sido financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [2018/008].

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

Altell, G., Martí, M. y Missé, M. (2015). Perspectiva de género en espacios de ocio nocturno y drogas: Observando los riesgos de las mujeres. En Universidad de Deusto (Ed.), Poniendo otras miradas a la adolescencia. Convivir con los riesgos: Drogas, violencia, sexualidad y tecnología. (pp. 43-60). Bilbao, España: Universidad de Deusto.

Anderson, P., Coulton, S., Kaner, E., Bendtsen, P., Kłoda, K., Reynolds, J.,... Gual, A. (2017). Delivery of brief interventions for heavy drinking in primary care: Outcomes

- of the ODHIN 5-Country cluster randomized trial. *Annals of Family Medicine*, 15, 335-340. doi:10.1370/afm.2051.
- Babor, T. F., Kranzler, H. R. y Lauerman, R. J. (1989). Early detection of harmful alcohol consumption: Comparison of clinical, laboratory, and self-report screening procedures. *Addictive Behaviors*, 14, 139-157. doi:10.1016/0306-4603(89)90043-9.
- Ballester, L., Rosón, C. y Facal, T. (Eds.). (2020). Pornografía y educación afectivos exual. Barcelona: Octaedro.
- Barreiro, C., Braña, T., Feijoo, S., Calvo, R., Isorna, M. y Rial, A. (2020). Cannabis, botellón y asalto sexual: Entre la vulnerabilidad y la sumisión química. En Concello de Catoira (Ed.), *Nuevas aportaciones sobre el consumo de cannabis desde las ciencias sociales y de la salud* (pp. 33-40). Catoira, España: Andavira.
- Beck, F., Legleye, S. y Observatoire français des drogues et des toxicomanies. (2003). Drogues et adolescence usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes ESCAPAD 2002. Paris: OFDT.
- Burillo-Putze, G., López-Hernández, A., Expósito-Rodríguez, M. y Dueñas-Laita, A. (2013). Sumisión química, oportunista o premeditada. *Medicina Clínica*, 140, 139-143. doi:10.1016/j.medcli.2012.05.035.
- Caamano-Isorna, F., Adkins, A., Moure-Rodríguez, L., Conley, A. H. y Dick, D. (2021). Alcohol use and sexual and physical assault victimization among University students: Three years of follow-up. *Journal of Interpersonal Violence*, 36, NP3574-NP3595. doi:10.1177/0886260518780413.
- Conley, A. H., Overstreet, C. M., Hawn, S. E., Kendler, K. S., Dick, D. M. y Amstadter, A. B. (2017). Prevalence and predictors of sexual assault among a college sample. *Journal of American College Health*, 65, 41-49. doi:10.1080/07448481.2016.1235578.
- Coulter, R. W. S., Mair, C., Miller, E., Blosnich, J. R., Matthews, D. D. y McCauley, H. L. (2017). Prevalence of past-year sexual assault victimization among undergraduate students: Exploring differences by and intersections of gender identity, sexual identity, and race/ethnicity. *Prevention Science*, 18, 726-736. doi:10.1007/s11121-017-0762-8.
- Coulter, R. W. S. y Rankin, S. R. (2020). College sexual assault and campus climate for sexual- and gender-minority undergraduate students. *Journal of Interpersonal Violence*, 35, 1351-1366. doi:10.1177/0886260517696870.
- Cruz-Landeira, A., Quintela-Jorge, Ó. y López-Rivadulla, M. (2008). Sumisión química: Epidemiología y claves para su diagnóstico. *Medicina Clínica*, 131, 783-789. doi:10.1016/S0025-7753(08)75505-2.
- Dir, A. L., Riley, E. N., Cyders, M. A. y Smith, G. T. (2018). Problematic alcohol use and sexting as risk factors for sexual assault among college women. *Journal of American College Health*, 66, 553-560. doi:10.1080/07448481.201 8.1432622.

- Du Mont, J., Macdonald, S., Rotbard, N., Bainbridge, D., Asllani, E., Smith, N. y Cohen, M. M. (2010). Drug-facilitated sexual assault in Ontario, Canada: Toxicological and DNA findings. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 17, 333-338. doi:10.1016/j.jflm.2010.05.004.
- ElSohly, M. A. y Salamone, S. J. (1999). Prevalence of drugs used in cases of alleged sexual assault. *Journal of Analytical Toxicology*, 23, 141-146. doi:10.1093/jat/23.3.141.
- EMCDDA. (2008). Sexual assaults facilitated by drugs or alcohol. Lisboa: European Monitoring Centre for Drug an Drug Addiction.
- García-Couceiro, N., Gómez Salgado, P., Kim-Harris, S., Burkhart, G., Flórez-Menéndez, G. y Rial Boubeta, A. (2021). El modelo SBIRT como estrategia de prevención de las adicciones con y sin sustancia en adolescentes. Revista Española de Salud Pública, 95, e202105065.
- García-Couceiro, N., Isorna, M., Varela, J., Gandoy-Crego, M., Braña, T. y Rial, A. (2020). El fenómeno del botellón. Análisis descriptivo y posibles implicaciones a partir de una muestra de adolescentes gallegos. *Revista Española de Salud Pública*, 94, e202011171.
- García-Repetto, R. y Soria, M. L. (2011). Sumisión química: Reto para el toxicólogo forense. *Revista Española de Medicina Legal*, 37, 105-112. doi:10.1016/S0377-4732(11)70072-4.
- García-Repetto, R. y Soria, M. L. (2014). Consideraciones toxicológicas sobre supuestos casos de sumisión química en delitos de índole sexual en el sur de España entre los años 2010-2012. *Revista Española de Medicina Legal*, 40, 4-10. doi:10.1016/j.reml.2013.06.003.
- Gilmore, A. K., Lewis, M. A. y George, W. H. (2015). A randomized controlled trial targeting alcohol use and sexual assault risk among college women at high risk for victimization. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 38-49. doi:10.1016/j.brat.2015.08.007.
- Graham, K., Bernards, S., Abbey, A., Dumas, T. y Wells, S. (2014). Young women's risk of sexual aggression in bars: The roles of intoxication and peer social status: Young women's risk of sexual aggression. *Drug and Alcohol Review*, 33, 393-400. doi:10.1111/dar.12153.
- Hagan, K. S. y Reidy, L. (2015). Detection of synthetic cathinones in victims of sexual assault. Forensic Science International, 257, 71-75. doi:10.1016/j.forsciint.2015.07.040.
- Hindmarch, I., ElSohly, M., Gambles, J. y Salamone, S. (2001). Forensic urinalysis of drug use in cases of alleged sexual assault. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 8, 197-205. doi:10.1054/jcfm.2001.0513.
- Hughes, K., Anderson, Z., Morleo, M. y Bellis, M. A. (2008). Alcohol, nightlife and violence: The relative contributions of drinking before and during nights out to negative health and criminal justice outcomes. *Addiction*, 103, 60-65. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.02030.x.
- Hurley, M., Parker, H. y Wells, D. L. (2006). The epidemiology of drug facilitated sexual assault. *Journal of*

- Clinical Forensic Medicine, 13, 181-185. doi:10.1016/j.jcfm.2006.02.005.
- IBM SPSS Stastistics for Windows. (2017). Armonk, NY: IBM Corp.
- Isorna, M. y Rial, A. (2015). Drogas facilitadoras de asalto sexual y sumisión química. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 15, 137-150. doi:10.21134/haaj.v15i2.246.
- Isorna, M., Souto, C., Rial, A., Alías, A. y McCartan, K. (2017). Drug-facilitated sexual assault and chemical submission. *Psychology, Society, y Education*, 9, 263-282. doi:10.25115/psye.v9i2.701.
- Juhascik, M. P., Negrusz, A., Faugno, D., Ledray, L., Greene, P., Lindner, A.,... Gaensslen, R. E. (2007). An estimate of the proportion of drug-facilitation of sexual assault in four U.S. localities. *Journal of Forensic Sciences*, 52, 1396-1400. doi:10.1111/j.1556-4029.2007.00583.x.
- Knight, J. R., Shrier, L. A., Bravender, T. D., Farrell, M., Vander Bilt, J. y Shaffer, H. J. (1999). A new brief screen for adolescent substance abuse. Archives of Pediatrics y Adolescent Medicine, 153, 591-596. doi:10.1001/archpedi.153.6.591.
- López-Rivadulla, M., Cruz, A., Quintela, O., De Castro, A., Concheiro, M., Bermejo, A. y Jurado, C. (2005). Sumisión química: Antecedentes, situación actual, y perspectivas. Protocolos de actuación para estudios multicéntricos. Revista de Toxicología, 22, 119-126.
- Lorenz, K. y Ullman, S. E. (2016). Alcohol and sexual assault victimization: Research findings and future directions. *Aggression and Violent Behavior*, *31*, 82-94. doi:10.1016/j.avb.2016.08.001.
- McGregor, M. J., Ericksen, J., Ronald, L. A., Janssen, P. A., Van Vliet, A. y Schulzer, M. (2004). Rising incidence of hospital-reported drug-facilitated sexual assault in a large urban community in Canada: Retrospective population-based study. *Canadian Journal of Public Health*, 95, 441-445. doi:10.1007/BF03403990.
- Ministerio de Justicia. (2022). Guía de buenas prácticas para la actuación forense ante la víctima de un delito facilitado por sustancias psicoactivas: Intervención ante la sospecha de sumisión química. https://www.mjusticia.gob.es/es/AreaTematica/DocumentacionPublicaciones/InstListDownload/GuiaBuenasPracticas.pdf.
- Navarro-Escayola, E. y Vega-Vega, C. (2013). Agresiones sexuales facilitadas por sustancias psicoactivas, detectadas en el instituto de medicina legal de Alicante en el cuatrienio 2009-2012. Gaceta internacional de ciencias forenses, 8, 8-15.
- Neilson, E. C., Bird, E. R., Metzger, I. W., George, W. H., Norris, J. y Gilmore, A. K. (2018). Understanding sexual assault risk perception in college: Associations among sexual assault history, drinking to cope, and alcohol use. *Addictive Behaviors*, 78, 178-186. doi:10.1016/j.addbeh.2017.11.022.

- Olszewski, D. (2009) Sexual assaults facilitated by drugs or alcohol. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 16*, 39-52. doi:10.1080/09687630802128756.
- Panyella-Carbó, M. N., Agustina, J. R. y Martin-Fumadó, C. (2019). Sumisión química versus vulnerabilidad química: Análisis criminológico de los delitos sexuales facilitados mediante el uso de sustancias psicoactivas a partir de una muestra de sentencias. Revista Española de Investigación Criminológica, 17, 1-23.
- Quintela-Jorge, Ó., Cruz-Landeira, A. y García-Caballero, C. (2014). Sumisión química en casos de presuntos delitos contra la libertad sexual analizados en el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (Departamento de Madrid) durante los años 2010, 2011 y 2012. Revista Española de Medicina Legal, 40, 11-18. doi:10.1016/j.reml.2013.07.003.
- Rial, A., Burkhart, G., Isorna, M., Barreiro, C., Varela, J. y Golpe, S. (2019). Consumo de cannabis entre adolescentes: Patrón de riesgo, implicaciones y posibles variables explicativas. *Adicciones*, 31, 64-67. doi:10.20882/adicciones.1212.
- Rial, A., García-Couceiro, N., Gómez, P., Mallah, N., Varela, J., Flórez-Menéndez, G. e Isorna, M. (2022). Psychometric properties of CAST for early detection of problematic cannabis use in Spanish adolescents. *Addictive Behaviors*, 129, 107288. doi:10.1016/j.addbeh.2022.107288.
- Rial, A., Golpe, S., Barreiro, C., Gómez, P. e Isorna, M. (2020). La edad de inicio en el consumo de alcohol en adolescentes: Implicaciones y variables asociadas. *Adic*ciones, 32, 52-62. doi:10.20882/adicciones.1266.
- Rial, A., Golpe, S., Braña, T. y Varela, J. (2017). Validación del «Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol» (AUDIT) en población adolescente española. Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 25, 371-386.
- Rial, A., Gómez, P., Isorna, M., Araujo, M. y Varela, J. (2015). EUPI-a: Escala de Uso Problemático de Internet en adolescentes. Desarrollo y validación psicométrica. *Adicciones*, 27, 47-63. doi:10.20882/adicciones.193.
- Rial, A., Kim-Harris, S., Knight, J. R., Araujo, M., Gómez, P., Braña, T.,... Golpe, S. (2018). Validación empírica del CRAFFT Abuse Screening Test en una muestra de adolescentes españoles. *Adicciones*, 31, 160-169. doi:10.20882/adicciones.1105.
- Rial, A., Rojas, A. J. y Varela, J. (2001). Depuración y análisis preliminares de datos en SPSS: Sistemas informatizados para la investigación del comportamiento. Madrid: Ra-Ma.
- Rodríguez-Castro, Y., Martínez-Román, R., Alonso-Ruido, P., Adá-Lameiras, A. y Carrera-Fernández, M. V. (2021). Intimate partner cyberstalking, sexism, pornography, and sexting in adolescents: New challenges for sex education. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 1-14. doi:10.3390/ijerph18042181.

- Rodríguez-Pérez, N. (2020). Estudio de delitos contra la libertad sexual en la Comunidad Autónoma de Canarias. Implicación de medicamentos y otras sustancias químicas. Universidad de la Laguna, Tenerife.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Amundsen, A. y Grant, M. (1993). Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-I. *Addiction*, 88, 349-362. doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb00822.x.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R. y Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88, 791-804. doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x.
- Scott-Ham, M. y Burton, F. C. (2005). Toxicological findings in cases of alleged drug-facilitated sexual assault in the United Kingdom over a 3-year period. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 12, 175-186. doi:10.1016/j. jcfm.2005.03.009.
- Tiemensma, M. y Davies, B. (2018). Investigating drug-facilitated sexual assault at a dedicated forensic centre in Cape Town, South Africa. *Forensic Science International*, 288, 115-122. doi:10.1016/j.forsciint.2018.04.028.
- Tilley, D. S., Kolodetsky, A., Cottrell, D. y Tilton, A. (2020). Correlates to increased risk of sexual assault and sexual harassment among LGBT+ University students. *Journal of Forensic Nursing*, 16, 63-72. doi:10.1097/JFN.000000000000000284.
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., Henly, G. A. y Schwartz, R. H. (1990). Validity of adolescent self-report of alcohol and other drug involvement. *The International Journal of the Addictions*, 25, 1379-1395. doi:10.3109/10826089009068469.
- Xifró-Collsamata, A., Pujol-Robinat, A., Barbería-Marcalain, E., Arroyo-Fernández, A., Bertomeu-Ruiz, A., Montero-Núñez, F. y Medallo-Muñiz, J. (2015). A prospective study of drug-facilitated sexual assault in Barcelona. *Medicina Clínica (English Edition)*, 144, 403-409. doi:10.1016/j.medcle.2015.12.001.
- Yépez-Tito, P., Ferragut, M. y Blanca, M. J. (2021). Character strengths as protective factors against engagement in sexting in adolescence. *Anales de Psicología*, 37, 142-148. doi:10.6018/analesps.414411.







ORIGINAL

El efecto de la heurística de anclaje sobre el consumo excesivo de alcohol en los jóvenes: Una perspectiva desde la economía conductual

Anchor heuristics effect on heavy drinking in young people: Behavior economics perspective

JORGE PALACIOS*,**, FABIOLA AIMEÉ GUERRERO GARDUÑO*.

- * Universidad del Valle de México, Campus Querétaro.
- ** Unidad de Investigación en Neurociencias Aplicadas.

Resumen

Son necesarios enfoques basados en la teoría para reducir el consumo excesivo de alcohol en los jóvenes. El anclaje es un proceso en el que las personas hacen estimaciones a partir de un valor inicial que se ajusta para dar una respuesta final. En este estudio, determinamos la efectividad de las heurísticas de anclaje en la estimación del precio de una botella de alcohol y su efecto sobre el consumo excesivo de alcohol en los jóvenes. En una muestra de 327 jóvenes en México, los participantes completaron una encuesta sobre el consumo de alcohol y las heurísticas de anclaje. Encontramos que cuando se mostró el ancla y a los participantes se les dirigió de forma explícita hacia el valor del ancla, aumentaron las estimaciones medias del precio informado por los participantes, lo que indica que ellos eran atraídos hacia el ancla. Descubrimos que los efectos de anclaje afectaron la disposición a pagar (DAP) de los consumidores de alcohol. En este contexto, los precios del alcohol (condición ancla) eran más altos para el consumo excesivo de alcohol. Discutimos las implicaciones de nuestros resultados y las direcciones futuras para la investigación sobre los efectos de anclaje en el consumo excesivo de alcohol. Llegamos a la conclusión de que el anclaje proporciona nuevos conocimientos sobre las consecuencias de los efectos de anclaje en el consumo de alcohol.

Palabras clave: heurística de anclajes, economía conductual, precios, consumo excesivo de alcohol

Abstract

There is a need for theory-based approaches to reduce heavy drinking in youths. Anchoring is a process in which people make estimates by starting from an initial value that is adjusted to yield a final answer. In this study, we determined the effectiveness of anchoring heuristics in estimating the price of a bottle of alcohol and its effect on heavy drinking in young people. In a sample of 327 young people in Mexico, participants completed a survey on alcohol drinking and anchoring heuristics. We found that when the anchor was shown and the participants were explicitly directed to the anchor value, the mean estimates of the price reported by the participants increased, indicating that the participants were pulled up toward the anchor. Anchoring effects were found to affect on the willingness of the alcohol consumers to pay. In this context, alcohol prices (anchor condition) were higher for heavy drinking. We discuss the implications of our results and future directions for research on anchoring effects in heavy drinking. We concluded that anchoring provides novel insights into the consequences of anchoring effects in alcohol drinking.

Keywords: anchoring heuristics, behavior economics, prices, heavy drinking

■ Recibido: Diciembre 2022; Aceptado: Febrero 2023.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Jorge Raúl Palacios Delgado. Blvd. Juriquilla no. 1000 A Del. Santa Rosa Jáuregui, CP 76230, Quétaro, México. E-mail: jorge.palaciosd@uvmnet.edu l consumo de alcohol representa un factor de riesgo para el desarrollo de problemas psicológicos, sociales y de salud (Cruz-Soto, Palacios, López y Villagómez, 2019; Palacios, 2018; Reséndiz et al., 2018). La economía conductual destaca cómo las personas toman decisiones basadas en heurísticas y sesgos (Aston y Cassidy, 2019; Kahneman, 2003). El anclaje es un tipo de heurística que las lleva a ajustar sus juicios (numéricos) en función de piezas de información externas presentadas previamente, conocidas como anclas. Por tanto, el anclaje ocurre cuando, durante el proceso de toma de decisiones, una persona utiliza un valor de referencia (un ancla) para elegir un determinado curso de acción (Tversky y Kahneman, 1974).

Existe evidencia preliminar sobre varios factores que influyen en la expresión del anclaje (Ariely, Loewenstein y Prelec, 2003; Berthet, Autissier y de Gardelle, 2022; Furnham y Boo, 2011; Jung, Perfecto y Nelson, 2016; Lynch y Ariely, 2000). La investigación sugirió que existen respuestas que pueden reflejar la tendencia a responder de una manera normativa según un parámetro de valor presentado inicialmente (Kahneman y Tversky, 1996; Gigerenzer, 1991). Las primeras explicaciones de la heurística de anclaje sugieren que los valores de anclaje sirven como punto de referencia para que las personas ajusten su respuesta al rango de valores plausibles (Epley y Gilovich, 2001; Epley y Gilovich, 2010). En base a este concepto, varios investigadores encontraron cambios en los precios de los bienes de consumo (Brzozowicz y Krawczyk, 2022; Green, Jacowitz, Kahneman y McFadden, 1998; Shan, Diao y Wu, 2020). Estas investigaciones demostraron que los consumidores tenderán a cambiar sus pagos de acuerdo con el anclaje.

Respecto del uso de anclaje en el consumo de alcohol, los resultados mostrados por Epley y Gilovich (2006) indicaron que los estudiantes universitarios que estaban sobrios proporcionaron estimaciones más alejadas de los valores de anclaje que los participantes que habían estado bebiendo durante las 12 horas anteriores. Sin embargo, hay pocos estudios en esta área de investigación que tengan en cuenta el hecho de que el consumo excesivo de alcohol puede verse afectado por la heurística, específicamente considerando los efectos de anclaje. Por tanto, propusimos las siguientes preguntas: ¿Pueden los efectos de anclaje reducir el consumo excesivo de alcohol? Según la economía conductual del alcohol (MacKillop y Murphy, 2007; MacKillop et al., 2009; MacKillop et al., 2014), ¿se puede modificar el precio estimado de una botella de alcohol? Además, como resultado de esta modificación, ¿pueden estas modificaciones disminuir el consumo de alcohol entre jóvenes? Usando las respuestas a estas preguntas, puede crearse un contexto basado en señales externas para establecer un precio que sirva como referencia para la toma de decisiones por parte de los jóvenes sobre su consumo de alcohol.

Dada la frecuencia con la que los jóvenes eligen el precio de las bebidas alcohólicas, el anclaje podría ser importante en muchos contextos de consumo, en particular respecto de la compra de botellas de alcohol (Byrnes, Shakeshaft, Petrie y Doran, 2013; Morrell, Reed y Martinetti, 2021; Murphy, Correia y Barnett, 2007); por tanto, el precio del alcohol y la heurística son dos posibles candidatos para la explicación de los efectos de anclaje.

La teoría de la economía conductual supone que los aumentos de precio relacionados con la demanda de alcohol están asociados con una disminución del consumo (Bickel, Green y Vuchinich, 1995). Estudios previos han hallado que un aumento en el precio de las bebidas alcohólicas reduce la cantidad, la frecuencia y la intensidad del consumo de alcohol (Heckley, Jarl y Gerdtham, 2017) en varios tipos de bebidas y en todos los tipos de bebedores, desde ligeros hasta bebedores en exceso (Ayyagari, Deb, Fletcher, Gallo y Sindelar, 2013; Shrestha, 2015; Wagenaar, Salois y Komro, 2009); sin embargo, la evidencia es insuficiente respecto a cómo el anclaje puede contribuir a explicar el consumo excesivo de alcohol.

Esta investigación tuvo como propósito determinar la efectividad de la heurística de anclaje para estimar el precio de una botella de alcohol y su efecto sobre el consumo excesivo de alcohol en los jóvenes. Nuestra hipótesis era que los jóvenes que estaban anclados en su precio aumentarían con más frecuencia la cantidad que estaban dispuestos a pagar por una botella la próxima vez que decidieran comprar una botella de alcohol. También propusimos la hipótesis de que si el anclaje heurístico modifica el precio que los bebedores están dispuestos a pagar por una botella de alcohol, sería probable estimar el precio de una botella de alcohol, cambiando la magnitud de estos efectos en relación al consumo excesivo de alcohol. Esperábamos que unos precios más elevados de las botellas podrían estar asociados con un mayor consumo excesivo de alcohol, así reforzando la ingesta de alcohol.

Método

Diseño del estudio

Se utilizó un diseño transversal para verificar los cambios conductuales, teniendo en cuenta que el anclaje heurístico afectaría las estimaciones de los precios de alcohol.

Participantes

Para calcular el tamaño muestral, se consideró como población un promedio de 1200 encuestas completadas por personas de entre 18 y 60 años de edad. Se estimó una prevalencia de consumo de alcohol del 50% (Palacios, 2019), un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 5%, resultando en una muestra de 291 participantes. Para este estudio, la muestra consistió en 327 jóvenes (57,8% mujeres y 42,2% hombres, con un rango de edad

entre 16 y 35 años $[M=20,99,\,SD=2,7])$ seleccionados mediante un muestreo no probabilístico aleatorio, y predominantemente del estado de Chiapas en México. Los participantes informaron tener un nivel de estudios mínimo de licenciatura universitaria. El 63% eran estudiantes, el 6,4% trabajadores y el 30,3% estudiante y trabajador.

Medidas

Consumo de alcohol

El consumo de alcohol se midió a través de preguntas sobre la edad de inicio del consumo, la frecuencia de consumo de alcohol en el último mes (de *nunca* a *diario*), la cantidad de alcohol consumido por evento (número de bebidas consumidas por ocasión), la incidencia de consumo excesivo de alcohol (5 o más vasos por evento) (de *nunca* a *diario*), y el número de bebidas que creen necesarios para emborracharse (número de unidades de bebida por evento) utilizando el Cuestionario de Alcohol (Palacios, 2019). La medición se adaptó al contexto sociocultural mexicano (Palacios, 2021; Palacios y González, 2020).

Cuestionario de compra de alcohol (APQ)

Para este estudio se adaptó un cuestionario con base en la versión utilizada por otros autores (Bickel et al., 1995; Mackillop et al., 2009). Pedimos a los participantes que estimaran la cantidad de bebidas estándar que comprarían y consumirían. Administramos un breve cuestionario de 3 ítems diseñado para evaluar la demanda de alcohol: (1) el precio se midió con una indicación del dinero que los participantes pagarían por una botella de alcohol; (2) la intensidad, que representa el máximo gastado y consumido (la intensidad de la demanda), se midió mediante la interacción entre el dinero gastado y la cantidad de alcohol consumido; y (3) la persistencia se midió utilizando la sensibilidad al aumento del precio hasta la embriaguez.

Heurística de anclaje

Adaptamos la tarea utilizada por Jacowitz y Kahneman (1995) para medir el precio de una botella de alcohol y su susceptibilidad al anclaje. Mediante un formato de pregunta abierta, primero se preguntó a los participantes sobre la cantidad de dinero que estaban dispuestos a pagar por una botella de alcohol.

Después de completar el cuestionario sobre el consumo de alcohol, a los participantes se les presentó una tarea de anclaje hipotética relacionada con el precio de una botella. En esta tarea, se mostró a los participantes las siguientes instrucciones: «Acaba de salir una nueva botella de alcohol de edición limitada de tu marca favorita por USD25 (EUR21; MXN500)». Esta actividad inicial sirvió como «ancla». Inmediatamente después, se pidió a todos los participantes que estimaran el precio exacto que pagarían por esa botella (es decir, su disposición a pagar [DAP]). También se pidió a los participantes que mencionaran qué tan dispuestos esta-

rían a comprarla, utilizando un formato de escala de Likert (entre 1, *nada dispuesto* y 4, *muy dispuesto*).

Procedimiento

Los datos se recopilaron durante un mes. El instrumento se aplicó a los participantes de forma digital a través de un formulario desarrollado en Google Forms y se compartió a través de las redes sociales, con un tiempo de respuesta aproximado de 20 minutos. El formulario explicó el propósito del estudio y pidió a los participantes que respondieran honestamente, ya que sus respuestas se utilizarían para fines de investigación.

Consideraciones éticas

Se informó a todos los participantes sobre el propósito del proyecto (aprobado con anterioridad por el Comité de Ética de la Universidad, número de registro PCSUVM-012021). Se les explicó que su participación era voluntaria, que la información era anónima y que se garantizaba la confidencialidad de los datos aportados. Los participantes dieron su consentimiento electrónico antes de completar la encuesta. El protocolo de investigación se estableció según las disposiciones de la Ley General de Salud, específicamente su apartado sobre la investigación con seres humanos (Secretaría de Salud, 2011).

Análisis de datos

Se realizaron análisis de datos teniendo en cuenta las estadísticas descriptivas para el consumo de alcohol. Para los análisis descriptivos de los efectos de anclaje, utilizamos un índice de anclaje (IA) propuesto por Jacowitz y Kahneman (1995) para medir el movimiento de la estimación mediana de los sujetos anclados hacia el ancla al que estaban expuestos. La puntuación del índice de anclaje se calculó de la siguiente forma: (estimación mediana [anclaje superior] — estimación mediana [anclaje inferior])/(anclaje superior — anclaje inferior). En el índice de anclaje, los valores plausibles van de 0 (efecto de anclaje nulo) a 1 (las estimaciones medianas de sujetos anclados coinciden con los anclajes mostrados). En este estudio, los anclajes inferior e superior estaban, respectivamente, en los percentiles 15 y 85 de las estimaciones del precio de la botella de alcohol.

Para examinar el impacto de la heurística de anclaje en el consumo según precio del alcohol, utilizamos una prueba t para comparar el cambio en el precio de una botella de alcohol después de la introducción del ancla. Por último, se llevó a cabo un análisis unilateral de varianza (ANOVA) para probar la significación estadística del precio de la botella después de la introducción del ancla entre los distintos niveles de bebedores en exceso. Era estadísticamente significativo ($p \le 0.05$) en todos los análisis. Los tamaños del efecto se informaron mediante la d de Cohen y el eta cuadrado (η^2).

Resultados

Los resultados mostraron que el 64,8% de los jóvenes bebían alcohol. Los participantes empezaron a beber a los 16,75 (DE = 2,4) años de edad. Además, el 41% tenía una frecuencia de consumo de alcohol de una vez o menos al mes, el 27,2% bebía sólo una vez al mes, el 10,4% bebía cada quince días, el 3,3% bebía tres o cuatro veces al mes, y el 16,5% nunca había consumido alcohol. El 31,2% de los participantes informaron un consumo excesivo de alcohol en el último mes, definido como cinco o más unidades de alcohol en un solo evento. El rango del número de bebidas consumidas varió entre 1 y 50 (M = 5,38, MD = 4,0, DE = 5.8). Además, los participantes informaron que el número medio de bebidas estándar que consideraban necesarias para emborracharse era de 8,6 (MD = 6,0, DE = 8,9). Los participantes reportaron un precio promedio de botella de alcohol de MXN312 (MD = MXN250, DE = MXN225; USD14,2, EUR13,47). La relación entre la cantidad de dinero que gastaban por semana y la cantidad de dinero que gastaban al comprar una botella de alcohol se analizó y no se encontró relación significativa (r = 0.086, p = 0.21).

Calculamos el efecto de anclaje utilizando la diferencia entre el precio que pagan por una botella de alcohol $(M=\text{MXN}322.37,\ MD=\text{MXN}250,\ DE=\text{MXN}225.4)$ y la estimación del precio que pagarían después de la presentación del ancla. El efecto de anclaje medio $(M=\text{MXN}354,73,\ MD=\text{MXN}300,\ DE=\text{MXN}176.9)$ era superior al precio que pagan por una botella. Hubo una diferencia significativa entre el precio mostrado con el ancla y el precio que los participantes estimaron tras la presentación del ancla $(t_{(206)}=-2,28,\ p<0,05)$, indicando que las estimaciones de los participantes eran atraídas hacia el ancla (d de Cohen = 0,44). Otra medida del tamaño del efecto era la correlación entre el precio que pagaron y las estimaciones de precio de los sujetos tras ver el ancla. La correlación obtenida era $r=0,50,\ p<0,001$.

Realizamos un ANOVA para comparar el precio ancla medio entre las categorías y la DAP de los participantes. Hubo una diferencia significativa en el precio ancla (F_{β}) $_{246)} = 51,04, p < 0.001, \eta^2 = 0.38$), lo que indica que los participantes que estaban muy dispuestos a pagar el precio de la botella mostrada (ancla) estimaron un precio mayor a pagar por ella (Tabla 1). Los resultados mostraron claramente que el precio ancla llevó a una diferencia importante en sus respuestas en función de la DAP de los consumidores de alcohol de nuestra muestra. La alta diferencia de precios entre las condiciones de DAP y el predominio de los tamaños de efecto grandes para el ancla demostraron estos efectos. Realizamos comparaciones adicionales para analizar el dinero gastado por semana entre los dos casos de DAP. Los resultados no mostraron diferencias significativas en el gasto semanal ($F_{\scriptscriptstyle (3.246)}=0,\!29,p=0,\!82$) entre los casos de DAP.

Para el índice de anclaje (IA), los datos revelaron un valor de 0,77; es decir, la puntuación de anclaje era superior

Tabla 1
Diferencias en precio de anclaje (en MXN) por disposición a pagar (DAP)

Disposición	М	MD	DE
Nula disposición	253,33	250,00	126,5
Poca disposición	308,78	300,00	133,7
Disposición moderada	492,66	136,17	500,0
Disposición muy alta	642,86	500,00	276,5

Nota. M—media, MD—mediana, DE—desviación estándar.

al valor normativo de 0. La mediana era de MXN500 para el ancla superior y de MXN190 para el ancla inferior. Los percentiles proporcionaron pistas sobre la eficacia de las anclas. Algunos participantes pueden verse atraídos hacia valores de ancla bajos o, de lo contrario, podrían verse atraídos hacia valores altos. Los resultados mostraron que el 11,3% de los participantes se posicionaron por debajo del ancla inferior (percentil 15) y el 21,1% se posicionaron por encima del ancla superior (percentil 85).

Usamos un análisis de varianza (ANOVA) para probar el efecto de anclaje en los bebedores en exceso (Tabla 2). Los resultados del ANOVA mostraron que el consumo excesivo de alcohol tuvo un efecto significativo en el anclaje ($F_{(6,244)} = 2,18, p < 0,05, \eta^2 = 0,05$), indicando que el precio estimado por botella de alcohol (condición ancla) era más alto para los bebedores en exceso que para los participantes con un consumo de alcohol bajo. Realizamos análisis adicionales para comprobar que los resultados se debieron al anclaje y no a que los bebedores en exceso disponían de más dinero y, por tanto, estaban dispuestos a gastar más dinero en alcohol. No se hallaron diferencias en el gasto total de dinero por semana y el consumo excesivo de los participantes ($F_{(6,244)} = 1,01, p = 0,41$).

Por último, tuvimos también como objetivo comprobar de forma específica los efectos de las anclas inferior y superior en la conducta relacionada con el consumo de alcohol. Los resultados de las pruebas *t* presentados en la Tabla 3 indican diferencias significativas en el precio, la cantidad y el

Tabla 2
Diferencias en el precio del alcohol (en MXN) por nivel de consumo

Nivel de consumo	М	MD	DE
Nunca	300,47	300	233,9
Solo una vez	304,24	300	185,8
Una vez o menos al mes	355,11	300	148,9
Cada quince días	331,82	300	118,8
Tres o cuatro veces al mes	425,00	350	175,1
Dos o tres veces a la semana	500,00	500	0,00
Diario o casi diario	500,00	500	0,00

Nota. M—media, *MD*—mediana, *DE*—desviación estándar. * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

Tabla 3
Comparación del comportamiento del alcohol por nivel de anclaje

	Ancla					
	Supe N =		Infe N =			
	М	DE	М	DE	t	
Precio (MXN)	502,97	272,7	145,79	94,5	-8,83***	
Cantidad	7,21	7,9	3,12	2,7	-2,80**	
Consumo excesivo de alcohol	9,88	7,8	5,65	5,8	-2,68**	

Nota. M—media, DE—desviación estándar.

consumo excesivo de alcohol. Por tanto, las anclas inferior y superior alteraron la estimación del precio del alcohol (*d* de Cohen = 1,46), y las anclas más altas produjeron un mayor efecto en los consumidores de alcohol (*d* de Cohen = 0,61) y en los bebedores compulsivos (*d* de Cohen = 0,58).

Discusión

Este estudio contribuyó a verificar la asociación del precio del alcohol con el consumo excesivo de alcohol y a comprender la heurística de anclaje al estimar el precio de una botella de alcohol y su efecto sobre el consumo excesivo de alcohol.

Examinamos la hipótesis de que el anclaje tiene efectos sobre la modificación del precio de una botella de alcohol y sobre el cambio de la magnitud de estos efectos en el consumo excesivo de alcohol. Los resultados de este estudio mostraron que se produjeron efectos de anclaje con la estimación del precio que los participantes estarían dispuestos a pagar tras la presentación del ancla. Este estudio aportó evidencia inicial de que un aumento en el precio de una botella de alcohol podría aumentar la estimación de su precio tras la presentación de la heurística de anclaje y su efecto sobre el consumo excesivo de alcohol en los jóvenes. Nuestros datos confirmaron la hipótesis propuesta de que el anclaje heurístico del precio afectaba el precio que los participantes estarían dispuestos a pagar por una botella de alcohol. En particular, proporcionamos evidencia respecto de la diferencia entre el precio del alcohol mostrado con el ancla y el precio que los participantes estimaron tras la presentación del ancla. Investigaciones previas (Epley y Gilovich, 2001; Gigerenzer, 1991; Jacowitz y Kahneman, 1995; Tversky y Kahneman, 1974) establecieron que cuando un ancla contiene no solo un número, sino también información semántica coherente con un objetivo (p. ej., el precio hipotético de una bebida alcohólica), el valor del ancla es altamente compatible con el valor objetivo, y esto afecta la estimación numérica del objetivo. Es más, identificamos las contribuciones a la efectividad de la heurística de anclaje y las condiciones bajo las cuales facilitó el cambio de conducta, con un tamaño de efecto medio que respalda la efectividad de la heurística de anclaje.

En nuestra investigación, analizamos la DAP del precio ancla del alcohol. Estos resultados confirmaron que los participantes que estaban dispuestos a pagar el precio de la botella (ancla) estimaron un precio mayor a pagar por la misma. Por tanto, el precio anclado dependía de su DAP, y esta estimación también puede haberse visto afectada por el anclaje (Brzozowicz y Krawczyk, 2022; Green et al., 1998; Shan et al., 2020).

En este estudio, proporcionamos evidencia del efecto del anclaje en el establecimiento de los precios del alcohol. Los datos mostraron que las personas ajustaron su estimación inicial para cumplir con la estimación ancla, lo que demuestra que hubo efectos de anclaje producidos por el precio anclado en el índice de anclaje. Nuestros resultados empíricos respaldaron los efectos de las anclas inferior y superior (Jacowitz y Kahneman, 1995). Mostramos que el porcentaje por encima del ancla superior era mayor que el porcentaje por debajo del ancla inferior. Además, el precio mediano reportado por los participantes ubicados en el percentil alto era similar al precio del ancla. Estos resultados mostraron que el precio mostrado como ancla influyó en los participantes que eran atraídos hacia valores altos en la tarea de estimación del precio del alcohol, en coherencia con investigaciones previas (Berthet et al., 2022; Epley y Gilovich, 2001; Jacowitz y Kahneman, 1995; Jung et al., 2016).

Comparamos el efecto de anclaje en bebedores en exceso. Nuestros datos revelaron que la ingesta excesiva de alcohol tuvo un efecto significativo en el anclaje. De acuerdo con investigaciones anteriores (Epley y Gilovich, 2006), las personas que bebían en exceso ajustaron su estimación de precios con los valores del ancla presentado. Los resultados mostraron un ajuste creciente en el precio estimado para comprar una botella de alcohol (condición ancla), donde hubo un aumento en el consumo excesivo de alcohol. Por último, en términos de economía conductual, el número de bebedores de alcohol era más elevado por encima del ancla superior en comparación con el número de bebedores de alcohol por debajo del ancla inferior. El consumo prominente de alcohol era sensible a los aumentos en el costo de respuesta expresado en el precio, que comenzó muy bajo

^{*} p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

y escaló a niveles muy altos en los bebedores en exceso. Estos hallazgos contribuyen a identificar empíricamente el efecto subyacente de los precios ancla del alcohol en el aumento diferencial del consumo excesivo de alcohol entre los jóvenes. Estos hallazgos son coherentes con varios estudios previos (Berthet et al., 2022; Brzozowicz y Krawczyk, 2022; Epley y Gilovich, 2006; Jacowitz y Kahneman, 1995; Tversky y Kahneman, 1974) sobre heurísticas de anclaje.

Aunque estos resultados son prometedores, este estudio tuvo varias limitaciones. Primero, nuestra muestra no era representativa a nivel de país, por lo que deben realizarse más investigaciones con muestras más representativas. Segundo, el tipo de moneda de cada país puede afectar el precio de las bebidas alcohólicas y, en consecuencia, provocar un aumento o disminución del consumo de las mismas. Tercero, nuestra investigación no incorporó un análisis por sexo. Futuras investigaciones deberán incorporar un análisis por sexo en cuanto al consumo de alcohol y la heurística de anclaje. Cuarto, en general, los experimentos de anclaje utilizan dos grupos: un grupo con una condición de anclaje inferior y un grupo con una condición de anclaje superior. Solo utilizamos un grupo dividido por condiciones inferiores y superiores. Deben hacerse más investigaciones con dos grupos (condiciones inferiores y superiores) para probar la robustez de los resultados. Por último, es necesario replicar este resultado en otras muestras para confirmar su efecto. Este es un paso importante y necesario antes de empezar a establecer asociaciones predictivas con otras variables de interés.

La investigación sobre la economía conductual y el anclaje del alcohol tiene implicaciones preventivas importantes. Con base en los resultados, podrían implementarse estrategias en acciones preventivas a nivel individual. Proponemos la utilización de una estrategia de intervención basada en la economía conductual que incorpore heurísticas de anclaje para reducir el consumo de alcohol en los jóvenes. El diseño de estas intervenciones debe considerar a los jóvenes como grupo destinatario en función de los niveles de consumo de los participantes.

Una de las fortalezas de esta investigación es el hecho de que era el primer estudio de estas características realizado en México y Latinoamérica sobre heurísticas de anclaje y su efecto en el consumo excesivo de alcohol en jóvenes. Estudios futuros podrían ser útiles para determinar la aplicación de la heurística de anclaje en el consumo excesivo de alcohol. Intentaremos comprender el valor del refuerzo (inmediato o retardado) involucrado en la evaluación del consumo excesivo de alcohol. Las implicaciones son importantes para comprender las estrategias mediante las cuales los individuos abordan las decisiones sobre el consumo de alcohol. Es importante recordar que la tendencia a responder con impulsividad está asociada a conductas problemáticas. Además, como continuación de este estudio, se incorporarán los estados afectivos y las funciones de la corteza prefrontal como antecedentes involucrados en el anclaje.

Conclusiones

De acuerdo con un enfoque de economía conductual (Bickel et al., 1995; Kahneman, 2003; MacKillop et al., 2014), este estudio representó la primera investigación en México y Latinoamérica sobre heurísticas de anclaje para estimar el precio de una botella de alcohol sobre el consumo excesivo de alcohol en jóvenes mexicanos. Los investigadores interesados en los efectos potenciales de las heurísticas de anclaje y sus implicaciones encontrarán que este estudio muestra la presencia de efectos de anclaje consistentes generados por un precio anclado en el IA y que el impacto del precio del ancla aumentaba con el aumento del nivel de anclaje. En particular, las personas con altos niveles de consumo de alcohol eran más sensibles a las señales del ancla y tenían mayor DAP por la botella cuando se les mostró el ancla.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de intereses.

Información de financiación

Este artículo surge de la colaboración con la Red de investigación sobre el comportamiento del consumidor, integrada por varias universidades públicas y privadas de México.

Referencias

- Ariely, D., Loewenstein, G. y Prelec, D. (2003). "Coherent arbitrariness": Stable demand curves without stable preferences. *The Quarterly Journal of Economics*, 118, 73-106. doi:10.1162/00335530360535153.
- Aston, E. R. y Cassidy, R. N. (2019). Behavioral economic demand assessments in the addictions. *Current Opinion in Psychology*, *30*, 42-47. doi:10.1016/j.copsyc.2019.01.016.
- Ayyagari, P., Deb, P., Fletcher, J., Gallo, W. y Sindelar, J. L. (2013). Understanding heterogeneity in price elasticities in the demand for alcohol for older individuals: Heterogeneous responses to alcohol prices. *Health Economics*, 22, 89–105. doi:10.1002/hec.1817.
- Berthet, V., Autissier, D. y de Gardelle, V. (2022). Individual differences in decision-making: A test of a one-factor model of rationality. *Personality and Individual Differences*, 189, 111485. doi:10.1016/j.paid.2021.111485.
- Bickel, W. K., Green, L. y Vuchinich, R. E. (1995). Behavioral economics. Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 64, 257–262. doi:10.1901/jeab.1995.64-257.
- Brzozowicz, M. y Krawczyk, M. (2022). Anchors on prices of consumer goods only hold when decisions are hypothetical. *PloS One*, 17, 1-23. doi:10.1371/journal.pone.0262130.
- Byrnes, J., Shakeshaft, A., Petrie, D. y Doran, C. (2013). Can harms associated with high-intensity drinking be reduced by increasing the price of alcohol? Price and

- alcohol consumption patterns. *Drug and Alcohol Review*, 32, 27–30. doi:10.1111/j.1465-3362.2012.00482.x.
- Cruz-Soto, M., Palacios, J., Lopez, P. y Villagomez, M. (2019). Descripción del consumo de alcohol en habitantes de la comunidad de La Solana en el estado de Querétaro, México. *Revista Nthe*, 26, 7-17. http://nthe.mx/detalleArt.php?id=104.
- Epley, N. y Gilovich, T. (2001). Putting adjustment back in the anchoring and adjustment heuristic: Differential processing of self-generated and experimenter-provided anchors. *Psychological Science*, *12*, 391-396. doi:10.1111/1467-9280.00372.
- Epley, N. y Gilovich, T. (2006). The anchoring-and-adjustment heuristic: Why the adjustments are insufficient. *Psychological Science*, 17, 311-318. doi:10.1111%-2Fj.1467-9280.2006.01704.x.
- Epley, N. y Gilovich, T. (2010). Anchoring unbound. *Journal of Consumer Psychology*, 20, 20-24. doi:10.1016/j. jcps.2009.12.005.
- Furnham, A. y Boo, H. C. (2011). A literature review of the anchoring effect. *The Journal of Socio-economics*, 40, 35-42. doi:10.1016/j.socec.2010.10.008.
- Gigerenzer, G. (1991). From tools to theories: A heuristic of discovery in cognitive psychology. *Psychological review*, *98*, 254. doi:10.1037/0033-295X.98.2.254.
- Green, D., Jacowitz, K. E., Kahneman, D. y McFadden, D. (1998). Referendum contingent valuation, anchoring, and willingness to pay for public goods. *Resource* and Energy Economics, 20, 85-116. doi:10.1016/S0928-7655(97)00031-6.
- Heckley, G., Jarl, J. y Gerdtham, U.-G. (2017). Frequency and intensity of alcohol consumption: New evidence from Sweden. *The European Journal of Health Economics: HEPAC: Health Economics in Prevention and Care*, 18, 495–517. doi:10.1007/s10198-016-0805-2.
- Jacowitz, K. E. y Kahneman, D. (1995). Measures of anchoring in estimation tasks. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 1161–1166. doi:10.1177/01461672952111004.
- Jung, M. H., Perfecto, H. y Nelson, L. D. (2016). Anchoring in payment: Evaluating a judgmental heuristic in field experimental settings. *Journal of Marketing Research*, 53, 354-368. doi:10.1509/jmr.14.0238.
- Kahneman, D. (2003). Maps of bounded rationality: Psychology for behavioral economics. *American Economic Review*, 93, 1449-1475. doi:10.1257/000282803322655392.
- Kahneman, D. y Tversky, A. (1996). On the reality of cognitive illusions. *Psychological Review*, 103, 582–591. doi:10.1037/0033-295X.103.3.582.
- Lynch, J. G. y Ariely, D. (2000). Wine online: Search costs affect competition on price, quality, and distribution. *Marketing Science*, 19, 83-103. doi:10.1287/ mksc.19.1.83.15183.
- MacKillop, J., Amlung, M. T., Acker, J., Gray, J. C., Brown, C. L., Murphy, J. G.,... Sweet, L. H. (2014). The neu-

- roeconomics of alcohol demand: An initial investigation of the neural correlates of alcohol cost—benefit decision making in heavy drinking men. *Neuropsychopharmacology*, *39*, 1988-1995. doi:10.1038/npp.201.
- MacKillop, J. y Murphy, J. G. (2007). A behavioral economic measure of demand for alcohol predicts brief intervention outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 227-233. doi:10.1016/j.drugalcdep.2007.01.002.
- Mackillop, J., Murphy, J. G., Tidey, J. W., Kahler, C. W., Ray, L. A. y Bickel, W. K. (2009). Latent structure of facets of alcohol reinforcement from a behavioral economic demand curve. *Psychopharmacology*, 203, 33–40. doi:10.1007/s00213-008-1367-5.
- Morrell, M. N., Reed, D. D. y Martinetti, M. P. (2021). The behavioral economics of the bottomless cup: The effects of alcohol cup price on consumption in college students. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 29, 36–47. doi:10.1037/pha0000360.
- Murphy, J. G., Correia, C. J. y Barnett, N. P. (2007). Behavioral economic approaches to reduce college student drinking. *Addictive Behaviors*, 32, 2573-2585. doi:10.1016/j. addbeh.2007.05.015.
- Palacios, J. (2018). Interplay between sensation seeking and risky alcohol drinking in Mexican adolescents: An structural modeling equation approach. *International Journal of Psychological Research*, 11, 19–26. doi:10.21500/20112084.3332.
- Palacios, J. (2019). Predictors of personality and self-efficacy of sexual risk behavior in Mexican adolescents. *Annals of Psychology*, 35, 131- 139. doi:10.6018/analesps.35.1.319471.
- Palacios, J. (2021). Evidencias de validez y confiabilidad de la escala de flexibilidad en jóvenes mexicanos. *Persona*, 24, 27-45. doi:10.26439/persona2021.n024(1).5311.
- Palacios, J. y González, Z. (2020). Incidencia de motivos para consumir alcohol involucrados en su ingesta en habitantes de la zona Bajío de México. *Health and Addictions*, 20, 70-80. doi:10.21134/haaj.v20i2.501.
- Reséndiz, E., Bustos, M., Mujica, R., Soto, I., Cañas, V., Fleiz, C.,... Villatoro, J. (2018). National trends in alcohol consumption in Mexico: Results of the National survey on drug, alcohol and tobacco consumption 2016-2017. *Salud Mental*, 41, 7–16. doi:10.17711/sm.0185-3325.2018.003.
- Secretaría de Salud (2011). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud; 2011. http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html.
- Shan, L., Diao, H. y Wu, L. (2020). Influence of the framing effect, anchoring effect, and knowledge on consumers' attitude and purchase intention of organic food. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-9. doi:10.3389/fpsyg.2020.02022.
- Shrestha, V. (2015). Estimating the price elasticity of demand for different levels of alcohol consumption among

- young adults. *American Journal of Health Economics*, 1, 224–254. doi:10.1162/ajhe_a_00013.
- Tversky, A. y Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, *185*, 1124–1131. doi:10.1126/science.185.4157.1124.
- Wagenaar, A. C., Salois, M. J. y Komro, K. A. (2009). Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: A meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*, 104, 179–190. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02438.x.

DIRECTRICES PARA AUTORES/AS

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 y principios éticos

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. 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.

La revista Adicciones se ajusta en este tema a las recomendaciones y principios éticos de la ISAJE (International Society of Addiction Journals Editors): https://www.isaje.net/ethicalguidelines.html

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 control del plagio. 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. Se recomienda en la preparación de manuscritos seguir las guías para cada tipo de investigación en adicciones de la ISAJE: https://www.isaje.net/reporting-guidelines.html y de la Equator network https://www.equator-network.org/

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. Todos los autores y coautores deben estar registrados en la plataforma de la revista y sus datos de contacto (p.ej., e-mail y teléfono) deben indicarse en el primer paso del envío para iniciar el proceso. 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.
- 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 utilizado 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 (Key words) 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 Conflicto de intereses. 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, convocatoria y referencia de dicha financiación, indicando si es competitiva o no.

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. Tanto tablas como figuras deben remitirse en formato que puedan ser modificables en el proceso de edición de los artículos.

Gestión de datos y material suplementario

Adicciones es una revista open Access, y por tanto, comprometida con la ciencia abierta. Se anima a los autores a compartir los conjuntos de datos utilizados en el trabajo de investigación y el material suplementario en repositorios institucionales o temáticos de acceso abierto, federados en la European Open Science Cloud (EOSC). Esto permitirá que los datos sean localizables, accesibles, interoperables y reutilizables de acuerdo con los principios FAIR. En el caso de contar con conjuntos de datos o materiales en algún repositorio se deben proporcionar los enlaces web a dichos archivos o datos así como los permisos y condiciones de uso de esos datos. Estos enlaces quedarán recogidos en un apartado de la revista denominado "Gestión de datos y material suplementario". El material suplementario será revisado por el comité editorial de la revista y no podrá ser modificado una vez publicado el artículo, quedando una copia registrada en la propia revista. Los autores pueden solicitar que el material sea publicado en la plataforma de la revista también.

4. EL PROCESO DE REVISIÓN DEL MANUSCRITO

Los artículos son enviados a la revista a través de la www.adicciones.es. Los autores y resto de coautores 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.
- 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.

En el caso de que los autores compartan sus trabajos en servidores de pre-print y post-print, en el caso de ser aceptados para su publicación en la revista Adicciones deben indicar que la versión final de dichos documentos se encuentra en la web de la revista adicciones, añadiendo el enlace que corresponda a su artículo.

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. En el caso, de que los autores quisieran proponer alguna modificación o rectificación, una vez publicados los artículos deben comunicarlo a la dirección de la revista. Además, la revista se reserva el derecho a aceptar dichos cambios o a retirar cualquier publicación que pudiese contener información errónea o fruto de mala conducta investigadora.

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.

Declaración de privacidad

Los nombres y las direcciones de correo electrónico introducidos en esta revista se usarán exclusivamente para los fines establecidos en ella y no se proporcionarán a terceros o para su uso con otros fines.

2024 VOL. 36 N. 3 ADICCIONES

EDITORIAL

Medicina de la adicción: Más allá del DSM5 Addiction medicine: Beyond the DSM-5	
Hugo López-Pelayo, Laia Miquel, Mercedes Balcells Oliveró	243
ORIGINALES / ORIGINALS	
Uso Problemático de Internet en adolescentes: Validación en español de la Escala de Uso Compulsivo de Internet (CIUS) Problematic Internet Use among adolescents: Spanish validation of the Compulsive Internet Use Scale (CIUS) Javier Ortuño-Sierra, Julia Pérez-Sáenz, Oliver Mason, Alicia Pérez de Albéniz, Eduardo Fonseca-Pedrero	247
Consumo de cannabis en población adulta en Galicia: Prevalencias y características asociadas Cannabis use in adult population in Galicia: Prevalence and associated characteristics Julia Rey-Brandariz, María Isolina Santiago-Pérez, Cristina Candal-Pedreira, Leonor Varela-Lema, Alberto Ruano-Ravina, Cristina Martinez, Sergio Veiga, Miriam Otero, Alberto Malvar, Mónica Pérez-Ríos	
Atenciones urgentes realizadas durante la pandemia por consumo de tóxicos en una provincia española Emergency care carried out during the pandemic due to substance abuse in a Spanish province María Irigoyen-Otiñano, Lucía Ibarra-Pertusa, Eugènia Nicolau-Subires, Carla Albert-Porcar, Marina Adrados-Pérez, Esther Buil-Reiné, Laura Arenas-Pijoan, Giovanni Torterolo, Marta Sánchez-Cazalilla, Margarita Puigdevall-Ruestes, Vicent Llorca-Bofí	267
Formación en tabaco y alcohol de residentes de salud mental: Relación con su intervención clínica Training mental health residents in tobacco and alcohol: Relationship with their clinical intervention Sílvia Mondon, Antònia Raich, Concepció Martí, Esteve Fernández, Montse Ballbè, Grupo de trabajo de Tabaco y Salud Mental de la Red Catalana de Hospitales sin Humo	277
Del uso no problemático a la adicción al móvil: Perfiles de impulsividad From non-problematic smartphone use to smartphone addiction: Impulsivity-based profiles Ana Sánchez-Kuhn, Jorge L. Puga, Pilar Flores, Ana María Ruiz-Ruano	287
Sustitución de cervezas de mayor graduación alcohólica por cervezas sin alcohol: Análisis de series temporales interrumpidas de datos de compra de los hogares españoles, 2017-2022 Substitution of higher-strength beers with zero-alcohol beers: Interrupted time series analyses of Spanish household purchase data, 2017-2022 PETER ANDERSON. DAŠA KOKOLE	299
Menores y agresiones sexuales facilitadas por drogas: Entre la sumisión y la vulnerabilidad química Minors and drug-facilitated sexual assaults: Between submission and chemical vulnerability Antonio Rial, Nuria García-Couceiro, Patricia Gómez, Teresa Braña, Manuel Isorna	233
El efecto de la heurística de anclaje sobre el consumo excesivo de alcohol en los jóvenes: Una perspectiva desde la economía conductual Anchor heuristics effect on heavy drinking in young people: Behavior economics perspective Jorge Palacios, Fabiola Aimeé Guerrero Garduño	329

