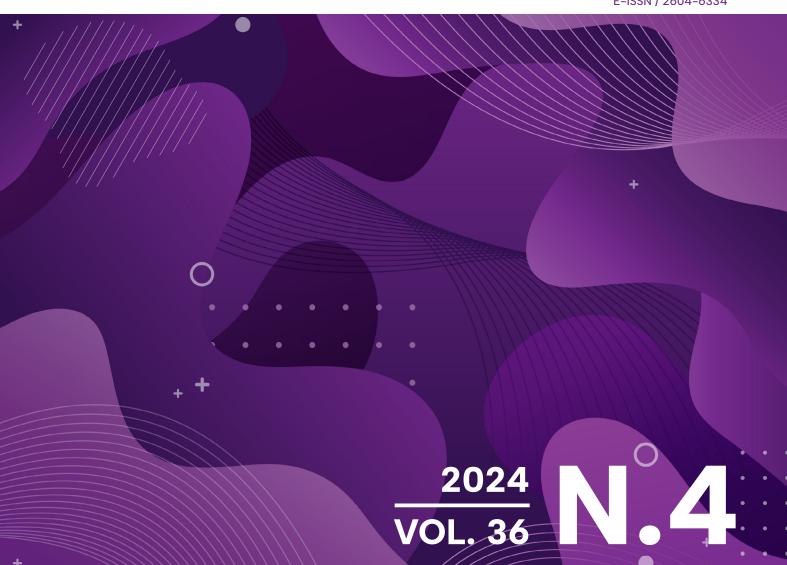
ADICCIONES

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 de Sevilla

EDITORES ASOCIADOS

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

Susana Al-Halabí

Universidad de Oviedo

Francisco Arias Hospital Universitario Doce de Octubre,

Albert Espelt

Madrid

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,

Estados Unidos 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.

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

Universidad Autónoma de Barcelona

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

Olatz López Fernández

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Manuel López-Rivadulla

Universidad de Santiago de Compostela

Rafael Maldonado López Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

Una McCann

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

National Institute on Drug Abuse, Washintgton, Estados

Unidos

Juan Francisco Navas Universidad Complutense de Madrid

Enriqueta Ochoa

Hospital Ramón y Cajal, 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

Universidad Complutense, Madrid

George Ricaurte

Johns Hopkins University School of Medicine. Baltimore,

Fernando Rodríguez de Fonseca

Jesús Rodríguez Marín

Universidad Miguel Hernández de Elche

Stephen Rollnick University of Wales. Llanedeyrn, Reino Unido

Pilar Alejandra Sáiz,

Joaquín Santodomingo Carrasco

Hospital Ramón y Cajal, Madrid

Roberto Secades

Universidad de Oviedo, Oviedo

University of Tampere, Finlandia

Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Hospital de Ntra, Sra, del Mar, Barcelona

Miguel Ángel Torres Fernández Ex-Presidente de Socidrogalcohol, Valencia

Universidad Complutense, Madrid

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 - CIRERSAM Valencia

María de las Mercedes Balcells-Oliveró

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona Gregorio Barrio

Instituto Carlos III. Madrid lesús Bedate Villar

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 v Comunidad, Barcelona

Francina Fonseca

Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions-INAD. Parc de Salut

Dolores Franco

Universidad de Sevilla

Lorena de la Fuente Universidad de Oviedo, CIBERSAM, ISPA, Oviedo

Hospital Clinic de Barcelona, CIBERSAM, Barcelona.

José Antonio García del Castillo

Universidad Miguel Hernández de Elche Marina Garriga

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

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

COMITÉ DE EXPERTOS

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

Universidad de Sevilla

Mª Angeles Lorenzo Lago Hospital Gil Casares, Santiago de Compostela

Oscar M. Lozano Rojas Universidad de Huelva

Juan José Llopis Llácer

Unidad de Conductas Adictivas, Castelló Victor Martínez Loredo

Universidad de Zaragoza José Martínez-Raga

Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia

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

José Miñarro Universidad de Valencia

Sonia Moncada Plan Nacional sobre Drogas, Madrid

Miquel Monrás Unidad de Alcohología. Hospital Clínic de Barcelona

Alfonso Palmer Pol Universitat Illes Balears, Palma de Mallorca

Maryland, Estados Unidos

IMABIS. Hospital Carlos Haya, Málaga

Universidad de Oviedo - CIBERSAM, ISPA, Oviedo, España

Parc Sanitari Sant Joan de Déu, CIBERSAM, Barcelona

Kaija Seppä

Néstor Szerman

Marta Torréns

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

Josep-Antoni Ramos-Quiroga

Bartolomé Pérez Gálvez Hospital Universitario de San Juan, Alicante

Hospital Vall d'Hebron, Barcelona Juan Luis Recio

Universidad Complutense, Madrid Carlos Roncero Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

Teresa Salvador Llivina C. de Estudios sobre Promoción de la Salud, Madrid

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

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

Antonio Terán Prieto

Centro Ambulatorio de Atención a Drogodependientes "San luan de Dios". Palencia

Judit Tirado . IMIM – Hospital del Mar, Barcelona

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

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

ÍNDICE / INDEX

2024 VOL. 36 N. 4 ADICCIONES

EDITORIAL

Sobre la prevención del uso de Cigarrillos Electrónicos en adolescentes On the prevention of electronic cigarette use in adolescents	
José Luis Carballo, Francisco Pascual Pastor	343
ORIGINALES / ORIGINALS	
Clases latentes de juego problemático en jóvenes: El papel de la comorbilidad, la alexitimia y los acontecimientos vitales estresantes en función del sexo Latent classes of gambling in youths: The role of comorbidity, alexithymia and stressful life events by sex Laura Macía, Paula Jauregui, Marta Herrero, Iciar Iruarrizaga, Ana Estévez	347
Implementación de estándares de calidad en la reducción de la demanda de drogas: Perspectivas del proyecto FENIQS-UE y caminos a seguir Implementation of quality standards in drug demand reduction: Insights from FENIQS-EU project and ways forward Katarina Serdar, Martina Feric, Matea Belosevic, Dijana Jerkovic, Alba González-Roz, Wouter Vanderplasschen	
Influencia del nivel de estudios en la prevalencia de conductas de riesgo durante el periodo perinatal Influence of educational level on the prevalence of risk behaviors during the perinatal period Andrea Vila-Farinas, Leonor Varela-Lema, Jessica Rial-Vázquez, María Isolina Santiago-Pérez, Cristina Candal-Pedreira, Julia Rey-Brandariz, Carla Guerra-Tort, Lucía Martín-Gisbert, Alberto Ruano-Ravina, Mónica Pérez-Ríos	371
Tasas de recaída tras un tratamiento en Comunidades Terapéuticas: Una revisión sistemática Relapse rates after treatment in Therapeutic Communities: A systematic review Daniel Suárez-Castro, Diana Moreira, Andreia Azeredo, Paulo C. Dias	379
Impacto del alcohol y la dieta en la calidad de vida en la educación superior. Un modelo de ecuaciones estructurales Impact of alcohol consumption and diet on quality of life in higher education. A structural equation model José Luis Ubago-Jiménez, Félix Zurita-Ortega, Eduardo Melguizo-Ibáñez, José Manuel Alonso-Vargas	389
Tratamiento integrado vs. tratamiento paralelo en adolescentes con consumo de sustancias y trastornos comórbidos: Un ensayo aleatorizado Integrated vs. parallel treatment in adolescents with substance use and comorbid disorders: A randomized trial Rosa Díaz, Javier Goti, Ernesto Magallón-Neri, Sandra Mateus-Gómez, Daniel Ilzarbe, Josefina Castro-Fornieles	399





ADICCIONES



BOLETÍN	DE SUSCRIPCIÓ)N			
■ DATOS PERSON	NALES:				
Nombre y apellidos					
NIF	Profesión				
Dirección				N°	Piso
Tel	Población		C.P	Provincia	
E-mail					······································
■ SUSCRÍBANME	A: ADICCIONES. AÑO 2024				
España Extranjero	4 ejemplares y suplementos 4 ejemplares " 1 ejemplar 1 monográfico 4 ejemplares y suplementos	50,00 € 130,00 € 15,00 € 20 € 90 €	90 \$	suscripción particular suscripción instituciones suscripción particular	
Extrangero	4 ejemplares " 1 ejemplar	200 € 19 €	200 \$ 19 \$	suscripción instituciones	
Las suscripciones se e año en que ésta se ef		ares del año	natural en d	_l ue se realice la suscripción, sea cual se	a el momento del
■ PAGARÉ:					
B) Mediante chec C) Transferencia IBAN: ES81 00 (Es importante qu	que nºbancaria a BANCO SABADELL ATL 81 0653 7300 0116 0017	que	e adjunto a n g. Ganduxer		
ORDEN D	E PAGO POR D	OMIC	ILIAC	ION BANCARIA	
	orros				
Número Cuenta Corriente o Libre	ta (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 not de		n mi cuenta los e	fectos que les sean	presentados para su cobro por "Adicciones, Socidrogalcol	10/"



ADICCIONES 2024 ■ VOL. 36 ■ N. 4 ■ PÁGS. 343-346 www.adicciones.es

ADICCIONES

2024 N. 4

VOL 56 N. 4

ORIGINAL

Sobre la prevención del uso de Cigarrillos Electrónicos en adolescentes

On the prevention of electronic cigarette use in adolescents

JOSÉ LUIS CARBALLO *; FRANCISCO PASCUAL PASTOR **.

- * Centro de Psicología Aplicada. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández de Elche.
- ** Presidente del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Coordinador Unidad Conductas Adictivas Alcoi, Alicante.

l significativo y rápido aumento del uso de cigarrillos electrónicos (cigarrillos-e) en los últimos años está generando preocupación desde el ámbito científico y profesional. Los cigarrillos-e, en sus diferentes versiones (p. ej., vapeadores) se definen por ser sistemas electrónicos de suministro de nicotina, otras sustancias saborizantes o también aceites de tetrahidrocanabinol (THC) y canabinoides (CBD). Estos dispositivos calientan un líquido para producir un aerosol que las personas inhalan en sus pulmones. Aunque inicialmente fueron diseñados como una posible ayuda para dejar de fumar, o reducir los riesgos de fumar asociados a los cigarrillos convencionales, también se han establecido posibles consecuencias que pueden tener para salud física (p.ej., problemas respiratorios) y también psicológica (p.ej., conductas adictivas), especialmente entre la población adolescente (Wold et al., 2022). Surge, por tanto, la duda de si los posibles beneficios sobre la reducción de riesgos y su uso como tratamiento avalado por algunos estudios (Lindson et al., 2024) son superiores a los riesgos y consecuencias cada vez más presentes en la literatura científica sobre el uso de estos cigarrilos-e (The Lancet Regional Health – Europe, 2024).

El uso de estos dispositivos ha aumentado en todo el mundo entre adultos, niños y jóvenes (OMS, 2022). En una revisión sistemática a nivel mundial que analizaba la prevalencia del uso de cigarrillos electrónicos en menores de 20 años, se encontró una prevalencia general (definida como cualquier uso a lo largo de la vida) del 17,2% (en menores de 16 años se eleva al 32%) y del uso actual (definido como el uso en los últimos 30 días) del 7,8% (Yoong et al., 2021). La prevalencia en España es aún superior, según señala la encuesta ESTUDES (OEDA, 2023), el 54,6% de los adolescentes de entre 14 y 18 años, lo han probado alguna vez en la vida y el 26,3%, lo han consumido en los últimos 30 días. Se ha producido un aumento de su consumo del 40% en menos de 10 años. En cuanto al contenido de estos, la mayor parte refieren haberlos consumido con sustancias aromatizantes (más del 25%), seguidos de los que los consumen con nicotina (más del 17%), los que los consumen con nicotina y cannabis (el 2%), y por último, solamente con

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

José Luis Carballo. Universidad Miguel Hernández de Elche. Avenida de la Universidad s/n, CP 03202 Elche (Alicante) España Teléfono: +34 966658309. E-mail: jcarballo@umh.es

cannabis (el 0,5%). A esto se le suma, que el riesgo percibido del uso de cigarrillos-e se sitúa en el 38%, siendo el más bajo de todas las drogas evaluadas en la ESTUDES. Esta baja percepción de riesgo podría ser uno de los factores que aumentan la probabilidad de su consumo, dado que las campañas de estos productos se han dirigido a promocionar su uso como más saludable que el tabaco, inocuo o incluso como alternativa terapéutica (D'Angelo et al., 2021).

Paralelamente, en los últimos años, el consumo de tabaco se ha reducido en población adolescente en Europa y España (OMS, 2022; Brime y Villalbí, 2023). Según algunos autores, el consumo de cigarrillos electrónicos podría contribuir a esta reducción (Greenhalgh et al., 2021). Aunque datos recientes recogidos en Inglaterra, señalan un aumento muy significativo del uso de cigarrillos-e, en formato desechable, en población joven (18-24 años), sin que se aprecie una asociación con la reducción al mismo ritmo del consumo de tabaco (Jackson et al., 2024). Además, estos autores se plantean si las personas que se inician en estos usos serían consumidores de tabaco si los vapeadores no existiesen, dado que los datos recogidos son en población de personas que no eran fumadores regulares.

En cualquier caso, dada la novedad en estos dispositivos aún queda pendiente de realizarse investigación que nos permita desgranar cuál es la relación existente entre el uso de cigarrillos-e y fumar. Las hipótesis de puerta de entrada al tabaco no parecen contar con apoyo sólido, dado que a pesar de que los metaanálisis de estudios prospectivos de cohortes indican que el consumo de cigarrillos electrónicos se asocia con un mayor riesgo de iniciarse en el consumo de cigarrillos en el futuro (Khouja et al., 2021), esta asociación no se puede establecer en términos de causa-efecto. Las investigaciones realizadas hasta la fecha cuentan con muchos sesgos y errores metodológicos que no permiten establecer este tipo de relaciones (Chan et al., 2021). Según otros enfoques la evidencia disponible nos lleva más a bien a pensar a una vulnerabilidad común en las personas que pueden llegar a consumir nicotina, ya sea con cigarrillos-e o convencionales (Etter, 2018). En este sentido, muchas encuestas señalan la co-existencia de ambos tipos de consumos en fumadores regulares. Por todo ello, quedan muchas preguntas pendientes de resolverse de cara a poder explicar la relación entre ambos comportamientos y de este modo poder desarrollar estrategias más eficaces para la prevención, por ejemplo.

Las líneas de trabajo en el campo de la prevención del consumo de tabaco pueden ser de utilidad en este ámbito si se tiene en cuenta la similitud de ambos comportamientos. Hasta la fecha, las regulaciones del uso, comercialización y publicidad de cigarrillos-e es menos estricta que la aplicada en el tabaco, a pesar de que los documentos de consenso recomienden desde hace años se equipare al tabaco (Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2020), contengan o no nicotina las cápsulas utilizadas en dichos

dispositivos. La prevención debe desarrollarse desde diversos enfoques y contextos. Para el caso del tabaco, ya se cuenta con estrategias de prevención ambiental efectivas (Becoña Iglesias, 2021) como el aumento del precio; reducción de lugares públicos dónde se pueda consumir; mejorar la protección de menores ante estos dispositivos, control de publicidad y uso de envases genéricos, monitorizar las estrategias de la industria tabacalera para la captación de jóvenes; control de venta de productos relacionados con el "vapeo", y también, incrementar los programas de prevención escolar.

En esta línea, también resulta necesario desarrollar programas de prevención universal, selectiva e indicada en el contexto escolar, dado que el entorno educativo es el ideal para llevar a cabo programas de prevención dado que es el lugar donde los adolescentes más se interactúan, lo que les permite establecer relaciones interpersonales y desarrollar competencias socioemocionales (Fonseca-Pedrero et al., 2023). Aunque actualmente no se cuenta con programas específicos para la prevención del uso de cigarrillos-e que hayan sido empíricamente probados, sí que existe evidencia de la eficacia de algunas acciones preventivas en el contexto educativo para el consumo de tabaco. Las intervenciones preventivas que combinan entrenamiento en competencia e influencias sociales han mostrado ser las medidas más eficaces en este contexto escolar para la prevención del tabaco (Thomas et al., 2013). Atendiendo a la clasificación de Griffin y Botvin (2010) los programas de competencia social se basan en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1976), por la cual los niños aprenden a consumir drogas por modelado, imitación y refuerzo. Por lo tanto, los programas se beneficiarían de incluir componente como el entrenamiento en resolución de problemas y la toma de decisiones, estrategias para el aumento del autocontrol y la autoeficacia, estrategias de afrontamiento del estrés y entrenamiento en habilidades sociales. A esto se le sumarían otras actividades extraídas de los programas de influencia social, como habilidades de resistencia y rechazo para enfrentarse a la presión de grupo y a otras situaciones de alto riesgo.

Desde otros enfoques teóricos como, por ejemplo, la Teoría de la Acción Planeada de Azjen (1991), la percepción de control del comportamiento y la norma subjetiva del consumo, es decir, la percepción del comportamiento en la sociedad, son dos elementos importantes para diseñar intervenciones preventivas en adolescentes (Topa y Moriano, 2010). El entrenamiento en autoeficacia se sitúa como un elemento central, que puede servir para crear confianza para tomar decisiones y resistirse a conductas de riesgo, como el uso de cigarrillos-e. También es importante que los programas de prevención aborden las razones por las que los adolescentes podrían consumir cigarrillos-e y las creencias en torno a lo que constituye la adicción a la nicotina o la susceptibilidad al marketing (p.ej., sabores atractivos)

como medio para permitir que los jóvenes reflexionen sobre las percepciones que subyacen a sus decisiones de consumir cigarrillos-e. Para tener éxito, además, los programas deberían abordar las influencias de los compañeros, las percepciones de daño/riesgo y otras razones clave por las que los adolescentes se sienten especialmente atraídos por estos productos del tabaco más novedosos, así como las habilidades de rechazo ya mencionadas (Liu et al., 2020).

Por otro lado, y especialmente para casos en los que ya está presente el consumo, Bricker et al. (2010) indicaron que el uso del enfoque de la entrevista motivacional es una buena herramienta para guiar los programas preventivos en adolescentes. Desde este enfoque motivacional se utiliza un estilo terapéutico que busca el compromiso para el cambio, evita la confrontación trabajando con la ambivalencia de las personas y amentando su autoeficacia. Se trata de actuaciones menos invasivas con mayor autonomía e independencia en la toma de decisiones por parte de los adolescentes. Es, precisamente, desde esta perspectiva en la que surgen las Intervenciones Breves (IBs) aplicadas al contexto educativo para prevenir el consumo de sustancias, dado su enfoque activo para aumentar la disposición al cambio en las personas que están consumiendo y no se han planteado cambiar. En un metaanálisis realizado sobre los efectos de este tipo de IBs (Carney et al, 2016), los resultados señalaban que, llevar a cabo intervenciones breves en el contexto escolar, tienen un efecto significativo en la reducción del consumo de alcohol y otras sustancias frente a aquellos adolescentes que no recibieron ningún tipo de intervención.

En conclusión, aunque contamos con conocimiento sobre estrategias preventivas eficaces para el consumo de tabaco y otras drogas, resulta necesario investigar sobre la utilidad de éstas para la prevención del uso de cigarrillos-e. Se necesitan evidencias para que las decisiones de los responsables políticos, los profesionales y los investigadores sobre los tipos de programas de promoción de la salud u otras actividades que deberían aplicarse para apoyar la prevención o el abandono del consumo de cigarrillos electrónicos entre los adolescentes (Barnes et al., 2023). En paralelo, resulta necesario que las normativas y estrategias de prevención ambiental evolucionen y se equiparen a las ya aplicadas en al tabaco.

Referencias

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T
- Bandura, A. (1976). *Social Learning Theory* (1st edition.). Prentice-Hall.
- Barnes, C., Turon, H., McCrabb, S., Hodder, R. K., Yoong,S. L., Stockings, E., Hall, A. E., Bialek, C., Morrison,J. L. y Wolfenden, L. (2023). Interventions to prevent

- or cease electronic cigarette use in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(11), CD015511. https://doi.org/10.1002/14651858. CD015511.pub2
- Becoña Iglesias, E. (2021). La Prevención Ambiental en el Consumo de Drogas. ¿Qué medidas podemos aplicar?. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Bricker, J. B., Liu, J., Comstock, B. A., Peterson, A. V., Kealey, K. A. y Marek, P. M. (2010). Social cognitive mediators of adolescent smoking cessation: Results from a large randomized intervention trial. *Psychology of Addic*tive Behaviors, 24(3), 436-445. https://doi.org/10.1037/ a0019800
- Brime, B. y Villalbí, J. R. (2023). ¿Está disminuyendo el consumo de tabaco, alcohol y cannabis por los adolescentes? *Adicciones*, 35(4), 383-386. https://doi.org/10.20882/adicciones.2035
- Carney, T., Myers, B. J., Louw, J. & Okwundu, C. I. (2014). Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents. En Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley y Sons, Ltd.
- Chan, G. C. K., Stjepanović, D., Lim, C., Sun, T., Shanmuga Anandan, A., Connor, J. P., Gartner, C., Hall, W. D. y Leung, J. (2021). Gateway or common liability? A systematic review and meta-analysis of studies of adolescent e-cigarette use and future smoking initiation. *Addiction*, 116(4), 743-756. https://doi.org/10.1111/add.15246
- Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (2020). Documento del Consenso de la CNPT sobre dispositivos susceptibles de liberar nicotina. Comité Nacional para la Prevención del tabaquismo.
- D'Angelo, H., Patel, M. y Rose, S. W. (2021). Convenience Store Access and E-cigarette Advertising Exposure Is Associated With Future E-cigarette Initiation Among Tobacco-Naïve Youth in the PATH Study (2013–2016). Journal of Adolescent Health, 68(4), 794-800. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.08.030
- Etter, J.-F. (2018). Gateway effects and electronic cigarettes. *Addiction*, *113*(10), 1776-1783. https://doi.org/10.1111/add.13924
- Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., Al-Halabí, S. y Calvo, P. (2023). Psychology Professionals in Educational Contexts: An Unavoidable Necessity. *Papeles del Psicólogo - Psychologist Papers*, 44(3), 112.
- Greenhalgh, E. M. y Scollo, M. M. (2021) Population-level benefits and harms of increasing e-cigarette use. www.tobaccoinaustralia.org.au/chapter-18-e-cigarettes/18-8-potential-positive-impacts
- Griffin, K. W. y Botvin, G. J. (2010). Evidence-Based Interventions for Preventing Substance Use Disorders in Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of Nor-*

- th America, 19(3), 505-526. https://doi.org/10.1016/j. chc.2010.03.005
- Jackson, S. E., Shahab, L., Tattan-Birch, H. y Brown, J. (2024). Vaping among adults in England who have never regularly smoked: A population-based study, 2016-24. *The Lancet. Public Health*, 9(10), e755-e765. https://doi. org/10.1016/S2468-2667(24)00183-X
- Khouja, J. N., Suddell, S. F., Peters, S. E., Taylor, A. E. y Munafò, M. R. (2021). Is e-cigarette use in non-smoking young adults associated with later smoking? A systematic review and meta-analysis. *Tobacco Control*, 30(1), 8-15. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2019-055433
- Lindson, N., Butler, A. R., McRobbie, H., Bullen, C., Hajek, P., Begh, R., Theodoulou, A., Notley, C., Rigotti, N. A., Turner, T., Livingstone-Banks, J., Morris, T. y Hartmann-Boyce, J. (2024). Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. https://doi.org/10.1002/14651858.CD010216.pub8
- Liu, J., Gaiha, S. M. y Halpern-Felsher, B. (2020). A Breath of Knowledge: Overview of Current Adolescent E-cigarette Prevention and Cessation Programs. *Current Ad*diction Reports, 7(4), 520-532. https://doi.org/10.1007/ s40429-020-00345-5
- Ministerio de Sanidad (2022). Informe sobre los cigarrillos electrónicos: situación actual, evidencia disponible y regulación. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/tabaco/profesionales/docs/Informe-Cigarrilloselectronicos.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2022). Tobaco: e-cigarretes. https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/tobacco-e-cigarettes
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2023). Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- The Lancet Regional Health Europe. (2024). E-cigarettes: Public health saviour or Trojan Horse? *The Lancet Regional Health Europe*, 42, 100997. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.100997
- Thomas, R. E., McLellan, J. y Perera, R. (2013). School-based programmes for preventing smoking. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(4), CD001293. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001293.pub3
- Topa, G. y Moriano Leon, J. A. (2010). Theory of planned behavior and smoking: Meta-analysis and SEM model. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 23. https://doi.org/10.2147/SAR.S15168
- Wold, L. E., Tarran, R., Crotty Alexander, L. E., Hamburg, N. M., Kheradmand, F., St. Helen, G., Wu, J. C. y on behalf of the American Heart Association Council on Basic Cardiovascular Sciences; Council on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology; Council on Hypertension; and Stroke Council. (2022). Cardiopulmonary Consequences of Vaping in Adolescents: A

- Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation Research*, 131(3), e70-e82. https://doi.org/10.1161/RES.0000000000000544
- Yoong, S. L., Hall, A., Leonard, A., McCrabb, S., Wiggers, J., Tursan d'Espaignet, E., Stockings, E., Gouda, H., Fayokun, R., Commar, A., Prasad, V. M., Paul, C., Oldmeadow, C., Chai, L. K., Thompson, B. y Wolfenden, L. (2021). Prevalence of electronic nicotine delivery systems and electronic non-nicotine delivery systems in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public Health*, 6(9), e661-e673. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00106-7



ADICCIONES 2024 ■ VOL. 36 ■ N. 4 ■ PÁGS. 347-358 www.adicciones.es

ADICCIONES

2024 N.4

VOL 36 N.4

ORIGINAL

Clases latentes de juego problemático en jóvenes: El papel de la comorbilidad, la alexitimia y los acontecimientos vitales estresantes en función del sexo

Latent classes of gambling in youths: The role of comorbidity, alexithymia and stressful life events by sex

Laura Macía*; Paula Jauregui*; Marta Herrero*; Iciar Iruarrizaga**; Ana Estévez*.

Resumen

La alexitimia se relaciona con la propensión a las respuestas conductuales impulsivas, en lugar de una regulación cognitiva de los acontecimientos estresantes. La juventud es una etapa de especial vulnerabilidad para la confluencia de estas variables, pudiendo repercutir en la severidad del trastorno de juego (TJ). No obstante, las diferencias entre sexos apenas han sido exploradas. Este estudio tuvo como objetivo, en primer lugar, explorar la frecuencia de TJ en los jóvenes, así como la presencia de TJ con otras adicciones comórbidas. En segundo lugar, se examinó el riesgo de juego y su relación con las otras conductas adictivas, la alexitimia y los acontecimientos vitales estresantes. En tercer lugar, se analizó si la pertenencia a una determinada clase latente era predicha por el sexo y la edad. La muestra estaba compuesta por 360 participantes, con edades comprendidas entre los 18 y 35 años, siendo la mayoría mujeres. Los resultados obtenidos revelaron que el abuso de alcohol era la conducta adictiva más prevalente, tanto para los jugadores problemáticos como para los no problemáticos de ambos sexos. Los análisis de pertenencia de grupo mostraron la presencia de dos clases latentes en base al riesgo de juego. El primero de ellos se caracterizaba por el riesgo de juego, la comorbilidad, la alexitimia y los acontecimientos vitales estresantes, y estaba principalmente predicho por la condición sexo-varón. El otro modelo se caracterizaba por la ausencia de riesgo de juego, niveles más bajos de acontecimientos vitales estresantes y alexitimia, y se predice principalmente por la condición sexo-mujer. En este segundo perfil se halló riesgo de abuso de alcohol y de compra compulsiva. Señalamos la necesidad de introducir una perspectiva de género tanto en la interpretación de los resultados de la investigación como en la aplicación clínica de los tratamientos.

Palabras clave: trastorno de juego, jóvenes, sexo, comorbilidad, alexitimia, acontecimientos vitales estresantes

Abstract

Alexithymia is related with propensity towards impulsive behavioral responses, rather than cognitive regulation of stressful events. Youth is a particularly vulnerable time for the confluence of these variables, which may impact the severity of gambling disorders (GD). However, sex differences have hardly been explored. This study aimed, firstly, to explore the frequency of GD among young people, as well as the presence of GD with other comorbid addictions. Secondly, latent classes were examined on the basis of gambling risk and their relationship to other addictive behaviors, alexithymia and stressful life events. Thirdly, we analyzed whether class membership was predicted by sex and age. The sample was composed of 360 participants between the ages of 18 and 35, the majority female. The results obtained revealed that alcohol abuse was the most prevalent addictive behavior both for problem and non-problem gamblers of both sexes. Group membership analyses showed the presence of two latent classes based on gambling risk. One of them was characterized by gambling risk, comorbidity, alexithymia, and stressful life events, and mainly predicted by being male. The other model was characterized by no gambling risk, lower levels of stressful life events and alexithymia, and mainly predicted by being female. This second profile presents a risk of alcohol abuse and compulsive buying. We highlight the need to introduce a gender perspective both in the interpretation of research findings and in the clinical application of

Keywords: gambling, young adults, sex, comorbidity, alexithymia, stressful life events

■ Recibido: Junio 2022; Aceptado: Abril 2023.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Ana Estévez. Faculty of Health Sciences, Psychology Department, University of Deusto, Apartado 1, 48080, Bilbao, Spain. Phone: +34 944 139 000 ext. 2878; Fax: +34 944 139 085. E-mail: aestevez@deusto.es

^{*} Universidad de Deusto.

^{**} Universidad Complutense de Madrid.

l Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición [DSM-5] (American Psychiatric Association [APA], 2013) define el trastorno del juego (TJ) como una conducta problemática, persistente y recurrente que conduce a un deterioro clínicamente significativo, y que a menudo perturba la vida cotidiana de una persona. Los estudios indican que la prevalencia y la adictividad del TJ aumentan a medida que el juego se vuelve más accesible, más rápido, más atractivo y más disponible, características que se han visto especialmente potenciadas en la nueva modalidad de juego en línea (Griffiths et al., 2006). Un estudio de prevalencia realizado por Chóliz et al. (2021) encontró que las personas menores de 35 años participan más en juegos de azar en línea que la población adulta y mayor, los cuales son más propensos al juego tradicional sin conexión, lo que indica que el juego en línea es la principal modalidad de juego problemático para los adultos jóvenes en la actualidad.

Una revisión sistemática en países europeos estima que la prevalencia de jóvenes que cumplen los criterios para tener problemas con el juego oscila entre el 0,2 y el 12,3%, a pesar de la variación entre los instrumentos de evaluación, los plazos temporales y los puntos de corte (Calado et al., 2017). En España, el estudio nacional de prevalencia de adicciones comportamentales entre personas de 15 a 64 años muestra que el 1,6% tenía un posible problema con el juego, y el 0,6% tenía un posible TJ (Delegación del Gobierno de España para el Plan Nacional sobre Drogas, 2020). Además, los hombres muestran una mayor prevalencia y propensión al juego que las mujeres, con una mayor propensión a la búsqueda de sensaciones y a conductas de riesgo (Wong et al., 2013). A pesar de este hecho, en las investigaciones con perspectiva de género, los mandatos de género masculino han sido identificados como un factor de riesgo para la adicción, no el hecho de ser hombre per se. Desde esta perspectiva, las consecuencias a las que están expuestos los jóvenes de ambos sexos en los espacios de consumo, así como en relación con las conductas adictivas, son muy diferentes. Como resultado, a pesar de la mayor prevalencia en hombres, ser mujer aumenta el riesgo de ser estigmatizada a nivel social (Rodríguez et al., 2019).

Existe amplia evidencia que indica que es más probable que los problemas con el juego ocurran entre edades más jóvenes (Abbott et al., 2014; Calado y Griffiths, 2016; Castrén et al., 2013; Costes et al., 2011). Chóliz et al. (2021) observaron que en España los adultos jóvenes (26-35 años) eran el grupo de edad más involucrado en conductas de juego, en comparación con los más jóvenes (< 26) y las personas mayores (> 65 años). Los jóvenes que cumplen los criterios de TJ obtienen puntuaciones más altas en otras conductas adictivas comórbidas como el alcohol, las drogas, los videojuegos o el gasto compulsivo en comparación con jugadores en riesgo y no jugadores (Jauregui et al., 2016), con una prevalencia particularmente alta entre jóvenes de 18 a 25 años (Sussman

y Arnett, 2014). De hecho, Estévez et al. (2021) encontraron que el perfil psicopatológico es más severo entre los jóvenes con juego concurrente y otros comportamientos adictivos. Por su parte, el consumo de alcohol se ha convertido en un comportamiento generalizado y relativamente normativo en la cultura juvenil, a menudo asociado con funciones como la socialización; el consumo excesivo de alcohol antes de los 25 años constituye un factor de riesgo posterior para la dependencia del alcohol; también se ha demostrado que tiene una estrecha relación positiva con conductas problemáticas de juego (Jun et al., 2019). En este sentido, estudios realizados con adolescentes de la población general señalan que aquellos clasificados como jugadores problemáticos tenían más probabilidades de participar en todo tipo de juegos de azar y de informar mayores tasas de consumo comórbido de tabaco, alcohol y otras sustancias (De Luigi et al., 2018). Por el contrario, Sanscartier et al. (2019) encontraron que los jugadores de mayor riesgo eran más propensos a reportar sintomatología ansiosa-depresiva, mientras que los jugadores de menor riesgo eran más propensos a consumir drogas y alcohol. A su vez, Martínez-Loredo et al. (2019) exploraron clases latentes específicas de género entre adolescentes en función de su riesgo de sufrir consumo de sustancias y actividades de juego, observando que la clase femenina compuesta principalmente por jugadoras, a diferencia de la clase masculina de jugadores, reportó cierto grado de consumo de alcohol y participó en tipologías de juego más basadas en el azar. Por tanto, la evidencia anterior todavía muestra hallazgos contradictorios que indican la necesidad de realizar más estudios.

Es más, existe una amplia evidencia que respalda que la alexitimia juega un papel central en la etiopatogénesis de los trastornos adictivos, incluido el TJ (Marchetti et al., 2019). La alexitimia ha sido definida como un constructo de personalidad multifacético que representa un déficit en el procesamiento cognitivo de las emociones y la conciencia afectiva, destacando la dificultad para identificar, reconocer y describir los sentimientos (Marchetti et al., 2019). Se ha sugerido que las personas con niveles elevados de alexitimia pueden utilizar respuestas conductuales en lugar de cognitivas para gestionar sus estados emocionales (Zdankiewicz-Scigala y Scigala, 2018). En este sentido, el juego puede surgir como un intento de regular los estados emocionales subjetivos y la pérdida de control de los impulsos durante el juego (Bibby y Ross, 2017). Además, Estévez et al. (2021) descubrieron que la alexitimia mediaba la relación entre los estilos de apego inseguros y las adicciones (es decir, el comportamiento de juego, el gasto, los juegos y el consumo de alcohol y drogas). Sin embargo, hasta donde sabemos, la alexitimia apenas se ha explorado como predictor de pertenencia a una clase en función del sexo en adultos jóvenes con patrones de juego de riesgo.

Asimismo, los acontecimientos vitales estresantes han sido relacionados con una mayor frecuencia y gravedad del juego entre adultos diagnosticados con TJ (Elman et al., 2010; Stor et al., 2012). Los jóvenes con problemas relacionados con el juego también han mostrado un mayor número de acontecimientos vitales adversos en comparación con aquellos que no jugaban (Bergevin et al., 2006). De manera consistente con lo anterior, se ha descubierto que las personas con altos niveles de alexitimia experimentan síntomas postraumáticos más severos después de eventos con un alto impacto emocional (Frewen et al., 2006). Además, los trastornos postraumáticos son significativamente más recurrentes en los jóvenes en tratamiento por adicción que en los que no juegan y se asocian con un peor pronóstico y un tratamiento más costoso (Wang et al., 2020). A su vez, los intentos de clasificar a las personas que juegan indican que los grupos con mayores dificultades en la regulación de emociones, la resolución de problemas y el estrés tanto vital como emocional, tienden a mostrar mayor comorbilidad psicopatológica y gravedad del juego que otros grupos marcados por rasgos como la excitación, la socialización o la búsqueda de sensaciones (Jiménez-Murcia et al., 2019). En un estudio reciente sobre comorbilidad en una población joven con diagnóstico de JP, Estévez et al. (2021) informaron que puntuaciones más altas en dificultades de afrontamiento y regulación de emociones estaban estrechamente asociadas con la presencia comórbida de TJ y otras adicciones a sustancias y adicciones conductuales. Sin embargo, si bien la mayoría de los estudios se han realizado en muestras clínicas, poco se sabe sobre si la interrelación de acontecimientos vitales estresantes y la alexitimia constituiría un factor de riesgo para la población general de adultos jóvenes con patrones de uso problemático del juego.

Objetivos

En años recientes, las investigaciones que examinan los factores de riesgo predisponentes al TJ han ganado atención debido a su mayor prevalencia e implicaciones psicosociales, particularmente entre la población joven. Sin embargo, encontramos una escasez de estudios que analicen grupos de clases latentes en función del riesgo de juego y aún menos estudios que utilicen el sexo como predictor de JP. Además, hasta donde sabemos, la literatura científica no proporciona información sobre el papel predictivo y la interacción de la alexitimia, los acontecimientos vitales estresantes y las conductas adictivas comórbidas con respecto a pertenencia de clase de los jugadores jóvenes de la población general. Esto último es algo que destacamos, dados los beneficios en términos de prevención en un grupo de edad que ha sido identificado como especialmente vulnerable para la aparición y el desarrollo del JP. Por último, también señalamos la necesidad de explorar comorbilidades como los trastornos alimentarios o la compra compulsiva, menos estudiadas hasta la fecha en relación con el juego problemático.

Sobre esa base, esta investigación tuvo como objetivo, en primer lugar, explorar la frecuencia de posible TJ en jóvenes de la población general, así como la presencia de TJ con otras conductas adictivas comórbidas (es decir, adicción al alcohol, adicción a las drogas, compras compulsivas y trastorno alimentario). En segundo lugar, pretendió analizar la pertenencia a una clase en función del riesgo de padecer TJ, y su relación con las conductas adictivas y variables psicológicas antes mencionadas (es decir, la alexitimia y los acontecimientos vitales estresantes). Por último, queríamos saber si la pertenencia a una clase podía predecirse según el sexo y la edad.

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por 360 participantes españoles con edades comprendidas entre 18 y 35 años. Su edad promedio era 22,93 años (SD=3,30) y el 77,6% eran mujeres, el 22,2% eran hombres y el 0,3% eran de otro género. La mayoría de los integrantes de la muestra tenía estudios universitarios (72,7%), seguido del Título de Educación General Básica (17%), Formación Profesional (9,4%) y, con menor frecuencia, Educación Primaria (0,3%) y Educación Secundaria Obligatoria (0,6%). Los participantes eran principalmente estudiantes (51,4%), estudiantes y trabajadores (25%) o trabajadores solo (20,2%).

Instrumentos

Juego patológico

El comportamiento de JP fue evaluado utilizando el Cuestionario de Juego de South Oaks [SOGS] (Lesieur y Blume, 1987). La versión española fue adaptada por Echeburúa et al. (1994). El SOGS es una herramienta de cribado de juego que fue desarrollada para la detección en poblaciones clínicas. Consta de 20 ítems, cuyo contenido está relacionado con los patrones de juego, las fuentes de dinero para apostar, el pago de deudas y las emociones involucradas. Puntuaciones superiores a 4 puntos sugieren la posible presencia de TJ, por lo que las respuestas se clasifican en una variable dicotómica (es decir, sin riesgo de apostar < 4 y riesgo de apostar ≥ 4). En cuanto a su fiabilidad, el SOGS tiene una consistencia interna alta, con un alfa de Cronbach de ,94. Su fiabilidad test-retest a las 4 semanas era ,98 (p < ,001), y su validez convergente con los criterios del DSM-IV era de ,94. En este estudio, el alfa de Cronbach para el SOGS era ,60.

Alcohol, drogas, compras compulsivas y trastornos alimentarios

MULTICAGE CAD-4 (Pedrero-Pérez et al., 2007). Este instrumento evalúa conductas adictivas, con o sin sustancia. Contiene 32 ítems, divididos en ocho factores de cuatro

ítems cada uno, que incluyen: abuso o dependencia del alcohol, TJ, drogas, trastornos alimentarios, adicción a Internet, adicción a videojuegos, gasto compulsivo y adicción al sexo. En este estudio, utilizamos cuatro de esos ocho factores (es decir, abuso del alcohol, drogas, gasto compulsivo y trastornos alimentarios). Los ítems tienen una opción de respuesta dicotómica (Sí o No). Las respuestas se clasificaron como variables de tres niveles que indicaban el riesgo de abuso de alcohol, abuso de drogas, gasto compulsivo y trastorno alimentario (es decir, sin riesgo = 0 o 1, riesgo probable = $2 \text{ y riesgo bastante probable} \ge 3$). La consistencia interna del MULTICAGE CAD-4 es satisfactoria (el alfa de Cronbach para la escala total era a = .86 mientras que las subescalas muestran valores superiores a ,70). La fiabilidad test-retest a los 20 días era r = .89. La validez de criterio también era adecuada (detecta entre el 90 y el 100% de los casos ya diagnosticados). En el estudio actual, el alfa de Cronbach era ,60 para abuso de alcohol, ,63 para drogas, ,67 para compras compulsivas y ,60 para trastornos alimentarios.

Alexitimia

Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20; Taylor et al., 1985, adaptado a castellano por Martínez-Sánchez, 1996). La alexitimia se mide a través de tres factores principales: (1) dificultad para identificar los sentimientos, que se refiere a problemas para identificar las emociones, que se confunden notoriamente con síntomas físicos; (2) dificultad para describir los sentimientos, por la cual los individuos son incapaces de comunicar sus sentimientos y utilizar vocabulario emocional; (3) pensamiento orientado externamente, por el cual los individuos tienden a desatender sus estados emocionales internos. La escala consta de 20 ítems y las respuestas se puntúan en una escala Likert de 6 puntos, desde 0 (muy en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). La consistencia interna es buena para la escala global ($\alpha = .83$ para la original y $\alpha = .81$ para la adaptación a castellano). En este estudio, el alfa de Cronbach era ,85.

Acontecimientos vitales estresantes

Centrality of Event Scale [CES; Berntsen y Rubin, 2006, adaptado a castellano por Fernández-Alcántara et al., 2015). La escala evalúa aspectos directamente relacionados con el procesamiento de acontecimientos traumáticos. Antes de completar la escala, se pidió a los participantes que anotaran en un espacio el acontecimiento más traumático o estresante de su vida para basar su respuesta en ese acontecimiento al completar la escala. Consta de 20 ítems calificados con una respuesta tipo Likert de 5 puntos, desde 1 (muy en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). La consistencia interna era satisfactoria tanto para la escala original como para la adaptación española (α = ,94). En el estudio actual, el alfa de Cronbach era ,93.

Procedimiento

Diseño de investigación transversal. Los datos se recopilaron mediante dos formas principales. Una recopilación se llevó a cabo con estudiantes de la Universidad Complutense de Madrid. La otra se realizó mediante muestreo no probabilístico con el método de bola de nieve, incluyendo la difusión del cuestionario en redes sociales (p. ej., WhatsApp, Instagram, Facebook, revistas o sitios web con fines de divulgación).

Para toda la muestra, la encuesta se completó a través de un enlace en línea al cuestionario o mediante un código QR que daba acceso al cuestionario mismo. Para acceder al cuestionario, los participantes tenían que ser mayores de 18 años, haber leído la información del estudio y aceptado el consentimiento informado. La duración del cuestionario fue de unos 30 minutos.

El cuestionario incluía información general sobre los objetivos principales del estudio. Se dejó claro que no había respuestas correctas o incorrectas y que los participantes podían enviar un correo electrónico al investigador principal si necesitaban más información sobre el estudio. Se garantizó la confidencialidad, el anonimato y la participación voluntaria de todos los participantes. Los participantes no recibieron compensación alguna por su participación. El estudio fue aprobado por la Junta de Revisión.

Procedimiento analítico

Como análisis preliminar, se exploraron los patrones de datos faltantes y la normalidad de las variables continuas. El test de Little de MCAR para datos faltantes no fue significativa, $\chi^2(987) = 1054,04$, p = ,068. Por tanto, se supuso que los datos faltaban al azar y no se realizó ninguna imputación. El supuesto de normalidad de las variables continuas (es decir, edad, acontecimientos vitales estresantes y alexitimia) se exploró con los niveles de asimetría y curtosis (ver Tabla 2). Estos datos mostraron que ambos indicadores eran inferiores a |2| para las tres variables, lo que cumple el criterio de Cain et al. (2017) para asumir normalidad.

Las hipótesis fueron probadas mediante análisis de clases latentes (ACL) con Mplus 7.11 (Muthén y Muthén, 1998-2013). Para este fin, se siguió el procedimiento de tres pasos descrito por Asparouhov y Muthén (2014). Primero, se calculó el número de clases latentes, comparando modelos con 1 a 3 clases, incluido el riesgo de adicción al juego, alcohol, drogas, compras compulsivas y trastornos alimentarios. La comparación de modelos se aplicó atendiendo al Criterio de Información de Akaike (AIC), el Criterio de Información Bayesiano (BIC), el Criterio de Información Bayesiano ajustado a la media (aBIC), la entropía, la prueba de razón de verosimilitud ajustada de Lo-Mendell-Rubin (LMRa) y la prueba de índice de verosimilitud bootstrap (BLRT). AIC, BIC y aBIC indicaron un desajuste del modelo, por lo que los valores más bajos se consideraron indicadores de un mejor ajuste (Hu y Bentler, 1999). De forma específica, se observó que BIC era el más fiable de estos tres indicadores (Nylund et al., 2007), por lo que se consideró el indicador principal para las decisiones de ajuste del modelo. LMRa y BLRT prueban las diferencias en la log-verosimilitud entre modelos con clases K-1 y clases K, y pruebas significativas indicaron que el modelo de clase K aumentó el ajuste del modelo (Nylund et al., 2007). La entropía osciló entre 0 y 1, por lo que valores cercanos a 1 mostraron un nivel más preciso de clasificación del perfil (Celeux y Soromenho, 1996).

Además, se realizó un análisis multigrupo para probar si la composición de las clases latentes varía entre sexos (mujeres y hombres). Al hacerlo, se fijó el modelo final del primer paso para que fuera igual entre sexos (modelo configural); ese modelo se comparó con un modelo anidado en el que se permitía que las clases difieran según el sexo (modelo variable por sexo). Se asumió la invarianza cuando el modelo variable por sexo comparado con el modelo configural no mostró un incremento significativo en el ajuste del modelo según la prueba de diferencia escalada de chi-cuadrado de Satorra-Bentler (Satorra y Bentler, 2010).

En segundo lugar, se exploró la pertenencia más probable a una clase para describir la composición de cada perfil latente en el modelo final. Para ello, se examinó la probabilidad promedio de respaldar cada categoría de cada variable indicadora, así como pruebas de razón de momios sobre estas probabilidades entre clases para examinar si difieren en cuanto al grado de riesgo de juego, abuso de alcohol y drogas, compras compulsivas y trastorno alimentario (Wang y Wang, 2012). En tercer lugar, la relación de los antecedentes (es decir, edad y sexo) y los resultados psicológicos (es decir, acontecimientos vitales estresantes y alexitimia) con la pertenencia a una clase se exploraron siguiendo las sugerencias de Lanza et al. (2013). Así, dado que la clase latente no es una variable observada, este proceso estima empíricamente la distribución específica de clase de la variable distal y la variable de clase latente considerando los coeficientes de regresión logística que reflejan su asociación combinados con la distribución marginal de la variable distal (Lanza et al., 2013).

Resultados

La Tabla 1 muestra la frecuencia de TJ y las comorbilidades (adicción al alcohol, adicción a las drogas, compras compulsivas y trastornos alimentarios). Gran parte de la muestra no presentó riesgo de TJ, y la comorbilidad más frecuente en la muestra era el riesgo de consumo de alcohol.

Como primer paso del ACL, se calcularon los índices de ajuste de los modelos, la entropía y las comparaciones de modelos. Se compararon los modelos con 1, 2 y 3 clases latentes (ver Tabla 3). Los AIC, BIC y aBIC mostraron

Tabla 1 Frecuencias de riesgo de adicción al juego, alcohol, drogas, compras compulsivas y trastornos alimentarios

	Frecu	encias
Variable	n	%
Adicción al juego		
Sin riesgo	320	90,9
Riesgo	32	9,1
Alcohol		
Sin riesgo	232	68,8
Riesgo probable	70	20,8
Riesgo bastante probable	35	10,4
Drogas		
Sin riesgo	298	88,7
Riesgo probable	24	7,1
Riesgo bastante probable	14	4,2
Compra compulsiva		
Sin riesgo	284	84,1
Riesgo probable	39	11,5
Riesgo bastante probable	15	4,4
Trastorno alimentario		
Sin riesgo	261	79,3
Riesgo probable	49	14,9
Riesgo bastante probable	19	5,8

Nota. La suma de alcohol, drogas, compra compulsiva y trastorno alimentario no es exacta debido a datos faltantes.

 Tabla 2

 Índices de ajuste de modelos y comparaciones

Modelo	AIC	BIC	aBIC	Entropía	LMRa	BLRT
Modelo de perfil 1	1848,04	1882,81	1854,26	NA	NA	NA
Modelo de perfil 2	1793,37	1866,78	1806,50	,64	73,41***	74,66***
Modelo de perfil 3	1794,60	1906,65	1814,65	,76	18,45	18,76

Nota. AIC = Criterio de Información de Akaike; BIC = Criterio de Información Bayesiano; aBIC = Criterio de Información Bayesiano ajustado al tamaño de la muestra; LMRa = prueba de razón de verosimilitud ajustada de Lo-Mendell-Rubin de perfiles K-1 versus K; BLRT = prueba de índice de verosimilitud bootstrap de perfiles K-1 versus K; NA = No aplicable.

*** p < ,001.

Tabla 3 *Estimaciones finales del modelo en probabilidades*

		Clase 1 Riesgo alto (n = 68, 19%)	Clase 2 Riesgo bajo (n = 284, 81%)	Comparación de razones de momios
Adicción al ju	ego			
	Sin riesgo	,62***	1,00***	NC
	Riesgo	,38***	,00	
Alcohol				
	Sin riesgo	,37***	,79***	6,37*
	Riesgo probable	,41***	,14***	3,90
	Riesgo bastante probable	,22**	,07**	
Drogas				
	Sin riesgo	,67***	,96***	11,52
	Riesgo probable	,16**	,04*	NC
	Riesgo bastante probable	,17**	,00	
Compra comp	pulsiva			
	Sin riesgo	,61***	,85***	3,49*
	Riesgo probable	,32***	,10***	1,22
	Riesgo bastante probable	,07	,05**	
Trastorno alir	mentario			
	Sin riesgo	,54***	,93***	11,26
	Riesgo probable	,29***	,06**	30,88
	Riesgo bastante probable	,17**	,01	

Nota. NC = No se calculó la comparación, ya que una de las categorías tenía una frecuencia de cero en una de las clases latentes. *p < .05. **p < .01. ***p < .001.

que el modelo de 2 clases redujo el error del modelo, y LMRa y BLRT eran significativos, lo que indica que este modelo aumentó significativamente el ajuste del modelo en comparación con el modelo de 1 clase. Aunque la entropía del modelo de 3 clases fue mayor que la del modelo de 2 clases, el modelo de 3 clases redujo significativamente el ajuste del modelo según LMRa y BLRT, mientras que AIC, BIC y aBIC indicaron un peor ajuste del modelo. En consecuencia, se estableció el modelo de 2 clases como modelo final. Además, se llevó a cabo el análisis multigrupo para comparar la composición de clase por sexo (mujeres versus hombres). Los resultados de este análisis indicaron que el modelo configural en el que se fijó una composición de las clases igual para hombres y mujeres ($\chi^2[299] = 549,70$; AIC = 2134,76, BIC = 2215,84, aBIC = 2149, 22) el modelo variable por sexo ($\chi^2[283] = 475,71$; AIC = 2132,63, BIC = 2283,20; 2159,48) no difirieron significativamente en el ajuste del modelo ($\chi^2[16] = 2,40, p = ,999$) por lo que se supuso invarianza entre grupos por sexo.

Como segundo paso en el ACL, se exploraron las características de cada clase en el modelo final de 2 clases (ver Tabla 3). Clase 1 difirió de la Clase 2 en el grado de riesgo de juego, abuso de alcohol y drogas y compras compulsivas, pero no en el riesgo de trastorno alimentario. En la

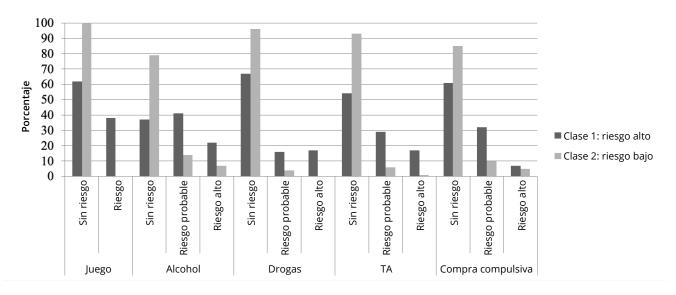
Clase 1 había aproximadamente un 40% de probabilidad de riesgo de juego mientras que, en la Clase 2, no hubo casos de riesgo de juego. Riesgo probable y bastante probable de adicción al alcohol y compras compulsivas eran más frecuentes en la Clase 1 que en la Clase 2. En concreto, las personas de la Clase 1 tenían un 63% de probabilidad de riesgo probable y bastante probable de consumo de alcohol, mientras que las personas de la Clase 2 tenían un 21% de probabilidad de estos niveles de riesgo de abuso de alcohol. En cuanto a compras compulsivas, las probabilidades de compra compulsiva probable o bastante probable de la Clase 1 eran del 39% frente al 15% de la Clase 2. La Clase 1 y la Clase 2 también difirieron significativamente en la prevalencia de riesgo bastante probable y de abuso de drogas. Mientras que la Clase 1 tenía un 17% de probabilidad de riesgo bastante probable de abusar de las drogas, la probabilidad en la Clase 2 era cero. En base a estos resultados, la Clase 1 se denominó «Riesgo más elevado de adicción a sustancias y adicción conductual; Riesgo alto» y la Clase 2 se denominó «Riesgo más bajo de adicción a sustancias y adicción conductual; Riesgo bajo».

En tercer lugar, se exploró la relación entre los antecedentes y la pertenencia a una clase y entre la pertenencia a una clase y las variables psicológicas. Respecto de los an-

Tabla 4
Relación diferencial con variables psicológicas según pertenencia a una clase

	Clase de riesgo alto		Clase de riesgo alto Clase de riesgo bajo		Comparaciones de clases	
Variable psicológica	М	SE	М	SE	χ²	р
Alexitimia	53,07	1,96	46,69	1,06	7,27	,007
Acontecimientos vitales estresantes	3,59	0,09	3,31	0,05	6,01	,014

Figura 1 Probabilidades de cada categoría por clase. TA = Trastorno Alimentario



tecedentes, el procedimiento de tres pasos de regresiones logísticas multinomiales mostró que la edad no estaba relacionada con la pertenencia a una clase (β = -0,12, SE = ,06, p = ,059, d = -,10). La pertenencia a una clase fue predicha por sexo porque los hombres tenían significativamente más probabilidades de pertenecer a la Clase 1 que a la Clase 2 que las mujeres (β = 2,39, SE = ,52, p < ,001, d = ,24).

En cuanto a las variables psicológicas, las regresiones logísticas multinomiales demostraron que la pertenencia a la clase de riesgo alto estaba significativamente relacionada con una mayor alexitimia ($\beta = -0.02$, SE = .01, p = .021, d = .20) y acontecimientos vitales estresantes ($\beta = .92$, SE = .28, p = .001, d = .19) que pertenecer a la clase de riesgo bajo (ver Tabla 4).

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo examinar la posible presencia de juego problemático y no problemático, así como la frecuencia del uso de drogas, compras compulsivas, abuso de alcohol y trastornos alimentarios en una muestra de adultos jóvenes de la población general. Según los resultados, la gran mayoría no presentaba riesgo alguno de juego. Por lo contrario, el riesgo de consumo de alcohol

era la comorbilidad más frecuente en la muestra. Estos resultados son coherentes con la literatura previa en el campo, que señala que los hombres tienen más probabilidades de mostrar los primeros comportamientos de juego a edades más tempranas que las mujeres, que comienzan a jugar a una edad significativamente mayor (Lamas et al., 2018). Esto podría explicar en gran medida por qué, en una muestra predominantemente femenina como la de este estudio, la mayoría de los participantes no presentan juego de riesgo o juego posiblemente problemático.

A partir de los resultados del estudio, planteamos la hipótesis de que hombres y mujeres diferirían en cuanto a las etapas de desarrollo que predisponen a una mayor vulnerabilidad para el inicio de conductas de riesgo en relación al juego. Se ha afirmado que las personas son más propensas a desarrollar conductas de juego cuando se enfrentan a un cambio vital importante o a circunstancias que implican un duelo significativo en alguna etapa vital (Wong et al., 2013). Dicho de otra forma, hombres y mujeres podrían ver comprometida su identidad personal y social en diferentes etapas de la vida y, por tanto, pueden ser más susceptibles al desarrollo de un problema de juego en diferentes edades. En este sentido, la conducta de juego de las mujeres ha sido identificada como una forma de evitar o afrontar sus esta-

dos emocionales, y también se ha observado que tienden a iniciarse en el juego más tarde en la vida (González-Ortega et al., 2013). En cambio, los hombres parecen ser más propensos a comportamientos de juego tempranos, hacia la adolescencia, con mayores dificultades en el control de los impulsos y una fuerte tendencia al beneficio económico, la competitividad y la búsqueda de sensaciones, así como juego por motivos de socialización (Ellenbogen et al., 2007). También se ha demostrado que los hombres adultos jóvenes, en comparación con las mujeres jóvenes, experimentan ansiedades y presiones sociales únicas relacionadas con la competencia sexual, la rivalidad masculina y una mayor preocupación por su imagen social; esto, a su vez, se ha relacionado con la participación de los jóvenes en actividades adictivas (Wong et al., 2013).

Por otro lado, el alcohol era la comorbilidad con mayor prevalencia y riesgo en este estudio tanto para los jugadores problemáticos (en su mayoría hombres) y jugadores sin problemas (en su mayoría mujeres). El alcohol es una de las sustancias más consumidas por las mujeres jóvenes, es fácil de obtener y su consumo es legal, lo que hace que sea este consumo un comportamiento socialmente más normalizado entre la población femenina juvenil (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2021; Rodríguez et al., 2019). Un estudio reciente que examina el impacto de género en el abuso de sustancias entre los jóvenes encontró que el abuso de alcohol era ligeramente mayor entre mujeres que entre hombres, lo que no era el caso para el cannabis (Pérez de Albéniz-Garrote et al., 2021). Es más, Jauregui et al. (2016) concluyeron que la muestra de personas con TJ obtuvo puntuaciones significativamente más altas en todas las variables del estudio (es decir, sintomatología ansiosa-depresiva, desregulación emocional y drogas), excepto para alcohol, con tasas similares entre los no jugadores. Mientras tanto, un estudio reciente de Martínez-Loredo et al. (2019) exploró las clases latentes en función del juego y el uso de sustancias en adolescentes, señalando que las adolescentes con problemas de juego también informaron cierto grado de consumo de alcohol, a diferencia de los varones. Sin embargo, no hemos encontrado estudios que exploren clases latentes basados exclusivamente en el riesgo de juego en la población de mujeres adultas jóvenes, lo que podría constituir un perfil diferente tanto de adolescentes como de mujeres con TJ. En segundo lugar, se realizó un análisis del modelo de perfil, utilizando como medida de agrupamiento las puntuaciones obtenidas en la conducta de juego (es decir, presencia o no riesgo de juego problemático). Los resultados han mostrado la existencia de dos grupos. El primer grupo, que denominamos perfil de «riesgo alto» (Clase 1), está formado por participantes con posibles problemas de juego, mayor comorbilidad con otras conductas adictivas (es decir, alcohol, trastornos alimentarios, compras compulsivas y abuso de drogas), así como tasas más altas de alexitimia y acontecimientos vitales estresantes. En

cambio, el segundo grupo, al que denominamos perfil de «riesgo bajo» (Clase 2), está compuesto por participantes sin riesgo de juego, abuso de drogas o trastornos alimentarios, y puntuaciones significativamente más bajas en acontecimientos vitales estresantes y, particularmente, en alexitimia. En este segundo grupo hubo algunos casos de riesgo o posible abuso de alcohol y compras compulsivas, pero menos en comparación con el perfil de riesgo alto. Cuando introdujimos sexo como variable predictiva del modelo de clase latente, observamos que ser hombre conllevaba una mayor probabilidad de pertenecer al perfil de riesgo alto (Clase 1), mientras que ser mujer era más predictivo del perfil de riesgo bajo (Clase 2). La edad no era predictora del modelo de perfil.

Los resultados son coherentes con la literatura previa. Por ejemplo, Jiménez-Murcia et al. (2020), en un estudio de agrupamiento de pacientes que buscaban tratamiento, encontraron que los perfiles de TJ más graves mostraban un mayor impacto y número de acontecimientos vitales estresantes, así como un inicio más temprano de la actividad de juego. Además, Estévez et al. (2021) observaron que el grupo de jugadores problemáticos en riesgo, en comparación con el grupo de jugadores no problemáticos, reveló puntuaciones más altas de alexitimia, que también ha sido asociada por otros autores con una mayor severidad e intensidad de la conducta de juego (Maniaci et al., 2017). En cuanto a la comorbilidad, Kovács et al. (2020) demostraron que la presencia comórbida de TJ y trastorno por consumo de alcohol expresaba un perfil de personalidad más desadaptativo que la presencia exclusiva de abuso de alcohol. Además, Svensson y Sundqvist (2019) mencionaron en su estudio ciertos factores de riesgo predictores de TI en estudiantes: ser varón, acontecimientos vitales estresantes, impulsividad, depresión, abuso de drogas y afrontamiento evitativo-escape (Elman et al., 2010; Sharman et al., 2019). Otros estudios también han demostrado la coexistencia del juego y la adicción al sexo, a comer en exceso o a las compras (Etxandi et al., 2021). Según Griffiths (1994), la adicción cruzada (es decir, un concepto que implica que si una persona ha desarrollado un trastorno adictivo, tiene un mayor riesgo de desarrollar otra adicción) ocurre tanto en adolescentes como en adultos, y es mayoritariamente una condición masculina, algo que los resultados de este estudio también refuerzan. Sin embargo, los hallazgos del presente estudio son novedosos porque, hasta donde sabemos, ningún estudio ha examinado la comorbilidad del juego problemático en relación con los trastornos alimentarios, las compras compulsivas y el uso de sustancias en varones jóvenes.

El estudio también exploró un segundo perfil, al que denominamos perfil de «riesgo bajo» (Clase 2), sin riesgo de juego o consumo de drogas, puntuaciones más bajas en acontecimientos vitales estresantes e incluso puntuaciones más bajas en alexitimia, y compuesto predominantemente por mujeres. Sin embargo, aunque en un grado ligeramente menor que en el perfil de «riesgo alto» (Clase 1), también encontramos en este grupo casos de posible adicción a las compras y al alcohol. De hecho, estos resultados son bastante consistentes con estudios sobre conductas adictivas en mujeres jóvenes, que revelan que la compra compulsiva es principalmente una patología femenina (Pérez de Albéniz-Garrote et al., 2021). Sin embargo, algunos estudios han encontrado una prevalencia similar en ambos sexos (Roberts y Roberts, 2012). Por tanto, son necesarios más estudios para aclarar esta cuestión. También, Macía et al. (2023), en un estudio de clases latentes basado en el riesgo de sufrir trastornos alimentarios y adicciones en jóvenes, observó que las mujeres jóvenes con trastornos alimentarios tenían las puntuaciones más altas en alexitimia y acontecimientos vitales estresantes en comparación con los otros dos grupos: «hombres con adicciones» y «mujeres sanas». Los hallazgos de este estudio, por el contrario, sugieren que los hombres con problemas de juego tienen mayor comorbilidad, alexitimia y acontecimientos vitales estresantes. Por tanto, según lo mencionado en la literatura anterior, así como en los resultados de este estudio, la alexitimia y los acontecimientos vitales estresantes probablemente constituyan un riesgo transdiagnóstico para el desarrollo y mantenimiento de conductas impulsivas de riesgo para ambos sexos. Sin embargo, nuestra hipótesis es que, si hubiéramos tomado las compras, los trastornos alimentarios o el alcohol como variables de agrupación del perfil en lugar del juego, la condición sexual femenina podría haber sido un predictor del grupo de «mayor riesgo» (en lugar del sexo masculino, como en este estudio), un aspecto que sin duda sugerimos explorar en el futuro.

Limitaciones

El presente artículo no está exento de algunas limitaciones. En primer lugar, el diseño transversal de este estudio no permite establecer interpretaciones causales ni la dirección de los efectos, por lo que en futuras investigaciones se necesitan diseños longitudinales para lograr una comprensión profunda de la interacción entre las variables. Además, los hallazgos de este estudio se basan en diferencias de sexo, por lo que sería apropiado realizar estudios basados en diferencias de género para una mejor comprensión de las condiciones sociales, consecuencias y necesidades particulares de mujeres y hombres ante la adicción, y no sólo las diferencias biológicas entre los sexos. A pesar de ello, aunque los resultados están basados en sexo, hemos intentado desagregar y discutir los resultados con una perspectiva de género. Es más, dado que la muestra se obtuvo en línea, podría haber sesgos relacionados con la deseabilidad social (especialmente alta en jóvenes), poco esfuerzo o atención al responder y/o respuestas aleatorias. Por último, los ACL se han realizado con una muestra general y joven, por lo que los resultados no son generalizables a jóvenes en tratamiento por problemas graves de juego ni a personas mayores. Sin embargo, la muestra subclínica de este estudio sí permite observar factores de vulnerabilidad en los jóvenes, que pueden preceder al desarrollo de conductas adictivas más severas en el futuro. Esto es especialmente beneficioso con fines preventivos.

Conclusión

En conclusión, estos resultados pueden ser de interés para desarrollar programas y políticas de prevención en población juvenil. Primero, este estudio destaca que el consumo de alcohol es la conducta de riesgo más prevalente entre mujeres y hombres jóvenes, tanto entre jugadores problemáticos como no problemáticos. Segundo, según estos resultados, los hombres jóvenes, en comparación con las mujeres jóvenes, son más propensos a tener problemas con el juego y conductas adictivas comórbidas simultáneas, especialmente el consumo de drogas. Por el contrario, las mujeres jóvenes están ligeramente menos predispuestas a conductas adictivas en general, pero los resultados de este estudio sugieren que también existe un riesgo de abuso de alcohol y compras compulsivas entre las mujeres. Esto tiene ramificaciones importantes porque no es la adicción en sí una patología a la que los hombres estén más naturalmente predispuestos que las mujeres, sino que cuanto más normalizado, accesible y menos sancionado socialmente sea un comportamiento adictivo, más probable será que ocurra en las mujeres.

En este sentido, proponemos que los tratamientos consideren la estigmatización social, la dificultad de reconocer el problema y las consecuencias negativas para hombres y mujeres jóvenes cuando una conducta adictiva se considera masculina (p. ej., juego) o femenina (p. ej., compras compulsivas). Por último, en base a los resultados de este estudio, concluimos que la alexitimia y los acontecimientos vitales estresantes en los jóvenes están asociados con conductas problemáticas de juego. La aparición del juego en jóvenes se ha asociado con una mayor probabilidad de desarrollar TJ en la edad adulta, así como con una mayor gravedad del trastorno. Así, apuntar y prevenir los factores de riesgo predisponentes en grupos de jóvenes podría ser un factor protector para el desarrollo futuro de TJ y sus conductas adictivas comórbidas (es decir, drogas, alcohol, compras compulsivas y/o trastornos alimentarios).

Fuentes de financiación y agradecimientos

Agradecemos el apoyo institucional del Ministerio de Sanidad de España. El estudio ha recibido financiación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [PNSD] (Ref.: 2020I007). Los financiadores no tuvieron papel alguno en el diseño del estudio, la recopilación y el análisis de datos, la decisión de publicar o la prepara-

ción del manuscrito. La investigación también cuenta con el apoyo de una beca predoctoral para la formación de profesorado universitario (FPU20/03045).

Conflicto de intereses

Todos los autores declaran no tener conflictos de intereses ni intereses económicos.

Aprobación de ética

El Comité de Revisión Institucional de la Universidad de Deusto aprobó el estudio (ETK-17/20-21). Este estudio se realizó de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki.

Consentimiento

Todos los participantes individuales incluidos en el estudio dieron su consentimiento informado.

Datos

Los conjuntos de datos generados y/o analizados durante el estudio actual no están disponibles al público por razones de confidencialidad.

Referencias

- Abbott, M. W., Romild, U. y Volberg, R. A. (2014). Gambling and problem gambling in Sweden: Changes between 1998 and 2009. *Journal of Gambling Studies*, 30, 985–999. https://doi.org/10.1007/s10899-013-9396-3
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Author.
- Asparouhov, T. y Muthén, B. (2014). Auxiliary variables in mixture modeling: Three-step approaches using MPlus. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 21(3), 329-341. https://doi.org/10.1080/10705511.20 14.915181
- Bergevin, T., Gupta, R., Derevensky, J. y Kaufman, F. (2006). Adolescent gambling: Understanding the role of stress and coping. *Journal of Gambling Studies*, 22, 195–208. http://dx.doi.org/10.1007/s10899-006-9010-z
- Berntsen, D. y Rubin, D. C. (2006). The Centrality of Events Scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behavior Research and Therapy,* 44(2), 219-231. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.01.009
- Bibby, P. A. y Ross, K. E. (2017). Alexithymia predicts loss chasing for people at risk for problem gambling. *Journal of Behavioral Addictions*, 6, 630–638. https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.076

- Calado, F., Alexandre, J. y Griffiths, M. D. (2017). Prevalence of adolescent problem gambling: A systematic review of recent research. *Journal of Gambling Studies*, 33, 397–424. https://doi.org/10.1007/s10899-016-9627-5
- Calado, F. y Griffiths, M. D. (2016). Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000-2015). *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 592–613. https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.073
- Castrén, S., Basnet, S., Pankakoski, M., Ronkainen, J. E., Helakorpi, S., Uutela, A., Alho, H. y Lahti, T. (2013). An analysis of problem gambling among the Finnish working-age population: A population survey. *BMC Public Health*, 13, 519. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-519
- Celeux, G. y Soromenho, G. (1996). An entropy criterion for assessing the number of clusters in a mixture model. *Journal of Classification*, 13, 195-212. https://doi.org/10.1007/bf01246098
- Chóliz, M., Marcos, M. y Lázaro-Mateo, J. (2021). The risk of online gambling: A study of gambling disorder prevalence rates in Spain. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(2), 404-417. https://doi.org/10.1007/s11469-019-00067-4
- Costes, J. M., Pousset, M., Eroukmanoff, V., Le Nezet, O., Richard, J. B., Guignard, R., Beck, F. y Arwidson, P. (2011). Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010 [Levels and gambling practices in 2010]. Lettre Tendances, 77, 1–8.
- De Luigi, N., Gibertoni, D., Randon, E. y Scorcu, A.E. (2018). Patterns of gambling activities and gambling problems among Italian high school students: Results from a latent class analysis. *Journal of Gambling Studies*, 34(2), 339–359. https://doi.org/10.1007/s10899-017-9694-2
- Delegation of the Spanish Government for the National Plan on Drugs (2020). *Informe sobre Adicciones Comportamentales 2020.* [Behavioural Addictions Report 2020]. Spanish Health Ministry.
- Echeburúa, E., Báez, C., Fernández-Montalvo, J. y Páez, D. (1994). El Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS): Validación española. [The South Oaks Gambling Questionnaire (SOGS): Spanish Validation]. Análisis y Modificación de Conducta, 20, 769-791.
- Ellenbogen, S., Derevensky, J. y Gupta, R. (2007). Gender differences among adolescents with gambling-related problems. *Journal of Gambling Studies*, 23(2), 133-143. https://doi.org/10.1007/s10899-006-9048-y
- Elman, I., Tschibelu, E. y Borsook, D. (2010). Psychosocial stress and its relationship to gambling urges in individuals with pathological gambling. *American Journal on Addictions*, 19, 332–339. http://dx.doi.org/10.1111/j.1521-0391.2010.00055.x
- Estévez, A., Jauregui, P., López-Gonzalez, H., Macía, L., Granero, R., Mestre-Bach, G., Fernández-Aranda, F.,

- Gómez-Peña, M., Moragas, L., Mena-Moreno, T., Lozano- Madrid, M., Del Pino-Gutierrez, A., Codina, E., Testa, G., Vintró-Alcaraz, C., Agüera, Z., Munguía, L, Baenas, I., Valenciano-Mendoza, E.,... Jiménez-Murcia, S. (2021). Comorbid behavioural and substance-related addictions in young population with and without gambling disorder. *International Gambling Studies.* 21, 133-152. https://doi.org/10.1080/14459795.2020.1836250
- Estévez, A., Jauregui, P., Macía, L. y Martin, C. (2021). Alexithymia and emotion regulation strategies in adolescent gamblers with and without at-risk profiles. *Journal of Gambling Studies*, 1-15. https://doi.org/10.1007/s10899-021-10057-8
- Etxandi, M., Baenas, I., Munguía, L., Mestre-Bach, G., Granero, R., Gómez-Peña, M., Moragas, L., del Pino-Gutiérrez, A., Codina, E., Mora-Maltas, B., Valenciano-Mendoza, E., Potenza, M. N., Gearhardt, A., Fernández-Aranda F. y Jiménez-Murcia, S. (2021). Clinical features of gambling disorder patients with and without food addiction: Gender-related considerations. *Journal of Gambling Studies*, 1-20. https://doi.org/10.1007/s10899-021-10071-w
- Fernández-Alcántara, M., de los Santos-Roig, M., Pérez-Marfil, M. N., Catena-Martínez, A., Pérez-García, M., Martí-García, C. y Cruz-Quintana, F. (2015). Adaptación al castellano de la Centrality of Event Scale (CES). [Spanish adaptation of the Centrality of Event Scale]. *Universitas Psychologica*, 14(2), 499-510. http://dx.doi.org.10.11144/Javeriana.upsy14-2.acce
- Frewen, P. A., Pain, C., Dozois, D. J. y Lanius, R. A. (2006). Alexithymia in PTSD: Psychometric and FMRI studies. Annals of the New York Academy of Sciences, 1071(1), 397-400. http://dx.doi.org/10.1196/annals.1364.029
- González-Ortega, I., Echeburúa, E., Corral, P., Polo-López, R. y Alberich, S. (2013). Predictors of pathological gambling severity taking gender differences into account. *European Addiction Research*, 19(3), 146-154. https://doi.org/10.1159/000342311
- Griffiths, M. (1994). An exploratory study of gambling cross addictions. *Journal of Gambling Studies*, 10(4), 371-84. https://doi.org/10.1007/BF02104903.
- Griffiths, M. D., Parke, A., Wood, R. y Parke, J. (2006). Internet gambling: An overview of psychosocial impacts. UNLV Gaming Research & Review Journal, 10(1). https://digitalscholarship.unlv.edu/grrj/vol10/iss1/4
- Hu, L. y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 6(1), 1-55. https://doi.org/10.1080/10705519909540118
- Jauregui, P., Estévez, A. y Urbiola, I. (2016). Pathological gambling and associated drug and alcohol abuse, emotion regulation, and anxious-depressive symptomatolo-

- gy. Journal of Behavioral Addictions, 5(2), 251-260. https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.038
- Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Stinchfield, R., Tremblay, J., Steward, T., Mestre-Bach, G., Lozano-Madrid, M., Mena-Moreno, T., Mallorquí- Bagué, N., Perales, J.C., Navas, J.F., Soriano-Mas, C., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Agüera, Z., del Pino-Gutiérrez, A., Martín-Romera, V. y Menchón, J.M. (2019). Phenotypes in gambling disorder using sociodemographic and clinical clustering analysis: An unidentified new subtype? Frontiers in Psychiatry, 10, 1-10. https:// doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00358
- Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Giménez, M., del Pino-Gutiérrez, A., Mestre-Bach, G., Mena-Moreno, T., Moragas, L., Baño, M., Sánchez-González, J., de Gracia, M., Baenas-Soto, I., Contaldo, S. F., Valenciano-Mendoza, E., Mora-Maltas, B., López-González, H., Menchón, J. M. y Fernández-Aranda, F. (2020). Moderator effect of sex in the clustering of treatment-seeking patients with gambling problems. Neuropsychiatrie, 34(3), 116-129. https://doi.org/10.1007/s40211-020-00341-1
- Jun, H. J., Sacco, P., Bright, C. y Cunningham-Williams, R. M. (2019). Gender differences in the relationship between depression, antisocial behavior, alcohol use, and gambling during emerging adulthood. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 17(6), 1328-1339. https://doi.org/10.1007/s11469-018-0048-9
- Kovács, I., Pribék, I. K., Demeter, I., Rózsa, S., Janka, Z., Demetrovics, Z. y Andó, B. (2020). The personality profile of chronic alcohol-dependent patients with comorbid gambling disorder symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 101, 152183. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2020.152183
- Lamas, J. L., Santolaria, R., Estévez, A. y Jáuregui, P. (2018). Guía clínica específica "Mujer y juego" [Specific clinical guideline "Women and Gambling"]. FEJAR: Government Delegation for the National Plan on Drugs (ES).
- Lanza, S. T., Tan, X. y Bray, B. C. (2013). Latent class analysis with distal outcomes: A flexible model-based approach. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 20(1), 1–26. https://doi.org/10.1080/10705511.2013.742377
- Lesieur, H. R. y Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144(9), 1184-1188. https://doi.org/10.1176/ajp.144.9.1184
- Macía, L., Momeñe, J., Macía, P., Herrero, M., Jauregui, P., Iruarrizaga, I. y Estévez, A. (2023). Latent Classes of Eating Disorders and Addictions by sex: Implication of Sex, Alexithymia and Stressful Life Events in youths. *Frontiers- Psychology for Clinical Settings*, 14. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1088595

- Maniaci, G., Picone, F., van Holst, R. J., Bolloni, C., Scardina, S. y Cannizzaro, C. (2017). Alterations in the emotional regulation process in gambling addiction: The role of anger and alexithymia. *Journal of Gambling Studies*, 33(2), 633–647. https://doi.org/10.1007/s10899-016-9636-4
- Marchetti, D., Verrocchio, M. C. y Porcelli, P. (2019). Gambling problems and alexithymia: A systematic review. *Brain sciences*, 9(8), 191. https://doi.org/10.3390/brainsci9080191
- Martinez-Loredo, V., Garnde-Gosende, A., Fernández-Artamendi, S. y Fernández-Hermida, J.R. (2019). Substance use and gambling patterns among adolescents: Differences according to gender and impulsivity. *Journal of Gambling Studies*, 35, 63–78. https://doi.org/10.1007/s10899-018-09824-x
- Martínez Sánchez, F. (1996). Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) [Spanish adaptation of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20).]. *Clínica y Salud*, 7(1), 19-32.
- Muthén, L. K. y Muthén, B. O. (1998-2013). *Mplus user's guide. Seventh edition*. Muthén & Muthén.
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2021). Sex and gender differences in substance use. https://nida.nih.gov/publications/research-reports/substance-use-in-women/sex-gender-differences-in-substance-use
- Nylund, K. L., Asparouhov, T. y Muthén, B. O. (2007). Deciding on the number of classes in latent class analysis and growth mixture modeling: A Monte Carlo simulation study. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14(4), 535–569. https://doi.org/10.1080/10705510701575396
- Pedrero Pérez, E. J., Rodríguez Monje, M. T., Gallardo Alonso, F., Fernández Girón, M., Pérez López, M. y Chicharro Romero, J. (2007). Validación de un instrumento para la detección de trastornos del control de impulsos y adicciones: el MULTICAGE CAD-4 [Validation of a tool for screening of impulse control disorders and addiction: The MULTICAGE CAD-4]. *Trastornos Adictivos*, 9(4), 269–278. https://doi.org/10.1016/S1575-0973(07)75656-8
- Pérez de Albéniz-Garrote, G., Medina-Gómez, M. B. y Buedo-Guirado, C. (2021). Compulsive buying in adolescents. The impact of gender and alcohol and cannabis use. *Sustainability*, 13(7), 3982. https://doi.org/10.3390/su13073982
- Roberts, J. A. y Roberts, C. (2012). Stress, gender and compulsive buying among early adolescents. *Young Consumers*, 13(2), 113-123. https://doi.org/10.1108/17473611211233440
- Rodríguez, E., Megías, I., Martínez, P. y Sanmartín, A. (2019). Distintas miradas y actitudes, distintos riesgos. [Different views and attitudes, different risks. Women and men in the face of

- drug use]. Centro Reina Sofia sobre Adolescencia y Juventud. https://doi.org/10.5281/zenodo.3631644
- Sanscartier, M. D., Shen, J. y Edgerton, J. D. (2019). Gambling among emerging adults: How gender and risk level influence associated problem behaviours. *Journal of Gambling Issues*, 41, 101–123. http://dx.doi.org/10.4309/jgi.2019.41.6
- Satorra, A. y Bentler, P. M. (2010). Ensuring positiveness of the scaled difference chi-square test statistic. *Psychometrika*, 75(2), 243–248. https://doi.org/10.1007/s11336-009-9135-y
- Sharman, S., Butler, K. y Roberts, A. (2019). Psychosocial risk factors in disordered gambling: A descriptive systematic overview of vulnerable populations. *Addictive Behaviors*, 99, 106071. https://doi.org/10.1016/j.add-beh.2019.106071
- Storr, C. L., Lee, G. P., Derevensky, J. L., Ialongo, N. S. y Martins, S. S. (2012). Gambling and adverse life events among urban adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 28(2), 325-336. http://dx.doi.org/10.1007/s10899-011-9254-0
- Sussman, S. y Arnett, J. J. (2014). Emerging adulthood: Developmental period facilitative of the addictions. *Evaluation & the Health Professions*, 37(2), 147-155. https://doi.org/10.1177/0163278714521812
- Svensson, J. y Sundqvist, K. (2019). Gambling among Swedish youth: Predictors and prevalence among 15- and 17-year-old students. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 36(2), 177-189. https://doi.org/10.1177/1455072518807788
- Taylor, G. J., Ryan, D. y Bagby, M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44(4), 191-199. https://doi.org/10.1159/000287912.
- Wang, C., Cunningham-Erdogdu, P., Steers, M. L. N., Weinstein, A. P. y Neighbors, C. (2020). Stressful life events and gambling: The roles of coping and impulsivity among college students. *Addictive Behaviors*, 107, 106386. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106386
- Wang, J. y Wang, X. (2012). Structural Equation Modeling: Applications using Mplus. John Wiley & Sons. http://dx.doi.org/10.1002/9781118356258
- Wong, G., Zane, N., Saw, A. y Chan, A. K. K. (2013). Examining gender differences for gambling engagement and gambling problems among emerging adults. *Journal of Gambling Studies*, 29(2), 171–189. https://doi.org/10.1007/s10899-012-9305-1
- Zdankiewicz-Scigala, E. y Scigala, D. K. (2018). Trauma, temperament, alexithymia, and dissociation among persons addicted to alcohol: Mediation model of dependencies. *Frontiers in Psychology*, *9*, 1570. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01570



ADICCIONES 2024 ■ VOL. 36 ■ N. 4 ■ PÁGS. 359-370 www.adicciones.es

ADICCIONES

2024 N.4

VOL 36 N.4

ORIGINAL

Implementación de estándares de calidad en la reducción de la demanda de drogas: Perspectivas del proyecto FENIQS-UE y caminos a seguir

Implementation of quality standards in drug demand reduction: Insights from FENIQS-EU project and ways forward

Katarina Serdar*; Martina Feric*; Matea Belosevic*; Dijana Jerkovic**; Alba González-Roz***, ****; Wouter Vanderplasschen**.

- * Laboratorio de Investigación en Prevención, Departamento de Trastornos del Comportamiento, Facultad de Ciencias de la Educación y Rehabilitación, Universidad de Zagreb, Zagreb, Croacia.
- ** Departamento de Necesidades Educativas Especiales, Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación, Universidad de Ghent, Bélgica.
- *** Instituto Europeo de Estudios en Prevención (IREFREA), Palma de Mallorca, España.
- **** Grupo de Investigación en Conductas Adictivas (GCA) Departamento de Psicología/Universidad de Oviedo, Oviedo (Asturias), España.

Resumen

Los estándares de calidad constituyen una herramienta para mejorar la calidad de la prevención, el tratamiento, y la reducción de daños del uso de drogas y para unificar ciencia y práctica. Este artículo tiene como objetivo describir el estado de la implementación de los estándares de calidad en la reducción de la demanda de drogas en la Unión Europea e identificar las barreras, las necesidades y los desafíos para su implementación. Entre junio y noviembre (2021) se realizó una encuesta en línea (n = 91) y entrevistas de seguimiento (n = 26) con informantes clave, expertos en reducción de la demanda de drogas y sistemas de garantías de calidad. Se emplearon estadísticos descriptivos y análisis temáticos. La mayoría de los países ha implementado los Estándares europeos de calidad en prevención de drogas (EDPQS) en el ámbito de la prevención y las Normas mínimas de calidad (MQS) en la reducción de la demanda de drogas. En el área de tratamiento, los estándares mínimos de calidad EQUS son ampliamente conocidos. La aplicación de estándares de calidad es menor en la reducción de daños. Se identificaron distintos retos y barreras: la falta de financiación e importancia concedida a la evaluación, las competencias profesionales y la fragmentación del sistema. Los factores de apoyo fueron materiales y formación, apoyo político y redes profesionales. Los estándares de calidad no se implementan en todas las áreas de reducción de la demanda de drogas. Los informantes clave sugirieron la necesidad de fomentar la implementación de los estándares de calidad, asegurar financiación y formación.

Palabras clave: estándares de calidad, implementación, reducción de la demanda de drogas, alcohol, drogas, Europa

Abstract

Quality standards have been recognized as an important tool for improving the quality of drug use prevention, treatment, and harm reduction services and for bridging the gap between science and practice. The aim of this paper is to describe the state of implementation of quality standards in drug demand reduction in the European Union and to identify barriers, needs, and challenges to implementation and future pathways. Between June and November 2021, an online survey (n = 91) and follow-up interviews (n = 26) were conducted with key informants - experts in drug demand reduction and quality assurance. Data were analyzed using descriptive statistics and thematic analysis. The survey showed that most countries have implemented the European Drug Prevention Quality Standards (EDPQS) in the prevention domain and the Minimum Quality Standards (MQS) in drug demand reduction. A variety of standards are applied in the treatment area and the EQUS minimum quality standards are widely known. The application of quality standards is least reported in the harm reduction service area. Mentioned challenges and barriers to implementation included lack of funding, unrecognized importance of evaluation, professional competencies, and system fragmentation. Mentioned supportive factors included appropriate materials and training, as well as political support and professional networks. The study shows that quality standards are inconsistently implemented in all areas of drug demand reduction. According to respondents, implementation could be improved by advocating for the need to implement quality standards, ensuring sustainable funding for interventions, and providing education and training.

Keywords: quality standards, implementation, drug demand reduction, alcohol, drugs, Europe

■ Recibido: Octubre de 2022; Aceptado: Mayo 2023.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Katarina Serdar. Laboratory for Prevention Research, Department of Behaviour Disorders, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences, University of Zagreb. Borongajska cesta 83f, Zagreb, 10000, Croatia. E-mail: katarina.serdar@erf.unizg.hr

n décadas recientes, investigadores, profesionales y formuladores de políticas han reconocido la importancia de las intervenciones efectivas de reducción de la demanda de drogas (DDR). El principal documento estratégico europeo en este campo, la Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga 2013-2020 (Consejo de la Unión Europea, 2012) identificó dos campos políticos: la DDR y la reducción de la oferta de droga. La DDR se describió como una gama de medidas igualmente importantes: prevención (ambiental, universal, selectiva e indicada), detección e intervención tempranas, reducción de riesgos y perjuicios, tratamiento, rehabilitación, reinserción social y restablecimiento. Estas medidas tienen como objetivo contribuir a la reducción del consumo de drogas ilícitas, retrasar la edad de inicio y prevenir y reducir el consumo problemático de drogas, la dependencia y los riesgos y daños sanitarios y sociales asociados. Mientras tanto, la Estrategia de la UE sobre drogas 2021-2025 recientemente adoptada (Consejo de la Unión Europea, 2020) hizo una distinción entre la DDR y las actividades de reducción de daños e implementó un cambio en las prioridades. Se identificaron tres ámbitos: I. Reducción de la oferta de drogas: mejora de la seguridad, II. Reducción de la demanda de drogas: servicios de prevención, tratamiento y asistencia y III. Afrontamiento de los daños relacionados con las drogas. Los objetivos del ámbito de la DDR se mantuvieron igual que en el documento mencionado anteriormente, con la excepción de que los riesgos y daños relacionados con las drogas se presentaron por separado. En ese contexto, abordar los daños relacionados con las drogas se centra en medidas y políticas de prevención o reducción de los posibles riesgos y daños para la salud y la sociedad para diversos grupos objetivo, como los usuarios, la sociedad y los entornos penitenciarios. Se convirtieron en ámbitos prioritarias las intervenciones y medidas de reducción de riesgos y daños para proteger y apoyar a las personas que consumen drogas (como la prevención de enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas, la prevención de sobredosis y muertes relacionadas con las drogas, la promoción de la organización de la sociedad civil y la facilitación de financiación sostenible, y la oferta de alternativas a las sanciones coercitivas).

Ambas estrategias sobre drogas de la UE (Consejo de la Unión Europea, 2012, 2020) destacan la importancia de implementar normas de calidad (QS) como una forma de mejorar la calidad de los servicios relacionados con las drogas y de acortar distancias entre la ciencia y la práctica (Consejo de la Unión Europea 2012, 2020). Diversos mecanismos de garantía de calidad (QA) y control de calidad deben garantizar la calidad de la prevención, el tratamiento y la reducción de daños de las drogas, y las Normas de calidad (QS) se consideran una de las herramientas cruciales en este proceso (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías [EMCDDA], 2011a; Ferri et al.,

2018). Las QS brindan orientación sobre los principios y las reglas generales que deben guiar la implementación de intervenciones y prácticas recomendadas (Brunsson y Jacobsson, 2000; según Ferri y Bo, 2012). Algunos ejemplos de QS, en base a las normas mínimas de calidad del Consejo de la Unión Europea, incluyen las siguientes recomendaciones: «Las intervenciones de prevención forman parte de un plan de prevención coherente a largo plazo, se supervisan convenientemente de forma continua permitiendo los ajustes necesarios, se evalúan y sus resultados se difunden con el fin de aprender de las experiencias nuevas»; «Las medidas de reducción de riesgos y daños, que incluyen medidas relacionadas con enfermedades infecciosas y muertes relacionadas con las drogas, tienen objetivos realistas, son ampliamente accesibles y se adaptan a las necesidades de las poblaciones objetivo»; "Las intervenciones y los servicios de tratamiento e integración social se basan en el consentimiento informado, están orientadas al paciente y respaldan su capacidad de decisión» (Consejo de la Unión Europea, 2015: 4-6).

Se han relacionado varios beneficios con la implementación de las QS, como reducir la brecha entre la evidencia disponible y la práctica, mejorar la calidad de la prestación del servicio, aumentar la transparencia hacia los usuarios del servicio y la sociedad civil, y facilitar la evaluación y la retroalimentación (Autrique et al., 2016). Aunque las QS son aspiracionales (Organización Mundial de la Salud [OMS] y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2020) y deben verse como principios rectores (EMCDDA, 2014), es importante garantizar una implementación adecuada (Ferri y Bo, 2012). Las QS promueven la calidad traduciendo el conocimiento en práctica e incluyendo a todas las partes interesadas relevantes en el proceso de implementación, lo que facilita la implementación exitosa de las QS (Ferri y Griffiths, 2021).

Las normas de calidad responden de manera diferente a las intervenciones, los servicios y las personas (Burkhart, 2015) y pueden estar destinadas a las partes interesadas involucradas en diversas fases del desarrollo de la intervención, como la planificación, la obtención de financiación, la implementación, el monitoreo y la evaluación. Las QS pueden tener relación con aspectos relativos al contenido, aspectos procesuales o estructurales de la QA (EMCDDA, 2017a), lo que dota al proceso de implementación de considerable complejidad y dificultad.

En años recientes, se ha desarrollado una amplia gama de QS internacionales en el área de la DDR, como los Estándares de calidad europeos para la prevención de adicciones (EDPQS) (OEDT, 2011b), los Estándares mínimos de calidad en reducción de la demanda de drogas para la Unión Europea (EQUS) (Schaub et al., 2013; Uchtenhagen y Schaub, 2011), las conclusiones del Consejo de la UE sobre Normas mínimas de calidad en la reducción de la demanda de droga (MQS) (Consejo de la Unión Europea,

2015), las Normas internacionales para la prevención del uso de drogas de la UNODC/OMS (UNODC y OMS, 2018), y las Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas de la OMS/UNODC (OMS y UNODC, 2020). Otras normas son más temáticas y se refieren a intervenciones específicas (p. ej., normas y objetivos de las comunidades terapéuticas (Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas, s.f.) o se limitan a un país o región específicos. Una descripción general anterior de la QA en la DDR en Europa (Ferri et al., 2018) señaló que, aunque las intervenciones basadas en evidencia son cada vez más aceptables, los problemas de implementación no se han abordado de manera suficiente. A menudo, las QS no son vinculantes para los gobiernos nacionales y presentan la voluntad política de una determinada comunidad para abordar intervenciones con un enfoque basado en evidencia (Ferri y Griffiths, 2021). También supone un desafío la adopción de las QS debido a la gran heterogeneidad de las intervenciones y los servicios, así como a la diversidad de las partes interesadas involucradas (Autrique et al., 2016). Varios factores identificados que contribuyen a la implementación exitosa de las QS son el consenso de expertos, la capacitación, la acreditación, la certificación y la evaluación de si los proveedores comprenden o no la lógica subyacente (EMCDDA, 2012, 2014). La complejidad de los factores antes mencionados conduce a variaciones en la implementación de las QS entre y dentro de los países, así como entre áreas de la DDR (EMCDDA, 2022).

A pesar de que una amplia gama de investigadores, expertos y responsables políticos han reconocido que las QS son una importante herramienta de garantía de calidad, hay poca información disponible sobre el grado de implementación y los factores locales que la afectan de manera positiva o negativa (EMCDDA, 2022). Además de tener una imagen más clara de la implementación de las QS, también es importante comprender los factores que facilitan o dificultan el proceso de implementación. Una comprensión de estos factores podría ayudar a mejorar la calidad de la prestación de servicios, aumentar el grado en que se implementan las QS en la práctica diaria, mejorar la rendición de cuentas y crear garantías mínimas de calidad entre y dentro de los países. Por tanto, este artículo tiene como objetivo describir la situación de la implementación de normas de calidad por áreas de la DDR -prevención, tratamiento/reinserción social y reducción de daños- e identificar barreras, necesidades y desafíos en la implementación de las QS en Europa.

Métodos

Participantes y procedimiento

Este estudio se llevó a cabo entre junio y noviembre de 2021 como parte del proyecto Further ENhancing the Implementation of Quality Standards in drug demand reduc-

tion across Europe (FENIQS-EU) cuyo objetivo es mejorar la implementación de las QS en la DDR en Europa, y potenciar más servicios, organizaciones y países que apliquen las QS en la práctica diaria. Para lograr estos objetivos, se empleó una metodología diversa.

Primero, se consultaron los informes nacionales sobre drogas (EMCDDA, 2019) y los libros de trabajo de buenas prácticas de los países (EMCDDA, 2020) para identificar las iniciativas de QS disponibles en la Unión Europea (UE) y el Reino Unido (R. U.). Además, con el apoyo del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), se identificaron informantes clave (las personas con mayor conocimiento sobre la implementación nacional de las QS) de los Puntos Focales Nacionales de la REITOX del EMCDDA.

Segundo, se configuró una encuesta en línea en tres versiones: prevención, tratamiento/reinserción social, reducción de daños. Cabe señalar que la reducción de daños se incluyó en el ámbito de la DDR según la Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga 2013-2020, dado que la actualización 2021-2025 no estaba disponible en el momento de la presentación del proyecto a la autoridad de financiación en 2019. Las preguntas incluidas en la encuesta en línea se centraron en el uso de las QS (si las QS se están implementado o no en el país), en caso afirmativo, el grado de implementación de las QS, la cobertura de las MQS (Consejo de la Unión Europea, 2015), las principales razones para la implementación, los desafíos y las barreras para la implementación, las necesidades de apoyo y los ejemplos de buenas prácticas de implementación de las QS. Además, los participantes con los que se contactó pudieron recomendar otros informantes clave a los Puntos Focales Nacionales del EMCDDA, a quienes luego se les pidió la aportación de información sobre la implementación nacional de las QS. La encuesta en línea se administró mediante la herramienta Survey Monkey. Se envió a todos los informantes clave identificados un correo electrónico con un enlace a la encuesta. Tras una primera ola de la encuesta (entre el 10 de junio de 2021 y el 13 de septiembre de 2021), el limitado número de respuestas no permitió sacar conclusiones firmes. Para recopilar más información, los socios del proyecto y los miembros de la Junta Consultiva Internacional (JCI) identificaron informantes clave adicionales para las encuestas en línea (principalmente de Organizaciones No Gubernamentales [ONG] establecidas en el campo, otras instituciones relevantes del país y la comunidad académica), y se decidió lanzar una segunda ola de la encuesta (entre el 17 de septiembre de 2021 y el 15 de octubre de 2021), centrada en obtener información sobre países para los que se carecía de datos por completo o la ausencia de datos para algunas áreas de la DDR. Tercero, se realizaron entrevistas de seguimiento con informantes clave de países que confirmaron una implementación más amplia de las QS y que aceptaron participar. La idea era aprender más sobre la práctica de implementar las QS en diferentes países. Relacionado con eso, las entrevistas de seguimiento tuvieron como objetivo revisar el cumplimiento con las MQS, debatir la situación en los países desde una perspectiva histórica y crítica, y proporcionar información adicional sobre problemas específicos en torno a la implementación. Las entrevistas se realizaron mediante videoconferencia entre el 17 de septiembre de 2021 y el 24 de noviembre de 2021.

Todos los participantes eran representantes de los países (de los Puntos Focales Nacionales del EMCDDA) u otros informantes clave (recomendados por los expertos de los Puntos Focales Nacionales del EMCDDA para ser contactados) que pudieron proporcionar información sobre si las QS se están implementando o no en su país y, en caso afirmativo, aportar una descripción general del nivel de implementación de las QS en un área particular de la DDR, así como información sobre las necesidades, las barreras y los desafíos para la implementación de las QS. Aproximadamente 230 informantes clave fueron identificados y contactados en la Unión Europea (UE) y el Reino Unido (R. U.).

Tabla 1 Entrevistas de seguimiento realizadas

Prevención	Tratamiento/ reinserción social	Reducción de daños
Chipre	Austria	Croacia
Alemania	Bélgica	República Checa
Grecia	Francia	Dinamarca
Italia	Irlanda	Luxemburgo
Letonia	Italia	Portugal
Países Bajos	Lituania	Eslovaquia
Suecia	Luxemburgo	Eslovenia
Reino Unido	Países Bajos	Países Bajos
	Reino Unido	Reino Unido

Figura 1 *Número de encuestas completadas por país y por área de DDR*

Se completaron 91 encuestas y se recopilaron datos para 27 países. La mayoría de los participantes trabajan como expertos en el Punto Focal Nacional del EMCDDA y, en menor medida, en otras instituciones nacionales relevantes, ONG establecidas en el campo o instituciones académicas (universidades o institutos). La información sobre la implementación de las QS por área de la DDR fue la siguiente: encuestas de prevención (n = 35), tratamiento/reinserción social (n = 25) y reducción de daños (n = 31). La Figura 1 muestra el número de encuestas completadas por país y por área de la DDR.

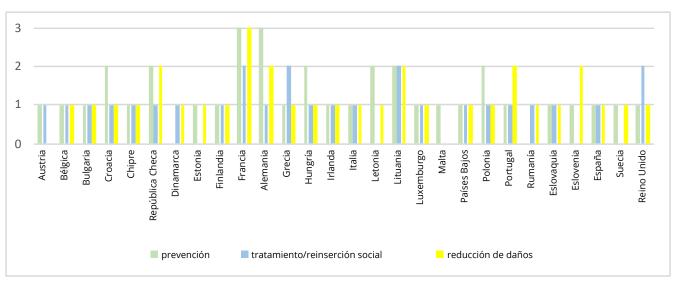
Se realizaron 26 entrevistas de seguimiento en total: 8 en el área de prevención, 9 en el área de tratamiento/reinserción social y 9 en el área de reducción de daños (Tabla 1). En tres países, se realizaron entrevistas de seguimiento con informante claves que informaron sobre tratamiento/reinserción social y reducción de daños.

El Comité de Ética de la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universidad de Ghent aprobó el estudio (no. de referencia 2021-101). Los participantes dieron su consentimiento para participar en la encuesta en línea después de que se les explicara los objetivos del estudio y antes de que se realizara la encuesta. Antes de participar en las entrevistas de seguimiento, los participantes recibieron una hoja de información y firmaron un formulario de consentimiento informado.

Instrumentos

Encuesta en línea en tres versiones: prevención, tratamiento/reinserción social, reducción de daños

La encuesta (60 preguntas) tuvo como objetivo recopilar información sobre el grado de implementación de algunas de las QS internacionales recientes además de sobre la implementación nacional de las QS en cada país. La encuesta fue anónima, aunque los participantes podían proporcio-



nar información de contacto y revelar su identidad. Las preguntas de la encuesta se centraron en los antecedentes profesionales de los participantes del estudio (p. ej., afiliación, puesto profesional, años de experiencia), aunque estas preguntas no eran obligatorias. Un segundo apartado evaluó la implementación de algunas de las QS ampliamente conocidas para todas las áreas específicas de la DDR:

- 1. Normas mínimas de calidad de la UE para las intervenciones de la DDR (MQS) (Consejo de la Unión Europea, 2015) todas las áreas de DDR.
- 2. Normas mínimas de calidad europeas para la DDR (EQUS) (Uchtenhagen y Schaub, 2011) –todas las áreas de DDR.
- Normas de calidad europeas para la prevención de adicciones (EDPQS) (EMCDDA, 2011b) –prevención.
- 4. Normas internacionales para la prevención del uso de drogas de la UNODC/OMS (UNODC y OMS, 2018) prevención.
- 5. Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas de la UNODC/OMS (OMS y UNODC, 2020) – tratamiento/reinserción social, reducción de daños.
- 6. Normas y objetivos de las comunidades terapéuticas (Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas, s.f.) tratamiento/reinserción social.

Los encuestados proporcionaron la siguiente información sobre la implementación de cada QS en sus países: área de la DDR, adopción (sí/no), período de implementación, nivel territorial de implementación de las QS (nacional, regional [p. ej., estado o condado], local [p. ej., ciudad o comunidad local]), ámbitos de implementación de las QS (salud, bienestar social, aplicación de las leyes, justicia, educación, otros) y evaluación del grado de implementación de las QS (sí, totalmente; sí, en cierta medida). Los participantes también pudieron indicar la adopción de otras QS nacionales o internacionales implementadas en su país en cualquier área de la DDR.

El último apartado incluyó preguntas que abordaban las barreras, las necesidades y los desafíos en la implementación de las QS. Además, los participantes pudieron mencionar ejemplos de prácticas inspiradoras de implementación de las QS en su país y describirlas brevemente. Al final de la encuesta, también pudieron recomendar a otros informantes clave en su país e indicar si estaban o no dispuestos a participar en una entrevista de seguimiento.

Entrevistas de seguimiento

La entrevista fue semiestructurada (duración aproximada de 30 minutos). Se pidió a los encuestados que describieran el proceso de implementación de las QS, identificaran los factores que respaldan el proceso de implementación de las QS (fortalezas) e identificaran los desafíos o las barreras para implementar las QS en sus países. También se pregun-

tó a los encuestados acerca de su percepción sobre la implementación de las QS en los próximos dos años en sus países.

Análisis de datos

Para analizar los datos recopilados a través de la encuesta en línea, se utilizó estadística descriptiva para determinar las características de la muestra y evaluar la implementación de las QS por áreas de la DDR. Todos los análisis se realizaron con SPSS 21.0 (IBM, Armonk, NY, EE. UU.). Los datos de las entrevistas y las respuestas a las preguntas abiertas se analizaron mediante un enfoque inductivo del análisis temático, un método para analizar e identificar patrones de datos (Braun y Clarke, 2021; Joffe, 2011). Este tipo de análisis se consideró más apropiado para captar el objetivo del estudio sin limitarse a una teoría a priori. Se releyeron las preguntas abiertas de la encuesta en línea, se tomaron notas y se desarrolló una estructura de codificación preliminar conforme al objetivo del estudio. Se transcribieron las entrevistas de seguimiento, se tomaron notas y luego fueron codificadas por los investigadores. El proceso de codificación fue realizado de forma independiente por tres investigadores, y luego las áreas clave se discutieron entre ellos y se agruparon en temas clave.

Resultados

Implementación de las normas de calidad por áreas - prevención, tratamiento/reinserción social y reducción de daños

En el área de prevención, nueve (9) informantes clave brindaron una visión general de la implementación de las QS a nivel local, nueve (9) a nivel regional y treinta y cuatro (34) a nivel nacional. En el área de tratamiento/reinserción social, seis (6) informantes clave brindaron una descripción general de la implementación de las QS a nivel local, siete (7) a nivel regional y veinticinco (25) a nivel nacional. Seis (6) informantes clave en el área de reducción de daños brindaron una descripción general de la implementación de las QS a nivel local, tres (3) a nivel regional y veintisiete (27) a nivel nacional.

Figura 2 *Número de países que implementan las QS en el área de prevención (N = 35)*

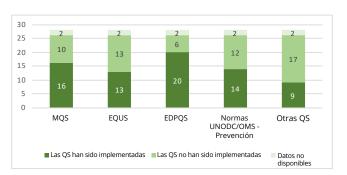


Figura 3 Número de países que implementan las QS en el área de tratamiento/reinserción social (N = 25)

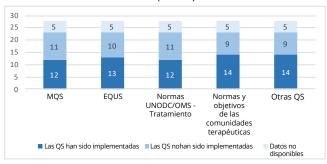
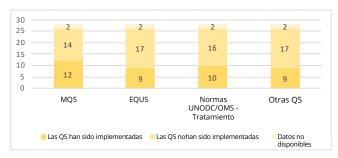


Figura 4 Número de países que implementan las QS en el área de reducción de daños (N = 31)



Con respecto a la implementación de las QS en el área de prevención, la mayoría de los países ha implementado los estándares EDPQS (n = 20), seguidos por las MQS, los EQUS y las Normas internacionales para la prevención del uso de drogas de la UNODC/OMS. Nueve (9) países han adoptado otras normas, en su mayoría QS nacionales. Los datos sobre prevención no están disponibles para dos (2) países: Dinamarca y Rumanía. La Figura 2 muestra el número de países que implementa varias QS internacionales en el área de prevención. Los informantes clave informaron que la mayoría de las QS se han implementado en el sector de la salud, seguido por los de educación, bienestar social y aplicación de las leyes. La implementación de las QS es menos común en el ámbito de la justicia.

Los informantes clave en el área de tratamiento/reinserción social de trece (13) países declararon haber implementado los estándares EQUS y doce (12) mencionaron la implementación de las MQS y las Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas. Aunque limitado a un tipo específico de servicios, 14 países hacen referencia a la implementación de las Normas y objetivos de las comunidades terapéuticas y otras QS nacionales. No hay datos disponibles para cinco (5) países: Estonia, Letonia, Malta, Eslovenia y Suecia. La Figura 3 muestra el número de países que implementan las QS internacionales en el área de tratamiento/reinserción social.

En términos de ámbitos de políticas, en cada país se han implementado las QS principalmente en los campos de salud y bienestar social, seguidos por educación, justicia y aplicación de las leyes.

En el área de reducción de daños, informantes clave de 12 países afirmaron que se han implementado los estándares EQUS y otras QS (principalmente nacionales), mientras que las Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas y las MQS se aplican en menor medida. No hay datos disponibles para dos (2) países: Austria y Malta. La mayoría de las QS para los servicios de reducción de daños se implementan en los ámbitos de salud y bienestar social, seguido por los de aplicación de las leyes y justicia. La Figura 4 muestra el número de países que implementan las QS internacionales en el ámbito de la reducción de daños.

Necesidades, barreras y desafíos en la implementación de las QS

Mediante un análisis temático, se identificaron diferentes temas en torno a los tres principales (Tabla 2).

Tabla 2
Temas identificados: preguntas abiertas y entrevistas de seguimiento (análisis temático)

Áreas	Temas
Necesidades	Obligatoriedad de las QS
	Recursos (materiales, formación, recursos humanos, finanzas, infraestructura)
	Apoyo en todos los niveles (políticos, tomadores de decisiones, organizaciones internacionales)
	Importancia no reconocida de la evaluación y el monitoreo
Desafíos y	Falta de financiación
barreras	Importancia no reconocida de la evaluación
	Competencias y puestos de los profesionales
	Fragmentación e inercia del sistema
Factores de	Materiales y formación
apoyo	Soporte y trabajo en red

Área 1. Necesidades de implementación de las QS

Según los encuestados, el desarrollo y la adopción de las *QS obligatorias* para diferentes sistemas de servicios sociales y de salud es una necesidad reconocida en relación a la implementación de las *QS*. En la mayoría de los países, no es obligatorio implementar las *QS*. También se reconoce la necesidad del uso de documentos estratégicos para la implementación de las *QS*, así como el uso más sistemático de los estándares existentes. Es más, en algunos países existe la necesidad de trabajar en la armonización de las *QS* existentes e incluir el uso de las *QS* como criterio de financiación.

«En [el país X] no existe una única norma que todos deban aplicar, y cada uno puede inventar la suya propia». (prevención)

Los materiales y la formación, las personas, los aspectos económicos y la infraestructura se mencionan como *recursos* necesarios a tener en cuenta al implementar las QS. La educación y formación deben ser continuas y sistemáticas y deben incluir el fortalecimiento y el desarrollo de habilidades de promoción. Además, los materiales y las directrices de las QS deben ser accesibles, visibles y fáciles de usar.

«Brindar formación a profesionales y crear la base de estándares mínimos de obligado cumplimiento como criterio para la obtención de financiamiento». (reducción de daños)

Los informantes clave afirmaron que se necesita un mayor apoyo político en todos los niveles. Son necesarios la voluntad y el apoyo políticos para reconocer la importancia de las QS y para implementarlas con efectividad. Además, los informantes clave reconocieron la necesidad de colaboración entre las partes interesadas y de cooperación con organizaciones internacionales. Para brindar apoyo a la implementación de las QS, algunos informantes clave creen que es necesario establecer una institución específica (p. ej., asesoramiento previo a la certificación, auditoría de desarrollo, metodólogos y consultores de calidad) y organizaciones científicas que promuevan la implementación de las QS a nivel nacional.

«...Es necesario abogar por la prevención efectiva y la aplicación de normas entre los políticos. Además, el sector de las ONG debe fomentar la importancia de la prevención, aunque los resultados no sean visibles de inmediato». (prevención)

Algunos informantes clave indicaron que la *importancia de servicios de evaluación y monitoreo* prestados en todas las áreas de la DDR *carecen de suficiente reconocimiento*. Esto plantea la necesidad de una evaluación continua y el desarrollo de un sistema de evaluación eficaz.

«No existe una cultura de evaluación de las intervenciones realizadas, no solo en la prevención del uso de drogas sino en la prevención en general». (prevención)

Área 2. Desafíos y barreras relacionadas con la implementación de las QS

La financiación insuficiente y discontinua se consideró un desafío o una barrera por los encuestados en todas las áreas de la DDR. Para la prevención, por ejemplo, algunos informantes clave indicaron que la financiación continuada es inexistente para la prevención y que las ONG ejecutan sus actividades principalmente sobre la base de convocatorias de propuestas de distintos ministerios. Respecto de la financiación, los informantes clave señalaron que el trabajo de los profesionales está mal recompensado. En el área de reducción de daños, se reconoce como un desafío la creación de financiación segura y estable para los servicios.

«No hay financiación para la reducción de daños; por tanto, no existen las QS». (reducción de daños)

La importancia no reconocida de la evaluación también se identificó como un desafío o barrera, ya que algunos países no ven la necesidad y el valor de la evaluación, independientemente del área de la DDR. «[Lo que falta es] una evaluación continua durante el tratamiento y la adopción flexible de estrategias para potenciarla». (tratamiento/reinserción social)

Numerosos desafíos y barreras afectan a la competencia y la posición de los profesionales. En algunos países, hay una falta de trabajo de prevención o falta de apoyo a los trabajadores de prevención, en particular respecto de la evaluación de estos programas. Desde la perspectiva de algunos informantes clave, los EDPQS se percibían como un proceso demasiado burocrático. La débil posición de las asociaciones profesionales también se consideró un desafío. En algunas áreas de la DDR, los profesionales están abandonando el campo y, como resultado, otros tienen una carga de trabajo abrumadora.

«Personal sobrecargado de trabajo. No tienen tiempo ni energía para invertir en su conocimiento sobre cómo implementar las QS. La mayoría de los trabajadores sociales carece de tiempo y recursos para participar en las conferencias o en nuevas formaciones. [...] El presupuesto está asegurado para actividades con clientes, no para un mayor desarrollo profesional». (reducción de daños)

También se identificaron la fragmentación e inercia del sistema como un reto importante. En algunos países, las instituciones responsables de prevención no comparten una visión común de las intervenciones basadas en evidencia y la importancia de las QS. Los informantes clave señalaron que distintas autoridades están a cargo y que es necesario aclarar quién es responsable de la difusión de las QS. En el área de tratamiento, la principal barrera es la disponibilidad del tratamiento (en un plazo temporal razonable). Los sistemas son lentos e inflexibles para adaptarse a nuevos descubrimientos y carecen de un buen vínculo con la planificación a largo plazo. La dicotomía entre la abstinencia y los servicios orientados a la reducción de daños es uno de los mayores desafíos para el tratamiento/reducción de daños desde la perspectiva del informante clave.

«El sistema es muy lento para adaptarse a los nuevos desarrollos». (tratamiento/reinserción social)

Área 3. Factores que apoyan la implementación de las QS

Los informantes clave indicaron que los principales factores que apoyan el proceso de implementación de las QS son la existencia de *materiales y entrenamientos adecuados*. Algunos señalaron la necesidad de educación y formación continuas y la disponibilidad y difusión del conocimiento científico. La disponibilidad de materiales de la QS en el idioma nacional también es uno de los factores importantes que pueden influir en la implementación de las QS. Las QS debe ser accesibles, visibles y adoptadas por diferentes sectores y disciplinas. Según los encuestados, los profesionales deben tener habilidades de promoción, centrarse en la calidad y el usuario del servicio e invertir continuamente en educación y conocimiento.

«[Es muy importante] incorporar con mayor efectividad el desarrollo profesional y la educación dentro de las trayectorias y carreras profesionales existentes». (prevención)

También se consideran importantes factores de apoyo un suficiente apoyo y trabajo en red. La implementación de las QS requiere el apoyo de ministros, gobiernos y tomadores de decisiones en todos los niveles, pero también de la comunidad académica; además, es necesaria la colaboración intersectorial. Los expertos con gran conocimiento de las QS deben abogar entre los encargados de formular políticas y tomar decisiones para mejorar la implementación de las QS.

«La disponibilidad y visibilidad de las QS es muy importante (un buen sitio web, promoción y publicidad sobre las QS, comunicación)». (tratamiento/reinserción social/reducción de daños)

En algunos casos, los factores de apoyo varían según el área de la DDR. Algunos informantes clave reconocieron la existencia de una ley de prevención y un plan nacional de prevención como factores que respaldan la implementación de las QS, mientras que otros mencionaron el tratamiento basado en evidencia realizado por especialistas altamente cualificados y la regulación del tratamiento mediante formación profesional. Los expertos en reducción de daños enfatizaron la importancia de contar con un documento estratégico.

Discusión

Los resultados de este estudio muestran que las QS solo se implementan en la mitad o dos tercios de los países de la UE y la implementación de las QS varía considerablemente entre áreas de la DDR. Las necesidades de implementación con respecto a las QS se describieron en términos de implementación obligatoria de las QS, recursos y apoyo necesarios y necesidades de seguimiento y evaluación. Como principales desafíos y barreras para la implementación, se mencionaron la falta de financiación, la importancia no reconocida de la evaluación, las competencias de los profesionales y los tomadores de decisiones y la fragmentación del sistema. Por último, los informantes clave mencionaron como factores de apoyo para la implementación de las QS la disponibilidad de materiales y formación además de apoyo y redes.

En los últimos años, se ha aceptado que los servicios de la DDR deben proporcionar intervenciones basadas en evidencia; también se ha prestado mayor atención a la calidad de los servicios ofrecidos (EMCDDA, 2021a). El Plan de acción de la UE sobre drogas 2021-2025 considera la adopción de las QS como una de sus líneas estratégicas centrales para mejorar el valor y la eficacia de los programas, las prácticas y las políticas sobre drogas. La mayoría de los países europeos, aunque no todos, parecen haber implementado los EQUS y las MQS; no hay datos disponibles para algunos países. La prevención es un área de la DDR que está implementando la QS en mayor medida. En esta

área, los EDPQS son los estándares más utilizados, mientras que en el área de tratamiento/rehabilitación social se han implementado estándares específicos (p. ej., las normas de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas o normas QS nacionales y específicas del sector). En el área de reducción de daños, los informantes clave indicaron que algunos países adoptan las MQS, pero vale la pena señalar que las QS se adoptan en menor medida en comparación con las áreas de prevención y tratamiento. Este hallazgo es coherente con la falta de datos de monitoreo fiables sobre la calidad de las intervenciones y la implementación de servicios, como ya se ha observado anteriormente en el área de reducción de daños (Larney et al., 2017; Petersen et al., 2013; Schaub et al., 2013). En respuesta a esto, ya se ha publicado una propuesta de varios indicadores potenciales (p. ej., jeringas/persona que se invecta drogas/año) (Wiessing et al., 2017), pero todavía son necesarios estudios piloto sobre su viabilidad y aplicabilidad para monitorear los servicios de reducción de daños. Junto con las MQS, dichos indicadores pueden ser útiles para disuadir a los servicios de utilizar sus propias normas e indicadores.

Los mecanismos a través de los cuales se puede mejorar la implementación de las QS plantean varios desafíos, en particular para los profesionales de la salud. La mayoría de los informantes clave señaló que la no obligatoriedad -sino voluntariedad- de las QS en algunos países supone una barrera que puede comprometer la implementación de las QS en áreas de la DDR, algo también confirmado por otros autores (Ferri y Griffiths, 2021). La voluntariedad puede explicar la falta de información sobre varios países (p. ej., Suecia, Malta) y puede explicarse, a la vez, por la ausencia de sistemas de acreditación (una forma de garantía de calidad) que generalmente se implementa a nivel nacional. De forma similar, para muchos países, los informantes clave aportaron datos principalmente a nivel nacional, lo que sugiere que las QS pueden tener una escasa implementación o monitoreo a nivel local/regional. Hay algunos ejemplos de las QS como requisito previo para participar en programas financiados con fondos públicos (Ferri et al., 2018), un aspecto que también puede impulsar a las instituciones y los centros de tratamiento para el uso de sustancias a adoptar las QS.

Aparte de los sistemas de acreditación (es decir, las normas ISO), se pueden observar esfuerzos cada vez mayores para desarrollar herramientas de análisis de calidad de los servicios ofrecidos y garantizar la mejora continua basada en la evaluación de las prácticas existentes. La UNODC ha liderado una iniciativa en este ámbito (Busse et al., 2021) y se espera que todos los agentes —incluidos los participantes en la planificación, la financiación y el seguimiento— adopten los mecanismos adecuados para garantizar el cumplimiento de la implementación de las QS.

Otros aspectos que podrían comprometer la adopción de las QS se relacionan con el escaso reconocimiento de la importancia de la evaluación y la falta de una visión común basada en evidencia. El apoyo de los tomadores de decisiones y creadores de opiniones será fundamental para cambiar este escenario. En este sentido, los académicos desempeñan un papel importante, no solo en el avance del conocimiento sobre tratamiento e intervenciones basadas en evidencia, sino también en la promoción de la utilidad práctica de las QS (Fernandez Lynch et al., 2020). La evaluación se refiere a una recopilación sistemática de datos dentro de un servicio/programa específico, de modo que puedan utilizarse para mejorar los servicios existentes y tomar decisiones sobre las mejores prácticas. Un problema importante es el hecho de que la evaluación requiere algunas habilidades técnicas de las que suelen carecer los profesionales. En general, la evaluación y el monitoreo continuo se consideran complicados y requieren mucho tiempo. De hecho, se argumenta que la evaluación abarca las fases iniciales del desarrollo del programa, la evaluación del proceso y la evaluación del resultado (Rush, 2003). Esto último significa que la evaluación debe implementarse como una base consistente y continua para garantizar la eficiencia y la rentabilidad de los programas existentes (EMCDDA, 2017b, 2021b). Es importante que los presupuestos para la ejecución de prácticas de la DDR incluyan recursos monetarios para evaluación. Es entendible que la mayoría de los profesionales de la salud estén sujetos a una gran presión temporal y carga de trabajo. Por tanto, en la ausencia de una cultura de evaluación, lo que resulta en un insuficiente apoyo de la organización, no se espera que ocurra una evaluación de procesos o de resultados.

Los informantes clave indicaron que la aplicación obligatoria de las QS y la suficiencia de recursos (materiales, formación y recursos económicos) podrían acelerar la implementación de las QS, lo cual está respaldado en la literatura (Autrique et al., 2016; Campello et al., 2014). Es común que la falta de formación y educación se informen como desafíos para abogar por la implementación de las QS (Orte et al., 2020). El conocimiento también se relaciona con una «cultura de evaluación», lo que conlleva el reconocimiento de los esfuerzos continuos de monitoreo y evaluación en todas las áreas de trabajo. Por ejemplo, la encuesta de la Red Académica de Ciencia para la Prevención (SPAN, por sus siglas en inglés) realizada entre recursos humanos de prevención indicó que los bajos niveles de promoción de la prevención se deben, de hecho, a la formación, y que la escasez de fondos puede obstaculizar los sistemas de implementación efectivos (Ostaszewski et al., 2018). Varias iniciativas (Agwogie y Bryant, 2021; Henriques et al., 2019) centradas en aumentar el conocimiento y las habilidades de los recursos humanos en áreas de la DDR se han lanzado en programas universitarios y de educación continua, pero también están dirigidas a miembros de las fuerzas policiales y profesionales de la salud sobre una amplia variedad de temas (prevención, tratamiento e intervención temprana). Un ejemplo en Europa es el Currículo Europeo de Prevención (EUPC), un curso de formación sobre prevención basada en evidencia desarrollado para personas que trabajan en este ámbito, pero también para aquellas personas involucradas en decisiones, opiniones y políticas de prevención en Europa. Este curso de formación se imparte en 5 medios días (en línea) o 2 días (presencial) y se centra en la ciencia de la prevención, modelos teóricos, epidemiología, diferentes ámbitos de prevención (escolar, laboral, familiar, ambiental) y los fundamentos de evaluación de los programas de prevención. La viabilidad de implementar una formación para profesionales en el campo del uso de sustancias ha sido evaluada previamente. Agwogie y Bryant (2021) han proporcionado evidencia sobre la viabilidad de implementar un curso de formación de seis días (basado en el Currículo Europeo de Prevención [EUPC]) para 202 profesionales en el área de prevención del uso de sustancias. Entre otras cosas, los autores observaron la adquisición de conocimiento en la ciencia de la prevención basada en evidencia, intervenciones en políticas, habilidades y autoeficacia para comunicarse con las partes interesadas. En conjunto, los resultados sugieren que se puede mejorar aún más la implementación de las QS en todas las áreas y países de la DDR si se involucran a todos los tomadores de decisiones y creadores de opiniones relevantes. Se espera que la realización de cursos de formación para formadores, similares al programa EUPC en las áreas de tratamiento y reducción de daños, contribuya a una mayor implementación de las QS.

Los resultados presentados deben interpretarse en un contexto de diversas limitaciones. En primer lugar, el proceso de selección de informantes clave no se llevó a cabo de manera aleatoria, dada la ausencia de una visión general de los expertos de la QS por país y área de DDR. Además, el tamaño muestral de los participantes en el estudio es demasiado pequeño para permitir la generalización de los resultados a nivel nacional o de la UE y, posiblemente, no se llegó a algunos informantes clave importantes, lo que contribuyó a una representación desigual entre países y áreas de DDR. Aunque el criterio para seleccionar a los participantes fue la capacidad de aportar una visión general de la implementación nacional de las QS, la muestra de informantes clave fue heterogénea en cuanto a las instituciones representadas (puntos de contacto nacionales del EMCDDA, ONG, otras instituciones nacionales relevantes en el campo, comunidad académica). Otra limitación en lo que se refiere a las conclusiones fue el hecho de que algunos de los informantes clave informaron sobre la implementación de las QS solo en los casos en que las QS habían sido adoptadas formalmente en su país, lo que en algunos casos resultó en información contradictoria de informantes clave del mismo país. En segundo lugar, los hallazgos se basan en opiniones de expertos, pero una revisión de la evidencia de la implementación de las QS por parte de evaluadores externos (p. ej., grados de evidencia para la implementación real de unas QS específicas) puede haber proporcionado una valoración más precisa. Por último, el nivel de implementación de las QS no se pudo medir y los niveles de implementación para cada QS específica no se pueden determinar.

En conclusión, el Plan de acción de la UE sobre drogas 2021-2025 reconoce la relevancia de ofrecer servicios que tengan en cuenta las QS en la DDR. En este contexto, el proyecto FENIQS-UE recopiló datos importantes sobre la implementación de las QS a nivel europeo. Los hallazgos revelan que las QS no se adoptan de manera consistente en todas las áreas de DDR, ni se aplican ampliamente. Respecto de la implementación de las QS, los informantes clave en el área de prevención describieron escenarios mejores en comparación con las áreas de reducción de daños y tratamiento. Este hallazgo es preocupante, ya que sugiere que algunos servicios pueden desviarse de las prácticas basadas en evidencia. Varias barreras, como la falta de formación, la insuficiencia de recursos económicos insuficientes y la no obligatoriedad de implementación de las QS pueden comprometer la adopción de las QS. Este estudio identifica varios pasos para acelerar la implementación de las QS. Son necesarios más esfuerzos para abogar por la necesidad de implementar las QS. Las autoridades nacionales, especialmente a nivel local/regional, deben ser conscientes de la necesidad de exigir pruebas de implementación de las QS como requisito obligatorio para la financiación de proyectos. Para lograr este objetivo, es importante invertir en la formación de expertos locales; es decir, mejorar la educación y formación de los recursos humanos de la DDR y crear una cultura de evaluación continua. Otro paso importante para el futuro es aumentar la financiación para que se puedan firmar contratos a largo plazo para garantizar la sostenibilidad de la implementación de las QS.

Reconocimientos

Los autores desean agradecer al EMCDDA por las consultas y apoyo en la difusión de la encuesta en línea, las redes de socios del proyecto (Instituto europeo de estudios en prevención [IREFREA]), Centros europeos de tratamiento para la adicción a las drogas (Euro-TC), Correlation-Red europea de reducción de daños (C-EHRN), Federación europea de sociedades de toxicomanías [EUFAS]), así como a todos los participantes por su participación y colaboración sincera en este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de interés.

Ayudas económicas

El proyecto FENIQS-UE ha sido financiado por el Programa Justicia de la Unión Europea — Iniciativas de políticas

en la lucha contra las drogas. El contenido de este artículo representa únicamente los puntos de vista de los autores y es de su exclusiva responsabilidad. La Comisión Europea no se responsabiliza del uso que pueda hacerse de la información que contiene.

Referencias

- Agwogie, M. O. y Bryant, N. (2021). Implementing and evaluating the UPC to promote capacity building among drug demand reduction practitioners in Nigeria: Lessons learned and future directions. *Adiktologie*, 21 (4), 219–228. https://doi.org/10.35198/01-2021-004-0003
- Autrique, M., Demarest, I., Goethals, I., De Maeyer, J., Ansseau, M. y Vanderplasschen, W. (2016). Consensus building on minimal and ideal quality standards for prevention, treatment and harm reduction of substance use disorders (COMI-QS.BE). Ghent University. https://belspo.be/belspo/organisation/Publ/pub_ostc/Drug/rDR66summ_en.pdf
- Braun, V. y Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 328–352. https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238
- Burkhart, G. (2015). International standards in prevention: How to influence prevention systems by policy interventions? *International Journal of Prevention and Treatment of Substance Use Disorders*, *I*(3–4), 18. https://doi.org/10.4038/ijptsud.v1i3-4.7836
- Busse, A., Kashino, W., Krupchanka, D. y Saenz, E. (2021). Quality assurance in treatment for drug use disorders: Key quality standards for service appraisal. https://www.unodc.org/documents/OA OCTOBER 2021.pdf
- Campello, G., Sloboda, Z., Heikkil, H. y Brotherhood A. (2014). International standards on drug use prevention: The future of drug use prevention world-wide. *International Journal of Prevention and Treatment of Substance Use Disorders*, 1(2), 6. https://doi.org/10.4038/ijptsud.v1i2.7687
- Council of the European Union (2012). EU Drugs Strategy 2013-2020. Official Journal of the European Union. https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2012:402:0001:0010:en:PDF
- Council of the European Union (2015). Council conclusions on the implementation of the EU Action Plan on Drugs 2013-2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union (Document 11985/15). Council of the European Union. https://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/council-conclusions-implementation-eu-action-plan-drugs-2013-2016-regarding-minimum-quality-standards-drug-demand-reduction-european-union_en
- Council of the European Union (2020). *EU Drugs Strategy* 2021-2025. Council of the European Union. https://www.consilium.europa.eu/media/49194/eu-drugs-strategy-booklet.pdf

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2011a). Guidelines for the treatment of drug dependence: A European perspective. Publications Office of the European Union. https://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/treatment-guidelines_en
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2011b). European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals. Publications Office of the European Union. https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards_en
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2012). Guidelines for the evaluation of drug prevention: A manual for programme planners and evaluators, second edition. Publication Office of the European Union. https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention_update_en
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2014). *Therapeutic communities for treating addictions in Europe*. Publications Office of the European Union. https://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/therapeutic-communities_en
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2017a). Health and social responses to drug problems: A European guide. Publications Office of the European Union. https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/health-and-social-responses-to-drug-problems-a-european-guide_en
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2017b). Evaluating drug policy: A seven-step guide to support the commissioning and managing of evaluations. Publications Office of the European Union. https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/evaluating-drug-policy_en
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2019). Country drug reports. https://www.emcdda.europa.eu/publications-seriestype/country-drug-report_en
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2020). Countries' Best practice workbooks (internal documents).
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2021a). Action framework for developing and implementing health and social responses to drug problems. https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/action-framework-for-developing-and-implementing-health-and-social-responses-to-drug-problems_en
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2021b). Implementing quality standards for drug services and systems: A six-step guide to support quality assurance, Publications Office of the European Union. https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/implementing-quality-standards-drug-services-and-systems-six-step-guide-support-quality-assurance_en

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2022). *Country overviews*. www.emcdda. europa.eu/countries.
- Fernandez Lynch, H., Bateman-House, A. y Rivera, S. M. (2020). Academic advocacy: Opportunities to influence health and science policy under U.s. lobbying law. Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges, 95(1), 44–51. https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000003037
- Ferri, M. y Bo, A. (2012). Drug demand reduction: global evidence for local action, drugs in focus briefings from the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Publications Office of the European Union. https://www.emcdda.europa.eu/publications/drugs-in-focus/best-practice_en
- Ferri, M., Dias, S., Bo, A., Ballotta, D., Simon, R. y Carrá, G. (2018). Quality assurance in drug demand reduction in European countries: An overview. *Drugs (Abingdon, England)*, 25(2), 198–204. https://doi.org/10.1080/09687637.2016.1236904
- Ferri, M. y Griffiths, P. (2021). Good practice and quality standards. En N. el-Guebaly, G. Carrà, M. Galanter y A. Baldacchino (Eds.), *Textbook of Addiction Treatment: Interna*tional perspectives (2nd ed.) (pp. 783-799). Springer.
- Henriques, S., Broughton, N., Teixeira, A., Burkhart, G. y Miovský, M. (2019). Building a framework based on European quality standards for prevention and e-learning to evaluate online training courses in prevention. *Adiktologie*, 19(3), 153–161. https://doi.org/10.35198/01-2019-003-0004
- Joffe, H. (2011). Thematic analysis. En D. Harper y A. R. Thompson (Eds.), *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy: A guide for Students and Practitioners* (pp. 210–223). John Wiley & Sons, Ltd.
- Larney, S., Peacock, A., Leung, J., Colledge, S., Hickman, M., Vickerman, P., Grebely, J., Dumchev, K. V., Griffiths, P., Hines, L., Cunningham, E. B., Mattick, R. P., Lynskey, M., Marsden, J., Strang, J., y Degenhardt, L. (2017). Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: A systematic review. *The Lancet. Global Health*, 5(12), e1208–e1220. https://doi.org/10.1016/s2214-109x(17)30373-x
- Orte, C., Coone, A., Amer, J., Gomila, M. A. y Pascual, B. (2020). Evidence-based practice and training needs in drug prevention: The interest and viability of the European prevention curriculum in prevention training in Spain. *Adiktologie*, 20(1-2), 37-46. https://doi.org/10.35198/01-2020-001-0003
- Ostaszewski, K., Ferić, M., Foxcroft, D. R., Košir, M., Kranželić, V., Mihić, J., Novak M., Pisarska A. y Talić, S. (2018). European prevention workforce competences and training needs: An exploratory study. *Adiktologie*, 18(1), 7–15.

- Petersen, Z., Myers, B., van Hout, M.-C., Plüddemann, A. y Parry, C. (2013). Availability of HIV prevention and treatment services for people who inject drugs: Findings from 21 countries. *Harm Reduction Journal*, 10(1), 13. https://doi.org/10.1186/1477-7517-10-13
- Rush, B. (2003). The evaluation of treatment services and systems for substance use disorders. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 25(3), 393–411. https://doi.org/10.1590/s0101-81082003000300002
- Schaub, M. P., Uchtenhagen, A. y EQUS Expert Group. (2013). Building a European consensus on minimum quality standards for drug treatment, rehabilitation and harm reduction. *European Addiction Research*, 19(6), 314–324. https://doi.org/10.1159/000350740
- Uchtenhagen, A. y Schaub, M. (2011). Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction EQUS: Final Report. Zurich University, Research Institute for Public Health and Addiction. https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/e83f98c2-4523-4e13-a5c0-caf25d12c6f1
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) y World Health Organization (WHO). (2018). *International Standards on Drug Use Prevention, Second updated edition*. UNDOC/WHO. https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html
- Wiessing, L., EUBEST working group, Ferri, M., Běláčková, V., Carrieri, P., Friedman, S. R., Folch, C., Dolan, K., Galvin, B., Vickerman, P., Lazarus, J. V., Mravčík, V., Kretzschmar, M., Sypsa, V., Sarasa-Renedo, A., Uusküla, A., Paraskevis, D., Mendão, L., Rossi, D., ... Griffiths, P. (2017). Monitoring quality and coverage of harm reduction services for people who use drugs: A consensus study. *Harm Reduction Journal*, 14(1). https://doi.org/10.1186/s12954-017-0141-6
- World Health Organization (WHO) y United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2020). International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders, Revised edition incorporating results of field-testing. World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime. https://apps.who.int/iris/handle/10665/331635
- World Federation of Therapeutic Communities (n.d.). Standards and Goals of Therapeutic Communities. http://wftc.org/wps/78-2/



ADICCIONES2024 ■ VOL. 36 ■ N. 4 ■ PÁGS. 371-378

ADICCIONES

2024
VOL.36 N.4

www.adicciones.es

ORIGINAL

Influencia del nivel de estudios en la prevalencia de conductas de riesgo durante el periodo perinatal

Influence of educational level on the prevalence of risk behaviors during the perinatal period

Andrea Vila-Farinas*; Leonor Varela-Lema*,**,***; Jessica Rial-Vázquez*,****; María Isolina Santiago-Pérez****; Cristina Candal-Pedreira *,***; Julia Rey-Brandariz*; Carla Guerra-Tort*; Lucía Martín-Gisbert*,***; Alberto Ruano-Ravina *,**,***; Mónica Pérez-Ríos *,**,***.

- * Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, España.
- ** CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). España.
- *** Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS). Santiago de Compostela, España.
- **** Departamento de Educación Física y deportiva, Facultad de Ciencias del Deporte y Educación Física, Universidad de A Coruña, A Coruña, España.
- ***** Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, A Coruña, España.

Resumen

El objetivo de este trabajo fue valorar cambios durante el embarazo y tras el parto en la dieta, consumo de tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, cannabis y exposición al humo ambiental de tabaco en función del nivel de estudios de la madre. Para ello, se llevó a cabo un estudio transversal cuya población objetivo fueron 18.822 mujeres gallegas de 18-49 años que dieron a luz entre septiembre 2015 y agosto 2016, y sus 19.204 hijos/as nacidos vivos. Se realizó un análisis descriptivo y se estimó la prevalencia de diferentes conductas en tres momentos temporales —pre-embarazo, embarazo y tras el parto— en función del nivel de estudios de la madre. Se calcularon los porcentajes de cambio.

Se obtuvo información de 6.436 mujeres. Con independencia del nivel de estudios, durante el embarazo se produce una mejora en los diferentes estilos de vida. En los primeros meses tras el parto los estilos de vida empeoran, con excepción de la exposición al humo ambiental de tabaco y el consumo de cigarrillos electrónicos. La mayoría de las conductas de riesgo muestran un gradiente dependiente del nivel educativo; así, a menor nivel educativo, mayor es la prevalencia de conductas de riesgo.

En general, durante el embarazo todas las mujeres adoptan estilos de vida más saludables que abandonan en los meses siguientes al parto. Las mujeres con menor nivel de estudios muestran una mayor prevalencia de conductas de riesgo, tanto en el periodo previo al embarazo, como en el embarazo y tras el parto.

Palabras clave: estilo de vida, conducta, embarazo, madres, educación primaria y secundaria, educación superior, tabaco, alimentación

Abstract

The objective of this work was to assess changes during pregnancy and after childbirth in diet, consumption of tobacco, electronic cigarettes, cannabis, alcohol use and exposure to environmental tobacco smoke depending on the mother's educational level.

A cross-sectional study was carried out whose target population was 18,822 Galician women aged 18-49 who gave birth between September 2015 and August 2016, and their 19,204 live-born children. A descriptive analysis was performed, and the prevalence of different behaviors was estimated at three time points – pre-pregnancy, pregnancy and after childbirth – depending on the mother's educational level. Percentages of change were calculated. Information was obtained from 6,436 women. Regardless of the educational level, during pregnancy there was an improvement in the different lifestyles. In the first months after childbirth, lifestyles worsened, except for exposure to environmental tobacco smoke and the use of electronic cigarettes. Most of the risk behaviors showed a gradient depending on the educational level; thus, the lower the educational level, the higher the prevalence of risk behaviors.

In general, during pregnancy all women adopted healthier lifestyles that they abandoned in the months following childbirth. Women with a lower level of education showed a higher prevalence of risk behaviors, both in the period prior to pregnancy, as well as during pregnancy and after childbirth. *Keywords:* lifestyle, behavior, pregnancy, mothers, education primary and secondary, education higher, tobacco, feeding

■ Recibido: Octubre 2022; Aceptado: Abril 2023.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Leonor Varela Lema. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. Tel: +34-881812276. E-mail: leonor.varela@usc.es

l estilo de vida materno, incluyendo el consumo de substancias, desde la etapa preconcepcional hasta después del parto, puede tener una gran repercusión en el desarrollo fetal y en la salud futura de los hijos/as. En España no disponemos de información que nos permita establecer la prevalencia de conductas de riesgo en las mujeres embarazadas. Un metaanálisis de diez estudios primarios realizado en 2018 estima la prevalencia de consumo de tabaco en el 26,0% (Lange et al., 2018). La prevalencia de consumo de alcohol y cannabis en el embarazo en España se podría estimar en el 25,0%-27,2% para el alcohol y del 2,4-5,0% para el cannabis (Blasco-Alonso et al., 2015; Ortega-García et al., 2012).

El embarazo constituye un momento temporal óptimo o "teachable moment" para adoptar un estilo de vida saludable, incluyendo el abandono del consumo de substancias, ya que las mujeres se encuentran más receptivas al cambio (Olander et al., 2016). Por otra parte, los estilos de vida están muy relacionados entre sí y con el nivel de estudios. A medida que aumenta el nivel de estudios mejoran los indicadores objetivos de salud (Borrell et al., 2004). Valorar si el nivel educativo influye en los cambios en las conductas de riesgo en el embarazo y tras el parto es fundamental, ya que si influyese habría que disponer de intervenciones contexto-específicas en función del nivel educativo para evitar desigualdades en salud. Entre las conductas de riesgo potencialmente modificables y que afectan al desarrollo fetal se encuentran la dieta no saludable; el consumo de pescados ricos en metilmercurio, debido a los efectos perjudiciales del metilmercurio en el desarrollo físico y neurológico de los infantes (Saavedra et al., 2022); el consumo de drogas como el tabaco, alcohol o cannabis; los cigarrillos electrónicos (Bar-Zeev, 2022; González Sala et al., 2020; Gould et al., 2020; Popova et al., 2021) y la exposición a carcinógenos ambientales, como el humo ambiental de tabaco (Banderali et al., 2015).

Hasta la fecha, los estudios orientados a estimar prevalencias e identificar cambios en las conductas de riesgo asociadas a estilos de vida de las mujeres en los tres momentos temporales clave como el periodo previo al embarazo, durante el embarazo y en los meses siguientes al parto en función de su nivel educativo son escasos y ninguno se ha realizado en población española. Por ello, el objetivo de este estudio fue valorar la existencia de diferencias en las prevalencias de diferentes estilos de vida en función del nivel educativo en las mujeres gallegas que tuvieron hijos en 2016 en el periodo preconcepcional, durante el embarazo y en los meses posteriores al parto.

Método

Fuente de datos y tamaño muestral

En 2016, en el marco del Sistema de Información sobre Conductas de Riesgo de Galicia (SICRI) se hizo un estudio transversal cuya población objetivo fueron las 18.822 mujeres de 18 años y más, residentes en Galicia, que dieron a luz entre el 1 de septiembre de 2015 y el 31 de agosto de 2016, y sus 19.204 hijos nacidos vivos durante ese período.

A partir del registro del Programa de Detección Precoz de Enfermedades Endocrinas y Metabólicas durante el período Neonatal, se seleccionó una muestra de estas mujeres; de ahora en adelante nos referiremos a ellas como madres. El muestreo fue aleatorio estratificado por grupos de edad (18-24, 25-29, 30-34, 35-39 y 40 años o más) y, en una segunda etapa, se seleccionó un niño por cada madre en caso de partos múltiples. El tamaño de muestra de las mujeres se calculó independientemente para cada estrato de edad con una prevalencia esperada del 50% y un error de muestreo inferior al 2%. El tamaño de muestra teórico fue de 6.777 madres y sus hijos nacidos vivos.

Recogida de información

Se realizaron entrevistas telefónicas asistidas por ordenador (CATI) a las madres seleccionadas con preguntas referidas al periodo preconcepcional (6 meses previos al embarazo), embarazo y tras el parto (referido al momento de la encuesta que se sitúa de 3 a 16 meses después del parto). El instrumento de recogida de información fue un cuestionario desarrollado específicamente para el estudio y posteriormente validado en una muestra de la población objetivo. Información específica sobre el diseño y el cuestionario aplicados se puede consultar en: www.sergas.es/Saude-pubica/SICRI-2016.

Variables

Se recogieron variables sociodemográficas como la edad, país de nacimiento, grado de urbanización, nivel de estudios, situación de convivencia, situación laboral y paridad. Las variables analizadas antes, durante y después del parto fueron: incumplimiento de las recomendaciones de dieta, consumo de pescados ricos en metilmercurio (pez espada/atún rojo), consumo de tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, cannabis y exposición a HAT. Las preguntas incluidas fueron las mismas en los tres momentos temporales y solo varió el periodo al que hacían referencia.

Se consideró que no seguían una dieta saludable todas aquellas madres que declararon que no tomaban fruta, verdura u hortalizas a diario y dos o más raciones de pescado todas las semanas. Se consideró el consumo de pescados ricos en metilmercurio cuando declaraban que consumían pez espada/atún rojo al menos una vez a la semana. Se consideró que consumían tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol y cannabis y que estaban expuestas a HAT las mujeres que así lo declaraban, independientemente de la frecuencia e intensidad.

Para valorar el nivel educativo se les preguntó por el nivel de estudios máximo alcanzado, que después se categorizó en básico (sin estudios, primarios incompletos o completos), medio (educación secundaria incompleta o completa y estudios de formación profesional) y superior (estudios universitarios incompletos o completos).

Se definieron como mujeres con un estilo de vida saludable a las que seguían una dieta saludable, no consumían pescados ricos en metilmercurio, no fumaban tabaco, cigarrillos, electrónicos o cannabis, no bebían alcohol y no estaban expuestas a HAT.

Análisis estadístico

Se llevó a cabo un análisis descriptivo y se estimaron las prevalencias de las conductas de riesgo que se muestran acompañadas de intervalos de confianza (IC) del 95%. Se calcularon los porcentajes de cambio para cada variable analizada.

El análisis estadístico fue llevado a cabo usando Stata v.16.

Aspectos éticos

Debido a que el estudio fue telefónico, voluntario, garante de confidencialidad y que el acuerdo de las mujeres para participar implicó consentimiento, no se precisó de la autorización de ningún Comité de Ética.

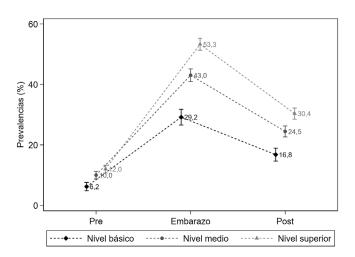
Resultados

Se obtuvo información de 6.436 madres de 18 a 49 años. La duración mediana de las entrevistas fue de 25 minutos. El 21,3% de las mujeres (IC95%: 21,1-21,5) tenían menos de 30 años, y el 9,9% (9,8-10,0) más de 40. En cuanto al nivel de estudios, el 18,8% (17,8-19,7) tenían estudios básicos, el 37,1% (35,9-38,3) estudios medios y el 44,1% (42,9-45,4) estudios superiores (Tabla 1).

Tabla 1 Características de las mujeres gallegas de 18 a 49 años en los seis meses previos al embarazo

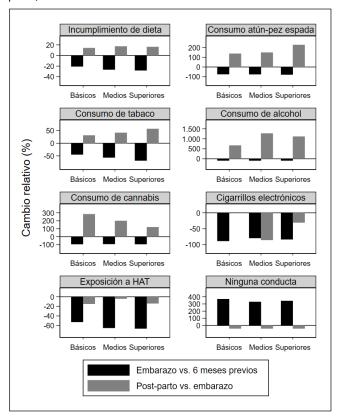
Variables sociodemográficas	%	IC95%
Grupo de edad		
18-29	21,3	21,1 - 21,5
30-34	34,1	33,9 - 34,3
35-39	34,7	34,5 - 34,9
40 +	9,9	9,8 - 10,0
País de nacimiento		
España	89,1	88,3 - 89,9
Otro país	10,9	10,1 - 11,7
Grado de urbanización		
Urbano	71,0	69,9 - 72,1
Semiurbano	19,5	18,6 - 20,4
Rural	9,6	8,8 - 10,3
Nivel de estudios		
Básicos	18,8	17,8 - 19,7
Medios	37,1	35,9 - 38,3
Superiores	44,1	42,9 - 45,4
Situación de convivencia		
Vive en pareja	94,7	94,2 - 95,3
No vive en pareja	5,3	4,7 - 5,9
Situación laboral		
Trabaja	71,7	70,6 - 72,9
En paro	18,6	17,6 - 19,6
Inactiva	9,7	9,0 - 10,4
Primípara	57,0	55,8 - 58,3
Estado de salud autopercibido		
Muy bueno	25,1	24,0 - 26,2
Bueno	47,6	46,3 - 48,9
Normal	25,2	24,1 - 26,3
Malo-muy malo	2,1	1,7 - 2,5

Figura 1
Prevalencia de mujeres con estilos de vida saludable* en función del nivel de estudios y en los tres momentos valorados: antes del embarazo (pre), durante el embarazo (embarazo) y tras el parto (post)



Nota. *Se define estilo de vida saludable como cumplir con las recomendaciones de dieta, no consumir pescados ricos en metilmercurio, no fumar tabaco, cannabis o cigarrillos electrónicos, no beber alcohol y no estar expuesta al humo ambiental de tabaco.

Figura 2 Cambio relativo en las conductas de la madre en función del nivel de estudios. Embarazo versus pre-embarazo (6 meses antes del embarazo) y tras el parto (3-16 meses después del parto) versus embarazo



La prevalencia de madres con un estilo de vida saludable es más alta entre las de estudios superiores y disminuye a medida que disminuye el nivel de estudios. Estos resultados se observan antes del embarazo, durante el embarazo y tras el parto (Figura 1).

Antes del embarazo, la conducta de riesgo más frecuente era no seguir una dieta saludable, con un 55,0% (53,7-56,3) de mujeres que no seguían una dieta saludable. Como se puede observar en la Figura 2, donde se muestra el cambio relativo en las conductas de la madre en función del nivel de estudios en los tres momentos analizados, todas las conductas mejoraron durante el embarazo y empeoraron o se estabilizaron tras el parto. En relación con antes de embarazo el consumo de tabaco disminuyó en un 57%, si bien el descenso fue más acusado entre las madres con estudios superiores (Figura 2 y Anexo 1).

Tanto antes de embarazo, como durante el embarazo y tras el parto, las conductas de riesgo presentan mayor prevalencia entre las madres con menor nivel educativo, con excepción del consumo de alcohol, cannabis y cigarrillos electrónicos. El consumo de tabaco y la exposición a HAT disminuye a medida que aumenta el nivel educativo. Las madres con nivel educativo básico con respecto a nivel educativo medio y superior presentaban una prevalencia de consumo de tabaco más alta antes del embarazo (30% y 60% más respectivamente), durante el embarazo (46% y 79% más) y tras el parto (41% y 73% más). Igualmente, con respecto a nivel educativo medio y superior, las mujeres con nivel educativo básico estuvieron más expuestas a HAT antes del embarazo (20% y 44% más), durante el embarazo (41% y 60% más) y tras el parto (33% y 60% más). El consumo de alcohol mostró en cualquiera de los 3 momentos temporales una mayor prevalencia entre las mujeres de mayor nivel de estudios. La prevalencia de consumo de cannabis, de cigarrillos electrónicos y la exposición al HAT no cambió de forma significativa en el postparto en comparación con el embarazo en ninguno de los niveles educativos (Tabla 2 y Anexo 1).

Tabla 2Conductas maternas pre-embarazo, durante el embarazo y tras el parto en función del nivel de estudios

		Nivel básico % (IC95%)	Nivel medio %(IC95%)	Nivel superior %(IC95%)
Incumplen recomendaciones de	Pre-embarazo	69,2 (66,5-71,8)	58,6 (56,5-60,7)	45,9 (43,9-47,9)
dieta	Durante el embarazo	54,8 (52,0-57,6)	43,0 (40,9-45,1)	33,0 (31,1-34,9)
	Tras el parto	62,6 (59,8-65,4)	50,5 (48,3-52,6)	38,4 (36,4-40,3)
Consumen pescado con	Pre-embarazo	25,7 (23,2-28,2)	27,8 (25,9-29,7)	32,5 (30,6-34,3)
metilmercurio	Durante el embarazo	6,6 (5,2-8,0)	6,7 (5,6-7,7)	7,0 (5,9-8,0)
	Tras el parto	15,7 (13,5-17,7)	16,6 (15,0-18,2)	22,8 (21,1-24,5)
Consumo de tabaco (fuman a	Pre-embarazo	42,4 (39,6-45,2)	30,8 (28,8-32,7)	19,2 (17,7-20,8)
diario o de forma ocasional)	Durante el embarazo	23,4 (21,0-25,8)	13,3 (11,8-14,7)	6,0 (5,0-7,0)
	Tras el parto	30,7 (28,1-33,3)	18,8 (17,1-20,4)	9,4 (8,2-10,5)
Consumo de cigarrillos	Pre-embarazo	1,6 (0,9-2,2)	1,0 (0,6-1,4)	0,8 (0,4-1,1)
electrónicos	Durante el embarazo	0,2 (0,0-0,4)	0,2 (0,0-0,4)	0,1 (0,01-0,3)
	Tras el parto	0,2 (0,0-0,4)*	0,0 (0,0-0,1)*	0,1 (0,0-0,2)*
Consumo de alcohol	Pre-embarazo	45,1 (42,3-47,8)	50,3 (48,2-52,4)	60,8 (58,8-62,7)
	Durante el embarazo	3,5 (2,4-4,6)	2,1 (1,5-2,7)	2,8 (2,1-3,5)
	Tras el parto	27,1 (24,6-29,7)	28,6 (26,7-30,5)	34,0 (32,1-36,0)
Consumo de cannabis	Pre-embarazo	2,3 (1,5-3,1)	1,4 (0,9-1,9)	1,0 (0,6-1,4)
	Durante el embarazo	0,1 (0,0-0,3)	0,1 (0,0-0,2)	0,0 (0,0-0,2)
	Tras el parto	0,5 (0,1-0,8)*	0,3 (0,1-0,5)*	0,1 (0,0-0,2) *
Exposición a HAT	Pre-embarazo	36,6 (33,9-39,2)	29,3 (27,4-31,2)	20,5 (18,9-22,1)
	Durante el embarazo	17,2 (15,1-19,3)	10,2 (9,0-11,5)	6,9 (5,8-7,9)
	Tras el parto	14,7 (12,7-16,6)	9,8 (8,6-11,0)*	5,9 (5,0-6,9)*
Estilo de vida saludable**	Pre-embarazo	6,2 (4,8-7,6)	10,2 (8,8-11,3)	12,0 (10,7-13,3)
	Durante el embarazo	29,2 (26,6-31,8)	43,0 (40,9-45,1)	53,3 (51,3-55,3)
	Tras el parto	16,8 (14,6-18,9)	24,5 (22,6-26,3)	30,4 (28,5-32,2)

Nota. * Los cambios en la prevalencia en este momento temporal con respecto al momento temporal previo no son estadísticamente significativos **Se define estilo de vida saludable como cumplir con las recomendaciones de dieta, no consumir pescados ricos en metilmercurio, no fumar tabaco, cannabis o cigarrillos electrónicos, no beber alcohol y no estar expuesta al humo ambiental de tabaco.

Discusión

La prevalencia de conductas de riesgo para la salud en el periodo previo al embarazo, durante el embarazo y tras el parto varía en función del nivel educativo. Así, la prevalencia de la mayoría de las conductas de riesgo aumenta a medida que disminuye el nivel de estudios. Con independencia del nivel de estudios, durante el embarazo se produce una mejora en todas las conductas exploradas: aumenta el cumplimiento de las recomendaciones de dieta y desciende el consumo de pescados ricos en metilmercurio, tabaco, cigarrillos electrónicos, alcohol, cannabis, así como la exposición a HAT. Tras el parto empeoran todas las conductas salvo la exposición a HAT y el consumo de cigarrillos electrónicos, que es más baja que durante el embarazo.

En global, se observa una falta de cumplimiento de las recomendaciones dietéticas que va en línea con lo observado en otros países tanto en relación con las recomendaciones de dieta (Jarman et al., 2017) como con el consumo de pescados ricos en metilmercurio (Branco et al., 2021). España, a pesar de que está recomendado evitar el consumo de pescados grandes durante el embarazo, solo el 50% de las embarazadas declararon que algún profesional de salud les había informado sobre no comer pez espada o atún (Mourino et al., 2022).

En relación con el consumo de tabaco, alcohol, cannabis y la exposición a HAT durante el embarazo, las complicaciones obstétricas y fetales que pueden causar están perfectamente establecidas. Entre ellas destacan el embarazo ectópico, aborto espontáneo, desprendimiento de placenta o parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, muerte intrauterina o muerte súbita del lactante (González Sala et al., 2020; Gould et al., 2020; Popova et al., 2021). La exposición prolongada del feto al alcohol puede causar una combinación de problemas físicos y de comportamien-

to con repercusiones a largo plazo conocidas como trastorno del espectro alcohólico fetal (Lee y Mostafaie, 2020). En cuanto al consumo de cigarrillos electrónicos, aunque se asocian a una reducción de riesgos en comparación con el tabaco convencional, sus efectos durante el embarazo aún no han sido establecidos (Bar-Zeev, 2022).

En nuestro estudio, destaca el descenso del consumo de alcohol asociado al embarazo, que es mucho más acusado que el consumo de tabaco. Aunque lo ideal sería obtener un consumo nulo este es un hallazgo positivo, puesto que denota cierta conciencia social sobre lo perjudicial de su consumo durante el embarazo. Se observa también un descenso importante en el consumo de cannabis durante el embarazo, alcanzando cifras próximas a cero. Este comportamiento se ha asociado al temor a dañar al feto, al estigma y a la sensación de culpa (Vanstone et al., 2021).

La prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos fue anecdótica en los tres momentos temporales valorados, a pesar de que en algunos países estos dispositivos se están extendiendo a nivel poblacional al asociarse a estrategias de reducción de daños (Obisesan et al., 2020). Si bien, el consumo de cigarrillos electrónicos en el embarazo debe valorarse basándose en un principio básico, el principio de precaución, en cuanto su impacto sobre la salud fetal no está establecido (Larcombe, 2019).

Por otro lado, la evolución de la exposición a HAT también fue paradójica, en tanto que, a diferencia del consumo de tabaco, la exposición continuó disminuyendo tras el parto. Esto puede deberse a que, según un estudio cualitativo realizado en el postparto, en la mayoría de las mujeres existe preocupación por el vínculo entre el tabaquismo y un mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante y, en algunas, por la mayor probabilidad de que su hijo se convierta en fumador si presencia consumo de tabaco (Brown et al., 2019). Por otra parte, aunque las mujeres perciben el estatus de "madre" como un factor motivador para no fumar, consideran que el consumo de tabaco y/o cannabis es útil y seguro para afrontar el estrés y descansar en el postparto (Brown et al., 2019; Vanstone et al., 2021), lo que nos lleva a pensar que cuando consumen tabaco o cannabis no lo hacen en presencia del bebé o lo ocultan. Aunque esto es positivo, no podemos obviar el riesgo de exposición al humo residual de tabaco (o de tercera mano) de aquellas mujeres que fuman, aunque no lo hagan en presencia de su hijo/a. El 8,2% de las madres que declararon que su hijo/a no está expuesto a HAT fuman siempre en casa, por lo que es probable que no estén identificando la exposición del niño. Pese a que se necesitan más estudios para caracterizar las consecuencias a medio y largo plazo de la exposición al humo residual de tabaco, dadas las características únicas de los bebés y los niños frente a los adultos (gatear, succionar de la mano a la boca...) y a que se encuentran en proceso de desarrollo, parece probable que esta población pueda ser especialmente vulnerable a la exposición al humo residual de tabaco (Díez-Izquierdo et al., 2018).

La influencia que tiene el nivel de estudios en las conductas relacionadas con la salud en la población general está establecida (Haeberer et al., 2020). Así, se podría decir que, estas conductas son nivel de estudios dependientes, ya que las personas con mayor nivel de estudios adoptan estilos de vida más saludables. La influencia del nivel de estudios en los cambios de conductas en el embarazo no se había valorado previamente. Los resultados son alentadores en tanto que se observa que, con independencia del nivel de estudios, los cambios en las conductas durante el embarazo son generales orientados hacia la mejora de las mismas. Si bien, el empeoramiento tras el parto vuelve a ser nivel de estudios dependiente, pues las modificaciones son más intensas entre las mujeres con menos nivel educativo.

Además, la situación de partida que sería el periodo preconcepcional, sitúa a las mujeres con menos nivel educativo en un peor escenario, ya que presentan prevalencias de conductas de riesgo más altas, lo que concuerda con estudios previos (Hill et al., 2014). Por el contrario, encontramos que el consumo de alcohol se incrementa con el nivel educativo. Un estudio previo en población general ya apuntó una mayor prevalencia de consumo de alcohol en niveles de estudios superiores (Rey-Brandariz et al., 2021).

Este estudio contiene ciertas limitaciones relativas al diseño transversal del mismo y a la recogida retrospectiva de información mediante la autodeclaración materna. Es posible que exista un sesgo de memoria, debido a que las madres respondieron en el momento de la encuesta (tras el parto) preguntas referidas al periodo preconcepcional y embarazo. También un sesgo de deseabilidad social, derivado en una ocultación de conductas perjudiciales para la salud y, por tanto, en una infraestimación de las prevalencias. Además, el periodo que se ha tenido en cuenta en el postparto (3 a 16 meses) es muy amplio y puede haber influido en los resultados. Otras limitaciones derivan de no haber incluido mujeres embarazadas menores de edad ni a embarazadas que no dieron a luz a un niño vivo y no haber cuantificado el número de tabaco (cigarrillos), alcohol, cigarros electrónicos y cannabis que consumían las mujeres. También es necesario indicar que para valorar la calidad de la dieta las preguntas fueron limitadas, no se incluyeron ítems importantes como el consumo de comida precocinada o de bebidas azucaradas y no se cuantifico el grado de adopción de las recomendaciones de dieta saludables. Es importante destacar que el nivel de estudios es un proxy, probablemente imperfecto, del nivel socioeconómico. Por ello, se debe tener en cuenta que los cambios de dieta asociados al embarazo podrían suponer un sobreesfuerzo económico o coste añadido, ya que están asociados al aumento del consumo de alimentos con mayor coste como la carne, las frutas, las verduras o el pescado (Grenier et al., 2021).

La principal fortaleza de este estudio es la alta tasa de participación y el gran tamaño muestral, ya que se incluyeron 1 de cada 3 de las casi 19.000 madres que dieron a luz en Galicia durante el período considerado. Además, el diseño de la muestra permite la generalización de las conclusiones, ya que las mujeres no procedían de un sistema de salud específico y eran una muestra representativa de las embarazadas.

Conclusiones

Con independencia del nivel de estudios, durante el embarazo se produce un cambio de conducta y las madres adoptan estilos de vida más saludables. Sin embargo, tras el parto se produce un empeoramiento de las conductas, con excepción de la exposición al HAT. Atendiendo a los resultados, consideramos que el mensaje sobre la influencia del nivel de estudios en el estilo de vida de los progenitores es claro, ya que las mujeres con mayor nivel de estudios tienen mejores estilos de vida. Conocer las razones por las que las madres empeoran sus conductas tras el parto, una vez mejoradas durante el embarazo, podría ayudar a generar recomendaciones de promoción de salud efectivas que eliminen las falsas creencias y a comunicar los riesgos que conllevan las conductas de los progenitores sobre la salud de los niños/as. El diseño e implantación de intervenciones asociadas al establecimiento de hábitos saludables antes del embarazo, durante el embarazo y tras el parto, debería ser nivel de estudios dependientes.

Reconocimientos

Este estudio ha recibido financiación del Plan Nacional sobre drogas (Código del proyecto 2021I009).

Conflicto de intereses

Los autores declaran la no existencia de conflicto de intereses.

Referencias

- Banderali, G., Martelli, A., Landi, M., Moretti, F., Betti, F., Radaelli, G., Lassandro, C. y Verduci, E. (2015). Short and long term health effects of parental tobacco smoking during pregnancy and lactation: A descriptive review. *Journal of Translational Medicine*, 13(1), 327. https://doi.org/10.1186/s12967-015-0690-v
- Bar-Zeev, Y. (2022). Unclear role for e-cigarettes during pregnancy. *Nature Medicine*, 28(5), 900-901. https://doi.org/10.1038/s41591-022-01795-2
- Blasco-Alonso, M., González-Mesa, E., Gálvez Montes, M., Lozano Bravo, I., Merino Galdón, F., Cuenca Campos, F., Marín Schiaffino, G., Herrera Peral, J. y Belli-

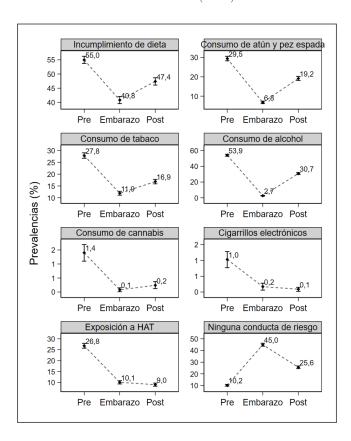
- do Estévez, I. (2015). Exposure to tobacco, alcohol and drugs of abuse during pregnancy. A study of prevalence among pregnant women in Malaga (Spain). *Adicciones*, 27(2), 99-108.
- Borrell, C., García-Calvente, M. del M. y Martí-Boscà, J. V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl 1), 2-6.
- Branco, V., Aschner, M. y Carvalho, C. (2021). *Neurotoxicity of mercury: An old issue with contemporary significance* (pp. 239-262). https://doi.org/10.1016/bs.ant.2021.01.001
- Brown, T. J., Bauld, L., Hardeman, W., Holland, R., Naughton, F., Orton, S., Ussher, M. y Notley, C. (2019). Re-configuring identity postpartum and sustained abstinence or relapse to tobacco smoking. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(17), 3139. https://doi.org/10.3390/ijerph16173139
- Díez-Izquierdo, A., Cassanello-Peñarroya, P., Lidón-Moyano, C., Matilla-Santander, N., Balaguer, A. y Martínez-Sánchez, J. M. (2018). Update on thirdhand smoke: A comprehensive systematic review. *Environmental Research*, 167, 341-371. https://doi.org/10.1016/j.envres.2018.07.020
- González Sala, F., Ciudad Fernández, V., Haba Osca, J. y Julia, O. L. M. (2020). Efectos del consumo dual cannabis-tabaco sobre el embarazo y la descendencia: Una revisión sistemática. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 11(2), 68. https://doi.org/10.23923/j.rips.2020.02.036
- Gould, G. S., Havard, A., Lim, L. L. y Kumar, R. (2020). Exposure to tobacco, environmental tobacco smoke and nicotine in pregnancy: A pragmatic overview of reviews of maternal and child outcomes, effectiveness of interventions and barriers and facilitators to quitting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 2034. https://doi.org/10.3390/ijerph17062034
- Grenier, L. N., Atkinson, S. A., Mottola, M. F., Wahoush, O., Thabane, L., Xie, F., Vickers-Manzin, J., Mooree, C., Hutton, E. K. y Murray-Davis, B. (2021). Be healthy in pregnancy: Exploring factors that impact pregnant women's nutrition and exercise behaviours. *Ma*ternal & Child Nutrition, 17(1). https://doi.org/10.1111/ mcn.13068
- Haeberer, M., León-Gómez, I., Pérez-Gómez, B., Téllez-Plaza, M., Pérez-Ríos, M., Schiaffino, A., Rodríguez-Artalejo y Galán, I. (2020). Social inequalities in tobacco-attributable mortality in Spain. The intersection between age, sex and educational level. *PLOS ONE*, 15(9), e0239866. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239866
- Hill, S., Amos, A., Clifford, D. y Platt, S. (2014). Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: Review of the evidence. *Tobacco Control*, 23(e2), e89-97. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2013-051110

- Jarman, M., Bell, R. C., Nerenberg, K. y Robson, P. J. (2017). Adherence to Canada's Food Guide Recommendations during pregnancy. *Current Developments in Nutrition*, 1(7), e000356. https://doi.org/10.3945/ cdn.116.000356
- Lange, S., Probst, C., Rehm, J. y Popova, S. (2018). National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Global Health*, 6(7), e769-e776. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30223-7
- Larcombe, A. N. (2019). Early-life exposure to electronic cigarettes: Cause for concern. The Lancet Respiratory Medicine, 7(11), 985-992. https://doi.org/10.1016/S2213-2600(19)30189-4
- Lee, X. A. y Mostafaie, Y. (2020). Acute alcohol exposure in early gestation programmes sex-specific insulin resistance in offspring: A shifting tide in prenatal alcohol exposure models. *The Journal of Physiology*, 598(10), 1807-1808. https://doi.org/10.1113/JP279558
- Mourino, N., Santiago-Pérez, M. I., Candal-Pedreira, C., Rey Brandariz, J., Malvar-Pintos, A. y Pérez-Ríos, M. (2022). Mantenimiento del consumo de pescado rico en metilmercurio durante el embarazo: Prevalencia, consejo profesional y características maternas asociadas. Revista Pediatría Atención Primaria, 24, 44-57.
- Obisesan, O. H., Osei, A. D., Uddin, S. M. I., Dzaye, O., Cainzos-Achirica, M., Mirbolouk, M., Orimoloye, O. A., Sharma, G., Al Rifai, M., Stokes, A., Bhatnagar, A., El Shahawy, O., Benjamin, E. J., Defilippis, A. P. y Blaha, M. J. (2020). E-cigarette use patterns and high-risk behaviors in pregnancy: Behavioral risk factor surveillance system, 2016–2018. *American Journal of Preventive Medicine*, 59(2), 187-195. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.02.015
- Olander, E. K., Darwin, Z. J., Atkinson, L., Smith, D. M. y Gardner, B. (2016). Beyond the 'teachable moment' A conceptual analysis of women's perinatal behaviour change. *Women and Birth*, 29(3), e67-e71. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.11.005
- Ortega-García, J. A., Gutierrez-Churango, J. E., Sánchez-Sauco, M. F., Martínez-Aroca, M., Delgado-Marín, J. L., Sánchez-Solis, M., Parilla-Paricio, J.J., Claudio, L. y Martínez-Lage, J. F. (2012). Head circumference at birth and exposure to tobacco, alcohol and illegal drugs during early pregnancy. *Child's Nervous System: ChNS: Official Journal of the International Society for Pediatric Neurosurgery*, 28(3), 433-439. https://doi.org/10.1007/s00381-011-1607-6
- Popova, S., Dozet, D., Shield, K., Rehm, J. y Burd, L. (2021). Alcohol's Impact on the Fetus. *Nutrients*, 13(10), 3452. https://doi.org/10.3390/nu13103452
- Rey-Brandariz, J., Pérez-Ríos, M., Santiago-Pérez, M. I., Fontela, B., Malvar, A. y Hervada, X. (2021). Consumo

- de alcohol y caracterización de los bebedores problemáticos en Galicia. *Adicciones*. Avance de publicación on-line. https://doi.org/10.20882/adicciones.1622
- Saavedra, S., Fernández-Recamales, Á., Sayago, A., Cervera-Barajas, A., González-Domínguez, R. y Gonzalez-Sanz, J. D. (2022). Impact of dietary mercury intake during pregnancy on the health of neonates and children: A systematic review. *Nutrition Reviews*, 80(2), 317-328. https://doi.org/10.1093/nutrit/nuab029
- Vanstone, M., Taneja, S., Popoola, A., Panday, J., Greyson, D., Lennox, R. y McDonald, S. D. (2021). Reasons for cannabis use during pregnancy and lactation: A qualitative study. *Canadian Medical Association Journal*, 193(50), E1906-E1914. https://doi.org/10.1503/cmaj.211236

Anexo 1. Prevalencias de conductas de riesgo para la salud antes del embarazo (pre), durante el embarazo (embarazo) y tras el parto (post)

Ninguna conducta se refiere a que las mujeres declararon que cumplían con las recomendaciones de dieta, no consumían atún o pez espada, no consumían tabaco, alcohol, cannabis o cigarrillos electrónicos y que no estaban expuestas al humo ambiental de tabaco (HAT).





ADICCIONES 2024 ■ VOL. 36 ■ N. 4 ■ PÁGS. 379-388 www.adicciones.es



ORIGINAL

Tasas de recaída tras un tratamiento en Comunidades Terapéuticas: Una revisión sistemática

Relapse rates after treatment in Therapeutic Communities: A systematic review

Daniel Suárez-Castro*; Diana Moreira**, ***, ****, *****; Andreia Azeredo***, ******; Paulo C. Dias**.

- * Unidad de Tabaquismo y Trastornos Adictivos, Facultad de Psicología, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España.
- ** Universidade Católica Portuguesa, Faculty of Philosophy and Social Sciences, Centre for Philosophical and Humanistic Studies, Braga, Portugal.
- *** University of Porto, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Laboratory of Neuropsychophysiology, Porto, Portugal.
- **** Centro de Solidariedade de Braga/Projecto Homem, Braga, Portugal.
- ***** Institute of Psychology and Neuropsychology of Porto IPNP Health, Porto, Portugal.
- ****** Centro de Solidariedade de Braga/Projecto Homem, Braga, Portugal.

Resumen

Las Comunidades Terapéuticas (CT) son entornos residenciales que brindan rehabilitación psicosocial a las personas que consumen sustancias. En general, estas han demostrado su eficacia, aunque gran parte de la evidencia proviene de estudios con limitaciones metodológicas. Por tanto, el objetivo de la presente revisión sistemática fue evaluar los resultados de las CT en relación con las tasas de recaída. La búsqueda se realizó en EBSCO, PubMed y Web of Science con fecha límite del 29 de julio de 2021 y se basó en la declaración Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). De los 94 estudios encontrados, ocho cumplieron los criterios de selección, con un total de 2064 participantes de 40 CT. De los ocho estudios, siete eran estudios de cohortes y uno era un ensayo controlado aleatorizado. Los resultados revelan que las CT eran efectivas para reducir el consumo de sustancias, aunque persiste cierta incertidumbre con respecto a la persistencia a largo plazo. Se necesita más investigación que evalúe las tasas de recaída tras finalizar el tratamiento en las CT.

Palabras clave: comunidades terapéuticas, tasas de recaída, tratamiento por consumo de sustancias, trastornos relacionados con sustancias, programas en comunidades terapéuticas

Abstract

Therapeutic Communities (TC) are residential settings that provide psychosocial rehabilitation for substance-using individuals. In general, TCs have been proven effective, although a large part of the evidence is from studies with methodological shortcomings. Therefore, the aim of this systematic review was to evaluate the effectiveness of TCs in terms of relapse rates. The search used EBSCO, PubMed, and Web of Science up to July 29, 2021 and was based on the international Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) statement. Of the 94 studies, eight met selection criteria including a total of 2,064 participants from 40 TCs. Of the eight studies, seven were cohort studies and one was a randomized controlled trial (RCT). Findings reveal that TCs were effective in reducing substance use, although some uncertainty remains regarding the long-term persistence of the improvements. Thus, further research is necessary to compare relapse rates in TC programs for substance-related disorders.

Keywords: therapeutic communities, relapse rates, substance use treatment, substance-related disorders, TC programs

■ Recibido: Noviembre 2022; Aceptado: Abril 2023.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Dr. Paulo C. Dias. Universidade Católica Portuguesa, Faculty of Philosophy and Social Sciences, Centre for Philosophical and Humanistic Studies, Praça da Faculdade, 1, 4710-297, Braga, Portugal. E-mail: pcdias@ucp.pt

uando se tratan los Trastornos por Consumo de Sustancias (TCS), un problema grave y duradero que surge a menudo es la recaída (Tims y Leukefeld, 1986), definida como la recurrencia de los síntomas de TCS tras un período de consumo reducido o inexistente (Dawson et al., 2007; Hendershot et al., 2011; Witkiewitz y Marlatt, 2007). De hecho, es frecuente que las personas reanuden el consumo de alcohol u otras drogas tras iniciar el proceso de abstinencia (Bradizza et al., 2006; Suter et al., 2011). Las tasas de recaída pueden variar según diferentes factores como son la definición del concepto, las poblaciones evaluadas en los estudios y el tiempo transcurrido desde el tratamiento. Algunos estudios realizados en Europa muestran tasas de recaída entre el 40 y el 75% para la heroína y otras drogas ilícitas (Alterman et al., 2000; Pasareanu et al., 2016). Dado que los costes del tratamiento de los TCS son significativamente elevados, tener que repetir el tratamiento se convierte en un problema importante y de gran relevancia (Gerwe, 2000).

Actualmente, la terapia ambulatoria es la modalidad de tratamiento más común en el campo de las adicciones (Vanderplasschen et al., 2013). Sin embargo, muchas personas asisten a otros tipos de tratamientos, como son los servicios residenciales de tratamiento por consumo de sustancias, donde se incluyen las comunidades terapéuticas (CT). Las CT son centros residenciales abiertos 24 horas que brindan apoyo y tratamiento intensivos a personas con TCS (Reif et al., 2014). Las intervenciones de tratamiento varían dependiendo de las CT, las cuales pueden incluir apoyo psicológico en grupo o individual, autoayuda mutua y entre pares, y reintegración en la comunidad (de Andrade et al., 2019). Las CT se consideran modelos de tratamiento residencial a largo plazo cuya duración varía de 6 a 12 meses (De Leon, 2000).

Es muy importante resaltar que no todos los centros residenciales para tratamiento por uso de sustancias son CT. Según De Leon y Unterrainer (2020), la teoría de las CT se basa en un enfoque específico: «la comunidad como método». De hecho, el uso de «la comunidad» como agente de cambio hace que las CT sean diferentes de otros tratamientos (Malvert et al., 2012). El paradigma de la CT está compuesto por cuatro definiciones interconectadas del TCS, el individuo, el proceso de recuperación y la vida saludable. Según este paradigma, el TCS podría verse como un síntoma y considerarse un trastorno integral que afecta a la persona en su totalidad (Griffiths, 2005). El individuo es considerado como una «persona completa» y la principal característica de una CT es trabajar con la «persona completa» dentro de la multintervención (De Leon y Unterrainer, 2020; Malivert et al., 2012). Así, los objetivos de las CT involucran la abstinencia, además del desarrollo de valores sociales positivos y un comportamiento adecuado.

La literatura sobre la efectividad de las CT es escasa. De Andrade et al. (2019) realizaron una revisión sistemática sobre la base de evidencia para el tratamiento residencial de los TCS, incluidas las CT. En esta revisión, solo tres estudios de los 23 incluidos en la revisión informaron tasas de abstinencia en las CT, siendo estas del 80% o más a los 12 meses de seguimiento (King et al., 2016; Šefránek y Miovský, 2017; Šefránek y Miovský, 2017b). Respecto de las tasas de recaída en las CT, Malivert et al. (2012) concluyeron que las recaídas eran frecuentes tras pasar por una CT, siendo estas más del 30% a los 6 meses de seguimiento.

A pesar de la gran disponibilidad de las CT para los TCS, Smith et al. (2006) destacaron que la literatura sobre las CT tiene algunas limitaciones metodológicas y que la evidencia de los ensayos controlados aleatorizados no se han revisado de manera sistemática recientemente. Algunos estudios informan evidencia de las CT, pero no han mostrado las tasas de recaída (De Leon, 2000; Reif et al., 2014). Por tanto, este estudio tiene como objetivo añadir y actualizar la información existente en la literatura sobre las tasas de recaída después del tratamiento en las CT por consumo de sustancias. Así, esta revisión sistemática pretende responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las tasas de recaída después del tratamiento por consumo de sustancias en una CT?

Método

Estrategia de búsqueda

Esta revisión sistemática sigue las recomendaciones para revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA) (Page et al., 2021) y el protocolo de revisión se registró en PROSPERO (CRD42021293676), una base de datos internacional para el registro de revisiones sistemáticas en el campo de la salud. Las búsquedas se hicieron en las bases de datos EBSCO, PubMed y Web of Science. Se incluyeron estudios publicados en inglés, portugués y español, y todos los años disponibles hasta la fecha límite el 29 de julio de 2021. La estrategia de búsqueda, los términos y la lista de verificación de los criterios PRISMA se describen e incluyen como material suplementario.

Características del estudio

La Tabla 1 describe los criterios de inclusión y exclusión. Se incluyeron los estudios que cumplían con: (a) tipo de publicación (estudios experimentales [ensayos controlados aleatorizado, ensayos cuasialeatorizados, ensayos clínicos controlados], estudios cuasiexperimentales [series temporales interrumpidas, estudios de antes y después], estudios observacionales [estudios de cohortes, estudios de casos y controles y serie de casos) y protocolos de investigación]); (b) tener 18 años o más; (c) intervención por TCS en CT. Los estudios incluidos fueron aquellos que examinaron la recaída después de una intervención en CT, que se definen como centros residenciales que brindan rehabilitación psicosocial para personas que consumen sustancias (Malivert

Tabla 1 *Criterios de inclusión y exclusión*

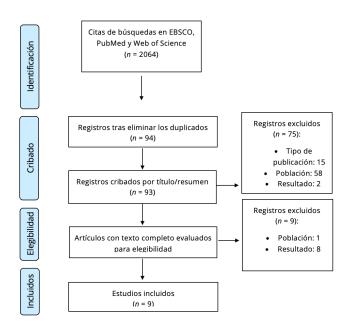
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
a) Estudios experimentales, cuasiexperimentales y observacionales	a) No se informa de seguimiento tras el tratamiento por consumo de sustancias en una CT
b) Población de 18 años o más	b) Estudios no limitados a adultos
c) Intervención TUS en una CT	c) Estudios de revisión
d) Evaluación de la recaída después de una intervención en una CT	d) Estudios cualitativos

et al., 2012). Los estudios excluidos fueron aquellos en los que no hubo seguimiento después de un tratamiento por consumo de sustancias en una CT, estudios no limitados a adultos, estudios cualitativos y estudios de revisión.

Selección de estudios

En primer lugar, los títulos y resúmenes encontrados se exportaron a un software de gestión de referencias (Rayyan) para eliminar los duplicados y realizar el proceso de cribado. Después, los revisores DM y AA revisaron los títulos y resúmenes de forma independiente. Estos revisores discutieron los desacuerdos y el otro revisor (PCD) participó en caso de no acordar una decisión. Ambos revisores (DM y AA) realizaron de forma independiente el cribado del texto completo y la extracción de datos. La información extraída incluyó: información general del estudio, objetivos del estudio, muestra, tipo de tratamiento, hallazgos principales, definición operativa de recaída, casos de recaída, tasas de recaída, tipo de sustancia, nivel de estudios, empleo, estado civil y notas. Los estudios excluidos, con las razones, pueden verse en el diagrama de flujo PRISMA (Fig. 1).

Figura 1 Diagrama de flujo PRISMA



Calidad y riesgo de sesgo de los estudios cuantitativos

Dos revisores (DM y DSC) evaluaron la calidad de los estudios que cumplieron con los criterios de elegibilidad para esta revisión. La evaluación de la calidad se realizó utilizando la herramienta de Evaluación de la Calidad del Proyecto de Práctica Efectiva de Salud Pública (EPHPP). La herramienta EPHPP evalúa seis dominios: (a) sesgo de selección, (b) diseño del estudio, (c) variables de confusión, (d) enmascaramiento, (e) método de recopilación de datos, y (f) abandonos (Armijo-Olivo et al., 2012). Una vez que evaluados los dominios específicos (alta, moderada o débil), a cada estudio se le asignó una puntuación de calidad global.

Resultados

Se examinaron un total de 94 estudios después de eliminar los duplicados. De estos, 76 fueron excluidos después de la revisión de títulos y resúmenes. En la segunda fase, se leyó el texto completo de 18 artículos. Después de la evaluación del informe completo, se excluyeron 10 estudios. Ningún estudio requirió decisiones consensuadas. Por último, 8 artículos se incluyeron en esta revisión.

Características del estudio

La Tabla 2 resume las características de los estudios. De los ocho estudios incluidos, cuatro se realizaron en España (Barreno et al., 2019; Fernández-Hermida et al., 2002; Fernández-Montalvo et al., 2008), dos en Estados Unidos (McCusker et al., 1995, Mooney et al., 2014), uno en Reino Unido (Gossop et al., 2002) y uno en Barbados (Griffith y Ross, 2019). Respecto del tipo de estudio, siete eran estudios de cohortes (Barreno et al., 2019; Fernández-Hermida et al., 2002; Fernández-Montalvo et al., 2008; Gossop et al., 2002; Griffith y Ross, 2019; Mooney et al., 2014; Stevens et al., 2015) y uno era un ensayo controlado aleatorizado (McCusker et al., 1995). Los estudios incluyeron evaluaciones de seguimiento que oscilaron entre 30 días y 13 años.

Tabla 2 Resumen de las características de los estudios

Barreno et al. Examinar la entre el dese (2019) varias medicion la retención tratamiento. Fernández- Evaluar si los grupo revela (2002) (2002) (5) en compleatos registra programa. Fernández- Realizar una Montalvo et al. un tratamiento (2008) adicciones e una compar. completaror completaror	Examinar la relación longitudinal	Tipo de	Edad (M/SD)		:		otacieni moo	
no et al. dez- da et al. ndez- loo et al.	r la relación longitudinal	Illuesua		% hombre	Comunidad Terapéutica	Tipo de tratamiento	סבאמוווושבוונס	
ndez- da et al. ndez- ilvo et al.	entre el desempeño inicial en varias medidas de impulsividad y la retención y recaída al final del tratamiento.	N = 68	M = 37,4 $SD = 11,33$	92,6	Tres CT en Andalucía (España)	Programa de tratamiento unificado basado en intervenciones multidisciplinarias, que incluyen terapia cognitivo-conductual, psicoeducación, terapia ocupacional y tratamiento farmacológico.	289 días	La capacidad de toma de decisiones de acuerdo con los resultados a largo plazo ayuda a lograr los objetivos del tratamiento. Por el contrario, una propensión a las reacciones rápidas y las emociones poco positivas son un factor de riesgo para la recaída.
	Evaluar si los datos obtenidos durante el seguimiento en el grupo revelaron mejoras (p < .05) en comparación con los datos registrados al ingreso al programa.	N = 249	M = 26	80,32	Proyecto Hombre	El programa de tratamiento consta de tres etapas terapéuticas; acogida, comunidad terapéutica residencial y reinserción.	3 años y 4 meses	Las personas que no completaron el tratamiento tuvieron recaidas más graves y más tempranas, después de abandonar el programa, y permanecieron en abstinencia por períodos temporales más cortos en comparación con aquellos que completaron el tratamiento.
duienes k	Realizar una evaluación de seguimiento a largo plazo de un tratamiento de una CT para adicciones en Navarra (España) y una comparación entre quienes completaron el programa y quienes lo abandonaron.	N = 155	M = 28 SD = 4,7	69	Proyecto Hombre	El programa de tratamiento consta de tres etapas terapéuticas; acogida, comunidad terapéutica residencial y reinserción.	30 meses	Se encontraron diferencias significativas en los resultados entre los pacientes con recaídas y sin recaídas.
Gossop et al. Examinar (2002) recalda er heroina, the un tratam un tratam	Examinar los factores asociados a la abstinencia, el lapso o la recaída en consumidores de heroina, tras su participación en un tratamiento residencial.	N = 242	M = 29,4 SD = 6,2	28	23 programas residenciales (15 de rehabilitación y ocho especializados en tratamiento hospitalario para las drogodependencias).	Programas que comprendían intervenciones de desintoxicación y prevención de recaídas. Los programas de rehabilitación incluyeron dos grupos. Uno tenía un tratamiento planificado más corto (6 a 12 semanas), con cuatro agencias. Los cuatro programas de rehabilitación a más corto plazo proporcionaron servicios de desintoxicación. El segundo grupo incluía 11 programas con tratamientos más prolongados (duraciones planificadas: más de 3 meses, con un rango entre 13 y 52 semanas).	12 meses	Individuos que no recayeron por completo en el consumo de heroína (grupos de abstinencia y de recaida) consistentemente utilizaron más estrategias de afrontamiento cognitivas, de evitación y de distracción en el seguimiento más que en la admisión. Los grupos de lapso y recaida, en comparación con el grupo abstinente, exhibieron tasas más altas de uso de drogas ilícitas además de la heroína después del tratamiento que el grupo abstinente. En general, la finalización del tratamiento se asoció con mejores resultados.
Griffith y Ross Examinar los resu (2019) tratamiento de los que terminaron co programa residen en Verdun House.	Examinar los resultados del tratamiento de los pacientes que terminaron con éxito un programa residencial de 90 días en Verdun House.	N = 114	M = 46,1 $SD = 11,2$	100	Verdun House	Programas de 12 pasos.	90 días	La mitad de los participantes permanecieron sobrios y abstinentes durante un largo período temporal, cinco años o más, y la mitad informó participar en los programas de 12 pasos, así como en eventos en el centro de tratamiento.
Mooney et al. Aplicar un (2014) diss usand en evidenc de Alcohóli Anónimos.	Aplicar un programa de 28 días usando prácticas basadas en evidencia y principios de Alcohólicos/Narcóticos Anónimos.	N = 108	M = 30,7 SD = 8,3	79	Centro de Tratamiento Residencial (CTR) Dwight D. Eisenhower Army Medical Center	Programa de tratamiento de 28 días para pacientes ingresados que emplea prácticas basadas en evidencia y principios de Alcohólicos/Narcóticos Anónimos.	30, 90, 180 y 360 días	Una gran mayoría de los miembros del servicio (87%) iniciaron con éxito el programa, observándose sobriedad continua en más del 50% de los miembros del servicio 6 meses después. En el hito de 1 año, las tasas de recaída eran similares a las de otros programas de tratamiento de dependencia de alcohol.
Stevens et al. Examinar (2015) de toma c desventaj pacientes cocaina (P de aband	Examinar si poseer patrones de toma de decisiones desventajosos pondría a los pacientes dependientes de cocaína (PDC) en mayor riesgo de abandono del tratamiento.	N = 150	M = 36,3 SD = 8,2	93	Seis CT diferentes ubicados en la región de Andalucía (España): Cartaya, Almonte, Mijas, Los Palacios, La Línea, y Tarifa.	Intervenciones multidisciplinarias, que incluyen terapia cognitivo- conductual (TCC), psicoeducación y terapia ocupacional.	[Datos no disponibles]	Los PDC que abandonaron prematuramente la CT no establecieron un patrón de respuesta consistente y apropiado en el IGT y exhibieron una menor capacidad para seleccionar el resultado más probable en el CGT. No se encontraron diferencias de grupo en el comportamiento de apuestas.

Nota. TCC = terapia cognitivo-conductual; PDC = pacientes dependientes de cocaína; CTR = centro de tratamiento residencial; CT = Comunidades Terapéuticas.

 Tabla 3

 Calificaciones de calidad metodológica según la herramienta EPHHP

	Sesgo de selección	Diseño de estudio	Factores de confusión	Enmascaramiento	Recogida de datos	Abandonos	Calificación global
Barreno et al. (2019)	Alta	Moderada	Débil	Moderada	Alta	Moderada	Moderada
Fernández-Hermida et al. (2002)	Moderada	Moderada	Alta	Moderada	Alta	Alta	Alta
Fernández-Montalvo et al. (2008)	Alta	Moderada	Alta	Moderada	Alta	Alta	Alta
Gossop et al. (2002)	Alta	Moderada	Alta	Moderada	Alta	Moderada	Alta
Griffith y Ross (2019)	Alta	Moderada	Alta	Moderada	Alta	Alta	Alta
McCusker et al. (1995)	Alta	Alta	Débil	Moderada	Alta	Moderada	Moderada
Mooney et al. (2014)	Alta	Moderada	Débil	Moderada	Alta	Débil	Débil
Stevens et al. (2015)	Alta	Moderada	Alta	Moderada	Alta	Alta	Alta

Tabla 4 *Resultados principales de la recaída*

Identificación del estudio	Definición operativa de recaída	Retención	Finalización del tratamiento	Casos de recaída	Tasa de recaída
Barreno et al. (2019)	Los participantes con resultados positivos de drogas en al menos dos análisis se consideraron como «recaídas».		71%	N = 30	44% a los 289 días de seguimiento. Consumo de heroína: 13,3%; consumo de cocaína: 86,7%; consumo de alcohol: 56,7; consumo de cannabis: 50%.
Fernández-Hermida et al. (2002)	Tres ocasiones de consumo de drogas en un plazo máximo de 2 meses.	Abstinentes: 89,7% Recaídos: 10,3%		N = 55	En el grupo de «tratamiento completado» era del 10,3% a los 8 años. En el grupo de los que no completaron el tratamiento era del 63,6% a los 8 años. La mayoría de las recaídas son por consumo de heroína (60%), seguido de cannabis (32,7%), cocaína (18,1%), drogas sintéticas (3,6%) y benzodiazepinas (1,8%).
Fernández-Montalvo et al. (2008)	Tres ocasiones de consumo de drogas en un plazo máximo de 2 meses.	51,2%	72%	N = 42	46,5% a los 6 años. La mayoría de las recaídas involucraron consumo de cannabis (37,4%), seguido de cocaína (31,6%), heroína (18,7%), y benzodiazepinas (15,5%).
Gossop et al. (2002)	Uso de heroína después de salir del tratamiento y continuación del uso regular (en más de un tercio de los días desde el primer uso hasta el seguimiento).		Abstinentes: 44% Caídas: 21% Recaídos: 25%	N = 75	El 31% consumía heroína a los 12 meses de seguimiento. Además, de las recaídas, el 46,7% usó metadona; el 50,7% usaba benzodiazepinas; el 49,3% consumía crack; el 14,7% cocaína en polvo; el 20% anfetaminas; el 20% con consumo excesivo de alcohol.
Griffith & Ross (2019)	Los participantes habían consumido alguna sustancia desde que abandonaron el tratamiento.			N = 51	45% a los 5 años. No hay información sobre la sustancia específica en el período de seguimiento.
McCusker et al. (1995)	Autoinforme de cualquier uso de drogas desde la salida del tratamiento.	El 65% completaron el seguimiento a los 6 meses.	66%	3 meses N = 223 6 meses N = 221	El 71% usó heroína a los 6 meses.
Mooney et al. (2014)	Cualquier evidencia documentada de uso de sustancias.	Día 30: 28% abandono Día 90: 31%		30 meses N = 68	30 meses 14,7%
	Sustainelus.	abandono Día 180: 51% abandono		90 meses <i>N</i> = 66	90 meses 28,8%
		Día 360: 72% abandono		180 meses <i>N</i> = 47	180 meses 44,7%
				360 meses N = 27	360 meses 77,8%
					No hay información sobre la sustancia específica en el período de seguimiento.
Stevens et al. (2015)	Cualquier uso de una sustancia ilícita durante el período de seguimiento.		Abstinentes: 39,45% Recaídos: 28,23%	N = 84	56% a los 2 años. No hay información sobre la sustancia específica.

Evaluación de la calidad metodológica

Según la herramienta EPHPP, cinco de los estudios obtuvieron una puntuación de calidad alta (Fernández-Hermida et al., 2002; Fernández-Montalvo et al., 2008; Gossop et al., 2002; Griffith y Ross, 2019; Stevens et al., 2015), dos una puntuación de calidad moderada (Barreno et al., 2019; McCusker et al.,1995) y uno la puntuación de calidad débil (Mooney et al., 2014). El sesgo de selección y la recopilación de datos fueron las principales fortalezas de los estudios, mientras que los abandonos fueron la principal debilidad. En cuanto al componente de análisis, la unidad de análisis y asignación fueron individuos y todos los estudios utilizaron métodos estadísticos apropiados. Además, hubo consenso al evaluar todos los estudios mediante la herramienta EPPHPP. La Tabla 3 muestra las puntuaciones de calidad metodológica específicas y globales de cada estudio.

Principales resultados de recaída

La Tabla 4 resume los principales resultados de recaída. Respecto al ensayo controlado aleatorizado (McCusker et al., 1995), no se encontraron diferencias significativas en las tasas de recaída entre diferentes programas con distinta duración. En cuanto a los estudios sobre la Comunidad Terapéutica Proyecto Hombre (Fernández-Hermida et al., 2002; Fernández-Montalvo et al., 2008), se observaron diferencias significativas entre quienes terminaron el tratamiento y quienes lo abandonaron. Específicamente, las personas que no terminaron el tratamiento recayeron más a menudo y antes en comparación con las personas que completaron el tratamiento. La tasa de recaída en el grupo de «tratamiento completado» era del 10,3% y en los que no completaron el tratamiento fue del 63,6% en el seguimiento (rango de 73 días a 8 años) (Fernández-Hermida et al., 2002). Fernández-Montalvo et al. (2008) informaron que el 83,3% de los abandonos recayeron frente al 32,7% de los que completaron el tratamiento, según el seguimiento (rango de 6 meses a 13 años).

De los estudios de cohortes restantes, dos estudios informaron tasas de recaída similares (Barreno et al., 2019; Griffith y Ross, 2019), alrededor del 45%, mientras que Gossop et al. (2002) informaron una tasa de recaída del 31% y Stevens et al. (2015) informaron tasas de recaída del 56%. Por último, Mooney et al. (2014) informaron que el 77,8% de los participantes tuvieron una recaída al año de seguimiento.

Discusión

Se revisaron un total de ocho estudios sobre las tasas de recaída después del tratamiento por consumo de sustancias en una Comunidad Terapéutica (CT). En general, las tasas de recaída en las CT eran similares en todos los estudios, los cuales mostraron tasas de recaída altas. Al revisar los

estudios de cohortes, las tasas de recaída variaron entre 10,7 y 77,8% (Barreno et al., 2019; Fernández-Hermida et al., 2002; Fernández-Montalvo et al., 2008; Gossop et al., 2002; Griffith y Ross, 2019; Mooney et al., 2014; Stevens et al., 2015). Al examinar el ensayo controlado aleatorizado (McCusker et al., 1995), las tasas de recaída fueron del 71% a los 6 meses de seguimiento. Estos resultados son coherentes con estudios previos que mostraron tasas de recaída altas en las CT (King et al., 2016; Malivert et al., 2012). La mayoría de los estudios indican que la sustancia consumida con mayor frecuencia tras la recaída era la heroína. Sin embargo, esto es dificil de confirmar ya que algunos estudios no muestran las sustancias que se consumen cuando ocurre la recaída.

Al considerar la calidad metodológica de los estudios, cinco estudios recibieron una calificación de calidad alta (Fernández-Hermida et al., 2002; Fernández-Montalvo et al., 2008; Gossop et al., 2002; Griffith y Ross, 2019; Stevens et al., 2015), dos una puntuación de calidad moderada (Barreno et al., 2019; McCusker et al., 1995) y uno la puntuación de calidad débil (Mooney et al., 2014).

En cuanto a las tasas de finalización y retención del tratamiento, dos estudios mostraron que las tasas de recaída en las personas que completaron el tratamiento fueron más bajas que en el grupo de personas que no lo completaron (Fernández-Hermida et al., 2002; Fernández-Montalvo et al., 2008). Estas mejoras son comparables a los resultados hallados en las CT en toda Europa (Broekaert et al., 1999; Fernández-Hermida et al., 2002; Gossop et al., 1999) y Estados Unidos (Hubbard et al., 1989; Simpson y Sells, 1982). De manera similar, McCusker et al. (1995) concluyeron que la duración planificada del tratamiento mostró tener poco efecto sobre las tasas de retención a largo plazo y, en consecuencia, los programas más duraderos tendrán tasas de finalización más bajas.

Cabe añadir que existen factores podrían afectar los resultados de esta revisión sistemática. Primero, la definición de recaída fue diferente en cada estudio incluido. Por ejemplo, Barreno et al. (2019) consideraron como recaídas dos resultados positivos de consumo en al menos dos análisis mientras que McCusker et al. (1995) consideraron recaída el autoinforme de cualquier consumo desde la salida del tratamiento. Segundo, el tiempo de seguimiento varió mucho entre estudios. Así, el periodo de seguimiento fue desde los 90 días (Griffith y Ross, 2019) hasta los tres años (Fernández-Hermida et al., 2002). Por último, el tipo y la duración de los tratamientos varía mucho en cada CT. Desde programas de 28 días (Mooney et al., 2014) hasta programas a gran escala desarrollados en unas CT establecidas (Fernández-Hermida et al., 2002; Fernández-Montalvo et al., 2008).

Algunos de los estudios incluidos en esta revisión mostraron factores asociados con la abstinencia y la recaída. Gossop et al. (2002) mostraron que los pacientes que no re-

cayeron exhibieron en el seguimiento un uso más consistente de estrategias de afrontamiento cognitivas, de evitación y de distracción, en comparación con los que recayeron. Dos investigaciones se centraron en los déficits neurocognitivos en los TUS. Stevens et al. (2015) indicaron que los sujetos que abandonaron el tratamiento no mantuvieron patrones de respuesta consistentes y apropiados en el Iowa Gambling Task (IGT) y revelaron una peor capacidad para seleccionar el resultado más probable en el Cambridge Gambling Task (CGT). Barreno et al. (2019) sugirieron que las personas que abandonaron el tratamiento tendieron a mostrar una peor toma de decisiones en el IGT, mientras que las personas con tasas más altas de recaída cometieron más errores en la prueba Afectiva Go/No Go. Este vínculo entre la toma de decisiones y la retención del tratamiento respalda la idea de que tener la capacidad de percibir los beneficios a largo plazo del tratamiento es un factor esencial para completar con éxito los programas de las CT. La toma de decisiones difiere de otros tipos de impulsividades, ya que implica una valoración subjetiva de distintas opciones de respuesta (en oposición a la asignación de recursos a una sola respuesta, p. ej., atención selectiva e inhibición de respuesta) y requiere sopesar recompensas y castigos (a la inversa de elegir entre dos recompensas, p. ej., descuento demorado) (Verdejo-García et al., 2018). Por otro lado, hubo una asociación entre la inhibición de la respuesta y el descuento demorado con la retención del tratamiento en contextos a corto plazo (Barreno et al., 2019; Stevens et al., 2015). Como tal, la capacidad de tomar decisiones en función de los resultados a largo plazo ayuda a los pacientes a participar en las actividades del tratamiento, superar los contratiempos y, así, lograr mejor los objetivos del tratamiento (Volkow et al., 2016). Alternativamente, la propensión a reacciones rápidas e impulsivas puede dificultar la capacidad de los pacientes para permanecer en tratamiento, especialmente cuando surgen problemas, además de ser un factor de riesgo de recaída.

Esta revisión tiene algunas limitaciones. Primero, los estudios que evalúan la recaída en las CT son limitados. Segundo, los seguimientos se realizaron en diferentes momentos y, además, hubo muchos abandonos en los diferentes estudios, lo que debe tenerse en cuenta al generalizar los resultados. Tercero, de los ocho estudios incluidos en esta revisión, solo uno es un ensayo controlado aleatorizado. Cuarto, es imposible acceder a los datos no publicados de las CT. A pesar de las limitaciones, este estudio describe y sigue la declaración internacional PRISMA y repasa la investigación disponible sobre las tasas de recaída después de la CT.

Respecto de vías para la investigación futura, estas deben intentar identificar los factores de riesgo de recaída, así como los programas de intervención que pueden reducir de manera eficaz las tasas de recaída. También sería importante identificar los períodos críticos en el proceso de recuperación y las características de la intervención posterior que ayudarían a mantener la abstinencia. Además, se debe prestar atención a examinar la presencia de trastornos de salud mental entre las personas que buscaron tratamiento por uso de sustancias, así como a desarrollar y fortalecer la prevención de recaídas y las habilidades de afrontamiento de recaídas en estas personas. Por ejemplo, el estudio propuesto por Kelly et al. (2020) responderá a las llamadas en la literatura académica para el análisis de las intervenciones de atención continua para usuarios de sustancias (Blodgett et al., 2014; Lenaerts et al., 2014; McKay, 2009) y proporcionará datos relevantes sobre la efectividad, tanto clínica como en términos económicos, de intervenciones de atención continua vía telefónica. Se espera que este estudio demuestre que las intervenciones de atención continua por teléfono sean de bajo costo y efectivas para apoyar a las personas que dejan la atención residencial (Kelly et al., 2020).

En resumen, las tasas de recaída después de tratamiento en una CT son altas y deberían desarrollarse y fortalecerse aún más las habilidades de prevención de recaídas y afrontamiento de recaídas. De hecho, reducir enormemente las tasas de recaída es una de las principales prioridades del tratamiento por consumo de sustancias.

Referencias

Alterman, A., McKay, J., Mulvaney, F., Cnaan, A., Cacciola, J., Tourian, K., Rutherford, M. y Merikle, E. (2000).
Baseline prediction of 7-month cocaine abstinence for cocaine dependence patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, 215–221. http://dx.doi.org/10.1016/S0376-8716(99)00124-6

Armijo-Olivo, S., Stiles, C. R., Hagen, N. A., Biondo, P. D. y Cummings, G. G. (2012). Assessment of study quality for systematic reviews: A comparison of the Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool and the Effective Public Health Practice Project Quality Assessment Tool: Methodological research. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18, 12– 18. https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01516.x

Barreno, E. M., Domínguez-Salas, S., Díaz-Batanero, C., Lozano, Ó. M., Marín, J. A. L. y Verdejo-García, A. (2019). Specific aspects of cognitive impulsivity are longitudinally associated with lower treatment retention and greater relapse in therapeutic community treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 96, 33–38. http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2018.10.004

Blodgett, J., Maisel, N., Fuh, I., Wilbourne, P. y Finney, J. (2014). How effective is continuing care for substance use disorders? A meta-analytic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46, 87–97. http://dx.doi.org/10.1016/j. jsat.2013.08.022

Bradizza, C., Stasiewicz, P. y Paas, N. (2006). Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance use disorders:

- A review. *Clinical Psychology Review*, 26, 162–178. http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2005.11.005
- Broekaert, E., Raes, V., Kaplan, C. y Coletti, M. (1999). The design and effectiveness of therapeutic community research in Europe: An overview. *European Addiction Research*, *5*, 21–35. http://dx.doi.org/10.1159/000018960
- Dawson, D., Goldstein, R. y Grant, B. (2007). Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: A 3-year follow-up. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31, 2036–2045. http://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00536.x
- de Andrade, D., Elphinston, R. A., Quinn, C., Allan, J. y Hides, L. (2019). The effectiveness of residential treatment services for individuals with substance use disorders: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 201, 227–235. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.03.031
- De Leon, G. (2000). The Therapeutic Community. Springer Publishing Company. https://doi.org/10.1891/9780826116673
- De Leon, G. y Unterrainer, H. F. (2020). The Therapeutic Community: A unique social psychological approach to the treatment of addictions and related disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 786. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00786
- Fernández-Hermida, J.-R., Secades-Villa, R., Fernández-Ludeña, J.-J. y Marina-González, P.A. (2002). Effectiveness of a Therapeutic Community treatment in Spain: A long-term follow-up study. *European Addiction Research*, 8, 22–29. http://dx.doi.org/10.1159/000049484
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Illescas, C., Landa, N. y Lorea, I. (2008). Evaluation of a Therapeutic Community Treatment Program: A long-term follow-up study in Spain. *Substance Use & Misuse*, 43, 1362–1377. http://dx.doi.org/10.1080/10826080801922231
- Gerwe, C. (2000). Chronic addiction relapse treatment: A study of the effectiveness of the high-risk identification and prediction treatment model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 415–427. http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472(00)00136-7
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. y Rolfe, A. (1999). Treatment retention and one-year outcomes for residential programs in England. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 89–98.
- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N. y Marsden, J. (2002). Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: Protective effect of coping responses. *Addiction*, *97*, 1259–1267. http://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00227.x
- Griffiths, M. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10, 191-197. https://doi.org/10.1080/14659890500114359

- Griffith, J. y Ross, C. (2019). Treatment outcomes of substance abusing males: A 90-day residential treatment programme in Barbados. *Caribbean Journal of Psychology*, 11, 80–96.
- Hendershot, C., Witkiewitz, K., George, W. y Marlatt, G. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 6*, 17. http://dx.doi.org/10.1186/1747-597x-6-17
- Hubbard, R. L., Marsden, M. E., Rachal, J. V., Harwood, H. J., Cavenaugh, E. R. y Ginzburg, H. M. (1989). Drug abuse treatment: A national study of effectiveness. University of North Carolina Press.
- Kelly, P., Deane, F., Baker, A., Byrne, G., Degan, T., Osborne, B., Townsend, C., McKay, J., Robinson, L., Oldmeadow, C., Lawson, K., Searles, A. y Lunn, J. (2020). Study protocol the Continuing Care Project: A randomised controlled trial of a continuing care telephone intervention following residential substance dependence treatment. BMC Public Health, 20. http://dx.doi.org/10.1186/s12889-020-8206-y
- King, J., Dow, J. y Stevenson, B. (2016). Measuring outcomes for TC clients: Higher ground drug rehabilitation trust. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 37, 121-130. https://doi.org/10.1108/tc-01-2016-0003
- Lenaerts, E., Matheï, C., Matthys, F., Zeeuws, D., Pas, L., Anderson, P. y Aertgeerts, B. (2014). Continuing care for patients with alcohol use disorders: A systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 135, 9–21. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.10.030
- Malivert, M., Fatséas, M., Denis, C., Langlois, E. y Auriacombe, M. (2012). Effectiveness of therapeutic communities: A systematic review. *European addiction research*, *18*, 1–11. https://doi.org/10.1159/000331007
- McCusker, J., Vickers-Lahti, M., Stoddard, A., Hindin, R., Bigelow, C., Zorn, M., Garfield, F., Frost, R., Love, C. y Lewis, B. (1995). The effectiveness of alternative planned durations of residential drug abuse treatment. American Journal of Public Health, 85, 1426–1429. http://dx.doi.org/10.2105/ajph.85.10.1426
- McKay, J. (2009). Continuing care research: What we have learned and where we are going. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 131–145. http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2008.10.004
- Mooney, S. R., Horton, P. A., Trakowski, J. H., Lenard, J. H., Barron, M. R., Nave, P. V., Gautreaux, M., S. y Lott, H. D. (2014). Military inpatient residential treatment of substance abuse disorders: The Eisenhower Army Medical Center Experience. *Military Medicine*, 179, 674–678. http://dx.doi.org/10.7205/milmed-d-13-00308
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T.,

- Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A.,... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BM*7, 372, n71. https://doi.org/10.1136/bmj.n71
- Pasareanu, A., Vederhus, J., Opsal, A., Kristensen, Ø. y Clausen, T. (2016). Improved drug-use patterns at 6 months post-discharge from inpatient substance use disorder treatment: Results from compulsorily and voluntarily admitted patients. *BMC Health Services Research*, 16, 291. http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1548-6
- Reif, S., George, P., Braude, L., Dougherty, R. H., Daniels,
 A. S., Ghose, S. S. y Delphin-Rittmon, M. E. (2014).
 Residential treatment for individuals with substance use disorders: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65, 301–312. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300242
- Šefránek, M. y Miovský, M. (2017). Treatment outcome evaluation in therapeutic communities in the Czech Republic: Changes in methamphetamine use and related problems one year after discharge. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 12, 68-85. https://doi.org/10.1080/1556035x.2017.1280718
- Šefránek, M. y Miovský, M. (2017b). Treatment outcome evaluation in therapeutic communities in the Czech Republic: Alcohol consumption and other results one year after discharge. *Alcoholism Treatment Quarterly*, *36*, 54-71. https://doi.org/10.1080/07347324.2017.1387036
- Simpson, D. D. y Sells, S. B. (1982). Effectiveness of treatment for drug abuse: An overview of the DARP research program. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 2, 7–29. http://dx.doi.org/10.1300/J251v02n01_02
- Smith, L. A., Gates, S. y Foxcroft, D. (2006). Therapeutic communities for substance related disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1, CD005338. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005338.pub2
- Stevens, L., Goudriaan, A. E., Verdejo-García, A., Dom, G., Roeyers, H. y Vanderplasschen, W. (2015). Impulsive choice predicts short-term relapse in substance-dependent individuals attending an in-patient detoxification programme. *Psychological Medicine*, 45, 2083–2093. http://dx.doi.org/10.1017/S003329171500001X
- Suter, M., Strik, W. y Moggi, F. (2011). Depressive symptoms as a predictor of alcohol relapse after residential treatment programs for alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41, 225–232. http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2011.03.005
- Tims, F. y Leukefeld, C. (Eds.). (1986). *Relapse and recovery in drug abuse* (NIDA Monograph 72). Department of Health and Human Services.
- Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R. C., Pearce, S., Broekaert, E. y Vandevelde, S. (2013). Therapeutic communities for addictions: A Review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. *The Scientific World Journal*, 2013, 1–22. https://doi. org/10.1155/2013/427817

- Verdejo-Garcia, A., Alcazar-Corcoles, M. y Albein-Urios, N. (2018). Neuropsychological interventions for decision-making in addiction: A systematic review. *Neuropsy*chology Review, 29, 79–92. https://doi.org/10.1007/ s11065-018-9384-6
- Volkow, N., Koob, G. F. y McLellan, T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *The New England Journal of Medicine*, 374, 363–371. http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1511480
- Witkiewitz, K. y Marlatt, G. (2007). Modeling the complexity of post-treatment drinking: It's a rocky road to relapse. *Clinical Psychology Review*, 27, 724–738. http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.002

Anexo

EBSCO

AB relapse rates AND TX ("substance abuse treatment" OR "addiction treatment" OR "addictions" OR "addiction" OR drug addiction OR drug dependence) AND TX ("therapeutic community" OR "therapeutic communities" OR tc)

PubMed

((relapse rates[Title/Abstract]) AND ("substance abuse treatment" OR "addiction treatment" OR "addictions" OR "addiction" OR drug addiction OR drug dependence)) AND ("therapeutic community" OR "therapeutic communities" OR tc)

Web of Science

AB=relapse rates AND TX=("substance abuse treatment" OR "addictions" OR "addictions" OR "addiction" OR drug addiction OR drug dependence) AND TX=("therapeutic communities" OR tc)







ORIGINAL

Impacto del alcohol y la dieta en la calidad de vida en la educación superior. Un modelo de ecuaciones estructurales

Impact of alcohol consumption and diet on quality of life in higher education. A structural equation model

José Luis Ubago-Jiménez*; Félix Zurita-Ortega*; Eduardo Melguizo-Ibáñez*; José Manuel Alonso-Vargas*.

Resumen

El consumo de alcohol de la juventud durante el periodo universitario ha aumentado exponencialmente en los últimos años. Además, el cambio de estilo de vida se asocia al abandono de la dieta mediterránea, aumentando el riesgo de sufrir algún tipo de lesión y afectando a su calidad de vida. El estudio se realizó con una muestra de 1057 estudiantes universitarios españoles, el 12,1% (n = 127) de mujeres y el 87,9% (n = 930) de hombres. Se utilizó el cuestionario SF-36 para medir la calidad de vida relacionada con la salud; el test MEDAS para comprobar la adherencia a la dieta mediterránea; y el test AUDIT para medir el consumo de alcohol. Los resultados muestran una relación inversa entre la lesión y la calidad de vida $(\beta = -0,020)$ y la adherencia a la dieta mediterránea $(\beta = -0,042)$ entre los estudiantes que han sufrido algún tipo de lesión. Por otro lado, se observa una relación positiva con el consumo de alcohol (β= -0,046). La principal conclusión es que un menor consumo de alcohol y una mayor adherencia a la dieta mediterránea se asociaron con una mejor calidad de vida y un menor riesgo de lesiones en los estudiantes universitarios del sur de España. Palabras clave: calidad de vida, estudiantes universitarios, alcohol, dieta mediterránea, lesiones

Abstract

Alcohol consumption among Spanish undergraduates during their university time has increased exponentially in recent years. In addition, this lifestyle change is associated with abandoning the Mediterranean diet, increasing the risk of suffering some kind of injury and affecting their quality of life. The study was carried out with a sample of 1,057 Spanish university students, 12.1% (n = 127) of them women and 87.9% (n= 930) men. The SF-36 questionnaire was used to measure health-related quality of life, the MEDAS test to check adherence to the Mediterranean diet, and the AUDIT test to measure alcohol consumption. The results show an inverse relationship between injury and quality of life (β = -0.020) and adherence to the Mediterranean diet (β = -0.042) among students who have suffered some kind of injury. On the other hand, there was a positive relationship with alcohol consumption (β = -0.046). The main conclusion is that lower alcohol consumption and higher adherence to the Mediterranean diet was associated with a better quality of life and a reduced risk of injury in undergraduates in southern Spain.

Keywords: quality of life, university students, alcohol, Mediterranean diet, injuries

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Eduardo Melguizo-Ibáñez. Departamento de Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y Corporal. Universidad de Granada. C/ Campus de Cartuja s/n 18071 Granada. E-mail: emelguizo@ugr.es

^{*} Departamento de Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y Corporal. Universidad de Granada.

[■] Recibido: Diciembre 2022; Aceptado: Abril 2023.

a adolescencia tardía y juventud se caracterizan por ser etapas de la vida en las que se producen una serie de alteraciones físicas, psicológicas y sociales (Brooks et al., 2021; Dewi et al., 2021). Son muchos los agentes externos que influyen de forma decisiva en este proceso sobre los hábitos y costumbres personales.

De hecho, el acceso a la universidad implica una transformación drástica en el consumo excesivo de sustancias nocivas por parte de la juventud, como el alcohol y el tabaco (Maric et al., 2021). Autores como Noh-Moo et al. (2021) y Rial et al. (2020) han destacado cómo el consumo de alcohol es mayor durante la adolescencia (Chen et al., 2018). El consumo de alcohol aumenta durante los fines de semana, cuando la mayoría de los estudiantes construyen su vida social en torno a la ingesta de bebidas alcohólicas fuertes (Buvik et al., 2021). Además, este consumo prematuro y excesivo de alcohol se asocia a problemas como la depresión (Paulus et al., 2021) o el estrés (Greenwood et al., 2021), ambas patologías muy relacionadas con la calidad de vida (CdV).

Sin embargo, la dieta es otro aspecto en el que influye el acceso a la universidad, ya que los jóvenes abandonan el hogar familiar y se hacen autónomos para cocinar sus propias comidas (Hudak et al., 2021; Winpenny et al., 2018). Los patrones alimentarios de las familias españolas se basan en la adhesión a la Dieta Mediterránea (ADM; Aguilar-Martínez et al., 2021; Jiménez-Boraita et al., 2020), una dieta propia de los países de la cuenca mediterránea. Se caracteriza por el consumo de productos frescos, verduras, frutas y legumbres y, en cambio, por el bajo consumo de productos procesados (Real et al., 2020). Los jóvenes modifican drásticamente su dieta al salir de casa y consumen, principalmente, productos precocinados (Rodrigues et al., 2017). Los hábitos cada vez más sedentarios unidos al fácil acceso de comidas rápidas hace que los jóvenes prefieran una dieta desequilibrada y abandonen los hábitos alimenticios familiares (Atencio-Osorio et al., 2020; Serra-Majem et al., 2020).

Según Blanco et al. (2020) los hábitos sedentarios en los adolescentes han aumentado considerablemente y de forma más significativa durante los fines de semana (Mielgo-Ayuso et al., 2017). Asimismo, la falta de actividad fisica conlleva un empeoramiento de la condición física de la persona (Diehl et al., 2021) y puede provocar lesiones cuando se realiza cualquier movimiento que requiera mayor intensidad (Fort-Vanmeerhaeghe et al., 2017). Las lesiones provocan una disminución de la CdV de la persona, ya que en ocasiones pueden suponer una limitación para practicar una actividad o realizar una tarea cotidiana (Chmelik et al., 2021).

La CdV, se entiende como ausencia de enfermedad o ausencia de limitaciones para realizar las tareas cotidianas (Villafaina et al., 2021). Además, según estudios recientes (Kuczynski et al., 2020), la CdV se asocia con sentimientos

de soledad o desvinculación social entre los jóvenes universitarios. Otras investigaciones como la de Aymerich et al. (2021) muestran cómo la CdV está estrechamente relacionada con la satisfacción vital o el bienestar subjetivo. Asimismo, Losada-Puente et al. (2020) destacan la importancia de los elementos físicos, psicológicos y emocionales en el desarrollo de la percepción de la CdV.

Por ello, la presente investigación pretende: a) analizar las relaciones entre la CdV y las variables asociadas como el consumo de alcohol, el ADM y el riesgo de lesión; b) contrastar un modelo estructural que proporcione explicaciones sobre el riesgo de lesión en función de la CdV en estudiantes universitarios; c) analizar las diferencias entre las variables estudiadas respecto a haber sufrido o no una lesión mediante un análisis multigrupo en un modelo de trayectoria.

Material y método

Diseño y muestra

El estudio se realizó con un diseño descriptivo, transversal y no experimental. La muestra consistió en 1057 estudiantes universitarios de la carrera de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte de Almería, Cádiz, Granada, Huelva y Sevilla (España) mediante un muestreo de conveniencia. La muestra estuvo compuesta por un 12,1% (n = 127) de mujeres y un 87,9% (n = 930) de hombres, con edades comprendidas entre los 18 y 23 años (M = 20,78, DT = 2,85).

Instrumentos

En esta investigación se han utilizado un total de cuatro instrumentos para la recogida de datos. El primero es un cuestionario *ad-hoc* en el que se recogen datos sociodemográficos como el sexo, la edad y las lesiones.

Para medir el consumo de alcohol se ha utilizado el Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT; Saunders et al., 1993) en su versión española de Rubio (1998). Diez ítems conforman esta escala donde los primeros ocho ítems se responden en una escala tipo Likert de 0 (nunca) a 5 (diariamente); los otros dos ítems se responden en una escala tipo Likert con valores de 0, 2 y 4 puntos. Asimismo, el análisis de fiabilidad para la presente investigación obtuvo un alfa de Cronbach de $\alpha = 0,856$.

En relación con la ADM, se utilizó el test MEDAS (Schröder et al., 2011). Se compone de 14 ítems a los que se responde con un sí o un no. Se establecen tres categorías: cerca de 14 puntos "adherencia de nivel alto"; de 8 a 11 puntos indican "adherencia de nivel medio"; de 5 a 7 puntos "adherencia de nivel bajo"; y menos de 5 reflejan "adherencia muy baja". Para la presente investigación, se obtuvo un alfa de Cronbach de $\alpha = 0.882$.

La CdV relacionada con la salud (Ware y Sherbourne, 1992) se midió mediante la versión española del cuestionario SF-36 (Alonso et al., 1995). Está formado por 36 ítems divididos en ocho dimensiones. Además, cuenta con 26

ítems que se responden en una escala Likert que va de 1 (siempre) a 5 (nunca); también cuenta con 10 ítems que se responden en una escala Likert de tres opciones de 1 (sí, me limita mucho) a 3 (no, no me limita nada). Estas dimensiones son: Funcionamiento físico (FF), Rol físico (RF), Dolor corporal (DC), Salud general (SG), Vitalidad (VT), Funcionamiento social (FS), Rol emocional (RE) y Salud mental (SM). En la presente investigación se obtuvo un alfa de Cronbach de α = 0,794.

Procedimiento

El proceso de investigación comprendió diferentes fases. En la primera, se solicitó autorización al Departamento de Expresión Corporal y al Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Granada (España) con el código 1478/CEIH/2020. En la siguiente fase, se elaboró un documento en el que se explicaban los objetivos de la investigación y del estudio, solicitándose el consentimiento informado a los participantes. Tras el acuerdo de participación de 1234 estudiantes de grado, se envió un cuestionario a los estudiantes por correo electrónico utilizando la herramienta Google Forms. Durante la última fase, se comprobaron las respuestas de 1234 estudiantes de grado y hubo que eliminar 177 cuestionarios por no estar debidamente cumplimentados, es decir, por faltar algún ítem por responder. El análisis de los datos se realizó entre julio y septiembre de 2022, tratando y garantizando la confidencialidad de los participantes. El procesamiento y análisis de los datos se realizó siguiendo las directrices de investigación en humanos del Comité de Ética de la Universidad de Granada, y los principios éticos establecidos por la Declaración de Helsinki en 1975 y su actualización en Brasil en 2013.

Análisis estadístico

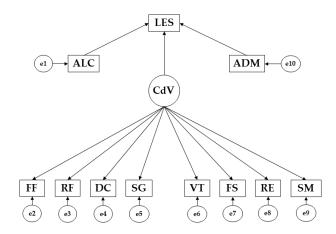
Para el análisis descriptivo de los resultados se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics 25.0 (IBM Corp, Armonk, NY, EE.UU.). Se realizó un análisis de frecuencias y medias. Además, se utilizó el alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna de los instrumentos, estableciendo un intervalo de confianza del 95%.

Para llevar a cabo el modelo de ecuaciones estructurales, se utilizó el programa IBM SPSS Amos 26.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EE.UU.) para establecer las relaciones entre las variables incluidas en el modelo teórico (Figura 1). Se elaboró un modelo general para la muestra de estudio y dos modelos para estudiar las relaciones de las variables en función de las lesiones y las no lesiones. En este caso, el modelo propuesto está integrado por un total de once variables endógenas (LES, ALC, ADM, FF, RF, DC, SG, VT, SF, RE y SM) y una variable exógena (CdV). Para las variables endógenas, las explicaciones causales se llevaron a cabo teniendo en cuenta las asociaciones obtenidas entre los indicadores de fiabilidad de la medición. Así, el error de

medición de las variables endógenas se incluyó en este modelo, y pudo controlarse e interpretarse como coeficientes de regresión multivariante. Además, las flechas unidireccionales representan líneas de influencia entre las variables latentes y se interpretan a partir de los pesos de regresión. Para determinar las diferencias estadísticamente significativas en los modelos, se empleó la prueba Chi-Cuadrado de Pearson, estableciéndose el nivel de significatividad en p< 0,05 y p< 0,001.

Tras estimar los parámetros del modelo, se evaluó el ajuste del mismo. De acuerdo con las recomendaciones de McDonald y Marsh (1990) y Bentler (1990), la bondad del ajuste debe evaluarse mediante el Chi-Cuadrado, cuyos valores p no significativos indican un buen ajuste del modelo. Además, estos datos no pueden interpretarse de forma aislada debido a la influencia de la susceptibilidad y al tamaño de la muestra (Tenenbaum y Eklund, 2007), por lo que se han utilizado otros índices de ajuste estandarizados. Asimismo, el índice de ajuste comparativo (CFI) debe obtener valores superiores a 0,95 para un buen ajuste del modelo; el índice de bondad de ajuste (GFI) debe obtener valores superiores a 0,90 para reflejar un ajuste aceptable; el índice de fiabilidad incremental (IFI) valores superiores a 0,90 para reflejar un ajuste aceptable; y, por último, para la aproximación media cuadrática (RMSEA) valores inferiores a 1 indican un ajuste aceptable del modelo.

Figura 1
Modelo teórico



Nota. Alcohol (ALC); Adherencia a la dieta Mediterránea (ADM); Lesión (LES); Calidad de vida (CdV); Funcionamiento físico (FF); Rol físico (RF); Dolor corporal (DC); Salud general (SG); Vitalidad (VT); Funcionamiento social (FS); Rol emocional (RE); Salud mental (SM).

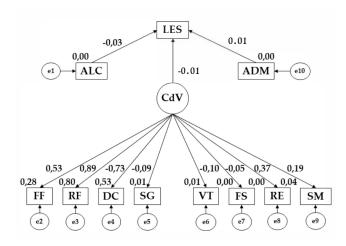
Resultados

En la Tabla 1 se pueden ver los descriptivos básicos de la CdV, consumo de alcohol y ADM en función de haber padecido lesión o no. En relación de las variables evaluadas para la muestra general, se encontró un buen ajuste para todos los índices en el modelo desarrollado. El análisis CFI obtuvo un valor de 0,978, lo que representa un ajuste excelente. El análisis NFI obtuvo un valor de 0,965; el IFI fue de 0,945 y el índice de Tucker-Lewis (TLI) obtuvo un valor de 0,934, que fue excelente. Además, el RMSEA fue de 0,054.

Los pesos de regresión del modelo general se muestran en la figura 2 y en la tabla 2. Obsérvese cómo existe una relación negativa entre la variable LES y CdV (β = -0,013), así como con el ALC (β = -0,03). Sin embargo, para la relación entre ADM e LES, se observan relaciones positivas (β = 0,01). Asimismo, para la variable CdV, se observan relaciones positivas con SM (β = 0,193; ρ < 0,001), RE (β = 0,366; ρ < 0,001;), RF (β = 0,894; ρ < 0,001) y FF (β = 0,527; ρ < 0,001). Se encontraron relaciones negativas con respecto a la FS (β = -0,054; ρ < 0,001), la VT (β = -0,96; ρ < 0,001), la SG (β = -0,89; ρ < 0,001) y el DC (β = -0,730; ρ < 0,001).

El modelo desarrollado para los participantes lesionados mostró buenos valores de ajuste. El CFI mostró un valor de 0,965, el NFI run valor de 0,954 y el IFI fue de 0,962. Además, el TLI obtuvo una puntuación de 0,953, mientras que el RMSEA obtuvo una puntuación de 0,055.

Figura 2 Modelo de ecuaciones estructurales para la muestra



Nota. Alcohol (ALC); Adherencia a la dieta Mediterránea (ADM); Lesión (LES); Calidad de vida (CdV); Funcionamiento físico (FF); Rol físico (RF); Dolor corporal (DC); Salud general (SG); Vitalidad (VT); Funcionamiento social (FS); Rol emocional (RE); Salud mental (SM).

Tabla 1Datos descriptivos en función de lesión

	Lesión	N	M	DT
	NO	485	14,88	1,702
SG	SI	572	13,87	1,863
FS	NO	485	6,95	0,922
гэ	SI	572	6,90	0,889
VT	NO	485	13,81	2,054
VI	SI	572	13,02	2,018
SM	NO	485	19,94	1,830
SIVI	SI	572	19,15	1,948
DC	NO	485	3,61	2,013
DC	SI	572	3,84	1,948
RE	NO	485	5,66	0,830
KL.	SI	572	5,15	0,950
RF	NO	485	7,63	1,035
M	SI	572	6,98	1,036
FF	NO	485	29,67	0,835
••	SI	572	29,38	1,161
ALC	NO	485	27,48	4,167
ALC	SI	572	27,98	4,347
ADM	NO	485	1,13	0,312
	SI	572	1,09	0,334

Nota. Media (M); Desviación típica (DT); Salud general (SG); Funcionamiento social (FS); Vitalidad (VT); Salud mental (SM); Dolor corporal (DC); Rol emocional (RE); Rol físico (RF); Funcionamiento físico (FF); Alcohol (ALC); Adherencia a la Dieta Mediterránea (ADM).

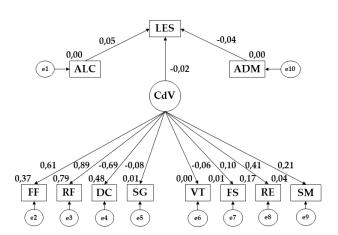
 Tabla 2

 Modelo de ecuaciones estructurales para la muestra

Asociación		R.W			S.R.W.
de variables	Estimación	S.E.	C.R.	p	Estimación
SM ←CdV	1,000				,193
RE ←CdV	1,495	,283	5,278	***	,366
FS ←CdV	-,333	,213	-1,561	,118	-,054
VT ← CdV	-,664	,257	-2,590	*	-,096
SG ← CdV	-,432	,178	-2,429	*	-,089
DC ←CdV	-9,848	1,699	-5,797	***	-,730
$RF \leftarrow CdV$	3,157	,546	5,783	***	,894
$FF \leftarrow CdV$,737	,131	5,625	***	,527
LES ←ALC	-,028	,026	-1,094	,274	-,034
LES ←DMA	,068	,187	,362	,717	,011
LES ←CdV	-,085	,227	-,375	,708	-,013

Nota. Peso de regresión (R.W); peso de regresión estandarizado (S.R.W); Error de estimación (S.E); Relación crítica (C.R); Alcohol (ALC); Adherencia a la dieta Mediterránea (ADM); Lesión (LES); Calidad de vida (CdV); Funcionamiento físico (FF); Rol Físico (RF); Dolor corporal (DC); Salud general (SG); Vitalidad (VT); Funcionamiento Social (FS); Rol emocional (RE); Salud mental (SM); *Relación estadísticamente significativa a nivel ρ < ,05; *** Relación estadísticamente significativa a nivel ρ < ,001.

Figura 3 Modelo de ecuaciones estructurales para personas lesionadas



Nota. Alcohol (ALC); Adherencia a la dieta Mediterránea (ADM); Lesión (LES); Calidad de vida (CdV); Funcionamiento físico (FF); Rol físico (RF); Dolor corporal (DC); Salud general (SG); Vitalidad (VT); Funcionamiento social (FS); Rol emocional (RE); Salud mental (SM).

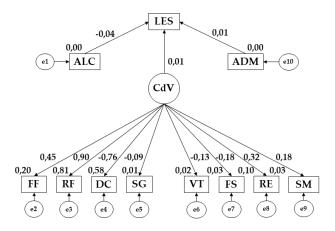
Tabla 3
Modelo de ecuaciones estructurales para sujetos lesionados

Asociación		R.W.			S.R.W.
de variables	Estimaciones	S.E.	C.R.	р	Estimaciones
SM ←CdV	1,000				,208
RE ← CdV	1,600	,416	3,849	***	,407
FS ←CdV	,525	,294	1,784	,074	,097
VT ← CdV	-,369	,314	-1,174	,240	-,061
SG ← CdV	-,377	,242	-1,556	,120	-,083
DC ← CdV	-8,269	1,988	-4,159	***	-,695
RF ← CdV	2,849	,681	4,177	***	,889
FF ← CdV	,852	,207	4,109	***	,612
LES ←ALC	,005	,005	,998	,318	,046
LES ←ADM	-,034	,036	-,927	,354	-,042
LES ←CdV	-,016	,040	-,405	,686	-,020

Nota. Peso de regresión (R.W); peso de regresión estandarizado (S.R.W); Error de estimación (S.E); Relación crítica (C.R); Alcohol (ALC); Adherencia a la dieta Mediterránea (ADM); Lesión (LES); Calidad de vida (CdV); Funcionamiento físico (FF); Rol Físico (RF); Dolor corporal (DC); Salud general (SG); Vitalidad (VT); Funcionamiento Social (FS); Rol emocional (RE); Salud mental (SM); * Relación estadísticamente significativa a nivel p < ,05; *** Relación estadísticamente significativa a nivel p < ,001.

Los pesos de la regresión se muestran en la figura 3 y en la tabla 2, con valores estadísticamente significativos (p< 0,001). Se observa una relación negativa entre LES y CdV (β = -0,020), así como con ADM (β = -0,042). Se observan relaciones positivas con ALC (β = ,046). Centrándonos en la CdV, se observan relaciones positivas con la FF (β = -0,612; p< 0,001), FS (β = 0,097; p< 0,001), RF (β = 0,889; p< 0,001), RE (β = 0,407; p< 0,001) y SM (β = 0,208; p< 0,001). Sin embargo, se observaron relaciones negativas con la DC (β = -0,695; p< 0,001), la SG (β = -0,083; p< 0,001) y la VT (β = -0,061; p< 0,001).

Figura 4
Modelo de ecuaciones estructurales para personas no lesionadas



Nota. Alcohol (ALC); Adherencia a la dieta Mediterránea (ADM); Lesión (LES); Calidad de vida (CdV); Funcionamiento físico (FF); Rol físico (RF); Dolor corporal (DC); Salud general (SG); Vitalidad (VT); Funcionamiento social (FS); Rol emocional (RE); Salud mental (SM).

Tabla 4
Modelo de ecuaciones estructurales para sujetos no lesionados

Asociación		R.W.			S.R.W.
de variables	Estimaciones	S.E.	C.R.	р	Estimaciones
SM ←CdV	1,000				0,179
RE ←CdV	1,371	0,384	3,574	***	0,321
FS ←CdV	-1,241	0,435	-2,854	*	-0,177
VT ← CdV	-0,998	0,428	-2,332	*	-0,127
SG ←CdV	-0,500	0,266	-1,881	0,060	-0,095
DC ← CdV	-11,558	2,889	-4,001	***	-0,758
$RF \leftarrow CdV$	3,519	0,884	3,979	***	0,902
$FF \leftarrow CdV$	0,629	0,165	3,811	***	0,447
LES ←ALC	0,044	0,252	0,174	0,862	0,008
LES ←ADM	0,028	0,027	-1,042	0,297	-0,043
LES ←CdV	-0,015	0,186	-0,082	0,935	-0,003

Nota. Peso de regresión (R.W); peso de regresión estandarizado (S.R.W); Error de estimación (S.E); Relación crítica (C.R); Alcohol (ALC); Adherencia a la dieta Mediterránea (ADM); Lesión (LES); Calidad de vida (CdV); Funcionamiento físico (FF); Rol Físico (RF); Dolor corporal (DC); Salud general (SG); Vitalidad (VT); Funcionamiento Social (FS); Rol emocional (RE); Salud mental (SM); * Relación estadísticamente significativa a nivel p < ,05; *** Relación estadísticamente significativa a nivel p < ,001.

Además, en el modelo de los participantes no lesionados, se encontraron valores aceptables para cada índice.. El análisis del CFI mostró un valor de 0,958, el NFI reflejó un valor de 0,953 y el IFI fue de 0,958. Además, el TLI obtuvo una valoración de 0,947, mientras que el RMSEA obtuvo un resultado de 0,058.

La figura 4 y la tabla 3 muestran los pesos de regresión del modelo, con diferencias estadísticamente significativas al nivel p < 0.05 y p < 0.001. La relación entre LES y CdV (β = -0.003) y ADM (β = -0.043) es negativa, aunque existe una relación positiva con ALC (β = 0.008). Siguiendo con la

CdV, se obtienen relaciones positivas con la FF (β = 0,447; p< 0,001), RF (β = 0,902; p< 0,001), RE (β = 0,321; p< 0,001) y SM (β = 0,179; p< 0,001). En cambio, se obtienen relaciones negativas con la DC (β = -0,758; p< 0,001), la SG (β = -0,095; p< 0,001), la VT (β = -0,127; p< 0,001) y la FS (β = -0,177; p< 0,001).

Discusión

La presente investigación realiza un análisis multigrupo con el objetivo de identificar las relaciones entre la CdV, el consumo de alcohol y la dieta mediterránea en función de si los estudiantes universitarios han sufrido o no una lesión. El modelo ha obtenido un buen ajuste, generando una buena explicación de las asociaciones entre la CdV y los aspectos influyentes con las lesiones entre los estudiantes universitarios, al igual que varios otros estudios a nivel nacional e internacional (Baden et al., 2020; Dalwood et al., 2020; Knox y Muros, 2017; Moral-García et al., 2020).

Al analizar el consumo de alcohol, el modelo estructural propuesto muestra una asociación positiva con relación a haber sufrido algún tipo de lesión, mientras que en aquellos universitarios que no afirman haber sufrido una lesión esta asociación muestra una fuerza menor. En muchas investigaciones se comprueba como la ingesta de alcohol y las lesiones están relacionadas, ya que está ampliamente demostrado que el alcohol actúa como un factor determinante que aumenta la probabilidad de sufrir lesiones (Htet et al., 2020; Lechner et al., 2020; Schnettler et al., 2015).

Asimismo, la ADM se asoció negativamente con haber sufrido algún tipo de lesión para los estudiantes universitarios. En base a estos resultados, se puede observar cómo tener una alta ADM se asocia con un menor riesgo de sufrir cualquier tipo de lesión (Buckland y González, 2015; Lemma et al., 2021; Martini, 2019). Esto se debe a que los estudiantes universitarios tienen un mayor distanciamiento de las dietas tradicionales en favor de las dietas occidentales (Andrade et al., 2020). Por tanto, la ingesta de alimentos procesados tiene una mayor incidencia de riesgo de lesión y tiene una mayor probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y obesidad (Romagnolo y Selmin, 2017).

En cuanto a la influencia de la CdV en el riesgo de sufrir algún tipo de lesión, se observa una relación negativa. En los resultados se pone de manifiesto como aquellos que han sufrido algún tipo de lesión han visto disminuida su CdV, ya sea por un periodo corto de tiempo o por un periodo prolongado. Además, estos resultados son similares a los obtenidos por Tonapa et al. (2021) que revelaron que aquellas personas que habían sufrido una lesión extrema habían experimentado una disminución de su CdV. Por otro lado, Busse et al. (2019) señalan cómo las personas con estrategias de afrontamiento bien desarrolladas mejoraron su CdV.

Es interesante destacar algunas de las principales limitaciones de este estudio. La primera está relacionada con su diseño metodológico, que es descriptivo, transversal y medido sobre un único grupo de sujetos. Asimismo, esta metodología no permite establecer relaciones causales entre los temas investigados. En cambio, permite diagnosticar fácilmente el estado de un tema en una población determinada. Igualmente, estos datos no permiten extrapolarse fuera de los estudiantes del grado de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. Hay algunas variables extrañas que no se han tenido en cuenta en la investigación y que tienen un efecto modulador, como el sexo de los participantes o su lugar de residencia. Por otra parte, sería importante diseñar y realizar un estudio longitudinal para poder seguir la evolución de las relaciones entre las variables.

Conclusiones

En conclusión, un menor consumo de alcohol y un mayor ADM se asociaron con una mejor CdV y un menor riesgo de lesiones en estudiantes universitarios del sur de España. Los resultados de este estudio apoyan la realización de nuevas investigaciones que examinen la relación entre los factores dietéticos y la CdV con un mejor diseño metodológico (es decir, estudios prospectivos). Se necesitan más pruebas para comprender mejor la relación entre los factores de la CdV, el ADM, el consumo de alcohol y el riesgo de lesiones.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Referencias

Aguilar-Martínez, A., Bosque-Prous, M., González-Casals, H., Colillas-Malet, E., Puigcorbe, S., Esquius, L. y Espelt, A. (2021). Social inequalities in changes in diet in adolescents during confinement due to COVID-19 in Spain: The DESK cohort project. *Nutrients*, 13(5), 1577. https://doi.org/10.3390/nu13051577

Alonso, J., Prieto, L. y Anto, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.

Andrade, R. A., Rodrigues, B. A., Daniele, T. M., Vieira, L. L. y Sousa, N. J. (2020). Association between quality of life, sleepiness, fatigue, and anthropometric parameters in young University students. *Motricidade*, 16(4), 333-339. https://doi.org/10.6063/motricidade.18747

Atencio-Osorio, M. A., Carrillo-Arango, H. A., Correa-Rodríguez, M., Ochoa-Muñoz, A. F. y Ramírez-Vélez, R. (2020). Adherence to the mediterranean diet in college students: Evaluation of psychometric properties of the

- kidmed questionnaire. *Nutrients*, 12(12), 3897. https://doi.org/10.3390/nu12123897
- Aymerich, M., Cladellas, R., Castello, A., Casas, F. y Cunill, M. (2021). The evolution of life satisfaction throughout childhood and adolescence: Differences in young people's evaluations according to age and gender. *Child Indicators Research*, 14(6), 2347-2369. https://doi.org/10.1007/s12187-021-09846-9
- Baden, M., Kino, S., Liu, X., Li, Y., Kim, Y., Kubzansky, L., Pan, A., Okereke, O.I., Willet, W. C., Hu, F. B. y Kawachi, I. (2020). Changes in plant-based diet quality and health-related quality of life in women. *British Journal of Nutrition*, 124(9), 960-970. https://doi.org/10.1017/ S0007114520002032
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-246.
- Blanco, M., Veiga, O. L., Sepúlveda, A. R., Izquierdo-Gómez, R., Román, F. J., López, S. y Rojo, M. (2020). Ambiente familiar, actividad física y sedentarismo en preadolescentes con obesidad infantil: Estudio ANO-BAS de casos-controles. *Atención Primaria*, 52(4), 250-257. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.05.013
- Brooks, S. J., Parks, S. M. y Stamoulis, C. (2021). Widespread positive direct and indirect effects of regular physical activity on the developing functional connectome in early adolescence. *Cerebral Cortex*, 31(10), 4840–4852. https://doi.org/10.1093/cercor/bhab126
- Buvik, K., Tokle, R., Bilgrei, O. R. y Scheffels, J. (2021).
 Alcohol use in adolescence: A qualitative longitudinal study of mediators for drinking and non-drinking.
 Drugs-Education Prevention and Policy, 29, 1-10. https://doi.org/10.1080/09687637.2021.1952931
- Buckland, G. y González, C. (2015). The role of olive oil in disease prevention: A focus on the recent epidemiological evidence from cohort studies and dietary intervention trials. *British Journal of Nutrition*, 113(S2), S94-S101. https://doi.org/10.1017/S0007114514003936
- Busse, J. W., Heels-Ansdell, D., Makosso-Kallyth, S., Petrisor, B., Jeray, K., Tufescu, T., Laflamme, Y., McKay, P., McCabe, R.E., Le Manach, Y. y Bhandiari, M. (2019). Patient coping and expectations predict recovery after major orthopaedic trauma. *British Journal of Anesthesia*, 122(1), 51-59. https://doi.org/10.1016/j.bja.2018.06.021
- Chen, W. T., Wang, N. D., Lin, K. C., Liu, C. Y., Chen, W. J. y Chen, C. Y. (2018). Alcohol expectancy profile in late childhood with alcohol drinking and purchasing behaviors in adolescence. *Addictive Behaviors*, 87, 55-61. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.06.020
- Chmelik, F., Fromel, K., Groffik, D., Safar, M. y Mitas, J. (2021). Does vigorous physical activity contribute to adolescent life satisfaction? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2236. https://doi.org/10.3390/ijerph18052236

- Dalwood, P., Marshall, S., Burrows, T.L., McIntosh, A. y Collins, C.E. (2020). Diet quality indices and their associations with health-related outcomes in children and adolescents: An updated systematic review. *Nutrition Journal*, 19, 118. https://doi.org/10.1186/s12937-020-00632-x
- Dewi, R.C., Rimawati, N. y Purbodjati, P. (2021). Body mass index, physical activity, and physical fitness of adolescence. *Journal of Public Health Research*, 10(2), 2230. https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2230
- Diehl, K., Brassat, A. y Hilger-Kolb, J. (2021). Comparative physical activity as a global question to assess physical activity among university students. *BMC Sports Science Medicine and Rehabilitation*, *13*(19), 1-9. https://doi.org/10.1186/s13102-021-00247-7
- Fort-Vanmeerhaeghe, A., Román-Viñas, B. y Font-Lladó, R. (2017). Why is it important to develop motor competence in childhood and adolescence? The basis for a healthy lifestyle. *Apunts*, *52*(195), 103-112. https://doi.org/10.1016/j.apunts.2016.11.001
- Greenwood, C. J., Youssef, G. J., Fuller-Tyszkiewicz, M., Letcher, P., Macdonald, J. A., Hutchinson, D. M. y Olsson, C. A. (2021). Psychosocial predictors of binge-drinking residual harm in adolescence and young adulthood: Findings from the Australian Temperament Project. Drug and Alcohol Dependence, 226, 108864. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108864
- Htet, H., Saw, Y. M., Saw, T. N., Htun, N. M. M., Mon, K. L., Cho, S. M. Thike, T., Khine, A. T., Kariya, T., Yamamoto, E. y Hamajima, N. (2020). Prevalence of alcohol consumption and its risk factors among university students: A cross-sectional study across six universities in Myanmar. *Plos One*, 15(2), e0229329. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229329
- Hudak, K. M., Racine, E. F. y Schulkind, L. (2021). An increase in SNAP benefits did not impact food security or diet quality in youth. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 121(3), 507-519. https://doi.org/10.1016/j.jand.2020.09.030
- Jiménez-Boraita, R., Gargallo, E., Dalmau, J. M. y Arriscado, D. (2020). Gender differences relating to lifestyle habits and health-related quality of life of adolescents. Child Indicators Research, 13, 1937–1951. https://doi.org/10.1007/s12187-020-09728-6
- Knox, E. y Muros, J. J. (2017). Association of lifestyle behaviours with self-esteem through health-related quality of life in Spanish adolescents. *European Journal of Pediatrics*, 176, 621–628. https://doi.org/10.1007/s00431-017-2886-z
- Kuczynski, A. M., Kanter, J. W. y Robinaugh, D. J. (2020). Differential associations between interpersonal variables and quality-of-life in a sample of college students. *Quality of Life Research*, 29(1), 127-139. https://doi.org/10.1007/s11136-019-02298-3

- Lechner, W. V., Laurene, K. R., Patel, S., Anderson, M., Grega, C. y Kenne, D. R. (2020). Changes in alcohol use as a function of psychological distress and social support following COVID-19 related University closings. *Addic*tive Behaviors, 110, 106527. https://doi.org/10.1016/j. addbeh.2020.106527
- Lemma, A., Salelew, E., Demilew, D., Tesfaye, W., Shumet, S. y Kerebih, H. (2021). Alcohol use disorder and associated factors among University of Gondar undergraduate students: A cross-sectional study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 129, 108373. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108373
- Losada-Puente, L., Araujo, A. M. y Muñoz-Cantero, J. M. (2020). A systematic review of the assessment of quality of life in adolescents. *Social Indicators Research*, 147(3), 1039-1057. https://doi.org/10.1007/s11205-019-02171-3
- Maric, D., Bianco, A., Kvesic, I., Sekulic, D. y Zenic, N. (2021). Analysis of the relationship between tobacco smoking and physical activity in adolescence: A gender specific study. *Medicina*, 57, 214. https://doi. org/10.3390/medicina57030214
- Martini, D. (2019). Health benefits of mediterranean diet. *Nutrients*, 11(8), 1802. https://doi.org/10.3390/nu11081802
- McDonald, R. P. y Marsh, H. W. (1990). Choosing a multivariate model: Non centrality and goodness of fit. *Psychological Bulletin*, 107, 247-255.
- Mielgo-Ayuso, J., Aparicio-Ugarriza, R., Castillo, A., Ruiz, E., Ávila, J. M., Aranceta-Bartrina, J., Gil, A., Ortega, R. M., Serra-Majem, L., Varela-Moreiras, G. y González-Gross, M. (2017). Sedentary behavior among Spanish children and adolescents: Findings from the ANIBES study. BMC Public Health, 17(94), 1-9. http://doi.org/10.1186/s12889-017-4026-0
- Moral-García, J. E., Agraso-López, A. D., Ramos-Morcillo, A. J., Jiménez, A. y Jiménez-Eguizábal, A. (2020). The influence of physical activity, diet, weight status and substance abuse on students' self-perceived health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1387. https://doi.org/10.3390/ijerph17041387
- Noh-Moo, P., Ahumada-Cortez, J. G., Gámez-Medina, M. E., López-Cisneros, M. A. y Castillo-Arcos, L. d. C. (2021). Autoestima, autoeficacia y consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria. *Health and Addictions*, 21(1), 216-229. https://doi.org/10.21134/haaj. v21i1.565
- Paulus, D. J., Gallagher, M. W., Zvolensky, M. J. y Leventhal, A. M. (2021). Reciprocal longitudinal associations between anxiety sensitivity and alcohol consumption/problems across adolescence: Examining anxiety as a mediator and race/ethnicity as a moderator. Behaviour Research and Therapy, 142, 103861. https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103861

- Real, H, Queiroz, J. y Graca, P. (2020). Mediterranean food pattern vs. Mediterranean diet: A necessary approach? *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 71(1), 1-12. https://doi.org/10.1080/09637486.2019.16178 38
- 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(1), 52-62. https://doi.org/10.20882/adicciones.1266
- Rodrigues, P. R. M., Luiz, R. R., Monteiro, L. S., Ferreira, M. G., Goncalves-Silva, R. M. V. y Pereira, R. A. (2017). Adolescents' unhealthy eating habits are associated with meal skipping. *Nutrition*, 42, 114-120. https://doi.org/10.1016/j.nut.2017.03.011
- Romagnolo, D. F. y Selmin, O. I. (2017). Mediterranean diet and prevention of chronic diseases. *Nutrition Today*, 52(5), 208–222. https://doi.org/10.1097/NT.00000000000000228
- Rubio, G. (1998). Validación de la prueba para la identificación de trastornos por el uso de alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. *Revista Clínica Especializada*, 198, 11-14
- Saunders, J., Aasland, O., Babor, T., De la Fuente, J. 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.
- Schnettler, B., Miranda, H., Lobos, G., Orellana, L., Sepúlveda, J., Denegri, M., Etchebarne, S., Mora, M. y Grunert, K. G. (2015). Eating habits and subjective well-being. A typology of students in Chilean state universities. *Appetite*, 89, 203-214. https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.02.008
- Schröder, H., Fitó, M., Estruch, R., Martínez-González, M.A., Corella, D., Salas-Salvadó, J., Lamuela-Reventós, R., Ros, E., Salaverría, I., Fiol, M., Lapetra, J., Vinyoles, E., Gómez-Gracia, E., Lahoz, C., Serra-Majem, L., Pintó, X., Ruiz-Gutiérrez, V. y Covas, M. I. (2011). A short screener is valid for assessing mediterranean diet adherence among older Spanish men and women. *The Journal of Nutrition*, 414(6), 1140-1145. https://doi.org/10.3945/jn.110.135566
- Sera-Majem, L., Tomaino, L., Dernini, S., Berry, E. M., Lairon, D., de la Cruz, J. N., Bach-Faig, A., Donini, L. M., Medina, F. X., Belahsen, R., Piscopo, S., Capone, R., Aranceta-Bartrina, J., La Vecchia, C. y Trichopoulou, A (2020). Updating the mediterranean diet pyramid towards sustainability: Focus on environmental concerns. International journal of environmental research and public health, 17(23), 8758. https://doi.org/10.3390/ijerph17238758
- Tenenbaum, G. y Eklund, R. C. (2007). *Handbook of sport psychology*. John Wiley & Sons.

- Tonapa, S., Liu, Y., Mulyadi, M. y Lee, B.O. (2021). Changes in self-regulation and the predictors of quality of life 3 months after extremity injury: A prospective study. *Clinical Nursing Research*, 10547738211058980. https://doi.org/10.1177/10547738211058980
- Villafaina, S., Tapia-Serrano, M. A., Vaquero-Solís, M., León-Llamas, J. L. y Sánchez-Miguel, P. A. (2021). The role of physical activity in the relationship between satisfaction with life and health-related quality of life in school-age adolescents. *Behavioral Sciences*, 11(9), 121. https://doi.org/10.3390/bs11090121
- Ware, J. E. Jr. y Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473–483.
- Winpenny, E. M., van Sluijs, E. M. F., White, M., Klepp, K. I., Wold, B. y Lien, N. (2018). Changes in diet through adolescence and early adulthood: Longitudinal trajectories and association with key life transitions. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15, 86. https://doi.org/10.1186/s12966-018-0719-8



ADICCIONES2024 ■ VOL. 36 ■ N. 4 ■ PÁGS. 399-414

ADICCIONES

2024
VOL. 36 N. 4

www.adicciones.es

ORIGINAL

Tratamiento integrado vs. tratamiento paralelo en adolescentes con consumo de sustancias y trastornos comórbidos: Un ensayo aleatorizado

Integrated vs. parallel treatment in adolescents with substance use and comorbid disorders: A randomized trial

ROSA DÍAZ*,**, PhD; JAVIER GOTI***, MD; ERNESTO MAGALLÓN-NERI**, PhD; SANDRA MATEUS-GÓMEZ**, MSC.; DANIEL ILZARBE*,****,****, MD, PhD; JOSEFINA CASTRO-FORNIELES*,****,*****,*****, MD, PhD.

- * Departamento de Psiquiatría y Psicología infanto juvenil. 2017SGR881. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic Universitari de Barcelona, Barcelona, España.
- ** Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. 2017SGR1681 (GEIMAC). Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona, Barcelona, España.
- *** Servicio de Psiquiatría y Psicología, IMQ-AMSA, Bilbao, España.
- **** Institut d'Investigació August Pi I Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España.
- ***** Centro de Investigación Biomédica en Red de Salut Mental (CIBERSAM), Madrid, España.
- ****** Departamento de Medicina. Instituto de Neurociencias. Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

Resumen

Los tratamientos integrados suelen recomendarse para adolescentes con trastornos por uso de sustancias (TUS) y patologías comórbidas. Este estudio compara la eficacia de dos programas de intervención (integrado y paralelo) e investiga factores predictores de resultados del tratamiento. Setenta y cinco adolescentes (13-17 años) con TUS y trastorno comórbido, remitidos a un programa ambulatorio, fueron asignados aleatoriamente a un tratamiento integrado (n = 33) o paralelo (n = 32). Se evaluaron variables sociodemográficas, psicopatología, consumo de sustancias y funcionamiento global al inicio del tratamiento y 12 meses después. Ambos tratamientos se asociaron con cambios positivos pre-post en diferentes variables (problemas escolares, familiares, psiquiátricos, funcionamiento global y estadio de cambio). El tratamiento integrado mostró mejores resultados en adherencia $(\chi^2 = 14,328; p > ,001)$ y en una medida global compuesta basada en la gravedad de problemas relacionados con drogas ($\chi^2 = 8,833$; $\rho = ,003$). Siguiendo una estrategia de tratamiento adaptativa, ofrecimos a los pacientes que abandonaron el tratamiento paralelo (n = 12) la posibilidad de entrar en el integrado. Once aceptaron, constituyendo un tercer grupo de comparación («paralelo a integrado»). El análisis de regresión logística multivariante mostró que la probabilidad de resultado global positivo aumentaba en los pacientes de los grupos integrado y «paralelo a integrado», con trastornos comórbidos internalizantes o mixtos, mayor edad y menores problemas legales. El tratamiento integrado mostró mejor adherencia y resultados globales que el paralelo en adolescentes con patología dual. Una mayor edad y menos problemas legales también se relacionaron con un resultado global positivo.

Palabras clave: trastornos por consumo de sustancias, adolescentes, trastornos duales, tratamiento integrado, programa ambulatorio, comorbilidad

Abstract

Integrated treatments are often recommended for adolescents with substance use disorders (SUD) and comorbid pathologies. This study aims to compare the effectiveness of two different intervention programs (integrated and parallel) and to investigate treatment outcome predictors. Seventy-five adolescents (13-17 years old) with substance use and comorbid disorders referred to our outpatient program were randomized to integrated (n = 33) or parallel (n = 32) treatment groups. Their sociodemographic variables, psychopathology, substance use problems, and global functioning were assessed at baseline and 12 months after treatment initiation. Both treatments were associated with positive pre-post changes in several outcome variables (severity of school, family, and psychiatric problems; global functioning; and stage of change). Integrated treatment showed better outcome on adherence ($\chi^2 = 14.328$; p > .001) and a composite global measure based on the severity of drug-related problems ($\chi^2 = 8.833$, p = .003). Following an adaptive treatment strategy, we offered patients who dropped out of parallel treatment (n = 12) the possibility of entering integrated treatment. Eleven of them accepted and constituted a third comparison group (parallel-to-integrated). Multivariate logistic regression analysis showed that the likelihood of a positive global treatment outcome increased with integrated or parallel-to-integrated treatment, internalizing or mixed comorbid disorders, older age, and fewer legal issues. Integrated treatment showed better adherence and global treatment outcomes than parallel treatment in adolescent patients with dual disorders. Older age and fewer legal issues were also related to a positive global treatment outcome.

Keywords: substance use disorders, adolescents, dual disorders, integrated treatment, outpatient program, comorbidity

■ Recibido: Diciembre 2022; Aceptado: Mayo 2023.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Rosa Díaz. Departamento de Psiquiatría y Psicología infanto juvenil, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic Universitari deBarcelona. C/ Villarroel, 170-08036 - Barcelona. Tel: + 34 93 227 99 74, FAX: + 34 93 227 91 72. E-mail: rdiaz@clinic.cat

os estudios clínicos con adolescentes han revelado que los trastornos por uso de sustancias (TUS) con frecuencia coexisten con otros trastornos psiquiátricos, como la depresión, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta. Las tasas de comorbilidad son inconsistentes y oscilan entre el 40% y el 50% en las cohortes comunitarias de TUS, entre el 62% y el 88% en las cohortes de tratamiento de TUS y entre el 50% y el 90% en las cohortes psiquiátricas (Hawkins, 2009; Hulvershorn et al., 2015; Köck et al., 2022; Norberg et al., 2012). Además, los adolescentes con TUS y trastornos comórbidos suelen tener un inicio más temprano en el consumo de sustancias, una mayor frecuencia de consumo y una mayor cronicidad del consumo que aquellos sin comorbilidad psiquiátrica. También presentan relaciones familiares más deficientes y más psicopatología parental, así como problemas escolares, sociales y legales más graves que complican las intervenciones terapéuticas y contribuyen a resultados negativos del tratamiento (Cornelius et al., 2017; Díaz et al., 2011; Morisano et al., 2014).

Una patología dual da como resultado que los pacientes tengan necesidades de tratamiento complejas que a menudo son difíciles de abordar en los centros tradicionales de salud mental para pacientes ambulatorios o en los centros de tratamiento de TUS. Estos pacientes suelen necesitar intervenciones más intensivas y costosas que las personas con un solo trastorno, y no siempre es posible evitar la cronicidad y el deterioro físico, psicológico y social acompañante (Drake et al., 2008; Erskine et al., 2015; Norberg et al., 2012). Teniendo en cuenta los obstáculos y el alto costo socioeconómico y humano que supone el tratamiento de las patologías duales una vez establecidas, es necesario dedicar mucha más atención al diseño de medios eficaces para tratar mejor a los adolescentes con alto riesgo de desarrollar patología dual crónica (Köck et al., 2022).

Históricamente, el TUS y los trastornos de salud mental comórbidos eran objeto de tratamientos independientes en pacientes con patología dual, a menudo de forma secuencial, con la intención de frenar el consumo de sustancias antes de abordar los problemas de salud mental comórbidos. Más recientemente, los expertos y las guías de práctica clínica recomendaron abordar el TUS y los trastornos psiquiátricos comórbidos simultáneamente, adoptando un enfoque paralelo o integrado. En intervenciones paralelas, diferentes equipos clínicos abordan el TUS y otras afecciones psiquiátricas por separado, mientras que, en las intervenciones integradas, el mismo equipo aborda simultáneamente tanto el TUS como el trastorno de salud mental comórbido, realizando ajustes continuos a ambos tratamientos y valorando la interacción entre ellos (Drake et al., 2008; Morisano et al., 2014; van Wamel et al., 2021).

Varios autores han argumentado que las intervenciones integradas son la forma más eficaz de tratar a los adolescen-

tes con patología dual debido tanto a las características del neurodesarrollo como a los aspectos socioculturales del consumo de sustancias durante la adolescencia (Hawkins, 2009; Hogue et al., 2014, 2018; Hulvershorn et al., 2015; Kaminer et al., 2017, 2018; Silvers et al., 2019). Las intervenciones integradas abordan el consumo de sustancias además de los síntomas psiquiátricos mediante la combinación personalizada y flexible de técnicas psicoterapéuticas, psicosociales y psicofarmacológicas (Drake et al., 2008). Los enfoques psicoterapéuticos suelen incluir elementos motivacionales y cognitivo-conductuales (Hogue et al., 2018, 2020), manejo de contingencias o incentivos en el hogar (del Palacio-González et al., 2022; Hesse et al., 2021), atención continuada (Dahlberg et al., 2022; Stanojlović y Davidson, 2020), psicoeducación parental e intervención familiar (Hogue et al., 2021). Además, es incluso más necesario incorporar diferentes intervenciones de forma integrada y flexible durante la adolescencia que en la adultez, incluyendo componentes como intervenciones en crisis y atención continua (Passetti et al., 2016), sesiones de refuerzo, contacto telefónico o recordatorios de citas (del Palacio-González et al., 2022; Pedersen et al., 2021) y nuevas tecnologías (Martínez-Miranda y Espinosa-Curiel, 2022). Además, la coordinación con los servicios educativos y sociales puede aumentar la adherencia y producir resultados mejores y más estables al reducir el uso y aumentar la funcionalidad (van Wamel et al., 2021).

Sin embargo, los programas integrados son costosos, tanto en términos económicos como organizativos, y no son accesibles para todos los pacientes adolescentes con patología dual (Glowacki et al., 2022; Libby y Riggs, 2005; Sterling et al., 2010). Por otro lado, algunos estudios han informado que algunos pacientes con TUS logran resultados positivos con intervenciones más simples, como el uso de análisis de orina para controlar la abstinencia (Schuler et al., 2014) u otras intervenciones breves más rentables (Dennis et al., 2004; Ramchand et al., 2011; Winters et al., 2023). Podría darse el caso de que algunos pacientes adolescentes con patología dual pudieran lograr buenos resultados sin un enfoque integrado (Goti et al., 2009; Winters et al., 2023), por lo que estudiar las características del paciente que predicen buenos resultados del tratamiento -independientemente de la modalidad de tratamiento utilizada-podría, por tanto, informar la terapia más adecuada. Algunos autores han sugerido que los pacientes que están más angustiados emocionalmente, menos involucrados en actividades ilegales o más motivados para la abstinencia al inicio del tratamiento podrían tener mejores resultados que aquellos con problemas más externalizados o que no están comprometidos con la abstinencia (Garner et al., 2008; Hersh et al., 2013; Kaminer et al., 2018; Mason et al., 2008; Winters et al., 2008).

El primer objetivo de este estudio era comparar la efectividad de programas de intervención integrados y paralelos en un entorno clínico naturalista entre adolescentes con patología dual remitidos a un servicio especializado en TUS adolescente. Presumimos que los pacientes que reciben tratamiento integrado—en relación con el tratamiento paralelo—mostrarían una mejor adherencia y resultados más positivos en diferentes medidas relevantes de resultado. El segundo objetivo fue investigar las características de los participantes al inicio del estudio que podrían estar asociadas con una respuesta global positiva al tratamiento, ya sea en la condición de tratamiento integrado o paralelo. Nuestra hipótesis es que los adolescentes con patología dual, con síntomas emocionales más graves y más motivación para cambiar, responderían más positivamente al tratamiento, independientemente de la condición del mismo.

Material y métodos

Participantes

Los participantes fueron reclutados de forma prospectiva mediante un procedimiento de cribado aplicado a todos los adolescentes remitidos al programa ambulatorio de la Unidad de Conductas Adictivas del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil de un hospital general público de un entorno urbano de España. Se incluyeron pacientes que tenían entre 12 y 17 años y que cumplían con los criterios de patología dual; es decir, un diagnóstico de TUS (con consumo de sustancias activo) más al menos otro trastorno de salud mental del eje I, según el DSM-IV-TR. Los pacientes se excluyeron si cumplían con los siguientes criterios: síntomas psicóticos activos/no estabilizados en curso o ideación suicida grave que pueda interferir en la evaluación o que requiera hospitalización, necesidad de tratamiento residencial, deterioro cognitivo grave (CI estimado < 70) o ser no residente de la zona atendida por nuestro hospital y no poder asistir al programa con regularidad (consulte el diagrama de flujo en la Figura 1).

Procedimiento

Invitamos a adolescentes que cumplieron con los criterios de elegibilidad descritos a participar en un ensayo aleatorio paralelo de dos grupos. Tras obtener el consentimiento escrito de los padres y el asentimiento del adolescente, los pacientes adolescentes y sus padres se prestaron a una evaluación exhaustiva. La evaluación al inicio del estudio se hizo en dos sesiones por un psicólogo con maestría formado, cegado a la condición del tratamiento, que tenía experiencia con todos los instrumentos utilizados en este ensayo. Los pacientes se sometieron a una evaluación de seguimiento completa 1 año tras iniciar el tratamiento. Las medidas intermedias a los 3 y 6 meses resultaron incompletas porque muchos pacientes se mostraban reacios a evaluaciones repetitivas y, por tanto, se priorizó una evaluación completa al año de iniciar tratamiento que se incluyó en el análisis final. Nuestro objetivo era obtener datos en entrevistas presenciales, pero cuando esto era imposible, hicimos entrevistas telefónicas y enviamos cuestionarios por correo en algunos casos. El procedimiento del estudio se ha llevado a cabo siguiendo la Declaración de Helsinki y con la aprobación de nuestro comité de ética institucional del Hospital Clínic de Barcelona (R: 2007/3650).

Grupos de tratamiento

En ambos grupos de tratamiento, se realizaron de 15 a 18 sesiones terapéuticas de unos 45 minutos a lo largo de aproximadamente un año.

Tratamiento paralelo

En el grupo de tratamiento paralelo, los pacientes recibieron intervenciones separadas para el abuso de sustancias (alrededor de cinco a seis sesiones durante aproximadamente tres a cuatro meses) y para el trastorno comórbido (alrededor de 10 a 12 sesiones durante 12 meses), realizadas por diferentes terapeutas y sin un componente de gestión de casos centralizado para la supervisión y coordinación de todos los elementos del tratamiento del paciente. En esta condición, un terapeuta clínico especializado en el tratamiento de TUS en adolescentes brindó tratamiento sin tener en cuenta el estadio de cambio del paciente. Este tratamiento comprendió los siguientes componentes, aplicados secuencialmente: retroalimentación de la evaluación del uso de sustancias, mejora motivacional, afrontamiento del craving, intervenciones familiares (es decir, manejo de contingencias, manejo del TUS en adolescentes y habilidades de comunicación), habilidades de rechazo y otras técnicas cognitivo-conductuales para el adolescente y prevención de recaídas. Siempre que fue posible, el terapeuta de TUS comentó los resultados de la cuantificación de alcohol y/o de tetrahidrocannabinol (THC) en orina para motivar la reducción o el cese del consumo. Los materiales fueron adaptados ad hoc del proyecto Cannabis Youth Treatment-5/7 (CYT) (Dennis et al., 2004; Sampl y Kadden, 2001). El tratamiento de la sintomatología comórbida se basó en psicoeducación, técnicas cognitivo-conductuales y farmacológicas según las guías clínicas y los protocolos clínicos del Servicio.

Tratamiento integrado

El enfoque de tratamiento integrado incluyó los mismos componentes motivacionales y cognitivo-conductuales específicos del uso de sustancias que el enfoque de tratamiento paralelo; sin embargo, se adaptaron de manera flexible e individualizada a la etapa de cambio actual del paciente y a sus características clínicas y psicosociales. Dos profesionales de la salud mental (un psiquiatra y un psicólogo) especializados en el tratamiento de patología dual en adolescentes realizaron las intervenciones. Uno de estos especialistas actuó como gestor de casos y coordinó todas las intervenciones terapéuticas y psicosociales. Los pacientes recibieron terapia para el TUS junto con intervenciones

de salud mental para sus afecciones comórbidas, según los principios del Modelo de Drake (Drake et al., 2008) y elementos clave del tratamiento eficaz del consumo de sustancias en adolescentes y de patología dual (Brannigan et al., 2004; Hogue et al., 2020; Meisel et al., 2022). Las sesiones terapéuticas abordaron de forma específica la interacción entre los síntomas de salud mental y el consumo de sustancias (es decir, el uso de sustancias como automedicación o cómo el uso de sustancias desencadena síntomas psiquiátricos y viceversa).

Las sesiones de la intervención integrada se distribuyeron en cuatro sesiones semanales, ocho bisemanales y seis mensuales durante aproximadamente un año. Otro componente importante del tratamiento integrado fue la construcción de la alianza terapéutica, para potenciar la adherencia al tratamiento. Si los pacientes y/o los padres faltaban a una cita, el terapeuta les telefoneaba para recordarles la siguiente cita, para intervenir en una crisis familiar, para motivarlos a continuar el tratamiento o para aceptar objetivos de reducción de daños por parte del paciente (Winer et al., 2022).

Evaluaciones y medidas de resultados

Psicopatología, datos sociodemográficos y clínicos

Para obtener diagnósticos de consumo de sustancias y otros diagnósticos de salud mental según el DSM-IV-TR (APA, 2002), evaluamos la psicopatología adolescente mediante la administración de la Kiddie-SADS (Kaufman et al., 1996) a padres y adolescentes al inicio del estudio, consultando la historia clínica del hospital o al terapeuta de referencia en casos dudosos. Para varios análisis, los diagnósticos clínicos comórbidos con TUS se agruparon como externalizantes (trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta), internalizantes (trastornos de ansiedad, depresivos y obsesivos) y mixtos (trastorno bipolar, trastornos mixtos del comportamiento y emocionales).

Se administraron entrevistas semiestructuradas de los Estudios Colaborativos sobre Genética del Alcoholismo (adaptados al español) a padres y pacientes para obtener medidas de variables sociodemográficas (edad, sexo y nivel socioeconómico [NSE]). La utilidad de estas entrevistas para fines clínicos y de investigación ha sido establecida (Díaz et al., 2008, 2011).

Patrón de consumo de sustancias y edad del primer uso

Las medidas iniciales de edad y cantidad/frecuencia del consumo de sustancias se obtuvieron al inicio del estudio mediante entrevistas semiestructuradas. El patrón de consumo de cada sustancia (p. ej., tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas) se codificó en cinco categorías (Díaz et al., 2008, 2011): 1) no uso; 2) uso ocasional, definido como de

vez en cuando, generalmente en fiestas o celebraciones; 3) consumo regular, definido como varias veces por semana para tabaco, casi semanalmente para alcohol y cannabis, o casi mensualmente para estimulantes u otras drogas, sin evidencia de problemas relacionados con el consumo de sustancias; 4) problemas de consumo de sustancias, definido como un patrón de consumo de drogas de cantidad-frecuencia y/o situacional con alta probabilidad de generar problemas de salud o psicosociales a corto y medio plazo, pero aún subdiagnóstico; y 5) TUS, que cumple con los criterios diagnósticos de abuso o dependencia de sustancias según el DSM-IV-TR (APA, 2002). Los datos autoinformados sobre el consumo actual de drogas se corroboraron, siempre que fue posible, mediante análisis de orina. Una versión en español del Cannabis Problem Questionnaire-CPQ (Fernández-Artamendi et al., 2012) se administró al inicio del estudio para determinar el alcance de los problemas relacionados específicamente con el consumo de cannabis.

Gravedad de la adicción

La versión en español del Teen-Addiction Severity Index (Teen-ASI) (Díaz et al., 2008) se administró al inicio del estudio y a los tres, seis y 12 meses de seguimiento para evaluar la gravedad de los problemas que surgen del uso de sustancias en seis dominios: uso de drogas, situación escolar, función familiar, relaciones sociales entre pares, situación legal y estado psiquiátrico. La versión utilizada en este estudio incluyó 142 ítems, y cada dominio se calificó mediante una escala de cinco puntos (0 = nada, 1 = poco, 2 = moderada, 3 = mucho, 4 = extrema).

Clima familiar

Al inicio del estudio, para evaluar la calidad de las relaciones familiares, los padres completaron la versión en español de la Family Environment Scale (Escala de clima familiar) (Moos y Moos, 1981), que ha demostrado confiabilidad y validez tanto de contenido como de constructo (Moos, 1990). Analizamos solo las escalas de cohesión y conflicto para controlar posibles variables de confusión en los análisis multivariados.

Síntomas emocionales y conductuales

Para obtener datos dimensionales sobre los problemas emocionales y conductuales de los adolescentes en los seis meses previos al inicio del tratamiento y en el seguimiento a los 12 meses, los pacientes y sus padres completaron la escala Youth Self-Report (YSR) y la Child Behavior Checklist (CBCL) al inicio del estudio y a los 12 meses, respectivamente. Estas herramientas han demostrado confiabilidad y validez adecuadas (Achenbach y Rescorla, 2001). En el análisis se utilizaron puntuaciones directas para las escalas de internalización (es decir, subescalas de retraimiento, quejas somáticas y ansiedad/depresión) y de

externalización (es decir, subescalas de comportamiento delictivo y agresivo).

Funcionamiento psicosocial

La escala Children's Global Assessment Scale (CGAS) (Shaffer et al., 1983) se utilizó para evaluar el nivel de conducta adaptativa psicosocial, tanto antes del inicio del tratamiento como a los 12 meses.

Etapa de cambio

El terapeuta de cada paciente determinó la etapa de cambio al inicio de estudio y a los 12 meses mediante una serie de preguntas según las orientaciones de Krebs y colaboradores (Krebs et al., 2018). Esto resultó en una categorización ordinal en cinco etapas: 1) precontemplación (sin intención de cambiar); 2) contemplación (intención de cambio dentro de los próximos seis meses); 3) preparación (planes para actuar el próximo mes); 4) acción (cambios significativos en el comportamiento y forma de vida); y 5) mantenimiento (esfuerzos para prevenir recaídas).

Resultado global del tratamiento

Para tener en cuenta la interacción entre los diferentes resultados del tratamiento, tanto en el uso de sustancias como en otras áreas afectadas, creamos una medida compuesta similar a las utilizadas en otros estudios sobre TUS (Anton et al., 2006; Weiss et al., 2009). Esto implicó evaluar los efectos generales del tratamiento en base a las medidas obtenidas en las diferentes escalas del Teen-ASI: el resultado global del tratamiento a los 12 meses se codificó como positivo si había una reducción de ≥ 1 punto en la escala de drogas y ≥ 1 punto en al menos dos de las otras escalas y se codificó como negativo para todos los demás resultados.

Análisis estadístico

Tras realizar un análisis descriptivo, examinamos la normalidad de los datos mediante histogramas y el test de Shapiro-Wilk. Para comprobar la equivalencia entre los grupos de tratamiento integrado y paralelo, realizamos análisis comparativos de edad, género y otras variables sociodemográficas. Se utilizaron pruebas t de Student para variables cuantitativas y pruebas de chi cuadrado de Pearson para variables categóricas con datos con una distribución normal, y pruebas no paramétricas para variables ordinales o que no cumplen condiciones normativas ni de homocedasticidad. Se utilizaron medidas de abandono o incumplimiento del tratamiento para comparar las tasas de abandono entre los dos grupos.

Realizamos dos análisis de varianza (ANOVA) de medidas repetidas diferentes para las medidas posteriores al tratamiento (puntuaciones de las escalas Teen-ASI, puntuación total CGAS y puntuaciones de las escalas de internalización y externalización CBCL e YSR), con el tiempo establecido como variable intrasujeto (valor al inicio del

estudio versus seguimiento a los 12 meses). En el primero, examinamos las diferencias entre los dos grupos de tratamiento (integrado versus paralelo), mientras que, en el segundo, comparamos tres grupos de tratamiento (integrado, paralelo y cambio de paralelo a integrado). El tamaño del efecto se informó como eta cuadrada (η^2).

Por último, se realizó un análisis de regresión logística binaria multivariante para verificar el valor predictivo del grupo de tratamiento y otras variables relacionadas con un resultado global positivo, controlando posibles variables de confusión (p. ej., edad, género, NSE y diagnósticos comórbidos). Las variables se introdujeron paso a paso (método de Wald).

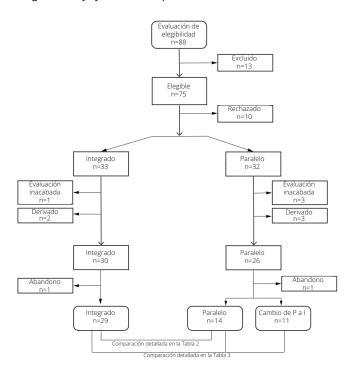
Los datos se analizaron utilizando IBM SPSS versión 25.0 para Windows y JASP versión 14.1.

Resultados

Descripción de la muestra

Durante un período inicial de 14 meses, evaluamos a 88 adolescentes con patología dual e identificamos a 75 participantes elegibles; sin embargo, 10 se negaron a participar, resultando en una muestra final de 65 pacientes. De estos, asignamos aleatoriamente a 33 y 32, respectivamente, a los grupos de tratamiento ambulatorio integrado y paralelo. Otros cuatro pacientes no completaron la evaluación inicial (grupo integrado = 1, grupo paralelo = 3) y 5 se derivaron a tratamiento hospitalario o residencial (grupo integrado = 2, grupo paralelo = 3). El diagrama de flujo de la Figura 1 proporciona todos los detalles.

Figura 1 *Diagrama de flujo de la inscripción al estudio*



Los participantes tenían edades entre los 13 y 17 años $(M=16,29,\,DE=1,24)$, representando los hombres el 60,71% de la cohorte. Casi la mitad de los pacientes procedían de familias biológicas o de acogida con ambos padres y habían vivido en el hogar desde su nacimiento. Los pacientes procedían predominantemente de familias de NSE medio. Todos los pacientes analizados eran consumidores habituales de cannabis, y muchos de ellos también consumían otras sustancias al menos ocasionalmente (alcohol, 96,43%; tabaco, 94,64%; otras drogas, 48,21%). Todos los participantes tenían un diagnóstico de TUS y al menos otro trastorno del DSM-IV-TR (ver Tabla 1).

Comparación de medidas al inicio del estudio entre los grupos de tratamiento integrado y paralelo

La Tabla 1 muestra el análisis comparativo de las medidas al inicio del estudio entre los grupos inicialmente asignados aleatoriamente a los grupos de tratamiento integrado (n=30) y paralelo (n=26). Los grupos no fueron significativamente diferentes por género, edad, cohesión o conflicto familiar y puntuación CGAS. Ambos grupos estuvieron compuestos principalmente por diagnósticos clínicos externalizantes y mixtos y no mostraron diferencias significativas en los porcentajes de cada categoría diagnóstica.

Tabla 1
Características sociodemográficas, diagnósticos psiquiátricos y consumo de sustancias por grupo de tratamiento al inicio del estudio

	Tratamiento integrado n = 30	Tratamiento paralelo n = 26	Prueba estadística $t/U/\chi^2$	valor p
Edad (años)	16,40 (1,163)	16,12 (1,177)	t = 0,908	0,368
Género (% hombres)	20 (66,7%)	14 (56,3%)	$\chi^2 = 0.960$	0,327
Nivel socioeconómico				
Bajo	7 (23,3%)	11 (47,8%)		
Medio	17 (56, 7%)	9 (30,4%)	$\chi^2 = 3,012$	0,222
Alto	6 (20%)	5 (21,7%)		
Principal diagnóstico comórbido DSM-IV-TR:				
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	7 (23,3%)	6 (23,1%)		
Trastorno negativista desafiante	3 (10%)	3 (11,5%)		
Trastorno de conducta	2 (6,7%)	3 (11,5%)	$\chi^2 = 6,501$	0,483
Trastorno afectivo (estado de ánimo/ansiedad)	3 (10%)	4 (15,4%)		
Trastorno mixto de conducta/emoción#	8 (26,7%)	8 (30,8%)		
Trastorno alimenticio	1 (3,3%)	2 (7,7%)		
Trastorno psicótico	3 (10%)	-		
Otros trastornos [£]	3 (10%)	-		
Diagnóstico comórbido (agregado al TUS):				
Externalizante	14 (46,7%)	12 (46,1%)	$\chi^2 = 0.050$	0,975
Internalizante	4 (13,3%)	4 (15,4%)		
Mixto	12 (40%)	10 (38,5%)		
CGAS	49,23 (13,554)	48,42 (11,583)	t = 0,238	0,812
Patrón de uso				
Alcohol (al menos consumo regular)	22 (73,3%)	23 (88,5%)	$\chi^2 = 5,032$	0,284
Tabaco (al menos consumo regular)	24 (80%)	26 (100%)	$\chi^2 = 6,407$	0,171
Cannabis (al menos consumo regular)	30 (100%)	25 (96,1%)	$\chi^2 = 2,145$	0,543
Otras drogas (al menos uso ocasional)	10 (30,40%)	13 (40,7%)	$\chi^2 = 3,327$	0,505
Edad al primer uso:				
Alcohol	13,70 (1,137) (n = 27)	13,62 (1,203) (n = 26)	t = 0,275	0,785
Tabaco	13,17 (1,704) (n = 30)	12,88 (1,366) (n = 26)	t = 0,676	0,502
Cánnabis	13,67 (1,539) (n = 30)	13,62 (1,472) (n = 26)	t = 0,127	0,899
Otras drogas¹	16,20 (0,919) (n = 10)	15,08 (1,320) (n = 13)	t = 2,291	0,032
CPQ ²	7,960 (4,668)	8,250 (5,024)	t = -0,123	0,903
Drogas Teen-ASI (medidas continuas)	3,10 (0,803)	2,96 (1,038)	t = 0,562	0,576
Escuela	2,90 (0,845)	3,00 (1,020)	t = -0,401	0,690
Familia	3,00 (1,017)	3,00 (0,849)	t = 0,000	1,000
Social	1,97 (1,129)	2,19 (0,939)	t = -0,806	0,424
Legal	1,00 (1,390)	1,08 (1,440)	t = -0,203	0,840
Psiquiátrico	2,73 (1,143)	2,92 (0,891)	t = -0,685	0,496
Etapa de cambio (continua)	1,93 (0,753) (n = 30)	2,08 (0,935) (n = 26)	t = -0,641	0,524
Precontemplación	9 (30,00%)	8 (28%)	$\chi^2 = 2,530$	0,470
Contemplación	14 (46,66%)	10 (40%)		
Preparación	7 (23,33%)	6 (24%)		
Acción	-	2 (8%)		

¹ Edad al primer uso: Otras drogas, n = 23 (integrado: 10; paralelo: 13).

 $^{^{2}}$ CPQ, n = 47 (integrado: 25; paralelo: 22).

[#] Trastorno mixto de conducta/emoción, incluido el comportamiento disruptivo debido a la impulsividad/emocionalidad y rasgos de personalidad del grupo B.

Otros trastornos, incluidos los trastornos adaptativos, los trastornos del aprendizaje y las características del espectro autista, con consecuencias clínicamente relevantes en las dimensiones personal, familiar, social o académica.

^{*} $p \le .05$, ** $p \le .01$.

Los grupos tampoco difirieron en las variables de uso de sustancias, excepto en la edad al primer consumo de «otras drogas», levemente menor en el grupo paralelo (p = 0.032).

Datos de abandono

Tras el inicio del tratamiento, 12 pacientes en el grupo paralelo y un paciente en el grupo integrado abandonaron debido a incumplimiento o quejas de empeoramiento de los síntomas, y el análisis de abandono mostró diferencias significativas entre los grupos ($\chi^2=14,328;\ p>,001$). Al permitir una estrategia de tratamiento adaptativa (Santisteban et al., 2015), ofrecimos a estos pacientes la oportunidad de continuar su tratamiento con la metodología integrada. Aquellos que aceptaron la propuesta se convirtieron en el tercer grupo de tratamiento del estudio (paralelo a integrado) y utilizamos sus datos del inicio del estudio y de seguimiento en un análisis comparativo post hoc con los grupos paralelo e integrado. Después de la inclusión en el grupo paralelo a integrado, los pacientes recibieron los mismos procedimientos terapéuticos que el grupo integrado.

Análisis comparativos entre dos grupos de tratamiento: integrado y paralelo

Las pruebas ANOVA de medidas repetidas y chi cuadrado que compararon a los pacientes que permanecieron en los grupos de tratamiento iniciales revelaron que ambas modalidades de tratamiento (integrada y paralela) se asociaron con cambios positivos pre-post en las puntuaciones escolares, familiares y psiquiátricas de Teen-ASI, CGAS y etapa de cambio. No existieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento, excepto para la medida de resultado global basada en las puntuaciones Teen-ASI. Las interacciones de grupo por tiempo tampoco fueron significativas (Tabla 2).

Análisis comparativos entre los grupos integrado, paralelo y paralelo a integrado

Las pruebas ANOVA de medidas repetidas y chi cuadrado mostraron asociaciones para las tres modalidades de tratamiento (integrado, paralelo y cambio paralelo a integrado) con cambios positivos pre-post (efectos temporales: al inicio

 Tabla 2

 Resultados del tratamiento desde el inicio del estudio hasta el seguimiento a los 12 meses en los grupos de tratamiento integrado y paralelo

	Programas de tratamiento									
Indicador	Integrado		Paralelo		 Tiempo		Grupos		Tiempo * Grupo	
	Al inicio del estudio (n = 29)	Seguimiento (n = 29)	Al inicio del estudio (n = 14)	Seguimiento (n = 14)	F (1, 41)	η²	F (1, 41)	η²	F (1, 41)	η²
Teen-ASI (0–4 cont)										
Drogas	3,07 (0,80)	2,38 (1,40)	2,64 (1,15)	2,00 (1,47)	8,240	0,065	1,648	0,024	0,010	0,000
Escuela	2,86 (0,85)	1,89 (1,26)	2,75 (1,06)	2,42 (1,38)	8,721*	0,068	0,430	0,007	2,062	0,016
Familia	2,97 (1,02)	1,93 (1,31)	3,00 (0,78)	2,57 (1,51)	12,868***	0,079	1,074	0,017	2,207	0,014
Social	1,97 (1,15)	1,52 (1,12)	2,21 (0,80)	1,79 (1,31)	8,132	0,034	0,612	0,012	0,004	0,000
Legal	0,90 (1,29)	0,66 (1,23)	0,93 (1,27)	0,86 (1,23)	0,674	0,004	0,104	0,002	0,199	0,001
Psiquiátrico	2,72 (1,16)	2,00 (1,36)	2,79 (0,98)	2,43 (1,09)	8,873*	0,044	0,505	0,009	1,022	0,005
CGAS (1-100)	48,86 (13,64)	61,38 (18,94)	48,07 (10,48)	54,50 (14,33)	13,268***	0,079	0,807	0,013	1,370	0,008
CBCL										
Internalizante	15,62 (8,18)	16,33 (10,95)	16,11 (9,29)	13,00 (5,75)	0,526	0,004	0,191	0,005	1,339	0,010
Externalizante	22,52 (7,87)	21,86 (10,12)	24,78 (7,86)	24,33 (11,75)	0,095	7,790e-4	0,523	0,014	0,009	0,000
YSR										
Internalizante	14,58 (9,52)	12,33 (9,84)	16,89 (9,01)	15,00 (11,28)	2,814	0,009	0,468	0,013	0,021	0,000
Externalizante	21,37 (7,77)	18,25 (9,65)	26,67 (7,26)	24,56 (9,34)	2,699	0,017	3,772	0,085	0,101	0,000
Etapa de cambio (1-5)	1,93 (0,75)	3,17 (1,31)	1,86 (0,86)	2,57 (1,45)	18,941***	0,147	1,421	0,018	1,376	0,011
Precontemplación	9 (31,0%)	2 (6,9%)	6 (42,9%)	5 (35,7%)			$\chi^2 = 7,33$	5		
Contemplación	13 (44,8%)	10 (34,5%)	4 (28,6%)	2 (14,3%)						
Preparación	7 (24,1%)	4 (13,8%)	4 (28,6%)	2 (14,3%)						
Acción	-	7 (24,1%)	-	4 (28,6%)						
Mantenimiento	-	6 (20,7%)	-	1 (7,1%)						
Resultado global (positivo)	-	22 (75,9%)	-	4 (28,6%)			$\chi^2 = 8.83$	3**		

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

Tabla 3
Resultados del tratamiento desde el inicio del estudio hasta el seguimiento a los 12 meses en los grupos de tratamiento integrado, paralelo y paralelo a integrado

			Grupo de t	ratamiento			Tiemp	00	Gru	pos	Tiempo	*Grupo
	Integ	grado	Par	alelo	Paralelo a	integrado						
Indicador	Al inicio del estudio (n = 29)	Seguimiento (n = 29)	Al inicio del estudio (n = 14)	Seguimiento (n = 14)	Al inicio del estudio (n = 11)	Seguimiento (n = 11)	F (1, 51)	η²	F (1, 51)	η²	F (1, 51)	η²
Teen-ASI (0–4 cont.)												
Drogas	3,07 (0,80)	2,38 (1,40)	2,64 (1,15)	2,00 (1,47)	3,27 (0,78)	2,00 (1,48)	18,789***	0,103	0,795	0,018	0,860	0,009
Escuela	2,86 (0,85)	1,89 (1,26)	2,75 (1,06)	2,42 (1,38)	3,10 (1,10)	1,90 (1,20)	17,331***	0,104	0,231	0,006	1,457	0,018
Familia	2,97 (1,02)	1,93 (1,31)	3,00 (0,78)	2,57 (1,51)	3,00 (1,00)	1,82 (1,17)	23,841***	0,111	0,648	0,016	1,511	0,014
Social	1,97 (1,15)	1,52 (1,12)	2,21 (0,80)	1,79 (1,31)	2,27 (1,104)	1,36 (0,92)	17,396***	0,060	0,323	0,009	1,028	0,007
Legal	0,90 (1,29)	0,66 (1,23)	0,93 (1,27)	0,86 (1,23)	1,09 (1,64)	0,91 (1,30)	1,025	0,004	0,154	0,005	0,112	0,001
Psiquiátrico	2,72 (1,16)	2,00 (1,36)	2,79 (0,98)	2,43 (1,09)	3,18 (0,75)	2,27 (0,91)	16,060***	0,069	0,657	0,018	0,831	0,007
CGAS (1-100)	48,86 (13,64)	61,38 (18,94)	48,07 (10,48)	54,50 (14,33)	47,36 (12,80)	61,73 (12,35)	26,210***	0,109	0,428	0,011	1,112	0,009
CBCL												
Internalizante	15,62 (8,18)	16,33 (10,95)	16,11 (9,29)	13,00 (5,75)	17,88 (10,59)	18,38 (8,73)	0,173	0,001	0,404	0,018	0,668	0,008
Externalizante	22,52 (7,87)	21,86 (10,20)	24,78 (7,86)	24,33 (11,75)	22,25 (6,63)	20,50 (8,98)	0,410	0,002	0,383	0,017	0,062	0,001
YSR												
Internalizante	14,58 (9,52)	12,33 (9,84)	16,89 (9,01)	15,00 (11,28)	13,25 (4,17)	9,88 (3,68)	5,776*	0,016	0,572	0,026	0,149	0,001
Externalizante	21,37 (7,77)	18,25 (9,65)	26,67 (7,26)	24,56 (9,34)	20,00 (8,44)	16,13 (5,28)	5,194*	0,025	2,608	0,096	0,117	0,001
Etapa de cambio (1–5)	1,93 (0,75)	3,17 (1,31)	1,86 (0,86)	2,57 (1,45)	2,45 (0,93)	3,36 (1,33)	22,769***	0,135	1,413	0,039	0,781	0,009
Precontemplación	9 (31,04%)	2 (6,90%)	6 (42,86%)	5 (35,71%)	1 (9,09%)	-						
Contemplación	13 (44,82%)	10 (34,48%)	4 (28,57%)	2 (14,29%)	6 (54,55%)	4 (36,36%)	$\chi^2 = 11,$	556	$\chi^{2} = 1$	1,242		
Preparación	7 (24,14%)	4 (13,79%)	4 (28,57%)	2 (14,29%)	2 (18,18%)	2 (18,18%)						
Acción	-	7 (24,14%)	-	4 (28,57%)	2 (18,18%)	2 (18,18%)						
Mantenimiento	-	6 (20,69%)	-	1 (7,14%)	-	3 (27,27%)						
Resultado global (positivo)	-	22 (75,9%)	-	4 (28,6%)	-	7 (63,6%)			$\chi^2 = 8$,	922**		

Nota. * ρ < ,05, ** ρ < ,01, *** ρ < ,001.

del estudio - seguimiento a los 12 meses) en varias variables de resultados individuales (puntuaciones en drogas, estados escolar, familiar y psiquiátrico de Teen-ASI, CGAS, puntuación en internalización y externalización de YSR y etapa de cambio). Sin embargo, no existieron diferencias estadísticas entre los grupos de tratamiento, excepto en la medida de resultado global del tratamiento. A los 12 meses, el 75,9% (22/29) de los pacientes en el grupo integrado y el 63,6% (7/11) en el grupo paralelo a integrado lograron un resultado global positivo, en comparación con solo el 28,6% (4/14) de los que recibieron el tratamiento paralelo ($\chi^2 = 8,922$; p = ,012). Las interacciones de grupo por tiempo tampoco fueron significativas (Tabla 3).

Los análisis post hoc de Tukey mostraron que las diferencias significativas pre-post en medidas de resultado específicas correspondían al grupo integrado (puntuaciones en estados escolar, familiar y psiquiátrico de Teen-ASI, CGAS, etapa de cambio) o al grupo paralelo a integrado (puntuaciones en drogas, estados familiar y social de Teen-ASI y CGAS) pero nunca al grupo paralelo. Las interacciones de

grupo por tiempo tampoco fueron significativas. El material complementario proporciona más detalles.

Variables asociadas a un resultado positivo

Al analizar las características de los pacientes inicio del estudio que podrían predecir un resultado positivo un año después de iniciar el tratamiento, identificamos efectos significativos para los diagnósticos comórbidos y algunas escalas Teen-ASI, como se detalla en la Tabla 4. El análisis mostró que los trastornos externalizantes eran más comunes en el grupo de resultados globales negativos y que los trastornos internalizantes y mixtos eran más comunes en el grupo de resultados globales positivos ($\chi^2 = 6,885$, p = 0.032). En cuanto a las puntuaciones Teen-ASI, hubo un mejor funcionamiento basal en las escalas social (p = .015) y legal (p = .010) en el grupo de resultado global positivo. Por último, el NSE casi alcanzó significación (tendencia) para predecir el resultado global ($\chi^2 = 5,612$, p = 0.060, lo que potencialmente indica que un NSE bajo está levemente más representado en el grupo de resultados

Tabla 4 Posibles variables predictivas del resultado del tratamiento (positivas frente a negativas)

	Resi	Prueba			
	Positivo n = 33	Negativo n = 21	estadística t/U/χ²	Valor p	
Grupo de tratamiento					
Integrado	22 (66,7%)	7 (33,3%)			
Paralelo	4 (12,1%)	10 (47,7%)	$\chi^2 = 8,922$	0,012	
Cambio de paralelo a integrado	7 (21,2%)	4 (19,0%)			
Edad (años)	16,45 (1,148)	15,95 (1,203)	t = -1,538	0,130	
Género (% hombres)	18 (54,5%)	14 (66,7%)	$\chi^2 = 0.781$	0,377	
Nivel Socio Económico (NSE)					
Bajo	7 (21,3%)	11 (52,4%)			
Medio	18 (54,5%)	7 (33,3%)	$\chi^2 = 5,612$	0,060	
Alto	8 (24,2%)	3 (14,3%)			
Escala de clima familiar:	(n = 24)	(n = 13)			
Cohesión	37,08 (14,969)	38,92 (18,136)	t = 0,331	0,742	
Conflicto	53,33 (15,895)	57,92 (16,235)	t = 0,832	0,411	
Principal diagnóstico comórbido DSM-IV-TR:		, , , ,	•	•	
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	7 (21,2%)	4 (21,7%)			
Trastorno negativista desafiante	2 (6,1%)	4 (17,4%)			
Trastorno de conducta	-	5 (21,7%)			
Trastorno de conducta Trastorno afectivo (estado de ánimo/ansiedad)	5 (15,1%)	2 (8,7%)	$\chi^2 = 13,434$	0,062	
Trastorno mixto de conducta/emociones	12 (36,4%)	4 (17,4%)	Λ 13,434	0,002	
Trastorno alimentario	2 (6,1%)	1 (4,3%)			
Trastorno psicótico	2 (6,1%)	1 (8,7%)			
Otros trastornos [£]	3 (9,1%)	-			
Diagnóstico comórbido (agregado al TUS):					
Externalizante	10 (30,3%)	14 (66,7%)			
Internalizante	6 (18,2%)	2 (9,5%)	$\chi^2 = 6,885$	0,032	
Mixto	17 (51,5%)	5 (23,8%)	χ 0,005	0,032	
CGAS	49,91 (13,749) (n = 33)	45,90 (10,094) (n = 21)	t = -1,150	0,255	
CBCL	(n = 33)	(n = 18)	,	.,	
Internalizante	16,70 (8,673)	16,72 (9,963)	t = 0,009	0,993	
Externalizante	23,39 (8,728)	25,39 (8,965)	t = 0,773	0,443	
			0,775	0,-1-3	
YSR	(n = 32)	(n = 20)	t - 0.550	0.507	
Internalizante	16,25 (9,109)	14,65 (7,110)	t = -0,668	0,507	
Externalizante	21,53 (8,478)	25,65 (7,686)	t = 1,765	0,084	
Teen-ASI (continua)	(n = 33)	(n = 21)			
Drogas	3,03 (0,770)	2,95 (1,117)	t = -0,304	0,763	
Familia	2,82 (1,044)	3,24 (0,700)	t = 1,622	0,111	
Escuela	2,91 (0,914)	2,95 (0,973)	t = 0,165	0,869	
Social	1,82 (1,131)	2,52 (0,750)	t = 2,524	0,015	
Legal	0,58 (0,969)	1,52 (1,632)	t = 2,683	0,010	
Psiquiátrico	2,85 (1,121)	2,81 (0,928)	t = -0,133	0,895	
Etapa de cambio (continua)	2,12 (0,857) (n = 33)	1,86 (0,793) (n = 21)	t = -1,136	0,261	
Precontemplación	8 (24,24%)	8 (34,78%)			
Contemplación	15 (45,45%)	8 (39,13%)	$\chi^2 = 2,268$	0,519	
Preparación Acción	8 (24,24%)	5 (26,08%)			
Acción	2 (6,06%)	-			

Otros trastornos, incluidos los trastornos adaptativos, los trastornos del aprendizaje y las características del espectro autista, con consecuencias clínicamente relevantes en las dimensiones personal, familiar, social o académica.

negativos y que un NSE alto y medio están levemente más representados en el grupo de resultados positivos.

Análisis multivariable

Realizamos un análisis de regresión logística binaria para verificar el valor predictivo del grupo de tratamiento, considerando conjuntamente otras variables asociadas con un resultado global positivo, utilizando dos modelos diferentes. Para el modelo uno, seleccionamos los grupos de tratamiento y las variables sociodemográficas generalmente relacionadas con el resultado del tratamiento (es decir, edad, género, NSE y diagnósticos comórbidos) para controlar su posible efecto sobre el resultado global. Para el modelo dos, seleccionamos los grupos de tratamiento y aquellas variables previamente correlacionadas con el resultado global en nuestro estudio (diagnóstico de comorbilidad, Rho = ,340*; Teen-ASI social, Rho = -,322*; y Teen-ASI legal, Rho = -,290 *).

^{*}Significativo $p \le .05$. **Significativo $p \le .01$.

Modelo uno

En el modelo uno, el tercer paso del análisis obtuvo el mejor ajuste y predijo significativamente el resultado global $(\chi^2 = 25,1511; gl = 5, p < 0.00, Nagelkerke R^2 = 0.50)$. El 79,6% de los casos se clasificaron correctamente, con una sensibilidad del 84,4%. La prueba de Hosmer y Lemeshow arrojó un resultado no significativo (p = .720), lo que implica un ajuste adecuado del modelo. Los coeficientes revelaron que los pacientes que recibieron el tratamiento integrado (OR = 26,811; p = .002; IC 95% = 3,329 - 215,944) o el tratamiento paralelo a integrado (OR = 26,361; p = ,011;IC del 95% = 2,14 - 324,635) tuvieron una mayor probabilidad de lograr un resultado global positivo del tratamiento. Además, la edad aumentó la probabilidad de lograr un resultado global positivo del tratamiento (OR = 2,584; p = .022; IC 95% = 1,148 – 5,818), mientras tener un diagnóstico comórbido externalizado redujo la probabilidad (OR = .054; p = .006; IC 95% = 0.007 - 0.425). El género y el NSE no fueron significativos.

Modelo dos

En el modelo dos, el segundo paso obtuvo el mejor ajuste, prediciendo significativamente el resultado global $(\chi^2 = 20,723; gl = 3, p < 0.00, Nagelkerke R^2 = 0.45)$ y clasificando correctamente el 80,4% de los casos con una sensibilidad del 81,3%. La prueba de Hosmer y Lemeshow arrojó un resultado no significativo (p = .681), lo que implica un ajuste adecuado del modelo. Los pacientes que recibieron el tratamiento integrado (OR = 26,811; p = ,002; IC 95% = 3,329 - 215,944) o el tratamiento paralelo a integrado (OR = 26,361; p = ,011; IC 95% = 2,141 - 324,635) tuvieron una mayor probabilidad de lograr un resultado global positivo del tratamiento. Una puntuación de Teen-ASI legal más baja (OR = ,426; p = ,002; IC 95% = 0,250 - 0,727) también aumentó la probabilidad de lograr un resultado global positivo del tratamiento. Las variables Teen-ASI social y diagnóstico de comorbilidad fueron excluidas del modelo.

Discusión

En relación a nuestra primera hipótesis, los adolescentes con patología dual remitidos a una unidad especializada en adicciones en un centro de salud mental parecen beneficiarse significativamente más de un enfoque de tratamiento integrado que de uno paralelo. Solo dos medidas de resultado—adherencia al tratamiento y la medida de resultado global (que tiene en cuenta mejoras en los ámbitos de consumo de drogas, familia, escuela, social, legal y psiquiatría según las puntuaciones Teen-ASI)—mostraron diferencias significativas. Los resultados favorables del tratamiento de los pacientes reasignados de la intervención paralela a la intervención integrada durante el estudio (grupo paralelo a integrado) proporcionaron una confirmación adicional de la superioridad del enfoque integrado.

Los análisis comparativos univariables respaldan los resultados de otros estudios que favorecen las intervenciones integradas en adolescentes con patología dual (Esposito-Smythers et al., 2011; Hides et al., 2010; Latimer et al., 2003). Sin embargo, otros autores han obtenido resultados mixtos o confusos al comparar enfoques paralelos e integrados (Adams et al., 2016; Rohde et al., 2014), posiblemente debido a diferencias metodológicas en la composición muestral o las medidas de resultado. Por ejemplo, algunos estudios han seleccionado solo pacientes con depresión como trastorno comórbido con TUS (Hides et al., 2010), mientras que otros estudios han considerado como principal medida de resultado la abstinencia del consumo de sustancias. De todos modos, es bien sabido que los adolescentes con patología dual tienen dificultades para lograr la abstinencia total, y que los objetivos de reducción de riesgos son aceptables en las etapas tempranas de su tratamiento (Kaminer et al., 2018). Otro motivo de discordancia entre los estudios puede ser que los adolescentes con patología dual constituyen un grupo muy heterogéneo con una evolución postratamiento inestable (Santisteban et al., 2015).

Con respecto a la segunda hipótesis sobre predictores del resultado del tratamiento, considerando la muestra total en el análisis comparativo univariable e independientemente del grupo de tratamiento, diferentes variables mostraron capacidad predictiva. En primer lugar, los trastornos internalizantes y mixtos comórbidos se asociaron significativamente con resultados positivos, mientras que los trastornos externalizantes predijeron un resultado global negativo. Estos resultados concuerdan parcialmente con algunos estudios (Hersh et al., 2013; Mason et al., 2008) con respecto a los trastornos internalizantes, y ciertamente concuerdan con otros estudios (Tamm et al., 2013; Winters et al., 2008) para los trastornos externalizantes. En línea con Santisteban et al. (2015), la interpretación de estos resultados podría estar relacionada con la teoría de que los pacientes con trastornos internalizantes son más conscientes de sus problemas que aquellos con trastornos externalizantes y están más motivados para resolverlos. Además, la autopercepción del malestar emocional asociado a la internalización de síntomas podría actuar como motivador para mejorar la disposición al cambio. Una tercera posible explicación es que las personas con malestar emocional podrían desarrollar una mejor alianza terapéutica, un factor importante para la adherencia al tratamiento y el éxito de la psicoterapia (Santisteban et al., 2015).

Otra posible explicación a la asociación de síntomas internalizantes (y mixtos) con resultados positivos en ambos tratamientos (paralelo e integrado) es que nuestros tratamientos incluyen intervenciones familiares (favoreciendo la comunicación y el entendimiento mutuo). Hay evidencia de que el tratamiento basado en la familia puede ser particularmente útil para adolescentes con malestar emocional (es decir, depresión, trastorno bipolar, trastorno límite de

la personalidad) porque están más receptivos a recibir ayuda de terapeutas y familiares (Silvers et al., 2019; Wang et al., 2016). Estos resultados apuntan a la necesidad de cribar a los pacientes con TUS para detectar síntomas internalizantes y externalizantes mediante la utilización de instrumentos de cribado cortos, como propone Hesse y colaboradores (2023), para identificar a aquellos adolescentes con alto riesgo de abandono o resultados negativos del tratamiento. Aquellos pacientes con trastornos externalizantes o disruptivos podrían necesitar una modificación de los componentes del tratamiento (es decir, más psicoeducación parental para comprender los problemas externalizantes y su manejo, pensamiento ético, manejo de la ira, empatía o entrenamiento en habilidades sociales).

Las puntuaciones sociales y legales Teen-ASI también mostraron cierto valor predictivo para el resultado general del tratamiento (resultados positivos en adolescentes con menos problemas sociales y legales). Estos hallazgos se alinean parcialmente con los de otros autores que encontraron más problemas legales en aquellos que obtuvieron un resultado negativo (Grella et al., 2001; Tamm et al., 2013). También es importante señalar el efecto casi significativo para el NSE, en coherencia con los resultados de otros estudios (Hersh et al., 2013), lo que refleja las ventajas de un NSE alto para algunos pacientes, probablemente debido a las mayores oportunidades de recibir apoyo educativo y terapéutico adicionales.

Por último, y contrario a nuestras expectativas, la etapa de cambio no predijo un resultado positivo a los 12 meses tras el inicio del tratamiento. Varios factores pueden haber contribuido a la discrepancia entre nuestros resultados e investigaciones anteriores que documentan que los pacientes más comprometidos con la abstinencia tienen mejores resultados del tratamiento (Kaminer et al., 2018). En primer lugar, en los adolescentes, las contingencias y las instrucciones de los padres podrían ayudarles a alcanzar un período de abstinencia, incluso si carecen de la motivación intrínseca para el cambio. En segundo lugar, la etapa de cambio y los resultados relacionados con el uso de sustancias y los problemas relacionados en los adolescentes a menudo fluctúan, lo que refleja una inestabilidad subyacente (Dahlberg et al., 2022). En tercer lugar, es posible que hayamos utilizado un método inadecuado para medir o analizar esta variable; por ejemplo, no evaluar el compromiso con la abstinencia, sino más bien su voluntad de reducir o controlar el uso.

Implicaciones clínicas

Los resultados del estudio apoyan la necesidad de hacer que los programas integrados estén disponibles para al menos algunos pacientes adolescentes con patología dual compleja/grave o aquellos con alto riesgo (es decir, trastornos externalizantes, pacientes con dificultades para participar en el tratamiento), de acuerdo con las conclusiones de varios autores (Garner et al., 2008; Kaminer et al., 2017;

Libby y Riggs, 2005; Wolff et al., 2020). Para pacientes con menor riesgo (es decir, trastornos internalizantes, familias colaborativas, adolescentes mayores o comprometidos con la abstinencia), puede ser apropiado tratar el TUS y las condiciones de salud mental comórbidas en paralelo. De hecho, cuatro pacientes de nuestro estudio obtuvieron un resultado global positivo con un enfoque de tratamiento paralelo, aunque el tamaño muestral pequeño impidió el análisis estadístico de posibles características asociadas. Además, encontramos cambios significativos antes y después en varias medidas de resultado específicas entre los 14 sujetos tratados en la condición paralela.

Una estrategia adaptativa puede ser la forma más adecuada de implementar tratamientos integrados y/o paralelos para adolescentes con patología dual, adaptando de manera flexible las intervenciones a las características, necesidades y situaciones cambiantes específicas de los pacientes durante el tratamiento (Black y Chung, 2014; Grant et al., 2017; Kaminer et al., 2017; Kavanagh y Connolly, 2009; Marchand et al., 2019; Waldron y Turner, 2008). Los centros de salud mental podrían adoptar esta estrategia para adolescentes mediante el empleo de programas graduales o escalonados (Kavanagh y Connolly, 2009), emparejamiento paciente-tratamiento (Cornelius et al., 2017; Edalati y Conrod, 2019; Goti et al., 2009; Magallón-Neri et al., 2012) o tratamientos modulares. Esto podría allanar el camino para el uso de enfoques transdiagnósticos (Kim y Hodgins, 2018).

Limitaciones y fortalezas

Los resultados del estudio deben interpretarse con cautela debido a varias limitaciones. Por ejemplo, el pequeño tamaño muestral puede haber reducido la potencia estadística necesaria para obtener resultados significativos, la falta de un grupo de control sin intervención (es decir, una lista de espera) no era ideal y la cohorte estudiada impide la generalización a pacientes con patología dual en entornos hospitalarios o residenciales afectados por síntomas psicóticos significativos o déficits cognitivos. A pesar de estas limitaciones, el estudio tiene dos puntos fuertes principales. En primer lugar, tiene una alta validez externa al reflejar las dificultades de la investigación aplicada en la práctica clínica de una manera naturalista, mientras que, a la vez, intenta mantener el rigor científico utilizando un análisis de tratamiento recibido en un diseño aleatorio. En segundo lugar, al ofrecer el tratamiento integrado a los pacientes con peor respuesta en el grupo de tratamiento paralelo, pudimos probar la metodología de tratamiento adaptativo propuesta por otros autores (Kaminer et al., 2017; Morisano et al., 2014; Santisteban et al., 2015).

Implicaciones para futuras investigaciones

Primero, este estudio podría ayudar a los análisis futuros de los aspectos clave de la investigación para el tratamiento de adolescentes con patología dual. Por ejemplo, confirmamos la utilidad de la adherencia al tratamiento y una medida de resultado global específica para identificar resultados positivos del tratamiento. La capacidad de retener a los adolescentes en el tratamiento es clave para el éxito del tratamiento en un grupo que tradicionalmente resulta dificil de involucrar. Los terapeutas deben ser muy accesibles, tomarse el tiempo para llamar a los pacientes («persecución suave»), coordinarse con otros profesionales y prestar atención adicional a la familia. Hay un mayor cumplimiento de estos aspectos en los tratamientos integrados, como ha sido nuestro caso en la práctica. Segundo, este estudio también tiene un valor potencial para tener en cuenta las diferencias pre-post tratamiento como una medida de resultado global que considera mejoras en diferentes dominios de la vida adolescente (por ejemplo, nuestro uso de las escalas Teen-ASI). Los adolescentes con TUS a menudo tienen diferentes objetivos y resultados de tratamiento en comparación con los adultos, experimentan menos certeza sobre la necesidad de la abstinencia absoluta y prefieren un uso reducido en lugar de abstinencia. También muestran fluctuaciones frecuentes a lo largo del tratamiento en el consumo de sustancias, los síntomas psiquiátricos, el rendimiento escolar o la adaptación social. Por último, aunque es necesario analizar en mayor profundidad los predictores de resultados del tratamiento, nuestros hallazgos sobre el efecto de los trastornos comórbidos, la edad y las relaciones sociales también podrían informar los diseños no sólo de instrumentos de cribado y de evaluación destinados a mejorar la asignación de pacientes al nivel más adecuado de tratamiento, sino también de estrategias más efectivas de tratamiento adaptativo.

Conclusiones

Los pacientes adolescentes con patología dual se beneficiaron tanto de los programas de tratamiento paralelos como de los integrados. Sin embargo, obtuvieron el mayor beneficio del enfoque integrado, que resultó en una mejor adherencia y un mejor resultado global positivo del tratamiento. Las características asociadas con el resultado positivo del tratamiento, independientemente de la modalidad de tratamiento, incluyeron la presencia de un trastorno comórbido internalizante, más edad y menos problemas legales.

Reconocimientos

Un reconocimiento especial a Laura Aso y Carolina Jiménez por su valiosa ayuda con la evaluación de los pacientes y la orientación estadística.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de interés.

Ayudas económicas

Este trabajo fue apoyado por el Instituto Carlos III (Ayudas N° FIS PI07/90428 y FIS PI040207).

Referencias

- Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (2001). Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles: An integrated system of multi-informant assessment. Aseba.
- Adams, Z. W., McCauley, J. L., Back, S. E., Flanagan, J. C., Hanson, R. F., Killeen, T. K. y Danielson, C. K. (2016). Clinician perspectives on treating adolescents with cooccurring post-traumatic stress disorder, substance use, and other problems. *Journal Child Adolescence Substance Abuse*, 25(6), 575–583. https://doi.org/10.1080/10678 28X.2016.1153555.
- Anton, R. F., Malley, S. S. O., Ciraulo, D. A., Cisler, R. A., Couper, D., Donovan, D. M., Gastfriend, D. R., Hosking, J. D., Locastro, J. S., Longabaugh, R., Mason, B. J., Mattson, M. E., Miller, W. R., Pettinati, H. M., Randall, C. L., Swift, R., Weiss, R. D., Williams, L. D. y Zweben, A. (2006). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: The COMBINE study: A randomized controlled trial raymond. *JAMA*, 295(17), 2003–2017.
- APA. (2002). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Text Revision. MASSON.
- Black, J. J. y Chung, T. (2014). Mechanisms of change in adolescent substance use treatment: How does treatment work? *Substance Abuse*, 35(4), 344–351. https://doi.org/10.1080/08897077.2014.925029.
- Brannigan, R., Schackman, B. R., Falco, M. y Millman, R. B. (2004). The quality of highly regarded adolescent substance abuse treatment programs: Results of an in-depth national survey. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158(9), 904–909. https://doi.org/10.1001/archpedi.158.9.904.
- Cornelius, T., Earnshaw, V. A., Menino, D., Bogart, L. M. y Levy, S. (2017). Treatment motivation among caregivers and adolescents with substance use disorders. *Journal Substane Abuse Treatment*, 75, 10–16. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.01.003.
- Dahlberg, M., Boson, K., Anderberg, M. y Wennberg, P. (2022). Long-term outcomes for young people with substance use problems in outpatient treatment: Gender-specific patterns. *Frontiers in Psychiatry*, 13(May), 1–10. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.888197.
- del Palacio-Gonzalez, A., Hesse, M., Thylstrup, B., Pedersen, M. U. y Pedersen, M. M. (2022). Effects of contingency management and use of reminders for drug use treatment on readmission and criminality among young people: A linkage study of a randomized trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 133(March 2021), 108617. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108617.

- Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J. C., Kaminer, Y., Webb, C., Hamilton, N. y Funk, R. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(3), 197–213. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2003.09.005.
- Díaz, R., Castro-Fornieles, J., Serrano, L., González, L., Calvo, R., Goti, J., Kaminer, Y. y Gual, A. (2008). Clinical and research utility of Spanish teen-addiction severity index (T-ASI). *Addictive Behaviors*, 33(1), 188–195. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.06.002.
- Díaz, R., Goti, J., García, M., Gual, A., Serrano, L., González, L., Calvo, R. y Castro-Fornieles, J. (2011). Patterns of substance use in adolescents attending a mental health department. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20(6), 279–289. https://doi.org/10.1007/s00787-011-0173-5.
- Drake, R. E., O'Neal, E. L. y Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 123–138. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.01.011.
- Edalati, H. y Conrod, P. J. (2019). A review of personality-targeted interventions for prevention of substance misuse and related harm in community samples of adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 9(770). https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00770.
- Erskine, H. E., Moffitt, T. E., Copeland, W. E., Costello, E. J., Ferrari, A. J., Patton, G., Degenhardt, L., Vos, T., Whiteford, H. A. y Scott, J. G. (2015). A heavy burden on young minds: The global burden of mental and substance use disorders in children and youth. *Psychological Medicine*, 45(7), 1551–1563. https://doi.org/10.1017/S0033291714002888.
- Esposito-Smythers, C., Spirito, A., Kahler, C. W., Hunt, J. y Monti, P. (2011). Treatment of co-occurring substance abuse and suicidality among adolescents: A randomized Trial. *Journal Consulting Clinical Psychology*, 79(6), 728–739. https://doi.org/10.1037/a0026074.
- Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., García-Cueto, E., Secades-Villa, R., García-Fernández, G. y Barrial-Barbén, S. (2012). Spanish adaptation and validation of the adolescent- Cannabis problems questionnaire (CPQ-A). *Adicciones*, 24(1), 41–49. https://doi.org/10.20882/adicciones.116.
- Garner, B. R., Godley, S. H. y Funk, R. R. (2008). Predictors of early therapeutic alliance among adolescents in substance abuse reatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40(1), 55–64.
- Glowacki, K., Whyte, M., Weinstein, J., Marchand, K., Barbic, D., Scheuermeyer, F., Mathias, S. y Barbic, S. (2022). Exploring how to enhance care and pathways between

- the emergency department and integrated youth services for young people with mental health and substance use concerns. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1–15. https://doi.org/10.1186/s12913-022-07990-8.
- Goti, J., Diaz, R., Serrano, L., Gonzalez, L., Calvo, R., Gual, A. y Castro, J. (2009). Brief intervention in substance-use among adolescent psychiatric patients: A randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19(6), 503–511. https://doi.org/10.1007/s00787-009-0060-5.
- Grant, S., Agniel, D., Almirall, D., Burkhart, Q., Hunter, S. B., McCaffrey, D. F., Pedersen, E. R., Ramchand, R. y Griffin, B. A. (2017). Developing adaptive interventions for adolescent substance use treatment settings: Protocol of an observational, mixed-methods project. Addiction Science and Clinical Practice, 12(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/s13722-017-0099-4.
- Grella, C. E., Hser, Y. I., Joshi, V. y Rounds-Bryant, J. (2001). Drug treatment outcomes for adolescents with comorbid mental and substance use disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(6), 384–392. https://doi.org/10.1097/00005053-200106000-00006.
- Hawkins, E. H. (2009). A tale of two systems: Co-occurring mental health and substance abuse disorders treatment for adolescents. *Annual Review of Psychology*, 60, 197–227. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163456.
- Hersh, J., Curry, J. F. y Becker, S. J. (2013). The influence of comorbid depression and conduct disorder on MET/CBT treatment outcome for adolescent substance use disorders. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(4), 325–341. https://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.4.325.
- Hesse, M., Jones, S., Pedersen, M. M., Skov, K. B. E., Thylstrup, B. y Pedersen, M. U. (2023). The predictive value of brief measures of externalizing behavior and internalizing problems in young people receiving substance use treatment: A secondary analysis. *Addictive Behaviors*, 139(November 2022), 107574. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107574.
- Hesse, M., Thylstrup, B., Karsberg, S., Mulbjerg Pedersen, M. y Pedersen, M. U. (2021). Voucher reinforcement decreases psychiatric symptoms in young people in treatment for drug use disorders—a post hoc secondary analysis of a randomized controlled trial. *Journal of Dual Diagnosis*, 17(3), 257–266. https://doi.org/10.1080/155 04263.2021.1942379.
- Hides, L., Carroll, S., Catania, L., Cotton, S. M., Baker, A., Scaffidi, A. y Lubman, D. I. (2010). Outcomes of an integrated cognitive behaviour therapy (CBT) treatment program for co-occurring depression and substance misuse in young people. *Journal of Affective Disorders*, 121(1-2), 169-174. https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.002.

- Hogue, A., Becker, S. J., Wenzel, K., Henderson, C. E., Bobek, M., Levy, S. y Fishman, M. (2021). Family involvement in treatment and recovery for substance use disorders among transition-age youth: Research bedrocks and opportunities. *Journal of Substance Abuse Treat*ment, 129(January), 108402. https://doi.org/10.1016/j. jsat.2021.108402.
- Hogue, A., Bobek, M. y MacLean, A. (2020). Core elements of CBT for adolescent conduct and substance use problems: Comorbidity, clinical techniques, and case examples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(4), 426–441. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.12.002.
- Hogue, A., Henderson, C. E., Becker, S. J. y Knight, D. K. (2018). Evidence base on outpatient behavioral treatments for adolescent substance use, 2014–2017: Outcomes, treatment delivery, and promising horizons. *Journal Clinic Child Adolescent Psychology*, 47(4), 499–526. https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1466307.
- Hogue, A., Henderson, C. E., Ozechowski, T. J. y Robbins, M. S. (2014). Evidence base on outpatient behavioral treatments for adolescent substance use: Updates and recommendations 2007–2013. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 43(5), 695–720. https://doi.org/ 10.1080/15374416.2014.915550.
- Hulvershorn, L. A., Quinn, P. D. y Scott, E. L. (2015). Treatment of adolescent substance use disorders and cooccurring internalizing disorders: A critical review and proposed model. *Current Drug Abuse Reviews*, 8(1), 41–49.
- Kaminer, Y., Ohannessian, C. M. C. y Burke, R. H. (2017). Adolescents with cannabis use disorders: Adaptive treatment for poor responders. *Addictive Behaviors*, 70, 102–106. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.02.013.
- Kaminer, Y., Ohannessian, C. M., McKay, J. R., Burke, R. H. y Flannery, K. (2018). Goal commitment predicts treatment outcome for adolescents with alcohol use disorder. *Addictive Behaviors*, 76, 122–128. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.07.035.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. y Ryan, N. (1996). Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Lifetime version (Kiddie-SADS-PL). In Children (K-SADS).
- Kavanagh, D. J. y Connolly, J. M. (2009). Interventions for co-occurring addictive and other mental disorders (AMDs). *Addictive Behaviors*, 34(10), 838–845. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.03.005.
- Kim, H. S. y Hodgins, D. C. (2018). Component model of addiction treatment: A pragmatic transdiagnostic treatment model of behavioral and substance addictions. *Frontiers in Psychiatry*, 9(AUG), 1–17. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00406.
- Köck, P., Meyer, M., Elsner, J., Dürsteler, K. M., Vogel, M. y Walter, M. (2022). Co-occurring mental disorders in transitional aged youth with substance use disorders a

- narrative review. *Frontiers in Psychiatry*, 13(February). https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.827658.
- Krebs, P., Norcross, J. C., Nicholson, J. M. y Prochaska, J. O. (2018). Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1964–1979. https://doi.org/10.1002/jclp.22683.
- Latimer, W. W., Winters, K. C., D'Zurilla, T. y Nichols, M. (2003). Integrated family and cognitive-behavioral therapy for adolescent substance abusers: A stage I efficacy study. *Drug and Alcohol Dependence*, 71(3), 303–317. https://doi.org/10.1016/S0376-8716(03)00171-6.
- Libby, A. M. y Riggs, P. D. (2005). Integrated substance use and mental health treatment for adolescents: Aligning organizational and financial incentives. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(5), 826–834. https://doi.org/10.1089/cap.2005.15.826.
- Magallón-Neri, E., Díaz, R., Forns, M., Goti, J., Canalda, G. y Castro-Fornieles, J. (2012). Subtipos de adolescentes con trastornos por uso de sustancias y comorbilidad psiquiátrica utilizando los análisis de cluster y discriminante de perfiles MMPI-A. *Adicciones*, 24(3), 219. https://doi.org/10.20882/adicciones.93.
- Marchand, K., Beaumont, S., Westfall, J., MacDonald, S., Harrison, S., Marsh, D. C., Schechter, M. T. y Oviedo-Joekes, E. (2019). Conceptualizing patient-centered care for substance use disorder treatment: Findings from a systematic scoping review. Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy, 14(1), 1–15. https://doi.org/10.1186/s13011-019-0227-0.
- Martínez-Miranda, J. y Espinosa-Curiel, I. E. (2022). Serious games supporting the prevention and treatment of alcohol and drug consumption in youth: Scoping review. *JMIR Serious Games*, 10(3), 1–24. https://doi.org/10.2196/39086.
- Mason, W. A., Hitchings, J. E. y Spoth, R. L. (2008). The interaction of conduct problems and depressed mood in relation to adolescent substance involvement and peer substance use. *Drugs Alcohol Dependence*, *96*(3), 233–248. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.03.012.
- Meisel, S. N., Pielech, M., Magill, M., Sawyer, K. y Miranda, R. (2022). Mechanisms of behavior change in adolescent substance use treatment: A systematic review of treatment mediators and recommendations for advancing future research. Clinical Psychology: Science and Practice. https://doi.org/10.1037/cps0000089.
- Moos, R. H. (1990). Conceptual and empirical approaches to developing family-based assessment procedures: Resolving the case of the family environment scale. *Family Process*, 29(2), 199–208. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1990.00199.x.
- Moos, R. H. y Moos, B. S. (1981). Family Environment Scale: Manual. Consulting Psychologists Press.

- Morisano, D., Babor, T. F. y Robaina, K. A. (2014). Co-occurrence of substance use disorders with other psychiatric disorders: Implications for treatment services. *NAD Publication*, 31(1), 5–25. https://doi.org/10.2478/nsad-2014-0002.
- Norberg, M. M., Battisti, R. A., Copeland, J., Hermens, D. F. y Hickie, I. B. (2012). Two sides of the same coin: Cannabis dependence and mental health problems in help-seeking adolescent and young adult outpatients. *International Journal of Mental Health and Addiction, 10*(6), 818–828. https://doi.org/10.1007/s11469-012-9378-1.
- Passetti, L. L., Godley, M. D. y Kaminer, Y. (2016). Continuing care for adolescents in treatment for substance use disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 25(4), 669–684. https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.06.003.
- Pedersen, M. U., Hesse, M., Thylstrup, B., Jones, S., Pedersen, M. M. y Frederiksen, K. S. (2021). Vouchers versus reminders to prevent dropout: Findings from the randomized youth drug abuse treatment project (youthDAT project). *Drug and Alcohol Dependence*, 218(October 2020). https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108363.
- Ramchand, R., Griffin, B. A., Suttorp, M., Harris, K. M. y Morral, A. (2011). Using a cross-study design to assess the efficacy of motivational enhancement therapy-cognitive behavioral therapy 5 (MET/CBT5) in treating adolescents with cannabis-related disorders. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72(3), 380–389. https://doi.org/10.15288/jsad.2011.72.380.
- Rohde, P., Waldron, H. B., Turner, C. W., Brody, J. y Jorgensen, J. (2014). Sequenced versus coordinated treatment for adolescents with comorbid depressive and substance use disorders. *Journal Consulting Clinical Psychology*, 82(2), 342–248. https://doi.org/10.1037/a0035808
- Sampl, S. y Kadden, R. (2001). Motivational enhancement therapy and cognitive behavioral therapy for adolesent cannabis users: 5 sessions. En Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 1. (Vol. 1). DHHS Publication.
- Santisteban, D. A., Mena, M. P., Muir, J., McCabe, B. E., Abalo, C. y Cummings, A. M. (2015). The efficacy of two adolescent substance abuse treatments and the impact of comorbid depression: Results of a small randomized controlled trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(1), 55–64. https://doi.org/10.1037/prj0000106.
- Schuler, M. S., Griffin, B. A., Ramchand, R., Almirall, D. y McCaffrey, D. F. (2014). Effectiveness of treatment for adolescent substance use: Is biological drug testing sufficient? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(2), 358–370. https://doi.org/10.15288/jsad.2014.75.358.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H. y Aluwahlia, S. (1983). A children 's global assessment scale. *Archives of General Psychia-*

- *try*, 40(11), 1228–1231. https://doi.org/10.1001/ar-chpsyc.1983.01790100074010.
- Silvers, J. A., Squeglia, L. M., Rømer Thomsen, K., Hudson, K. A. y Feldstein Ewing, S. W. (2019). Hunting for what works: Adolescents in addiction treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43(4), 578–592. https://doi.org/10.1111/acer.13984.
- Stanojlović, M. y Davidson, L. (2020). Targeting the barriers in the substance use disorder continuum of care with peer recovery support. Substance Abuse: Research and Treatment, 14. https://doi.org/10.1177/1178221820976988.
- Sterling, S., Weisner, C., Hinman, A. y Parthasarathy, S. (2010). Access to treatment for adolescents with substance use and co-occurring disorders: Challenges and opportunities stacy. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(7), 637–726. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.03.019.
- Tamm, L., Trello-Rishel, K., Riggs, P., Nakonezny, P. A., Acosta, M., Bailey, G. y Winhusen, T. (2013). Predictors of treatment response in adolescents with comorbid substance use disorder and attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(2), 224–230. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.07.001.
- van Wamel, A., Lempens, A. y Neven, A. (2021). Integrated treatment of dual disorders in The Netherlands: A qualitative study of client experiences. *Advances in Dual Diagnosis*, 14(4), 183–197. https://doi.org/10.1108/ADD-12-2020-0029.
- Waldron, H. B. y Turner, C. W. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 238–261. https://doi.org/10.1080/15374410701820133.
- Wang, L. J., Lu, S. F., Chong, M. Y., Chou, W. J., Hsieh, Y. L., Tsai, T. N., Chen, C. y Lee, Y. H. (2016). A family-oriented therapy program for youths with substance abuse: Long-term outcomes related to relapse and academic or social status. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 699–706. https://doi.org/10.2147/NDT.S105199.
- Weiss, R. D., Griffin, M. L., Jaffee, W. B., Bender, R. E., Graff, F. S., Gallop, R. J. y Fitzmaurice, G. M. (2009). A "community-friendly" version of Integrated Group Therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: A randomized controlled trial. *Drug Alcohol Dependence*, 204(3), 212–219. https://doi.org/10.1016/j. drugalcdep.2009.04.018.
- Winer, J. M., Yule, A. M., Hadland, S. E. y Bagley, S. M. (2022). Addressing adolescent substance use with a public health prevention framework: The case for harm reduction. *Annals of Medicine*, 54(1), 2123–2136. https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2104922.
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., Latimer, W. W. y Stone, A. (2008). Internalizing and externalizing behaviors and their association with the treatment of adolescents with substance use disorder. *Journal Substane Abuse*

- *Treatment*, 35(3), 269–278. https://doi.org/10.1016/j. jsat.2007.11.002.
- Winters, K. C., Waldron, H., Hops, H., Ozechowski, T. y Montano, A. (2023). Brief interventions for cannabis using adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 32(1), 127–140. https://doi.org/10.1016/j.chc.2022.06.004.
- Wolff, J., Esposito-Smythers, C., Frazier, E., Stout, R., Gomez, J., Massing-Schaffer, M., Nestor, B., Cheek, S., Graves, H., Yen, S., Hunt, J. y Spirito, A. (2020). A randomized trial of an integrated cognitive behavioral treatment protocol for adolescents receiving home-based services for co-occurring disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 116(May). https://doi.org/10.1016/j. jsat.2020.108055.

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.
 - 3. Que el manuscrito ha sido realizado, leído y aprobado por los autores tal como se envía el mismo, y que la autoría le corresponde a todos y todas los y las firmantes.
 - Que se han cumplido todos los principios éticos en relación a la protección de las personas o de los pacientes, o de los animales, cuando se trate de experimentación animal.
 - Que se acompañan todos los permisos correspondientes para reproducir material previamente publicado que se va a incluir en el manuscrito, como texto, tablas, figuras, etc.
 - 6. Que la correspondencia referente al manuscrito remitido para su publicación se realizará con el autor de correspondencia del que se indicará el nombre, dirección, teléfono y correo electrónico y que éste se encargará a su vez de ponerse en contacto con el resto de autores y autoras para la revisión y aprobación final del artículo.
 - Que se transferirán los derechos de copyright del artículo a la revista Adicciones en caso de ser publicado el mismo en la revista Adicciones.
 - 8. La revista Adicciones tiene como política la difusión de sus artículos por lo que los autores pueden enviar en formato electrónico sus artículos publicados a otras personas. La reproducción y difusión comercial de los artículos de la revista está restringida por los derechos de copyright y se precisa autorización de la revista para hacerlo.
- C) Página de título. Se indicarán, en el orden que aquí se cita, los siguientes datos:
 - Título del artículo, en minúsculas (en castellano e inglés) excepto la letra inicial.

- Nombre de autores completo (no sólo iniciales), y uno o dos apellidos del/los autor/es (p. ej., Miguel García o Miguel García Rodríguez o bien Miguel García-Rodríguez, teniendo en cuenta que la forma que hayan 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. 4 **ADICCIONES**

EDITORIAL

Sobre la prevención del uso de Cigarrillos Electrónicos en adolescentes	
On the prevention of electronic cigarette use in adolescents José Luis Carballo, Francisco Pascual Pastor	343
ORIGINALES / ORIGINALS	
Clases latentes de juego problemático en jóvenes: El papel de la comorbilidad, la	
alexitimia y los acontecimientos vitales estresantes en función del sexo Latent classes of gambling in youths: The role of comorbidity, alexithymia and stressful life events by sex Laura Macía, Paula Jauregui, Marta Herrero, Iciar Iruarrizaga, Ana Estévez	347
Implementación de estándares de calidad en la reducción de la demanda de	
drogas: Perspectivas del proyecto FENIQS-UE y caminos a seguir Implementation of quality standards in drug demand reduction: Insights from FENIQS-EU project and ways forward Katarina Serdar, Martina Feric, Matea Belosevic, Dijana Jerkovic, Alba González-Roz, Wouter Vanderplasschen	359
Influencia del nivel de estudios en la prevalencia de conductas de riesgo durante el periodo perinatal Influence of educational level on the prevalence of risk behaviors during the perinatal period Andrea Vila-Farinas, Leonor Varela-Lema, Jessica Rial-Vázquez, María Isolina Santiago-Pérez, Cristina Candal-Pedreira, Julia Rey-Brandariz, Carla Guerra-Tort, Lucía Martín-Gisbert, Alberto Ruano-Ravina, Mónica Pérez-Ríos	371
Tasas de recaída tras un tratamiento en Comunidades Terapéuticas: Una revisión sistemática	
Relapse rates after treatment in Therapeutic Communities: A systematic review Daniel Suárez-Castro, Diana Moreira, Andreia Azeredo, Paulo C. Dias	379
Impacto del alcohol y la dieta en la calidad de vida en la educación superior. Un modelo de ecuaciones estructurales Impact of alcohol consumption and diet on quality of life in higher education. A structural equation model José Luis Ubago-Jiménez, Félix Zurita-Ortega, Eduardo Melguizo-Ibáñez, José Manuel Alonso-Vargas	389
Tratamiento integrado vs. tratamiento paralelo en adolescentes con consumo	
de sustancias y trastornos comórbidos: Un ensayo aleatorizado Integrated vs. parallel treatment in adolescents with substance use and comorbid disorders: A randomized trial Rosa Díaz, Javier Goti, Ernesto Magallón-Neri, Sandra Mateus-Gómez, Daniel Ilzarbe, Josefina Castro-Fornieles	399

