

ADICCIONES

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

2025
VOL. 37

N.1

PUBLICADO POR:

SOCIDROGALCOHOL

Sociedad Científica Española
de Estudios sobre el Alcohol,
el Alcoholismo y las otras Toxicomanías



FINANCIADO POR:



MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS

ADICCIONES

PUBLICADO POR:

SOCIDROGALCOHOL
Sociedad Científica Española
de Estudios sobre el Alcohol,
el Alcoholismo y las otras Toxicomanías



FINANCIADO POR:



EDITOR

José Luis Carballo
Universidad Miguel Hernández de Elche

ASISTENTE TÉCNICO

Andrea López

EDITORES EJECUTIVOS

Maite Cortés
Universidad de Valencia

Sergio Fernández-Artamendi
Universidad de Sevilla

Hugo López Pelayo
Hospital Clínic de Barcelona, España

EDITORES ASOCIADOS

Susana Al-Halabí
Universidad de Oviedo

Francisco Arias
Hospital Universitario Doce de Octubre,
Madrid

Albert Espelt
Universidad Autónoma de Barcelona

Eduardo Fonseca
Universidad de La Rioja, CIBERSAM

Leticia García-Alvarez
Universidad de Oviedo, CIBERSAM,
ISPA, Oviedo

Moisés García-Arencibia
Universidad de las Palmas de Gran Canaria

Marta Rodríguez Arias
Universitat de València

Antonio Verdejo
Universidad de Granada

Joan Ramón Villalbí
Agència de Salut Pública de Barcelona

CONSEJO EDITORIAL

Ana Adan Puig
Universidad de Barcelona

Emilio Ambrosio Flores
Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid

Peter Anderson
Public Health Consultant. Hellerup, Dinamarca

Mark Bellis
John Moores University. Liverpool, Reino Unido

Mats Berglund
Lund University. Malmö, Suecia

Ana Bermejo Barrera
Universidad Santiago de Compostela

Julio Bobes
Universidad de Oviedo – CIBERSAM, ISPA, Oviedo

Colin Brewer
The Stapleford 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

Gerardo Flórez Menéndez
Unidad de Conductas Adictivas, CIBERSAM, Ourense

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,
Barcelona

Consuelo Guerri
Centro de Investigación Príncipe Felipe, Valencia

Miguel Gutiérrez
Universidad del País Vasco – CIBERSAM, Alava

William B. Hansen
Tanglewood Research Inc. Greensboro, North Carolina,
Estados Unidos

Nick Heather
Norumbria University. Newcastle Upon Tyne, Reino Unido

Karol L. Kumpfer
University of Utah. Estados Unidos

Ronaldo Laranjeira
Brazilian Society of Addiction. Sao Paulo, Brasil

Francisco Javier Laso
Universidad de Salamanca

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

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

Iván Montoya
National Institute on Drug Abuse, Washington, 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

Moirá 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,
Maryland, Estados Unidos

Fernando Rodríguez de Fonseca
IMABIS. Hospital Carlos Haya, Málaga

Jesús Rodríguez Marín
Universidad Miguel Hernández de Elche

Stephen Rollnick
University of Wales. Llanedeyrn, Reino Unido

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

Luis San
Parc Sanitari Sant Joan de Déu, CIBERSAM, Barcelona

Roberto Secades
Universidad de Oviedo, Oviedo

Kaia Seppä
University of Tampere, Finlandia

Néstor Szerman
Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid

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

Miguel Ángel Torres Fernández
Ex-Presidente de Socidrogalcohol, Valencia

Mª Paz Viveros
Universidad Complutense, Madrid

COMITÉ DE EXPERTOS

Carlos Alonso
Servicio Drogodependencias Castilla La Mancha

Miquel Amengual Munar
Consell de Mallorca, Palma de Mallorca

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

Vicent Balanzá
Universitat de València – CIBERSAM, Valencia

María de las Mercedes Balcells-Oliveró
Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

Gregorio Barrio
Instituto Carlos III, Madrid

Jesús Bedate Villar
Universidad de Valencia

Hilario Blasco
Hospital Universitario Puerta de Hierro, CIBERSAM, Madrid

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

Fran Calvo
Universitat de Girona

Xavier Castells
Departamento de Ciencias Médicas. Universitat de Girona

Ainhoa Coloma-Carmona
Universidad Miguel Hernández de Elche

Ruth Cunill Clotet
Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat,
Barcelona

Sara Domínguez-Salas
Universidad Loyola Andalucía

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

Xavier Ferrer Pérez
Fundación Salud y Comunidad, Barcelona.

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

Dolores Franco
Universidad de Sevilla

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

José Antonio García del Castillo
Universidad Miguel Hernández de Elche

Marina Garriga
Hospital Clínic de Barcelona, CIBERSAM, Barcelona.

Jose Antonio Giménez Costa
Universitat de València

Lucas Giner
Universidad de Sevilla, Sevilla

Jose Manuel Goikolea
Hospital Clínic, CIBERSAM, Barcelona

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

Alba González de la Roz
Universidad de Oviedo

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

Celso Iglesias
Servicio de Salud del Principado de Asturias, CIBERSAM,
ISPA, Oviedo

Montse Juan Jerez
Irefrea, Palma de Mallorca

Miguel Angel Landabaso
Centro de Drogodependencias, Barakaldo, Vizcaya

Carla López Núñez
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

Víctor Martínez Loredó
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

Miguel Monrás
Unidad de Alcoholología. Hospital Clínic de Barcelona

Alfonso Palmer Pol
Universitat Illes Balears, Palma de Mallorca

Francisco Pascual Pastor
Conselleria de Sanitat, Valencia

Eduardo J. Pedrero Pérez
CAD 4 Ayuntamiento de Madrid

César Pereiro
Plan de Galicia sobre Drogas. A Coruña

Bartolomé Pérez Gálvez
Hospital Universitario de San Juan, Alicante

Josep-Antoni Ramos-Quiroga
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

Juan Luis Recio
Universidad Complutense, Madrid

Carlos Roncero
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

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

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

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

Antonio Terán Prieto
Centro Ambulatorio de Atención a Drogodependientes "San
Juan 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 ■ **SVFP:** 89010R ■ **DEP. LEGAL:** V-1543-1989

INDEXADA EN: SOCIAL SCIENCES CITATION INDEX (SSCI-JCR), SCIENCE CITATION INDEX EXPANDED (SCIE-JCR), EMBASE, SCOPUS, MEDLINE, PSICODOC, PSYCINFO, IBECS, ÍNDICE CSIC, LATINDEX, REDALYC, INDEX COPERNICUS, PROQUEST, DIALNET, GOOGLE SCHOLAR, WEB OF SCIENCE (WOS).

EDITORIAL

El estado actual de la publicidad de los juegos de azar en España y sus riesgos potenciales**The current state of gambling advertising in Spain and its potential risks**

JUAN F. NAVAS, JOSÉ C. PERALES..... 3

ORIGINALS / ORIGINALES

Desmontando estereotipos: Orientación sexual y riesgo para el consumo de sustancias en la adolescencia**Dismantling stereotypes: Sexual orientation and risk for substance use in adolescence**

ALICIA PÉREZ-ALBÉNIZ, BEATRIZ LUCAS-MOLINA, ADRIANA DíEZ-GÓMEZ, JULIA PÉREZ-SÁENZ, EDUARDO FONSECA-PEDRERO..... 7

Revisión sistemática sobre características y eficacia de los programas preventivos escolares en drogodependencias en España**Systematic review on the characteristics and efficacy of school preventive programs for drug addiction in Spain**

VÍCTOR JOSÉ VILLANUEVA-BLASCO, JORGE MEDINA-MARTÍNEZ, JAVIER ZARAGOZA..... 19

Retraso en el acceso al primer tratamiento para la adicción en usuarios de opiáceos**Delay among opioid users in seeking first addiction treatment**

CARLOS ORTEGA-MUELA, MARÍA RODRÍGUEZ-MINCHOLÉ, RAQUEL GARCÍA-PAGE, JOSÉ PULIDO, JESÚS HENARES-MONTIEL, MARTA DONAT, MARÍA JOSÉ BELZA, LUIS SORDO..... 41

Uso problemático de internet entre adultos: Un estudio europeo longitudinal**Problematic Internet use among adults: A longitudinal European study**

OLATZ LÓPEZ-FERNÁNDEZ, LUCÍA ROMO, AMÉLIE ROUSSEAU, BERNADETA LELONEK-KULETA, JOANNA CHWASZCZ, NIKO MÄNNIKKÖ, ANN-KATHRIN GÄSSLER, ZSOLT DEMETROVICS, SOPHIA ACHAB, DARIA J. KUSS, MARK D. GRIFFITHS..... 53

Factores asociados al abuso de videojuegos en mujeres adolescentes**Factors associated with video game abuse among adolescent women**

MÓNICA BERNALDO-DE-QUIRÓS, LUCÍA HERRERA, IVÁN SÁNCHEZ-IGLESIAS, IGNACIO FERNÁNDEZ-ARIAS, FRANCISCO ESTUPIÑÁ, MARTA LABRADOR, MARINA VALLEJO-ACHÓN, FRANCISCO J. LABRADOR..... 61

Percepción de los profesionales sanitarios sobre la buprenorfina de liberación prolongada en el trastorno por consumo de opioides. Estudio FOLIPRO**Healthcare professionals' perception of prolonged-release buprenorphine in opioid use disorder. FOLIPRO Study**

RODRIGO ORAÁ, DIEGO SUCUNZA GUIBERT, MARÍA YÉBENES CORTÉS, MIGUEL ÁNGEL CASADO GÓMEZ, JOSÉ JOAQUÍN ANTÓN BASANTA, FRANCISCO PASCUAL PASTOR, CARLOS RONCERO..... 73

CARTA AL EDITOR / LETTER TO THE EDITOR

Productos con CBD y su impacto en los análisis toxicológicos de orina: Evidencia de una serie de 6 casos**CBD products and their impact on urine toxicology analyses: Evidence from a six-case series**

HUGO LÓPEZ-PELAYO, NOEL CABRERA, ELSA CABALLERÍA, MARÍA TERESA PONS-CABRERA, JUAN MENA, DANIEL FOLCH-SÁNCHEZ, NAIRA RICO, JORDI TO-FIGUERAS, MARINA PARRA-ROBERT, MERCÈ BALCELLS-OLIVERO..... 85





BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

■ DATOS PERSONALES:

Nombre y apellidos
NIF..... Profesión
Dirección Nº Piso
Tel. Población C.P. Provincia
E-mail

■ SUSCRÍBANME A: ADICCIONES. AÑO 2025

España	4 ejemplares y suplementos	50,00 €		suscripción particular
	4 ejemplares	130,00 €		suscripción instituciones
	1 ejemplar	15,00 €		
	1 monográfico	20 €		
Extranjero	4 ejemplares y suplementos	90 €	90 \$	suscripción particular
	4 ejemplares	200 €	200 \$	suscripción instituciones
	1 ejemplar	19 €	19 \$	

Las suscripciones se entenderán por los cuatro ejemplares del año natural en que se realice la suscripción, sea cual sea el momento del año en que ésta se efectúe.

■ PAGARÉ:

- A) **Por domiciliación bancaria (rellenar para ello la orden de pago que está a continuación y enviarnos el original por correo).**
- B) Mediante cheque nº. que adjunto a nombre de «Adicciones».
- C) Transferencia bancaria a BANCO SABADELL ATLÁNTICO - Ag. Ganduxer, Vía Augusta, 246 - Barcelona
IBAN: ES81 0081 0653 7300 0116 0017
(Es importante que en la orden de transferencia conste claramente el ordenante de la transferencia para poderla identificar adecuadamente).
..... de de 20

(Firma)

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACION BANCARIA

Nombre del titular de la cuenta
Nombre del Banco o Caja de Ahorros

Número Cuenta Corriente o Libreta (ATENCIÓN: DEBE CONSTAR DE 20 DÍGITOS):

Entidad Oficina D.C. Nº

Dirección Banco o C.A.:

Calle o Pza.

Código Postal Población Provincia

Ruego a Vds. Se sirvan tomar nota de que, hasta nuevo aviso, deberán adeudarse en mi cuenta los efectos que les sean presentados para su cobro por "Adicciones, Socidrogalcohol"

..... de de 20

Atentamente (firma del titular)

EDITORIAL

El estado actual de la publicidad de los juegos de azar en España y sus riesgos potenciales

The current state of gambling advertising in Spain and its potential risks

JUAN F. NAVAS*; JOSÉ C. PERALES**.

* Dpto. de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Universidad Complutense de Madrid.

** Departamento de Psicología Experimental. Centro de investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC). Universidad de Granada.

En abril de 2024, el Tribunal Supremo anulaba parcialmente el Real Decreto de comunicaciones comerciales de los juegos de azar (RD 958/2020) que había entrado en vigor de manera completa en agosto de 2021 y que suponía una limitación importante de la publicidad de los juegos de azar en nuestro país. Las medidas incluidas en este RD buscaban la reducción y prevención de daños derivados de apostar. No obstante, regulaciones de esta clase están especialmente centradas en la protección de poblaciones vulnerables ya sea por cuestiones de edad, por haber desarrollado una adicción a esta actividad (i.e., trastorno por juego de azar) u otros problemas derivados de apostar, o por cualquier otra causa de riesgo de indoles psicológica, económica o social. Entre las medidas más relevantes de este RD están la prohibición de patrocinios deportivos y de la publicidad en prensa impresa, la restricción de la publicidad en radio y televisión a franjas horarias específicas (e.g., de madrugada en el caso de los juegos de azar que no fueran loterías o bingos) y de toda publicidad en Internet, incluyendo bonos de bienve-

nida. Solo por deseo expreso de la persona, por ejemplo, mediante la apertura de una cuenta con un operador de juego o por la aceptación explícita mediante un enlace externo, y tras un filtrado en base a la mayoría de edad, se podía acceder a publicidad de juegos de azar de forma online. La sentencia del Tribunal Supremo, si bien se centra en aspectos legales formales y no en el contenido específico, afecta fundamentalmente a este canal de publicidad. En la actualidad, por lo tanto, siendo mayor de edad, la ley permite que se pueda tener contacto con publicidad de juegos de azar en cualquier momento y lugar mediante cualquier dispositivo conectado a Internet, aunque no se desee.

Analizar el impacto de la aplicación del RD primero y de su anulación parcial después es una tarea compleja, ya que las medidas de prevención ambientales de esta naturaleza pueden funcionar a muy diversos niveles, y capturar su efecto puede requerir un tiempo prolongado (McGrane et al., 2023). De esta manera, el objetivo de esta editorial es doble. Por un lado, resumir la evidencia científica que apoya que una mayor limitación de la publicidad es beneficiosa

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Juan F. Navas. Dpto. Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas, Ctra. de Húmera, s/n, 28223 Pozuelo de Alarcón, Madrid. Email: junavas@ucm.es

tanto para el conjunto de la sociedad en general como para las personas de mayor vulnerabilidad, ya que puede contribuir a la reducción del daño derivado de apostar. Por otro lado, recordar la importancia de potenciar otras medidas de prevención, tanto a nivel comunitario como individual, durante el tiempo en el que el marco regulatorio de nuestro país no esté claramente alineado con una aproximación de prevención basada en un modelo de salud pública. Desde esta orientación, la prevención no se limita exclusivamente a reducir los daños que sufren las personas que desarrollan una adicción, sino también aquellos que pueden experimentar todas las personas que apuestan (e.g., daño financiero o emocional de leve a moderado), terceras personas indirectamente afectadas por el juego de sus allegados, y la comunidad en general (Browne et al., 2016). Este recordatorio es también importante porque, lejos del foco de los medios de comunicación cuya atención está más focalizada actualmente en los problemas derivados con diversas tecnologías como los móviles o los videojuegos, la preocupación de la sociedad y de los reguladores sobre los juegos de azar parece haberse disipado parcialmente.

Frente a una visión clásica de la adicción que enfatiza los factores individuales, es creciente el interés en la literatura científica y el apoyo a modelos del trastorno por juego de azar centrados en la interacción de factores de vulnerabilidad individual y social con las características estructurales del diseño y promoción de los juegos de azar (Goudriaan, 2020; Navas et al., 2019; Yücel et al., 2018). Estas características se refieren a elementos tanto de la publicidad como de los mecanismos intrínsecos de los juegos de azar, así como de los dispositivos, plataformas y lugares donde se apuesta, y que influyen en parámetros conductuales como la intensidad, frecuencia, densidad o cantidad de las apuestas (Parke et al., 2016). La impulsividad, problemas de regulación emocional o un contexto socioeconómico que limita las oportunidades de acceso a recursos de bienestar y crecimiento personal y profesional serían algunos ejemplos de vulnerabilidad entendida desde un modelo biopsicosocial aplicable a los problemas con el juego de azar (Sharman et al., 2019).

Entre los trabajos centrados en el análisis descriptivo de las características estructurales de los juegos de azar de mayor riesgo, destacan aquellas que hacen que el juego de azar sea una experiencia continua, rápida en términos de inmediatez del resultado, y que permita una alta frecuencia de posibilidades de apostar (Parke et al., 2016). La publicidad de los juegos de azar, especialmente cuando es *online*, pueden potenciar este tipo de experiencia de apuestas (Hing et al., 2022).

Para un análisis breve de esta cuestión se pueden tomar de ejemplo las apuestas deportivas. Además, entender este juego de azar específico es de interés para la comunidad científica en España a la luz de los datos de las últimas encuestas de prevalencia nacionales. La Dirección General

de Ordenación del Juego publicaba en 2023 que el 12,45% de las personas de entre 18 y 25 años usuarias de apuestas deportivas presentaban al menos un síntoma de adicción (DGOJ, 2023), lo que suele interpretarse como un patrón de juego de riesgo. Por su parte, en su informe de adicciones comportamentales del año 2024, el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) también muestra que hay juegos de azar, entre los que se incluyen las apuestas deportivas, (i.e., además de cartas, tragaperras y ruletas) que se asocian con una probabilidad hasta 5 veces mayor de que se desarrollen síntomas de adicción en comparación con las loterías y quinielas.

En esta línea argumental, las apuestas deportivas en vivo reúnen las características mencionadas de continuidad, inmediatez y alta frecuencia al incluir la posibilidad de apostar en tiempo real a una gran cantidad de situaciones dentro de un mismo evento deportivo (e.g., el resultado sobre un saque de tenis). A este respecto, en un análisis descriptivo de la publicidad de juegos de azar, Torrance et al. (2021) destacan la sobredimensión de información específica sobre cuotas de eventos deportivos acompañada de incentivos financieros de diversa índole. El uso de mensajes que promocionan el acceso y la facilidad de tener oportunidades de juego mediante diversos tipos de bonos, opciones de retirada a tiempo real y ofertas *flash* pueden ser especialmente perniciosas para la generación de daño derivado de apostar (Luquiens et al., 2022; Torrance et al., 2023). Además pueden afectar en mayor grado a adolescentes y jóvenes adultos (Torrance et al., 2021).

Por tanto, la publicidad de juegos de azar en general se ha asociado a incrementos en frecuencia e intensidad de las apuestas tanto en personas jugadoras noveles como experimentadas (Lopez-Gonzalez et al., 2020; ver McGrane et al., 2023 para un trabajo de meta-revisión realizado con artículos de diferentes países del mundo). Es más, cuando esta publicidad se hace por Internet hay que considerar el efecto derivado del uso de este canal. Por un lado, una alta accesibilidad, asequibilidad y el anonimato (Modelo Triple A; Cooper et al., 1999) favorecen un mayor contacto con el juego de azar *online* al igual que ocurre con otras tecnologías potencialmente problemáticas (Flayelle et al., 2023). Por otro lado, no se puede olvidar que la accesibilidad es bidireccional. No solo la persona usuaria tiene acceso a la información y oportunidades de apostar, sino que el operador tiene la posibilidad de interactuar con ella. De esta manera, la asimetría informacional entre el proveedor y la persona que apuesta permite que se distribuya publicidad a la carta (basada en su perfil e historial conductual de apuestas, los datos cedidos o los datos obtenidos de terceros) sin que además el usuario tenga necesariamente conciencia del uso estratégico de esos datos (Davies, 2022). Cuando esto sucede con personas especialmente vulnerables, se incrementa el uso del juego de azar de forma impulsiva (McGrane et al., 2023) y, con ello, el daño potencial que puede

generar en estas personas, incluyendo un mayor riesgo de desarrollo de un trastorno adictivo.

Como muestra del efecto de la publicidad en poblaciones vulnerables, López-González et al. (2020) han constatado, en una muestra de personas con trastorno por juego de azar en tratamiento, que la influencia de las dificultades de regulación emocional y de la impulsividad sobre la severidad de los problemas derivados del juego de azar está mediada por la exposición a la publicidad de juegos de azar. Es decir, estos datos apoyan la idea mencionada de que la publicidad acentúa y, por tanto, aprovecha la vulnerabilidad individual para incrementar el riesgo de incurrir en patrones problemáticos de uso del juego de azar. Resultados similares pueden hallarse también en poblaciones de jóvenes y adolescentes, que son una población de riesgo por factores de neurodesarrollo (Chambers et al., 2003), y en quienes la publicidad de juegos de azar puede tener un impacto notorio en sus actitudes hacia el juego de azar, la percepción del riesgo, e incluso en el desarrollo de formas distorsionadas de entender el funcionamiento de los juegos de azar (Deans et al., 2017; Pitt et al., 2017).

En definitiva, el cúmulo de la evidencia científica en relación con la publicidad de juegos de azar apunta a un efecto pernicioso que debería guiar una política regulatoria basada en la cautela (Miller et al., 2016). Priorizar la protección de los usuarios en general y de los usuarios más vulnerables en particular debería ser el punto de partida de una regulación basada en evidencia que reduzca el impacto negativo de esta actividad en el conjunto total de la sociedad (Kesaite et al., 2024). A falta de un marco legislativo de esta naturaleza, cabe recordar la importancia de incrementar tanto los servicios especializados de tratamiento como la realización de acciones preventivas en contextos comunitarios, ya sea en forma de campañas informativas o intervenciones grupales o individuales. En este sentido, hace falta voluntad política para destinar recursos que doten a organismos públicos y organizaciones no gubernamentales para desarrollar intervenciones de tratamiento y preventivas que cuenten también con evidencia empírica.

En relación específica con la prevención, es el contexto escolar donde más cantidad de investigación se ha realizado sobre cómo intervenir de manera eficaz (Grande-Gosende et al., 2020). Hasta dónde llega nuestro conocimiento, en nuestro país, existen al menos tres programas con evidencia para reducir los problemas con el juego de azar o modificar algunas de las variables cognitivas y afectivas que influyen en el inicio del uso de esta actividad. No por casualidad, *Ludens* (Chóliz et al., 2021); *¿Qué te juegas?* (Lloret-Irles y Cabrera-Perona, 2019) y la intervención escolar de *La Contrapartida* de Madrid Salud (Navas et al., 2023), incluyen contenidos para desvelar cómo la publicidad de los juegos de azar influye en apostar, por ejemplo, contribuyendo a que se sobreestimen las posibilidades reales de ganar. Comprender la dificultad en aprovechar económi-

camente los juegos de azar y que los usuarios/as sean conscientes de las estrategias de influencia que se utilizan para persuadirles para apostar puede ser claves para prevenir el inicio del uso de juegos de azar y posibles escaladas en términos de gravedad.

Referencias

- Browne, M., Langham, E., Rawat, V., Greer, N., Li, E., Rose, J.,... Best, T. (2016). *Assessing gambling-related harm in Victoria: A public health perspective*. Victorian Responsible Gambling Foundation.
- Chambers, R. A., Taylor, J. R. y Potenza, M. N. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1041-1052. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1041>
- Chóliz, M., Marcos, M. y Bueno, F. (2021). Ludens: A Gambling Addiction Prevention Program Based on the Principles of Ethical Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 38, 993-1008. <https://doi.org/10.1007/s10899-021-10066-7>
- Cooper, A., Scherer, C. R., Boies, S. C. y Gordon, B. L. (1999). Sexuality on the Internet: From sexual exploration to pathological expression. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(2), 154. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.30.2.154>
- Davies, R. (2022). *Jackpot: How gambling conquered Britain*. Faber & Faber.
- Deans, E. G., Thomas, S. L., Derevensky, J. y Daube, M. (2017). The influence of marketing on the sports betting attitudes and consumption behaviours of young men: Implications for harm reduction and prevention strategies. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0131-8>
- Dirección General de Ordenación del Juego. (2023). *Encuesta de Prevalencia de juego 2022-23*. Ministerio de Consumo.
- Flayelle, M., Brevers, D., King, D. L., Maurage, P., Perales, J. C. y Billieux, J. (2023). A taxonomy of technology design features that promote potentially addictive online behaviours. *Nature Reviews Psychology*, 2(3), 136-150. <https://doi.org/10.1038/s44159-023-00153-4>
- Goudriaan, A. E. (2020). Integrating neurocognition from bench to bedside in gambling disorder: From neurocognitive to translational studies. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 31, 83-88. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2019.12.012>
- Grande-Gosende, A., Lopez-Nunez, C., Garcia-Fernandez, G., Derevensky, J. y Fernandez-Hermida, J. R. (2020). Systematic review of preventive programs for reducing problem gambling behaviors among young adults. *Journal of Gambling Studies*, 36(1), 1-22. <https://doi.org/10.1007/s10899-019-09866-9>

- Hing, N., Smith, M., Rockloff, M., Thorne, H., Russell, A. M., Dowling, N. A. y Breen, H. (2022). How structural changes in online gambling are shaping the contemporary experiences and behaviours of online gamblers: An interview study. *BMC Public Health*, 22(1), 1620. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14019-6>
- Kesaite, V., Wardle, H. y Rossow, I. (2024). Gambling consumption and harm: A systematic review of the evidence. *Addiction Research & Theory*, 32(3), 194-203. <https://doi.org/10.1080/16066359.2023.2238608>
- Lloret-Irles, D. y Cabrera-Perona, V. (2019). Prevención del juego de apuestas en adolescentes ensayo piloto de la eficacia de un programa escolar. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(2), 55-61. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.2.1>
- Lopez-Gonzalez, H., Griffiths, M. D. y Estévez, A. (2020). In-play betting, sport broadcasts, and gambling severity: A survey study of Spanish sports bettors on the risks of betting on sport while watching it. *Communication & Sport*, 8(1), 50-71. <https://doi.org/10.1177/2167479518816338>
- Luquiens, A., Guillou, M., Giustiniani, J., Barrault, S., Caillon, J., Delmas, H.,... Grall-Bronnec, M. (2022). Pictograms to aid laypeople in identifying the addictiveness of gambling products (PictoGRRed study). *Scientific Reports*, 12(1), 22510. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-26963-9>
- McGrane, E., Wardle, H., Clowes, M., Blank, L., Pryce, R., Field, M., Sharpe, C. y Goyder, E. (2023). What is the evidence that advertising policies could have an impact on gambling-related harms? A systematic umbrella review of the literature. *Public Health*, 215, 124-130. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.11.019>
- Miller, H. E., Thomas, S. L., Smith, K. M. y Robinson, P. (2016) Surveillance, responsibility and control: an analysis of government and industry discourses about “problem” and “responsible” gambling. *Addiction Research & Theory*, 24, 163-176. <https://doi.org/10.3109/16066359.2015.1094060>
- Navas, J. F., Billieux, J., Verdejo-García, A. y Perales, J. C. (2019). A neurocognitive approach to core components of gambling disorder: Implications for assessment, treatment and policy. In H. Bowden-Jones, C. Dickson, C. Dunand, y O. Simon (Eds.), *Harm Reduction for Problem Gambling: A Public Health Approach*. Routledge. <http://hdl.handle.net/10481/53073>
- Navas, J. F., Martín-Perez, C., Vadillo, M. y Perales, J. C. (2023). *Prevención del trastorno por juego de azar con jóvenes y adolescentes en entorno escolar: El programa de “La Contrapartida”*. Servicio de Prevención de Adicciones de Madrid Salud.
- Parke, J., Parke, A. y Blaszczynski, A. (2016). *Key issues in product-based harm minimization: Examining theory, evidence and policy issues relevant in Great Britain*. The responsible Gambling Trust. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.30894.10560>
- Pitt, H., Thomas, S. L., Bestman, A., Daube, M. y Derevensky, J. (2017). Factors that influence children’s gambling attitudes and consumption intentions: Lessons for gambling harm prevention research, policies and advocacy strategies. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0136-3>
- Plan Nacional sobre Drogas. (2024). *Informe sobre adicciones comportamentales y otros trastornos adictivos, 2024*. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad.
- 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.addbeh.2019.106071>
- Torrance, J., John, B., Greville, J., O’Hanrahan, M., Davies, N. y Roderique-Davies, G. (2021). Emergent gambling advertising: A rapid review of marketing content, delivery and structural features. *BMC Public Health*, 21, 718. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10805-w>
- Torrance, J., Roderique-Davies, G., Thomas, S. L., Davies, N. y John, B. (2021). ‘It’s basically everywhere’: Young adults’ perceptions of gambling advertising in the UK. *Health Promotion International*, 36(4), 976-988. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa126>
- Torrance, J., O’Hanrahan, M., Carroll, J. y Newall, P. (2023). The structural characteristics of online sports betting: A scoping review of current product features and utility patents as indicators of potential future developments. *Addiction Research & Theory*, 32(3), 204–218. <https://doi.org/10.1080/16066359.2023.2241350>
- Yücel, M., Carter, A., Harrigan, K., van Holst, R. J. y Livingstone, C. (2018). Hooked on gambling: A problem of human or machine design? *The Lancet Psychiatry*, 5(1), 20-21. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30467-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30467-4)

ORIGINAL

Desmontando estereotipos: Orientación sexual y riesgo para el consumo de sustancias en la adolescencia

Dismantling stereotypes: Sexual orientation and risk for substance use in adolescence

ALICIA PÉREZ-ALBÉNIZ*,**; BEATRIZ LUCAS-MOLINA**,***; ADRIANA DÍEZ-GÓMEZ*,**; JULIA PÉREZ-SÁENZ*,**;
EDUARDO FONSECA-PEDRERO*,**.

* Universidad de La Rioja, España.

** Programa Riojano de Investigación en Salud Mental (PRISMA), España.

*** Universitat de València, España.

Resumen

El uso y abuso de sustancias es un importante problema de salud pública. La investigación generalmente ha mostrado que los grupos de personas de minorías sexuales como lesbianas, gais, bisexuales, transexuales y otros (LGBT+) se ubican entre los grupos vulnerables de mayor riesgo de consumo. Sin embargo, la investigación en el contexto español es muy escasa y no ha analizado esta cuestión. Esta investigación, por lo tanto, pretendió analizar el consumo de sustancias en jóvenes según su orientación sexual a través de dos estudios utilizando muestras representativas de adolescentes. Los análisis revelaron únicamente algunas diferencias en el consumo de sustancias por parte de los grupos de minorías sexuales. Los y las adolescentes bisexuales presentaron una frecuencia mayor de consumo en algunos indicadores de tabaco, cannabis y alcohol y las lesbianas mostraron una mayor frecuencia de consumo intensivo de alcohol, pero no otros indicadores de consumo diferencial. Por su parte, los adolescentes *questioning* presentaron las tasas de consumo más bajas en comparación con los otros grupos en muchos indicadores. Los resultados de ambos estudios podrían indicar, al menos con estas muestras y con estos indicadores, que no existe un uso generalizado y más frecuente de sustancias por parte de personas de minorías sexuales, lo que podría sugerir la existencia de un estereotipo y no tanto responder a un hecho.

Palabras clave: minorías sexuales, uso de sustancias, adolescencia, drogas

Abstract

Substance use and abuse is a major public health problem. Research has generally shown that sexual minority groups such as lesbian, gay, bisexual, transgender and other (LGBT+) people are among the most at-risk vulnerable groups for substance use. However, research in the Spanish context is very scarce and has not analyzed these issues. This research, therefore, aimed to analyze substance use in young people according to their sexual orientation through two studies using representative samples of adolescents. The analyses revealed only some differences in substance use by sexual minority groups. Bisexual adolescents showed a higher frequency of use in some indicators of tobacco, cannabis and alcohol, and lesbians showed a higher frequency of heavy alcohol use but no other indicators of differential use. Questioning adolescents, on the other hand, had the lowest rates of use compared to the other groups on many indicators. Results derived from both studies could indicate, at least with these samples and indicators, that there is no generalized and more frequent use of substances by people of sexual minority groups, which could suggest the existence of a stereotype rather than a fact.

Keywords: sexual minorities, substance use, adolescence, drugs

■ Recibido: Junio 2023; Aceptado: Agosto 2023.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Beatriz Lucas Molina. Departamento Psicología Evolutiva y de la Educación. Avda. Blasco Ibáñez, 13, 46010, Valencia. Tfno.: 963 983 928.
E-mail: beatriz.lucas@uv.es

Las minorías sexuales, que incluyen a personas pertenecientes a minorías por orientación sexual e identidad de género (LGBT+), a menudo enfrentan desafíos adicionales en comparación con la población general, lo que puede contribuir a la aparición de problemas de salud mental. Esto es, su pertenencia a estos grupos no es lo que explica las diferencias en salud mental, sino afrontar situaciones de estigma social, discriminación, rechazo familiar y comunitario, violencia, acoso y falta de aceptación y apoyo, lo que puede generar estrés crónico y aumentar la vulnerabilidad de las personas LGBT+ para presentar problemas de salud mental (Meyer, 2003; Meyer et al., 2021).

De hecho, la investigación ha evidenciado que existe una asociación entre la pertenencia a minorías sexuales y un mayor riesgo de experimentar problemas de salud mental, entre los que cabe destacar la depresión, la ansiedad, el trastorno de estrés postraumático, la conducta suicida o la presencia de trastornos relacionados con el consumo de sustancias (p.ej., Pitman et al., 2022; Saha et al., 2023; Spittlehouse et al., 2020).

Con relación al consumo de sustancias, la investigación ha mostrado un mayor consumo en población de minorías sexuales (Goldbach et al., 2014; Marshal et al., 2008; Wallace y Santacruz, 2017). En concreto, estudios previos han hallado un mayor consumo de alcohol, un inicio de consumo más temprano (Fish et al., 2017; Talley et al., 2014), mayor consumo de tabaco y cannabis (Corliss et al., 2010; London-Nadeau et al., 2021; Watson et al., 2018), y abuso de opioides y tranquilizantes con receta (Kecojevic et al., 2012) por parte de jóvenes de minorías sexuales.

Sin embargo, existe una gran heterogeneidad dentro de estos grupos que no siempre ha sido tenida en cuenta en la investigación. La literatura previa no ha analizado de manera sistemática posibles diferencias entre grupos de orientación sexual, por ejemplo, potenciales diferencias entre grupos de bisexuales o de gays y lesbianas, o diferencias en función del género. En este sentido, cuando se han analizado estas cuestiones, el grupo bisexual y las chicas han mostrado un mayor riesgo de consumo (Plöderl y Tremblay, 2015; Talley et al., 2014; Watson et al., 2020). Además, es limitado el número de estudios que ha considerado a los individuos *questioning* (p. ej., Birkett et al., 2009).

Adicionalmente, la investigación científica internacional sobre la salud LGB es limitada y muy poca se ha llevado a cabo con jóvenes fuera de los Estados Unidos o Canadá, lo que plantea dudas sobre la generalizabilidad de los resultados. Concretamente, hasta donde alcanza nuestro conocimiento, no se han realizado estudios en España con muestras representativas de adolescentes. De hecho, la encuesta ESTUDES (Plan Nacional sobre Drogas, 2022) sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España, no considera la evaluación de la pertenencia a minorías sexuales de los encuestados y, por tanto, no aporta resultados sobre

la diversidad sexual y de género como potencial factor de riesgo para la adolescencia española.

En este contexto de investigación, se plantea la realización de dos estudios con el objetivo principal de analizar el consumo de sustancias en jóvenes según su orientación sexual.

Estudio 1

En el Estudio 1 se pretendió analizar posibles diferencias en la edad de inicio de consumo de diversas sustancias en función de la orientación sexual y el género. Asimismo, se estudió la prevalencia vital en el consumo de tabaco, alcohol, tranquilizantes y cannabis en función de la orientación sexual y la frecuencia actual de consumo de diferentes sustancias en el último mes y en el último año según la orientación sexual y el género.

Método

Muestra

La muestra fue seleccionada mediante un muestreo aleatorio estratificado por conglomerados de la población de estudiantes entre 14 y 18 años (15 000 estudiantes aproximadamente) de La Rioja. Un total de 1 972 jóvenes pertenecientes a 30 centros educativos de un total de 98 aulas participaron en la recogida de datos. La muestra pertenecía a escuelas públicas (45,2%), y a escuelas concertadas (54,8%) de Educación Secundaria y Formación Profesional, así como a distintos niveles socioeconómicos. Las variables utilizadas para estratificar fueron la zona geográfica y el nivel educativo. Aquellos participantes con más de dos puntos ($n = 146$) en la Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta-Revisada (Fonseca-Pedrero et al., 2019) o con una edad superior a 18 años ($n = 36$) fueron retirados de la muestra que finalmente estuvo compuesta por 1790 estudiantes. Del total, 816 eran chicos (45,6%), 961 eran chicas (53,7%) y 13 eran intersexuales y transexuales (0,7%). La media de edad fue de 15,70 años ($SD = 1,26$). La distribución por orientación sexual (atracción) fue: heterosexual ($n = 1518$), lesbiana/gay ($n = 18$), bisexual ($n = 197$), y *questioning* o inseguro/a ($n = 44$).

Dado que el grupo de heterosexuales era muy numeroso y era necesario establecer un grupo de comparación equivalente, se seleccionó aleatoriamente del mismo un grupo ($n = 150$), lo que supuso trabajar finalmente con una selección de 309 participantes.

Instrumentos

Escala de orientación sexual

Para examinar la orientación sexual se utilizó la Escala de Kinsey (Kinsey et al., 1948). Esta escala introduce distintas categorías de orientación sexual, designando un continuo sexual que va desde la atracción exclusiva por personas del

sexo opuesto hasta la atracción exclusiva por personas del mismo sexo, con grados intermedios de no exclusividad que fueron utilizados para la definición del grupo de participantes bisexuales. Asimismo, la escala incluía una categoría de “no lo tengo claro” que fue utilizada para conformar el grupo de participantes *questioning*.

Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta-Revisada (INF-OV-R) (Fonseca-Pedrero et al., 2019)

La escala se administró a los participantes para detectar a quienes respondieron de manera aleatoria, pseudoaleatoria o deshonesto. El instrumento INF-OV-R es un autoinforme compuesto por 10 ítems con un formato de respuesta dicotómico (*sí/no*). Los estudiantes con dos o más respuestas incorrectas en la escala INF-OV-R fueron eliminados de la muestra.

Indicadores de consumo de sustancias

Se utilizaron preguntas de la encuesta ESTUDES (Plan Nacional sobre Drogas, 2019, 2022), que analiza el consumo de drogas de los jóvenes en España. Las preguntas seleccionadas para su inclusión en el estudio fueron: a) edad de inicio en el consumo de tabaco, alcohol, tranquilizantes y cannabis, b) frecuencia de consumo en el último mes, c) frecuencia de consumo en el último año de alcohol y cannabis, así como frecuencia con la que se ha emborrachado o ha consumido “botellón” en el último año.

Procedimiento

La investigación fue llevada a cabo en el invierno de 2019 y forma parte de un proyecto más amplio sobre bienestar emocional en la adolescencia. Fue aprobada por la Dirección General de Educación del Gobierno de La Rioja y el Comité Ético de Investigación Clínica de La Rioja (CEI-CLAR). Se realizó una visita a los directores de los centros seleccionados al azar, explicando el proyecto de investigación. Se estandarizó el proceso de administración de instrumentos mediante un protocolo para todos los investigadores. Los cuestionarios fueron administrados, en una sesión de 50 minutos, por ordenador y de manera colectiva durante el horario escolar en un aula especialmente preparada para tal fin. Se solicitó el consentimiento informado de las familias o tutores legales para los participantes menores de 18 años y se garantizó la confidencialidad y el carácter voluntario del estudio. Los estudiantes no recibieron ningún incentivo por su participación en el estudio.

Análisis de datos

En primer lugar, para el análisis de posibles diferencias en la edad de inicio en el consumo de las diferentes sustancias se calcularon los estadísticos descriptivos. Se analizaron los efectos de la orientación sexual y el género sobre la edad de inicio de consumo en las diferentes sustancias mediante diversos análisis de la varianza (ANOVAs) ya que la alta

frecuencia de valores perdidos (indicativo de no consumo) no permitía realizar un Análisis Multivariado de la Varianza (MANOVA) ni adecuar recodificarlos sin afectar a los resultados. Como índice del tamaño del efecto se empleó el estadístico eta cuadrado parcial (η^2 *parcial*: pequeño = ,01; mediano = ,06; grande = ,14).

En segundo lugar, para obtener la prevalencia vital de estas sustancias se recodificó la variable de edad de inicio. Se codificó como positivo a los y las participantes que habían afirmado haber consumido cada sustancia y como negativo los que habían afirmado que nunca habían fumado, por ejemplo. De esta manera se pudieron realizar análisis sobre las posibles diferencias de consumo vital en función de la orientación sexual de los participantes mediante el estadístico chi-cuadrado. Como medida de tamaño del efecto se utilizó la *V* de Cramér que oscila de 0 a 1 para indicar la fuerza de la asociación.

En tercer lugar, para los análisis de la frecuencia con la que los y las participantes consumían las diferentes sustancias, se calcularon los estadísticos descriptivos en función de los subgrupos de orientación sexual y de género. Por otro lado, se llevó a cabo un MANOVA con la orientación sexual y el género como factores independientes y las frecuencias de consumo como variables dependientes. Se utilizó el valor Lambda de Wilks (λ de Wilks) para observar si existían efectos principales significativos e interacciones entre las variables de orientación sexual y género. Como índice del tamaño del efecto se empleó el estadístico eta cuadrado parcial. A continuación, se condujeron ANOVAs para analizar los efectos individuales sobre las diferentes sustancias.

Todos los análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico IBM SPSS (versión 28).

Resultados

Edad de inicio en el consumo de sustancias

La Tabla 1 presenta los estadísticos descriptivos (medias y desviaciones típicas) para todas las variables del estudio según la orientación sexual y el género. Las edades medias de inicio para las diferentes sustancias (tabaco, alcohol, tranquilizantes y cannabis) se encuentran en torno a la edad de 14 años.

Los resultados de los ANOVAs indicaron que la edad de inicio no difería en función de la orientación sexual de los y las participantes ni para el tabaco [$F(3, 130) = ,67, p > ,05$; *partial* $\eta^2 = ,015$], ni para el alcohol [$F(3, 269) = ,13, p > ,05$; *partial* $\eta^2 = ,001$], ni para los tranquilizantes [$F(3, 60) = 1,23, p > ,05$; *partial* $\eta^2 = ,058$] ni para el cannabis [$F(3, 88) = 1,30, p > ,05$; *partial* $\eta^2 = ,043$]. No se observaron tampoco ($p > ,05$) ni un efecto principal significativo del género ni una interacción significativa entre la orientación sexual y el género.

Tabla 1*Medias (desviación típica) para la edad de inicio en el consumo de sustancias en función de la orientación sexual y el género*

	HE			LG			BI			Q		
	T	F	M	T	F	M	T	F	M	T	F	M
Tabaco	14,22 (1,54)	14,03 (1,56)	14,57 (1,50)	14,25 (,88)	14,50 (,57)	14,00 (1,15)	13,76 (1,67)	13,73 (1,67)	14,14 (1,86)	14,12 (1,24)	14,42 (,97)	12,00 -
Alcohol	13,95 (1,24)	13,93 (1,17)	14,00 (1,35)	14,14 (1,02)	14,42 (1,13)	13,85 (,89)	13,93 (1,26)	13,94 (1,25)	13,90 (1,37)	14,11 (1,49)	14,25 (,75)	13,80 (2,68)
Tranquilizantes	14,09 (1,84)	14,28 (1,68)	13,71 (2,21)	15,75 (,95)	15,75 (,95)	- -	14,05 (1,89)	13,97 (1,91)	15,00 (1,73)	13,60 (1,14)	13,66 (1,52)	13,50 (,70)
Cannabis	14,60 (1,79)	14,62 (1,66)	14,58 (2,02)	14,25 (,95)	15,00 (,00)	13,50 (,70)	14,91 (1,41)	14,90 (1,30)	15,00 (2,23)	13,75 (2,06)	14,33 (2,08)	12,00 -

Nota. T = total; F = femenino; M = masculino. HE= heterosexuales; LG = lesbianas/Gais; BI = bisexuales; Q = *questioning*. El número de participantes no se indica en la tabla dado que varían para cada sustancia.

Prevalencia vital de consumo de sustancias

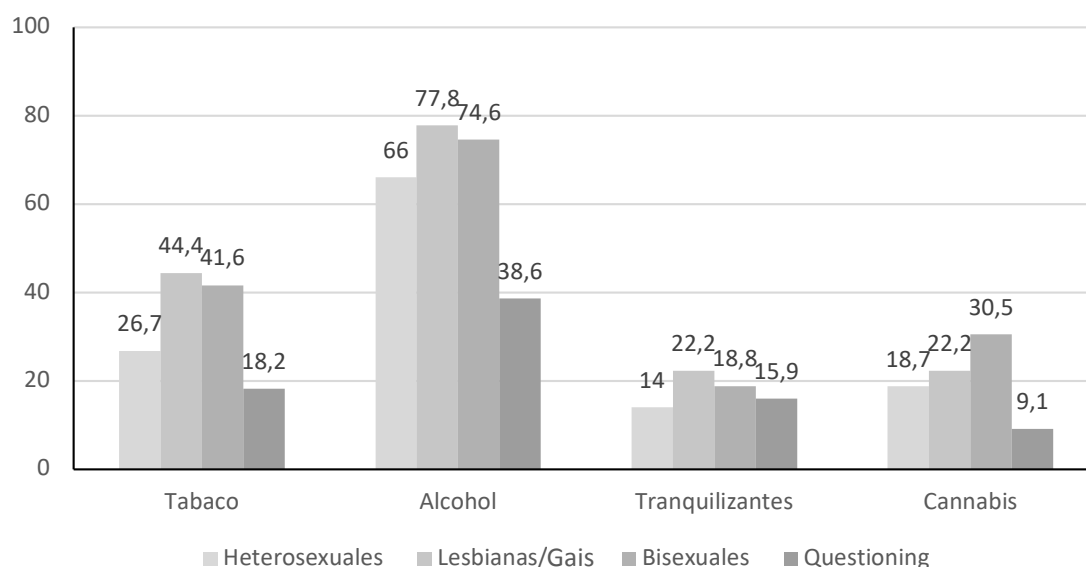
En segundo lugar, se analizaron posibles diferencias en la prevalencia vital (ver Figura 1) para el consumo de tabaco, alcohol, tranquilizantes y cannabis. Los resultados indicaron diferencias estadísticamente significativas en el consumo vital en función de la orientación sexual de los participantes para el tabaco [$\chi^2(3, 409) = 14,52, p < ,01; V = ,18$], el alcohol [$\chi^2(3, 409) = 22,35, p < ,01; V = ,23$], y el cannabis [$\chi^2(3, 407) = 12,36, p < ,01; V = ,17$], pero no para los tranquilizantes [$\chi^2(3, 409) = 1,79, p > ,05; V = ,06$], aunque los tamaños del efecto fueron muy bajos.

Para el consumo de tabaco, los contrastes *post-hoc* de Bonferroni indicaron que una proporción mayor de par-

ticipantes del grupo de orientación bisexual había consumido tabaco respecto al resto de grupos, salvo del grupo conformado por lesbianas y gais, que a su vez presentaba un consumo similar a heterosexuales y *questioning*. Para el consumo de alcohol, los participantes del grupo *questioning* diferían significativamente del resto de los grupos, siendo los que menos consumían. Finalmente, para el consumo de cannabis, el grupo de participantes bisexuales presentaba una prevalencia vital más alta que *questioning* y heterosexuales, aunque no diferían del grupo conformado por lesbianas y gais, que a su vez presentaba un consumo similar a heterosexuales y *questioning*.

Figura 1

Prevalencia vital (%) en el consumo de tabaco, alcohol, tranquilizantes y cannabis en función de la orientación sexual de los y las participantes



Frecuencia de consumo de sustancias en el último mes y en el último año

Se calcularon los estadísticos descriptivos (medias y desviaciones típicas) de los indicadores de frecuencia de consumo en el último mes y en el último año en función de la orientación sexual y el género (ver Tabla 2).

Adicionalmente, para conocer la posible existencia de diferencias estadísticamente significativas, se llevó a cabo un MANOVA con las frecuencias de consumo como variables dependientes y la orientación sexual y el género de los participantes como factores fijos.

El MANOVA no reveló efectos principales significativos ni para la variable orientación sexual [$Wilk's \lambda = ,92$, $F_{(27, 1139)} = 1,13$; $p > ,05$; $partial \eta^2 = ,026$], ni para la variable género [$Wilk's \lambda = 0,97$, $F_{(9, 390)} = 1,03$; $p > ,05$; $partial \eta^2 = ,023$] ni para la interacción entre ambas [$Wilk's \lambda = 0,91$, $F_{(27, 1139)} = 1,23$; $p > ,05$; $partial \eta^2 = ,028$].

A pesar de que el MANOVA no fue significativo, los ANOVAs individuales indicaron efectos principales en función de la orientación sexual para la frecuencia de consumo de alcohol en el último mes y en el último año $F(3, 398) = 3,16$, $p < ,05$; $partial \eta^2 = ,023$ y $F(3, 398) = 4,72$, $p < ,05$; $partial \eta^2 = ,034$, respectivamente y un efecto interactivo significativo entre la orientación sexual y el género para la frecuencia de borrachera tanto en el último mes como en el último año $F(3, 398) = 3,42$, $p < ,05$; $partial \eta^2 = ,025$ y $F(3, 398) = 3,45$, $p < ,05$; $partial \eta^2 = ,025$, respectivamente.

Los análisis *post-hoc* de Bonferroni revelaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas en función de la orientación sexual para el consumo de alcohol tanto en los últimos 30 días como para el último año. Los y las participantes *questioning* afirmaron consumir alcohol con una frecuencia significativamente más baja que el resto de los grupos. En cualquier caso, en contra de lo esperado, los resultados no mostraron diferencias basadas en la pertenencia a minorías sexuales.

Asimismo, los análisis *post-hoc* de Bonferroni revelaron la existencia de una interacción entre orientación sexual y género para la frecuencia de borrachera tanto en el último mes como en el último año. Las chicas lesbianas mostraban una frecuencia significativamente más alta que el resto de los grupos en el consumo de alcohol hasta llegar a emborracharse.

Estudio 2

En el Estudio 2 se pretendió confirmar los resultados hallados en el Estudio 1, aumentando la muestra e introduciendo los tranquilizantes sin receta en el análisis. Para este objetivo, se analizaron posibles diferencias en la prevalencia vital en el consumo de tabaco, alcohol, cannabis y tranquilizantes y la frecuencia en el último año de consumo de estas diferentes sustancias según la orientación sexual y el género.

Tabla 2

Media (desviación típica) para la frecuencia de consumo (último mes y último año) en función de la orientación sexual y el género

	HE			LG			BI			Q		
	T n=150	F n=88	M n=62	T n=18	F n=8	M n=10	T n=196	F n=161	M n=35	T n=42	F n=32	M n=10
Frecuencia último mes												
Tabaco	,40 (,92)	,48 (,99)	,29 (,81)	,44 (1,04)	,63 (1,18)	,30 (,94)	,69 (1,13)	,80 (1,18)	,20 (,63)	,21 (,64)	,22 (,65)	,20 (,63)
Alcohol	1,35 (1,63)	1,23 (1,52)	1,53 (1,79)	2,11 (2,05)	2,88 (1,95)	1,50 (2,01)	1,59 (1,85)	1,68 (1,89)	1,17 (1,58)	,52 (1,13)	,41 (1,07)	,90 (1,28)
Borrachera	,54 (1,19)	,47 (,89)	,65 (1,52)	,94 (1,47)	1,88 (1,80)	,20 (,42)	,65 (1,21)	,69 (1,22)	,49 (1,19)	,45 (1,08)	,41 (1,13)	,60 (,96)
Cannabis	,44 (1,41)	,33 (1,15)	,60 (1,72)	,06 (,23)	,13 (,35)	,00 (,00)	,61 (1,75)	,69 (1,82)	,26 (1,35)	,12 (,39)	,13 (,42)	,10 (,31)
Frecuencia último año												
Alcohol	3,78 (2,95)	3,74 (2,78)	3,84 (3,21)	5,22 (2,92)	5,75 (2,86)	4,80 (3,04)	4,27 (2,89)	4,41 (2,83)	3,60 (3,07)	1,93 (2,68)	1,66 (2,37)	2,80 (3,49)
Borrachera	1,53 (2,29)	1,65 (2,21)	1,37 (2,41)	2,89 (2,90)	4,38 (3,20)	1,70 (2,11)	2,20 (2,61)	2,43 (2,62)	1,14 (2,29)	1,00 (2,01)	,72 (1,61)	1,90 (2,85)
Botellón	1,01 (1,33)	1,06 (1,28)	,94 (1,42)	1,44 (1,24)	2,13 (1,24)	,90 (,99)	1,15 (1,39)	1,24 (1,39)	,71 (1,29)	,48 (,94)	,38 (,83)	,80 (1,22)
Cannabis	,96 (2,25)	,85 (1,99)	1,11 (2,60)	,89 (1,81)	1,13 (2,10)	,70 (1,63)	1,37 (2,46)	1,53 (2,57)	,63 (1,75)	,38 (1,37)	,34 (1,33)	,50 (1,58)

Nota. T = total; F = femenino; M = masculino. HE= heterosexual; LG = lesbianas/Gais; BI = bisexuales; Q = *questioning*.

Método

Muestra

Dentro del Estudio PSICE La Rioja (Fonseca-Pedrero et al., 2023), la muestra fue seleccionada mediante un muestreo aleatorio estratificado por conglomerados de la población de estudiantes entre 12 y 18 años (15 000 estudiantes aproximadamente) de La Rioja. Un total de 2 640 jóvenes pertenecientes a 32 centros educativos, de un total de 163 aulas participaron en el estudio. La muestra pertenecía a escuelas públicas (45%), y a escuelas concertadas (55%) de Educación Secundaria y Formación Profesional, así como a distintos niveles socioeconómicos. Las variables utilizadas para estratificar fueron la zona geográfica y el nivel educativo.

Aquellos participantes con más de dos puntos ($n = 175$) en la Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta-Revisada (Fonseca-Pedrero et al., 2019) o con una edad superior a 18 años ($n = 247$) fueron retirados de la muestra que finalmente estuvo compuesta por 2235 estudiantes.

Del total, 1045 eran chicos (46,8%), 1183 eran chicas (52,9%) y 7 eran intersexuales (0,3%). La media de edad fue de 14,49 años ($DT = 1,76$). La distribución por orientación sexual (atracción) fue: heterosexual ($n = 1749$; 78,3%), lesbiana/gay ($n = 37$; 1,7%), bisexual ($n = 326$; 14,6%), *questioning* o inseguro/a ($n = 66$; 3%) y otros ($n = 57$; 2,6%).

Al igual que en el Estudio 1, dado que el grupo de heterosexuales era muy numeroso y era necesario establecer un grupo de comparación equivalente, se seleccionó aleatoriamente una muestra del mismo ($n = 323$), lo que supuso trabajar finalmente con 752 participantes.

Instrumentos

Escala de orientación sexual (ver Estudio 1).

Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta-Revisada (ver Estudio 1).

Indicadores de consumo de sustancias

Se utilizaron dos indicadores: a) prevalencia vital de consumo de tabaco, alcohol, cannabis y tranquilizantes sin receta y b) frecuencia de consumo en el último año de estas mismas sustancias. Al igual que en el Estudio 1, se extrajeron los indicadores de la encuesta ESTUDES (Plan Nacional sobre Drogas, 2019, 2022).

Procedimiento

La investigación fue llevada a cabo en el invierno de 2022 y forma parte del estudio PSICE en La Rioja. Fue aprobada por la Dirección General de Educación del Gobierno de La Rioja, por el Comité Ético de Investigación Clínica de La Rioja (CEImLAR), y por el Comité Ético de Investigación de la Universidad de La Rioja. El procedimiento fue similar al llevado a cabo en el Estudio 1 en cuanto a méto-

do para la administración de cuestionarios, utilización de consentimientos y confidencialidad y voluntariedad.

Análisis de datos

En primer lugar, para analizar la prevalencia vital de las diferentes sustancias en función de la orientación sexual de los participantes se utilizó el estadístico chi-cuadrado.

En segundo lugar, para los análisis de la frecuencia con la que los y las participantes consumían las diferentes sustancias, se calcularon los estadísticos descriptivos en función de los subgrupos de orientación sexual y de género. Por otro lado, se llevó a cabo un MANOVA con la orientación sexual y el género como factores independientes y las frecuencias de consumo como variables dependientes. Se utilizó el valor Lambda de Wilks (λ de Wilks) para observar si existían efectos principales significativos e interacciones entre las variables de orientación sexual y de género. Como índice del tamaño del efecto se empleó el estadístico eta cuadrado parcial. A continuación, se condujeron ANOVAs para analizar los efectos individuales sobre las diferentes sustancias.

Todos los análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico IBM SPSS (versión 28).

Resultados

Prevalencia vital de consumo de sustancias

Se analizaron posibles diferencias en la prevalencia vital (ver Figura 2) para el consumo de tabaco, alcohol, tranquilizantes y cannabis. Los resultados indicaron diferencias estadísticamente significativas en el consumo vital en función de la orientación sexual de los participantes para el tabaco [$\chi^2(3, 754) = 17,50, p < ,01; V = ,15$], el alcohol [$\chi^2(3, 754) = 22,22, p < ,01; V = ,17$], y el cannabis [$\chi^2(3, 754) = 10,56, p < ,01; V = ,11$], pero no para los tranquilizantes [$\chi^2(3, 754) = 4,83, p > ,05; V = ,08$].

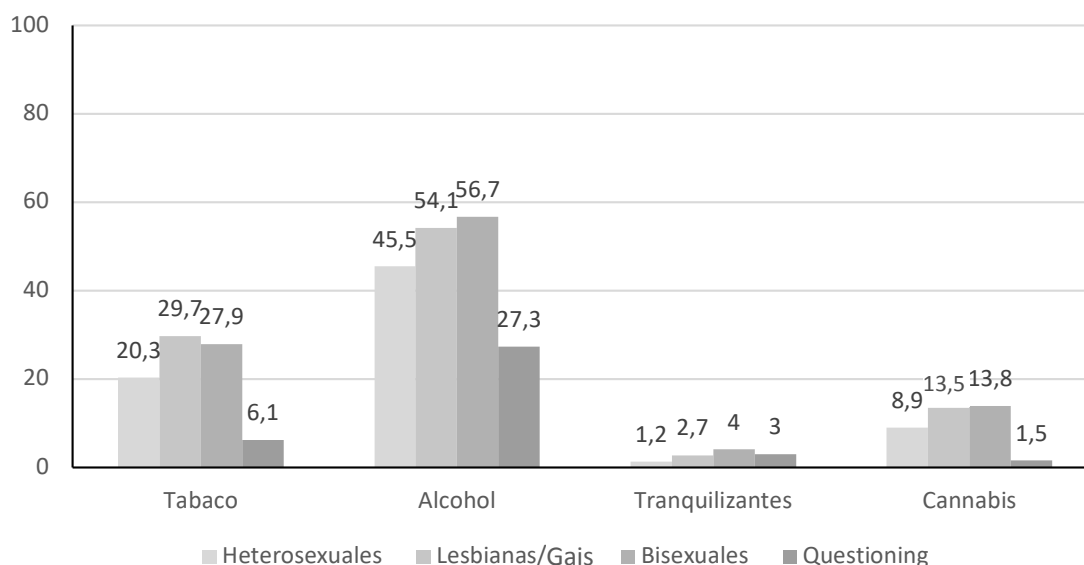
Para el consumo de tabaco, los contrastes *post-hoc* de Bonferroni indicaron que los participantes del grupo *questioning* presentaban un consumo proporcionalmente más bajo que el resto de los grupos. Para el consumo de alcohol, los participantes del grupo de bisexuales presentaban un consumo significativamente más alto que el grupo de heterosexuales, que a su vez presentaba un consumo significativamente más alto que los *questioning*. Finalmente, para el consumo de cannabis, el grupo *questioning* difería significativamente del resto de los grupos presentando el nivel de consumo más bajo de todos los grupos. Es importante resaltar que los tamaños del efecto fueron muy bajos.

Frecuencia de consumo de sustancias en el último año

Se calcularon los estadísticos descriptivos (medias y desviaciones típicas) de los indicadores de frecuencia de consumo en el último año en función de la orientación sexual y el género (ver Tabla 3).

Figura 2

Prevalencia vital (%) en el consumo de tabaco, alcohol, tranquilizantes y cannabis en función de la orientación sexual de los y las participantes

**Tabla 3**

Media (desviación típica) para la frecuencia de consumo en el último año en función de la orientación sexual y el género

	HE			LG			BI			Q		
	T n=323	F n=173	M n=150	T n=37	F n=22	M n=15	T n=326	F n=282	M n=44	T n=66	F n=52	M n=14
Tabaco	,39 (,94)	,51 (1,14)	,29 (,71)	,65 (1,23)	,77 (1,47)	,47 (,74)	,67 (1,29)	,69 (1,33)	,52 (1,02)	,15 (,70)	,19 (,79)	,00 (,00)
Alcohol	,82 (1,05)	,91 (1,07)	,75 (1,04)	,97 (1,09)	1,09 (1,19)	,80 (,94)	,97 (1,05)	1,00 (1,07)	,82 (,89)	,45 (0,86)	,52 (,91)	,21 (,57)
Tranquilizantes	,03 (,30)	,06 (,43)	,01 (,07)	,05 (,32)	,09 (,42)	,00 (,00)	,07 (,40)	,07 (,41)	,05 (,30)	,03 (,17)	,04 (,19)	,00 (,00)
Cannabis	,12 (,44)	,11 (,45)	,13 (,43)	,19 (,56)	,27 (,70)	,07 (,25)	,22 (,65)	,23 (,67)	,16 (,47)	,05 (,36)	,06 (,41)	,00 (,00)

Nota. T = total; F = femenino; M = masculino. HE = heterosexual; LG = lesbianas/Gais; BI = bisexuales; Q = *questioning*.

Adicionalmente, para conocer la posible existencia de diferencias estadísticamente significativas, se llevó a cabo un MANOVA con las frecuencias de consumo como variables dependientes y la orientación sexual y el género de los participantes como factores fijos.

El MANOVA no reveló efectos principales significativos ni para la variable orientación sexual [$Wilks' \lambda = ,98$, $F_{(12, 1960)} = 1,19$; $p > ,05$; $partial \eta^2 = ,006$], ni para la variable género [$Wilks' \lambda = 0,99$, $F_{(4, 741)} = 1,14$; $p > ,05$; $partial \eta^2 = ,006$] ni para la interacción entre ambas [$Wilks' \lambda = 0,99$, $F_{(12, 1960)} = ,30$; $p > ,05$; $partial \eta^2 = ,002$].

A pesar de que el MANOVA no fue significativo, se observó que los ANOVAs individuales indicaron efectos

principales en función de la orientación sexual para la frecuencia de consumo de tabaco y alcohol. Los análisis *post-hoc* de Bonferroni revelaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas en función de la orientación sexual para el consumo de tabaco mostrando un mayor consumo por parte del grupo de participantes bisexuales que por parte de los heterosexuales y *questioning*. En referencia al consumo de alcohol en el último año, los resultados indicaron un consumo mayor por parte de los y las bisexuales que el grupo de participantes *questioning*, pero las diferencias no eran significativas respecto al grupo de heterosexuales.

Discusión

El uso y abuso de sustancias, especialmente durante la adolescencia, constituye un importante problema de salud pública (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2022; Plan Nacional sobre Drogas, 2022) con un impacto relevante sobre el bienestar psicológico de los y las jóvenes. La literatura científica ha indicado que la pertenencia a minorías sexuales podría constituir un factor de riesgo para el consumo, haciendo más probable no solo el uso sino el abuso de sustancias durante la adolescencia (Mereish, 2019; Watson et al., 2018).

El objetivo común de los presentes estudios fue analizar el consumo de sustancias según la orientación sexual en dos muestras representativas de adolescentes. De acuerdo con la literatura previa, se esperaba encontrar disparidad entre los grupos de minorías sexuales en comparación con el grupo heterosexual. Sin embargo, los resultados mostraron únicamente algunas diferencias, con tamaños del efecto muy limitados y solo para algunos de los indicadores analizados.

Respecto a los resultados del Estudio 1, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la edad de inicio del consumo. En referencia a la prevalencia vital de consumo, se observaron diferencias en el consumo de tabaco y cannabis entre el grupo de participantes bisexuales y el resto de grupos. El resto de las diferencias encontradas estaban relacionadas con un menor consumo por parte del grupo *questioning*, pero no con un mayor consumo de los subgrupos LGB en comparación con sus pares heterosexuales. Respecto a la frecuencia de consumo, solo se observó cierta tendencia a un mayor consumo de alcohol por parte de las lesbianas, pero las diferencias no siempre fueron estadísticamente significativas en todos los indicadores.

Además, estos resultados no se confirmaron en el Estudio 2, donde se halló únicamente una prevalencia vital más alta en el consumo de alcohol, pero no en el tabaco ni en el cannabis, como se había observado en el Estudio 1. Asimismo, se observó una tendencia a una mayor frecuencia de consumo de tabaco en los últimos 12 meses por parte de los participantes del grupo de bisexuales respecto del grupo de heterosexuales. Nuevamente, el resto de diferencias entre grupos hacían referencia a un menor consumo por parte del grupo *questioning*, pero no a diferencias entre los subgrupos LGB y heterosexuales.

Estos resultados contrastan con la literatura científica previa que informa de un mayor riesgo generalizado de consumo de sustancias por parte de los jóvenes de minorías sexuales (Goldbach et al., 2014; Marshal et al., 2008; Padilla et al., 2010; Pesola et al., 2014; Wallace y Santacruz, 2017) e indican que esta relación puede ser compleja y estar influenciada por diversos factores individuales, sociales y culturales. La hipótesis de la que partía la presente investigación es que uno de los factores que pueden contribuir a un mayor riesgo de consumo de sustancias en las minorías sexuales incluyen el estrés y la discriminación. La literatura indica que este estrés crónico puede aumentar la vulnerabilidad

hacia el consumo de sustancias como una forma de afrontamiento (Wojdala et al., 2020). Sin embargo, los resultados no parecen ser contundentes a la hora de apoyar este hecho.

A pesar de que se han observado de manera sistemática que las minorías sexuales presentan una mayor vulnerabilidad para presentar dificultades relacionadas con la salud mental tanto en estudios nacionales (p.ej., Espada et al., 2012; Pérez de Albéniz et al., 2023) como internacionales (p.ej., Raifman et al., 2020; Spittlehouse et al., 2020; Williams et al., 2021), el consumo de sustancias como pueden ser el tabaco, el alcohol, el cannabis o los tranquilizantes no parece ser una estrategia generalizada de regulación de este malestar en adolescentes en nuestro contexto.

Eso sí, como otros estudios ya han indicado, los resultados encontrados revelarían la necesidad de contemplar la diversidad existente entre los grupos de minorías sexuales (Fish et al., 2019), así como de tener otras variables contextuales en cuenta (Watson et al., 2020). Las diferencias no son generalizables ni a todos los subgrupos ni a todas las sustancias: los datos indican que los grupos de minorías sexuales podrían no diferir del grupo heterosexual en la misma medida en el uso de sustancias.

En primer lugar, se ha observado una tendencia (aunque no estable y general) por parte del grupo de participantes bisexuales hacia un mayor consumo de tabaco, alcohol y cannabis en algunos indicadores. Esta tendencia es consistente con la investigación previa que había indicado un mayor consumo por parte de este grupo de diferentes sustancias (Ford y Jasinski, 2006; Russell et al., 2002), especialmente entre las mujeres (Corliss et al., 2010; Ford y Jasinski, 2006) así como peores indicadores de salud mental (p.ej., Hatzenbuehler et al., 2014; Plöderl y Tremblay, 2015; Ross et al., 2018). En cualquier caso, la conclusión que se desprende de estos resultados no es desoladora: algunas diferencias marginales, no en todos los indicadores y con tamaños del efecto pequeños.

En segundo lugar, un resultado observado en el Estudio 1, es la mayor frecuencia por parte de las lesbianas de un consumo de alcohol de manera intensiva (borracheras). Estas diferencias no se confirman ni en el resto de indicadores de consumo de alcohol ni en el Estudio 2 pero es consistente con la literatura previa que ha señalado un mayor consumo de alcohol en este subgrupo (Boyle et al., 2020; Green y Feinstein, 2012). A pesar de que se requiere más investigación en este ámbito, los patrones de riesgo o nocivos de consumo de alcohol o drogas podrían desempeñar múltiples papeles en la vida de las mujeres de minorías sexuales (por ejemplo, como respuestas de afrontamiento a factores estresantes incontrolables de las minorías o a dinámicas de relación disfuncionales), una estrategia de afrontamiento centrada en las emociones que puede convertirse en un factor de riesgo para posibles agresiones y para su salud mental (Tubman et al., 2023). De hecho, algunos estudios apoyan esta hipótesis evidenciando que las experiencias de discriminación, victimización y aislamiento social explican parcialmente la dis-

paridad de orientación sexual en salud mental y consumo de sustancias (Bränström y Pachankis, 2018).

Por último, los resultados indican que los y las participantes del grupo *questioning* presentan el nivel de consumo más bajo a nivel general, incluso por debajo de sus pares heterosexuales. Este hecho contrasta con los escasos estudios e informes en referencia con este grupo, que indican un uso más frecuente de sustancias (Birkett et al., 2009; Espelage et al., 2008; National Institute on Drug Abuse, 2022a), en comparación con grupos heterosexuales. Los resultados podrían indicar que el cuestionamiento de la sexualidad no supone un mayor riesgo de consumo. De hecho, siguiendo a autores que analizan la evolución de la identidad en la etapa adolescente (Crocetti et al., 2008) se describe la moratoria como una fase de alta exploración, cuestión que no necesariamente debe suponer malestar y, en este caso, mayor consumo. No obstante, la investigación previa indica el compromiso como mediador en la relación entre estilos identitarios y las variables de bienestar/malestar (Sánchez-Queija et al., 2023). Estudios futuros deberían profundizar en esta cuestión en grupos de minorías sexuales.

Entre otras posibles explicaciones que pueden dar cuenta de la incongruencia de los presentes resultados frente a lo hallado en otros estudios, se encuentra la que indica que el conocimiento en este ámbito se haya podido construir con estudios realizados con muestras de conveniencia, que a menudo pueden constituir entornos de consumo. Estudios previos pudieron haber extraído sus participantes de entornos sociales en los que las personas LGBT+ pueden estar expuestas, como bares y clubes nocturnos, y que a menudo están asociados con el consumo de sustancias (Hughes, 2003; Meyer y Wilson, 2009). Además, no hay que olvidar que muchos estudios se han realizado comparando grupos de heterosexuales frente a los no heterosexuales (combinando individuos gays/lesbianas/bisexuales e incluso *questioning*), sin considerar la heterogeneidad del grupo no heterosexual (p.ej., Jorm et al., 2002; McDonald, 2018), lo que ha podido llevar a conclusiones erróneas asumiendo que todas las diferencias eran generalizables a todos los grupos de minorías sexuales.

Como se ha planteado, históricamente se pensaba que los problemas de consumo de sustancias eran más prevalentes en las poblaciones de minorías sexuales pero los datos indican la necesidad de corregir las percepciones sesgadas sobre el abuso de sustancias entre estos grupos, como vienen sugiriendo hace tiempo otros autores (Green y Feinstein, 2012). Lo que se deriva de estos resultados es que, al menos en la adolescencia y en el contexto en el que se han desarrollado los estudios, la pertenencia a una minoría sexual no parece suponer una mayor vulnerabilidad o, al menos, no un riesgo desproporcionado como han afirmado otros autores (Corliss et al., 2010; Marshal et al., 2008).

El presente estudio tiene varias limitaciones que deben reconocerse. En primer lugar, se utilizaron autoinformes, con sus conocidos sesgos. En segundo lugar, como han señalado otras investigaciones (p. ej., Gonzales y Henning-Smith,

2017; Jorm et al., 2002), no se analizaron algunos factores de riesgo potencialmente importantes, como los sentimientos de estigma, la no revelación de la orientación sexual a otras personas significativas o las experiencias de discriminación y victimización que se espera que proporcionen explicaciones sobre la relación entre la orientación sexual y el consumo de sustancias. En tercer lugar, el tamaño de las muestras, aunque amplias, se ve disminuida por la necesidad de equiparar los grupos, de hecho, minoritarios, que hacen limitar la potencia estadística de los análisis. A pesar de estas limitaciones, los dos estudios se llevaron a cabo con dos muestras representativas de adolescentes y diversos indicadores de consumo, con distinciones entre grupos de minorías sexuales (incluyendo un grupo de adolescentes *questioning*) y de género, lo que debe valorarse especialmente.

En conclusión, las diferencias son escasas, requieren estudios adicionales y no permiten sostener la existencia de una mayor vulnerabilidad por parte de los grupos de minorías sexuales (al menos no generalizable a todos los grupos, géneros y sustancias). De los datos, si se confirmaran en estudios adicionales, parece derivarse la necesidad de intervenciones que tengan en cuenta las diferencias entre los grupos de minorías sexuales y de género (Fonseca-Pedrero et al., 2021; González-Roz et al., 2023).

Los adolescentes heterosexuales y pertenecientes a minorías sexuales presentaron un consumo equiparable en ambos estudios. Este resultado sería, por tanto, muy positivo dado que es bien sabido que la salud mental y el consumo de sustancias en la adolescencia están estrechamente relacionados (National Institute on Drug Abuse, 2022b). Existe una relación bidireccional entre ambos, lo que significa que el consumo de sustancias puede afectar la salud mental de los y las adolescentes y los problemas de salud mental pueden aumentar el riesgo de consumo de sustancias (por ejemplo, como una forma de automedicación para hacer frente a los problemas de salud mental que están experimentando). Es necesario, además, tener en cuenta la especial vulnerabilidad del cerebro adolescente a los efectos de las sustancias, por el potencial impacto negativo en el desarrollo cognitivo y emocional, así como en el funcionamiento del sistema nervioso central (Lees et al., 2020; López-Caneda et al., 2014).

Esto no significa, por otra parte, que no sea un consumo problemático dada la frecuencia con la que afirman consumir diferentes sustancias independientemente de los grupos de pertenencia. El consumo de sustancias en la adolescencia representa un problema de salud pública de gran importancia en todo el mundo y los datos que se derivan de este proyecto no indican lo contrario. Se observan indicadores similares a los hallados por otros estudios (Plan Nacional sobre Drogas, 2022; European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, 2022) lo que indica que deben seguir desarrollándose estrategias para intervenir en este ámbito.

Sería necesario diseñar intervenciones estratégicas si las diferencias se confirmaran. Además de las actuaciones que

se llevan a cabo para la prevención del consumo de sustancias en población adolescente (Al-Halabí et al., 2009; Errasti et al., 2009; González-Roz et al., 2023; Jiménez-Padilla y Alonso-Castillo, 2022; Negreiros de Carvalho et al., 2021), para abordar los problemas relacionados con el consumo de sustancias en las minorías sexuales sería importante promover entornos inclusivos y de apoyo, proporcionar educación sobre el consumo responsable y garantizar el acceso a servicios de salud culturalmente competentes que aborden las necesidades específicas de la comunidad LGBT+ (Watson et al., 2020). Además, se deben abordar los factores estructurales, como la discriminación y el estigma, que contribuyen al estrés y pueden influir en los patrones de consumo.

Agradecimientos

Este estudio ha recibido financiación por parte de un Proyecto Nacional del Ministerio de Ciencia e Innovación del Gobierno de España de la convocatoria de Proyectos de Generación de Conocimiento 2021 con número de referencia PID2021-127301OB-I00 y un Premio de Investigación del Instituto de Estudios Riojanos (BOR nº147, agosto 2, 2022).

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses.

Referencias

- Al-Halabí-Díaz, S., Errasti-Pérez, J., Fernández-Hermida, J., Carballo-Crespo, J., Secades-Villa, R. y García-Rodríguez, O. (2009). El colegio y los factores de riesgo familiar en la asistencia a programas de prevención familiar del consumo de drogas. *Adicciones*, 21(1), 39-48. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.250>
- Birkett, M., Espelage, D. L. y Koenig, B. (2009). LGB and questioning students in schools: The moderating effects of homophobic bullying and school climate on negative outcomes. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(7), 989-1000. <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-008-9389-1>
- Boyle, S. C., Kettering, V., Young, S. H. y LaBrie, J. W. (2020). Lesbians' use of popular social media sites is associated with perceived drinking norms & interest in receiving personalized normative feedback on alcohol use. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 38(4), 415-429. <https://doi.org/10.1080/07347324.2020.1723459>
- Bränström, R. y Pachankis, J. E. (2018). Sexual orientation disparities in the co-occurrence of substance use and psychological distress: A national population-based study (2008-2015). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(4), 403-412. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1491-4>
- Corliss, H. L., Rosario, M., Wypij, D., Wylie, S. A., Frazier, A. L. y Austin, S. B. (2010). Sexual orientation and drug use in a longitudinal cohort study of U.S. adolescents. *Addictive Behaviors*, 35, 517-521. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.12.019>
- Crocetti, E., Rubini, M. y Meeus, W. (2008). Capturing the dynamics of identity formation in various ethnic groups: Development and validation of a three-dimensional model. *Journal of Adolescence*, 31, 207-222.
- Errasti-Pérez, J. M., Al-Halabí-Díaz, S., Secades-Villa, R., Fernández-Hermida, J. R., Carballo, J. L. y García-Rodríguez, O. (2009). Prevención familiar del consumo de drogas: El programa "Familias que funcionan". *Psicothema*, 21(1), 45-50.
- Espada, J. P., Morales, A., Orgilés, M. y Ballester, R. (2012). Self-concept, social anxiety and depressive symptoms in Spanish adolescents based on their sexual orientation. *Ansiedad y Estrés*, 18(1), 31-41.
- Espelage, D. L., Aragon, S. R., Birkett, M. y Koenig, B. W. (2008) Homophobic teasing, psychological outcomes, and sexual orientation among high school students: What influence do parents and schools have? *School Psychology Review*, 37(2), 202-216. <https://doi.org/10.1080/02796015.2008.12087894>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2022). Informe europeo sobre Drogas. Tendencias y novedades. https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2022_en
- Fish, J. N., Watson, R. J., Gahagan, J., Porta, C. M., Beaulieu-Prévost, D. y Russell, S. T. (2019). Smoking behaviours among heterosexual and sexual minority youth? Findings from 15 years of provincially representative data. *Drug and Alcohol Review*, 38(1), 101-110. <https://doi.org/10.1111/dar.12880>
- Fish, J. N., Watson, R. J., Porta, C. M., Russell, S. T. y Saewyc, E. M. (2017). Are alcohol-related disparities between sexual minority and heterosexual youth decreasing? *Addiction*, 112(11), 1931-1941. <https://doi.org/10.1111/add.13896>
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Albéniz, A., Díez-Gómez, A., Ortuño-Sierra, J. y Lucas-Molina, B. (2019). *Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta-Revisada* [Oviedo Response Infrequency Scale-Revised, Unpublished manuscript]. Department of Educational Sciences. University of La Rioja.
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Albéniz, A., Al-Halabí, S., Lucas-Molina, B., Ortuño-Sierra, J., Díez-Gómez, A., Pérez-Sáenz, J., Inchausti, F., Valero García, A. V., Gutiérrez García, A., Aritio Solana, R., Ródenas-Perea, G., De Vicente Clemente, M. P., Ciarreta López, A. y Debbané, M. (2023). PSICE project protocol: Evaluation of the unified protocol for transdiagnostic treatment for adolescents with emotional symptoms in school settings. *Clínica y Salud*, 34(1), 15 - 22. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a3>
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., López-Navarro, E. R., Muñiz, J., Lucas-Molina, B., Pérez-Albéniz, A., Rivera, R. B., Cano-Vindel, A., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., González-Menéndez, A., Valero, A. V., Priede, A., González-Blanch, C.,

- Ruiz-Rodríguez, P., Moriana, J. A., Gómez, L. E.,... Montoya-Castilla, I. (2021). Empirically supported psychological treatments for children and adolescents: State of the art. *Psicothema*, 33(3), 386-398. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.56>
- Ford, J. A. y Jasinski, J. L. (2006). Sexual orientation and substance use among college students. *Addictive Behaviors*, 31(3), 404-413. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.019>
- Goldbach, J. T., Tanner-Smith, E. E., Bagwell, M. y Dunlap, S. (2014). Minority stress and substance use in sexual minority adolescents: A meta-analysis. *Prevention Science*, 15(3), 350-363. <https://doi.org/10.1007/s1121-013-0393-7>
- Gonzales, G. y Henning-Smith, C. (2017). Health disparities by sexual orientation: Results and implications from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Journal of Community Health*, 42(6), 1163-1172. <https://doi.org/10.1007/s10900-017-0366-z>
- González-Roz, A., Martínez-Loredo, V., Maalouf, W., Fernández-Hermida, J. R. y Al-Halabí, S. (2023). Protocol for a trial assessing the efficacy of a universal school-based prevention program for addictive behaviors. *Psicothema*, 35(1), 41-49. <https://doi.org/10.7334/PSICO-THEMA2022.251>
- Green, K. E. y Feinstein, B. A. (2012). Substance use in lesbian, gay, and bisexual populations: An update on empirical research and implications for treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 265-278. <https://doi.org/10.1037/a0025424>
- Hatzenbuehler, M. L., Birkett, M., Van Wagenen, A. y Meyer, I. H. (2014). Protective school climates and reduced risk for suicide ideation in sexual minority youths. *American Journal of Public Health*, 104(2), 279-286. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301508>
- Hughes T. L. (2003). Lesbians' drinking patterns: Beyond the data. *Substance Use & Misuse*, 38(11-13), 1739-1758. <https://doi.org/10.1081/ja-120024239>
- Jiménez-Padilla, B. I. y Alonso-Castillo, M. M. (2022). Revisión sistemática de intervenciones preventivas en ambiente escolar para el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Health & Addictions / Salud y Drogas*, 22(1), 108-121. <https://doi.org/10.21134/haaj.v22i1.626>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Rodgers, B., Jacomb, P. A. y Christensen, H. (2002). Sexual orientation and mental health: Results from a community survey of young and middle-aged adults. *The British Journal of Psychiatry*, 180(5), 423-427.
- Kecojevic, A., Wong, C. F., Schrager, S. M., Silva, K., Bloom, J. J., Iverson, E. y Lankenau, S. E. (2012). Initiation into prescription drug misuse: Differences between lesbian, gay, bisexual, transgender (LGBT) and heterosexual high-risk young adults in Los Angeles and New York. *Addictive Behaviors*, 37(11), 1289-1293. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.06.006>
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B. y Martin, C. E. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. Saunders.
- Lees, B., Meredith, L. R., Kirkland, A. E., Bryant, B. E. y Squeglia, L. M. (2020). Effect of alcohol use on the adolescent brain and behavior. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 192, 172906. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2020.172906>
- London-Nadeau, K., Rioux, C., Parent, S., Vitaro, F., Côté, S. M., Boivin, M., Tremblay, R. E., Séguin, J. R. y Castellanos-Ryan, N. (2021). Longitudinal associations of cannabis, depression, and anxiety in heterosexual and LGB adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 130(4), 333-345. <https://doi.org/10.1037/abn0000542>
- López-Caneda, E., Mota, N., Crego, A., Velasquez, T., Corral, M., Rodríguez-Holguín, S. y Cadaveira, F. (2014). Anomalías neurocognitivas asociadas al consumo intensivo de alcohol (binge drinking) en jóvenes y adolescentes: Una revisión. *Adicciones*, 26(4), 334-359.
- Marshall, M. P., Friedman, M. S., Stall, R., King, K. M., Miles, J., Gold, M. A., Bukstein, O. G. y Morse, J. Q. (2008). Sexual orientation and adolescent substance use: A meta-analysis and methodological review. *Addiction*, 103(4), 546-556. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02149.x>
- McDonald, K. (2018). Social support and mental health in LGBTQ adolescents: A review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(1), 16-29. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1398283>
- Mereish, E. H. (2019). Substance use and misuse among sexual and gender minority youth. *Current Opinion in Psychology*, 30, 123-127. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.05.002>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, I. H., Pachankis, J. E. y Klein, D. N. (2021). Do genes explain sexual minority mental health disparities? [Letter to the Editor] *Archives of Sexual Behavior*, 50(3), 731-737. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01909-2>
- Meyer, I. H. y Wilson, P. A. (2009). Sampling lesbian, gay, and bisexual populations. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 23-31. <https://doi.org/10.1037/a0014587>
- Negreiros de Carvalho, J., Ballester Brague, L., Valero de Vicente, M. y Amer Fernández, J. (2020). Revisión sistemática de programas de prevención familiar universal: Análisis en términos de eficacia, retención y adherencia. *Adicciones*, 33(4), 359-368. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1381>
- National Institute on Drug Abuse. NIDA. (2022a). *Substance Use and SUDs in LGBTQ Populations*. <https://nida.nih.gov/research-topics/substance-use-suds-in-lgbtq-populations>
- National Institute on Drug Abuse. NIDA. (2022b). *The Connection Between Substance Use Disorders and Mental Illness*. National Institute on Drug Abuse. <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/common-comorbidities-mental-illness>

- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2022). Informe Mundial sobre las Drogas 2022. <https://www.unodc.org/unodc/es/press/releases/2022/June/unodc-world-drug-report-2022-highlights-trends-on-cannabis-post-legalization--environmental-impacts-of-illicit-drugs--and-drug-use-among-women-and-youth.html>
- Padilla, Y. C., Crisp, C. y Rew, D. L. (2010). Parental acceptance and illegal drug use among gay, lesbian, and bisexual adolescents: Results from a national survey. *Social Work*, 55(3), 265–275. <https://doi.org/10.1093/sw/55.3.265>
- Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B. y Fonseca-Pedrero, E. (2023). Parental support and gender moderate the relationship between sexual orientation and suicidal behavior in adolescents. *Psicothema*, 35(3), 248–258. <https://doi.org/10.7334/psicothema2022.325>
- Pesola, F., Shelton, K. H. y van den Bree, M. B. (2014). Sexual orientation and alcohol problem use among U.K. adolescents: An indirect link through depressed mood. *Addiction*, 109(7), 1072–1080. <https://doi.org/10.1111/add.12528>
- Pitman, A., Marston, L., Lewis, G., Semlyen, J., McManus, S. y King, M. (2022). The mental health of lesbian, gay, and bisexual adults compared with heterosexual adults: Results of two nationally representative English household probability samples. *Psychological Medicine*, 52(15), 3402–3411. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000052>
- Plan Nacional sobre Drogas (2019). Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 2018-2019. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2018-19_Informe.pdf
- Plan Nacional sobre Drogas (2022). Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 2021. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2022_Informe.pdf
- Plöderl, M. y Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International Review of Psychiatry*, 27(5), 367–385. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1083949>
- Raifman, J., Charlton, B. M., Arrington-Sanders, R., Chan, P. A., Rusley, J., Mayer, K. H., Stein, M. D., Austin S. B. y McConnell, M. (2020). Sexual orientation and suicide attempt disparities among US adolescents: 2009–2017. *Pediatrics*, 145(3), e20191658. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1658>
- Ross, L. E., Salway, T., Tarasoff, L. A., MacKay, J. M., Hawkins, B. W. y Fehr, C. P. (2018). Prevalence of depression and anxiety among bisexual people compared to gay, lesbian, and heterosexual individuals: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Sex Research*, 55(4-5), 435–456. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1387755>
- Russell, S. T., Driscoll, A. K. y Truong, N. (2002). Adolescent same-sex romantic attractions and relationships: Implications for substance use and abuse. *American Journal of Public Health*, 92(2), 198–202. <https://doi.org/10.2105/ajph.92.2.198>
- Saha, A., Marbaniang, M. A., Kakoty, M. y Barooah, S. (2023). Perceived risk factors and preventive measures for suicide in lesbian and gay youth. *Journal of Psychosexual Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/26318318231174291>
- Sánchez-Queija, I., Pineda-Balbuena, A., Díez, M. y Parra, A. (2023). El papel mediador de la fuerza del compromiso entre los estilos de procesamiento de la identidad y el bienestar de jóvenes adultos emergentes. *Anales de Psicología*, 39(2), 265–272. <https://doi.org/10.6018/analesps.475911>
- Spittlehouse, J. K., Boden, J. M. y Horwood, L. J. (2020). Sexual orientation and mental health over the life course in a birth cohort. *Psychological Medicine*, 50(8), 1348–1355. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001284>
- Talley, A. E., Hughes, T. L., Aranda, F., Birkett, M. y Marshal, M. P. (2014). Exploring alcohol-use behaviors among heterosexual and sexual minority adolescents: Intersections with sex, age, and race/ethnicity. *American Journal of Public Health*, 104(2), 295–303. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301627>
- Tubman, J. G., Moore, C., Lee, J. y Shapiro, A. J. (2023). Multivariate patterns of substance use, minority stress and environmental violence associated with sexual revictimization of lesbian and bisexual emerging adult women. *Journal of Lesbian Studies*, 27, 1–21. <https://doi.org/10.1080/10894160.2023.2240552>
- Wallace, B. C. y Santacruz, E. (2017). Addictions and substance abuse in the LGBT community: New approaches. En R. Richard y S. Erik. *LGBT Psychology and Mental Health: Emerging Research and Advances* (pp. 153–175). Praeger.
- Watson, R. J., Park, M., Taylor, A. B., Fish, J. N., Corliss, H. L., Eisenberg, M. E. y Saewyc, E. M. (2020). Associations between community-level LGBTQ-supportive factors and substance use among sexual minority adolescents. *LGBT Health*, 7(2), 82–89. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2019.0205>
- Watson, R. J., Lewis, N. M., Fish, J. N. y Goodenow, C. (2018). Sexual minority youth continue to smoke cigarettes earlier and more often than heterosexuals: Findings from population-based data. *Drug and Alcohol Dependence*, 184, 64–70. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.11.02>
- Williams, A. J., Jones, C., Arcelus, J., Townsend, E., Lazaridou, A. y Michail, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of victimisation and mental health prevalence among LGBTQ+ young people with experiences of selfharm and suicide. *PLoS ONE* 16(1): e0245268. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245268>
- Wojdala, A., Molins, F. y Serrano, M. (2020). Estrés y drogadicción: Una perspectiva actualizada para 2020. *Adicciones*, 32(4), 239–242. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1470>

ORIGINAL

Revisión sistemática sobre características y eficacia de los programas preventivos escolares en drogodependencias en España

Systematic review on the characteristics and efficacy of school preventive programs for drug addiction in Spain

VÍCTOR JOSÉ VILLANUEVA-BLASCO^{*,**}; JORGE MEDINA-MARTÍNEZ^{*}; JAVIER ZARAGOZA^{**,***}.

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

** Red de Investigación en Atención Primaria de Adicciones (RIAPAd), España.

*** Facultad CC Humanas y de la Educación, Universidad de Zaragoza, Huesca, España.

Resumen

El ámbito escolar adquiere una gran relevancia en la prevención del consumo de drogas en estudiantes, ya que es donde pasan una mayor parte del tiempo y, puesto que en España la enseñanza es obligatoria hasta los 16 años, las intervenciones en este ámbito pueden alcanzar a la mayoría de niños en esa etapa. El objetivo de esta revisión sistemática fue determinar qué nivel de eficacia presentan los programas preventivos escolares que se han implementado en España. Siguiendo las recomendaciones PRISMA, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica sistemática en las bases de datos Web of Science, PubMed/MEDLINE, Embase, Scopus y Cochrane Library. La búsqueda arrojó 274 estudios, de los cuales fueron seleccionados 29 estudios. Se ha identificado que en España se han implementado 48 programas preventivos en drogodependencias en el contexto escolar, de los cuales tan solo 18 (37,5%) cuentan con evaluación de su eficacia siguiendo los criterios y estándares de una prevención eficaz. Por el contrario, los programas que no han sido evaluados distan en su diseño de estos estándares. Se concluye que en España conviven dos modelos de prevención escolar de las drogodependencias: un modelo que responde a esta denominación; y otro modelo calificado como “pseudo-prevención”, dado que su diseño no se ajusta a los estándares de la prevención eficaz ni su eficacia preventiva ha sido demostrada.

Palabras clave: programas preventivos, ámbito escolar, intervención, evaluación de eficacia, revisión sistemática

Abstract

The school environment is of great relevance in the prevention of drug use in students because it is where they spend most of their time and, since education is compulsory until upper secondary school in Spain, interventions in this area can reach the majority of children up to that stage. The objective of this systematic review is to determine the level of efficacy of the school preventive programs that have been implemented in Spain. Following the PRISMA recommendations, a systematic literature search was carried out in the Web of Science, PubMed/MEDLINE, Embase, Scopus, and Cochrane Library databases. The search yielded 274 studies, of which 29 studies were selected. It was found that 48 drug addiction prevention programs have been implemented in Spanish school context, of which only 18 (37.5%) had an evaluation of their effectiveness following the criteria and standards of effective prevention. Conversely, the programs that were not evaluated are far from these standards in their design. It is concluded that there are two models of school prevention of drug addiction in Spain: a model that meets this description; and another model classified as “pseudo-prevention”, since its design does not meet the standards of effective prevention nor has its preventive efficacy been demonstrated.

Keywords: preventive programs, school setting, intervention, efficacy evaluation, systematic review

■ Recibido: Mayo 2023; Aceptado: Octubre 2023.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Víctor José Villanueva-Blasco. Universidad Internacional de Valencia, C/ Pintor Sorolla, 21, 46002, Valencia, España. Tel: +34-961.924.993.
E-mail: vjvillanueva@universidadviu.com

La prevención escolar, entendida como un sistema de acciones dirigidas a garantizar que las condiciones educativas y socio-ambientales en las que los jóvenes se educan sean las más propicias para su sano desarrollo, es una de las estrategias más utilizadas; ya que los centros educativos pueden proporcionar un entorno óptimo, eficaz y efectivo para intervenir (Deogan et al., 2015; Lassi et al., 2015; Pereira y Sanchez, 2018). Atendiendo a la clasificación propuesta por Gordon (1987), la prevención universal tiene un enfoque más amplio, pero es menos intensa que la prevención selectiva e indicada, orientada a poblaciones más específicas con mayor problemática relacionada con el consumo de drogas, pero más costosa.

A lo largo de las últimas décadas han proliferado múltiples programas de prevención de drogodependencias con diferentes características. Uno de los criterios más utilizados para su clasificación ha sido la estrategia de intervención utilizada. Autores como Tobler (1986) y Tobler et al. (2000) catalogaron los programas preventivos en las siguientes tipologías: 1) centrados en información; 2) centrados en la educación afectiva; 3) que combinan la información con la educación afectiva; 4) de naturaleza psicosocial; 5) centra-

dos en desarrollar habilidades de resistencia; 6) enfocados en desarrollar habilidades genéricas (sociales y de vida); y 7) centrados en la promoción de alternativas (competencias y/o actividades).

De acuerdo con los estándares internacionales de la prevención del uso de drogas (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2018), los programas preventivos escolares más eficaces cuentan con las siguientes características: a) estar basados en modelos de competencia e influencia social; b) utilizar métodos interactivos; c) duración de 10-15 sesiones estructuradas, con sesiones de refuerzo; d) implementados por expertos capacitados; y e) entrenan en habilidades personales y sociales (como habilidades de afrontamiento, toma de decisiones y resistencia al uso de sustancias), abordan las percepciones de los riesgos, y desmienten conceptos erróneos sobre la naturaleza normativa y las expectativas del consumo de sustancias.

Villanueva (2017), a partir de diversas revisiones meta-analíticas (véase Cuijpers, 2002a; Faggiano et al., 2008a; Hansen, 1992; Skara y Sussman, 2003; Thomas et al., 2013; Tobler et al., 2000; Tobler y Stratton, 1997; Winters et al., 2007), concretó las características de los programas preventivos escolares eficaces (Tabla 1).

Tabla 1
Características de los programas eficaces de prevención en el ámbito escolar

Fundamentación teórica	- Modelo teórico de base contrastado y con evidencia empírica.
Orientación programa	- Modelo de influencia social. - Modelo de habilidades para la vida. - Modelo multicomponente.
Nivel educativo	- Desarrollo de programas adecuados a cada edad. - Mayor eficacia si se aplican entre los 11 y 14 años de edad.
Sustancias abordadas	- En función de la edad y la prevalencia de uso. - Preferentemente alcohol y tabaco, seguido por cannabis.
Principales componentes	- Consecuencias negativas del uso a corto plazo. - Abordaje de la norma social subjetiva: percepción subjetiva de la conducta y la actitud del entorno respecto al uso de drogas. Corrección de concepciones erróneas sobre la prevalencia del uso de drogas entre los iguales. - Técnicas para afrontar las influencias sociales indirectas y resistir a la presión social hacia el uso de drogas. - Entrenamiento en habilidades para la vida y de interacción social positiva. - Reforzamiento de actitudes en contra del uso de drogas y del compromiso personal contra el uso de drogas.
Metodología	- Activa, participativa e interactiva.
Sesiones	- Número mínimo recomendable de 10 sesiones. - Incluyen sesiones de refuerzo una vez acabado el programa.
Mediadores	- Profesionales expertos. - Profesorado debidamente formado. - Participación de iguales con perfil prosocial y contrario al uso de drogas.
Aplicación	- Sostenible en el tiempo, a largo plazo. - Aplicación completa del programa. - Rigor metodológico. - Realización de ajustes necesarios.
Evaluación	- Imprescindible la evaluación rigurosa para reflejar los efectos positivos. - Información sobre pérdidas. - Cambios de conducta. - Grupo control sin intervención.
Aspectos transversales	- Perspectiva de género en el diseño, implementación y evaluación. - Consideración de la interculturalidad.

En el contexto español, un metaanálisis (Espada et al., 2015a) y una evaluación de la eficacia revisada a partir de diversos metaanálisis (Fernández et al., 2002) identificaron que los programas preventivos escolares que mostraron mayor eficacia incluían: a) modelos de educación para la salud y aprendizaje social; b) abordaban la influencia social del consumo; c) tenían una metodología activa; d) usaban la combinación de soporte oral, escrito y audiovisual; e) eran implementados por profesionales y profesorado conjuntamente, con la participación de iguales; y f) contaban con sesiones de refuerzo.

A pesar de disponer de evidencias sobre lo que funciona y lo que no funciona en prevención, la transferencia al ámbito aplicado parece seguir siendo una tarea pendiente, conviviendo programas preventivos de diferente eficacia con programas sin evaluación alguna (Medina-Martínez y Villanueva-Blasco, 2023). Esto puede deberse a la falta de una mayor visibilidad y reconocimiento de los programas preventivos que han demostrado ser eficaces; ya que, en el contexto escolar español, se siguen realizando intervenciones de sensibilización o información que no cuentan con evidencia empírica. La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [DGPNSD], 2018) y el Plan de Acción sobre Adicciones 2021-24 (DGPNSD, 2022) establecen entre sus prioridades mejorar la disponibilidad y eficacia de los programas de prevención basados en datos empíricamente contrastados. Estas estrategias a nivel nacional señalan que las coberturas de los programas preventivos han ido disminuyendo y la oferta está muy centrada en la educación; por ello, proponen como mejoras el actuar más sobre las condiciones sociales que promueven el consumo, así como garantizar la cobertura universal de programas basados en la evidencia y que cumplan con criterios de calidad (DGPNSD, 2018).

Por ello, se plantean las siguientes preguntas de investigación: ¿En qué medida los programas preventivos aplicados en España muestran características en consonancia con los estándares de programas preventivos escolares eficaces? Y, esperando encontrar que algunos programas los cumplan y otros no, ¿el hecho de disponer de una evaluación de su eficacia es un indicador de que el programa posee un diseño acorde a dichos estándares de prevención eficaz? Consecuentemente, el objetivo general de esta revisión sistemática fue determinar qué nivel de eficacia presentan los programas preventivos escolares que se han implementado en España. Los objetivos específicos fueron: 1) identificar las características de los programas preventivos escolares aplicados en España; 2) reconocer cuáles han sido evaluados y cuál es su eficacia; y, finalmente, 3) comparar las características de los programas preventivos escolares que incluyen evaluación de su eficacia con aquellos que no incluyen evaluación.

Método

Estrategia de búsqueda y fuentes de información

Para el primer objetivo, se realizó una búsqueda en los portales de buenas prácticas de Xchange (EMCDDA, s.f.), Prevención Basada en la Evidencia (Socidrogalcohol, s.f.) y Portal BBPP Adicciones (DGPNSD, s.f.). Para ello, se establecieron límites de país y ámbito de prevención para identificar los programas llevados a cabo en España y en el ámbito escolar.

Para el segundo objetivo, se realizó una revisión sistemática siguiendo los criterios de la declaración Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis (PRISMA) (Page et al., 2021). La búsqueda sistemática se realizó el 14/01/2023.

Se realizó una búsqueda bibliográfica electrónica estructurada en 5 bases de datos (Web of Science, PubMed/MEDLINE, Embase, Scopus y Cochrane Library) para recuperar artículos revisados por pares publicados en idioma inglés o español, sin límite por fecha. La estrategia de búsqueda combinó múltiples palabras clave previamente acordadas, que se desarrollaron desglosando el objetivo. Se siguió el marco de Población, Intervención, Comparación y Resultados (PICO) para realizar la búsqueda bibliográfica. Las referencias extraídas de cada una de las búsquedas en la base de datos se agruparon y almacenaron en una biblioteca de RefWorks. Se realizaron búsquedas y el autor principal de este manuscrito eliminó los duplicados.

La estrategia de búsqueda incluyó las palabras clave “Spain”, “alcohol”, “tobacco”, “cannabis”, “school prevention” y sinónimos. Estos términos se combinaron originando la siguiente estrategia de búsqueda: “spain” AND (“school prevention” OR “school intervention” OR “preventive program” OR “school-based” OR “school environment”) AND (“alcohol” OR “tobacco” OR “cannabis” OR “marijuana”). Además, se realizó una búsqueda inversa mediante la revisión de las listas de referencia de los estudios para identificar artículos no indexados en estas bases de datos.

Asimismo, los programas preventivos que contaban con publicaciones científicas de su eficacia, pero que no estaban indexados en portales de buenas prácticas, fueron considerados igualmente para el primer objetivo.

Criterios de elegibilidad

En relación al segundo objetivo, dos revisores (M-M y V-B) evaluaron los estudios que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión en los procesos de búsqueda iniciales: a) incluyeron programas preventivos del ámbito escolar; b) llevados a cabo en España; c) que abordaban el consumo de alcohol, tabaco y/o cannabis; d) publicados en revistas científicas con revisión por pares; y e) escritos en inglés o español.

Se excluyeron: a) artículos que abordaban adicciones comportamentales; b) revisiones bibliográficas y sistemáticas.

cas, metaanálisis, libros, capítulos de libros y comunicaciones a congresos; c) estudios focalizados en intervenciones para reducir el consumo de drogas sin resultados publicados; d) intervenciones preventivas no protocolizadas como programa; y e) estudios que no realizaban evaluación de resultados del programa.

Proceso de selección

Dos autores (M-M y V-B) identificaron los estudios buscados en tres pasos de acuerdo con la literatura (Gunnell et al., 2020). En primer lugar, los títulos y resúmenes de los artículos obtenidos de la búsqueda inicial se examinaron y seleccionaron en función de los criterios de elegibilidad desglosados anteriormente. En segundo lugar, los artículos de texto completo se analizaron en detalle y se seleccionaron para su elegibilidad. En tercer y último lugar, se analizaron manualmente las referencias bibliográficas de todos los artículos seleccionados para identificar artículos relevantes perdidos en la estrategia de búsqueda inicial. El proceso de búsqueda se resume en la Figura 1. La figura 1 se creó con la herramienta PRISMA recientemente actualizada para crear diagramas de flujo (Haddaway y McGuinness, 2020).

La revisión de artículos científicos sobre estudios de evaluación de la eficacia de programas preventivos en drogodependencias en España arrojó un total de 274 registros. Tras la eliminación de duplicados, se obtuvieron 173 estudios para la revisión de título y resumen, siendo excluidos 134 estudios. Consecuentemente, se revisó el texto completo de 39 artículos, de los cuales se excluyeron 10. Así, fueron incluidos 29 artículos en la revisión sistemática.

Extracción de datos

Dos autores (M-M y V-B) extrajeron los datos de forma independiente y sistemática de la lista final de estudios incluidos. Se identificaron y consideraron las siguientes categorías de los manuscritos: a) nombre del programa; b) autoría; c) año; d) sustancias; e) población beneficiaria; f) nivel de prevención (es decir, universal, selectiva o indicada); g) modelo teórico (por ejemplo, Teoría de acción razonada, Modelo de desarrollo social, etc.); h) metodología de aplicación (por ejemplo, audiovisual, interactiva, etc.); i) número de sesiones; j) perfil de los aplicadores (es decir, profesorado, expertos externos, etc.); k) principales componentes; y l) publicaciones de su eficacia. Las discrepancias entre los autores se resolvieron mediante decisión consensuada. Todos los datos extraídos se sintetizaron y agruparon mediante tablas creadas con Microsoft Excel.

Evaluación de la calidad metodológica

Se evaluó la calidad metodológica de los artículos usando el instrumento Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) (Hong et al., 2018). La MMAT es una herramienta de evaluación crítica diseñada para revisiones sistemáticas que incluyen estudios empíricos cuantitativos, cualitativos y mixtos. En el caso de los ensayos controlados aleatorizados (ECA), se utilizó la escala para ECA; y, en el caso de los estudios cuasiexperimentales, se utilizó la escala para estudios cuantitativos no aleatorizados.

La evaluación de la calidad metodológica de cada estudio se presenta en las Tablas 2 y 3. Todos los estudios cumplieron un mínimo del 40% de los criterios y el porcentaje medio de criterios cumplidos fue del 67,6%.

Figura 1
Diagrama de flujo

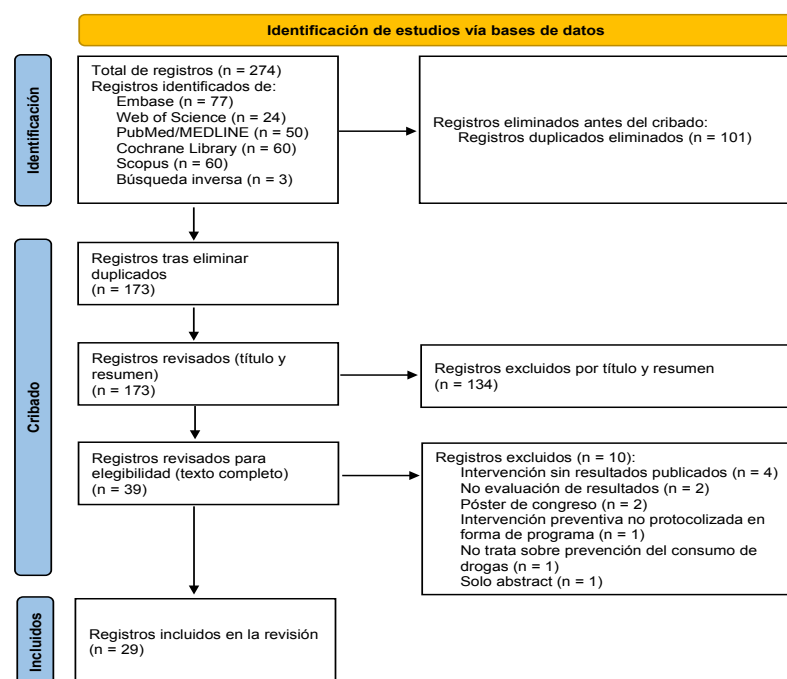


Tabla 2
Evaluación de la calidad metodológica para ECA

Referencia	P1	P2	P3	P4	P5	% de cumplimiento
Alarcó-Rosales et al. (2021)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	80
Caria et al. (2011)	Sí	No	Sí	No	Sí	60
Cutrín et al. (2021)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	80
Espada et al. (2014)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	80
Espada et al. (2015b)	Sí	No	Sí	No	No	40
Faggiano et al. (2007)	Sí	No	Sí	No	Sí	60
Faggiano et al. (2008b)	Sí	No	Sí	No	Sí	60
Faggiano et al. (2010)	Sí	No	Sí	No	No	40
García et al. (2005)	Sí	No	Sí	No	Sí	60
González et al. (2015)	Sí	Sí	Sí	No	No	60
González et al. (2016)	Sí	Sí	Sí	No	No	60
González et al. (2018)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	80
Leiva et al. (2018)	Sí	Sí	Sí	Sí	No	80
Luna-Adame et al. (2013)	Sí	No	Sí	No	Sí	60
Romero et al. (2017)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	80
Valdivieso et al. (2015)	Sí	Sí	Sí	Sí	No	80
Vargas-Martínez et al. (2019)	Sí	No	Sí	No	No	40
De Vries et al. (2003)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	80
De Vries et al. (2006)	Sí	Sí	Sí	No	No	60

Nota. P1: ¿Se realiza correctamente la aleatorización?; P2: ¿Los grupos son comparables al inicio?; P3: ¿Hay datos de resultados completos?; P4: ¿Los evaluadores de resultado están cegados a la intervención proporcionada?; P5: ¿Los participantes se adherieron a la intervención asignada?

Tabla 3
Evaluación de la calidad metodológica para estudios cuasiexperimentales

Referencia	P1	P2	P3	P4	P5	% de cumplimiento
Ariza et al. (2008)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	80
Ariza et al. (2013)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	100
Barón-García et al. (2021)	No	No	Sí	No	Sí	40
Cabrera et al. (2022)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	80
Calafat et al. (1995)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	80
Espada et al. (2012)	No	Sí	Sí	No	Sí	60
Gómez-Fraguela et al. (2002)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	80
Hernández et al. (2013)	No	Sí	Sí	No	Sí	60
Moral et al. (2009)	No	Sí	Sí	No	Sí	60
Villanueva et al. (2021)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	80

Nota. P1: ¿Los participantes son representativos de la población objetivo?; P2: ¿Son apropiadas las mediciones con respecto tanto al resultado como a la intervención (o exposición)?; P3: ¿Hay datos de resultados completos?; P4: ¿Se tienen en cuenta los factores de confusión en el diseño y el análisis?; P5: Durante el período de estudio, ¿se administró la intervención (o se produjo la exposición) según lo previsto?

Resultados

En la Tabla 4 se presentan los programas preventivos identificados a través de portales de buenas prácticas y mediante la búsqueda de estudios de evaluación de su eficacia. Se informa sobre su autoría y año, las sustancias abordadas, la población beneficiaria, su nivel de prevención, los modelos teóricos en los que se fundamentan, su metodología de aplicación, el número de sesiones que establecen, el perfil de los aplicadores, sus principales componentes y las publicaciones encontradas respecto a su eficacia.

Como puede observarse (Tabla 4), del total de 48 programas analizados, 41 se enmarcan en prevención univer-

sal (83,7%), de los cuales 30 abordan el consumo de alcohol (73,17%), 29 el de tabaco (70,73%), 16 el de cannabis (39,02%), y 3 drogas en general sin especificarse cuáles (7,32%). Los programas de prevención selectiva analizados son 4 (8,2%), de los cuáles 3 abordan el consumo de alcohol (75%), 1 el de cannabis (25%), 1 drogas en general sin especificarse cuáles (25%) y ninguno contempla el consumo de tabaco. Para prevención indicada se detectaron 2 programas (4,1%), de los cuáles 2 abordan el consumo de alcohol (100%), 2 el de tabaco (100%), 1 el de cannabis (50%), y ninguno drogas en general. Finalmente, 2 programas (4,1%) abordan varios niveles de prevención.

Tabla 4
Información sobre los programas preventivos incluidos en la revisión

Programa	Sustancia	Población beneficiaria	Nivel	Modelo teórico	Metodología aplicación	Nº sesiones (nº sesiones refuerzo)	Perfil de aplicadores	Principales componentes	Publicaciones de su eficacia
A no fumar ¡me apunto!	Tabaco	Menores de 12-16 años, profesorado y familia	Universal	n.e.	Interactiva, participativa	n.e.	Profesorado	Riesgos, beneficios de no fumar, creencias, presión grupal y publicitaria, habilidades interpersonales y cognitivas, control de emociones	-
ALCAZUL	Alcohol, tabaco, cannabis	Adolescentes de 12-18 años	Universal	Teoría de acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975)	Comunitaria	n.e.	Técnicos y monitores	Ocio saludable, información sobre drogas, actitudes prosociales, búsqueda de sensaciones	-
ALERTA ALCOHOL	Alcohol	Adolescentes de 16-18 años	Selectiva	I-change model (de Vries, 2017)	Online	6	n.e.	Beneficios de no consumir alcohol, actitudes, influencias sociales, autoeficacia, habilidades de resistencia	Vargas-Martínez et al. (2019)
Cine y Educación en Valores 2.0	Drogas en general (n.e.)	Menores de 6-16 años y su profesorado	Universal	n.e.	Audiovisual	n.e.	n.e.	Cine y valores	-
Construyendo Salud	Alcohol, tabaco, cannabis, otras	Menores de 12-14 años	Universal	Teoría de acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), Modelo de desarrollo social (Hawkins et al., 1992), Teoría del autorrechazo (Kaplan, 1996), Teoría multietápica del aprendizaje social (Simons et al., 1988), Teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977), Teoría del autocontrol (Hirschi y Gottfredson, 1988),	Interactiva, participativa	16 (9 de refuerzo)	Profesorado formado	Componente informativo, toma de decisiones, autoimagen y autosuperación, control emocional, habilidades sociales, tolerancia y cooperación, ocio y tiempo libre	Gómez-Fraguela et al. (2002), Luna-Adame et al. (2013)
Construye tu Mundo	Alcohol, tabaco, cannabis	Menores de 3-16 años	Universal	n.e.	Aprendizaje activo, IVAC	n.e.	Profesorado	Empatía, actitudes hacia la protección de la salud, autoestima, actitudes hacia las drogas, toma de decisiones, asertividad	-
Déjame que te cuente algo sobre... Los Porros	Cannabis	Menores de 13-16 años	Universal, selectiva	Teoría de acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975)	Interactiva	5	Educadores/monitores	Componentes informativo, actitudinal, normativo y afectivo del balance decisional	-
DINO Educación Preventiva de Drogas para Preadolescentes	Alcohol, tabaco	Menores de 10-12 años	Universal	Modelo Sistémico de la Intervención Orientadora (Álvarez, 1987)	Interactiva	n.e.	Profesorado	Autoestima, habilidades sociales, toma de decisiones, información sobre drogas, influencias sociales, hábitos saludables	-

Programa	Sustancia	Población beneficiaria	Nivel	Modelo teórico	Metodología aplicación	Nº sesiones (nº sesiones refuerzo)	Perfil de aplicadores	Principales componentes	Publicaciones de su eficacia
DISCOVER. Aprendiendo a vivir	Alcohol, tabaco, cannabis, otras	Menores de 10-16 años	Universal	n.e.	Interactiva	9-13	Profesorado formado	Autoestima, resolución de conflictos, riesgos, habilidades relacionales, toma de decisiones	-
En la huerta con mis amig@s	Alcohol, otras	Menores de 5-10 años, su familia y profesorado	Universal	n.e.	Audiovisual	n.e.	Profesorado	Hábitos saludables, desarrollo psicoafectivo y social	-
En Plenas Facultades	Drogas en general (n.e.)	Jóvenes de 18-25 años	Universal	n.e.	Peer to peer	n.e.	Estudiantes	Sensibilización en abuso de drogas y adicciones, conductas sexuales de riesgo e infecciones de transmisión sexual	Barón-García et al. (2021)
Entre Todos	Alcohol, tabaco, cannabis	Menores de 10-16 años	Universal	n.e.	Aprendizaje cooperativo	6-13	Técnicos y profesorado formado	Información sobre drogas, actitudes, valores, motivaciones, autoestima, habilidades sociales, toma de decisiones, hábitos saludables, ocio y tiempo libre	-
EmPeCemos	Alcohol, tabaco, cannabis	Menores de 5-10 años y sus familias	Indicada	n.e.	Interactiva	12 (3 de refuerzo)	Terapeutas entrenados	Reconocimiento de emociones, autocontrol, resolución de problemas y toma de decisiones, habilidades sociales	Romero et al. (2017)
Galilei	Alcohol, cannabis, otras	Adolescentes de 15-21 años PCPI	Selectiva	Teoría de acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), Teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977), Modelo de desarrollo social (Hawkins et al., 1992)	Interactiva	14	Profesorado formado	Intenciones de consumo, actitudes frente a las drogas, creencias normativas, efectos de las drogas, habilidades para la vida, habilidades sociales y de resistencia, manejo de emociones, control de impulsos, control del estrés	-
ITACA	Tabaco	Menores de 12-16 años	Universal	Teoría de la influencia triádica (Flay, 1999)	Participativa	22	Profesorado	Influencias sociales y publicitarias, información sobre el tabaco, habilidades de resistencia, manejo de emociones, habilidades interpersonales, autoestima, pensamiento crítico, resolución de problemas	Leiva et al. (2018)
Juego de llaves	Alcohol, tabaco, cannabis	Menores de 11-16 años	Universal	n.e.	Online	6-12	Profesorado formado	Gestión emocional, estrategias cognitivas, interacción social, ocio y tiempo libre, información sobre drogas, valores	-

Programa	Sustancia	Población beneficiaria	Nivel	Modelo teórico	Metodología aplicación	Nº sesiones (nº sesiones refuerzo)	Perfil de aplicadores	Principales componentes	Publicaciones de su eficacia
KAMELAMOS GUINAR - Queremos Contar	Alcohol, otras	Población gitana: menores de 6-12 años, adolescentes de 13-18 años, mujeres de 18-32 años	Selectiva	Modelo de competencia (Albee, 1980)	Interactiva	n.e.	Profesionales y voluntariado	Información sobre drogas, habilidades de resistencia a la presión grupal, ocio y tiempo libre	-
La Aventura de la Vida	Alcohol, tabaco, otras	Menores de 6-11 años	Universal	Modelo de educación en habilidades para la vida (WHO, 1994), Teoría de acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), Modelo de desarrollo social (Hawkins et al., 1992), Modelo evolutivo (Kandel, 1980), Teoría constructivista (Piaget, 1962; Vygotsky, 1962)	Audiovisual, interactiva	n.e.	Profesorado	Información y actitudes hacia las drogas, percepción de riesgo, percepción normativa, habilidades para la vida	-
Mantente REAL (anteriormente keepin' it REAL)	Alcohol, tabaco, cannabis	Menores de 11-15 años	Universal	n.e.	Participativa	12	Profesorado	Habilidades de resistencia a la presión, habilidades personales y sociales, comunicación, asertividad, resolución de problemas	Cutrín et al. (2021)
Me llamo Marcos. Jóvenes y Estilos de Vida	Alcohol	Adolescentes de 15-18 años	Universal	n.e.	Audiovisual	n.e.	n.e.	n.e.	-
Nexus. Programa para la prevención del consumo de drogas	Alcohol, tabaco	Menores de 10-13 años	Universal	Teoría de acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), Teoría multietápica del aprendizaje social (Simons et al., 1988), Modelo de desarrollo social (Hawkins et al., 1992), Modelo evolutivo (Kandel, 1980), Teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977), Teoría del autorrechazo (Kaplan, 1996), Teoría de la búsqueda de sensaciones (Zuckerman, 1979)	Interactiva, participativa	12	Instructores formados	Información sobre drogas, percepción de riesgo, creencias normativas, influencias sociales, habilidades de resistencia, habilidades de comunicación, inteligencia emocional, autoestima, ocio y tiempo libre, tolerancia y cooperación	-
¡ÓRDAGO! Afrontar el desafío de las drogas	Alcohol, tabaco, cannabis	Menores de 12-16 años	Universal	Teoría de acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), Modelo de desarrollo social (Hawkins et al., 1992), Modelo evolutivo (Kandel, 1980), Teoría constructivista (Piaget, 1962; Vygotsky, 1962), Teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977a)	Participativa	32	Profesorado formado	Información sobre drogas, creencias, actitudes, influencias sociales, autoestima, toma de decisiones, resistencia a la presión grupal, ocio y tiempo libre	-

Programa	Sustancia	Población beneficiaria	Nivel	Modelo teórico	Metodología aplicación	Nº sesiones (nº sesiones refuerzo)	Perfil de aplicadores	Principales componentes	Publicaciones de su eficacia
PASE.bcn (ESFA)	Alcohol, tabaco	Menores de 12-13 años	Universal	ASE (de Vries et al., 1995)	Interactiva	7 (6-5 refuerzo)	Profesorado formado	Efectos de las drogas, presión grupal y publicitaria, educación normativa, habilidades de resistencia, planificación futura	Ariza et al. (2008), de Vries et al. (2003), de Vries et al. (2006)
Prevención del consumo de drogas	Alcohol, tabaco, cannabis, otras	Menores de 12-17 años	Universal	Teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977a), Modelo evolutivo (Kandel, 1980), Modelo de educación para la salud	Participativa	9	Profesorado y profesionales externos (psicólogos y pedagogos)	Conocimientos sobre drogas, toma de decisiones, presión social y grupal	-
Programa de intervención psicosocial	Alcohol	Adolescentes de 12-18 años	Universal	n.e.	Participativa	8	Profesionales externos y profesorado formado	Información sobre alcohol, mitos, percepción de riesgo, habilidades sociales y de resistencia	Moral et al. (2009)
Programa de Prevención de Drogodependencias "CINENSINO"	Alcohol, tabaco	Menores de 11-13 años y su profesorado	Universal	Teoría de acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), Hipótesis de la susceptibilidad (Mansilla y Vega, 1999)	Participativa	12	Profesorado	Conocimientos sobre drogas, riesgos, pensamiento crítico, autoestima, toma de decisiones, asertividad, resistencia a la presión de grupo, ocio saludable	-
Programa de prevención del IAMS	Alcohol, cannabis	Adolescentes de 13-18 años	Universal	Teorías evolutivas, perspectiva ecológica y teorías predictivas del consumo de drogas	Interactiva, participativa	3	Profesionales externos	Información sobre drogas, aprendizaje social e influencias sociales, percepción de riesgo	Cabrera et al. (2022)
Programa de promoción de la salud para la prevención del tabaquismo	Tabaco	Menores de 12-14 años	Universal	n.e.	Participativa	8	Profesorado	Efectos del tabaco, asertividad, habilidades de resistencia, pensamiento crítico	García et al. (2005)
Programa Engoe	Drogas en general (n.e.)	Estudiantes > 12 años, profesorado, familias y jóvenes con consumos problemáticos (14-21 años)	Universal, selectiva, indicada	Modelo comprensivo-secuencial, Teoría multisistémica	n.e.	n.e.	Profesionales externos	Habilidades emocionales y sociales, educación en valores	-
Programa escalonado de prevención escolar - "Protegiéndote"	Alcohol, tabaco, cannabis	Menores de 3-16 años, profesorado y familias	Universal	Modelo biopsicosocial	Interactiva	10	Profesorado formado	Información sobre drogas, control emocional, habilidades sociales, solución de problemas y toma de decisiones, hábitos en el aprendizaje escolar	-
Programa de Prevención de Drogodependencias para educación primaria BRÚJULA/ BRÚIXOLA	Alcohol, tabaco, otras	Menores de 6-12 años y sus familias	Universal	Teoría de acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), Teoría de la conducta planificada (Ajzen, 1985), Modelo de educación para la salud	Participativa	9	Profesorado	Hábitos saludables, habilidades sociales, identidad personal	-

Programa	Sustancia	Población beneficiaria	Nivel	Modelo teórico	Metodología aplicación	Nº sesiones (nº sesiones refuerzo)	Perfil de aplicadores	Principales componentes	Publicaciones de su eficacia
Programa preventivo en Cataluña	Tabaco	Menores de 11-15 años	Universal	n.e.	Participativa	7	Enfermeros escolares	Efectos del tabaco, influencia social y publicitaria, pensamiento crítico	Valdivieso et al. (2015)
Programa Rompecabezas	Drogas en general (n.e.)	Adolescentes de 16-21 años en situaciones de riesgo, educadores de centros de educación no-reglada/ prelaboral	Selectiva	Teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977), Modelo evolutivo (Kandel, 1980)	n.e.	n.e.	Profesorado y técnicos externos	Información sobre drogas, ocio y tiempo libre, desarrollo personal, habilidades sociales, responsabilidad en el trabajo	-
Programa Saluda	Alcohol, otras	Menores de 12-14 años	Universal	n.e.	Participativa	10	Profesorado, psicólogos, trabajadores sociales, educadores sociales, monitores, animadores socioculturales	Resolución de problemas y toma de decisiones, ocio saludable, habilidades sociales y de resistencia, información sobre drogas, compromiso público, autorrefuerzo	Espada et al. (2012), Hernández et al. (2013)
Project EX	Tabaco	Adolescentes de 14-19 años	Universal	Modelo de motivación-habilidades de afrontamiento-compromiso personal	Participativa	8	Profesorado y educadores de la salud	Autocontrol, control de la abstinencia, manejo de emociones y del estrés, establecimiento de objetivos, autoestima	Espada et al. (2014), Espada et al. (2015b), González et al. (2015), González et al. (2016), González et al. (2018)
PPCDE	Alcohol, tabaco, otras	Estudiantes de Infantil, Primaria, ESO, Bachillerato y su profesorado	Universal	Teoría de acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), Modelo evolutivo (Kandel, 1980), Teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977a), Teoría de la autoeficacia (Bandura, 1977b), Modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan (Calafat et al., 1985)	Debate/ coloquio, charlas	n.e.	Profesorado y técnicos externos	Información sobre drogas, autoestima, habilidades sociales y de resistencia, valores saludables, toma de decisiones, control emocional, ocio saludable	-
RyR2	Alcohol, tabaco, cannabis	Adolescentes de 18 años	Universal	Teorías cognitivo-conductuales y de aprendizaje social	Participativa	12-15	Profesionales externos (psicólogos y educadores)	Resolución de problemas, competencias emocionales, influencias sociales, pensamiento crítico, empatía, habilidades sociales y de negociación, valores	Alarcó-Rosales et al. (2021)
Respir@ire	Tabaco	Menores de 12-16 años	Universal	Modelo de educación para la salud	Participativa	16	Profesorado	Conocimientos sobre drogas, actitudes, habilidades sociales y de resistencia, toma de decisiones	-

Programa	Sustancia	Población beneficiaria	Nivel	Modelo teórico	Metodología aplicación	Nº sesiones (nº sesiones refuerzo)	Perfil de aplicadores	Principales componentes	Publicaciones de su eficacia
Sé Tú Mismo/a	Alcohol, tabaco, cannabis	Menores de 12-14 años	Universal	Modelos de influencia y competencia social	Interactiva	10	Expertos en prevención en drogodependencias	Habilidades de comunicación, educación emocional, empatía, asertividad, educación normativa, información sobre drogas, habilidades de resistencia	Villanueva et al. (2021)
Sobre Canyes i Petes (anteriormente xkpts.com)	Alcohol, cannabis	Menores de 14-16 años	Universal	ASE (de Vries et al., 1995)	Interactiva	5	Profesorado entrenado	Conocimientos sobre drogas, presión social y de grupo, entrenamiento de habilidades, resolución de problemas	Ariza et al. (2013)
SUSPERTU - Programa de Apoyo a Adolescentes	Alcohol, tabaco, otras	Adolescentes de 13-20 años en situaciones de riesgo y familias	Indicada	Teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977a), modelo biopsicosocial	Participativa y dinámica	25	Profesionales externos	Conocimientos sobre drogas, actitudes, autoestima, control emocional, toma de decisiones, ocio saludable, habilidades sociales y de resistencia, rendimiento escolar	-
¿Te apuntas?	Alcohol, otras	Menores de 9-11 años	Universal	Modelo de mejora de la estima (Kaplan et al., 1986), Teoría de acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), Modelo evolutivo (Kandel, 1980), Teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977a), Teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977)	Participativa	5	n.e.	Toma de decisiones y solución de problemas, habilidades sociales y de comunicación, pensamiento crítico, ocio y tiempo libre	-
Tú decides	Alcohol, tabaco, otras	Menores de 12-16 años	Universal	Modelo evolutivo (Kandel, 1980)	Interactiva	6	Profesorado formado	Información sobre drogas, toma de decisiones, habilidades sociales y de resistencia	Calafat et al. (1995)
Unplugged	Alcohol, tabaco, cannabis	Menores de 12-14 años	Universal	Modelo de influencia social (Sussman et al., 2004)	Interactiva	12	Profesorado entrenado	Conocimientos sobre drogas, habilidades sociales y de resistencia, educación normativa, habilidades intrapersonales, asertividad, pensamiento crítico, estrategias de afrontamiento, toma de decisiones, resolución de problemas, establecimiento de objetivos	Caria et al. (2011), Faggiano et al. (2007), Faggiano et al. (2008b), Faggiano et al. (2010)

Programa	Sustancia	Población beneficiaria	Nivel	Modelo teórico	Metodología aplicación	Nº sesiones (nº sesiones refuerzo)	Perfil de aplicadores	Principales componentes	Publicaciones de su eficacia
¿Vivir el momento?	Alcohol, tabaco	Menores de 12-14 años	Universal	n.e.	n.e.	5	n.e.	Resolución de problemas, habilidades de resistencia, valores prosociales, ocio saludable, pensamiento crítico	-
Y tú, ¿qué piensas?	Alcohol, tabaco, otras	Adolescentes de 13-18 años	Universal	n.e.	Audiovisual, debate	n.e.	n.e.	Ocio y tiempo libre, análisis de la publicidad y moda, habilidades interpersonales	-
Y tú, ¿qué sientes?	Drogas en general (n.e.)	Adolescentes de 13-18 años	Universal	n.e.	Audiovisual, reflexión	n.e.	n.e.	Componente emocional	-
5 top secrets sobre el cannabis	Cannabis	Adolescentes de 15-18 años	Universal	Teoría de acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975)	Participativa	7	Profesorado/ educador/ monitor	Información sobre cannabis, consecuencias, efectos, mitos	-

Nota. ASE: Attitudes-Social influences-Self-efficacy; ESFA: European Smoking Prevention Framework Approach; IAMS: Instituto de Adicciones de Madrid Salud; IVAC: Investigación, Visión, Acción y Cambio; n.e.: no especificado; PASE.bcn: Prevenció de les Addiccions a Substancies a l'Escola; RyR2: Reasoning and Rehabilitation V2.

Programas preventivos con estudios de evaluación de eficacia

ALERTA ALCOHOL

Vargas-Martínez et al. (2019) señalan que el programa mostró una reducción estadísticamente significativa de *binge drinking* a los cuatro meses de seguimiento. Este efecto era mayor cuanto mayor era la adherencia al programa, es decir, cuando se recibía un mayor número de sesiones completadas. La intervención no mostró un aumento significativo de la calidad de vida relacionada con la salud; sin embargo, se demostró que quienes redujeron el número de ocasiones de *binge drinking* percibieron una mayor calidad de vida relacionada con la salud, al igual que quienes tuvieron una mayor adherencia al programa.

Construyendo Salud

Gómez-Fraguela et al. (2002) reportan que el programa logró un incremento menor del consumo de tabaco y alcohol en el Grupo Experimental (GI) en comparación con el Grupo Control (GC), manteniendo este efecto tras 15 meses. En el seguimiento a los 27 y 39 meses, esas diferencias parecían atenuarse y dejaron de ser significativas. El seguimiento a los tres años evidenció una reducción significativa en el nivel de consumo general de cannabis, tranquilizantes y anfetaminas. Sin embargo, Luna-Adame et al. (2013) informan que no se hallaron efectos preventivos sobre el consumo de tabaco, ni inmediatos ni tras un año, pero que podía ser eficaz para evitar la escalada en el nivel de consumo de tabaco.

EmPeCemos

Romero et al. (2017) reportan que la participación en el programa se asoció con actitudes más desfavorables hacia

las drogas y menor intención de consumo de tabaco y alcohol. También se observaron efectos significativos en la prevención del consumo de tabaco, con una frecuencia menor tanto a lo largo de la vida como en el último mes en GI. No hubo diferencias significativas en la frecuencia de consumo de alcohol ni de cannabis, pero sí en la cantidad de consumo de alcohol, con un menor número de consumiciones y de episodios de embriaguez en GI respecto a GC.

En Plenas Facultades

Barón-García et al. (2021) informan que los beneficiarios del programa experimentaron una mejora significativa de su grado de conocimiento sobre drogas y sexualidad al final de las sesiones. Sin embargo, no hay evidencia sobre los efectos en el comportamiento de consumo de drogas.

ITACA

Leiva et al. (2018) informan que no hubo diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de tabaquismo regular o el inicio de tabaquismo en GI y GC. De modo que no existe evidencia de que el programa sea efectivo para prevenir el uso de tabaco en adolescentes.

Mantente REAL

Cutrín et al. (2021) señalan que en GI se observaron aumentos relativamente menores en el consumo de alcohol, en comparación con GC. Hubo una reducción estadísticamente significativa para el consumo excesivo de alcohol y los episodios de intoxicación, así como una disminución marginalmente significativa para la frecuencia y cantidad de alcohol. Por tanto, este programa mostró ser efectivo para frenar el aumento del consumo de alcohol al inicio de la adolescencia y prevenir el uso problemático.

PASE.bcn (ESFA)

Con el programa, el GI reportó una diferencia significativamente menor de fumar semanalmente, más actitudes contrarias al tabaco, así como puntuaciones significativamente más altas en autoeficacia social e intenciones negativas hacia el tabaco (de Vries et al., 2003). Los efectos significativos para las creencias sobre los beneficios de no fumar continuaron a los 24 y 30 meses de seguimiento, y para la autoeficacia social continuaron tras 30 meses (de Vries et al., 2006). A los 12, 24 y 36 meses, el número de nuevos fumadores regulares fue significativamente inferior en GI (Ariza et al., 2008); aunque, según otro estudio (de Vries et al., 2006), este efecto desaparece a largo plazo.

Programa de intervención psicosocial

Moral et al. (2009) reportan que el programa mostró una reducción significativa de la cantidad de alcohol ingerido semanalmente a los dos, siete y 12 meses de seguimiento. También mostró un fortalecimiento de actitudes contrarias al consumo de alcohol y una mayor resistencia a la presión grupal. Asimismo, en el seguimiento a los 12 meses, el fortalecimiento actitudinal se mantenía en el GI Familiar y el de Sensibilización básica, identificándose una mayor eficacia de los programas capacitadores y de entrenamiento en competencias en comparación con los que eran solamente informativos.

Programa de prevención del Instituto de Adicciones de Madrid Salud (IAMS)

Cabrera et al. (2022) reportan un descenso significativo en GI respecto a GC de la intención de consumo de alcohol y cannabis y de las actitudes positivas hacia el consumo, así como un aumento de la percepción de riesgo. Además, mostró una reducción significativa del consumo de alcohol durante el último mes y una reducción en la norma subjetiva. Sin embargo, respecto al cannabis, las diferencias en el consumo no fueron significativas y la intervención no parece producir cambios en la autoeficacia para resistir el consumo.

Programa de promoción de la salud para la prevención del tabaquismo

García et al. (2005) señalan que en GI hubo un menor aumento en la experimentación con el tabaco, así como un menor porcentaje de fumadores diarios, en comparación con GC. Asimismo, se desarrollaron más actitudes negativas hacia el consumo de tabaco. El programa presentó efectos positivos a corto plazo en la modificación de actitudes y en el consumo, pero estos disminuían a medio plazo (ocho meses de seguimiento).

Programa preventivo en Cataluña

Valdivieso et al. (2015) informan que este programa redujo la prevalencia e incidencia del tabaquismo en un 25% y un 26%, respectivamente, pero sin hallarse significación estadística. Por tanto, no existe una evidencia clara de su eficacia.

Programa Saluda

El programa aumentó las habilidades sociales y de resolución de problemas, y redujo las intenciones de uso de sustancias a corto plazo (Espada et al., 2012; Hernández et al., 2013). A los 12 meses, hubo una reducción significativa del uso de alcohol (Espada et al., 2012). Hernández et al. (2013) reportaron que redujo el porcentaje de episodios de embriaguez, disminuyó la percepción normativa, incrementó el conocimiento sobre alcohol y drogas de síntesis, y hubo un mayor porcentaje de participantes que realizaban actividades de ocio saludable (lectura y otras actividades al aire libre).

Project EX

El programa ha mostrado tener efectos inmediatos reduciendo significativamente la intención de fumar, los niveles de CO exhalado y la dependencia a la nicotina (Espada et al., 2014, 2015b; González et al., 2015, 2016, 2018). Asimismo, provocaba efectos positivos marginales en los conocimientos sobre el tabaco (Espada et al., 2014) y en la motivación para dejar de fumar (Espada et al., 2015b). Estos factores influían en que los participantes del GI redujeran su consumo de tabaco en comparación con GC (Espada et al., 2015b; González et al., 2015, 2016, 2018) y que algunos (14,28%) dejaran de fumar (Espada et al., 2015b). Estos cambios se mantenían a los seis meses (Espada et al., 2015b) y al año (González et al., 2015, 2016, 2018), lo cual muestra la eficacia del programa para reducir el consumo de tabaco a largo plazo.

Reasoning and Rehabilitation V2 (RyR2)

Alarcó-Rosales et al. (2021) señalan que, a los seis meses, en comparación con GC, GI mostró una reducción significativa en el uso de tabaco diario, el consumo de alcohol (incluido cualquier episodio de embriaguez) y la frecuencia de consumo de cannabis. Estos efectos positivos se mantuvieron a los 12 meses de seguimiento, aunque los beneficios para el uso de tabaco diario y los episodios de embriaguez mostraron cierta reducción.

Sé Tú Mismo/a

Villanueva et al. (2021) hallaron que el programa Sé Tú Mismo/a fue eficaz para moderar el aumento del consumo de cannabis en los últimos 12 meses, de modo que el GI mostró menos probabilidades de uso que GC. Además, disminuyó la probabilidad de consumo en los últimos 30 días en GI con respecto a su consumo anterior, mientras que en GC el consumo aumentó. A pesar de que a los seis meses de seguimiento los efectos preventivos disminuyeron, GI seguía teniendo menos probabilidades de consumir cannabis que GC.

Sobre Canyes i Petes

Ariza et al. (2013) informan que en el seguimiento a los 15 meses se observó una reducción significativa del 29% en los

consumidores de cannabis del último mes en el GI. Estas reducciones fueron del 34% y 36% cuando se consideraron los subgrupos de “GI aceptable” o “GI calificado”, respectivamente. Es decir, una mayor fidelidad en la implementación del programa se asoció con una mayor reducción del consumo de cannabis.

Tú Decides

Calafat et al. (1995) señalan que se evidenció un enlentecimiento en la curva de crecimiento en los consumos de alcohol y tabaco en GI frente a GC, además de otros efectos positivos (propiciaba un posicionamiento activo contra la oferta de droga, mayor responsabilidad y disponibilidad en buscar ayuda para compañeros con problemas de drogas, y una mejor comunicación familiar). En el seguimiento a los dos años todavía se mantenían los efectos positivos, aunque aumentarían los bebedores moderados en GI. En GC, el aumento del consumo fue progresivo a lo largo de todo el estudio.

Unplugged

El programa reducía significativamente los comportamientos problemáticos relacionados con el alcohol y los episodios de embriaguez (Caria et al., 2011; Faggiano et al., 2008b). Aunque no mostrara una reducción general del consumo de alcohol, los no bebedores y bebedores ocasio-

nales del GI progresaban hacia un consumo frecuente con menos frecuencia que en GC (Caria et al., 2011). A los 18 meses, la reducción del riesgo de episodios de embriaguez seguía persistiendo (Faggiano et al., 2010).

Respecto al tabaco, la prevalencia de tabaco era menor en GI incluyendo actividades con los padres comparado con GC (Faggiano et al., 2007). Asimismo, se ha mostrado una reducción en el número de cigarros diarios (Faggiano et al., 2008b). Este efecto desapareció a los 18 meses (Faggiano et al., 2010), aunque la intervención era eficaz para prevenir que los no fumadores comenzaran a fumar en comparación con GC (Faggiano et al., 2008b, 2010).

En cuanto al cannabis, se demostró que la prevalencia de uso de cannabis era significativamente menor en GI que en GC (Faggiano et al., 2007), persistiendo este efecto a los 18 meses (Faggiano et al., 2010). No obstante, los efectos en el uso de cannabis tenían una significación estadística marginal (Faggiano et al., 2008b).

Comparación de las características de los programas preventivos evaluados y los no evaluados

En la Tabla 5 se presenta la comparación de las principales características definitorias de los programas preventivos evaluados frente a los no evaluados.

Tabla 5

Comparación de las características entre los programas preventivos evaluados y los no evaluados

	Programas con evaluación de su eficacia	Programas sin evaluación de su eficacia
Sustancias	Alcohol (72,22%), tabaco (66,67%), cannabis (44,44%), otras (16,67%), n.e. (5,56%)	Alcohol (73,33%), tabaco (63,33%), cannabis (36,67%), otras (36,67%), n.e. (13,33%)
Población beneficiaria	Adolescentes de 12-14 años	Adolescentes de 10-16 años, poblaciones de riesgo
Nivel	Universal (88,89%), selectiva (5,56%), indicada (5,56%)	Universal (80%), selectiva (10%), indicada (3,33%), varios (6,67%)
Modelo teórico	Modelos de influencia social comprensivos. n.e. (38,89%)	Modelos generales de educación para la salud o biopsicosociales. Algunos modelos de influencia social. n.e. (36,67%)
Metodología de aplicación	Interactiva (<i>role-playing</i> , gamificación, debates, discusiones grupales)	Audiovisual, comunitaria, online, participativa
Nº sesiones (nº sesiones de refuerzo)	8-12 (3-9 sesiones de refuerzo). n.e. (5,56%)	5-12 (no sesiones de refuerzo). n.e. (40%)
Perfil de aplicadores	Profesorado (61,11%), profesionales externos (38,89%), enfermeros escolares (5,56%), estudiantes (5,56%)	Profesorado (60%), profesionales externos (36,67%), voluntariado (3,33%), n.e. (20%)
Principales componentes	Información sobre drogas junto con entrenamiento de habilidades generales para la vida, habilidades sociales y personales, control emocional, alternativas de ocio saludable, resistencia a la presión social y publicitaria, y educación normativa	Solo componente emocional. Solo componente informativo. Solo alternativas de ocio saludable. Algunos incluyen entrenamiento de habilidades generales para la vida

Nota. n.e.: no especificado.

Discusión

En el presente trabajo se intentó dar respuesta a en qué medida los programas preventivos escolares aplicados en España muestran características en consonancia con los estándares de programas preventivos escolares eficaces y cuáles están evaluados.

En relación al primer objetivo, consistente en determinar las características de los programas preventivos escolares aplicados, se evidencia que la prevención universal es la más desarrollada en España, siendo minoritaria la prevención selectiva e indicada. Sin embargo, según Offord (2000), los programas de prevención selectiva e indicada tienen algunas ventajas frente a los programas de prevención universal, como la posibilidad de tratar los problemas más tempranamente y ser potencialmente más eficientes; además, se han documentado efectos hasta nueve veces mayores que con los programas de prevención universal (Bröning et al., 2012). Indistintamente del nivel de prevención y en consonancia con la Teoría de las etapas de Kandel (1980), se observa que el alcohol es la sustancia que más se aborda, seguida del tabaco y, posteriormente, el cannabis. Es decir, los programas preventivos escolares se centran en el consumo de drogas legales y, minoritariamente, en las ilegales.

Respecto a los rangos de edad de la población beneficiaria, se observa una variabilidad importante. Mientras que algunos programas informan de una horquilla de 2-3 años, lo que equivaldría a su aplicación en dos cursos escolares, otros programas presentan un rango superior, llegando a ser de hasta 13 años. Esto sugiere reflexionar sobre la adecuación de los programas y sus componentes a edades concretas, tal y como se señala en la evidencia científica y en los estándares de calidad (EMCDDA, 2011; Robertson et al., 2004). No parece adecuado la aplicación de un programa preventivo en rangos de edad amplios, ya que las necesidades relacionadas con los consumos de sustancias son distintas, tal como señalan diversas teorías y autores (i.e., Jessor y Jessor, 1977; Kandel, 1980; Simons et al., 1988). También es sabido que los factores de riesgo y protección varían con la edad (Salvador y de Silva, 2010; U.S. Department of Health and Human Services, 2016), por lo que la eficacia de los distintos componentes puede ser distinta cuando se trabajan en rangos de edad amplios, complicándose la evaluación real de su eficacia.

Respecto al modelo teórico que toman de referencia estos 48 programas, y que determinan los componentes incorporados, se observa una amplia variabilidad. Lo más destacable es que el 37,5% no informa del referente teórico. Este hecho supone una limitación en el cumplimiento de los estándares de calidad, ya que se ha señalado la importancia de partir de un modelo teórico para el diseño de los programas preventivos (Becoña, 2001). Como afirman Vadrucci et al. (2016), toda intervención de prevención debe basarse en teorías reconocidas, ya que toda hipótesis debe basarse en postulados teóricos.

Siguiendo con el modelo de referencia, existe una gran variabilidad, con programas más centrados en componentes de habilidades para la vida y de influencia social, mientras que otros están más centrados en componentes informativos, emocionales y de ocio saludable. A este respecto, UNODC (2018) y Villanueva (2017) indican que la evidencia señala que son los modelos de competencia e influencia social los más eficaces.

En relación a las metodologías de aplicación, aunque todos los programas producen cambios significativos en conocimientos sobre las drogas, los no interactivos no tienen efectos positivos ni sobre las actitudes ni en la conducta de consumo (Fernández et al., 2002). Mientras que, para los programas interactivos, son varios los estudios (Cuijpers, 2002b; Fernández et al., 2002; Porath-Waller et al., 2010; Roona et al., 2000; Tobler et al., 2000) que establecen su eficacia para: a) la reducción del uso de tabaco; b) la reducción del uso de alcohol; c) la reducción de la conducción vial bajo la influencia del alcohol; d) la reducción del uso de cannabis y del uso de otras drogas ilícitas; y e) el retraso en la edad de inicio al uso de las sustancias. Por tanto, los programas meramente informativos suelen ser menos eficaces que los basados en la teoría de aprendizaje social y con una metodología activa (Moral et al., 2005), es por ello que los estándares internacionales de prevención (UNODC, 2018) recomiendan adoptar métodos interactivos en los programas preventivos.

La intensidad de aplicación del programa o número de sesiones, incluyendo las de refuerzo, también es variable; así como las metodologías de aplicación y el perfil de los implementadores. En relación al número de sesiones, UNODC (2018) y Villanueva (2017) señalan un mínimo recomendable de 10 sesiones estructuradas, con sesiones de refuerzo. De hecho, se demostró que los programas que involucran un mayor número de sesiones tienen un impacto positivo en el consumo de drogas tanto lícitas como ilícitas (Soole et al., 2008). No obstante, que un programa tenga un mayor número de sesiones o cuente con sesiones de recuerdo no significa que necesariamente vaya a ser más eficaz, pues la eficacia depende en gran medida de la orientación del programa y la metodología utilizada. Por su parte, dado que es habitual la desaparición con el transcurso del tiempo de los efectos positivos logrados a corto plazo por las intervenciones preventivas, se recomienda la posterior realización de sesiones de refuerzo o de afianzamiento (Fernández et al., 2002; McGrath et al., 2006; Ramos et al., 2010; Robertson et al., 2004).

Respecto al perfil de los implementadores, la evidencia empírica no parece tener una respuesta clara. Gázquez et al. (2011) no encontraron diferencias significativas en la reducción del consumo de tabaco cuando la intervención preventiva era realizada por docentes en comparación con psicólogos. Por otro lado, Moral et al. (2005) y Espada et al. (2002) encontraron una mayor eficacia cuando los pro-

gramas eran realizados por personas expertas. Asimismo, el alumnado que ha sido entrenado para la prevención del consumo de drogas también ha sido descrito como una buena opción (Klepp et al., 1986). Diversos autores (Espada et al., 2015a; Fernández et al., 2002; Villanueva, 2017) señalan que lo recomendable es que estén implementados por profesionales y profesorado conjuntamente, con la participación de iguales. Lo que recomiendan los estándares internacionales (UNODC, 2018) es que los programas preventivos deberían llevarse a cabo por una persona capacitada en el campo de la prevención de drogodependencias.

En definitiva, el análisis de las características de los programas preventivos escolares que se están aplicando en España permite establecer la existencia de una amplia heterogeneidad que, en muchos casos, no se corresponde con los estándares de programas preventivos escolares eficaces.

Este hallazgo nos lleva a los otros dos objetivos planteados en el estudio, referidos a qué programas preventivos han sido evaluados y cuál es su eficacia, y si estos presentan características en consonancia con la evidencia sobre programas preventivos eficaces, en contraposición a aquellos programas que no incluyen evaluación.

De los 48 programas preventivos escolares analizados, solo 18 (37,5%) cuentan con publicaciones en revistas científicas en las que se evalúan sus resultados. Los programas que cuentan con evaluaciones de su eficacia son: Project EX, Unplugged, PASE.bcn, Construyendo Salud, Programa Saluda, ALERTA ALCOHOL, En Plenas Facultades, EmPeCemos, ITACA, Mantente REAL, Programa de intervención psicosocial, Programa de prevención del IAMS, Programa de promoción de la salud para la prevención del tabaquismo, Programa preventivo en Cataluña, RyR2, Sé Tú Mismo/a, Sobre Canyes i Petes, y Tú Decides.

De estos programas que han evaluado su eficacia, los que han mostrado ser más eficaces presentan las siguientes características: a) muestran coherencia entre la edad de la población beneficiaria y los componentes que incorporan, ajustándose al rango 12-14 años, en el que la mayor prevalencia de consumo es para el alcohol, el tabaco y el cannabis, siendo estas las sustancias abordadas; b) están basados en modelos de influencia social comprensivos; c) contemplan entre 7-16 sesiones y cuentan con sesiones de refuerzo; d) incorporan componentes de conocimientos e información, habilidades sociales y personales (toma de decisiones, empatía, comunicación efectiva, control de emociones y estrés, asertividad, autoestima, motivación, resolución de problemas), ocio saludable, resistencia a la presión social y publicitaria, pensamiento crítico, entrenamiento de habilidades generales para la vida y educación normativa; y e) se aplican mediante metodologías interactivas, incluyendo actividades como *role-playing* y gamificación. Es decir, las características de estos programas están en consonancia con los estándares internacionales y la evidencia científica previa sobre programas preventivos escolares eficaces.

En definitiva, aunque son varias las consideraciones a tener en cuenta en la elección de un programa preventivo para ser implementado en una escuela, en base a los hallazgos del presente estudio los dos programas que han mostrado tener una mayor eficacia son Project EX y Unplugged. La eficacia de estos está sustentada por varios estudios, siendo consistente y por tanto la mejor elección para ser aplicados en el contexto escolar. Asimismo, Unplugged cuenta con la ventaja de que aborda tanto el consumo de alcohol, como el de tabaco y cannabis; mientras que Project EX aborda exclusivamente el uso de tabaco.

Por el contrario, los programas preventivos sin evaluación de su eficacia, o con una evaluación de eficacia limitada al componente informativo, pero no referida al cambio comportamental del consumo de sustancias, muestran unas características que distan de estar en consonancia con la evidencia sobre prevención escolar eficaz. En relación a la edad, contemplan un rango amplio, lo que supone un desajuste entre edad y componentes abordados; ya que estos programas no contemplan sesiones escalonadas por edades, sino que desarrollan el mismo programa a distintas edades. Se basan mayormente en modelos generales de educación para la salud o biopsicosociales, incorporando solo ocasionalmente aspectos de los modelos de influencia social. El número de sesiones a implementar suele ser inferior a las 10 recomendadas y generalmente no se contemplan sesiones de refuerzo. En este sentido, también es destacable que 4 de cada 10 diez programas no informan del número de sesiones, lo que es indicativo de una falta de protocolización y planificación. Los componentes incorporados son mayormente de tipo informativo, emocional o alternativas de ocio saludable, lo que contrasta con la evidencia científica; ya que establece que estos componentes son los que ofrecen menor nivel de eficacia o, incluso, pueden ser iatrogénicos si la información aportada no se ajusta a la edad (Becoña, 2001; Moral et al., 2004). Respecto a la metodología de aplicación, se señala que suele ser audiovisual, comunitaria, *online* o participativa, lo cual no permite establecer claramente el nivel de interacción, que es lo que se ha determinado como más eficaz.

Este estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, en la mayoría de casos, la evaluación del consumo de drogas se ha realizado mediante cuestionarios autocumplimentados, por lo que pueden presentar sesgos de memoria o de deseabilidad social; no obstante, hay algunos artículos que controlaron este último sesgo con la técnica de *bogus pipeline* (Luna-Adame et al., 2013). En segundo lugar, algunos estudios contaron con una muestra muy reducida (Alarcó-Rosales et al., 2021; Hernández et al., 2013; Romero et al., 2017), por lo que puede no ser representativa de la población objetivo y los resultados son difícilmente generalizables. En tercer lugar, cabe destacar el sesgo de deserción en los estudios longitudinales que se alargaron en el tiempo, debido al abandono de participantes.

Conclusiones

Los hallazgos del presente estudio señalan claramente que en España conviven dos modelos de prevención escolar de las drogodependencias. Por una parte, un modelo fundamentado en el diseño de los programas atendiendo a los principios y estándares de la prevención eficaz, que además han realizado esfuerzos por demostrar su eficacia a través de estudios científicos. Y, por otro lado, un modelo que podemos calificar de “pseudo-prevención” (Medina-Martínez y Villanueva-Blasco, 2023), entendiendo que la prevención en adicciones es una ciencia y que, consecuentemente, tanto su diseño como praxis deben estar fundamentados en la evidencia científica y la demostración de que realmente ofrece resultados preventivos.

En este sentido, los hallazgos del presente estudio convergen con la prioridad del Plan de Acción sobre Adicciones 2021-24 (DGPNSD, 2022), que establece el interés en mejorar la disponibilidad y eficacia de los programas de prevención basados en datos empíricamente contrastados, así como con el proceso de acreditación de programas a través del Portal BBPP Adicciones (DGPNSD, s.f.). Socidrogalcohol (s.f.) fue pionero en España a través de la página Prevención Basada en la Evidencia, que establecía categorías a los programas en función de si estos habían sido evaluados correctamente y si mostraban resultados positivos. Estas iniciativas orientan el camino a seguir para una mayor concienciación de la praxis de la prevención desde el marco de la evidencia científica y las buenas prácticas. Otras iniciativas complementarias pueden ser limitar la financiación pública únicamente a la aplicación de aquellos programas cuya eficacia haya sido demostrada, y a aquellos cuyo diseño se alinea con los principios de la prevención eficaz y asumen el compromiso de realizar una evaluación de su eficacia. Asimismo, es sabido que no es suficiente con disponer de programas preventivos eficaces si luego su aplicación no se realiza de manera rigurosa o, si son precisos ajustes, que estos sean informados a través de una evaluación de proceso. Por tanto, es evidente la necesidad de profesionalización de la prevención a través de la acreditación de profesionales bajo criterios estandarizados, o la exigencia de titulaciones universitarias capacitantes para el desempeño profesional.

Financiación

Este estudio ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III, Red de Investigación en Atención Primaria de Adicciones (RIAPAd; grant RD21/0009/0015).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés. Los financiadores no tuvieron ningún papel en el diseño del estudio; en la recopilación, análisis o interpretación de datos; en la redacción del manuscrito, o en la decisión de publicar los resultados.

Referencias

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. En *Action control* (pp. 11-39). Springer Berlin Heidelberg.
- Alarcó-Rosales, R., Sánchez-SanSegundo, M., Ferrer-Cascales, R., Albaladejo-Blazquez, N., Lordan, O. y Zaragoza-Martí, A. (2021). Effects of a school-based intervention for preventing substance use among adolescents at risk of academic failure: A pilot study of the Reasoning and Rehabilitation V2 program. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(11), 1488. <https://doi.org/10.3390/healthcare9111488>
- Albee, G. W. (1980). A competency model to replace the defect model. En M. Gibbs, J. Lachenmayer y J. Sigal (Eds.), *Community psychology: Theoretical and empirical approaches* (pp. 117-139). Gardner Press.
- Álvarez, V. (1987). *Metodología de la orientación educativa* [Methodology of educational guidance]. Alfar.
- Ariza, C., Nebot, M., Tomás, Z., Giménez, E., Valmayor, S., Tarilonte, V. y de Vries, H. (2008). Longitudinal effects of the European smoking prevention framework approach (ESFA) project in Spanish adolescents. *European Journal of Public Health*, 18(5), 491-497. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckn050>
- Ariza, C., Pérez, A., Sánchez-Martínez, F., Diéguez, M., Espelt, A., Pasarín, M. I., Suelves, J. M., De La Torre, R. y Nebot, M. (2013). Evaluation of the effectiveness of a school-based cannabis prevention program. *Drug and Alcohol Dependence*, 132(1-2), 257-264. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.012>
- Bandura, A. (1977a). *Social learning theory*. General Learning Press.
- Bandura, A. (1977b). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://educational-innovation.sydney.edu.au/news/pdfs/Bandura%201977.pdf>
- Barón-García, T., Gómez, S., Amatller, O., Bosque-Prous, M. y Espelt, A. (2021). Evaluación del programa de prevención universal de consumo de sustancias y prácticas sexuales de riesgo en población universitaria “En plenas facultades”: Estudio cuasiexperimental [Evaluation of the universal prevention program for substance use and risky sexual practices in the university population “In full faculties”: A quasi-experimental study]. *Revista Española de Salud Pública*, 95, e202106082. https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202106082.pdf
- Becoña, E. (2001). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas* [Theoretical bases that support drug prevention programs]. Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/bases.pdf>

- Bröning, S., Kumpfer, K., Kruse, K., Sack, P.-M., Schanig-Busch, I., Ruths, S., Moesgen, D., Pflug, E., Klein, M. y Thomasius, R. (2012). Selective prevention programs for children from substance-affected families: A comprehensive systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7(23). <https://doi.org/10.1186/1747-597X-7-23>
- Cabrera, V., Ordoñez, A., González, I., Civantos, V., Moriano, J. A. y Lloret, D. (2022). Evaluación de la eficacia de un programa de prevención escolar del consumo de alcohol y cannabis entre adolescentes [Evaluation of the effectiveness of a school prevention program for alcohol and cannabis use among adolescents]. *Revista Española de Salud Pública*, 96, e202201004. https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL96/ORIGINALES/RS96C_202201004.pdf
- Calafat, A., Amengual, M., Farres, C. y Palmer, A. (1985). Life-style and drug use habits among secondary school students. *Bulletin on Narcotics*, 37(2-3), 113-123. <https://europepmc.org/article/MED/4074998>
- Calafat, A., Amengual, M., Guimerans, C., Rodríguez-Martos, A. y Ruiz, R. (1995). "Tú decides": 10 años de un programa de prevención escolar ["You decide": 10 years of a school prevention program]. *Adicciones*, 7(4), 509-526. http://www.irefrea.eu/uploads/PDF/Calafat%20et%20al_1995_Tu%20Decides_10%20a%C3%B1os.pdf
- Caria, M. P., Faggiano, F., Bellocco, R. y Galanti, M. R. (2011). Effects of a school-based prevention program on European adolescents' patterns of alcohol use. *Journal of Adolescent Health*, 48(2), 182-188. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.06.003>
- Cuijpers, P. (2002a). Effective ingredients of school-based drug prevention programs: A systematic review. *Addictive Behaviors*, 27(6), 1009-1023. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(02\)00295-2](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(02)00295-2)
- Cuijpers, P. (2002b). Peer-led and adult-led school drug prevention: A meta-analytic comparison. *Journal of Drug Education*, 32(2), 107-119. <https://doi.org/10.2190/LPN9-KBDC-HPVB-JPTM>
- Cutrín, O., Kulis, S., Maneiro, L., MacFadden, I., Navas, M. P., Alarcón, D., Gómez-Fraguela, J. A., Villalba, C. y Marsiglia, F. F. (2021). Effectiveness of the Mantente REAL program for preventing alcohol use in Spanish adolescents. *Psychosocial Intervention*, 30(3), 113-122. <https://doi.org/10.5093/pi2020a19>
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, DGPNSD. (s.f.). *Portal de buenas prácticas en reducción de la demanda de drogas y otras adicciones* [Portal of good practices in reducing the demand for drugs and other addictions]. <http://www.buenaspracticasadicciones.es/>
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, DGPNSD. (2018). *Estrategia nacional sobre adicciones 2017-2024* [National strategy on addictions 2017-2024]. DGPNSD. https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA_N. ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, DGPNSD. (2022). *Plan de acción sobre adicciones 2021-24* [Addiction action plan 2021-24]. DGPNSD. https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PlanASA_2021-24_aprobado.pdf
- Deogan, C., Zarabi, N., Stenström, N., Högberg, P., Skärstrand, E., Manrique-Garcia, E., Neovius, K. y Månsdotter, A. (2015). Cost-effectiveness of school-based prevention of cannabis use. *Applied Health Economics Health Policy*, 13(5), 525-542. <https://doi.org/10.1007/s40258-015-0175-4>
- Espada, J. P., González, M. T., Guillén-Riquelme, A., Sun, P. y Sussman, S. (2014). Immediate effects of Project EX in Spain: A classroom-based smoking prevention and cessation intervention program. *Journal of Drug Education*, 44(1), 3-18. <https://doi.org/10.1177/0047237915573523>
- Espada, J. P., González, M. T., Orgilés, M., Lloret, D. y Guillén-Riquelme, A. (2015a). Meta-analysis of the effectiveness of school substance abuse prevention programs in Spain. *Psicothema*, 27(1), 5-12. <https://doi.org/10.7334/psicothema2014.106>
- Espada, J. P., González, M. T., Orgilés, M., Guillén-Riquelme, A., Soto, D. y Sussman, S. (2015b). Pilot clinic study of Project EX for smoking cessation with Spanish adolescents. *Addictive Behaviors*, 45, 226-231. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.02.009>
- Espada, J. P., Griffin, K. W., Pereira, J. R., Orgilés, M. y García-Fernández, J. M. (2012). Component analysis of a school-based substance use prevention program in Spain: Contributions of problem solving and social skills training content. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 13(1), 86-95. <https://doi.org/10.1007/s1121-011-0249-y>
- Espada, J. P., Méndez, F. X., Botvin, G. J., Griffin, K., Orgilés, M. y Rosa, A. I. (2002). ¿Éxito o fracaso de la prevención del abuso de drogas en el contexto escolar? Un meta-análisis de los programas en España [Success or failure of drug abuse prevention in the school context? A meta-analysis of programs in Spain]. *Psicología Conductual*, 10(3), 581-602. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/08.Espada_10-3oa.pdf
- Espada, J. P., Méndez, F. X. y Hidalgo, M. D. (2003). Cuestionario de consumo [Consumption questionnaire]. En J. P. Espada y F. X. Méndez (Eds.), *Programa Saluda: Prevención del abuso de alcohol y del consumo de drogas de síntesis* [Saluda Program: Prevention of alcohol abuse and synthetic drug use] (pp. 167-168). Pirámide.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA. (s.f.). *Xchange prevention registry*. <https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange>

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA. (2011). *European drug prevention quality standards: A manual for prevention professionals, EMCDDA manuals 7*. Publications Office of the European Union. www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards
- Faggiano, F., Galanti, M. R., Bohrn, K., Burkhart, G., Vigna-Taglianti, F., Cuomo, L., Fabiani, L., Panella, M., Perez, T., Siliquini, R., van der Kreeft, P., Vassara, M., Wiborg, G. y the EU-Dap Study Group. (2008b). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-dap cluster randomised controlled trial. *Preventive Medicine*, 47(5), 537-543. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.06.018>
- Faggiano, F., Richardson, C., Bohrn, K., Galanti, M. R. y EU-Dap Study Group. (2007). A cluster randomized controlled trial of school-based prevention of tobacco, alcohol and drug use: The EU-dap design and study population. *Preventive Medicine*, 44(2), 170-173. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2006.09.010>
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L., Gregori, D., Panella, M., Scatigna, M., Siliquini, R., Varona, L., van der Kreeft, P., Vassara, M., Wiborg, G., Galanti, M. R. y the EU-Dap Study Group. (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 108(1-2), 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.11.018>
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F. D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A. y Lemma, P. (2008a). School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. *Preventive Medicine*, 46(5), 385-396. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.11.012>
- Fernández, S., Nebot, M. y Jané, M. (2002). Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿Qué nos dicen los meta-análisis? [Evaluation of the effectiveness of school programs for the prevention of tobacco, alcohol and cannabis use: What do the meta-analyses tell us?]. *Revista Española de Salud Pública*, 76(3), 175-187. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000300002&lng=es&tying=es
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley.
- Flay, B. R. (1999). Understanding environmental, situational and intrapersonal risk and protective factors for youth tobacco use: The Theory of Triadic Influence. *Nicotine y Tobacco Research*, 1(2), S111-S114. <https://doi.org/10.1080/14622299050011911>
- García, P., Fernández, A., Sánchez, J. M., Carrillo, A., Alcaraz, J. y Abad, E. (2005). Ensayo controlado aleatorizado de un programa de promoción de la salud para la prevención del tabaquismo en un grupo de escolares [Randomized controlled trial of a health promotion program for the prevention of smoking in a group of schoolchildren]. *Revista de Calidad Asistencial*, 20(1), 4-13. [https://doi.org/10.1016/s1134-282x\(08\)74711-0](https://doi.org/10.1016/s1134-282x(08)74711-0)
- Gázquez, M., García del Castillo, J. A. y Espada, J. P. (2011). Eficacia diferencial de dos programas de prevención escolar sobre el consumo de tabaco, según el tipo de aplicador [Differential efficacy of two school prevention programs on tobacco consumption, according to the type of applicator]. *Psicothema*, 23(4), 537-543. <http://www.psicothema.es/pdf/3919.pdf>
- Gómez-Fraguela, J. A., Luengo, Á. y Romero, E. (2002). Prevención del consumo de drogas en la escuela: Cuatro años de seguimiento de un programa [Prevention of drug use at school: Four years of follow-up of a program]. *Psicothema*, 14(4), 685-692. <https://www.psicothema.com/pdf/785.pdf>
- González, M. T., Espada, J. P., Orgilés, M., Soto, D. y Sussman, S. (2015). One-year effects of Project EX in Spain: A classroom-based smoking prevention and cessation intervention program. *PloS One*, 10(6), e0130595. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130595>
- González, M. T., Espada, J. P., Orgilés, M., Morales, A. y Sussman, S. (2016). Nicotine dependence as a mediator of Project EX's effects to reduce tobacco use in scholars. *Frontiers in Psychology*, 7, 1207. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01207>
- González, M. T., Morales, A., Orgilés, M., Sussman, S. y Espada, J. P. (2018). Role of smoking intention in tobacco use reduction: A mediation analysis of an effective classroom-based prevention/cessation intervention for adolescents. *Addictive Behaviors*, 84, 186-192. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.04.013>
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. En J. A. Steinberg y M. M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders* (pp. 20-26). Department of Health and Human Services.
- Gunnell, K., Poitras, V. J. y Tod, D. (2020). Questions and answers about conducting systematic reviews in sport and exercise psychology. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 13(1), 297-318. <https://doi.org/10.1080/1750984X.2019.1695141>
- Haddaway, N. R. y McGuinness, L. (2020). *PRISMA2020: R package and ShinyApp for producing PRISMA 2020 compliant flow diagrams*. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.4287835>
- Hansen, W. B. (1992). School-based substance abuse prevention: A review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Education Research*, 7(3), 403-430. <https://doi.org/10.1093/her/7.3.403>
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.64>

- Hernández, O., Espada, J. P., Piqueras, J. A., Orgilés, M. y García, J. M. (2013). Programa de prevención del consumo de drogas Saluda: Evaluación de una nueva versión en adolescentes españoles [Saluda drug use prevention program: Evaluation of a new version in Spanish adolescents]. *Health and Addictions / Salud Y Drogas*, 13(2), 135-144. <https://doi.org/10.21134/haaj.v13i2.210>
- Hirschi, T. y Gottfredson, M. R. (1988). Towards a general theory of crime. En W. Buikhuisen y S. A. Mednick (Eds.), *Explaining criminal behaviour. Interdisciplinary approaches* (pp. 88-97). Brill.
- Hong, Q. N., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., Nicolau, B., O'Cathain, A., Rousseau, M.-C. y Vedel, I. (2018). *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). Version 2018*. McGill University. http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf
- Jessor, R. y Jessor, S. L. (1977). *Problem behaviour and psychosocial development: a longitudinal study of youth*. Academic Press.
- Kandel, D. B. (1980). Developmental stages in adolescent drug involvement. *NIDA Research Monograph*, 30, 120-127.
- Kaplan, H. B. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues*, 29(2), 345-377.
- Kaplan, H. B., Johnson, R. J. y Bailey, C. A. (1986). Self-rejection and the explanation of deviance: Refinement and elaboration of a latent structure. *Social Psychology Quarterly*, 49(2), 110-128. <https://doi.org/10.2307/2786723>
- Klepp, K. I., Halper, A. y Perry, C. L. (1986). The efficacy of peer leaders in drug abuse prevention. *Journal of School Health*, 56(9), 407-411. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.1986.tb05783.x>
- Lassi, Z. S., Salam, R. A., Das, J. K., Wazny, M. K. y Bhutta, Z. A. (2015). An unfinished agenda on adolescent health: Opportunities for interventions. *Seminars in Perinatology*, 39(5), 353-360. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2015.06.005>
- Leiva, A., Estela, A., Bannasar-Veny, M., Aguiló, A., Llobera, J. y Yáñez, A. M. (2018). Effectiveness of a complex intervention on smoking in adolescents: A cluster-randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 114, 88-94. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.06.009>
- Luna-Adame, M., Carrasco-Giménez, T. J. y Rueda-García M. M. (2013). Evaluation of the effectiveness of a smoking prevention program based on the 'Life Skills Training' approach. *Health Education Research*, 28(4), 673-682. <https://doi.org/10.1093/her/cyt061>
- Mansilla, F. y Vega, P. (1999). Hipótesis de la susceptibilidad en drogodependencia: Reflexiones para un modelo etiológico [Hypothesis of susceptibility in drug dependence: reflections for an etiological model]. *Revista Española de Drogodependencias*, 24(1), 17-30. https://www.aesd.com/descargas/revistas/v24n1_2.pdf
- McGrath, Y., Sumnall, H., McVeigh, J. y Bellis, M. (2006). Drug use prevention among young people: A review of reviews. Evidence briefing update. *National Institute for Health and clinical excellence*. <http://www.cph.org.uk/showPublication.aspx?pubid=216>
- Medina-Martínez, J. y Villanueva-Blasco, V.J. (2023). Prevention versus pseudo-prevention: A systematic review of school drug prevention and its indexing in best practice portals. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01122-x>
- Moral, M. V., Ovejero, A., Sirvent, C. y Rodríguez, F. J. (2005). Prevención e intervención psicosocial sobre el consumo juvenil de sustancias psicoactivas: Comparación de la eficacia preventiva de cuatro programas [Prevention and psychosocial intervention on the young psychoactive substances consumption: Comparison of four programs preventive efficacy]. *Psychosocial Intervention*, 14(2), 189-208. <http://www.copmadrid.org/web-copm/publicaciones/social/99051.pdf>
- Moral, M. V., Rodríguez, F. J., Ovejero, A. y Sirvent, C. (2009). Cambios actitudinales y reducción del consumo de alcohol en adolescentes a partir de un programa de intervención psicosocial [Attitudinal changes and reduction of alcohol consumption in adolescents from a psychosocial intervention program]. *Adicciones*, 21(3), 207-219. <https://doi.org/10.20882/adicciones.231>
- Moral, M. V., Sirvent, C., Ovejero, A. y Rodríguez, F. J. (2004). Comparación de la eficacia preventiva de programas de intervención psicosocial sobre las actitudes hacia el consumo juvenil de sustancias psicoactivas [Comparison of the preventive efficacy of psychosocial intervention programs on attitudes towards youth consumption of psychoactive substances]. *Trastornos Adictivos*, 6(4), 248-261. <https://www.el-sevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13069836>
- Offord, D. R. (2000). Selection of levels of prevention. *Addictive Behaviors*, 25(6), 833-842. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(00\)00132-5](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(00)00132-5)
- 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.,... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pereira, A. P. D. y Sanchez, Z. M. (2018). Drug use prevention: Factors associated with program implementation in Brazilian urban schools. *BMC Public Health*, 18, 334. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5242-y>
- Piaget, J. (1962). *Play, dreams, and imitation in childhood*. Norton.
- Porath-Waller, A. J., Beasley, E. y Beirness, D. J. (2010). A meta-analytic review of school-based prevention for cannabis use. *Health Education y Behavior*, 37(5), 709-723. <https://doi.org/10.1177/1090198110361315>

- Ramos, P., Oliva, A., Moreno, C., Lorence, B., Jiménez, A. M., Jiménez, L., Hidalgo, M. V. y Antolín, L. (2010). *Los programas escolares para la prevención del consumo de sustancias. Análisis de las claves que determinan su eficacia* [School programs for the prevention of substance use. Analysis of the keys that determine its effectiveness]. Universidad de Sevilla, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. https://personal.us.es/oliva/Libro_drogas.pdf
- Roona, M., Streke, A., Ochshorn, P., Marshall, D. y Palmer, A. (2000). Identifying effective school-based substance abuse prevention interventions. En *Background Paper for Prevention 2000 Summit*. Social Capital Development Corporation.
- Robertson, E., David, S. y Rao, S. (2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad* [How to prevent drug use in children and adolescents. A science-based guide for parents, educators, and community leaders]. NIDA. https://nida.nih.gov/sites/default/files/redbook_spanish.pdf
- Romero, E., Rodríguez, C., Villar, P. y Gómez-Fraguela, X. A. (2017). Intervención sobre problemas de conducta tempranos como prevención indicada del consumo de drogas: Siete años de seguimiento [Intervention for early conduct problems as an indicated prevention of drug use: Seven years of follow-up]. *Adicciones*, 29(3), 150-162. <https://doi.org/10.20882/adicciones.722>
- Salvador, T. y de Silva, A. (2010). *Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de drogodependencias en la comunidad autónoma de la Región de Murcia* [Guide to good practices and quality in the prevention of drug addiction in the autonomous community of the Region of Murcia]. Plan Regional sobre Drogas. http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/uploads/PDF/EG_BuenaspracticaspPrevencion_Murcia.pdf
- Simons, R. L., Conger, R. D. y Whitbeck, L. B. (1988). A multistage social learning model of the influences of family and peers upon adolescent substance abuse. *Journal of Drug Issues*, 18(3), 293-315. <https://doi.org/10.1177/002204268801800301>
- Skara, S. y Sussman, S. (2003). A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Preventive Medicine*, 37(5), 451-474. [https://doi.org/10.1016/s0091-7435\(03\)00166-x](https://doi.org/10.1016/s0091-7435(03)00166-x)
- Socidrogalcohol. (s.f.). *Prevención basada en la evidencia. Intervenciones evaluadas* [Evidence-based prevention. Interventions evaluated]. <http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=intervenciones-evaluadas>
- Soole, D. W., Mazerolle, L. y Rombouts, S. (2008). School-based drug prevention programs: A review of what works. *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 41(2), 259-286. <https://doi.org/10.1375/acri.41.2.259>
- Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., Cody, C., Biglan, T., Dent, C. W. y Newcomb, M. D. (2004). The motivation, skills, and decision-making model of “drug abuse” prevention. *Substance Use & Misuse*, 39(10-12), 1971-2016. <https://doi.org/10.1081/ja-200034769>
- Thomas, R., McLellan, J. y Perera, R. (2013). Programas escolares para la prevención del hábito de fumar [School programs for the prevention of smoking]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001293.pub3>
- Tobler, N. S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: Quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *Journal of Drug Issues*, 16(4), 537-567. <https://doi.org/10.1177/002204268601600405>
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V. y Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *The Journal of Primary Prevention*, 20(4), 275-336. <https://doi.org/10.1023/A:1021314704811>
- Tobler, N. S. y Stratton, H. H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, 18(1), 71-128. <https://doi.org/10.1023/A:1024630205999>
- United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC. (2018). *International Standard on Drug Use Prevention. Second updated edition*. UNODC. https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC-WHO_2018_prevention_standards_E.pdf
- U.S. Department of Health and Human Services, HHS. (2016). Prevention programs and policies. En *Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health*. HHS. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK424850/>
- Vadrucci, S., Vigna-Taglianti, F. D., van der Kreeft, P., Vassara, M., Scatigna, M., Faggiano, F., Burkhart, G. y EU-Dap Study Group. (2016). The theoretical model of the school-based prevention programme Unplugged. *Global Health Promotion*, 23(4), 49-58. <https://doi.org/10.1177/1757975915579800>
- Valdivieso, E., Rey-Reñones, C., Rodríguez-Blanco, T., Ferre, C., Arija, V., Barrera, M. L., Granado-Font, E., Flores-Mateo, G. y the TAB_ES Study Group. (2015). Efficacy of a smoking prevention programme in Catalan secondary schools: A cluster-randomized controlled trial in Spain. *Addiction*, 110(5), 852-860. <https://doi.org/10.1111/add.12833>
- Vargas-Martínez, A. M., Trapero-Bertran, M., Lima-Serrano, M., Anokye, N., Pokhrel, S. y Mora, T. (2019). Measuring the effects on quality of life and alcohol consumption of a program to reduce binge drinking in Spanish adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 205, 107597. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107597>
- Villanueva, V. J. (2017). Diseño y evaluación de la eficacia de un programa de habilidades para la vida en la prevención del consumo de sustancias en adolescentes [Tesis doctoral] [Design and evaluation of the effectiveness

- of a life skills program in the prevention of substance use in adolescents [Doctoral thesis]]. Universidad de Santiago de Compostela.
- Villanueva, V.J., Puig-Perez, S. y Becoña, E. (2021). Efficacy of the “Sé tú Mismo” (Be Yourself) program in prevention of cannabis use in adolescents. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19, 1214-1226. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00219-6>
- de Vries, H. (2017). An integrated approach for understanding health behavior; The I-change model as an example. *Psychology and Behavioral Science International Journal*, 2(2), 1-6. <https://doi.org/10.19080/PBSIJ.2017.02.555585>
- de Vries, H., Backvler, E., Kok, G. y Dijkstra, M. (1995). The impact of social influences in the context of attitude, self-efficacy, intention and previous behavior as predictors of smoking onset. *Journal of Applied Social Psychology*, 25(3), 237-257. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1995.tb01593.x>
- de Vries, H., Dijk, F., Wetzels, J., Mudde, A., Kremers, S., Ariza, C., Duarte, P., Fielder, A., Holm, K., Janssen, K., Lehtovuori, R. y Candel, M. (2006). The European smoking prevention framework approach (ESFA): Effects after 24 and 30 months. *Health Education Research*, 21(1), 116-132. <https://doi.org/10.1093/her/cyh048>
- de Vries, H., Mudde, A., Kremers, S., Wetzels, J., Ueters, E., Ariza, C., Duarte, P., Fielder, A., Holm, K., Janssen, K., Lehtovuori, R. y Candel, M. (2003). The European smoking prevention framework approach (ESFA): Short-term effects. *Health Education Research*, 18(6), 649-663. <https://doi.org/10.1093/her/cyg033>
- Vygotsky, L. (1962). *Thought and language*. MIT Press. <https://doi.org/10.1037/11193-000>
- Winters, K. C., Fawkes, T., Fahnhorst, T., Botzet, A. y August, G. (2007). A synthesis review of exemplary drug abuse prevention programs in the United States. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(4), 371-380. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.10.002>
- World Health Organization, WHO. (1994). *Life skills education for children and adolescents in schools*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63552>
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Erlbaum.

ORIGINAL

Retraso en el acceso al primer tratamiento para la adicción en usuarios de opiáceos

Delay among opioid users in seeking first addiction treatment

CARLOS ORTEGA-MUELA^{*}; MARÍA RODRÍGUEZ-MINCHOLÉ^{*}; RAQUEL GARCÍA-PAGE^{*}; JOSÉ PULIDO^{*,**}; JESÚS HENARES-MONTIEL^{**,***}; MARTA DONAT^{**,****}; MARÍA JOSÉ BELZA^{**,****}; LUIS SORDO^{*,**}.

^{*} Departamento de Salud Pública y Materno-Infantil. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

^{**} CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

^{***} Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

^{****} Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III.

Nota: Los tres primeros autores del presente trabajo tuvieron la misma participación en el desarrollo del mismo. Su orden en la autoría se determinó por sorteo.

Resumen

La búsqueda temprana de tratamiento para la adicción a los opiáceos se relaciona con un aumento de las posibilidades de éxito en el mismo. Los nuevos pacientes que buscan este tratamiento, y el tiempo que tardan en demandarlo, han sido escasamente descritos en España y Europa. El objetivo del presente estudio es identificar los factores individuales relacionados con el retraso en acudir por primera vez a tratamiento para la adicción a opiáceos. Se realizó un estudio transversal de consumidores de opiáceos admitidos por primera vez a tratamiento por adicción en centros públicos de la Comunidad de Madrid entre los años 2017-2019 ($n = 366$). Se estableció como variable dependiente el tiempo desde el inicio del consumo hasta el tratamiento (THT). Se realizó un análisis descriptivo general de los usuarios, seguido de un análisis bivariable tras dividir la muestra en dos grupos ($THT < 5$ años y $THT \geq 5$ años). Para identificar aquellos factores asociados a un aumento en el THT se realizó un análisis de regresión logística multivariante. El perfil principal de la población de estudio fue: varón de mediana edad, español y desempleado que consume heroína por vía fumada. La mediana de THT fue: 9,27 años para varones y 4,75 para mujeres. Los factores que se asocian a un mayor THT fueron: > 49 años (OR: 5,87; IC95% 1,73-20,00), desempleo (OR: 2,54; IC95% 1,11-5,83), bajo nivel educativo (OR: 2,18; IC95% 1,04-4,59), no tener hogar (OR: 4,18; IC95% 1,29-13,57), primer consumo fuera del domicilio (OR: 2,54; IC95% 1,11-5,84) y VHC positivo (OR: 2,97; IC95% 1,00-8,82). El retraso en acudir a tratamiento se relaciona con los usuarios de más edad y menor nivel sociocultural. Las personas en riesgo de exclusión social deben priorizarse en las intervenciones para facilitar su acceso a los servicios de tratamiento.

Palabras clave: opiáceos, heroína, retraso en tratamiento, nuevos usuarios, adicción

Abstract

Early treatment seeking for opioid addiction is related to an increased chance of treatment success. New patients seeking treatment, and the time they take to seek it, have scarcely been described in Spain and Europe. The aim of the present study was to identify individual factors related to the delay in seeking treatment for opiate addiction for the first time. A cross-sectional study of opiate users admitted for the first time to treatment for addiction in public centers in the Community of Madrid between 2017-2019 ($n = 366$) was conducted. The time from the onset of consumption to treatment (TTT) was the dependent variable. A general descriptive analysis of users was performed, followed by a bivariate analysis after dividing the sample into two groups ($TTT < 5$ years and $TTT \geq 5$ years). To identify those factors associated with an increase in TTT, a multivariate logistic regression analysis was performed. The main profile of the study population was: middle-aged, Spanish, unemployed, male, smoked heroin user. The median TTT was: 9.27 years for men and 4.75 for women. Factors associated with higher TTT were: > 49 years (OR: 5.87; 95%CI 1.73-20.00), unemployment (OR: 2.54; 95%CI 1.11-5.83), low educational level (OR: 2.18; 95%CI 1.04-4.59), homelessness (OR: 4.18; 95%CI 1.29-13.57), first use not at home (OR: 2.54; 95%CI 1.11-5.84) and HCV positive (OR: 2.97; 95%CI 1.00-8.82). Delays in seeking treatment are related to older users and lower sociocultural level. People at risk of social exclusion should be prioritized in interventions to facilitate their access to treatment services.

Keywords: opioids, heroin, treatment delay, new drug users, addiction

■ Recibido: Enero 2023; Aceptado: Octubre 2023.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

José Pulido. Departamento de Salud Pública y Materno-Infantil. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Plaza Ramón y Cajal s/n, 28040, Madrid. E-mail: josepulido@ucm.es

A finales del siglo pasado, el consumo de opiáceos (esencialmente heroína), supuso una auténtica epidemia en toda Europa, especialmente en España (de la Fuente et al., 2006). En este país, a principios de los noventa el 10,1% de todas las muertes entre los 15 y los 39 años de edad se atribuían al consumo de heroína (de la Fuente et al., 1995). Las principales causas eran dos: sobredosis e infecciones derivadas de su uso por vía parenteral, sobre todo el VIH/SIDA (de la Fuente et al., 2003). Aunque en las últimas décadas parece que se ha producido una estabilización del consumo (Cicero et al., 2014; Mur Sierra y Ortigosa Gómez, 2014; Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2022; Sánchez-Niubò et al., 2009; Sanvisens et al., 2014), el aumento generalizado del consumo de fármacos opiáceos (Salazar et al., 2020) hace de especial relevancia mejorar tanto los sistemas de detección precoz del posible aumento en el consumo, como mejorar los sistemas de tratamiento y reducción del daño en los usuarios. Los programas de intercambio de jeringuillas, el cambio de consumo inyectado a fumado y la llegada de los antirretrovirales de gran actividad fueron factores que ayudaron a disminuir drásticamente la tasa de morbilidad a partir de mediados de los noventa (Torrens et al., 2013). Pero la entrada en tratamiento de estos usuarios, en especial el tratamiento con agonistas opiáceos fue el elemento clave. Redujo las sobredosis, la transmisión de enfermedades (VIH, VHB, VHC) y mejoró la calidad de vida de los consumidores (Brugal et al., 2005; Torrens et al., 1999). Sin embargo, muchos de los pacientes necesitados de tratamiento no recurren a él y cuando lo hacen tardan bastante en solicitarlo, lo cual se relaciona con un peor pronóstico en el desarrollo de la enfermedad (Molist et al., 2018). Las causas que los usuarios señalan como barreras para solicitar tratamiento van desde su sensación de poder lidiar con el consumo ellos solos, hasta el estigma asociado, la desconfianza respecto de su eficacia o la ausencia de flexibilidad de estos tratamientos (Farhoudian et al., 2022; Hall et al., 2021; Mowbray et al., 2010). Sin embargo, existen pocos estudios (Larance et al., 2018) que determinen los factores demográficos o clínicos relacionados con la demora en la demanda de tratamiento, ninguno en el entorno europeo. Conocer estos predictores, relacionados con el retraso en acudir a tratamiento, permitiría identificar poblaciones sobre las que enfatizar las intervenciones. El objetivo de este estudio es identificar los factores relacionados con el retraso en demandar tratamiento en nuevos pacientes consumidores de opiáceos.

Métodos

Diseño, población y recolección de datos

Estudio transversal de todos los usuarios que demandaron por primera vez tratamiento por adicción a los opiáceos en cualquiera de los centros públicos de Atención a las Adicciones/Integral a Drogodependientes (CAD/CAID) de

la Comunidad de Madrid durante los años 2017, 2018 y 2019.

La información de los usuarios se extrajo de los datos del protocolo de Registro Acumulativo de Drogodependientes (RAD). El protocolo RAD es un cuestionario que se realiza a toda persona que demanda tratamiento tras el diagnóstico de su adicción durante la primera visita al centro.

Los criterios de inclusión en este estudio fueron ser adicto a heroína y/u otro opiáceo (CIE-10) y no haber sido tratado previamente en un CAD/CAID. El diagnóstico de adicción lo realiza el médico del CAD/CAID que atiende a los pacientes a su entrada en el centro. De los 4040 pacientes que demandaron tratamiento en los tres años mencionados, 3325 tenían como diagnóstico CIE la adicción a los opiáceos. De estos 3325, solo 393 declararon que este fuera su primer tratamiento y de estos en 366 se tuvo registro de la variable principal (THT), siendo esta la población de estudio.

Definiciones y variables

En los pacientes seleccionados, teniendo en cuenta la edad de admisión al tratamiento y la edad de inicio de consumo de la droga principal, se pudo calcular la variable dependiente: tiempo transcurrido desde el inicio del consumo hasta la entrada en tratamiento [en lo sucesivo “tiempo hasta tratamiento” THT].

Tras determinar la no normalidad en la distribución de esta variable, se convirtió en categórica tomando como referencia mayor o igual, o menor de 5 años de THT. Cifra empleada en artículos previos en similares poblaciones y contextos asistenciales (Bargagli et al., 2006; Larance et al., 2018), habiendo mostrado ser un punto de inflexión de mejor o peor pronóstico (Molist et al., 2018).

Las variables independientes analizadas se corresponden con las recogidas en el RAD y cumplimentadas por el médico que atiende a la primera consulta de cada usuario. Estas fueron 1) variables sociodemográficas: sexo, edad, nacionalidad (española o extranjera), situación laboral (trabajo actual o desempleado), lugar de residencia (casa/piso/apartamento o ausencia de domicilio propio), convivencia (con pareja y/o hijos, familia de origen o solo), estado civil (casado/con pareja o soltero), presencia/ausencia de hijos, fuente de referencia (por voluntad propia, derivación sociosanitaria u obligada) y nivel de estudios (superiores o inferiores a la enseñanza secundaria); 2) variables relacionadas con el consumo de sustancias: droga de consumo principal (heroína u otros opiáceos), vía de administración (parenteral u otras), frecuencia de administración (diaria o no diaria) y consumo de otras drogas en los últimos 30 días, habiendo recogido datos de alcohol, cannabis, cocaína, otros opiáceos, benzodiacepinas y otros estimulantes; 3) características relacionadas con el inicio del consumo de la sustancia principal: persona que la facilitó por primera vez (familia/pareja, amigos u otros) y el lugar del pri-

mer consumo (domicilio u otros). Finalmente, 4) variables clínicas: estado serológico para VIH (negativo, positivo o desconocido), VHC (negativo, positivo o desconocido), VHB (no inmune, inmune o desconocido) y presencia de Enfermedades de Transmisión Sexual (negativo, positivo o desconocido).

Análisis de los datos

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra para establecer las características generales de la población de estudio. Con el objetivo de identificar aquellos factores asociados a una demora en la demanda de tratamiento por adicción a opiáceos, se realizó primero un análisis bivariado, estimándose las *odds ratio* (OR) y los intervalos de confianza del 95% (IC95%) mediante la prueba de χ^2 de cada una de las variables previamente descritas en los grupos según el THT. Aquellos factores que en el análisis bivariado mostraron una significación menor de 0,05 se introdujeron en un modelo de regresión logística multivariado, para determinar los predictores de retraso en la entrada al tratamiento. Todo se realizó con el programa SPSS 25.

Resultados

Las características basales de la población de estudio fueron: 80,6% de hombres; el 43,4% tenían entre 36 y 49 años, con una media de edad de 39 (DE: 10,6 años), el 33,9% eran extranjeros, el 73,8% estaban desempleados y el 50,1% había completado al menos la educación secundaria. El 28,7% estaba casado o tenía pareja y el 18,9% tenía algún hijo (Tabla 1). En lo referente al consumo de sustancias, el 83,3% consumían heroína como opiáceo principal. En el 77,1% de los casos, el consumo de opiáceo principal era diario. La vía de administración más frecuente era la fumada (69,7%), siendo la vía parenteral usada en el 10,5% de los casos. El 42,1% tomaban más de una sustancia además de los opiáceos, destacando la cocaína (29,5%). En relación con el inicio de consumo, el 69,4% adquirió la droga por primera vez a través de amigos y solamente el 7,4% la consiguió a través de familiares o la pareja. El 85% consumió por primera vez en lugares diferentes al domicilio (Tabla 2) El 46,7% y el 45,6% desconocían su estado serológico con relación al VIH y VHC,

respectivamente, siendo un 4,4% positivos para el VIH y un 12% para el VHC (Tabla 3).

En lo referente a la variable dependiente, el 57,9% entraron a tratamiento 5 o más años después del inicio del consumo, siendo la media y mediana del THT de 11,8 años (DE: 11,4) y 8, respectivamente (figura 1). Los hombres presentaron una media y mediana de 12,7 años (DE: 11,8) y 9,21, las mujeres cifras menores de 8,1 años (DE: 8,2) y 4,75, respectivamente.

Según el análisis bivariado, los factores que se correlacionan con una mayor demora en el THT fueron: ser hombre (OR=1,66; IC95% 0,98-2,79); mayor edad, con una OR de los mayores de 49 años frente a los menores de 35 de 4,61 (IC95% 2,31-9,20); y ser nativo de España frente a extranjero (OR=1,56 (IC95% 1,00-2,41)). Las situaciones de desempleo, bajo nivel de estudios, ausencia de domicilio propio y vivir solo incrementaron el THT 1,9; 2,8; 3,25 y 4,44 veces, respectivamente (IC95% 1,18-3,05; IC95% 1,79-4,37; IC95% 1,81-5,83; IC95% 2,24-8,81) (Tabla 1).

Tanto el no consumo diario de opiáceos, como que el opiáceo principal fuera la heroína se relacionaron con mayor THT (OR=1,69; IC95% 1,01-2,83 y OR= 2,10; IC95% 1,21-3,67, respectivamente). La vía parenteral también condicionó el retraso (OR= 2,6; IC95% 1,19-5,56) (Tabla 2).

Finalmente, en el análisis bivariable la serología positiva para VIH se relacionó con una mayor demora (OR=12,4; IC95% 1,60-95,86), al igual que la positividad para VHC (OR=4,83; IC95% 2,03-11,49) (Tabla 3).

Tras realizar los modelos de regresión logística multivariante, la edad se relacionó con el retraso. En el grupo de usuarios mayores de 49 años, el riesgo de acudir más tarde se vio incrementado 5,87 veces (IC95% 1,73-20,00) frente a los menores de 35 años. Por otro lado, se estableció una relación directa con el retraso en la demanda y la situación laboral de desempleo (OR: 2,54; IC95% 1,11-5,83), la falta de estudios superiores a la educación primaria (OR: 2,18; IC95% 1,04 - 4,59) y la ausencia de un domicilio propio (OR: 4,18; IC95% 1,29-13,57). El primer consumo en un lugar distinto al domicilio también resultó ser determinante, con un riesgo 2,54 veces mayor (IC95% 1,11-5,84), al igual que la positividad para el VHC (OR: 2,97; IC95% 1,00-8,82).

Tabla 1*Características sociodemográficas y años desde inicio de consumo opiáceos a tratamiento (THT)*

	Total		THT ≥5 años		THT <5 años		OR (IC 95%)
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Mujer	71	19,4	34	47,9	37	52,1	1
Hombre	295	80,6	178	60,3	117	39,7	1,66* (0,98 - 2,79)
Edad							
≤ 35	142	38,8	66	46,5	76	53,5	1
36-49	159	43,4	94	59,1	65	40,9	1,67*** (1,06 - 2,63)
≥ 50	65	17,8	52	80,0	13	20,0	4,61*** (2,31 - 9,20)
País de nacimiento							
Extranjero	123	33,9	62	50,4	61	49,6	1
Español	240	66,1	147	61,3	93	38,8	1,56** (1,00 - 2,41)
Situación laboral							
Trabaja	96	26,2	44	45,8	52	54,2	1
No trabaja	261	73,8	161	61,7	100	38,3	1,9** (1,18 - 3,05)
Lugar de residencia							
Casa, piso o apartamento	286	78,1	149	52,1	137	47,9	1
Instituciones o en la calle	77	21	60	77,9	17	22,1	3,25*** (1,81 - 5,83)
Convivencia							
Pareja y/o hijos	126	35,3	58	46,0	68	54,0	1
Familia de origen	102	28,6	52	51,0	50	49,0	1,22*** (0,72 - 2,10)
Solo	67	18,8	53	79,1	14	20,9	4,44*** (2,24 - 8,81)
Otros	62	17,4	42	67,7	20	32,3	2,46*** (1,30 - 4,66)
Estado civil							
Casado/pareja de hecho	103	28,7	52	50,5	51	49,5	1
Otros/desconocido	256	71,3	156	60,9	100	39,1	1,53* (0,97 - 2,43)
Tiene hijos							
No	297	81,1	169	56,9	128	43,1	1
Sí	69	18,9	43	62,3	26	37,7	1,25 (0,73 - 2,15)
Fuente de referencia							
Voluntad propia	212	59,4	121	57,1	91	43,1	1
Derivación sociosanitaria	86	24,1	50	58,1	36	41,9	1,10 (0,63 - 1,74)
Obligado	59	16,5	33	55,9	26	44,1	1,00 (0,53 - 1,71)
Nivel de estudios alcanzado							
Secundarios o superiores	172	50,1	81	47,1	91	52,9	1
Primarios o inferiores	171	49,9	122	71,3	49	28,7	2,80*** (1,79 - 4,37)

*p<0,10; **p<0,05; ***p<0,01.

Tabla 2

Consumo de sustancias y años desde inicio de consumo de opiáceos a tratamiento (THT)

	Total		THT ≥5 años		THT <5 años		OR (IC 95%)
	n	%	n	%	n	%	
Opiáceo principal							
Otros opiáceos	61	16,7	26	42,6	35	57,4	1
Heroína	305	83,3	186	61,0	119	39,0	2,10*** (1,21 - 3,67)
Frecuencia de consumo opiáceo principal							
Todos los días	276	77,1	151	54,7	125	45,3	1
No todos los días	82	22,9	55	67,1	27	32,9	1,69** (1,01 - 2,83)
Uso vía parenteral ¹							
No	325	89,5	180	55,4	145	44,6	1
Sí	38	10,5	29	76,3	9	23,7	2,60** (1,19 - 5,66)
Quién facilitó el primer consumo							
Familia/pareja	26	7,4	15	57,7	11	42,3	1
Amigos	243	69,4	152	62,6	91	37,4	1,23 (0,54 - 2,78)
Otros	81	23,1	36	44,4	45	55,6	0,59 (0,24 - 1,43)
Lugar del primer consumo							
Domicilio	50	15	19	38,0	31	62,0	1
Otros	283	85	175	61,8	108	38,2	2,64** (1,42 - 4, 99)
Consumo de otras drogas ^{1,2}							
No	212	57,9	120	56,6	92	43,4	1
Sí	154	42,1	92	59,7	62	40,3	1,14 (0,75 - 1,73)
Consumo de otras drogas ²							
Cocaína							
No	224	61,2	128	57,1	96	42,9	1
Si	142	38,8	84	59,2	58	40,8	1,10 (0,71 - 1,66)
Cannabis							
Si	28	7,7	14	50,0	14	50,0	1
No	338	92,3	198	58,6	140	41,4	1,41 (0,65 - 3,06)
Alcohol							
No	343	93,7	194	56,6	149	43,4	1
Si	23	6,3	18	78,3	5	21,7	2,77** (1,00 - 7,62)
Benzodiacepinas							
No	357	97,5	204	57,1	153	42,9	1
Si	9	2,5	8	88,9	1	11,1	6,00* (0,74 - 48,47)

*p<0,10; **p<0,05; ***p<0,01. 1: La información de estas variables puede verse ampliada en ANEXO 1. 2: últimos 30 días.

Tabla 3*Situación sanitaria y años desde el inicio de consumo de opiáceos a tratamiento (THT)*

	Total		THT ≥5 años		THT <5 años		OR (IC 95%)
	n	%	n	%	n	%	
VIH							
Negativo	179	48,9	98	54,7	81	45,3	1
Positivo	16	4,4	15	93,8	1	6,3	12,4*** (1,60 - 95, 86)
Desconoce	171	46,7	99	57,9	72	42,1	1,14*** (0,75 - 1,74)
VHC							
Negativo	155	42,3	81	52,3	74	47,7	1
Positivo	44	12	37	84,1	7	15,9	4,83*** (2,03 - 11,49)
Desconoce	167	45,6	94	56,3	73	43,7	1,18*** (0,76 - 1,83)
VHB							
No inmune	86	23,5	46	53,5	40	46,5	1
Inmune	60	16,4	35	58,3	25	41,7	1,22 (0,63 - 2,37)
Desconoce	220	60,1	131	59,5	89	40,5	1,28 (0,78 - 2,11)
ETS							
No	191	52,2	109	57,1	82	42,9	1
Sí	4	1,1	3	75,0	1	25,0	2,26 (0,23 - 22,10)
Desconoce	171	46,7	100	58,5	71	41,5	1,10 (0,70 - 1,61)

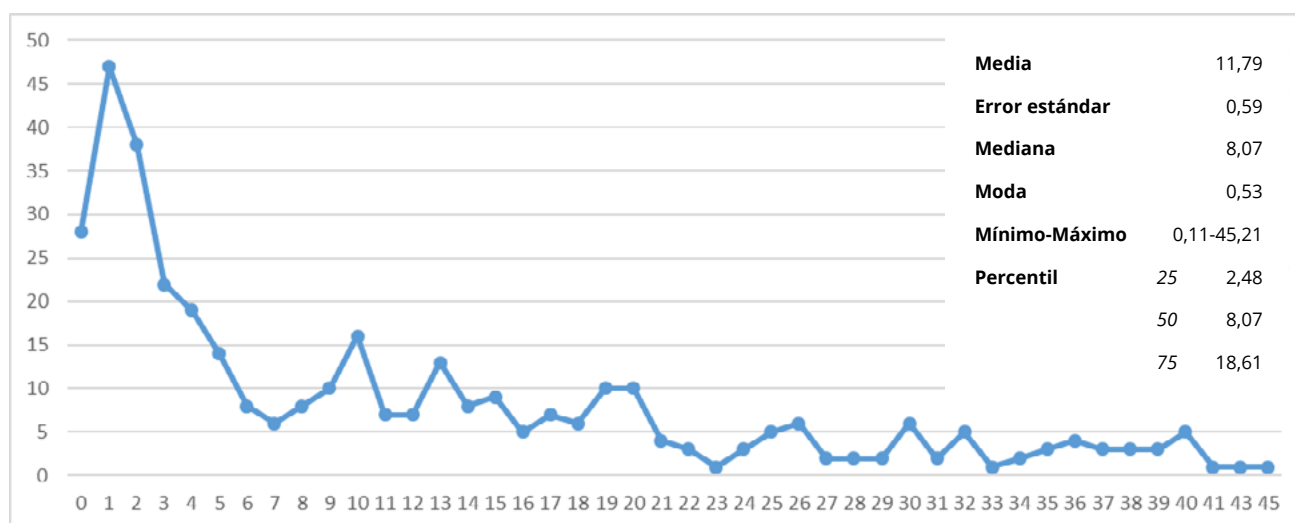
*p<0,10; **p<0,05; ***p<0,01.

Tabla 4*Factores relacionados con el retraso en la entrada a tratamiento*

Variables	Tiempo desde el inicio de consumo de opiáceos a tratamiento ≥ 5 años					
	β	OR	OR (IC 95%)		p	
Edad						
Edad < 35	Ref.					
Edad 35-49 años	-0,023	0,977	0,439	—	2,172	0,954
Edad > 49 años	1,770	5,872	1,725	—	19,995	0,005
Virus Hepatitis C positivo						
Negativo	Ref.					
Positivo	1,089	2,970	1,000	—	8,820	0,050
Lugar primer consumo						
Domicilio	Ref.					
Otros	0,933	2,543	1,108	—	5,833	0,028
Lugar de residencia						
Casa, piso o apartamento	Ref.					
Instituciones o en la calle	1,430	4,179	1,287	—	13,566	0,017
Nivel de estudios alcanzado						
Secundarios o superiores	Ref.					
Primarios o inferiores	0,780	2,182	1,039	—	4,586	0,039
Situación laboral						
Trabaja	Ref.					
No trabaja	0,933	2,543	1,108	—	5,833	0,028

Figura 1

Nº de pacientes (y) por años desde inicio de consumo a tratamiento (X). (N = 366)



Discusión

Este es el primer estudio que examina a nivel europeo los predictores sociodemográficos relacionados con un mayor transcurso de tiempo desde el inicio del consumo de opiáceos a la búsqueda de tratamiento en adictos a esta sustancia. Destacando entre ellos una mayor edad, el desempleo, no tener hogar y tener un bajo nivel educativo.

En relación a otros estudios de usuarios en este entorno (Puigdollers et al., 2004; Sánchez-Carbonell y Seus, 2000; Sanvisens et al., 2014), esta investigación revela un perfil novedoso. Por un lado, porque lo actualiza a 2019; por otro, porque describe adictos a los opiáceos que acuden a tratamiento por primera vez. El perfil medio de esta muestra es varón de 39 años, sin hijos, que reside en su propio hogar y que a su ingreso en el centro está en paro. A pesar de ser un grupo poblacional de “nuevos demandantes de tratamiento”, este patrón coincide en su mayoría con lo descrito en estudios anteriores. El género masculino, los altos índices de desempleo y el bajo nivel educativo han prevalecido en todos los estudios (de la Fuente et al., 2005; Puigdollers et al., 2004; Sánchez-Carbonell y Seus, 2000; Sanvisens et al., 2014). Tenemos usuarios nuevos, pero, más allá de ser algo más jóvenes que los que ya estaban en tratamiento, no parece que el perfil, hasta 2019, haya cambiado demasiado.

Más allá de la caracterización de la población estudiada, este estudio centra sus principales hallazgos en el tiempo desde el inicio del consumo hasta la solicitud de tratamiento (THT), variable que ha de ser discutida desde el primer momento. El estudio del THT sirve de aproximación al estudio del retraso en el tratamiento en el que se asume que, poblacionalmente, existe una relación directa entre THT y el tiempo desde el desarrollo de la adicción al inicio de la terapia (Degenhardt et al., 2019; Kessler et al., 2001; Larance et al., 2018). Aunque hay heterogeneidad en los

estudios sobre trayectorias vitales de los consumidores (Hall et al., 2021; Kessler et al., 2001), se ha descrito que desde el inicio del consumo transcurre una media de 3 años hasta el desarrollo de adicción y entre 5 (Bargagli et al., 2006; Darke, 2011, Shand et al., 2011) y 8 años (Best et al., 2008) hasta el inicio de tratamiento. Además, es relevante enfatizar que toda la población de este estudio acude a tratamiento. No tiene un grupo control de gente que no acude. Compara los que van pronto con los que van tarde, lo cual ha sido escasamente estudiado hasta el momento (Larance et al., 2018). De hecho, solo se ha encontrado un estudio previo español en el que se determinara el tiempo entre inicio de consumo y tratamiento (Flórez et al., 2015) en primeras consultas de usuarios. Su media de 10,9 años es muy similar a la encontrada en el presente estudio, si bien sus objetivos difieren del presente y no se centran en determinar los factores asociados.

Uno de los hallazgos fundamentales de este estudio es que las mujeres acuden casi 5 años antes a tratamiento que los varones. A nivel descriptivo, el hallazgo de que las mujeres tienen menor THT se corresponde con estudios previos (Darke, 2011). Este “adelanto” en acudir a tratamiento ha sido explicado de diferentes maneras. Una de ellas es que sobre las mujeres existen expectativas sociales mayores (“double standard hypothesis” (Marks y Clark, 2018)) que condicionan un mayor estigma sobre su adicción y la consiguiente mayor búsqueda temprana de tratamiento. Otra, el denominado *telescoping effect* (Marks y Clark, 2018; Ridenour et al., 2005) (aceleración en el proceso de adicción desde el inicio del consumo). Sin embargo, en nuestro estudio, cuando se realiza el análisis multivariado el género desaparece. Es decir, el franco adelanto en el THT de las mujeres se explica por factores diferentes al género. Estos factores (edad, vivienda, educación o desempleo) son los

que parecen condicionar esta realidad. No podemos generalizar mucho más de un entorno de sanidad y educación universales, pero se trata de un resultado llamativo, si bien se había descrito antes en entornos diferentes (Kessler et al., 2001; Larance et al., 2018; Stoltman et al., 2015). Parece que, en efecto, las mujeres acuden antes a tratamiento, pero debido a características diferenciales con los hombres.

Algo similar se detecta con la variable estado serológico frente al VIH. Parece que ser VIH+ se relaciona con mayor THT y sin embargo desaparece en el análisis multivariante. La infección por VIH se relaciona mucho con el uso parenteral. Uso actualmente muy minoritario tanto en esta muestra como en España (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2022). De ahí que podamos pensar que el estado de VIH sea más un marcador de mayor edad (que sí aparece relacionada con mayor THT) que un factor que condicione el retraso en acudir al tratamiento. Además, los pacientes con VIH que tienen una buena adherencia a los antiretrovirales, tienen una buena calidad de vida (González-Álvarez et al., 2019). Y precisamente todos nuestros pacientes están en contacto con los servicios sanitarios. No obstante, podría ser al revés. El mayor retraso en tratamiento facilita la prosecución de prácticas de riesgo que conllevan la transmisión del VIH.

Enlazando con la edad como factor de riesgo, hay que destacar la posibilidad de que en estos estudios aparezca un importante efecto cohorte. Iniciarse en el consumo en los años 90 o en 2010 condiciona muchas de las características de consumo posteriores, así como las posibles infecciones relacionadas. Nuestro estudio indica que a mayor edad más retraso en el THT. Nos indica una población sobre la que particularizar intervenciones, pero también nos señala que determinadas generaciones de consumidores pueden tener unas características diferenciales por haber iniciado el consumo en el momento en el que lo hicieron (Degenhardt et al., 2019). Más allá del posible efecto cohorte, en anteriores estudios se ha descrito que son los más jóvenes los que más buscan el tratamiento (Kessler et al., 2001). Este estudio daría un nuevo matiz a este resultado. No solo es que lo busquen más, es que lo buscan antes.

En contraposición al VIH, sí hay una relación de retraso en tratamiento y Hepatitis C positivo. Podría pensarse que este resultado se relaciona con que esta infección ya tiene curación: son los pacientes que no se han tratado la misma los que han estado más ajenos a los servicios asistenciales o bien se han reinfectado (Valencia et al., 2019). Podría interpretarse como que se retrasan en acudir al tratamiento sobre su adicción de la misma manera que lo hacen en referencia a la hepatitis C, que está disponible y está financiado en España. Quizá esta infección sea un marcador de peor seguimiento asistencial o de mayor separación de la sociedad (Vallejo et al., 2015). En cualquier caso, en este estudio, es más indicativa la seropositividad a Hepatitis C que a VIH como marcador de retraso.

No es fácil interpretar que un primer consumo fuera de casa se relacione con mayor retraso. Hay artículos que hablan de los lugares de la primera inyección de heroína (Day et al., 2005; Roy et al., 2002), pero no hay referencias a un primer uso no inyectado. Podría indicar que el consumo en ambientes con mayor normalización del mismo retrasa la demanda de ayuda. Ambientes, precisamente, en los que factores estructurales o contextuales contribuirían también a dificultar el acceso al tratamiento (Farhoudian et al., 2022). Por lo que este primer consumo fuera de casa podría ser un marcador del entorno en el que viven, pero se trata de una hipótesis que ha de ser confirmada por otros estudios.

Nuestros análisis han demostrado que tener un bajo nivel educativo, estar en paro y no tener casa, son marcadores independientes de retraso en acudir a los centros, como lo eran de no ir a ellos en otros estudios (Blanco et al., 2015). Todas son reflejo de una situación de exclusión social. En este caso, nuevamente se remarca la relevancia de los determinantes sociales sobre la salud de la población como su acceso a los servicios sanitarios. Tanto antes como después de la crisis del COVID-19 (Bonifonte y García, 2022; López-Pelayo et al., 2020).

Las limitaciones de este estudio son varias. A lo comentado sobre el significado del THT se suma que la edad de inicio de consumo fue autodeclarada, no exenta de posibles sesgos de memoria, si bien no parece que haya otra manera de conocer la edad de inicio. En segundo lugar, se trata de un estudio transversal que limita las relaciones de causalidad. En tercer lugar, hay que tener precauciones a la hora de generalizar los resultados obtenidos. El ámbito de este estudio son usuarios en tratamiento en centros públicos, por lo que sus resultados no pueden generalizarse al ámbito privado. No obstante se trata de una región (Madrid) en la que el acceso al tratamiento está generalizado y es mayoritario gracias a una “red de atención pública y diversificada” (Subdirección General de Adicciones, 2017). Finalmente, la limitación quizá más relevante, es que los datos empleados se obtienen de un registro usado como indicador epidemiológico, en el no están todas las variables que podrían haber sido de interés.

Los presentes resultados señalan aquellos factores que se asocian a un retraso en acudir al tratamiento. Estos parecen tener como elemento común una situación de marginación o degradación social, muy posiblemente relacionada con un cierto estilo de consumo de heroína de larga evolución, al tiempo que sirven para identificar un grupo en alto riesgo de demora en la demanda de tratamiento. Estos hallazgos sugieren la necesidad de mejorar las estrategias de búsqueda activa de casos, así como analizar barreras de acceso en especial en barrios y entornos desfavorecidos. Es un momento de incertidumbre ante el incremento en el consumo de los opiáceos medicamentosos (Salazar et al., 2020) y el miedo a su posible traslado a un aumento de adicciones.

Por eso los servicios asistenciales tienen que seguir siendo muy accesibles y tener el menor número de barreras. Para atender a los pacientes y, a la vez, detectar un posible incremento en su número.

Reconocimientos

Este estudio fue financiado por un proyecto concedido por el Instituto de Salud Carlos III - Acción Estratégica en Salud, cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) (PI19/00982).

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés.

Referencias

- Bargagli, A. M., Faggiano, F., Amato, L., Salamina, G., Davoli, M., Mathis, F., Cuomo, L., Schifano, P., Burroni, P. y Perucci, C. A. (2006). VEdE-TTE, a longitudinal study on effectiveness of treatments for heroin addiction in Italy: Study protocol and characteristics of study population. *Substance Use & Misuse*, 41(14), 1861-1879. <https://doi.org/10.1080/10826080601025482>.
- Best, D. W., Day, E., Cantillano, V., Lopez Gaston, R., Nambamali, A., Sweeting, R. y Keaney, F. (2008). Mapping heroin careers: Utilising a standardised history-taking method to assess the speed of escalation of heroin using careers in a treatment-seeking cohort. *Drug and Alcohol Review*, 27(2), 165 - 170. <https://doi.org/10.1080/09595230701829488>.
- Blanco, C., Iza, M., Rodríguez-Fernández, J. M., Baca-García, E., Wang, S. y Olfson, M. (2015). Probability and predictors of treatment-seeking for substance use disorders in the U.S. *Drug and Alcohol Dependence*, 149, 136-144. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.01.031>.
- Bonifonte, A. y García, E. (2022). Improving geographic access to methadone clinics. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 141, 108836. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2022.108836>.
- Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., Barrio, G., García de Olalla, P. y de la Fuente, L. (2005). Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain. *Addiction (Abingdon, England)*, 100(7), 981-989. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01089.x>.
- Cicero, T. J., Ellis, M. S., Surratt, H. L. y Kurtz, S. P. (2014). The changing face of heroin use in the United States: A retrospective analysis of the past 50 years. *JAMA Psychiatry*, 71(7), 821-826. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.366>.
- Darke, S. (2011). *The Life of the Heroin User: Typical Beginnings, Trajectories and Outcomes*. Cambridge University Press.
- Day, C. A., Ross, J., Dietze, P. y Dolan, K. (2005). Initiation to heroin injecting among heroin users in Sydney, Australia: Cross sectional survey. *Harm Reduction Journal*, 2(1), 2. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-2-2>.
- de la Fuente de Hoz, L., Brugal Puig, M. T., Ballesta Gómez, R., Bravo Poetela, M. J., Barrio Anta, G., Domingo Salvany, A., Silva, T. y Ambrós, M. (2005). [Cohort study methodology of the ITINERE Project on heroin users in three Spanish cities and main characteristics of the participants]. *Revista española de salud pública*, 79(4), 475-491.
- de la Fuente, L., Barrio, G., Vicente, J., Bravo, M. J. y Santacreu, J. (1995). The impact of drug-related deaths on mortality among young adults in Madrid. *American Journal of Public Health*, 85(1), 102-105. <https://doi.org/10.2105/ajph.85.1.102>.
- de La Fuente, L., Bravo, M. J., Barrio, G., Parras, F., Suárez, M., Rodés, A. y Noguer, I. (2003). Lessons from the history of the human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome epidemic among Spanish drug injectors. *Clinical Infectious Diseases : An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 37 Suppl 5, S410-415. <https://doi.org/10.1086/377562>.
- de la Fuente, Luis, Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Bravo, M. J., Neira-León, M. y Barrio, G. (2006). [More than thirty years of illicit drugs in Spain: A bitter story with some messages for the future]. *Revista española de salud pública*, 80(5), 505-520. <https://doi.org/10.1590/s1135-57272006000500009>.
- Degenhardt, L., Bharat, C., Glantz, M. D., Sampson, N. A., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L., Bunting, B., Cia, A., de Girolamo, G., de Jonge, P., Demyttenaere, K., Gureje, O., Haro, J. M., Harris, M., He, Y., Hinkov, H., Nasser, A., Karam, E.,... Kessler, R. C. (2019). Association of cohort and individual substance use with risk of transitioning to drug use, drug use disorder, and remission from disorder: Findings from the World Mental Health surveys. *JAMA Psychiatry*, 76(7), 708-720. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0163>.
- Farhoudian, A., Razaghi, E., Hooshyari, Z., Noroozi, A., Pilevari, A., Mokri, A., Mohammadi, M. y Malekinejad, M. (2022). Barriers and facilitators to substance use disorder treatment: An overview of systematic reviews. *Substance Abuse : Research and Treatment*, 16, 11782218221118462. <https://doi.org/10.1177/11782218221118462>.
- Flórez, G., López-Durán, A., Triñanes, Y., Osorio, J., Fraga, J., Fernández, J. M. y Arrojo, M. (2015). First-time admissions for opioid treatment: Cross-sectional and descriptive study of new opioid users seeking treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 2431-2440. <https://doi.org/10.2147/ndt.S84431>.
- González-Álvarez, S., Madoz-Gúrpide, A., Parro-Torres, C., Hernández-Huerta, D. y Ochoa Mangado, E. (2019).

- Relationship between alcohol consumption, whether linked to other substance use or not, and antiretroviral treatment adherence in HIV+ patients. *Adicciones*, 31(1), 8-17. <https://doi.org/10.20882/adicciones.916>.
- Hall, N., Le, L., Majmudar, I., Teesson, M. y Mihalopoulos, C. (2021). Treatment-seeking behaviour among people with opioid use disorder in the high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 16(10), e0258620. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258620>.
- Hall, N. Y., Le, L., Majmudar, I. y Mihalopoulos, C. (2021). Barriers to accessing opioid substitution treatment for opioid use disorder: A systematic review from the client perspective. *Drug and Alcohol Dependence*, 221, 108651. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108651>.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Berglund, P. A., Caraveo-Anduaga, J. J., DeWit, D. J., Greenfield, S. F., Kolody, G., Olfson, M. y Vega, W. A. (2001). Patterns and predictors of treatment seeking after onset of a substance use disorder. *Archives of General Psychiatry*, 58(11), 1065-1071. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.11.1065>.
- Larance, B., Gisev, N., Cama, E., Nelson, E. C., Darke, S., Larney, S. y Degenhardt, L. (2018). Predictors of transitions across stages of heroin use and dependence prior to treatment-seeking among people in treatment for opioid dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 191, 145-151. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.03.056>.
- López-Pelayo, H., Aubin, H.-J., Drummond, C., Dom, G., Pascual, F., Rehm, J., Saitz, R., Scafato, E. y Gual, A. (2020). «The post-COVID era»: Challenges in the treatment of substance use disorder (SUD) after the pandemic. *BMC Medicine*, 18(1), 241. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01693-9>.
- Marks, K. R. y Clark, C. D. (2018). The telescoping phenomenon: Origins in gender bias and implications for contemporary scientific inquiry. *Substance Use & Misuse*, 53(6), 901-909. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1385079>.
- Molist, G., Brugal, M. T., Barrio, G., Mesías, B., Bosque-Prous, M., Parés-Badell, O. y de la Fuente, L. (2018). Effect of ageing and time since first heroin and cocaine use on mortality from external and natural causes in a Spanish cohort of drug users. *The International Journal on Drug Policy*, 53, 8-16. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.11.011>.
- Mowbray, O., Perron, B. E., Bohnert, A. S. B., Krentzman, A. R. y Vaughn, M. G. (2010). Service use and barriers to care among heroin users: Results from a national survey. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(6), 305-310. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.503824>.
- Mur Sierra, A. y Ortigosa Gómez, S. (2014). [Is it possible a new heroin consumption epidemic in Spain?]. *Medicina clínica*, 143(9), 398-400. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2014.06.004>.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2022). *Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Subdirección General de Adicciones (2017). *Plan de Adicciones de la ciudad de Madrid 2017-2021*. Ayuntamiento de Madrid. Madrid: Madrid Salud.
- Puigdollers, E., Domingo-Salvany, A., Brugal, M. T., Torrens, M., Alvarós, J., Castillo, C., Magri, N., Martín, S. y Vázquez, J. M. (2004). Characteristics of heroin addicts entering methadone maintenance treatment: Quality of life and gender. *Substance Use & Misuse*, 39(9), 1353-1368. <https://doi.org/10.1081/ja-120039392>.
- Ridenour, T. A., Maldonado-Molina, M., Compton, W. M., Spitznagel, E. L. y Cottler, L. B. (2005). Factors associated with the transition from abuse to dependence among substance abusers: Implications for a measure of addictive liability. *Drug and Alcohol Dependence*, 80(1), 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.02.005>.
- Roy, E., Haley, N., Leclerc, P., Cédras, L. y Boivin, J. F. (2002). Drug injection among street youth: The first time. *Addiction (Abingdon, England)*, 97(8), 1003-1009. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00161.x>.
- Salazar, A., Moreno, S., De Sola, H., Moral-Munoz, J. A., Dueñas, M. y Failde, I. (2020). The evolution of opioid-related mortality and potential years of life lost in Spain from 2008 to 2017: Differences between Spain and the United States. *Current Medical Research and Opinion*, 36(2), 285-291. <https://doi.org/10.1080/03007995.2019.1684251>.
- Sánchez-Carbonell, X. y Seus, L. (2000). Ten-year survival analysis of a cohort of heroin addicts in Catalonia: The EMETYST project. *Addiction (Abingdon, England)*, 95(6), 941-948. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2000.95694110.x>.
- Sánchez-Niubò, A., Fortiana, J., Barrio, G., Suelves, J. M., Correa, J. F. y Domingo-Salvany, A. (2009). Problematic heroin use incidence trends in Spain. *Addiction (Abingdon, England)*, 104(2), 248-255. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02451.x>.
- Sanvisens, A., Rivas, I., Faure, E., Muñoz, T., Rubio, M., Fuster, D., Tor, J. y Muga, R. (2014). [Characteristics of heroin dependent patients admitted to a methadone treatment program]. *Medicina clínica*, 142(2), 53-58. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2012.10.023>.
- Shand, F. L., Degenhardt, L., Slade, T. y Nelson, E. C. (2011). Sex differences amongst dependent heroin users: Histories, clinical characteristics and predictors of other substance dependence. *Addictive behaviors*, 36, 27-36. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.08.008>.
- Stoltman, J. J. K., Woodcock, E. A., Lister, J. J., Greenwald, M. K. y Lundahl, L. H. (2015). Exploration of the telescoping effect among not-in-treatment, intensive heroin-using research volunteers. *Drug and Alcohol De-*

- pendence*, 148, 217-220. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.01.010>.
- Torrens, M., Domingo-Salvany, A., Alonso, J., Castillo, C. y San, L. (1999). Methadone and quality of life. *Lancet (London, England)*, 353(9158), 1101. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)76462-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)76462-X).
- Torrens, M., Fonseca, F., Castillo, C. y Domingo-Salvany, A. (2013). Methadone maintenance treatment in Spain: The success of a harm reduction approach. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(2), 136-141. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.111054>.
- Valencia, J., Alvaro-Meca, A., Troya, J., Cuevas, G., Gutiérrez, J., Morro, A., Alvarez, J., Pulido, L., Cañamares, I., Escobar, I., Moreno, S. y Ryan, P. (2019). High rates of early HCV reinfection after DAA treatment in people with recent drug use attended at mobile harm reduction units. *The International Journal on Drug Policy*, 72, 181-188. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.06.016>.
- Vallejo, F., Barrio, G., Brugal, M. T., Pulido, J., Toro, C., Sordo, L., Espelt, A. y Bravo, M. J. (2015). High hepatitis C virus prevalence and incidence in a community cohort of young heroin injectors in a context of extensive harm reduction programmes. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(6), 599-603. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-205070>.

Anexo 1. Desarrollo de variables relacionadas con uso de sustancias

	Total		Consumo ≥5		Consumo <5		p
	n	%	n	%	n	%	
Vía de consumo de los opiáceos							
Parenteral	38	10,5	29	76,3	9	23,7	Ref.
Oral	46	12,7	21	45,7	25	54,3	0,002
Fumada	253	69,7	139	54,9	114	45,1	0,006
Intranasal	23	6,3	18	78,3	5	21,7	0,560
Otros	3	0,8	2	66,7	1	33,3	0,578
Consumo de otras sustancias (últimos 30 días)							
No	212	57,9	120	56,6	92	43,4	Ref.
Alcohol	13	3,6	10	76,9	3	23,1	0,123
Cannabis	6	1,6	3	50	3	50	0,530
Cocaína	108	29,5	60	55,6	48	44,4	0,475
Otros opiáceos	24	6,6	18	75	6	25	0,042
Benzodiazepinas	2	0,5	1	50	1	50	0,681
Otros estimulantes	1	0,3	0	0	1	100	0,436

ORIGINAL

Uso problemático de internet entre adultos: Un estudio europeo longitudinal

Problematic Internet use among adults: A longitudinal European study

OLATZ LÓPEZ-FERNÁNDEZ *, **, ***, ****, *****; LUCÍA ROMO *****, *****; AMÉLIE ROUSSEAU *****,
BERNADETA LELONEK-KULETA *****, *****; JOANNA CHWASZCZ *****, *****; NIKO MÄNNIKÖ *****, *****;
ANN-KATHRIN GÄSSLER *****, *****; ZSOLT DEMETROVICS *****, *****;
SOPHIA ACHAB *****, *****; DARIA J. KUSS *****, *****;
MARK D. GRIFFITHS *****, *****.

* Departamento de Metodología de las ciencias del comportamiento, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España. ** Faculty of Psychology, Universidad Complutense de Madrid (UCM), Madrid, Spain. *** Faculty of Psychology and Education, Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, Spain. **** Centro de Estudios Universitarios Cardenal Cisneros – UCM, Madrid, Spain. ***** Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Servicio de Psiquiatría, Madrid, Spain. ***** EA 4430 CLIPSYD Université Paris Nanterre, Paris, France. ***** Hôpital Universitaire Raymond Poincaré, AP-HP Garches, CESP, Garches, France. ***** Psychology Department, Université Toulouse Jean Jaurès, 31058 Toulouse, France. ***** Department of Psychology, The John Paul II Catholic University of Lublin, Lublin, Poland. ***** Faculty of Medicine, University of Oulu, Oulu, Finland. ***** Centre for Research and Innovation, Oulu University of Applied Sciences, Oulu, Finland. ***** Psychotherapeutic Office Pilgrimm, Hannover, Germany. ***** Institute of Psychology, ELTE Eötvös Loránd University, 1064 Budapest, Hungary. ***** Centre of Excellence in Responsible Gaming, University of Gibraltar, Gibraltar. ***** Specialized Treatment Centre ReConnecte, University Hospitals, Geneva, Switzerland. ***** Sociological and Psychological-Research Unit, Department of Psychiatry, University of Geneva, Geneva, Switzerland. ***** Cyberpsychology Research Group, Nottingham Trent University, Nottingham, UK. ***** International Gaming Research Unit, Nottingham Trent University, Nottingham, UK.

Resumen

Existen pocos estudios transculturales que utilizan análisis longitudinales para explorar el uso problemático de internet (PIU), y apenas existen estudios en población adulta. El presente estudio de seguimiento ha comparado tres observaciones a lo largo de un período de 12 meses, una cada seis meses. Se observó el curso natural y la trayectoria del PIU en una muestra europea de adultos de 11 países (Finlandia, Alemania, Italia, España, Francia, Suiza, Hungría, Polonia, Reino Unido, Noruega, Bélgica). 139 participantes (45,5 % mujeres) con una edad promedio de 26,14 años ($DE = 5,92$) proporcionaron datos en las tres observaciones. Se detectaron efectos longitudinales en el PIU, con diferencias estadísticas entre usuarios en riesgo en comparación con usuarios sanos en las observaciones 1 y 2, y las correspondientes a las observaciones 1 y 3. Los análisis de varianza mostraron un efecto longitudinal de las observaciones en los síntomas del PIU. Se halló que el PIU fue significativamente afectado por los factores del tiempo y del tipo de usuario, y aquellos participantes clasificados como en posible riesgo de PIU obtuvieron puntuaciones más altas que los usuarios sanos, aunque el PIU disminuyó con el tiempo en ambos grupos. Además, el tipo de PIU detectado en adultos contenía una sintomatología adictiva leve. En conclusión, este estudio demostró que el PIU fue generalmente bajo entre la población adulta europea y, además, tendió a disminuir durante el período de un año, lo que contrasta con los resultados en población adolescente.

Palabras clave: adicción a internet, uso problemático de internet, investigación longitudinal, Europa, adultos

Abstract

There are few cross-cultural studies utilizing longitudinal analysis to explore problematic internet use (PIU), and almost none among adults. The present follow-up study compared three waves across 12-month period every six months and observed the natural course and trajectory of PIU in a European multi-country sample of adults from 11 countries (Finland, Germany, Italy, Spain, France, Switzerland, Hungary, Poland, UK, Norway, Belgium). A total of 139 participants (45.5% females) provided data across all three waves with an average age of 26.14 years ($SD = 5.92$). There were longitudinal effects in PIU, with statistical differences between at-risk users compared to healthy users in Waves 1 and 2, and Waves 1 and 3. The analyses of variance showed a longitudinal effect of waves on the PIU symptoms. PIU was significantly affected by time and type of user, with those classed as at-risk having higher scores than healthy users, although PIU decreased over time. In addition, the type of PIU detected in adults contained mild addictive symptoms. In conclusion, this study demonstrated that PIU was generally low among European adult population and tended to decrease over the one-year period, what contrasts with adolescent population findings.

Keywords: Internet addiction, problematic Internet use, longitudinal research, Europe, adults

■ Recibido: Abril 2023; Aceptado: Noviembre 2023.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Olatz López-Fernández. Departamento de Metodología de las ciencias del comportamiento, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia. C. de Juan del Rosal, 10, Moncloa - Aravaca, 28040, Madrid. E-mail: lopez.olatz@gmail.com

La investigación actual sugiere que el uso problemático de internet (PIU) está aumentando a nivel mundial (Carbonell et al., 2009; Carbonell et al., 2016; Lopez-Fernandez, 2015; Sixto-Costolla et al., 2021; Tran et al., 2020), siendo actividades específicas en línea (como los juegos en línea y el uso de redes sociales) su principal impulsor (Pontes et al., 2015). Para una pequeña minoría, las características inmersivas e interactivas de internet a través de dispositivos específicos ofrecen experiencias en línea gratificantes, lo que resulta en una dedicación importante de tiempo —e incluso problemática— a dicha actividad (Aboujaoude, 2010). Las investigaciones sobre el PIU se han centrado en las consecuencias negativas que tiene internet en el funcionamiento cotidiano de las personas, incluidas las tareas educativas/laborales, las relaciones sociales y/o el bienestar emocional (Anderson, 2001). Durante las últimas tres décadas, el internet y las aplicaciones que contiene se han desarrollado con rapidez y se han vuelto más accesibles, por lo que se necesita más investigación longitudinal sobre el curso natural del PIU (Aboujaoude, 2010, Anderson et al., 2017).

Una revisión sistemática de las tendencias de investigación a lo largo del tiempo sobre el uso de internet y el PIU (Anderson et al., 2017) sugirió que dicha investigación ha tendido a concentrarse en el PIU durante la adolescencia y la adultez emergente examinando áreas como (i) la falta de control de internet y el tiempo excesivo en línea, (ii) el uso compulsivo de aplicaciones en línea, (iii) las conductas adictivas con respecto a cómo el PIU afecta al individuo y (iv) las aplicaciones de internet de las que más se abusa (juegos en línea, en general). De la investigación longitudinal, muy poca estudió el uso de internet por parte de grupos de adultos a lo largo del tiempo; por tanto, abordamos esta brecha en la literatura.

En la última década, a pesar del creciente interés en la investigación sobre PIU entre los jóvenes, se ha observado una ligera disminución en algunos países cuando se investigan las trayectorias de desarrollo del PIU centradas en adolescentes. La comprensión de estas trayectorias informa la elaboración de teorías respecto del desarrollo de la psicopatología y los juicios clínicos en relación con el riesgo y el pronóstico (O'Connor et al., 2020). La investigación longitudinal de PIU se ha basado en herramientas de autoevaluación (Anderson et al., 2017), como la Escala de uso compulsivo de internet (CIUS) (Meerkerk et al., 2009), que operacionalizan el PIU como sigue: (i) consideran que el PIU implica un continuo con diversos grados de sintomatología, (ii) presuponen que el PIU impacta a los individuos y su contexto, (iii) aplican escalas de Likert a los ítems, y (iv) tienden a utilizarse en muestras comunitarias. El presente estudio utilizó una versión corta de la CIUS porque ha sido validada a nivel internacional (López-Fernández et al., 2019) para abordar la brecha relacionada con la falta de investigación longitudinal que incluya una muestra de adultos de distintos países europeos.

Un estudio longitudinal español (Carbonell et al., 2018) con cuatro observaciones entre 2006-2017 reportó un au-

mento inicial de PIU entre los adultos emergentes entre las dos primeras observaciones (2006-2013), a las que siguió una disminución entre las observaciones dos y tres (2013-2015) y ningún aumento entre las observaciones tres y cuatro (2015-2017). Otros estudios longitudinales asiáticos similares realizados con la población adolescente informaron una tasa de disminución de PIU a lo largo del tiempo (Choi et al., 2019; Li et al., 2019; Yu y Sheck, 2013), incluso sin efecto alguno con respecto al tipo de usuario de internet (es decir, usuarios de alto riesgo frente a usuarios de bajo riesgo) (Choi et al., 2019; Li et al., 2019). Es importante probar la estabilidad o fluctuación del PIU porque hay poca evidencia empírica sobre la trayectoria natural del PIU (Lau et al., 2017), en particular en adultos.

Un estudio de seguimiento de un año que examinó la remisión espontánea de PIU entre adolescentes alemanes mostró que la regulación emocional eficiente era un predictor de la disminución de PIU (Wartberg y Lindenberg, 2020). Sin embargo, hasta la fecha ningún estudio longitudinal ha abordado la trayectoria natural del PIU entre adultos, excepto uno que examinó la trayectoria del juego en línea problemático (King et al., 2013). Este estudio de tres observaciones examinó una trayectoria de 18 meses entre los jugadores adultos en línea habituales de Australia y encontró que los grupos de usuarios problemáticos y no problemáticos experimentaron una disminución significativa en el juego en línea problemático. De manera similar, el presente estudio examinó si el PIU permanecería estable o fluctuaría durante el período de un año para abordar la brecha en la evidencia empírica asociada con la trayectoria natural del PIU.

Dada la literatura antes mencionada, el presente estudio tuvo como objetivo principal examinar longitudinalmente el PIU en una muestra de países europeos a lo largo de tres observaciones para investigar su curso natural y trayectoria en relación con el uso riesgoso y no riesgoso de internet en cada observación.

Método

Participantes

El presente estudio comprendió una muestra de conveniencia con características similares de 11 países europeos (Finlandia, Alemania, Italia, España, Francia, Suiza, Hungría, Polonia, Reino Unido, Noruega, Bélgica) para estudiar el PIU en Europa (López-Fernández et al., 2023). Los países seleccionados participaban en el Proyecto Marie Curie sobre Trastornos por uso de tecnología, que tenía entre sus objetivos examinar longitudinalmente la trayectoria de PIU durante un año. La Universidad Católica de Lovaina (UCLouvain) en Bélgica era el centro coordinador. La muestra total de este seguimiento estuvo compuesta por 139 participantes (45,5% mujeres) con una edad promedio de 26,14 años ($DT = 5,92$) que proporcionaron datos en las tres observaciones.

Procedimiento

Así, el estudio longitudinal comprendió tres observaciones (es decir, una cada seis meses). Los datos se recopilaban entre febrero y mayo de 2015 en la primera observación, y se realizaron evaluaciones al inicio del estudio en todos los países. Las recopilaciones de datos posteriores para las dos observaciones siguientes solo se realizaron en seguimientos de seis y 12 meses (es decir, los datos para la segunda observación se recopilaron entre septiembre y diciembre de 2015, y los datos para la tercera observación se recopilaron entre febrero y mayo de 2016). Los participantes se reclutaron principalmente en entornos académicos a través de una encuesta en línea adaptada a los idiomas de los países estudiados, cuyos patrones sociodemográficos y de uso transculturales descriptivos se publicaron en otros lugares (López-Fernández et al., 2023). El método de reclutamiento consistió en invitar a estudiantes y personal de las universidades (a través de redes universitarias tanto en línea como fuera de internet), así como invitar a otros adultos (p. ej., a través de códigos QR difundidos por las redes sociales). La recopilación de datos se hizo por parte de académicos con experiencia en el ámbito de investigación del PIU y que habían participado en la adaptación multilingüe de la CIUS abreviada en alemán con cinco ítems (Besser et al., 2017), en concreto la CIUS-5 (López-Fernández et al., 2019).

El comité de ética del Instituto de Investigación en Ciencias Psicológicas de UCLouvain otorgó la aprobación de ética, que validó la Comisión Europea. La primera página web contenía un formulario de consentimiento, en la que los participantes creaban un código siguiendo las instrucciones (López-Fernández et al., 2022) y también se les pedía un correo electrónico para invitarlos a las encuestas de seguimiento. Se proporcionó anonimato y confidencialidad a los participantes en el estudio longitudinal.

Mediciones

La encuesta en línea se administró utilizando el programa *Qualtrics*, que incluyó preguntas sobre información sociodemográfica, actividades en línea y PIU, entre otros instrumentos no incluidos en el presente estudio. Para obtener información más detallada, consulte los artículos publicados anteriormente del proyecto Tech Use Disorders (TUD) (López-Fernández et al., 2019, 2022, 2023).

El PIU se evaluó utilizando una versión corta de la CIUS con cinco ítems (CIUS-5; Besser et al., 2017; traducción y adaptación psicométrica con invarianza de medición por López-Fernández et al., 2019), llamada la versión abreviada de la CIUS. Utiliza cinco ítems de la CIUS original de 14 ítems (Meerkerk et al., 2009). La CIUS-5 se puntúa en una escala Likert de cinco puntos (es decir, de 0 '*nunca*' hasta 4 '*muy a menudo*') y la puntuación general varía entre 0 y 20, donde las puntuaciones más altas indican una mayor gravedad de PIU. En cuanto al punto de corte, aquellos que obtuvieron una puntuación mayor o igual a 15 fueron considerados en ries-

go de PIU (es decir, correspondiente a una puntuación de al menos 3 [*a menudo*] en cada ítem). El punto de corte original propuesta por Besser et al. —7 de 20 (Besser et al., 2017)— tuvo el mejor ajuste para la detección de casos y arrojó una sensibilidad de 0,95 y una especificidad de 0,87 en una muestra alemana. Sin embargo, según estudios transculturales previos con las versiones cortas del CIUS (López-Fernández et al., 2019, 2023), un punto de corte más alto de muestras transculturales europeas constituye un punto de corte más conservador para estimar los potenciales usuarios en riesgo frente a aquellos definidos como usuarios sanos. La CIUS-5 tiene buena validez y fiabilidad (p. ej., alfa de Cronbach [α]=0,77; Besser et al., 2017). Los alfa de Cronbach en el presente estudio eran adecuados en las tres observaciones (Observación 1: $\alpha = 0,74$; Observación 2: $\alpha = 0,77$; Observación 3: $\alpha = 0,76$).

Análisis estadístico

En la Observación 1, los análisis descriptivos (es decir, media [M] y las desviaciones estándar [DE] para las variables continuas, y las proporciones [M] y los porcentajes [%] para las variables categóricas) se calcularon para la muestra para determinar las características sociodemográficas y la prevalencia de PIU. Para probar la fiabilidad de la CIUS-5 en cada observación, se calcularon los coeficientes alfa de Cronbach. Para realizar el análisis de ítems de la CIUS-5 en cada observación (descriptivos y cargas factoriales), se realizaron análisis factoriales exploratorios (AFE) individuales para cada observación para probar el modelo unidimensional utilizando la técnica de componentes principales con el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett para confirmar la adecuación de la muestra y el procedimiento, respectivamente. El análisis arrojó un factor con eigenvalores superiores a 1 (carga factorial $> 0,6$), aceptable en base a su varianza explicada. Con respecto a las tres observaciones, se investigó el curso natural y la trayectoria de PIU tanto para usuarios potenciales 'en riesgo' como 'sanos' en las tres observaciones utilizando el enfoque conservador a partir de los puntos de corte (15 de 20; López-Fernández et al., 2019). Para examinar las trayectorias, se realizó un análisis unifactorial de varianza (ANOVA) para un factor (CIUS-5 con cada punto de corte) para estimar longitudinalmente los efectos principales de cada observación en las puntuaciones en la CIUS-5. Se utilizó IBM SPSS 21 para todos los análisis.

Resultados

Datos sociodemográficos y PIU

De los 139 usuarios en las tres observaciones, las puntuaciones promedio de la CIUS-5 disminuyeron ligeramente en cada punto temporal (Observación 1: $M = 6,50$, $DE = 3,84$; Observación 2: $M = 5,73$, $DE = 3,27$, Observación 3: $M = 5,65$, $DE = 3,26$). La asociación entre la edad y cada una de las puntuaciones de las observaciones mostró

Tabla 1

Análisis de ítems (número de ítem, enunciado de ítem, media, desviación estándar, carga factorial) por cada observación

Ítem	CIUS-5 Enunciado	M (DE), CF Observación 1	M (DE), CF Observación 2	M (DE), CF Observación 3
1	¿Te ha resultado difícil dejar de usar internet cuando estabas conectado?	1,73 (1,15), 0,77	1,50 (0,91), 0,75	1,49(0,90), 0,78
2	¿Tus padres o amigos te dicen que deberías pasar menos tiempo en internet?	0,78 (1,08), 0,64	0,62 (0,75), 0,72	0,59 (0,84), 0,64
3	¿Duermes menos por estar conectado a internet?	1,12 (1,12), 0,77	1,04 (0,95), 0,72	0,99 (0,97), 0,75
4	¿Descuidas tus obligaciones (trabajo, deberes o estar con la familia) porque prefieres conectarte a internet?	0,90(1,04), 0,69	0,67(0,88), 0,78	0,71(0,88), 0,73
5	¿Te conectas a internet cuando estás 'de bajón'?	1,97 (1,09), 0,63	1,90 (1,01), 0,67	1,86 (0,99), 0,65

Nota. Las instrucciones fueron "¿Con qué frecuencia...?"; M = media, DE = desviación estándar, CF = carga factorial; *** $p < 0,001$, todas son cargas estandarizadas.

relaciones inversas significativas entre la edad y la puntuación en la CIUS-5 en cada observación ($r_{\text{observación1}} = -0,27$, $p = 0,002$; $r_{\text{observación2}} = -0,24$, $p = 0,004$; $r_{\text{observación3}} = -0,19$, $p = 0,023$). Sin embargo, al comparar el género y cada una de las puntuaciones de las observaciones, ninguno de los resultados era significativo, lo que implica que no hubo efecto alguno de género con respecto a los resultados en la CIUS-5 en el estudio (Observación 1: $t_{137} = -0,37$, $p = 0,716$; Observación 2: $t_{137} = 0,12$, $p = 0,902$; Observación 3: $t_{137} = 4,22$, $p = 0,674$).

Análisis factorial de la CIUS-5 en las tres observaciones

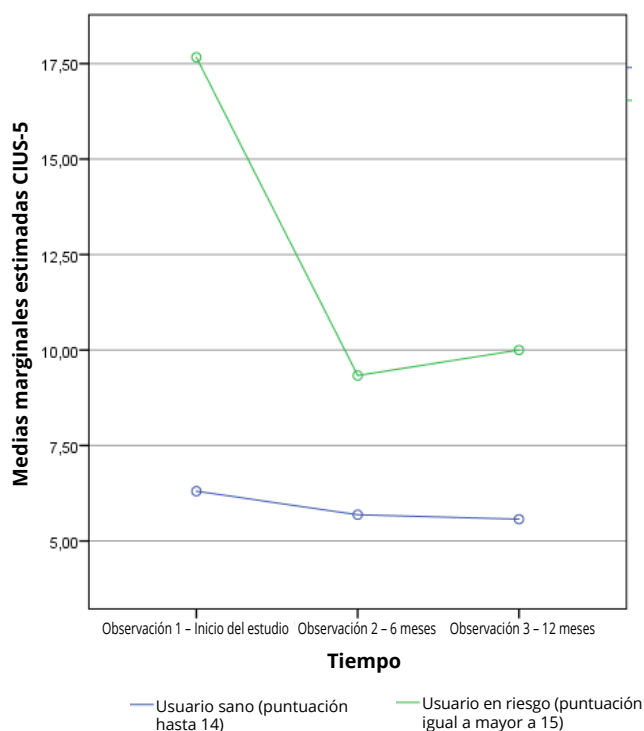
La Tabla 1 muestra el análisis factorial de cada uno de los cinco ítems de la CIUS abreviada dentro de cada Observación. La validez factorial de la Observación 1 con AFE

(KMO = 0,77; prueba de Bartlett: $\chi^2(10) = 139,99$; $p < 0,001$) produjo un factor con eigenvalores superiores a 1 y cargas factoriales superiores a 0,6 (consulte la Tabla 1). El factor PIU entre adultos europeos explicó el 49,45% de la varianza total. Esto fue similar en la Observación 2 (KMO = 0,83; prueba de Bartlett: $\chi^2(10) = 162,09$; $p < 0,001$; varianza 53,15%) y la Observación 3 (KMO = 0,80; prueba de Bartlett: $\chi^2(10) = 147,09$; $p < 0,001$; variación 50,86).

Se puede observar que los síntomas con puntuaciones promedio más altas eran el Ítem 5 y el Ítem 1 que se refieren a la sintomatología relativa a la modificación del estado de ánimo y a la pérdida de control, respectivamente. Los síntomas relacionados con la sintomatología de adicción más grave, como el Ítem 2 y el Ítem 4 (conflicto con otras áreas de la vida del individuo [es decir, deterioro funcional]) tuvieron puntuaciones más bajas. Un síntoma asociado con la psicopatología general parecía tener una presencia moderadamente baja (es decir, problemas de sueño asociados con el uso de internet).

Figura 1

Trayectorias medias de síntomas de uso problemático de internet evaluados con la CIUS-5 para usuarios en riesgo frente a usuarios sanos según el punto de corte de López-Fernández et al. en tres observaciones cada seis meses



Prevalencia

Al aplicar el enfoque conservador para determinar el riesgo probable de PIU (López-Fernández et al., 2023), hubo puntuaciones en la CIUS-5 claramente más altas solo en la Observación 1 ($M_{\text{Observación1}} = 17,67$, $DE = 2,08$, $M_{\text{Observación2}} = 9,33$, $DE = 8,50$ y $M_{\text{Observación3}} = 10,00$, $DE = 3,61$), mientras que los usuarios sanos obtuvieron puntuaciones más bajas en la CIUS-5. El patrón ofrece claridad con respecto a aquellos con un mayor riesgo potencial de PIU, que eran diferentes de aquellos que no tenían PIU y que permanecieron altamente comparables en las tres observaciones ($M_{\text{Observación1}} = 6,30$, $DE = 3,46$, $M_{\text{Observación2}} = 5,69$, $DE = 3,08$, y $M_{\text{Observación3}} = 5,57$, $DE = 3,20$). De hecho, observando la Figura 1, un número considerable de usuarios en riesgo en la Observación 1 ya no estaban en riesgo en las Observaciones 2 y 3, aparte de un ligero aumento en la tercera observación, pero esto no era significativo entre las dos últimas observaciones en este grupo problemático. De hecho, se convirtieron en usuarios 'sanos' (es decir, puntuaciones inferiores a 15 en la CIUS-5).

En la Figura 1, los hallazgos del segundo ANOVA mostraron un efecto longitudinal de las observaciones en la

CIUS-5 (Greenhouse-Geisser $F_{(1,69, 229,85)} = 14,56, p < 0,001, \eta^2 = ,10$). La prueba de Mauchly indicó que también se violaba el supuesto de esfericidad ($\chi^2 = 27,35, p < 0,001$), por lo que se utilizaron pruebas multivariante ($\epsilon = 0,85$). El tiempo (es decir, las tres observaciones) y el tipo de usuario (es decir, usuarios sanos frente a usuarios en riesgo) afectaron significativamente al PIU, y los usuarios en riesgo obtuvieron puntuaciones más altas que los usuarios sanos, especialmente en la Observación 1 ($V = 0,14, F_{(2, 135)} = 10,55, p < 0,001, \eta^2 = ,14$). Estos hallazgos sugieren que las puntuaciones de la CIUS-5 fueron inestables a lo largo del tiempo, especialmente entre la Observación 1 y la Observación 2 (diferencia $M = 4,47, p < 0,001$) y Observación 1 y Observación 3 (diferencia $M = 4,20, p < 0,001$) porque no hubo diferencias significativas entre las Observaciones 2 y 3 (diferencia $M = -0,27, p = 1,000$). Por tanto, los resultados indican que el PIU disminuyó con el tiempo en el presente estudio.

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo investigar el PIU longitudinalmente analizando una muestra extraída de 11 países europeos incluidos en el proyecto TUD e investigar el curso natural y la trayectoria de PIU en relación con el uso saludable y en riesgo de internet durante el período de un año en una población adulta y abordando varios vacíos en la literatura, un grupo de población con escasos estudios de seguimiento.

Es notable este estudio porque proporciona un análisis longitudinal del PIU entre adultos. De manera más específica, el estudio define el PIU como el uso compulsivo de diversas aplicaciones en línea. Este nivel de detalle ayuda a aclarar y profundizar la comprensión de este fenómeno complejo (Anderson et al., 2017). Nuestro estudio utilizó una versión breve de la CIUS original (Meerkerk et al., 2009), el CIUS abreviado (Besser et al., 2017) y sus adaptaciones transculturales (López-Fernández et al., 2019). La muestra estuvo compuesta principalmente por adultos jóvenes y de mediana edad, ya que, aunque la edad promedio era de 26 años, el rango era de 38 años en toda la muestra. Según un reciente metanálisis sobre la adicción a internet entre 2017-2020 (Lozano-Blasco et al., 2022), la edad media era de 23,55 años, lo que significa que la edad media del presente estudio es superior a la de estudios recientes. Es más, la asociación inversa encontrada entre la edad y el PIU es un hallazgo típico en el campo y resalta el hecho de que los usuarios más jóvenes tienden a tener mayor PIU. Sin embargo, al considerar cuestiones de género, aunque la muestra estuvo desequilibrada, no produjo diferencias significativas en cuanto a la medida del PIU, lo que puede deberse a los grupos de edad y al hecho de que se estudió el PIU generalizado y no el PIU específico (Davis, 2001), como los juegos en línea o el uso de redes sociales.

Respecto a los hallazgos derivados del análisis de los ítems de la CIUS-5, cabe destacar que la principal sintomatología

adictiva era la modificación del estado de ánimo y la pérdida de control, que en el caso de la modificación del estado de ánimo es uno de los síntomas de adicción menos severos. En la literatura se ha debatido la pérdida de control. Por ejemplo, Griffiths (2013) argumentó que la pérdida de control no siempre está presente en las adicciones conductuales, aunque sí mencionó la pérdida de control como componente central del conflicto. Además, los ítems asociados con el deterioro funcional obtuvieron puntuaciones más bajas en la CIUS, lo que respalda la idea de que la CIUS abreviada evalúa más los aspectos compulsivos del PIU que sus aspectos adictivos. Se abre el debate sobre si el PIU evaluado con la CIUS-5 puede o no considerarse un trastorno médico (Telles Correia et al., 2022). Claramente, el constructo (Anderson et al., 2017) tiene un componente psicosocial de angustia y discapacidad con respecto a un patrón generalizado de uso de dispositivos en línea, pero el componente biológico aún no está claro. Sin embargo, los problemas de sueño surgieron como un síntoma moderado; gran parte de la literatura ha demostrado su asociación con el PIU (Aboujaoude, 2010), aunque, en general, se relaciona con mayor frecuencia con poblaciones de adolescentes (Kokka et al., 2021).

La prevalencia de PIU en el presente estudio se estimó durante el período de un año de estudio en tres observaciones diferentes. El uso del enfoque conservador de los autores actuales (López-Fernández et al., 2023) era probablemente más preciso para estimar la proporción real de personas en riesgo de PIU, dadas las estimaciones de prevalencia significativamente más bajas. En relación con el aspecto longitudinal del presente estudio, el método de estimación de prevalencia mostró que los mismos usuarios tendieron a disminuir su uso en línea incluso en el seguimiento a los seis meses (Observación 2). Los hallazgos indicaron que los síntomas de PIU (es decir, falta de control, alteraciones del sueño, negligencia en las obligaciones, sentimiento de tristeza y modificación del estado de ánimo) fluctuaron con el tiempo, tanto para los usuarios de internet en riesgo como para los sanos. Estos hallazgos sugieren una disminución natural del PIU con el tiempo, e incluso una posible recuperación natural del PIU en la adultez.

A pesar de los numerosos estudios de prevalencia que evalúan el PIU, todavía existe una comprensión limitada del proceso de recuperación natural sin intervenciones o de los factores que pueden predecir el proceso de curación (Lau et al., 2017). Sin embargo, estudios recientes han demostrado una reducción de los síntomas adictivos, lo que indica una baja estabilidad temporal de los síntomas y altas tasas de remisión espontánea durante un año (Lindenberg et al., 2022; Wartberg y Lindenberg, 2020). Conviene mencionar que esto podría ser una regresión al efecto medio o una mayor concienciación sobre el problema (Rothmund et al., 2018), en particular entre los usuarios adultos en el presente estudio. De hecho, solo un estudio ha examinado la remisión espontánea y sus causas longitudinalmente y ha informado que podrían ser factores protectores prometedores una ma-

yor autoeficacia, menores niveles de estrategias de regulación emocional desadaptativas, menor depresión y ansiedad y menor procrastinación (Wartberg y Lindenberg, 2020).

Más importante aún, estar en riesgo de PIU, en general, era bajo y tendió a cambiar positivamente a lo largo del tiempo porque el PIU tuvo una disminución significativa después de seis meses y la tendencia se mantuvo en los seis meses siguientes (es decir, un año después de la recopilación inicial de datos). Esto sugiere que puede haber una disminución del PIU con el tiempo en todos los países, no solo en las poblaciones de adolescentes (O'Connor et al., 2020; Yu y Shek, 2013), sino también entre adultos (es decir, una puntuación por debajo de 15 en la CIUS-5, lo considerado como no en riesgo, López-Fernández et al., 2023). Estos hallazgos son similares a otros estudios longitudinales respecto a las puntuaciones progresivamente más bajas de PIU a lo largo del tiempo (Carbonell et al., 2009, 2016, 2018; Choi et al., 2019, Li et al., 2019, Yu y Shek, 2013). La disminución observada en el PIU a lo largo de un año puede deberse a diversos factores protectores internos y externos. Respecto a los factores internos, la mayoría de los usuarios eran adultos jóvenes y de mediana edad con un nivel educativo más alto y, como población adulta, es posible que hayan desarrollado habilidades de afrontamiento en el transcurso de un año (Kalaitzaki et al., 2022), o que hayan mostrado atributos psicológicos positivos, como felicidad, resiliencia, esperanza, autocontrol y habilidades de autogestión (Hidalgo-Fuentes et al., 2023; Yilmaz y Yilmaz, 2023). En cuanto a los factores externos, un entorno familiar estable y un entorno de apoyo pueden haber contribuido a la disminución. Estos hallazgos sugieren que los factores protectores pueden desempeñar un papel crucial en la mitigación del PIU.

Las limitaciones del presente estudio incluyen muestras no probabilísticas recopiladas mediante muestreo de bola de nieve en línea y datos basados en autoinformes (López-Fernández et al., 2023). Además, debido a la tasa de abandono, solo aquellos que completaron la encuesta en las tres observaciones se analizaron longitudinalmente, lo que resultó en un tamaño muestral pequeño (3,51% de la muestra inicial total). Esto imposibilitó la comparación entre países. Además, los datos se recopilaron en 2015-2016, pero escasean los estudios longitudinales entre este grupo de edad en Europa. Estos elementos limitan la generalización de los hallazgos actuales. Sin embargo, la validez interna se ha asegurado en función de la medida utilizada (la CIUS-5 validado entre países; López-Fernández et al., 2019), y el seguimiento de los mismos participantes durante tres observaciones en un año, lo que es una fortaleza del presente estudio longitudinal que no se logró en todos los estudios similares anteriores (Choi et al., 2019; Li et al., 2019). Es importante señalar que los datos se recopilaron antes del inicio de la pandemia de la COVID-19, lo que requiere cautela al interpretar los hallazgos. De particular interés es el hecho de que, hasta donde saben los autores, no se ha publicado

ningún estudio longitudinal que examine el PIU con poblaciones adultas. Dada la pertinencia actual de este tema, se justifica realizar más investigaciones para comprender mejor las implicaciones a largo plazo del PIU entre adultos.

Aunque el PIU está presente en las sociedades industrializadas, parece que el PIU disminuye a medida que la gente envejece. Sin embargo, una pequeña proporción de usuarios todavía tiene un problema principalmente relacionado con cambios de humor, pérdida de control y problemas de sueño, independientemente de género. El presente estudio aporta evidencia de que el PIU se asocia longitudinalmente con angustia, disfunción y consecuencias como problemas de sueño que, desde un punto de vista diagnóstico, parecen ser útiles (Kokka et al., 2021). Parece importante seguir proporcionando estudios de seguimiento con poblaciones adultas, e incluso de mayor edad, si es posible, a medida que los usuarios problemáticos actuales envejecen. Parece que el PIU (aunque disminuye con la edad) puede seguir siendo un problema a largo plazo para una minoría de adultos. Con respecto al PIU tanto en su forma general como en su forma específica, también es necesario realizar estudios longitudinales entre formas específicas (p. ej., uso de redes sociales, juegos de azar en línea, compras en línea, etc.). Además, es probable que una mayor cantidad de información individual y contextual refleje más precisamente los tipos de factores relacionados con (y asociados con) el uso de las tecnologías en línea actuales, como el consumo de drogas, el factor académico/laboral y los problemas psicosociales (Secades-Villa et al. otros, 2014).

En conclusión, el presente estudio aborda una serie de vacíos de investigación con respecto a la necesidad de estudios longitudinales que examinen el PIU entre poblaciones adultas con escalas validadas para comparaciones transculturales. Hasta la fecha, no hay ningún estudio longitudinal previo que incluya adultos en una muestra europea que explore la trayectoria de PIU y compare a las personas evaluadas como potencialmente en riesgo de PIU frente a usuarios en línea sanos. Más importante aún, parece que el riesgo autoinformado de PIU era generalmente bajo en todas las muestras y cambió de forma positiva (es decir, el PIU disminuyó en el transcurso de las tres observaciones a los seis meses de seguimiento), lo que demuestra una posible remisión o recuperación natural. Sin embargo, se debe tener precaución debido al pequeño tamaño muestral de quienes proporcionaron datos en las tres observaciones del estudio.

Contribuciones de los autores

La primera autora, Olatz López-Fernández, era la investigadora principal, desarrolló el concepto y diseño del estudio, realizó el análisis estadístico y la interpretación inicial de los datos, supervisó el proyecto y redactó el primer borrador. Daria J. Kuss y Mark D. Griffiths revisaron el manuscrito, aportaron comentarios y sugerencias, y supervisaron desde el segundo borrador hasta el manuscrito definitivo. Todos

los coautores contribuyeron a adaptar la versión corta de la encuesta a sus idiomas, recopilar datos en sus respectivos países y revisar las versiones posteriores hasta la redacción final del manuscrito bajo la supervisión de Olatz López-Fernández y Mark D. Griffiths. Todos los autores han leído y aceptado la versión publicada del manuscrito.

Financiación

Esta investigación recibió financiación por parte de la Comisión Europea, título de subvención: Trastornos por uso de tecnología: proyecto europeo de estudios experimentales y longitudinales transculturales sobre usos problemáticos de internet y teléfonos inteligentes; código: FP7-PEOPLE-2013-IEF-627999. También contó con el apoyo de la Oficina Nacional de Investigación, Desarrollo e Innovación de Hungría (KKP126835).

Reconocimientos

Trastornos por uso de tecnología (FP7-PEOPLE-627999) otorgado a Olatz López-Fernández. Se reconoce a las siguientes personas por su contribución al proyecto TUD, como supervisor (Joël Billieux) y como coinvestigadores (Halley Pontes, Adriano Schimmenti, Alessia Passanisi, Laurence Kern, Yannick Morvan, Hans-Jürgen Rumpf, Anja Bischof, Orsolya Király, Pierluigi Graziani, Maria Kääriäinen, Nils Inge Landrø, Juan José Zacarés, Emilia Serra, Mariano Chóliz, Lucien Rochat, y Daniele Zullino).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses excepto Mark D. Griffiths, quien ha recibido financiación para investigación de *Norsk Tipping* (operador de juegos de azar propiedad del gobierno noruego). También ha recibido financiación para una serie de proyectos de investigación en el área de educación sobre el juego para jóvenes, responsabilidad social en el juego y tratamiento del juego de Gamble Aware (anteriormente Responsibility in Gambling Trust), un organismo benéfico que financia su programa de investigación con donaciones de la industria del juego. Realiza consultorías para diversas empresas de juego en el ámbito de la responsabilidad social en el juego.

Referencias

- Aboujaoude, E. (2010). Problematic Internet use: An overview. *World Psychiatry*, 9(2), 85–90. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00278.x>
- Anderson, K. J. (2001). Internet use among college students: An exploratory study. *Journal of American College Health*, 50(1), 21–26. <https://doi.org/10.1080/07448480109595707>
- Anderson, E. L., Steen, E. y Stavropoulos, V. (2017). Internet use and problematic internet use: A systematic review of longitudinal research trends in adolescence and emergent adulthood. *International Journal of Adolescence and Youth*, 22(4), 430–454. <https://doi.org/10.1080/02673843.2016.1227716>
- Besser, B., Rumpf, H. J., Bischof, A., Meerkerk, G. J., Higuchi, S. y Bischof, G. (2017). Internet-related disorders: Development of the Short Compulsive Internet Use Scale. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 20(11), 709–717. <https://doi.org/10.1089/cyber.2017.0260>
- Carbonell, X., Chamarro, A., Oberst, U., Rodrigo, B. y Prades, M. (2018). Problematic use of the internet and smartphones in university students: 2006–2017. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(3), 475. <https://doi.org/10.3390/ijerph15030475>
- Carbonell, X., Guardiola, E., Beranuy, M. y Bellés, A. (2009). A bibliometric analysis of the scientific literature on internet, video games, and cell phone addiction. *Journal of the Medical Library Association*, 97(2), 102–107. <https://doi.org/10.3163/1536-5050.97.2.006>
- Carbonell, X., Guardiola, E., Fuster, H., Gil, F. y Panova, T. (2016). Trends in scientific literature on addiction to the internet, video games, and cell phones from 2006 to 2010. *International Journal of Preventive Medicine*, 7, 63. <https://doi.org/10.4103/2008-7802.179511>
- Choi, B. Y., Huh, S., Kim, D. J., Suh, S. W., Lee, S. K. y Potenza, M. N. (2019). Transitions in problematic internet use: A one-year longitudinal study of boys. *Psychiatry Investigation*, 16(6), 433–442. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.04.02.1>
- Davis, R. A. (2001). Cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human Behavior*, 17(2), 187–195. [https://doi.org/10.1016/S0747-5632\(00\)00041-8](https://doi.org/10.1016/S0747-5632(00)00041-8)
- Hidalgo-Fuentes, S., Martí-Vilar, M. y Ruiz-Ordoñez, Y. (2023). Problematic internet use and resilience: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Reports*, 13(1), 337–350. <https://doi.org/10.3390/nursrep13010032>
- Griffiths, M. D. (2013). Is “loss of control” always a consequence of addiction? *Frontiers in Psychiatry*, 4, 36. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00036>
- Kalaitzaki, A., Laconi, S. y Tsouvelas, G. (2022). Problematic internet, smartphone, and SMS use among adults: Shared and unique predictors. *Journal of Research in Health Sciences*, 22(4), e00562. <https://doi.org/10.34172/jrhs.2022.97>
- King, D. L., Delfabbro, P. H. y Griffiths, M. D. (2013). Trajectories of problem video gaming among adult regular gamers: An 18-month longitudinal study. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 16(1), 72–76. <https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0062>
- Kokka, I., Mourikis, I., Nicolaides, N. C., Darviri, C., Chrousos, G. P., Kanaka-Gantenbein, C. y Bacopoulou, F. (2021). Exploring the effects of Problematic Internet Use on adolescent sleep: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 760. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020760>

- Lau, J. T. F., Wu, A. M. S., Gross, D. L., Cheng, K. M. y Lau, M. M. C. (2017). Is Internet addiction transitory or persistent? Incidence and prospective predictors of remission of internet addiction among Chinese secondary school students. *Addictive Behaviors*, 74, 55–62. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.05.034>
- Li, G., Hou, G., Yang, D., Jian, H. y Wang, W. (2019). Relationship between anxiety, depression, sex, obesity, and internet addiction in Chinese adolescents: A short-term longitudinal study. *Addictive Behaviors*, 90, 421–427. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.12.009>
- Lindenberg, K., Kindt, S. y Szász-Janócha, C. (2022). Effectiveness of cognitive behavioral therapy-based intervention in preventing gaming disorder and unspecified internet use disorder in adolescents: A cluster randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 5(2), e2148995. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.48995>
- Lopez-Fernandez, O. (2015). How has internet addiction research evolved since the advent of internet gaming disorder? An overview of cyberaddictions from a psychological perspective. *Current Addiction Reports*, 2, 263–271. <https://doi.org/10.1007/s40429-015-0067-6>
- Lopez-Fernandez, O., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Dawes, C., Pontes, H. M., Justice, L., Rumpf, H. J., Bischof, A., Gässler, A. K., Suryani, E., Männikkö, N., Kääriäinen, M., Romo, L., Morvan, Y., Kern, L., Graziani, P., Rousseau, A., Hormes, J. M., Schimmenti, A., Passanisi, A.,... Billieux, J. (2019). Cross-cultural validation of the Compulsive Internet Use Scale in four forms and eight languages. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 22(7), 451–464. <https://doi.org/10.1089/cyber.2018.0731>
- Lopez-Fernandez, O., Romo, L., Kern, L., Rousseau, A., Graziani, P., Rochat, L., Achab, S., Zullino, D., Landrø, N. I., Zacarés, J. J., Serra, E., Chóliz, M., Pontes, H. M., Griffiths, M. D. y Kuss, D. J. (2022). Perceptions underlying addictive technology use patterns: Insights for cognitive-behavioural therapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 544. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010544>
- Lopez-Fernandez, O., Romo, L., Kern, L., Rousseau, A., Lelonek-Kuleta, B., Chwaszcz, J., Männikkö, N., Rumpf, H. J., Bischof, A., Király, O., Gässler, A. K., Graziani, P., Kääriäinen, M., Landrø, N. I., Zacarés, J. J., Chóliz, M., Dufour, M., Rochat, L., Zullino, D., Achab, S.,... Kuss, D. J. (2023). Problematic internet use among adults: A cross-cultural study in 15 countries. *Journal of Clinical Medicine*, 12(3), 1027. <https://doi.org/10.3390/jcm12031027>
- Lozano-Blasco, R., Robres, A. Q. y Sánchez, A. S. (2022). Internet addiction in young adults: A meta-analysis and systematic review. *Computers in Human Behavior*, 107201. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2022.107201>
- Meerkerk, G. J., Van Den Eijnden, R. J., Vermulst, A. A. y Garretsen, H. F. (2009). The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): Some psychometric properties. *CyberPsychology & Behavior*, 12(1), 1–6. <https://doi.org/10.1089/cpb.2008.0181>
- O'Connor, C., Downs, J., Shetty, H. y McNicholas, F. (2020). Diagnostic trajectories in child and adolescent mental health services: Exploring the prevalence and patterns of diagnostic adjustments in an electronic mental health case register. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(8), 1111–1123. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01428-z>
- Pontes, H. M., Szabo, A. y Griffiths, M. D. (2015). The impact of Internet-based specific activities on the perceptions of Internet addiction, quality of life, and excessive usage: A cross-sectional study. *Addictive Behaviors Reports*, 1, 19–25. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2015.03.002>
- Rothmund, T., Klimmt, C. y Gollwitzer, M. (2018). Low temporal stability of excessive video game use in German adolescents. *Journal of Media Psychology: Theories, Methods, and Applications*, 30(2), 53–65. <https://doi.org/10.1027/1864-1105/a000177>
- Secades-Villa, R., Calafat, A., Fernández-Hermida, J. R., Juan, M., Duch, M., Skärstrand, E., Becoña, E. y Talic, S. (2014). Duration of Internet use and adverse psychosocial effects among European adolescents. *Adicciones*, 26(3), 247–253. <https://doi.org/10.20882/adicciones.6>
- Sixto-Costoya, A., Castelló-Cogollos, L., Aleixandre-Benavent, R. y Valderrama-Zurián, J. C. (2021). Global scientific production regarding behavioral addictions: An analysis of the literature from 1995 to 2019. *Addictive Behaviors Reports*, 14, 100371. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2021.100371>
- Telles Correia, D., Stoyanov, D. y Rocha Neto, H. G. (2022). How to define today a medical disorder? Biological and psychosocial disadvantages as the paramount criteria. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 28(6), 1195–1204. <https://doi.org/10.1111/jep.13592>
- Tran, B. X., Ha, G. H., Vu, G. T., Hoang, C. L., Nguyen, S. H., Nguyen, C. T., Latkin, C. A., Tam, W. W., Ho, C. S. H. y Ho, R. C. M. (2020). How have excessive electronics devices and internet uses been concerned? Implications for global research agenda from a bibliometric analysis. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(2), 469–482. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00031>
- Wartberg, L. y Lindenberg, K. (2020). Predictors of spontaneous remission of problematic internet use in adolescence: A one-year follow-up study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 448. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020448>
- Yilmaz, R. y Karaoglan Yilmaz, F. G. (2023). Problematic internet use in adults: The role of happiness, psychological resilience, dispositional hope, and self-control and self-management. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 41, 727–745. <https://doi.org/10.1007/s10942-022-00482-y>
- Yu, L. y Shek, D. T. (2013). Internet addiction in Hong Kong adolescents: A three-year longitudinal study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 26(3 Suppl), S10–S17. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2013.03.010>

ORIGINAL

Factores asociados al abuso de videojuegos en mujeres adolescentes

Factors associated with videogame abuse among adolescent women

MÓNICA BERNALDO-DE-QUIRÓS*; LUCÍA HERRERA*; IVÁN SÁNCHEZ-IGLESIAS**; IGNACIO FERNÁNDEZ-ARIAS*; FRANCISCO ESTUPIÑÁ*; MARTA LABRADOR*; MARINA VALLEJO-ACHÓN*; FRANCISCO J. LABRADOR*.

* Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

** Departamento de Psicobiología y Metodología en Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

Resumen

Jugar a videojuegos puede convertirse en una conducta problemática. Los factores asociados a esta transición han sido ampliamente estudiados en varones, mientras que entre las mujeres es un campo aún no suficientemente abordado. El objetivo de este trabajo fue identificar qué factores de riesgo pueden estar asociados al uso problemático de videojuegos en mujeres adolescentes. En concreto, analizar el potencial predictivo de los hábitos de juego, la sintomatología psicopatológica y las cogniciones desadaptativas relacionadas con los videojuegos. Mediante muestreo aleatorio estratificado de los centros educativos de la Comunidad de Madrid se obtuvo una muestra de 536 mujeres (12-17 años) ($M=13.91$; $DT=1.57$), a las que se aplicó el *Gamertest*, un sistema experto online para evaluar el uso problemático de videojuegos. Un 2,8% de las adolescentes presentaban un uso problemático de videojuegos, y tan sólo un 0,7% un Trastorno por Juego en Internet. Las principales variables predictoras identificadas fueron: las cogniciones relacionadas con compulsión y preocupación, el promedio de días de juego a la semana y la sintomatología ansiosa. Los resultados obtenidos se suman a los escasos estudios realizados en mujeres y ponen de manifiesto la necesidad de prestar atención, especialmente, a las cogniciones desadaptativas relacionadas con los videojuegos en la prevención y tratamiento de estos problemas.

Palabras clave: videojuegos, Trastorno de Juego en Internet, factores de riesgo, mujeres, adolescentes

Abstract

Playing video games can become a problem behavior. The factors associated with this transition have been widely studied in males, while among females it is a field that has not yet been sufficiently addressed. The objective of this study was to determine the prevalence of problematic video game use in adolescent females and the associated risk factors. Specifically, to analyze the predictive potential of videogaming habits, psychopathological symptomatology and maladaptive gaming cognitions. A sample of 536 females (12-17 years old) ($M=13.91$; $SD=1.57$) was obtained by stratified random sampling from educational centers in the Community of Madrid, to whom the *Gamertest*, an online expert system to assess problematic video game use, was administered. 2.8% of the adolescent girls had a problematic video game use, and only 0.7% had an Internet Gaming Disorder. The main predictive variables identified were: cognitions related to compulsion and preoccupation, average number of gaming days per week and anxious symptomatology. The results obtained are in addition to the few studies carried out in women and highlight the need to pay special attention to the maladaptive gaming cognitions in the prevention and treatment of these problems.

Keywords: video games, Internet Gaming Disorder, risk factors, females, adolescent

■ Recibido: Junio 2023; Aceptado: Enero 2024.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Mónica Bernaldo-de-Quirós. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas s/n. 28223-Madrid.
E-mail: mbquiros@psi.ucm.es

El Juego a Videojuegos (JVJ) se ha convertido en una actividad de ocio, en especial para adolescentes, cada vez más pujante. Su rápida progresión se ve facilitada por la disponibilidad de una mayor variedad de videojuegos (VJ), más atractivos, por una mayor accesibilidad de éstos desde distintos dispositivos, así como por una gran aceptación social. La encuesta de la Asociación Española de Videojuegos (AEVI, 2021), señala que 18,1 millones de españoles dedicaron, durante el año 2021, una media de ocho horas semanales al JVJ, de ellos el 74% tenía entre 15 y 24 años. Así, según la última encuesta ESTUDES, en España el 70% de los estudiantes que han jugado a VJ lo han hecho sin invertir dinero para mejorar sus habilidades o personajes del juego, aunque un 20,1% reconoce haberse gastado 50€, un 5% entre 50 y 100€, y un 4,4% más de 100€ en esta mejora (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDA], 2023). La mayoría de los jugadores muestran un uso responsable de los VJ, pero cada vez más estudios señalan que cierto porcentaje de jugadores muestran un patrón inadecuado de JVJ (Paulus et al., 2018). Esto ha generado gran alarma social, pues se constata que el uso inadecuado o problemático del JVJ afecta especialmente a los adolescentes (Mihara y Higuchi, 2017). Además del peligro en sí de un uso problemático de los VJ, éste se ha asociado, en numerosos estudios, a la presencia de problemas psicopatológicos, familiares y sociales. Reflejo de esta situación es la inclusión en el DSM-5 (APA, 2013) del *Internet Gaming Disorder* (IGD) (Trastorno por uso de Videojuegos en Internet) como una categoría de estudio en su sección III. Asimismo, la OMS ha incluido el *Gaming Disorder* (GD) (Trastorno por Uso de Videojuegos), en la undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) (OMS, 2018).

¿Cómo juegan las mujeres?

Es un hecho que entre la comunidad de videojugadores el porcentaje de varones es mayor (AEVI, 2021; Entertainment Software Association [ESA], 2022), pero también lo es que el número de mujeres que comparten este pasatiempo va en aumento (OEDA, 2022). Las encuestas muestran que, tanto en la población española (AEVI, 2021) como en la americana (ESA, 2022), casi la mitad (48%) de los videojugadores de todas las edades son mujeres. Y, entre los adolescentes, el 73% de los españoles que jugaron a videojuegos durante 2021 fueron mujeres; un 4% más que en 2019 (OEDA, 2022).

Si se profundiza acerca de los hábitos que presentan las mujeres a la hora de jugar a videojuegos, destaca que existen diferencias con respecto a los varones en términos de tiempo de juego, género de juego predilecto y dispositivo más usado para jugar. En primer lugar, el juego en mujeres se caracteriza por esporádicos y cortos periodos de juego en contraste con los hombres. De acuerdo con diversos estudios en adolescentes, las mujeres no solo juegan menos

días semanales, sino también menos horas diarias que sus iguales masculinos (Fumero et al., 2020; Gómez-Gonzalvo et al., 2020; Leonhardt y Overå, 2021; OEDA, 2022). Además, estudios en población han evidenciado que los géneros de videojuegos elegidos por las mujeres tienden a ser distintos a los elegidos por los hombres adolescentes (Gómez-Gonzalvo et al., 2020; Leonhardt y Overå, 2021; López-Fernández et al., 2021). Las mujeres suelen preferir juegos cooperativos frente a juegos competitivos; y juegos sociales, de cartas, puzzles, educativos o de habilidad frente a juegos de rol, acción, lucha, deporte o disparos (Labrador et al., 2022). En cuanto al dispositivo utilizado para jugar parece que las adolescentes usan más el teléfono móvil frente a la consola (Gómez-Gonzalvo et al., 2020; Ricoy y Ameneiros, 2016).

Uso Problemático de Videojuegos entre las mujeres

Si bien es cierto que el uso problemático de videojuegos es más prevalente entre los varones (Castro-Sánchez et al., 2019; Fumero et al., 2020; Wang et al., 2018; Warburton et al., 2022), no debe invisibilizarse el porcentaje de mujeres que también lo padecen. Así, en el metaanálisis de Stevens et al. (2021) sobre la prevalencia global del TJI, los resultados indicaron una tasa promedio del 2,54% de esta patología para las mujeres. Los propios autores concluyeron que, a pesar de ser una tasa menor que para los varones (6,31%), parece que va en aumento, puesto que en 2009 fue del 1,75%. En cuanto a la prevalencia en España, se ha observado que, entre estudiantes de 14 a 18 años, el 2,7% de los que presentaban un posible TJI eran mujeres (OEDA, 2022).

Sin embargo, hay menos literatura publicada acerca de los factores que aumentan el riesgo de dicha conducta en esta población (López-Fernández et al., 2019; Marraudino et al., 2022); la mayoría de los estudios se han llevado a cabo con muestras predominantemente masculinas o no han tenido en consideración las diferencias y similitudes en relación al género. Entre los factores de riesgo asociados a un uso problemático se señalan: la *edad*, si bien es cierto que el uso excesivo de videojuegos es más frecuente en la adolescencia, algunos estudios sugieren que en las mujeres es más propenso que ocurra con el aumento de la edad (López-Fernández, 2018; Marraudino et al., 2022); el *tiempo dedicado a jugar* (Fumero et al., 2020); el *tipo de juego*, siendo los *Multiplayer Online Battle Arena* (MOBA), los *First Person Shooter* (FPS) y los *Massively Multiplayer Role-Playing Game* (MMORPG). los videojuegos que predecían un mayor uso problemático (López-Fernández et al., 2019).

Por otra parte, las mujeres manifiestan *motivaciones* diferentes a las de los hombres, siendo la más común la de socializar con los demás, físicamente u *on-line* (McLean y Griffiths, 2013). López-Fernández et al. (2019) hallaron que, entre las mujeres, no solo la motivación social actuaba

como predictor del uso excesivo de videojuegos, sino que también lo hacía la motivación de logro en primer lugar. Por su parte, Laconi et al. (2017) encontraron como predictores el factor competencia, exclusivamente en mujeres, además del factor escape en ambos sexos. Es decir, jugar por el placer de vencer al resto de jugadores se halló como predictor únicamente en mujeres, y jugar para evitar pensar en problemas de la vida real actuó como predictor tanto en mujeres como en hombres.

Además, se ha evidenciado que ciertas patologías están relacionadas con el uso abusivo de videojuegos; de entre ellas, la ansiedad y la depresión muestran resultados contradictorios. En relación a la ansiedad, Fumero et al. (2020) hallaron resultados, en una muestra de adolescentes españolas, que sugerían que la ansiedad podía ser un factor predisponente. No obstante, Cudo et al. (2022) encontraron lo contrario, puesto que obtuvieron una correlación negativa entre la ansiedad y el uso problemático de videojuegos. Referente a la depresión, se han encontrado asociaciones positivas de esta con tener un uso abusivo de videojuegos (Bonnaire y Baptista, 2019) y se señala que podría ser un predictor del futuro desarrollo de este problema entre las mujeres (Marraudino et al., 2022). Sin embargo, en el estudio de López-Fernández et al. (2019), la depresión no surgió como un predictor entre las jugadoras de la muestra, pero sí otras psicopatologías.

En cuanto, al papel de las cogniciones desadaptativas, aunque menos estudiado, también se ha mostrado relevantes entre las mujeres. Yu et al. (2021) confirmaron para las adolescentes una asociación significativa entre estas y el uso problemático, aunque menos fuerte que para sus iguales masculinos.

El objetivo general del presente estudio es determinar los factores de riesgo del uso problemático de videojuegos en una muestra de mujeres adolescentes de la ciudad de Madrid. De forma específica, los factores de riesgo evaluados fueron: las horas y días semanales dedicados a jugar, el tipo de juego preferido, la motivación para jugar, la sintomatología psicopatológica y las cogniciones desadaptativas relacionadas con los videojuegos. En función de la revisión de la literatura realizada, se espera que las adolescentes con puntuaciones más elevadas en uso problemático de videojuegos: jueguen más horas y/o días semanales; manifiesten como motivación para jugar socializar, sensación de ganar y/o distraerse de los problemas; y prefieran juegos *shooter* y/o multijugador masivo *online* (MMO) y menor preferencia por juegos de puzle. También se espera que obtengan: mayores puntuaciones en síntomas psicopatológicos, en concreto, ansiedad y/o disfunción social; y en cogniciones desadaptativas relacionadas con los videojuegos, específicamente, preocupación por el juego, autoestima basada en el juego y/o compulsión.

Método

Participantes

Este estudio forma parte de un proyecto más amplio financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad. La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo aleatorio estratificado de los colegios de la ciudad de Madrid. Para ello, se recuperó la población de estudiantes de los 21 distritos de la ciudad, sus edades, colegio, curso escolar y tipo de colegio (público, concertado o privado) de la página web del servicio de estadística del Ayuntamiento de la Comunidad Autónoma de Madrid (2017). A partir de ahí se obtuvo una muestra aleatoria estratificada equiparando la distribución de estudiantes de los distintos distritos, tipos de centros, y curso escolar desde el primer curso de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) hasta el segundo curso de Bachillerato o su equivalente en Formación Profesional (FP). La muestra total estuvo compuesta de 2.887 participantes, de los cuáles 2.173 habían jugado alguna vez a videojuegos.

Los criterios de inclusión en el presente estudio fueron: a) ser mujer; b) tener entre 12 y 17 años; y c) haber jugado alguna vez a videojuegos. Se excluyeron a aquellas participantes que presentaran cualquier condición que pudiera interferir en el proceso de evaluación (e.g., déficit cognitivo, déficit sensorial, etc.) o cuyos padres o tutores rechazaran su participación en el estudio.

De los 2.173 participantes que habían jugado alguna vez a videojuegos se descartó a 1.547 participantes varones. De las 626 participantes que eran mujeres se eliminó a 89 con edades comprendidas entre los 18 y 22 años. Finalmente se excluyó a una participante por presentar valores perdidos. Así, la muestra del presente estudio estuvo constituida por 536 mujeres, siendo la media de edad de 13,91 años de edad ($DT = 1,57$; Máx.: 17; Mín.: 12). Entre las adolescentes, 438 (81,7%) estaban estudiando la ESO, 79 (14,7%) estaban estudiando Bachillerato y 19 (3,5%) estaban cursando una FP.

Variables e instrumentos

Dicha información fue recogida a través del *Gamertest* (Labrador et al., 2019). Se trata de un sistema experto *online* cuyo objetivo es detectar el uso problemático de videojuegos que se encuentra disponible en <http://www.gamertest.es/>. El protocolo de evaluación está disponible en osf.io/nrv45. A continuación, se describen de forma más pormenorizada las variables utilizadas en el presente estudio.

Uso Problemático de Videojuegos

Se utilizó el *IGDS9-SF* (Pontes y Griffiths, 2015), en su validación española (Sánchez-Iglesias et al., 2020) para la evaluación de problemas con el juego. Se trata de un instrumento breve de nueve ítems que evalúan los nueve criterios diagnósticos del DSM-5. Valora la severidad del TJI y las consecuencias negativas evaluando las actividades de juego

realizadas, en Internet y fuera de este, en los últimos 12 meses. Consta de una escala tipo Likert de cinco puntos que va desde: (1) nunca a (5) muy a menudo. En su validación original mostró una consistencia interna de 0,87, buena validez de criterio y una buena validez convergente con otros instrumentos que miden el uso problemático de los videojuegos o de Internet. La validación española (Sánchez-Iglesias et al., 2020) indica una consistencia interna de 0,84, y recomienda un punto de corte de 36 o el cumplimiento de cinco criterios con una puntuación de cinco para considerar un probable TJI; y un punto de corte de 27 o el cumplimiento de tres criterios con una puntuación de tres para considerar un probable uso problemático.

Hábitos de Juego

Horas semanales de juego (dicotomizada en dos categorías: menos de 30 horas semanales y 30 horas semanales o más), promedio de días a la semana que juega, tipo de juego preferido (dicotomizada en tres categorías: preferencia por juegos MMO, preferencia por juegos *shooter* y preferencia por juegos puzzle) y motivación principal para jugar (dicotomizada en tres categorías: sensación de ganar, distraerse de los problemas y socializar).

Sintomatología Psicopatológica

Se utilizó el *General Health Questionnaire* (GHQ-12; Goldberg y Williams, 1988). La validación en España del GHQ (60, 30 y 12 ítems) fue realizada en la ciudad de Tres Cantos, Madrid. Una de las principales limitaciones de esta validación es que no ha sido publicada en ninguna revista científica, lo que dificulta el acceso a este material (Rocha et al., 2011). El GHQ-12 es un cuestionario de salud mental general breve, con tan sólo 12 elementos en formato de cuatro puntos, que se pueden interpretar en formato Likert (de 0 a 4 puntos) o en formato dicotómico (0-0-1-1). Su utilidad es la de detectar posibles casos de trastorno mental en población general o en la Atención Primaria. Los ítems del cuestionario miden dos factores distintos, ansiedad y disfunción social, conformando de esa forma dos subescalas dentro de la propia prueba. Se trata de un cuestionario ampliamente usado, con traducciones a 11 idiomas, y adecuadas propiedades psicométricas: la fiabilidad por consistencia interna es de $\alpha = 0,86$, y dispone de abundantes evidencias de validez en población general y otras específicas.

Cogniciones Desadaptativas

Se utilizó la *Dysfunctional Cognitions in Gaming Scale* (DCG Scale) (Sánchez-Iglesias et al., 2022), que consta de 16 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos (0 = *Nunca*; 1 = *Rara vez*; 2 = *Algunas veces*; 3 = *Muchas veces*; 4 = *Siempre*). El rango de puntuaciones puede oscilar, por tanto, entre 0 y 64. Dispone de evidencias de una excelente consistencia interna, con un $\alpha = 0,91$, así como adecuados indicios de validez a partir de su correlación con el IGDS9-

SF ($r = ,73$; $p < ,001$). Su estructura factorial se ajusta a tres factores que se corresponden a: (1) autoestima, (2) preocupación por el juego, y (3) compulsión. Una puntuación total más elevada implica más cogniciones problemáticas sobre los videojuegos, no existen puntos de corte recomendados.

Procedimiento

Los datos fueron recogidos por cinco evaluadores independientes estudiantes de posgrado de psicología que fueron entrenados para recoger las evaluaciones a través del *Gamertest*. Una vez que el colegio accedía a la participación en el estudio, los evaluadores entregaban los consentimientos informados para los padres/ tutores de los niños y se concretaba una fecha en la que el evaluador acudía a realizar la evaluación en las clases del centro que habían sido seleccionadas con el muestreo aleatorio estratificado. Tras recoger los consentimientos informados de los padres/ tutores, la aplicación se realizaba de forma grupal en los ordenadores de la sala de informática de cada colegio, dedicando los alumnos aproximadamente 30- 40 minutos a completarlo. Las respuestas de los participantes se recogían y codificaban directamente en la base de datos informatizada de forma anónima.

Las cuestiones éticas de este estudio recibieron el informe favorable de la Comisión Deontológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

Análisis de datos

Los cálculos estadísticos se llevaron a cabo utilizando el software estadístico IBM SPSS versión 21 para *Windows* (IBM Corp. Released, 2012). Se realizaron análisis descriptivos para describir la muestra. También se emplearon diferentes coeficientes para el análisis de correlaciones simples entre el uso problemático de videojuegos (IGDS9-SF) y el resto de las variables. Por un lado, para analizar la correlación entre IGDS9-SF, promedio de días semanales de juego, la sintomatología psicopatológica y las cogniciones desadaptativas, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson debido a la naturaleza cuantitativa de las variables. Por otro lado, para analizar la correlación entre IGDS9-SF, las horas semanales de juego, el tipo de juego preferido, y la motivación para jugar, se usó el coeficiente de correlación biserial puntual dado que se trataba de la relación de una variable cuantitativa con variables de naturaleza dicotómica. Por último, se realizó una regresión lineal múltiple por pasos para conocer la utilidad estadística de las variables predictoras en la predicción del uso problemático de videojuegos. Se incluyeron en este último análisis solamente las variables que mostraron una correlación bivariada significativa con IGDS9-SF.

Resultados

De todas las participantes, 15 (2,8%) cumplieron criterios para el uso problemático de videojuegos. En lo que se refiere al TJI, 4 (0,7%) de las adolescentes cumplieron criterios

para dicho trastorno. Sobre los hábitos de juego (ver Tabla 1), la mayoría de las participantes: juegan menos de treinta horas semanales, eligieron como juego preferido el de ac-

ción y aventura, escogieron el móvil como medio preferido para jugar; prefieren realizar esta actividad en casa y sin compañía, tanto de forma *on-line* como *off-line*.

Tabla 1
Hábitos de juego de las participantes: Estadísticos descriptivos

		n	%	M	DT
Juego preferido	Acción y aventura	121	22,6		
	Azar	22	4,1		
	Conducción	28	5,2		
	Deportes	39	7,3		
	Estrategia	12	2,2		
	Shooter	22	4,1		
	MMO	46	8,6		
	Música y ritmo	35	6,5		
	Plataformas	51	9,5		
	Puzles y tablero	77	14,4		
	Rol	4	,7		
	Simuladores	79	14,7		
Horas/semana	≥ 30	5	,9		
	< 30	531	99,1		
Promedio de días/semana				2,56	1,74
Lugar preferido	En tu casa	445	83		
	Casas de amigos	29	5,4		
	Colegio	20	3,7		
	Casas de juegos recreativos	15	2,8		
	Calle/ medio de transporte	27	5		
Compañía preferida	Solo	321	59,9		
	Acompañado de una persona (físicamente)	118	22		
	Acompañado de una persona (online)	52	9,7		
	En grupo (físicamente)	24	4,5		
	En grupo (online)	21	3,9		
Modo de conexión preferido	On-line	115	21,5		
	Off-line	147	27,4		
	Ambas formas	274	51,1		
Dispositivo preferido	Ordenador fijo/ portátil	71	13,2		
	Videoconsola	85	15,9		
	Móvil	277	51,7		
	Tablet	54	10,1		
	Televisión	49	9,1		
Motivación para jugar	Divertirme/pasar el rato	492	91,8		
	Socializar	16	3		
	Sensación de ganar	1	,2		
	Probar mis habilidades	10	1,9		
	Distraerme de mis problemas	17	3,2		

Nota. N=536; MMO= multijugador masivo *online*; *Shooter*= juegos de disparos en primera persona y juegos *shooter*; Socializar= conocer gente y estar con mis amigos.

Correlación entre tiempo de juego, tipo de juego, motivación para jugar e IGDS9-SF

De las variables analizadas, mostraron correlaciones significativas con las puntuaciones en el *IGDS9-SF*: las horas semanales y el promedio de días semanales de juego, la preferencia por juegos MMO y jugar para distraerse de los problemas. El sentido para dichas relaciones fue positivo (Tabla 2). El promedio de días semanales de juego fue la variable que compartió la mayor varianza con la variable dependiente ($r = ,43$), explicando el 18,5% de la varianza en *IGDS9-SF* ($r^2 = ,185$). Otras variables que explicaron la varianza, aunque en menor medida, fueron la preferencia por juegos MMO y las horas semanales de juego ($r^2 = ,036$ y $r^2 = ,020$, respectivamente). Distraerse de los problemas fue la variable que menor varianza presentó ($r = ,12$), explicando tan solo el 1,4% de la varianza ($r^2 = ,014$).

Correlación entre los factores de la DCG Scale, las subescalas del GHQ-12 e IGDS9-SF

Todas las variables analizadas, excepto disfunción social del *GHQ-12*, mostraron correlaciones significativas con las puntuaciones del *IGDS9-SF*. Para todas ellas, el sentido de la relación fue positiva (Tabla 3). Los tres factores de la de *DCG Scale* fueron las variables que explicaron una mayor proporción de varianza en las puntuaciones del *IGDS9-SF*. En primer lugar, compulsión ($r^2 = ,504$), seguida de preocupación ($r^2 = ,462$), y de autoestima ($r^2 = ,336$). Ansiedad fue la variable que menor varianza mostró ($r = ,30$), explicando el 9% de la varianza ($r^2 = ,09$).

Tabla 2

Correlación entre tiempo de juego, tipo de juego, motivación para jugar e IGDS9-SF

Variable	M	DT	1	2	3	4	5	6	7	8
1. IGDS9-SF	13,64	5,35								
2. Horas semanales	,01	,10	,14**							
3. Promedio días semanales	2,56	1,74	,43**	,14**						
4. MMO	,09	,28	,19**	,11*	,17**					
5. Shooter	,04	,20	,04	-,02	-,02	-,05				
6. Puzles	,14	,35	-,08	-,04	-,01	-,13**	-,07			
7. Sensación de ganar	,002	,04	,03	-,004	,11*	-,01	-,01	-,02		
8. Distraerse de los problemas	,03	,18	,12**	,09*	,05	,06	-,03	-,01	-,01	
9. Socializar	,03	,17	,08	-,02	-,03	,03	-,03	-,04	-,01	-,03

Nota. MMO= multijugador masivo online; Shooter= juegos de disparos en primera persona y juegos shooter; Socializar= conocer gente y estar con mis amigos; * $p < ,05$; ** $p < ,01$.

Tabla 3

Correlación entre los factores de la DCG Scale, las subescalas del GHQ-12 e IGDS9-SF

Variable	M	DT	1	2	3	4	5
1. IGDS9-SF	13,64	5,35					
2. Autoestima	6,64	4,89	,58**				
3. Preocupación	2,16	2,67	,68**	,57**			
4. Compulsión	3,27	3,76	,71**	,73**	,66**		
5. Ansiedad	7,89	4,89	,30**	,29**	,15**	,31**	
6. Disfunción social	5,82	3,25	,04	-,11*	-,03	,04	,34**

Nota. * $p < ,05$; ** $p < ,01$.

Tabla 4

Modelo de regresión múltiple por pasos de tiempo de juego, juego MMO, ansiedad, distraerse de los problemas y los factores de la DCG Scale sobre la puntuación en IGDS9-SF

	Variable	B	SE B	B	R ²	ΔR ²
Paso 1	Constante	10,36**	,22		,496	,497**
	Compulsión	1**	,04	,71**		
Paso 2	Constante	9,89**	,21		,576	,080**
	Compulsión	,65**	,05	,46**		
	Preocupación	,76**	,08	,38**		
Paso 3	Constante	8,89**	,27		,599	,024**
	Compulsión	,62**	,05	,43**		
	Preocupación	,66**	,08	,33**		
	Promedio días semanales	,51**	,09	,17**		
Paso 4	Constante	8,09**	,33		,609	,011**
	Compulsión	,56**	,05	,39**		
	Preocupación	,69**	,07	,34**		
	Promedio días semanales	,50**	,09	,16**		
	Ansiedad	,12**	,03	,11**		

Nota. ** $p < ,01$.

Factores de riesgo para el Uso Problemático de Videojuegos

Se introdujeron en una regresión lineal múltiple por pasos aquellas variables que mostraron relaciones bivariadas significativas con las puntuaciones del *IGDS9-SF*, los resultados se presentan en la Tabla 4. En el primer paso, se ingresó la variable compulsión, representando el 49,6% de la varianza en las puntuaciones del *IGDS9-SF* ($R^2 = ,496$). En el segundo paso, se añadió al modelo preocupación, la cual explicó un 8% adicional de varianza ($\Delta R^2 = ,080$). En el tercer paso, la variable ingresada fue promedio de días semanales ($\Delta R^2 = ,024$) y, en el cuarto paso, ansiedad ($\Delta R^2 = ,011$); como resultado, aumentó la varianza explicada al 60,9% ($R^2 = ,609$). Las variables excluidas del modelo fueron horas semanales de juego, preferencia por juegos MMO, autoestima y distraerse de los problemas.

Discusión

El propósito general del presente estudio fue determinar la prevalencia y los factores de riesgo del uso problemático de videojuegos en una muestra de mujeres adolescentes de la ciudad de Madrid. En particular, el objetivo fue comprobar el potencial predictivo de los siguientes factores: las horas y días semanales dedicados a jugar, el tipo de juego preferido, la motivación para jugar, la sintomatología psicopatológica y las cogniciones desadaptativas relacionadas con los videojuegos.

Los resultados indican que la prevalencia para el uso problemático de videojuegos fue 2,8% y la prevalencia para TJI fue 0,7%. Otros estudios declaran prevalencias mayores para TJI en mujeres, como por ejemplo, un 2,7% entre estudiantes españolas de 14 a 18 años (OEDA, 2022) o una tasa promedio del 2,54% según la revisión y metaanálisis de Stevens et al. (2021). Es habitual que las tasas de prevalencia para TJI varíen entre estudios debido a las diferencias regionales, las distintas formas de definir el trastorno y la metodología empleada (Paulus et al., 2018).

En un anterior trabajo en el que se analizaban las diferencias en relación al género (Labrador et al., 2023) se encontró que el tiempo de juego era superior en varones, que empleaban de media un día más a la semana que las mujeres y un tiempo superior también en cuanto a horas semanales dedicadas a jugar, coincidiendo también con otros estudios (Fumero et al., 2020; Gómez-Gonzalvo et al., 2020; Király et al. 2017; Leonhardt y Overå, 2021; Mérelle et al, 2017). También se encontraron diferencias en dispositivos utilizados para jugar (prefiriendo las mujeres los smartphones frente a los varones que preferían las consolas), al igual que en otros estudios (Gómez-Gonzalvo et al., 2020; Ricoy y Ameneiros, 2016); además de en la compañía (un mayor porcentaje de mujeres preferían jugar solas en comparación con los varones, y un mayor porcentaje de varones preferían jugar en grupo online en comparación con las mujeres). En cuanto a los tipos de juego tanto varones como mujeres coincidían, excepto para los

simuladores, puzzles y música que eran preferidos por las mujeres. No se encontraron diferencias entre ambos en relación al lugar desde donde se jugaba.

Los factores cognitivos son los que han mostrado un mayor poder explicativo del uso problemático de videojuegos. Dentro de ellos, los pensamientos relacionados con el factor compulsión, que evaluaba la dificultad para dejar de jugar una vez iniciada la acción, son los que han contribuido en mayor medida. Estos hallazgos son similares a los de Yu et al. (2021), quienes encontraron que la falta de voluntad percibida para jugar se asociaba significativamente con el uso problemático tanto en mujeres como en varones. En segundo lugar, las cogniciones relacionadas con preocupación, que evaluaba la dificultad para concentrarse en otras actividades no relacionadas con el uso de videojuegos, es el siguiente factor que más ha explicado. De nuevo, estos resultados coinciden con los de Yu et al. (2021), que obtuvieron una asociación significativa entre los impulsos percibidos para jugar y el uso problemático tanto en mujeres como en varones. Los pensamientos relacionados con el factor denominado autoestima, que evaluaba el uso de videojuegos como forma de lograr aceptación social, ha sido la única cognición desadaptativa que, a pesar de mostrar una correlación alta con el uso problemático, no ha contribuido a este. Estos resultados no coinciden con los de King y Delfabbro (2016), si bien los ítems de este estudio hacen referencia a la autoestima del individuo cuando compara sus habilidades en el juego con las que tiene en el mundo real (e.g., “*Puedo lograr más en un juego que en cualquier otro lugar*”), mientras que los empleados en el presente estudio incluyen la aceptación social y la propia habilidad respecto a los demás (e.g., “*soy mejor que otros*”).

Con respecto a los hábitos de juego, el promedio de días semanales que las adolescentes dedican a jugar también se ha mostrado explicativo del uso problemático, lo que concuerda con un estudio previo (Jo et al., 2022). Sin embargo, las horas semanales de juego, a pesar de que mostraron una correlación positiva con el uso problemático, no han explicado parte de su variabilidad. Parece que puede ser más relevante la cantidad de tiempo que juegan al día (Karaça et al., 2020; Yesilyurt, 2020). Específicamente, Macur y Pontes (2021) encontraron que los jugadores de alto riesgo, con respecto a los de bajo riesgo, jugaban por día tres horas más los días laborales y hasta cuatro horas y media más los fines de semana.

En relación a la sintomatología psicopatológica, la ansiedad también ha sido un factor que ha contribuido, aunque en menor medida, a explicar el uso problemático de videojuegos. Estos resultados coinciden con los hallados en mujeres adolescentes (Fumero et al., 2020) y en estudiantes de secundaria de género masculino y femenino (Faulkner et al., 2015), pero son contrarios a los de Cudo et al. (2022), quienes hallaron una correlación negativa entre ansiedad y uso problemático. Estas diferencias podrían estar reflejando

un efecto mediador del modo de juego y de la motivación para jugar. Por un lado, Cudo et al. (2022) sugieren que el acoso que sufren a menudo las mujeres en juegos *online* podría estar generando rechazo a jugar entre las jugadoras con mayor ansiedad, lo que les protegería de hacer un uso excesivo de los videojuegos. Adoptando este razonamiento, quizá la ansiedad ha resultado predictiva en este estudio porque el porcentaje de juego *offline* ha sido mayor que el *online*, lo que significaría que hay menos adolescentes expuestas al acoso en línea que, en consecuencia, no dejarían de jugar por este motivo y, con ello, no dejarían de ser vulnerables a desarrollar un uso problemático. Por otro lado, Cudo et al. (2022) no evaluaron la motivación para jugar de las participantes, mientras que en el presente estudio se halló una correlación positiva entre el uso problemático y jugar para distraerse de los problemas, lo que puede estar reflejando el uso de videojuegos como estrategia para regular las emociones.

Otros factores como la preferencia por juegos MMO y jugar para distraerse de los problemas, a pesar de mostrar correlaciones significativas con el uso problemático de VJ, no fueron predictores de un mayor riesgo.

Implicaciones para la práctica clínica

Desde un punto de vista práctico, saber qué factores aumentan el riesgo de desarrollar un uso problemático de videojuegos, en una población determinada, supone una guía para diseñar programas de prevención. En el marco de que no hay una definición clara de cuál es el tipo de uso de videojuegos que resulta perjudicial y de que esta actividad no se clasifica como nociva *per se*, sino que incluso puede ser beneficiosa para algunos usuarios, la prevención se basaría en promover un uso adaptativo de los videojuegos. Teniendo en cuenta las diferencias en relación con los hábitos de juego en relación al género, es necesario también considerar los factores relevantes en la población femenina adolescente, que ha sido desatendida en la mayor parte de los estudios que se han centrado más en los varones. Los resultados de este estudio resaltan la relevancia de modificar cogniciones desadaptativas relacionadas con los videojuegos en mujeres adolescentes, para lo que se podrían incluir técnicas, ya señaladas en la literatura, como el autorregistro, el cuestionamiento socrático y los experimentos conductuales (King y Delfabbro, 2020).

Limitaciones

En primer lugar, dado que se trata de un estudio transversal, no es posible realizar inferencias causales. Se requieren estudios longitudinales para determinar la dirección de la causalidad, es decir, si las variables asociadas precedieron a niveles más altos de uso problemático de videojuegos, o viceversa. En relación a la evaluación de alguna de las variables, en ocasiones, resultó complejo para las jugadoras elegir su género preferido, debido a que hay algunos juegos

que pertenecen a varias categorías, así como salen continuamente nuevos géneros al mercado. Por otra parte, la amplia variedad de géneros de juego da lugar a distintas clasificaciones dentro de la literatura, por lo que es difícil comparar los resultados entre estudios. También es de señalar que, para evaluar la motivación para jugar, no se utilizó alguno de los instrumentos desarrollados para este fin, sino que se dio a elegir entre las motivaciones halladas más frecuentemente en la literatura, por lo que esta variable no ha sido estudiada de forma rigurosa. Además, la propia técnica de autoinforme hace que las respuestas puedan estar sujetas a errores como el sesgo de deseabilidad social, simulación, poca capacidad de introspección o falta de motivación. Por último, solo un porcentaje pequeño de las mujeres cumplía criterios para el uso problemático de videojuegos o para TJI, lo que limitaba la manipulación y el tratamiento de los datos.

Futuras líneas de investigación

Se proponen dos direcciones que pueden tomar las futuras líneas de investigación para contribuir a esta área. Por un lado, sería valioso utilizar muestra clínica con la que poder hacer estudios comparativos, puesto que la mayoría de las participantes no cumplieron criterios para un uso problemático o un trastorno. Por otra parte, sería recomendable evaluar algunos factores de interés que no se han analizado en el presente estudio, tales como el acoso percibido en videojuegos *online*, la valoración sobre los estereotipos de género en los videojuegos, o las estrategias de regulación emocional.

Conclusiones

Los resultados de este estudio confirman que existe una prevalencia, aunque baja, de mujeres adolescentes con un uso problemático de videojuegos, e incluso trastorno. Estos resultados también sugieren que los factores que principalmente explican el uso problemático, en esta población, son las cogniciones relacionadas con los videojuegos, principalmente la compulsión por jugar, seguida de la preocupación por jugar. Al mismo tiempo, el promedio de días de juego a la semana y una mayor puntuación en ansiedad se han mostrado relevantes, aunque en menor medida. En síntesis, parecen estar contribuyendo tanto aspectos conductuales, como fisiológicos y, sobre todo, cognitivos a un mayor riesgo de desarrollar un problema con los videojuegos. A pesar de las limitaciones, esta investigación es útil dada la escasez de estudios similares en la literatura, añadido al contexto de un aumento progresivo de mujeres que practican este ocio y podrían desarrollar una conducta problemática en el futuro.

Reconocimientos

Este estudio se realizó con el proyecto PSI2016-75854-P del Ministerio de Economía y Competitividad.

Conflicto de intereses

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

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. (5ª ed.). Editorial médica panamericana.
- Asociación Española de Videojuegos (2021). *La industria del videojuego en España en 2021: Anuario 2021*. <http://www.aevi.org.es/documentacion/el-anuario-del-videojuego/>
- Bonnaire, C. y Baptista, D. (2019). Internet gaming disorder in male and female young adults: The role of alexithymia, depression, anxiety and gaming type. *Psychiatry Research*, 272, 521-530. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.158>
- Castro-Sánchez, M., Rojas-Jiménez, M., Zurita-Ortega, F. y Chacón-Cuberos, R. (2019). Multidimensional self-concept and its association with problematic use of video games in Spanish college students. *Education Sciences*, 9(3), 1-11. <https://doi.org/10.3390/educsci9030206>
- Comunidad Autónoma de Madrid (2017). Buscador de centros educativos. http://www.madrid.org/wpad_public/run/j/MostrarConsultaGeneral.icm
- Cudo, A., Dobosz, M., Griffiths, M. D. y Kuss, D. J. (2022). The relationship between early maladaptive schemas, depression, anxiety and problematic video gaming among female and Male gamers. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00858-2>
- Entertainment Software Association (2022). *2022 Essential facts: About the video game industry*. <https://www.theesa.com/resource/2022-essential-facts-about-the-video-game-industry/>
- Faulkner, G., Irving, H., Adlaf, E. M. y Turner, N. (2015). Subtypes of adolescent video gamers: A latent class analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 13, 1-18. <https://doi.org/10.1007/s11469-014-9501-6>
- Fumero, A., Marrero, R. J., Bethencourt, J. M. y Peñate, W. (2020). Risk factors of internet gaming disorder symptoms in Spanish adolescents. *Computers in Human Behavior*, 111, 106416. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106416>
- Goldberg, D. y Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. NFER-NELSON.
- Gómez-Gonzalvo, F., Molina, P. y Devís-Devís, J. (2020). Which are the patterns of video game use in Spanish school adolescents? Gender as a key factor. *Entertainment Computing*, 34, 100366. <https://doi.org/10.1016/j.entcom.2020.100366>

- IBM Corp. Released (2012). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jo, S. J., Yim, H. W., Jeong, H., Son, H. J. y Lee, H. K. (2022). Prospective association between online game use and risk of Internet Gaming Disorder in Korea: 12-month follow-up results from the iCURE study. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 34(4), 370-376. <https://doi.org/10.1177/10105395221084929>
- Karaca, S., Karakoc, A., Can Gurkan, O., Onan, N. y Unsal Barlas, G. (2020). Investigation of the online game addiction level, sociodemographic characteristics and social anxiety as risk factors for online game addiction in middle school students. *Community Mental Health Journal*, 56, 830-838. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00544-z>
- King, D. L. y Delfabbro, P. H. (2016). The cognitive psychopathology of Internet gaming disorder in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44, 1635-1645. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0135-y>
- King, D. L. y Delfabbro, P. H. (2020). Video game addiction. En C. A. Essau y P. H. Delfabbro (Ed.), *Adolescent Addiction* (pp. 185-213). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818626-8.00007-4>
- Király, O., Tóth, D., Urbán, R., Demetrovics, Z. y Maraz, A. (2017). Intense video gaming is not essentially problematic. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(7), 807-817. <https://doi.org/10.1037/adb0000316>
- Labrador, F. J., Bernaldo-de-Quirós, M., Labrador-Méndez, M., Fernández-Arias, I., Estupiñá, F. J., González-Álvarez, M.,... Vallejo-Achón, M. (2019). *Gamertest*. [Aplicación web]. <http://www.gamertest.es/>
- Labrador, F. J., Fernández-Arias, I., Martín-Ruipérez, S., Bernaldo-de-Quirós, M., Vallejo-Achón, M., Sánchez-Iglesias, I.,... Estupiñá, F. J. (2022). Mujeres y videojuegos: ¿A qué juegan las mujeres? *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 38(3), 508-517. <https://doi.org/10.6018/analesps.50428>
- Labrador, M., Sánchez-Iglesias, I., Bernaldo-de-Quirós, M., Estupiñá, F. J., Fernandez-Arias, I., Vallejo-Achón, M. y Labrador, F. J. (2023). Video Game Playing and Internet Gaming Disorder: A profile of young adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20, 7155. <https://doi.org/10.3390/ijerph20247155>
- Laconi, S., Pirès, S. y Chabrol, H. (2017). Internet gaming disorder, motives, game genres and psychopathology. *Computers in Human Behavior*, 75, 652-659. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.06.012>
- Leonhardt, M. y Overå, S. (2021). Are there differences in video gaming and use of social media among boys and girls? A mixed methods approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 1-13. <https://doi.org/10.3390/ijerph18116085>
- López-Fernández, O. (2018). Generalised versus specific internet use-related addiction problems: A mixed methods study on internet, gaming, and social networking behaviours. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12), 1-33. <https://doi.org/10.3390/ijerph15122913>
- López-Fernández, F. J., Mezquita, L., Griffiths, M. D., Ortet, G. y Ibáñez, M. I. (2021). El papel de la personalidad en el juego problemático y en las preferencias de géneros de videojuegos en adolescentes. *Adicciones*, 33(3), 263-272. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1370>
- López-Fernández, O., Williams, A. J. y Kuss, D. J. (2019). Measuring female gaming: Gamer profile, predictors, prevalence, and characteristics from psychological and gender perspectives. *Frontiers in Psychology*, 10, 898. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00898>
- Macur, M. y Pontes, H. M. (2021). Internet Gaming Disorder in adolescence: Investigating profiles and associated risk factors. *BMC Public Health*, 21, 1547. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11394-4>
- Marraudino, M., Bonaldo, B., Vitiello, B., Bergui, G. C. y Panzica, G. (2022). Sexual differences in Internet Gaming Disorder (IGD): From psychological features to neuroanatomical networks. *Journal of Clinical Medicine*, 11(4), 1-19. <https://doi.org/10.3390/jcm11041018>
- McLean, L. y Griffiths, M. D. (2013). Female gamers: A thematic analysis of their gaming experience. *International Journal of Games-Based Learning*, 3(3), 54-71. <https://doi.org/10.4018/ijgbl.2013070105>
- Mérelle, S.Y.M., Kleiboer, A.M.; Schotanus, M.; Cluitmans, T.L.M.; Waardenburg, C.M.; Kramer, D.,... van Rooij, A. J. (2017). Which health-related problems are associated with problematic video-gaming or social media use in adolescents? A large-scale cross-sectional study. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 14, 11-19.
- Mihara, S. y Higuchi, S. (2017). Cross-sectional and longitudinal epidemiological studies of Internet gaming disorder: A systematic review of the literature. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 71(7), 425-444. <https://doi.org/10.1111/pcn.12532>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2022). *Informe sobre Adicciones Comportamentales 2021: Juego con dinero, uso de videojuegos y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y otras adicciones en España EDADES y ESTUDES*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2023). *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2023*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

- Organización Mundial de la Salud (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades*, 11^a revisión. <https://icd.who.int/es>
- Paulus, F. W., Ohmann, S., von Gontard, A. y Popow, C. (2018). Internet gaming disorder in children and adolescents: A systematic review. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 60(7), 645-659. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13754>
- Pontes, H. M. y Griffiths, M. D. (2015). Measuring DSM-5 Internet Gaming Disorder: Development and validation of a short psychometric scale. *Computers in Human Behavior*, 45, 137-143. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.12.006>
- Ricoy, C. y Ameneiros, A. (2016). Preferencias, dedicación y problemáticas generadas por los videojuegos: Una perspectiva de género. *Revista Complutense de Educación*, 27(3), 1291-1308. https://doi.org/10.5209/rev_RCED.2016.v27.n3.48445
- Rocha, K. B., Pérez K, Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. y Obiols, J. E. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 125-139.
- Sánchez-Iglesias, I., Bernaldo-de-Quirós, M., Estupiñá, F., Fernández-Arias, I., Labrador, M., Vallejo-Achón, M.,... Labrador, F. J. (2022). Maladaptive cognitions in adolescents and young adults when they play: The Dysfunctional Cognitions in Gaming Scale (DCG). *Sustainability*, 14(23), 1-15. <https://doi.org/10.3390/su142316109>
- Sánchez-Iglesias, I., Bernaldo-de-Quirós, M., Labrador, F. J., Estupiñá, F. J., Labrador, M. y Fernández-Arias, I. (2020). Spanish validation and scoring of the internet gaming disorder scale-short-form (IGDS9-SF). *The Spanish Journal of Psychology*, 23. <https://doi.org/10.1017/SJP.2020.26>
- Stevens, M. W., Dorstyn, D., Delfabbro, P. H. y King, D. L. (2021). Global prevalence of gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(6), 553-568. <https://doi.org/10.1177/0004867420962851>
- Wang, H. R., Cho, H. y Kim, D. J. (2018). Prevalence and correlates of comorbid depression in a nonclinical online sample with DSM-5 internet gaming disorder. *Journal of Affective Disorders*, 226, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.005>
- Warburton, W. A., Parkes, S. y Sweller, N. (2022). Internet Gaming Disorder: Evidence for a risk and resilience approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095587>
- Yesilyurt, F. (2020). Gaming duration and preferences: Relationships with psychiatric health, gaming addiction scores and academic success in high school students. *International Education Studies*, 13(12), 111-119. <https://doi.org/10.5539/ies.v13n12p111>
- Yu, Y., Mo, P. K., Zhang, J., Li, J. y Lau, J. T. (2021). Why is Internet gaming disorder more prevalent among Chinese male than female adolescents? The role of cognitive mediators. *Addictive Behaviors*, 112, 106637. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106637>

ORIGINAL

Percepción de los profesionales sanitarios sobre la buprenorfina de liberación prolongada en el trastorno por consumo de opioides. Estudio FOLIPRO

Healthcare professionals' perception of prolonged-release buprenorphine in opioid use disorder. FOLIPRO Study

RODRIGO ORAÁ*†; DIEGO SUCUNZA GUIBERT**; MARÍA YÉBENES CORTÉS***; MIGUEL ÁNGEL CASADO GÓMEZ***; JOSÉ JOAQUÍN ANTÓN BASANTA****†; FRANCISCO PASCUAL PASTOR*****†; CARLOS RONCERO*****†.

* Red de Salud Mental Bizkaia. Osakidetza. Red de salud mental – ISS Biocruces Bizkaia. ** Camurus SL, Madrid, España. *** Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia (PORIB), Madrid. **** Presidente de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP). Médico en Centro Penitenciario Albolote Granada. ***** Presidente Sociedad Científica Española para el Estudio del Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías, SOCIDROGALCOHOL. Coordinador Unidad Conductas Adictivas Alcoi, Alicante. ***** Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Europea Miguel de Cervantes (UEMC), Valladolid. Red de Investigación en Atención Primaria de Adicciones (RIAPAD). Área de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca, España. Instituto de Biomedicina (IBSAL), Salamanca, España. † Coordinación del estudio por partes iguales.

Resumen

El objetivo del estudio FOLIPRO fue determinar la satisfacción y expectativas de profesionales sanitarios expertos en el trastorno por consumo de opioides (TCO) con las formulaciones de buprenorfina de liberación prolongada (BLP). Diseñado como una encuesta transversal y multicéntrica en la que participaron de forma anónima profesionales pertenecientes a centros de adicciones (CA) y centros penitenciarios de España, incluyó preguntas sobre las características de los centros y sobre las características laborales de los profesionales sanitarios. Igualmente se identificaron las posibles barreras asociadas a la prescripción de la BLP en el tratamiento del TCO. Se recibieron 74 cuestionarios de 45 centros diferentes. El 51,1% y 31,1% fueron centros ambulatorios de dispensación de metadona (MTD) y centros penitenciarios, respectivamente. El 68,5% de los profesionales sanitarios tenían experiencia con BLP que superaba los 6 meses en el 58,3%. El 31,5% afirmó no tener experiencia señalando como principal causa (en un 40%) los criterios de financiación de la BLP. En todos los aspectos relacionados con la prescripción/administración, los profesionales transmitieron una mayor satisfacción con BLP en comparación con MTD y buprenorfina/naloxona sublingual (BPN/NX SL). La burocracia, el desconocimiento por parte de los prescriptores y el rechazo del paciente por temor al síndrome de abstinencia a opioides, fueron a juicio de los encuestados las principales barreras descritas a la hora de prescribir la BLP. Los resultados del estudio evidencian una alta satisfacción de los especialistas con BLP que podría posicionarse como una alternativa de tratamiento con respecto a las disponibles en el TCO.

Palabras clave: Trastorno por consumo de opioides, tratamiento sustitutivo de opioides, satisfacción, opinión de expertos, buprenorfina de liberación prolongada

Abstract

The aim of the FOLIPRO study was to determine the satisfaction and expectations of healthcare professionals with experience in opioid use disorders (OUD) with prolonged-release buprenorphine (PRB). FOLIPRO was designed as an anonymous, cross-sectional, multicenter survey aimed at professionals from addiction centers (AC) and penitentiary centers in Spain. The survey collected characteristics of the AC and the healthcare professionals. Possible barriers associated with the prescription of PRB in OUD treatment were also identified. Seventy-four questionnaires were received from 45 different centers. More than half of the centers, 51.1%, were outpatient methadone (MTD) dispensing centers and 31.1% were penitentiary centers. 68.5% of the participants had experience with PRB, which exceeded 6 months in 58.3% of the cases. 31.5% stated that they had no experience, 40% of them mainly due to reimbursement criteria for PRB. Regarding prescribing/administration issues, professionals reported greater satisfaction with PRB compared to MTD and buprenorphine/naloxone (SL-BPN/NX). According to healthcare professionals, bureaucracy, lack of knowledge of some prescribers, and patient refusal due to fear of opioid withdrawal were the main barriers described in for prescribing PRB. The results of the study show high satisfaction among healthcare professionals with PRB, positioning PRB as a valuable treatment option.

Keywords: Opioid Use Disorder, opioid substitution treatment, satisfaction, expert opinion, prolonged-release buprenorphine

■ Recibido: Noviembre 2023; Aceptado: Marzo 2024.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

María Yébenes Cortés. Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia (PORIB). Paseo Joaquín Rodrigo 4. Letra I, 28224 Pozuelo de Alarcón, Madrid. Email: myebenes@porib.com

El trastorno por consumo de opioides (TCO) considerado como un problema sanitario grave es una enfermedad crónica y multifactorial en la que existe una pérdida de control en la utilización de opioides (Bell y Strang 2020; Dematteis et al., 2017). El tratamiento sustitutivo con opioides (TSO) se considera la base del tratamiento junto con la terapia psicosocial (Cioe et al., 2020; Dematteis et al., 2017). Metadona (MTD) y buprenorfina (BUP) en monoterapia o en combinación con naloxona (NX) son los TSO más frecuentemente utilizados en Europa con porcentajes del 63% y 35% de todos los TSO, respectivamente (Marco et al., 2013; Pascual et al., 2022; Pascual Pastor et al., 2023). Se estima que en 2021 la mitad de los pacientes de la Unión Europea con consumo de opioides de alto riesgo, recibieron tratamiento con agonistas opioides, aproximadamente 524.000 personas. Las políticas restrictivas, la falta de especialistas que puedan prescribirlos por falta de conocimiento, el número de farmacias que los dispensen y los costes asociados se han identificado como posibles barreras en el acceso al tratamiento (EMCCDA, 2021, 2023).

A pesar de la suficiente evidencia disponible en cuanto a la eficacia en la reducción del consumo de opioides y en la disminución de la morbilidad de los pacientes con TCO (Cioe et al., 2020; Pascual Pastor et al., 2023) estos tratamientos pueden estar limitados por la escasa adherencia a las recomendaciones terapéuticas ligada probablemente entre otros factores a su administración diaria, elevadas tasas de recaídas y altas tasas de abandono (Bell y Strang 2020; Pascual Pastor et al., 2023; Strang et al., 2020). Junto a estos problemas, otros inconvenientes como el desvío y la venta ilegal han provocado interés por enfocar el tratamiento del TCO a otro tipo de formulaciones que pudieran mitigar estos aspectos (Andrilla et al., 2020; Lin et al., 2018; López-Briz y Giner García, 2021). Las formulaciones de buprenorfina de liberación prolongada (BLP) en forma de implante o inyecciones subcutáneas que proporcionan una liberación del fármaco durante semanas o de forma mensual se considera una alternativa a los TSO tradicionales (Pascual et al., 2022; Vorspan et al., 2019). A pesar de ello existe una infrautilización que puede estar asociada a barreras de tipo profesional e institucional impidiendo su difusión (Yarborough et al., 2016).

El abordaje de las conductas adictivas debe tener un enfoque multidisciplinar en el que además la decisión del tratamiento sea consensuada entre médico y paciente (Cioe et al., 2020; Yarborough et al., 2016). Para ello, es preciso entender y comprender todos los aspectos relacionados con la farmacoterapia. Los conocimientos y las creencias de los profesionales implicados en la atención de estos pacientes resultan fundamentales a la hora de seleccionar el tratamiento pudiendo influir consciente o inconscientemente en el paciente y, por tanto, en la eficacia del tratamiento. Es necesario que los profesionales garanticen una informa-

ción completa desmintiendo los mitos que giran en torno a este tipo de medicamentos para educar y comunicar a los pacientes las distintas opciones de tratamiento sin ningún tipo de sesgo. Por tanto, conocer y entender las necesidades y preferencias de los pacientes con TCO, así como la de los profesionales implicados en su cuidado son claves para garantizar que el tratamiento tenga éxito (Cioe et al., 2020; Roncero et al., 2016; Yarborough et al., 2016).

Aunque en los últimos años se han llevado a cabo diferentes estudios que tienen en cuenta la percepción de los profesionales implicados en la atención del paciente con adicciones con respecto al TSO (BUP, MTD, NX y BUP/NX) y en los que se describen las posibles barreras relacionadas con el acceso al tratamiento (Andraka-Christou et al., 2022; Andrilla et al., 2020; Cioe et al., 2020; Lin et al., 2018) la evidencia en la práctica clínica real en España es limitada. En una revisión sistemática reciente (Cioe et al., 2020) en la que se consideraron estudios de distintos países (ninguno de ellos en España) sobre la preferencia de los pacientes y profesionales del TCO quedó patente que el estigma y la desinformación son las principales preocupaciones de los pacientes dependientes mientras que la falta de formación y recursos son, a juicio de los profesionales sanitarios, las principales barreras para el TSO (Cioe et al., 2020).

En España los estudios más recientes que evalúan la percepción sobre el tratamiento para el TCO se basan fundamentalmente en la opinión de los pacientes (Pascual et al., 2022; Pascual Pastor et al., 2023). A juicio de los autores, el estudio FOLIPRO (FORMulaciones de Liberación PROlongada) es el primero que explora y trata de comprender la percepción de los diferentes perfiles de profesionales sanitarios implicados en el cuidado de pacientes con TCO con la BLP y su opinión al comparar diferentes aspectos de esta con MTD y BUP/NX SL, los TSO más utilizados en nuestro país (Roncero et al., 2015). De igual forma el estudio identificó las posibles barreras existentes en torno a la prescripción de BLP.

Método

Diseño del estudio

El estudio FOLIPRO es una encuesta transversal anónima a distancia (*online*) dirigida a profesionales sanitarios españoles con experiencia en el manejo de pacientes con TCO pertenecientes a centros de adicciones (CA) o penitenciarios. El Comité de Ética de la Investigación con medicamentos de Euskadi (CEIm-E) aprobó el estudio que fue avalado por la Sociedad Científica Española para el Estudio del Alcohol el Alcoholismo y otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL), la Sociedad Española de patología Dual (SEPD) y por la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP).

Objetivos del estudio

El objetivo principal fue determinar las expectativas y la satisfacción de los profesionales sanitarios con la BLP en el tratamiento de pacientes con TCO. Como objetivos secundarios se describieron las características de los profesionales sanitarios y de los centros a los que pertenecían. Igualmente, se valoró la opinión de los expertos sobre determinados aspectos de la BLP y su comparación con MTD y BPN/NX SL, así como la apreciación de los profesionales en torno a las barreras que puedan existir en la prescripción y las posibles ventajas que la BLP podría aportar en el abordaje del paciente con TCO.

Como requisito los participantes debían de tener experiencia en el manejo de pacientes con TCO y tener conocimientos acerca de las formulaciones de BLP, independientemente de si tuvieran o no experiencia en la prescripción y uso del medicamento.

Fueron contactados por vía email a través de las personas responsables de administración de SOCIDROGALCOHOL, la SEPD y la SESP especialistas en Psiquiatría, Medicina de Familia, Enfermería y Expertos en trastornos de Adicciones. La encuesta fue enviada de forma masiva a los afiliados a alguna de las tres sociedades. Para fomentar la participación se enviaron tres correos electrónicos a modo de recordatorio.

Como requisito indispensable para la cumplimentación de la encuesta, se especificó en las instrucciones adjuntas al correo electrónico, tener experiencia en el manejo de pacientes con TCO. La experiencia en la prescripción y/o administración de BLP no fue criterio de exclusión pero todos los participantes debían de conocer las características.

Recogida de datos y encuesta

Entre octubre de 2022 y febrero de 2023 el enlace de acceso a la encuesta fue enviado una vez que se contara con la aceptación del especialista al correo de invitación al estudio. La encuesta fue cumplimentada en base al conocimiento, experiencia o expectativas con respecto a las formulaciones de liberación prolongada de los profesionales. En ningún momento se accedió a registros hospitalarios ni historiales clínicos de pacientes.

Las preguntas de la encuesta se estructuraron en cinco bloques en función de los objetivos del estudio: características de los centros participantes, características de los profesionales sanitarios, satisfacción de los profesionales sanitarios con la BLP, descripción de las características de la BLP que mejoraría el abordaje del TCO y descripción de las barreras asociadas a la prescripción de BLP.

Para conocer el grado de satisfacción de los profesionales con experiencia en la prescripción y/o administración de BLP y su opinión respecto a su eficacia se recurrió a dos escalas numéricas en las que tenían que valorar estos aspectos del 0 al 10 (siendo 0 = Nada satisfecho/a / Nada eficaz y 10 = Totalmente satisfecho/a / Totalmente eficaz). Para todos los participantes independientemente de si prescribían o ad-

ministraban BLP, se destinó una batería de preguntas en las que se valoraba la percepción que podrían tener en base a sus conocimientos, sobre distintos aspectos relacionados con la prescripción/administración, eficacia/efectividad y seguridad de la BLP en comparación con MTD y BPN/NX SL.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo en el que para las variables cuantitativas se calcularon la media y desviación típica. En el caso de las variables cualitativas, se calcularon distribuciones de frecuencias con sus respectivos porcentajes teniendo en cuenta las respuestas válidas proporcionadas por los profesionales encuestados. Todos los análisis se llevaron a cabo con el software Jamovi 2.3.16.

Resultados

Durante el periodo del estudio se recibieron 74 encuestas procedentes de 45 centros diferentes de España (Islas Canarias, Cantabria, Castilla La Mancha, Islas Baleares, Castilla y León, Andalucía, Comunidad Valenciana, Comunidad de Madrid, Galicia, Cataluña y País Vasco).

País Vasco, Cataluña y Galicia fueron las CC.AA. con mayor porcentaje de participación con un 39,2%, 17,6% y 10,8% de respuestas, respectivamente con respecto al total de encuestas recibidas.

Características de los centros participantes

Como indica la Tabla 1 poco más de la mitad (51,1%) de todos los centros de asistencia a pacientes con adicciones fueron centros de atención pública y ambulatoria de dispensación de MTD en los que se atendieron a una media de 177 pacientes con TCO durante el año anterior a la realización del estudio. Los centros penitenciarios representaron un 31,1% con una media de 380 pacientes atendidos en el año previo. En relación con el tratamiento que recibieron los pacientes durante el año anterior, un 69-74% recibieron MTD, el 21-24% BPN/NX SL y el 3-7% de los pacientes BLP según los profesionales encuestados (Tabla 1).

Características de los profesionales sanitarios

Aproximadamente el 60% de los profesionales que contestaron la encuesta del estudio eran psiquiatras con una media de 18,9 años (Desviación Estándar [DE]: 10,9) de experiencia en el abordaje del TCO tal y como se puede observar en la Tabla 2. Con un 25,7% de respuestas recibidas, enfermería fue el segundo colectivo con mayor participación, con una media de 18,5 (DE: 10,9) años de experiencia en el manejo del paciente con TCO. La media de pacientes con TCO atendidos en el año previo en los centros participantes a juicio de los profesionales fue de 95,1 pacientes (DE: 110,9). En el 69% de estos pacientes MTD fue el tratamiento más frecuentemente dispensado, seguido de BPN/NX SL en el 24% y BLP en el 8% de los pacientes (Tabla 2).

Tabla 1

Características de los centros asistenciales de donde procedían los profesionales sanitarios participantes

Variable	Unidad/Medida		
Tipo de centro asistencial	N= 45 (100)		
Centro ambulatorio con dispensación de MTD	23 (51,1)		
Centro ambulatorio sin dispensación de MTD	3 (6,6)		
Centro terapéutico	2 (4,4)		
Centro penitenciario	14 (31,1)		
Unidad de desintoxicación hospitalaria	3 (6,6)		
Pacientes con TCO atendidos en el año anterior al estudio	Media (DE)		
Centro ambulatorio con dispensación de MTD	177,09 (177,96)		
Centro ambulatorio sin dispensación de MTD	380 (4,42)		
Centro terapéutico*	5 (-)		
Centro penitenciario	380,07 (472,4)		
Unidad de desintoxicación hospitalaria*	30 (-)		
Pacientes con TCO asistidos por centro en el último año en función del tipo de tratamiento	MTD (%)	BPN/NX SL (%)	BLP (%)
Centro ambulatorio	69%	24%	7%
Centro terapéutico	74%	21%	5%
Centro penitenciario	73%	21%	6%
Unidad de desintoxicación hospitalaria	74%	22%	3%

Nota. BLP: buprenorfina de liberación prolongada; BPN: buprenorfina; SL: sublingual; DE: desviación estándar; MTD: metadona; NX: naloxona; TCO: trastorno por consumo opioides.

*Del total de respuestas solamente una proporcionaba una respuesta válida, se presenta ese valor.

Tabla 2

Características de los profesionales sanitarios participantes

Variable	Unidad/Medida
Especialidad profesional sanitario	N (%)
Psiquiatría	44 (59,5)
Médico de adicciones	3 (4)
Enfermería	19 (25,7)
Médico de familia	5 (6,8)
Sin determinar especialidad	3 (4)
Años de experiencia	Media (DE)
Psiquiatría	18,9 (10,9)
Médico de adicciones	16,0 (10,2)
Enfermería	18,5 (10,9)
Médico de familia	17,6 (10,3)
Pacientes con TCO atendidos por especialidad en el año anterior al estudio	Media (DE)
Psiquiatría	90,57 (110,1)
Médico de adicciones	102,96 (107,0)
Enfermería	87,40 (109,9)
Médico de familia	100 (102,3)
Pacientes con TCO asistidos por profesional sanitario en el último año	Media pacientes (DE)
	95,1 (110,9)
Pacientes en tratamiento con MTD	69%
Pacientes en tratamiento con BPN/NX SL	24%
Pacientes en tratamiento con BLP	8%
Profesionales con experiencia con formulaciones de BLP (N=73)	
SI	50 (68,5)
NO	23 (31,5)
Tiempo desde prescripción/administración de BLP en profesionales con experiencia, (N=48)	N (%)
Menos de 6 meses	12 (25)
6 meses aproximadamente	8 (16,7)
Más de 6 meses	28 (58,3)
Razones de la falta de experiencia en profesionales sanitarios (N=20)	N (%)
No disponibilidad o disponibilidad limitada a nivel de CC. AA.	2 (10)
Falta de formación o desconocimiento en su manejo	4 (20)
Falta de pacientes que cumplan con los criterios establecidos por el Ministerio de Sanidad	8 (40)
Otras razones	6 (30)
Conocimiento de las características de la BLP en profesionales sin experiencia, (N=21)	N (%)
SI	19 (90,5)
NO	2 (9,5)

Nota. BLP: buprenorfina de liberación prolongada; BPN: buprenorfina; SL: sublingual; DE: desviación estándar; CC. AA.: Comunidad Autónoma; MTD: metadona; NX: naloxona; TCO: trastorno por consumo opioides.

Figura 1
Resultados cuestionario de satisfacción

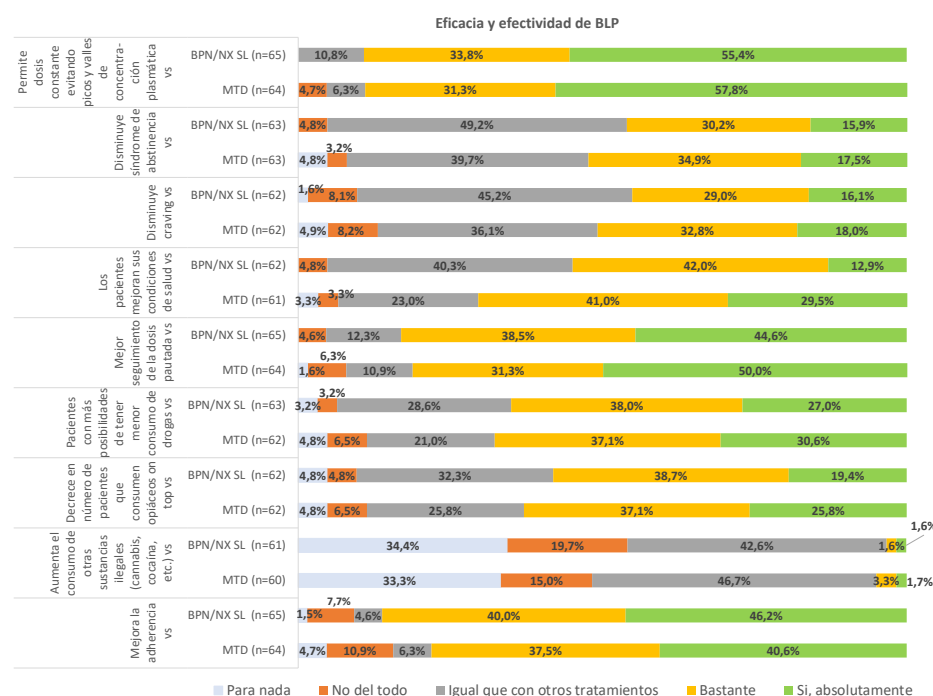
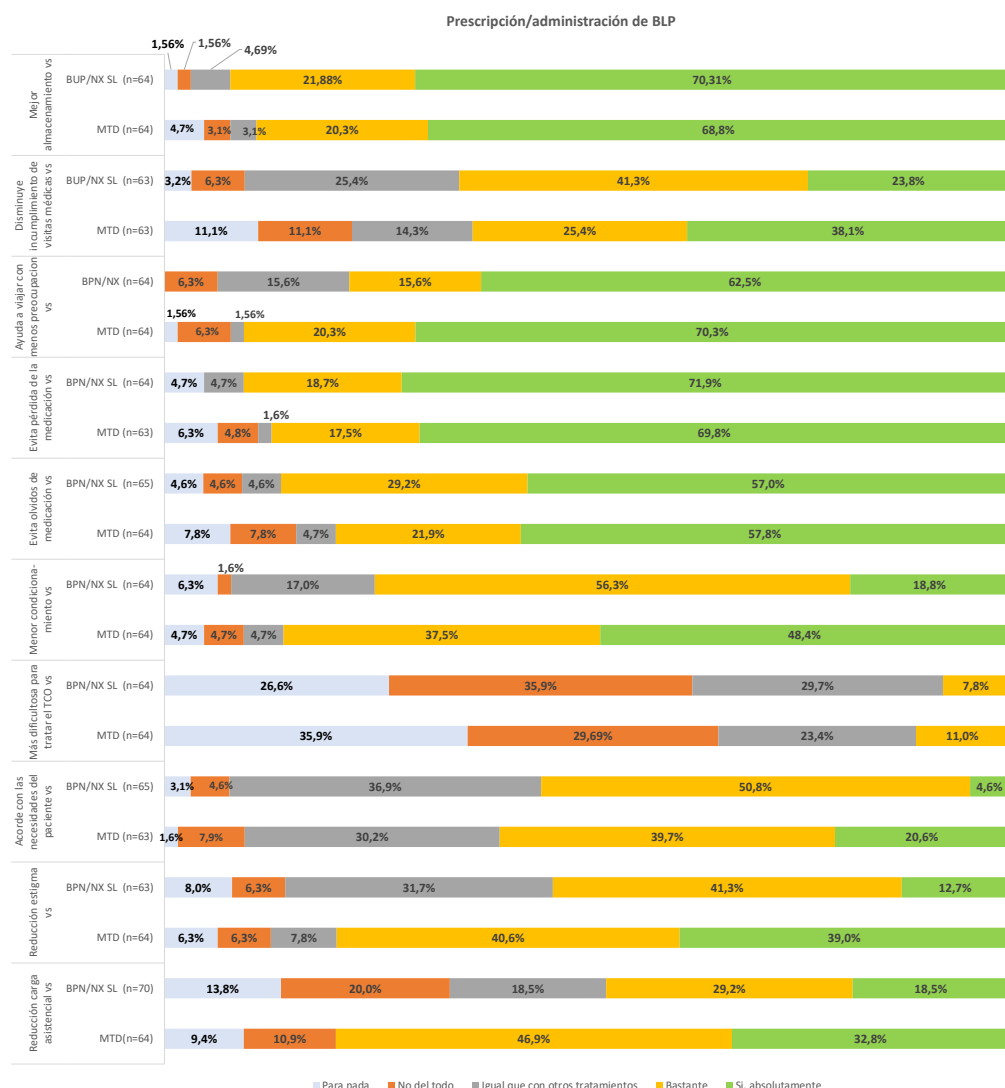
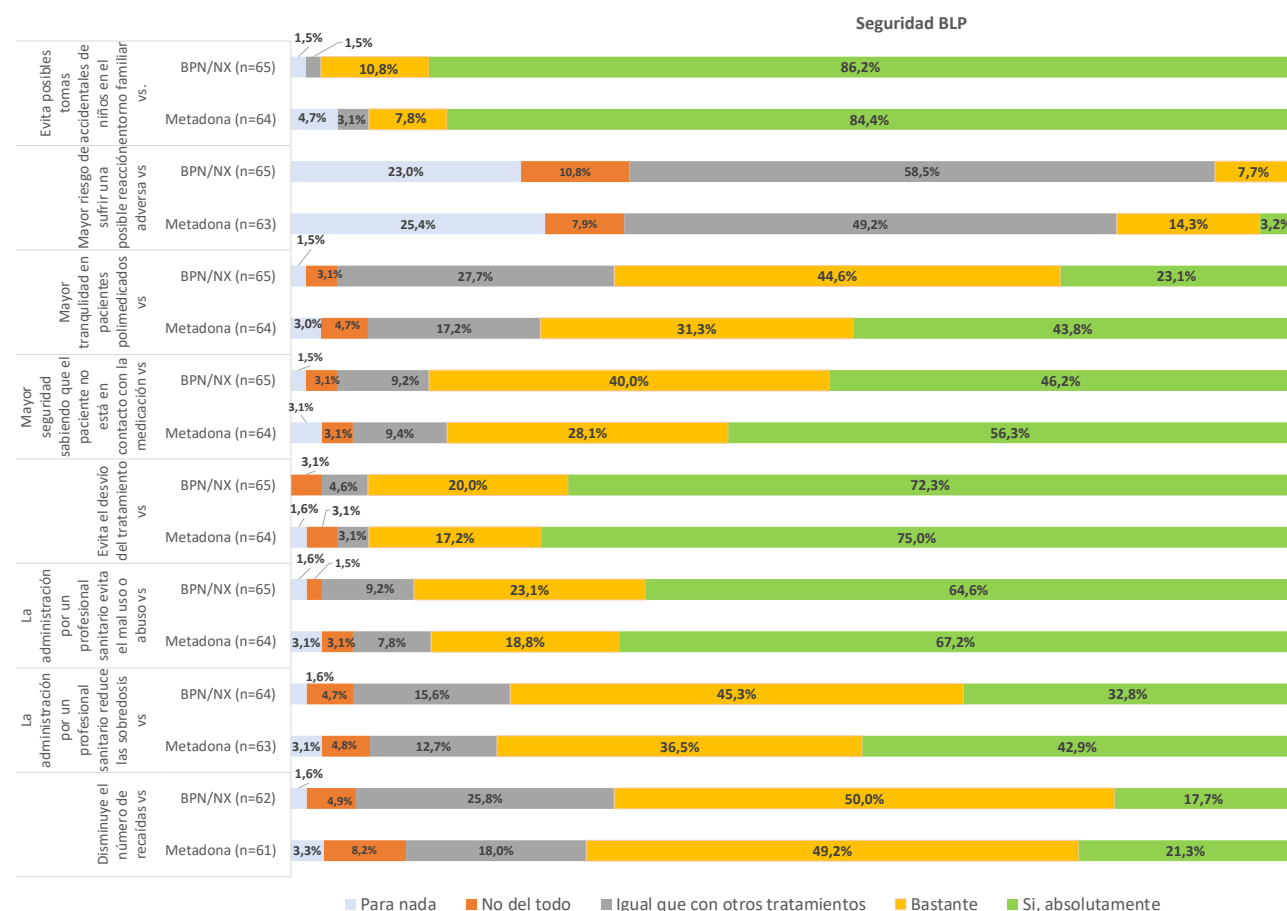


Figura 1 (continuación)
Resultados cuestionario de satisfacción



Nota. BLP: buprenorfina de liberación prolongada; BPN: buprenorfina; SL: sublingual; MTD: metadona; NX: naloxona. Los porcentajes se han calculado sobre el total de respuestas indicadas por los investigadores. No se han considerado los valores perdidos.

El 68,5% de los profesionales sanitarios tenía experiencia en la prescripción y/o administración de BLP; en un 58,3% superior a los 6 meses. El 31,5% de los profesionales indicaron no tener experiencia, pero sí conocimientos acerca del fármaco y sus propiedades. Como principal causa relacionada con la falta de experiencia en la utilización del fármaco, un 40% señaló la falta de pacientes que cumplieran los criterios de financiación del Ministerio de Sanidad (pacientes en tratamiento con BPN/NX oral, estabilizados inadecuadamente o que presentaran problemas de adherencia al tratamiento). Un 20% de los profesionales indicó no haber recibido formación acerca del uso de BLP (Tabla 2).

Satisfacción de los profesionales sanitarios con buprenorfina de liberación prolongada

La puntuación media obtenida en la escala numérica (0-10) que evaluó el grado de satisfacción de los profesionales con experiencia en la prescripción/administración de BLP fue de 8,7 puntos. La puntuación media en la escala numérica que valoró la eficacia fue 8,8 puntos; ambas puntuaciones reflejan un alto grado de aceptación de la BLP entre los especialistas que utilizan BLP.

Los resultados del cuestionario de satisfacción en el que los profesionales participantes valoraron su opinión sobre BLP en comparación con MTD y BPN/NX SL se representan en la Figura 1. En aspectos relacionados con la prescripción y administración, los tres factores principales en los que se pudo percibir una mayor satisfacción de los profesionales encuestados en comparación con MTD y que calificaron con el factor “Sí, absolutamente” fueron viajar con menos preocupaciones y de forma más segura (para el 70,3% de los encuestados), evitar la pérdida de medicación (para el 69,8%) y ayudar a no tener que almacenar el medicamento previniendo posibles consumo de terceros (para el 68,8% de los encuestados). Con el factor “bastante” se percibió una mayor satisfacción de BLP frente a MTD en aspectos relacionados con la reducción de la carga asistencial (para el 46,9% de los profesionales), la reducción del estigma (para el 40,6% de los encuestados) y la posibilidad de ofrecer un tratamiento más acorde a las necesidades de los pacientes (para el 39,7%) (Figura 1).

Frente a BUP/NX SL, los profesionales percibieron una mayor satisfacción con BLP que calificaron con el factor “Sí, absolutamente” en aspectos relacionados con pérdidas

de medicación (para el 71,9%), condiciones de almacenamiento (para el 70,3% de los encuestados) y probabilidad de viajar con menos preocupaciones y de forma más segura (para el 62,5%). Con el factor “bastante” los aspectos en los que con mayor frecuencia mostraron una mayor satisfacción con BLP frente a BUP/NX SL fueron los relacionados con las limitaciones que pudieran tener los pacientes en su vida cotidiana (para el 56,3%), las posibilidades de ofrecer un tratamiento más acorde a las necesidades del paciente (para el 50,8%) y en que podría reducir el estigma y la tasa de pacientes que no acuden a visitas programadas con el médico (ambos aspectos indicados por el 41,3% de los encuestados).

Con relación a la eficacia y efectividad, el factor que los profesionales sanitarios indicaron como “absolutamente más satisfactorio” con la BLP con respecto a la MTD y BUP/NX SL fue poder conseguir una dosis constante evitando los picos y valles de concentración (el 57,8% de los profesionales indicaron su mayor satisfacción con respecto a MTD y 55,4% frente a la BUP/NX SL). Permitir llevar un mejor seguimiento de la dosis pautaada con BLP fue el segundo factor en el que los encuestados indicaron mayor satisfacción (con el factor absolutamente) frente a MTD (50% de los encuestados) y frente a BUP/NX SL (44,6% de los encuestados). El tercer aspecto en el que se percibió una mayor satisfacción de los profesionales fue en la mejora de la adherencia con BLP frente a MTD (para el 40,6%) y frente a BUP/NX SL (para el 46,2%). En la disminución del *craving* la mayoría de los profesionales no mostraron preferencia por ninguno de los tratamientos, indicando que la BLP se comportaba igual que MTD (según el 36,1% de los profesionales) y que la BUP/NX SL (para el 45,2% de los encuestados). De la misma forma, tampoco se observaron preferencias con BLP en la disminución del síndrome de abstinencia con respecto a MTD (39,7% de los encuestados) y BUP/NX SL (49,2% de los encuestados) (Figura 1).

En relación a la seguridad las tres variables en las que hubo un mayor porcentaje de respuestas que indicaban mayor preferencia de BLP con respecto a MTD y BUP/NX SL calificada con el factor “sí, absolutamente”, fueron la posible reducción de tomas accidentales de niños para el 84,4% de los profesionales versus MTD y para el 86,2% frente a BUP/NX SL; la posibilidad de evitar el desvío de sustancias (75% de los profesionales con respecto a MTD y 72,3% de los profesionales frente a BUP/NX) y posibilidad de que con BLP se evitaría el mal uso o abuso del tratamiento por el simple hecho de que la administración la llevara a cabo un profesional sanitario (67,2% de los profesionales indicaron preferencia de BLP frente a MTD y el 64,6% frente a BUP/NX SL). En cuanto a las recaídas, 49,2% de los profesionales mostraron su preferencia con la BLP calificada como “bastante satisfactoria” en la reducción frente a MTD y el 50,0% frente a BUP/NX SL. Sobre la posibilidad de que el paciente sufriera algún tipo

de reacción adversa con el TSO para la mayoría de los encuestados BLP presentaba la misma probabilidad que MTD (para el 49,2% de los encuestados) y que BUP/NX SL (58,5% de los encuestados) (Figura 1).

Características de la formulación de buprenorfina de liberación prolongada

Por sus características relacionadas con la administración subcutánea semanal o mensual 87,7% de los profesionales opinaron que la BLP proporcionaba una mayor comodidad frente a MTD y un 81,3% con respecto a BPN/NX SL en aspectos relacionados con la adherencia, satisfacción, retención y seguridad como muestra la Figura 2. El paso de BPN/NX SL a BLP para el 96,9% de los profesionales resultaba sencillo mientras que la transición de MTD a BLP, para el 62,9%, resultaba compleja.

En relación con la pregunta realizada sobre si consideraban que el paciente con TCO disponía de información suficiente acerca de las distintas opciones terapéuticas para su enfermedad y de las características de cada uno de los fármacos, el 59,4% de los profesionales manifestó que existía desconocimiento por parte de los pacientes (Figura 2).

Barreras asociadas a la prescripción de buprenorfina de liberación prolongada

En la Figura 3 se indican las barreras asociadas a la prescripción de BLP. El temor a la aparición del síndrome de abstinencia a opiáceos (SAO), el rechazo del paciente a la vía de administración, la complejidad de la solicitud y recepción y el desconocimiento por parte del prescriptor fueron las principales barreras indetificadas por los profesionales encuestados (Figura 3).

Ventajas de la buprenorfina de liberación prolongada en el abordaje del paciente con TCO

La Figura 4 muestra en qué situaciones la BLP considerando sus características podría favorecer el abordaje del paciente con TCO con respecto a MTD y BUP/NX SL. Los profesionales opinaron que BLP podría dificultar el desvío al mercado negro (o ilegal) de los sustitutivos de opiáceos (según el 95,9% de los encuestados), podría mejorar la adherencia (según el 94,6%) así como el control del tratamiento (para el 94,6%) y evitar los abusos de medicación (para el 93,2% de los profesionales) entre otros aspectos (Figura 4).

Figura 2

Valoración de los profesionales sanitarios de las características de la buprenorfina de liberación prolongada versus metadona y buprenorfina/naloxona

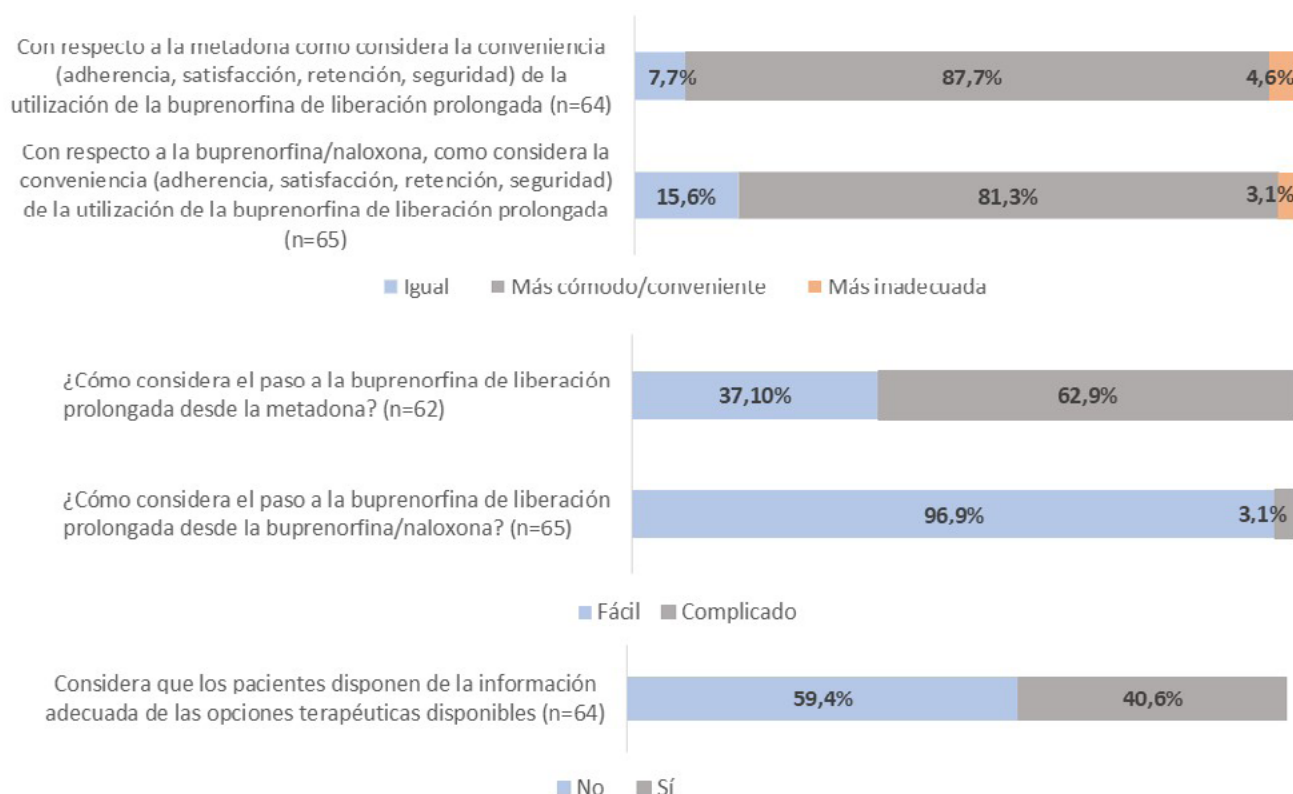
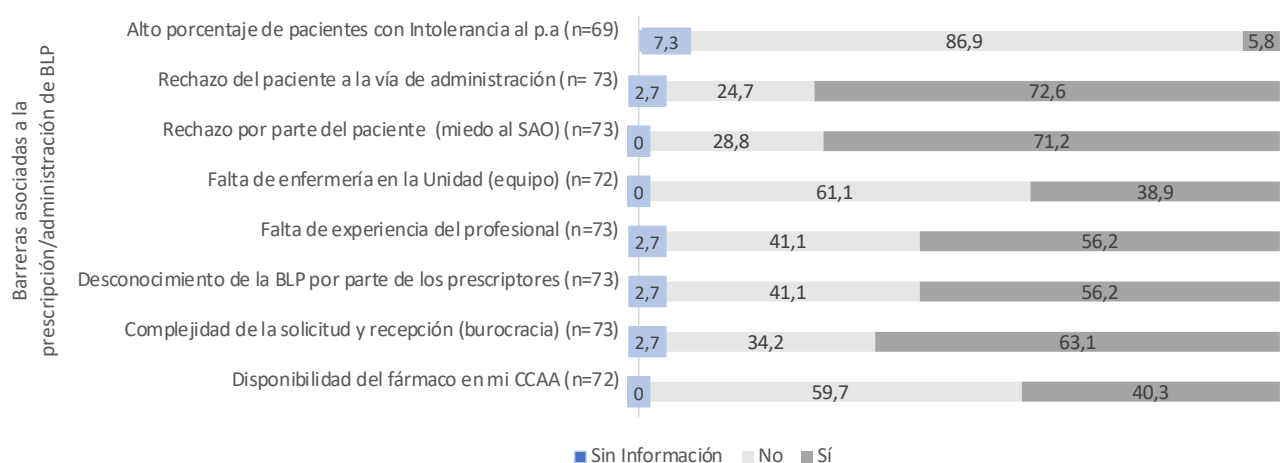


Figura 3

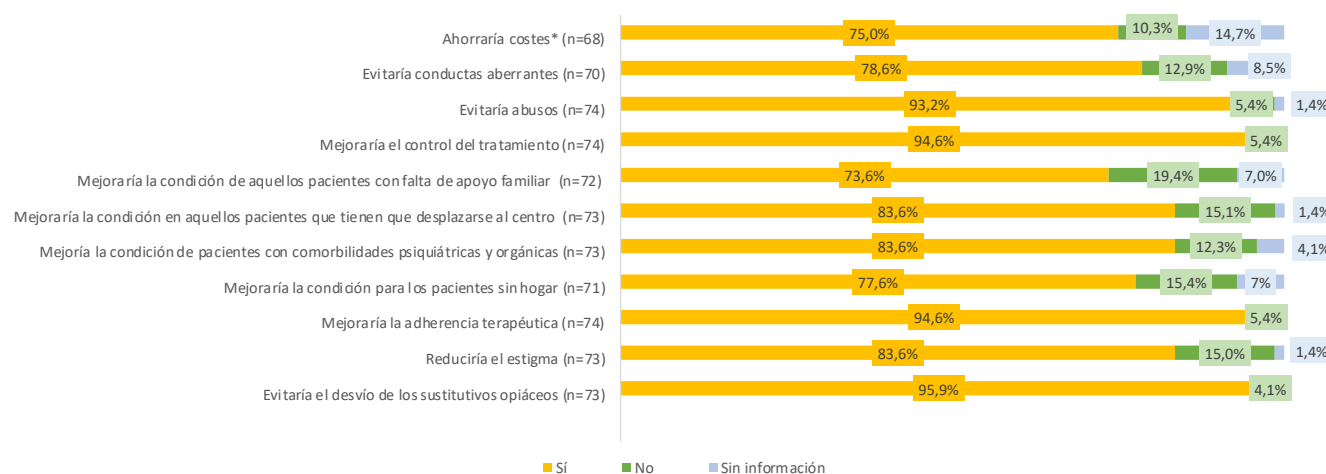
Barreras asociadas a la prescripción/administración de buprenorfina de liberación prolongada



Nota. BLP: buprenorfina de liberación prolongada; CC. AA.: Comunidad Autónoma; SAO: síndrome de abstinencia de opiáceos; p.a: principio activo. *Entre paréntesis se indican el porcentaje de respuestas obtenidas en cada una de las variables con respecto al total de profesionales (74) que respondieron la encuesta.

Figura 4

Situaciones o tipo de pacientes en los que la administración de buprenorfina de liberación prolongada mejoraría el abordaje de los tratamientos sustitutivos del TCO a juicio de los profesionales sanitarios



Nota. * Ahorro de costes para el sistema de salud (con relación al posible aumento de adherencia, y en consecuencia, reducción del número de recaídas y sobredosis).

Discusión

En función de los resultados obtenidos en el estudio FOLIPRO se puede observar una buena aceptación y satisfacción en torno a la BLP por parte de los profesionales implicados en el manejo y cuidado del paciente con TCO encuestados. Los resultados de la encuesta exponen los beneficios que podría aportar este tipo de formulación en el tratamiento del TCO con respecto a dos de las opciones terapéuticas más utilizadas en nuestro país, describiendo las posibles barreras relacionadas con su prescripción y administración.

Los datos obtenidos en el cuestionario de satisfacción reportan una mayor satisfacción con BLP frente a MTD y BPN/NX SL prácticamente en todos los aspectos relacionados con la prescripción/administración, eficacia/efectividad y seguridad.

A juicio de los profesionales encuestados, BLP en comparación con MTD y BUP/NX SL, presenta unas características que le hace ser un tratamiento más acorde a las necesidades de los pacientes con TCO, con menor probabilidad que el resto de los tratamientos de que existan pérdidas de medicación, consumo de terceras personas relacionadas con el almacenamiento del fármaco y menor estigma además de poder reducir la carga asistencial del tratamiento. Estos resultados se encuentran en la misma línea que los obtenidos por Pascual Pastor et al. (2023) que evaluaron en pacientes españoles con TCO la satisfacción y experiencia con su tratamiento. Los pacientes tanto los que recibían MTD como BUP/NX SL, reportaron sentirse “muy molestos” o “bastante molestos” con el hecho de recoger frecuentemente (diaria o semanalmente) la medicación, sentían vergüenza o estigma al tener una supervisión prácticamente diaria de sus tratamien-

tos (Pascual Pastor et al., 2023). El estigma social que rodea a las personas dependientes es un tema recurrente y conocido. Una de las principales conclusiones de la revisión sistemática de Cioe et al. (2020) así lo refleja. Los pacientes en tratamiento con MTD sienten en ocasiones reparo al compartir con su entorno familiar y social su tratamiento por miedo a discriminación y aunque la MTD les haya proporcionado un cambio positivo en sus vidas, se sienten estigmatizados. El hecho de tener que ir a recoger y a que les supervisen la medicación frecuentemente puede ser un aspecto que dificulta la actividad laboral y otras actividades cotidianas del paciente limitando su calidad de vida (Cioe et al., 2020).

Los TSO que requieren una administración diaria aumentan la posibilidad junto a la propia naturaleza del trastorno de adicción del desvío del medicamento a un consumo indebido (Pascual Pastor et al., 2023). En el estudio FOLIPRO queda patente la preferencia de los profesionales sanitarios encuestados (casi 2/3 de los profesionales) con la BLP y su posibilidad de reducir el desvío frente al tratamiento con MTD y BUP/NX SL reduciendo o evitando su mal uso (o abuso) ya que es un medicamento que únicamente puede ser administrado por profesionales sanitarios expertos. La preocupación por el desvío con el tratamiento BUP/NX SL es generalizada entre los sanitarios (Cioe et al., 2020) ya que puede conducir aunque sea en un porcentaje bajo, a un mayor número de recaídas y sobredosis accidentales (Cioe et al., 2020; Pascual Pastor et al., 2023).

El desvío en ocasiones puede estar ligado a la falta de disponibilidad del medicamento. La falta de recursos (institucionales, educativos, económicos) como barrera para la prescripción de buprenorfina y la falta de formación de los

sanitarios podrían ser causas relacionadas con esta falta de disponibilidad (Cioe et al., 2020). En nuestro estudio aunque todos los profesionales encuestados conocían las características de la BLP, un 31,5% indicó no tener experiencia en la prescripción y /o administración del fármaco, en un 20% de los casos por falta de formación.

La formación relacionada con la buprenorfina y su administración es esencial para que los especialistas puedan sacar el máximo rendimiento al medicamento y pueda considerarse una opción más junto con el resto de TSO. En un análisis transversal con especialistas en Psiquiatría se observó que aquellos que no habían recibido formación sobre el fármaco manifestaban una mayor reticencia a la hora de prescribirlo con respecto a los especialistas que sí habían sido formados (Suzuki et al., 2014). Otros estudios (Louie et al., 2019; Mendoza et al., 2016) enfatizan en la importancia de esta formación para evitar enfoques erróneos o cualquier escepticismo que los especialistas puedan transmitir a los pacientes con TCO. En un estudio realizado con médicos de familia y expertos en el tratamiento de pacientes adictos a opioides se señalaron como barreras principales en la prescripción de buprenorfina la capacitación inadecuada del personal, la falta de acceso a expertos en adicciones y la eficacia percibida de buprenorfina (DeFlavio et al., 2015).

En cualquier decisión terapéutica y en especial en el TCO es fundamental que exista una correcta comunicación entre médicos y pacientes y que ambos participen en la toma de decisiones del tratamiento, aspectos que podrían aumentar la adherencia y con ello las probabilidades de éxito de tratamiento (Yarborough et al., 2016). Para ello, es necesario que los pacientes reciban por parte de los especialistas información precisa e imparcial sobre cada opción terapéutica, desmintiendo mitos y educándolos sin prejuicios (DeFlavio et al., 2015). Más de la mitad de los profesionales encuestados en el estudio (59,4%) consideraron que los pacientes con TCO no disponen de toda la información que deberían con respecto a las distintas opciones terapéuticas.

A pesar de que los profesionales mostraron un alto grado de preferencia por BLP y que para más del 80% les resultaba más cómoda/conveniente utilizarla con respecto a MTD y BPN/NX SL se evidencia un bajo porcentaje en cuanto a su utilización teniendo en cuenta el número indicado de pacientes asistidos por los encuestados en el año anterior al inicio del estudio.

El acceso a nivel de CC. AA., la complejidad de la solicitud y recepción y la falta de pacientes que cumplan con los criterios establecidos por el Ministerio de Sanidad fueron las principales barreras para la prescripción de la BLP descritas en el estudio y que podrían contribuir a esta infrutilización de la BLP.

Conocer las preferencias de los especialistas así como de los pacientes y sus preferencias por el TSO e identificar los factores que podrían mejorar el tratamiento y la actitud del pacien-

te con TCO son necesarios para poder tratar con éxito a estos pacientes (Knudsen et al., 2021; Yarborough et al., 2016).

Como fortalezas del estudio cabe resaltar que, hasta nuestro conocimiento, no existe por ahora, ningún estudio realizado en práctica clínica real que plantee el mismo objetivo que el estudio FOLIPRO y que compare las tres opciones del TSO. Como limitaciones del estudio indicamos la ausencia de datos sobre la representatividad de las encuestas recibidas debido al envío masivo de invitaciones. Tenemos falta de precisión en el número total de destinatarios a los que se les envió la encuesta de participación. En el envío de participaciones por correo electrónico pudieron influir factores externos como posibles saturaciones de los buzones de los correos electrónicos de los destinatarios, que el e-mail de participación se enviara directamente al buzón de correo no deseado así como limitaciones relacionadas con la seguridad del propio centro sanitario y la posibilidad de acceder al formulario en los ordenadores del centro. Destacar también que en el estudio no hubo ningún tipo de incentivo para los participantes por lo que se puede considerar como otra limitación relacionada con el número de encuestas recibidas. La propia naturaleza del estudio y el uso exclusivo de encuestas son otras limitaciones del mismo. Como ocurre en el resto de estudios basados en encuestas, las respuestas tienen un fuerte componente subjetivo y dada esta susceptibilidad, los resultados deben tomarse con cautela antes de extrapolarlos a la práctica clínica. Otro aspecto a tener en cuenta sería el no haber incluido entre los profesionales sanitarios que asisten al paciente con TCO a los farmacéuticos clínicos y su punto de vista sobre la BLP. Sería interesante, para investigaciones futuras contar con la visión del farmacéutico y su papel especialmente en el entorno penitenciario y realizar estudios de percepción de los profesionales sanitarios que combinaran metodologías cuantitativas con cualitativas que consideraran además la percepción y preferencias del paciente con TSO.

Conclusión

La BLP parece posicionarse como una alternativa más al tratamiento del TCO junto con MTD y BPN/NX SL en base a la valoración positiva proporcionada por parte de los profesionales sanitarios encuestados. La reducción en la frecuencia de administración de la BLP gracias a la prolongación del efecto terapéutico podría ser beneficiosa en la disminución de la carga relacionada con una recogida frecuente de la medicación y por tanto en una reducción del estigma asociado, lo que podría mejorar el cumplimiento terapéutico y lograría la estabilización del paciente mejorando su calidad de vida.

Reconocimientos

Los autores agradecen a la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras To-

xicomanías (SOCIDROGALCOHOL), la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) y la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) su participación y apoyo en la organización para la realización del estudio.

Fuente de financiación

El estudio FOLIPRO ha sido financiado por Camurus.

Conflicto de intereses

Carlos Roncero declara que ha recibido honorarios por dar conferencias para Janssen-Cilag, Indivior, Gilead, MSD, Excelsis, Abbvie, Takeda, Rubio, Casein-Recordati, Carnot, Angellini y Camurus. Ha recibido compensación financiera por su participación como consultor o miembro de consejo de Lundbeck, Gilead, MSD, INDIVIOR, Excelsis, Camurus, Abbvie, Idorsia, Rovi y Recordati. Ha llevado a cabo el proyecto PROTEUS, el cual fue financiado mediante una subvención de Indivior, y el proyecto COSTEDOPIA, el cual fue financiado por INDIVIOR. También ha recibido dos becas de educación médica por parte de Gilead e Idorsia, así como apoyo en redacción médica por parte de Abbvie.

Rodrigo Oraa Gil, Francisco Pascual Pastor y José Joaquín Antón Basanta han recibido honorarios por dar conferencias para Camurus.

Diego Sucunza Guibert es un empleado de Camurus S.L, España.

María Yébenes Cortés y Miguel Ángel Casado son empleados de Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia (PORIB) una consultora independiente especializada en Evaluación de Intervenciones Sanitarias. Para el desarrollo de este proyecto, PORIB, ha recibido financiación no condicionada a resultados, por parte de Camurus S.L.

Referencias

- Andraka-Christou, B., Page, C., Schoebel, V., Buche, J. y Haffajee, R. L. (2022). Perceptions of buprenorphine barriers and efficacy among nurse practitioners and physician assistants. *Addiction science & clinical practice*, 17(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s13722-022-00321-6>
- Andrilla, C. H. A., Jones, K. C. y Patterson, D. G. (2020). Prescribing practices of nurse practitioners and physician assistants waived to prescribe buprenorphine and the barriers they experience prescribing buprenorphine. *The Journal of rural health: official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*, 36(2), 187–195.
- Bell, J. y Strang, J. (2020). Medication treatment of opioid use disorder. *Biological psychiatry*, 87(1), 82–88. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.06.020>
- Cioe, K., Biondi, B. E., Easly, R., Simard, A., Zheng, X. y Springer, S. A. (2020). A systematic review of patients' and providers' perspectives of medications for treatment of opioid use disorder. *Journal of substance abuse treatment*, 119, 108146. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108146>
- DeFlavio, J. R., Rolin, S. A., Nordstrom, B. R. y Kazal, L. A. Jr. (2015). Analysis of barriers to adoption of buprenorphine maintenance therapy by family physicians. *Rural and remote health*, 15, 3019. <https://doi.org/10.22605/RRH3019>
- Dematteis, M., Auriacombe, M., D'Agnone, O., Somaini, L., Szerman, N., Littlewood, R., Alam, F., Alho, H., Benyamina, A., Bobes, J., Daulouede, J. P., Leonardi, C., Maremmanni, I., Torrens, M., Walcher, S. y Soyka, M. (2017). Recommendations for buprenorphine and methadone therapy in opioid use disorder: A European consensus. *Expert opinion on pharmacotherapy*, 18(18), 1987–1999. <https://doi.org/10.1080/14656566.2017.1409722>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2023). European Drug Report 2023: Trends and developments. https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023_en
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2021). Opioids: health and social responses. Health and social responses to drug problems: A European guide. https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/opioids-health-and-social-responses_en
- Knudsen, H. K., Brown, R., Jacobson, N., Horst, J., Kim, J. S., Kim, H., Madden, L. M., Haram, E. y Molfenter, T. (2021). Prescribers' satisfaction with delivering medications for opioid use disorder. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 16(1), 78. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00413-7>
- Lin, L. A., Lofwall, M. R., Walsh, S. L., Gordon, A. J. y Knudsen, H. K. (2018). Perceptions and practices addressing diversion among US buprenorphine prescribers. *Drug and alcohol dependence*, 186, 147–153. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.01.015>
- López-Briz, E. y Giner García, R. (2021). Buprenorfina subcutánea de liberación prolongada en el tratamiento de la dependencia a opiáceos. *Rev esp de drogodependencias*, 46(1), 104-109.
- Louie, D. L., Assefa, M. T. y McGovern, M. P. (2019). Attitudes of primary care physicians toward prescribing buprenorphine: A narrative review. *BMC family practice*, 20(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1047-z>
- Marco, A., López-Burgos, A., García-Marcos, L., Gallego, C., Antón, J.J. y Errasti, A. (2013). ¿Es necesario disponer de tratamientos con Buprenorfina/Naloxona para los presos dependientes de opiáceos? *Rev Esp Sanid Penit*, 15, 105-113. ISSN 2013-6463.
- Mendoza, S., Rivera-Cabrero, A. S. y Hansen, H. (2016). Shifting blame: Buprenorphine prescribers, addiction treatment, and prescription monitoring in middle-class America. *Transcultural psychiatry*, 53(4), 465–487. <https://doi.org/10.1177/1363461516660884>
- Pascual, F. S., Muñoz, A., Oraa, R., Flórez, G., Notario, P., Seijo, P., Gonzalvo, B., Assaf, C., Gómez, M.

- y Casado, M. Á. (2022). Perception of a new prolonged-release buprenorphine formulation in patients with opioid use disorder: The PREDEPO study. *European addiction research*, 28(2), 143–154. <https://doi.org/10.1159/000520091>
- Pascual Pastor, F., Muñoz, Á., Oraa, R., Flórez, G., Notario, P., Seijo, P., Gonzalvo, B., Assaf, C., Gómez, M. y Casado, M. Á. (2023). Patients'satisfaction and experience in treatment with opioid substitution therapy in Spain. The PREDEPO study. Satisfacción y experiencia de pacientes en tratamiento con sustitutivos opioides en España. Estudio PREDEPO. *Adicciones*, 35(4), 433–444. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1684>
- Roncero, C., Domínguez-Hernández, R., Díaz, T., Fernández, J. M., Forcada, R., Martínez, J. M., Seijo, P., Terán, A. y Oyagüez, I. (2015). Management of opioid-dependent patients: Comparison of the cost associated with use of buprenorphine/naloxone or methadone, and their interactions with concomitant treatments for infectious or psychiatric comorbidities. *Adicciones*, 27(3), 179–189.
- Roncero, C., Vega, P., Grau-López, L., Mesías, B., Barral, C., Basurte-Villamor, I., Rodríguez-Cintas, L., Martínez-Raga, J., Piqué, N., Casas, M. y Szerman, N. (2016). Relevant differences in perception and knowledge of professionals in different Spanish autonomous communities regarding availability of resources for patients with dual disorders. *Actas españolas de psiquiatría*, 44(1), 1–12.
- Strang, J., Volkow, N. D., Degenhardt, L., Hickman, M., Johnson, K., Koob, G. F., Marshall, B. D. L., Tyndall, M. y Walsh, S. L. (2020). Opioid use disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 6(1), 3. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0137-5>
- Suzuki, J., Connery, H. S., Ellison, T. V. y Renner, J. A. (2014). Preliminary survey of office-based opioid treatment practices and attitudes among psychiatrists never receiving buprenorphine training to those who received training during residency. *The American journal on addiction*, 23(6), 618–622. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2014.12143.x>
- Vorspan, F., Hjelmström, P., Simon, N., Benyamina, A., Dervaux, A., Brousse, G., Jamain, T., Kosim, M. y Rolland, B. (2019). What place for prolonged-release buprenorphine depot-formulation Buvidal® in the treatment arsenal of opioid dependence? Insights from the French experience on buprenorphine. *Expert opinion on drug delivery*, 16(9), 907–914. <https://doi.org/10.1080/17425247.2019.1649252>
- Yarborough, B. J., Stumbo, S. P., McCarty, D., Mertens, J., Weisner, C. y Green, C. A. (2016). Methadone, buprenorphine and preferences for opioid agonist treatment: A qualitative analysis. *Drug and alcohol dependence*, 160, 112–118. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.12.031>

CARTA AL EDITOR

Productos con CBD y su impacto en los análisis toxicológicos de orina: Evidencia de una serie de 6 casos

CBD products and their impact on urine toxicology analyses: Evidence from a six-case series

HUGO LÓPEZ-PELAYO ^{*,**}; NOEL CABRERA ^{***}; ELSA CABALLERIA ^{*}; MARIA TERESA PONS-CABRERA ^{*,**}; JUAN MENA ^{***}; DANIEL FOLCH-SÁNCHEZ ^{*}; NAIRA RICO ^{****}; JORDI TO-FIGUERAS ^{*****}; MARINA PARRA-ROBERT ^{*****}; MERCÈ BALCELLS-OLIVERO ^{*,**}.

* Health and Addictions Research Group, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, University of Barcelona, Barcelona, Spain.

** Addictions Unit, Department of Psychiatry, Hospital Clínic de Barcelona, Catalunya, Spain.

*** Department of Psychiatry, Hospital Clínic de Barcelona, Catalunya, Spain.

**** Core Laboratory, Service of Biochemistry and Molecular Genetics, Biomedical Diagnostic Center (CDB), Hospital Clínic de Barcelona, University of Barcelona, Barcelona, Spain.

***** Pharmacology and Toxicology Laboratory, Service of Biochemistry and Molecular Genetics, Biomedical Diagnostic Center (CDB), Hospital Clínic de Barcelona, University of Barcelona, Barcelona, Spain.

En España, la prevalencia de consumo diario o casi diario de cannabis es de entorno al 3,7%, siendo este uno de los tres países de la Unión Europea con mayor consumo en este patrón de riesgo (Manthey et al., 2021). La planta de la que se derivan los productos de consumo de cannabis tiene unos 500 componentes de los cuales más de 40 son cannabinoides. Los principales cannabinoides son el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) - el componente psicoactivo en mayor cantidad -, y el cannabidiol (CBD) (Casajuana Kögel et al., 2018). Recientemente, se ha popularizado el consumo de derivados del cannabis con bajo contenido de THC (<0,2%) y alto contenido de CBD (en ocasiones superior al 10%), ya que se sitúan en un marco legal ambiguo y se ofrecen como una alternativa menos perjudicial e incluso, en ocasiones, saludable, pese a la falta de evidencia científica. Investigadores y profesionales asistenciales nos preguntamos si el

consumo de estos productos puede llevar a un resultado positivo en los análisis rutinarios de THC en orina, dado que presentan una dosis mínima de THC (<0,2%, según las etiquetas).

Realizamos un estudio clínico y analítico del metabolito del THC (11-nor-9-carboxi-delta-9-THC) con seis voluntarios sanos. Seis investigadores consumieron vía fumada una unidad de porro estándar (Casajuana Kögel et al., 2017) con alto contenido de CBD y bajo contenido de THC según la etiqueta (<0,2% de THC); tres de ellos consumieron el formato equivalente a “hierba” (variedad “Remedy”, CBD <13%) y otros tres el equivalente a “hachís” (variedad “Ketama”, CBD <15%). Por protocolo se descartó en todos los participantes la presencia de antecedentes de trastorno por consumo de sustancias, antecedentes personales o familiares de trastorno mental grave y enfermedades médicas. Todos los participantes eran ma-

■ Recibido: Abril 2024; Aceptado: Julio 2024.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Daniel Folch-Sánchez. Health and Addictions Research Group, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, University of Barcelona.
Email: dfolch@recerca.clinic.cat

iores de edad (rango de edad: 27 – 39), dos eran mujeres (no lactantes y no embarazadas) y cuatro, hombres, y todos otorgaron libremente su consentimiento. El producto se compró en una tienda especializada de CBD. Ninguno de los participantes presentó efectos psicoactivos. El único efecto adverso detectado fue tos irritativa autolimitada y mareo leve en un usuario, probablemente relacionados con la vía de administración al no ser fumador habitual. Tras 12 horas del consumo, cada participante facilitó una muestra de orina que se remitió al laboratorio para el análisis rutinario del metabolito del THC mediante cribado por inmunoanálisis (Atellica Solutions, Siemens Healthineers) y posteriormente se realizó el análisis confirmatorio por cromatografía de gases - espectrometría de masas (GC-MS) (Agilent Technologies). Los resultados en los seis casos y para los dos tipos de análisis resultaron negativos.

El consumo de cannabis está contraindicado en determinadas patologías (como la esquizofrenia, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc.), condiciones (embarazo, lactancia, conducción, etc.) o circunstancias (medidas penales alternativas, procesos de evaluación de trasplante, prisiones, etc.) (Kriss et al., 2024; Petrilli et al., 2022; Solmi et al., 2023). Esto puede llevar a que algunos usuarios habituales de cannabis busquen alternativas que consideren menos perjudiciales y que, al mismo tiempo, no den un resultado positivo en los controles de orina. Por ejemplo, busquen efectos ansiolíticos o hipnóticos sin otros efectos psicoactivos, más allá de la limitada evidencia científica disponible respecto estos efectos. Existe un desconocimiento de los efectos del bajo contenido de THC que tienen estos productos, así como su detectabilidad por los análisis rutinarios de cannabis, que pueden tener implicaciones en determinada población (embarazo, lactancia, conducción u otras circunstancias que tengan implicaciones legales). Se necesitan estudios que puedan esclarecer la seguridad y los efectos adversos del consumo de cannabidiol así como su impacto en los estudios toxicológicos.

Hasta donde sabemos, este es el primer estudio de estas características. Sin embargo, otros grupos ya han alertado sobre la contaminación accidental de productos CBD con THC e incluso con metales pesados o pesticidas. Por tanto, algunas muestras de CBD podrían tener concentraciones de THC más altas de las que constan en la etiqueta. La compra de estos productos de forma *online* preocupa especialmente debido al riesgo de fraude (Bonn-Miller et al., 2017; Gidal et al., 2024; Johnson et al., 2022; Liebling et al., 2022). Un símil que nos puede ayudar a entender el vacío de conocimiento sería la diferenciación entre las cervezas sin alcohol (hasta 1,2% de alcohol) o una cerveza 0,0 (hasta 0,04% de alcohol) donde los límites están claros. Mientras que el primero tiene implicaciones clínicas y toxicológicas, el segundo tipo de cervezas tiene menos relevancia a estos niveles. En este momento, no sabemos si los productos CBD del mercado son similares a las cer-

zas "0,0" o a las "sin alcohol, e incluso si en algunos casos podrían ser cervezas con alcohol en la cantidad habitual y errores de etiquetado.

Nuestro estudio tiene algunas limitaciones. En primer lugar, únicamente hemos analizado la detectabilidad del metabolito del THC derivado de un consumo aislado. Además, solamente hemos utilizado dos tipos de muestras de un único proveedor. Nuestro tamaño muestral es reducido. Finalmente, tampoco hemos analizado otros cannabinoides psicoactivos como el 8-delta-tetrahidrocannabinol (La Maida et al., 2022).

Se concluye que, para esta partida específica de este productor concreto, el consumo de CBD con bajo porcentaje de THC no es detectable en la orina con los análisis de laboratorio de cribado ni confirmatorio para el cannabis. Se requieren estudios que investiguen diferentes proveedores y partidas, así como diferentes entornos de venta (asociaciones de usuarios de cannabis, mercado negro, tiendas específicas de CBD, productos online, etc.) para poder informar correctamente a los usuarios sobre los riesgos asociados al uso de productos disponibles con CBD y bajo contenido de THC, incluidos los relacionados con estudios forenses o evaluaciones médicas.

Conflicto de intereses

JM ha recibido apoyo para cursos de formación y educación médica de Rovi, Janssen-Cilag y Casen Recordati, así como apoyo para viajes de Rovi.

HLP ha recibido subvenciones de formación de Lundbeck y Advanz (no relacionadas con este trabajo).

Referencias

- Bonn-Miller, M. O., Loflin, M. J. E., Thomas, B. F., Marcu, J. P., Hyke, T. y Vandrey, R. (2017). Labeling Accuracy of Cannabidiol Extracts Sold Online. *JAMA*, 318(17), 1708–1709. <https://doi.org/10.1001/JAMA.2017.11909>
- Casajuana Kögel, C., Balcells-Olivero, M. M., López-Pelayo, H., Miquel, L., Teixidó, L., Colom, J., Nutt, D. J., Rehm, J. y Gual, A. (2017). The Standard Joint Unit. *Drug and Alcohol Dependence*, 176(March), 109–116. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.03.010>
- Casajuana Kögel, C., López-Pelayo, H., Balcells-Olivero, M. M., Colom, J. y Gual, A. (2018). Psychoactive constituents of cannabis and their clinical implications: A systematic review. *Adicciones*, 30(2). <https://doi.org/10.20882/adicciones.858>
- Gidal, B. E., Vandrey, R., Wallin, C., Callan, S., Sutton, A., Saurer, T. B., Triemstra, J. L., Fröhlich, E., Ramirez, C. y Leas, E. (2024). Product labeling accuracy and contamination analysis of commercially available cannabidiol

- product samples. *Frontiers in Pharmacology*, 15, 1335441. <https://doi.org/10.3389/FPHAR.2024.1335441>
- Johnson, E., Kilgore, M. y Babalonis, S. (2022). Cannabidiol (CBD) product contamination: Quantitative analysis of $\Delta 9$ -tetrahydrocannabinol ($\Delta 9$ -THC) concentrations found in commercially available CBD products. *Drug and Alcohol Dependence*, 237, 109522. <https://doi.org/10.1016/J.DRUGALCDEP.2022.109522>
- Kriss, M., Shingina, A., Hamel, S. y Winder, G. S. (2024). Cannabis use in liver transplant candidates and recipients. *Liver Transplantation*. <https://doi.org/10.1097/LVT.0000000000000335>
- La Maida, N., Di Giorgi, A., Pichini, S., Busardò, F. P. y Huestis, M. A. (2022). Recent challenges and trends in forensic analysis: $\Delta 9$ -THC isomers pharmacology, toxicology and analysis. *Journal of Pharmaceutical and Biomedical Analysis*, 220, 114987. <https://doi.org/10.1016/J.JPBA.2022.114987>
- Liebling, J. P., Clarkson, N. J., Gibbs, B. W., Yates, A. S. y O'Sullivan, S. E. (2022). An Analysis of Over-the-Counter Cannabidiol Products in the United Kingdom. *Cannabis and Cannabinoid Research*, 7(2), 207. <https://doi.org/10.1089/CAN.2019.0078>
- Manthey, J., Freeman, T. P., Kilian, C., López-Pelayo, H. y Rehm, J. (2021). Public health monitoring of cannabis use in Europe: Prevalence of use, cannabis potency, and treatment rates. *The Lancet Regional Health - Europe*, 10, 100227. <https://doi.org/10.1016/J.LANEPE.2021.100227> ATTACHMENT/92A316F9-6946-45B4-B4E1-4EB-58C208B96/MMC2.ZIP
- Petrilli, K., Ofori, S., Hines, L., Taylor, G., Adams, S. y Freeman, T. P. (2022). Association of cannabis potency with mental ill health and addiction: A systematic review. *The Lancet. Psychiatry*, 9(9), 736–750. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00161-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00161-4)
- Solmi, M., De Toffol, M., Kim, J. Y., Choi, M. J., Stubbs, B., Thompson, T., Firth, J., Miola, A., Croatto, G., Baggio, F., Michelon, S., Ballan, L., Gerdle, B., Monaco, F., Simonato, P., Scocco, P., Ricca, V., Castellini, G., Fornaro, M.,... Dragioti, E. (2023). Balancing risks and benefits of cannabis use: Umbrella review of meta-analyses of randomised controlled trials and observational studies. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 382. <https://doi.org/10.1136/BMJ-2022-072348>

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/ethical-guidelines.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.

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 registrarse 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 irá 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:

1. El manuscrito es original y no ha sido previamente publicado, completo o en parte, ni está siendo considerado para su publicación en otra revista.
2. 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.
4. 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.
5. 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.
7. 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](https://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.

Todo el proceso de recepción y remisión de artículos sigue un proceso ciego controlado por el Editor jefe. El Editor 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 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, será tomada por el Editor de la revista. 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 editor 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:

1. Se les remitirá una versión con posibles correcciones de formato y estilo, a la que deberán responder en un máximo de 10 días.
2. 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.
3. Una vez se haya efectuado el pago, el artículo será traducido al inglés o español, dependiendo del idioma original.
4. Se generará un documento final o galerada que los autores también revisarán.
5. 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. Las opiniones vertidas en la revista Adicciones no son necesariamente las de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas o las del Ministerio de Sanidad, ni tampoco de Socidrogalcohol. 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 manuscritos podrán ser enviados y formar parte de repositorios públicos e institucionales siempre y cuando incluyan el enlace al manuscrito publicado en la revista, la correcta referencia y se solicite al Editor el permiso.

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.

EDITORIAL

El estado actual de la publicidad de los juegos de azar en España y sus riesgos potenciales**The current state of gambling advertising in Spain and its potential risks**

JUAN F. NAVAS, JOSÉ C. PERALES..... 3

ORIGINALS / ORIGINALES

Desmontando estereotipos: Orientación sexual y riesgo para el consumo de sustancias en la adolescencia**Dismantling stereotypes: Sexual orientation and risk for substance use in adolescence**

ALICIA PÉREZ-ALBÉNIZ, BEATRIZ LUCAS-MOLINA, ADRIANA DíEZ-GÓMEZ, JULIA PÉREZ-SÁENZ, EDUARDO FONSECA-PEDRERO..... 7

Revisión sistemática sobre características y eficacia de los programas preventivos escolares en drogodependencias en España**Systematic review on the characteristics and efficacy of school preventive programs for drug addiction in Spain**

VÍCTOR JOSÉ VILLANUEVA-BLASCO, JORGE MEDINA-MARTÍNEZ, JAVIER ZARAGOZA..... 19

Retraso en el acceso al primer tratamiento para la adicción en usuarios de opiáceos**Delay among opioid users in seeking first addiction treatment**

CARLOS ORTEGA-MUELA, MARÍA RODRÍGUEZ-MINCHOLÉ, RAQUEL GARCÍA-PAGE, JOSÉ PULIDO, JESÚS HENARES-MONTIEL, MARTA DONAT, MARÍA JOSÉ BELZA, LUIS SORDO..... 41

Uso problemático de internet entre adultos: Un estudio europeo longitudinal**Problematic Internet use among adults: A longitudinal European study**

OLATZ LÓPEZ-FERNÁNDEZ, LUCÍA ROMO, AMÉLIE ROUSSEAU, BERNADETA LELONEK-KULETA, JOANNA CHWASZCZ, NIKO MÄNNIKKÖ, ANN-KATHRIN GÄSSLER, ZSOLT DEMETROVICS, SOPHIA ACHAB, DARIA J. KUSS, MARK D. GRIFFITHS..... 53

Factores asociados al abuso de videojuegos en mujeres adolescentes**Factors associated with video game abuse among adolescent women**

MÓNICA BERNALDO-DE-QUIRÓS, LUCÍA HERRERA, IVÁN SÁNCHEZ-IGLESIAS, IGNACIO FERNÁNDEZ-ARIAS, FRANCISCO ESTUPIÑÁ, MARTA LABRADOR, MARINA VALLEJO-ACHÓN, FRANCISCO J. LABRADOR..... 61

Percepción de los profesionales sanitarios sobre la buprenorfina de liberación prolongada en el trastorno por consumo de opioides. Estudio FOLIPRO**Healthcare professionals' perception of prolonged-release buprenorphine in opioid use disorder. FOLIPRO Study**

RODRIGO ORAÁ, DIEGO SUCUNZA GUIBERT, MARÍA YÉBENES CORTÉS, MIGUEL ÁNGEL CASADO GÓMEZ, JOSÉ JOAQUÍN ANTÓN BASANTA, FRANCISCO PASCUAL PASTOR, CARLOS RONCERO..... 73

CARTA AL EDITOR / LETTER TO THE EDITOR

Productos con CBD y su impacto en los análisis toxicológicos de orina: Evidencia de una serie de 6 casos**CBD products and their impact on urine toxicology analyses: Evidence from a six-case series**

HUGO LÓPEZ-PELAYO, NOEL CABRERA, ELSA CABALLERÍA, MARÍA TERESA PONS-CABRERA, JUAN MENA, DANIEL FOLCH-SÁNCHEZ, NAIRA RICO, JORDI TO-FIGUERAS, MARINA PARRA-ROBERT, MERCÈ BALCELLS-OLIVERO..... 85

