ADICCIONES

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



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:
MINISTERIO DE SANIDAD
SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

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

Ainhoa Coloma Carmona
Universidad Miguel Hernández de Elche

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

Patricia Motos Sellés
Universitat de València

Marta Rodríguez Arias
Universitat de València

Antonio Verdejo
Monash University (Australia)

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 Staplefor Centre. Londres, Reino Unido

Angel Carracedo
Universidad de Santiago de Compostela

Miguel Casas
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

Cheryl Cherpitel
National Alcohol Research Center. Berkeley, California, Estados Unidos

Mª Isabel Colado
Universidad Complutense, Madrid

Luis de la Fuente
Instituto de Salud Carlos III, Madrid

Magí Farré
Institut Municipal d'Investigació Mèdica, Barcelona

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

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
Norhumbria University. Newcastle Upon Tyne, Reino Unido

Karol L. Kumpfer
University of Utah. Estados Unidos

Ronaldo Laranjeira
Brazilian Society of Addiction. Sao Paulo, Brasil

Francisco Javier Laso
Universidad de Salamanca

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

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, Washintgton, Estados Unidos

Juan Francisco Navas
Universidad Complutense de Madrid

Enriqueta Ochoa
Hospital Ramón y Cajal, Madrid

Esa Österberg
National Research and Development Centre for Welfare and Health. Helsinki, Finlandia

Moira Plant
University of the West of England. Bristol, Reino Unido

José Antonio Ramos
Universidad Complutense, MadridGeorge 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

Kaija Seppä
University of Tampere, Finlandia

Néstor Szerman
Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid

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

Miguel Ángel Torres Fernández
Ex-Presidente de Socidrogalcohol, Valencia

Mª Paz Viveros
Universidad Complutense, Madrid

COMITÉ DE EXPERTOS

Carlos Alonso
Servicio Drogodependencias Castilla La Mancha

Miquel Amengual Munar
Consell de Mallorca, Palma de Mallorca

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

Vicent Balanzá
Universitat de València – CIBERSAM, Valencia

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

Gregorio Barrio
Instituto Carlos III, Madrid

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

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
Univesitat 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

Victor Martínez Loredo
Universidad de Zaragoza

José Martínez-Raga
Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia

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

José Miñarro
Universidad de Valencia

Sonia Moncada
Plan Nacional sobre Drogas, Madrid

Miquel Monrás
Unidad de Alcohología. Hospital Clínic de Barcelona

Alfonso Palmer Pol
Universitat Illes Balears, Palma de Mallorca

Francisco Pascual Pastor
Conselleria de Sanitat, Valencia

Eduardo J. Pedrero Pérez
CAD 4 Ayuntamiento de Madrid

César Pereiro
Plan de Galicia sobre Drogas. A Coruña

Bartolomé Pérez Gálvez
Hospital Universitario de San Juan, Alicante

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

Juan Luis Recio
Universidad Complutense, Madrid

Carlos Roncero
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

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

Pedro 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 ■ **SVPF:** 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).

2026 ■ VOL. 38 ■ N. 2
ADICCIONES

ÍNDICE / INDEX

EDITORIAL

Equidad asistencial: Por qué la interconsulta en adicciones debe estar presente en todos los centros hospitalarios
Equity in healthcare: Why addiction consultation-liaison services should be present in all hospitals
Laura Bueno-Sanya, Néstor Arbelo, Mercè Balcells, Mercè Càmara, Òscar de Juan, Laia Miquel, Luis Pintor, María Teresa Pons, Luis Olivier, Hugo López-Pelayo. 87

ORIGINALES / ORIGINALS

Validación Española del Cuestionario de Episodios de Consumo de Tabaco Relacionados con la Alimentación y el Peso (CECTRAP)
Spanish Validation of the Smoking-Related Weight and Eating Episodes Test (SWEET)
Andrea Krotter, Covadonga González-Nuevo, Claire A. Spears, Gloria Garcia-Fernandez 91

Intervenciones farmacológicas en cesación tabáquica en pacientes con trastorno bipolar
Pharmacological interventions for smoking cessation in patients with bipolar disorder
Pablo González-Domenech, María Domingo-Rubio, Joaquín Camacho-Tapia, Jesús García-Jiménez, Luis Gutiérrez-Rojas, Sara Jiménez-Fernández 105

Una medida multidimensional de la adicción a las redes sociales: Propiedades psicométricas de las puntuaciones del AdiTec-I en adolescentes y adultos jóvenes hispanohablantes
A multidimensional measure of social networking addiction: Psychometric properties of AdiTec-I scores in Spanish-speaking adolescents and young adults
Amparo Luján-Barrera*; Lydia Cervera-Ortiz*; Mariano Chóliz* 115

Factores de personalidad asociados al uso de alcohol, tabaco y marihuana en adolescentes: Un estudio longitudinal
Personality factors associated with alcohol, tobacco and marijuana use in adolescents: A longitudinal study
Gabriela Rivarola Montejano, Angelina Pilatti, Ricardo Marcos Pautassi 129

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

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

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 adedudar en mi cuenta los efectos que les sean presentados para su cobro por "Adicciones, Socidrogalcohol"

..... *de* ..... *de 20* .....

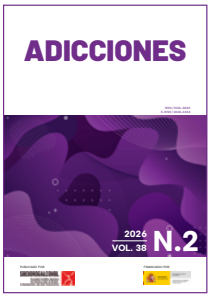
Atentamente (firma del titular)

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

LA REVISTA ES GRATUITA PARA LOS SOCIOS DE SOCIDROGALCOHOL

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

ADICCIONES
2026 ■ VOL. 38 ■ N. 2 ■ PÁGS. 87–90
www.adicciones.es



EDITORIAL

Equidad asistencial: Por qué la interconsulta en adicciones debe estar presente en todos los centros hospitalarios

Equity in healthcare: Why addiction consultation-liaison services should be present in all hospitals

Laura Bueno-Sanya*,**,***; Néstor Arbelo****; Mercè Balcells*,**; Mercè Càmara****; Òscar de Juan*****; Laia Miquel*,**; Luis Pintor****; María Teresa Pons*,**,***; Luis Olivier*,**; Hugo López-Pelayo*,**,****.

* Grupo de Investigación en Salud y Adicciones (Grupo de Investigación Emergente), Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi I Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España.

** Unidad de Conductas Adictivas, Servicio de Psiquiatría y Psicología, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, Cataluña, España.

*** Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

**** Unidad de Psiquiatría de Enlace. Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, Cataluña, España.

***** Servicio de Psiquiatría y Psicología, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

La prevalencia de los trastornos por uso de sustancias (TUS) entre pacientes hospitalizados constituye un problema de salud pública de primera magnitud. Entre el 20 y el 45% de los pacientes hospitalizados por una razón médica o quirúrgica tienen un TUS. En Estados Unidos y Canadá hasta el 44% de los pacientes hospitalizados tienen un TUS. En Reino Unido, uno de cada cinco pacientes hospitalizados tiene un trastorno por consumo de alcohol (Department of Health and Social Care, 2025; Donroe et al., 2025). En nuestro entorno europeo mediterráneo, se evaluaron 800 pacientes ingresados por patología médica, identificándose un consumo de riesgo alto o moderado de alcohol en el 8% y de tabaco en el 35%. Los que consumían alcohol con un patrón de riesgo moderado o alto (según la escala ASSIST) presentaban peor funcionalidad y una estancia más prolongada (Pons-Cabrera et al., 2025).

La hospitalización constituye una oportunidad clínica privilegiada para intervenir en el TUS. En nuestra cohorte retrospectiva de 96 pacientes evaluados durante su ingreso hospitalario por parte de la interconsulta hospitalaria de adicciones en el año 2023 observamos que el 71,9% ingresó por motivos directamente relacionados con el consumo, el 62,5% presentaba comorbilidad psiquiátrica y el 42,7% cumplía criterios de TUS grave. A pesar de esta complejidad, la aceptación de la derivación al dispositivo especializado fue muy elevada (89,6%) y el 73,3% acudió a la primera visita con psiquiatría. Aunque la retención disminuyó a los seis (44,2%) y doce meses (32,6%), las tasas de abstinencia (análisis por protocolo) se mantuvieron altas: 82,5% en la primera visita, 81,6% entre 0–6 meses y 64,3% entre 6–12 meses. Esos datos sugieren que el ingreso hospitalario constituye un período de máxima receptividad al cambio, donde la intervención temprana podría modificar la trayectoria clínica del paciente y permite acceder a pacientes que no solicitarían tratamiento de forma espontánea.

Estas conclusiones coinciden con las recomendaciones de un grupo de expertos (metodología Delphi incluyendo profesionales y usuarios) para el abordaje del consumo de sustancias en hospitales, que propone 84 estrategias para

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ **Enviar correspondencia a:**
Laura Bueno-Sanya. C/ Villarroel, 170, 08036, Barcelona. Tel.: 650933723.
Email: labuenos@clinic.cat

estandarizar el cribado, manejo y seguimiento de estos pacientes (Donroe et al., 2025). En estas recomendaciones destaca la necesidad de incluir un especialista en adicciones en el manejo de los pacientes ingresados con TUS, la creación de un grupo multidisciplinar para tratar a pacientes con este problema de salud y la participación activa de psiquiatras en el proceso asistencial.

La presencia de comorbilidad psiquiátrica (depresión, ansiedad, trastorno de personalidad) y de trastornos adictivos severos que impactan en la calidad de vida y en el funcionamiento de los pacientes hace necesario una aproximación estructurada e integrada (Lozano et al., 2017).

Tulloch et al. mostró que factores médicos (como la presencia de psicosis o comorbilidad física), demográficos (como el género) y organizativos (incluyendo las altas voluntarias o el tamaño del hospital) influyen de forma consistente en la duración de la estancia (Tulloch et al., 2011). Esto sugiere que factores organizativos y clínicos —entre ellos la integración de equipos de enlace especializados en psiquiatría de la adicción— pueden optimizar las estancias y mejorar los resultados asistenciales.

La evidencia más robusta sobre el impacto de la intervención de un/a especialista en adicciones durante una hospitalización procede del ensayo START que mostró que los pacientes que recibieron consulta especializada durante la hospitalización duplicaron la probabilidad de iniciar medicación para el trastorno por uso de opioides e incrementaron significativamente su vinculación al seguimiento ambulatorio tras el alta (Ober et al., 2025). La *American Hospital Association* subraya que las transiciones asistenciales son uno de los puntos más críticos para garantizar la continuidad del tratamiento y reducir la mortalidad asociada al TUS (American Hospital Association, 2025). Iniciar medicación para el trastorno por uso de alcohol (MAUD) en el momento del alta se asoció a una reducción del 42% del riesgo combinado de reingreso o mortalidad a 30 días, pero solo el 2% de los pacientes recibía este tratamiento al alta, lo que evidencia una brecha terapéutica importante (Bernstein et al., 2024). Además, recibir la visita de un psiquiatra especializado en adicciones durante la hospitalización por un episodio de hepatitis por alcohol se asoció a menor mortalidad (Durkin et al., 2025).

Existen intervenciones novedosas a nivel hospitalario en el paciente con enfermedad hepática asociada al alcohol que están mostrando resultados prometedores. El ensayo clínico aleatorizado MyWayUp (R) demostró que una intervención digital gamificada, complementada con entrevista motivacional, triplicó la probabilidad de mantener al paciente en tratamiento de adicciones a los seis meses, mejoró la adherencia en un 50%, redujo significativamente el consumo de alcohol en el primer mes en aquellos con uso activo y mejoró parámetros hepáticos pronósticos como el MELD-Na (Oliveras et al., 2026). Estos resultados sugieren que las intervenciones digitales pueden superar barreras tradicionales como el estigma y las dificultades logísticas.

La revisión de estrategias de transición asistencial (Krawczyk et al., 2023) muestra que las intervenciones que combinan cribado en urgencias o hospitalización, navegación por pares (pacientes expertos que ayudan al paciente que debuta con el trastorno) y seguimiento temprano se asocian a mayores tasas de vinculación terapéutica lo que es coherente con la cohorte de 96 pacientes descrita más arriba.

La guía clínica británica sobre tratamiento del alcohol recomienda estrategias concretas de cuidado de pacientes con consumo de alcohol en hospitalizaciones agudas y la utilización de los llamados "alcohol care teams (ACTs)". Los ACTs son equipos multidisciplinares especializados en el manejo de trastorno por consumo de alcohol en el medio hospitalario (Department of Health and Social Care, 2025). Por otra parte, durante la pandemia de COVID-19 se evidenció que los equipos de interconsulta en adicciones constituyen un elemento central para la correcta atención de los pacientes con TUS en un contexto de crisis sanitaria y social (López-Pelayo et al., 2020).

La integración de toda esta evidencia demanda un cambio estructural. La hospitalización no debe considerarse solo un episodio asistencial agudo, sino una ventana de oportunidad terapéutica para pacientes que ingresan con patología médica con comorbilidad psiquiátrica, especialmente para pacientes con enfermedades médicas graves o riesgo elevado de recaída. De cara a optimizar esta oportunidad, proponemos:

- Cribado universal de TUS y comorbilidad psiquiátrica en pacientes hospitalizados. Por ejemplo, con instrumentos estandarizados administrados por enfermería (AUDIT-C, ASSIST).
- Consultas de adicciones integradas en los servicios médicos y de psiquiatría de enlace, junto con la creación de equipos multidisciplinarios. Y que estos servicios sean considerados en la distribución presupuestaria por parte de la administración.
- Intervenciones breves protocolizadas durante el ingreso, basadas en evidencia científica como entrevista motivacional.
- Sistematización en la valoración de inicio de fármacos para el trastorno por consumo de alcohol, opiáceos y nicotina cuando esté indicado desde la hospitalización.
- Modelos estructurados de transición, con seguimiento intensivo tras el alta.
- Integración de herramientas digitales, como por ejemplo MyWayUp, para mejorar la adherencia y dar continuidad a la atención.
- Integrar la perspectiva de género con el objetivo de mejorar la detección de determinadas enfermedades en las mujeres y reducir las barreras de acceso al tratamiento.
- Garantizar una atención basada en los derechos humanos (Quality Rights OMS) y respetando los principios de bioética incluyendo autonomía, privacidad

Tabla 1
Nuestro modelo de intervención en adicciones

Principios metodológicos	Medicina de la adicción. Entrevista motivacional e intervención breve. Gestión de casos complejos y garantizar continuidad asistencial. Atención de la complejidad: comorbilidad médica, psiquiátrica, cognitiva y social. Multidisciplinaridad y formación de equipos médicos/enfermería. Garantizar derechos humanos y una atención centrada en el paciente (modelo *Quality Rights* OMS). Actualización continuada de la evidencia para mejorar los procesos asistenciales.
Objetivos de las intervenciones	De primer orden: seguridad del paciente disminuyendo los riesgos de la abstinencia, evitar altas voluntarias, fugas o altas precipitadas, asegurar el confort del paciente. De segundo orden: conseguir la vinculación a dispositivos ambulatorios, motivar para la abstinencia, iniciar prevención de recaídas y el uso de fármacos que disminuyan el riesgo.
Fase 1: estabilización y trabajar vinculación con paciente mediante la entrevista motivacional*	Identificar el riesgo de abstinencia y prevenir la misma (incluyendo riesgo de convulsiones o alucinosis). Prevenir el síndrome de Wernicke y tratarlo. Orientar al equipo médico tratante en las complicaciones más habituales (por ejemplo, hemorragias intracraneales, enfermedades hepáticas o infecciosas). Coordinación con enfermería e integración en el abordaje de los síntomas de abstinencia y los problemas conductuales derivados: enfermería de práctica avanzada identifica prioridades y coordina con enfermería responsable del paciente.
Fase 2: diagnóstico y trabajar los focos de preocupación del paciente (enfocar en entrevista motivacional)	Diagnóstico de trastorno por uso de sustancias en base a clasificaciones diagnósticas a partir de la información del paciente, sus allegados (con consentimiento explícito) y la historia clínica. Diagnóstico de comorbilidades de salud mental, especialmente las más frecuentes (depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático). Diagnóstico de deterioro cognitivo grave o demencia. Diagnóstico de problemas sociales, relacionales, habitacionales o económicos que condicionen pronóstico y plan al alta.
Fase 3: motivación y trabajo de evocación en entrevista motivacional*	Sesiones de entrevista motivacional para trabajar la ambivalencia, explorar razones y motivaciones para cambiar más allá de la enfermedad aguda. Explorar herramientas del propio paciente, de su entorno y del sistema que le puedan ayudar en su objetivo. Explorar objetivos a corto y medio plazo del paciente.
Fase 4: asegurar continuidad asistencial y trabajar planificación en entrevista motivacional*	En un modelo de toma de decisiones compartidas decidir el mejor lugar para abordar su atención tras la hospitalización: hospitalización total o parcial (hospital de día) en psiquiatría/ unidad de desintoxicación, hospitalización domiciliaria, centro de seguimiento en adicciones o centro de salud mental, atención primaria. Considerar soporte social, gravedad del trastorno, comorbilidades médicas y psiquiátricas, estado de la desintoxicación, riesgo de recaída, preferencia del paciente, barreras logísticas y organizativas (lugar de residencia, dificultades de movilidad y transporte, etc.). Explorar dispositivos comunitarios que puedan contribuir a su bienestar.
Transversal	Trabajar con equipo médico tratante y enfermería los conceptos básicos de adicción y las contingencias que aparecen durante el ingreso. Disminuir el estigma, facilitar el trabajo de los profesionales y poder crear un equipo de trabajo multidisciplinar que facilite el proceso hospitalario y posterior del paciente. Pasar de la visión "paciente problemático" a la visión "paciente con un problema tratable". Dentro de lo posible trabajar con la familia en este mismo sentido (previa autorización del paciente). Considerar la perspectiva de género en todas las fases de la intervención.

y confidencialidad, beneficencia y no maleficencia, y justicia equitativa.

Nuestro modelo de atención hospitalaria de las adicciones en contexto de interconsulta se resume en la tabla 1 y recoge toda la evidencia disponible que hemos descrito hasta ahora. Este modelo demuestra que nueve de cada diez pacientes se plantea hacer un seguimiento tras la intervención de un equipo especializado en psiquiatría y adicción y que tres de cada cuatro acuden a una primera visita.

En conjunto, la evidencia disponible sugiere de forma consistente que la hospitalización representa una ventana óptima para intervenir en el TUS, mejorar resultados clínicos y reducir la morbimortalidad asociada. La inacción ante esta ventana supone la pérdida de la oportunidad eficaz para modificar la trayectoria del trastorno por uso de sustancias.

Conflicto de intereses

L. O. ha recibido apoyo para formación médica continuada de Rubió, Angelini, Esteve, Rovi y Otsuka-Lundbeck, y apoyo para asistencia a congresos por parte de Otsuka-Lundbeck y Rovi, sin que exista relación financiera u otra relevante con el contenido de este artículo.

L. M. ha recibido honorarios o apoyo de Lundbeck, Pfizer, Recordati, Italfarmaco, Idorsia, Viatris y Camurus, todo ello fuera del ámbito de este artículo.

M. B.-O. ha recibido becas de viaje de Lundbeck y Camurus y honorarios relacionados con formación médica continuada de Novo Nordisk, todo ello fuera del ámbito de este artículo.

N. A. ha recibido honorarios por formación médica continuada de Janssen-Cilag, Lundbeck, Adamed, Pfizer, Ange-

lini y Boston Scientific, así como honorarios de consultoría de Orphalan, sin relación con el contenido de este artículo.

L. B.-S. ha recibido honorarios por colaboración profesional con Esteve, sin relación con el contenido de este artículo.

El resto de los autores declaran no tener conflictos de intereses relacionados con este trabajo.

Contribución y autoría

Conceptualización: L. B.-S., H. L.-P., M. T. P.; Redacción – borrador original: L. B.-S., H. L.-P.; Redacción – revisión y edición: L. B.-S., N. A., M. B., M. C., L. M., L. P., M. T. P., L. O., Ò. J., H. L.-P.; Supervisión: H. L.-P., M. B., L. M.

Uso de inteligencia artificial

Se han utilizado herramientas de inteligencia artificial únicamente para apoyo en la redacción. El contenido científico ha sido elaborado y validado íntegramente por los autores.

Referencias

American Hospital Association. (2025). *Bridge to care: Advancing linkage and retention for OUD/StUD*. https://www.aha.org

Bernstein, E. Y., Baggett, T. P., Trivedi, S., Herzig, S. J., & Anderson, T. S. (2024). Outcomes after initiation of medications for alcohol use disorder at hospital discharge. *JAMA Network Open, 7*(3), Article e243387. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.3387

Department of Health and Social Care. (2025). *Clinical guidelines for alcohol treatment: Alcohol care in acute hospitals.* https://www.gov.uk/guidance/clinical-guidelines-for-alcohol-treatment/16-alcohol-care-in-acute-hospitals

Donroe, J. H., Calcaterra, S. L., Simon, C., Weimer, M. B., Huxley-Reicher, Z., Puglisi, L. B., Torres-Lockhart, K., Hall, O. T., Bhandary-Alexander, J., Encandela, J., & Martin, M. (2025). Recommendations for addressing in-hospital substance use: A national Delphi consensus process. *JAMA Network Open, 8*(8), Article e2528703. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.28703

Durkin, C., Schaubel, D. E., Kaplan, D. E., Mahmud, N., & Bittermann, T. (2025). Survival benefit from corticosteroids in severe alcohol-associated hepatitis attributed to clinical and treatment differences in a large multicenter cohort. *Clinical and Translational Gastroenterology, 16*(1), Article e00791. https://doi.org/10.14309/ctg.0000000000000791

Krawczyk, N., Rivera, B. D., Chang, J. E., Grivel, M., Chen, Y. H., Nagappala, S., Englander, H., & McNeely, J. (2023). Strategies to support substance use disorder care transitions from acute-care to community-based settings: a scoping review and typology. *Addiction Science & Clinical Practice, 18*(1), Article 67. https://doi.org/10.1186/s13722-023-00422-w

López-Pelayo, H., Aubin, H. J., Drummond, C., Dom, G., Pascual, F., Rehm, J., Saitz, R., Scafato, E., & Gual, A. (2020). The post-COVID era: Challenges in the treatment of substance use disorder (SUD) after the pandemic. *BMC Medicine, 18*(1), Article 241. https://doi.org/10.1186/s12916-020-01693-9

Lozano, O. M., Rojas, A. J., & Fernández-Calderón, F. (2017). Psychiatric comorbidity and severity of dependence on substance users: how it impacts on their health-related quality of life? *Journal of Mental Health (Abingdon, England), 26*(2), 119–126. https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1177771

Ober, A. J., Murray-Krezan, C., Page, K., Friedmann, P. D., Anderson, J., Osilla, K. C., Ryzewicz, S., Huerta, S., Mazer, M. W., Hoskinson, R. A., Garvey, R., Peltz, A., Watkins, K. E., Nuckols, T., IsHak, W. W., Mariano, L. T., & Danovitch, I. (2025). Hospital addiction consultation service and opioid use disorder treatment: The START randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine, 185*(6), 624–633. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.8586

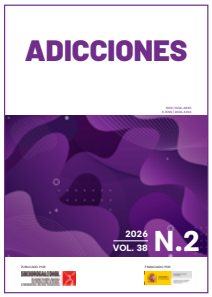
Oliveras, C., Balcells-Oliveró, M., Bataller, R., Bruguera, P., Cabrera, N., Calomarde-Gomez, C., Caballeria, E., Freixa, N., Garcia-Pañella, Ó., Gratacós-Ginès, J., Guzman, P., Hernández-Rubio, A., Lligoña, A., Ortega, L., Pérez-Guasch, M., Pons-Cabrera, M. T., Pose, E., Zuluaga, P., & López-Pelayo, H. (2026). MyWayUp: A Digital Intervention for Alcohol Use Disorder in Patients With Alcohol-Related Liver Disease-Results From an RCT. *Liver International: Official Journal of the International Association for the Study of the Liver, 46*(2), Article e70506. https://doi.org/10.1111/liv.70506

Pons-Cabrera, M. T., Caballería, E., Navarro-Cortés, L., Borràs, R., Barrio, P., Manthey, J., Batalla, A., Oliveras, C., Sagué-Vilavella, M., Balcells, M., Pintor, L., & López-Pelayo, H. (2025). Substance use and psychiatric comorbidities among medical inpatients: Associations with length of stay, health-related quality of life, and functioning, with consideration for gender. *Journal of Psychiatric Research, 186*, 322–330. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2025.04.006

Tulloch, A. D., Fearon, P., & David, A. S. (2011). Length of stay of general psychiatric inpatients in the United States: systematic review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 38*(3), 155–168. https://doi.org/10.1007/s10488-010-0310-3

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

ADICCIONES
2026 ■ VOL. 38 ■ N. 2 ■ PÁGS. 91–104
www.adicciones.es



ORIGINAL

Validación Española del Cuestionario de Episodios de Consumo de Tabaco Relacionados con la Alimentación y el Peso (CECTRAP)

Spanish Validation of the Smoking-Related Weight and Eating Episodes Test (SWEET)

Andrea Krotter*,**; Covadonga González-Nuevo*; Claire A. Spears***; Gloria Garcia-Fernandez*.

* Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo, Oviedo, España.

** Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Internacional de La Rioja (UNIR), La Rioja, España.

*** Departamento de Políticas de Salud y Ciencias del Comportamiento, Escuela de Salud Pública, Georgia State University, Atlanta, Georgia, Estados Unidos.

Resumen

El consumo de tabaco con fines de control del peso constituye una práctica generalizada y nociva entre las personas con sobrepeso u obesidad. El Smoking-Related Weight and Eating Episodes Test (SWEET) evalúa las motivaciones relacionadas con la alimentación y el peso en el consumo de tabaco. El objetivo de este estudio fue validar el SWEET en personas españolas con sobrepeso u obesidad. Adultos que querían participar en un tratamiento para dejar de fumar (N = 123; 54,47% mujeres; M_{IMC} = 31,71 ± 4,27) completaron el SWEET y otras medidas relacionadas con el tabaquismo, el peso, la alimentación, los síntomas emocionales y la actividad física. La fiabilidad y la validez se evaluaron en función de la estructura interna, la consistencia interna y las relaciones con otras variables. El modelo correlacional de cuatro factores mostró un ajuste adecuado tal y como se encontró en el SWEET original. Los coeficientes de fiabilidad evidenciaron una consistencia interna adecuada en las subescalas (α = ,68 - ,88), y las relaciones con otras medidas fueron consistentes, aportando evidencia positiva de validez convergente y discriminante. La aplicación de este instrumento para evaluar las motivaciones relacionadas con la alimentación y el peso en el consumo de tabaco en personas con sobrepeso u obesidad que participan en programas de cesación tabáquica puede contribuir al desarrollo de estrategias de tratamiento más eficaces adaptadas a las necesidades de esta población.

Palabras clave: tabaquismo, control de peso, SWEET, validación, español, sobrepeso, obesidad

Abstract

The use of tobacco for the purpose of weight management is a pervasive and detrimental practice among individuals with overweight or obesity. The Smoking-Related Weight and Eating Episodes Test (SWEET) assesses eating- and weight-related motivations for smoking. The goal of this study was to validate the SWEET in Spanish individuals with overweight or obesity. Adults seeking treatment for smoking cessation (N = 123; 54.47% female; M_{BMI} = 31.71 ± 4.27) completed the SWEET and measures related to smoking, weight, eating, emotional symptoms, and physical activity. Reliability and validity were assessed based on internal structure, internal consistency, and relationships with other variables. A four-factor correlated model, as found in the original SWEET, exhibited an adequate fit. The reliability coefficients demonstrated adequate internal consistency across subscales (α = .68 - .88), and the relationships with other measures were consistent, providing positive evidence of convergent and discriminant validity. The implementation of this valid and reliable instrument to assess eating- and weight-related motivations for smoking in individuals with overweight or obesity undergoing smoking cessation may contribute to the development of more effective treatment strategies tailored to the needs of this population.

Keywords: smoking, weight control, SWEET, validation, Spanish, overweight, obesity

■ *Recibido: Octubre 2025; Aceptado: Marzo 2026.*

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ **Enviar correspondencia a:**
Gloria Garcia-Fernandez. Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo. Plaza Feijoo s/n, 33003, Oviedo, España.
E-mail: garciafgloria@uniovi.es

Las personas que fuman tienden a presentar un peso corporal más bajo que las personas que no fuman (Audrain-Mcgovern & Benowitz, 2011). Sin embargo, el riesgo de desarrollar obesidad aumenta con el número de cigarrillos fumados al día (Clair et al., 2011), lo que sugiere una relación en forma de U entre el índice de masa corporal (IMC) y la intensidad del consumo de tabaco. El abandono del tabaquismo se asocia con un incremento medio de 4,67 kilogramos tras un año de abstinencia (Aubin et al., 2012). Los mecanismos que explican el vínculo entre el consumo de tabaco y el cambio de peso todavía no están claros. La literatura subraya que la eliminación del consumo de nicotina, sustancia estimulante que incrementa la tasa metabólica (es decir, la tasa de gasto energético por unidad de tiempo), puede influir en el aumento de peso (Audrain-Mcgovern & Benowitz, 2011).

Algunas personas utilizan el tabaco para controlar el peso o la figura corporal (Fahey et al., 2021; White, 2012). Este método de control del peso potencialmente perjudicial para la salud se asocia con ser mujer, presentar conductas alimentarias desordenadas, niveles más bajos de actividad física y un IMC más alto (Kilmurray et al., 2023; Mason et al., 2022). Además, la literatura previa ha mostrado que las preocupaciones sobre el aumento de peso antes de dejar de fumar se asocian con la recaída tabáquica (Siñol et al., 2013; Tuovinen et al., 2018).

Las personas con obesidad tienen más probabilidades de estar preocupadas por el aumento de peso posterior al abandono del tabaco, muestran menor tolerancia al aumento de peso y refieren menor confianza en mantener su peso tras dejar de fumar (Levine et al., 2013). Además, las personas con obesidad evidencian un mayor aumento de peso posterior al abandono del consumo de tabaco que aquellas con sobrepeso o con normopeso (Lycett et al., 2011), y con frecuencia presentan conductas alimentarias desordenadas (p. ej., consumo de alimentos ultraprocesados, alimentación emocional) (Askari et al., 2020; Vasileiou & Abbott, 2023). Aunque la obesidad se asocia generalmente con un perfil de riesgo más alto que el sobrepeso, ambas condiciones implican mayores preocupaciones relacionadas con el peso y vulnerabilidad en comparación con el normopeso; por tanto, las intervenciones dirigidas a dejar de fumar y a prevenir el aumento de peso posterior al abandono se diseñan comúnmente para ambas poblaciones (IMC ≥ 25; véase, p. ej., Heggen et al., 2017; Hurt et al., 2022).

Se han desarrollado varios instrumentos con el propósito de evaluar el consumo de tabaco como estrategia de control del peso (Brandon & Baker, 1991; Copeland et al., 1995; Pomerleau & Snedecor, 2008; Rash & Copeland, 2008; Smith et al., 2010; Weekley et al., 1992). Sin embargo, estos instrumentos no están exentos de limitaciones, particularmente en relación con su aplicación en la práctica clínica, ya que no permiten evaluar diversas formas de control del peso mediante el consumo de tabaco. El Smoking Situations Questionnaire (Weekley et al., 1992), el Smoking Consequences Questionnaire (Brandon & Baker, 1991; Copeland et al., 1995; Rash & Copeland, 2008), la Weight Control Smoking Scale (Pomerleau & Snedecor, 2008) y el brief Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (Smith et al., 2010) se basan en un único factor para evaluar este constructo; y solo dos de estos instrumentos han sido validados en una población española (Cepeda-Benito & Reig Ferrer, 2000; López-Núñez et al., 2023). Además, es importante señalar que algunos estudios emplearon medidas no validadas (véase, p. ej., White, 2012; Yong & Borland, 2008), lo que podría introducir sesgos en los resultados.

En cambio, el Smoking-Related Weight and Eating Episodes Test (SWEET; Cuestionario de Episodios de Consumo de Tabaco Relacionados con la Alimentación y el Peso o CECTRAP en castellano) (Adams et al., 2011) evalúa diversos motivos para fumar relacionadas con la alimentación y el peso mediante cuatro subescalas: fumar para suprimir el apetito cuando se tiene hambre física, para evitar picar entre horas y satisfacer los antojos de comida cuando no se tiene hambre física, para prevenir la sobreingesta y cuando aparecen sentimientos de "sentirse gordo" o preocupaciones por el peso. Este instrumento fue validado preliminarmente con 280 mujeres universitarias en Estados Unidos y mostró excelentes propiedades psicométricas en términos de consistencia interna y validez (Adams et al., 2011). Un estudio posterior respaldó además las propiedades psicométricas del SWEET mediante un análisis factorial confirmatorio realizado con 577 hombres y mujeres que fumaban en Estados Unidos (Farris et al., 2018). Estudios previos han demostrado que las puntuaciones del SWEET se asocian con seguir una dieta baja en calorías (Coniglio et al., 2020) o presentar niveles más elevados de intolerancia al malestar (Burr et al., 2020). Según nuestro conocimiento, el SWEET no se ha publicado en idiomas distintos del inglés y sus propiedades psicométricas no se han examinado en poblaciones de países distintos de Estados Unidos.

En resumen, teniendo en cuenta la relevancia clínica de evaluar diferentes dominios del consumo de tabaco como métodos de control del peso, la escasez de instrumentos para su evaluación, el reducido número de estudios psicométricos sobre el SWEET y la ausencia de estudios que analicen sus propiedades psicométricas en la población española, el objetivo principal del estudio es validar el cuestionario SWEET en adultos españoles, específicamente entre personas que fuman y tienen sobrepeso u obesidad. Se examinaron las propiedades psicométricas de las puntuaciones del SWEET, específicamente la evidencia basada en la estructura factorial del cuestionario y sus relaciones con otras variables relevantes (es decir, relacionadas con aspectos sociodemográficos, conducta tabáquica, peso corporal, conductas alimentarias, síntomas emocionales y actividad física), así como la fiabilidad mediante la consistencia interna.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por personas con sobrepeso u obesidad que estaban interesadas en dejar de fumar y que participaron en un ensayo clínico en la Universidad de Oviedo. El ensayo fue prerregistrado (ID: NCT04332029) y el protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias (n.º 329/19). El reclutamiento se realizó desde septiembre de 2020 hasta octubre de 2021 a través de diversos medios de comunicación, incluyendo televisión, radio, periódicos, redes sociales y anuncios en carteles. Un total de 123 personas completaron una evaluación antes del inicio de un tratamiento para dejar de fumar, que incluía un componente de prevención del aumento de peso (Krotter et al., 2024). Los criterios de inclusión consistieron en: (1) tener al menos 18 años de edad; (2) fumar al menos 10 cigarrillos al día y no utilizar dispositivos electrónicos de administración de nicotina durante el último año; (3) cumplir los criterios diagnósticos de trastorno por consumo de tabaco y (4) tener un IMC mayor o igual a 25. Los criterios de exclusión fueron: (1) estar embarazada, en periodo de lactancia o en los seis meses posteriores al parto; (2) haber recibido otro tratamiento para dejar de fumar o para el control del peso, ya fuera conductual o farmacológico, en los 30 días previos; (3) presentar un diagnóstico, durante el año previo, de un trastorno psiquiátrico grave (p. ej., trastorno psicótico activo o ideación suicida), trastorno de la conducta alimentaria distinto del trastorno por atracón, o trastorno por consumo de sustancias distinto del trastorno por consumo de tabaco; (4) tener alguna condición de salud que requiriera una dieta especializada o que afectara a la alimentación, como diabetes no controlada; (5) no poder asistir al tratamiento; o (6) tomar medicación que afectara al peso. En cuanto a las características de los participantes, la edad media fue de 52,23 años (DT = 10,41), siendo la mayoría mujeres (54,57%). Los participantes fumaban una media de 21,31 cigarrillos al día (DT = 8,75) y habían fumado durante algo más de 30 años de media (DT = 10,66). La mayoría de los participantes (60,98%) se situaban dentro del rango del peso corporal de la de obesidad. Las características de los participantes se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1
Características de los participantes

Media (Desviación típica)	***N* = 123**
Edad	52,23 (10,41)
Sexo femenino (*n*/%)	67 (54,47)
Cigarrillos fumados al día	21,31 (8,75)
Años de consumo regular de tabaco	30,60 (10,66)
SWEET	
Supresión del apetito	6,58 (2,91)
Prevenir la sobreingesta	5,43 (2,87)
Insatisfacción corporal	3,65 (2,16)
Lidiar con la abstinencia	4,8 (2,03)
Dependencia a la nicotina (FTCD)	5,41 (2,06)
Craving fumar (QSU)	
Intención de fumar	19,11 (10,37)
Expectativas de refuerzo negativo	10,37 (5,89)
Preocupaciones sobre el aumento de peso tras dejar de fumar (0-100)	64,23 (30,68)
Niveles de cotinina en orina	2293,62 (1213,91)
Motivación actual control del peso (*n*/%)	
Precontemplación	24 (19,51)
Contemplación	36 (29,27)
Preparación	26 (21,14)
Acción	21 (17,07)
Mantenimiento	16 (13,01)
IMC	31,71 (4,27)
Sobrepeso (*n*/%)	48 (39,02)
Obesidad (*n*/%)	75 (60,98)
Gravedad de los atracones (BES)	10,24 (8,69)
DEBQ	
Alimentación emocional	24,28 (11,40)
Alimentación externa	26,05 (7,31)
Alimentación restringida	22,54 (8,52)
DASS-21	
Depresión	8,62 (8,09)
Ansiedad	8,18 (6,78)
Estrés	11,32 (7,27)
REGICOR	
Actividad física ligera	528,41 (762,54)
Actividad física moderada	456,80 (846,30)
Actividad física vigorosa	424,98 (899,30)

Nota. SWEET = Smoking-Related Weight and Eating Episodes Test; FTCD = Fagerström Test for Cigarette Dependence; QSU = Questionnaire of Smoking Urges; IMC = índice de masa corporal; BES = binge eating scale; DEBQ = Dutch Eating Behavior Questionnaire; DASS-21 = Depression, Anxiety and Stress Scale; REGICOR = Registre Gironí del Cor.

Instrumentos

Se pidió a los participantes que proporcionaran información sobre sus características sociodemográficas, incluidos su sexo y edad, así como detalles sobre sus hábitos tabáquicos (es decir, número de cigarrillos que fumaban al día y número de años que llevaban siendo fumadores habituales). Además, la evaluación abarcó un conjunto de medidas relativas a la conducta tabáquica, el peso corporal, la conducta alimentaria, los síntomas emocionales y la actividad física.

Conducta tabáquica

Fumar para controlar la alimentación y el peso. El SWEET consta de 10 ítems en una escala tipo Likert de cinco puntos (1 = *nunca*, 5 = *siempre*), con puntuaciones que oscilan entre 10 y 50. Incluye cuatro subescalas (específicamente, fumar para suprimir el apetito, fumar para prevenir la sobreingesta, fumar para afrontar la insatisfacción corporal y fumar para lidiar con el aumento del apetito inducido por la abstinencia). Su fiabilidad en la versión original fue de ,94 para la puntuación total y osciló entre ,82 y ,91 para las cuatro subescalas (Adams et al., 2011).

Dependencia de la nicotina. El Test de Fagerström para la Dependencia del Cigarrillo (FTDC), que ha sido validado en una muestra española (Becoña & Vázquez, 1998), evalúa la dependencia de la nicotina mediante seis ítems, con cinco niveles establecidos: muy baja (0-2), baja (3-4), media (5), alta (6-7) y muy alta (8-10).

*Niveles de cotinina***.** Los niveles de cotinina se midieron bioquímicamente mediante análisis de cotinina en orina utilizando un analizador químico BS-120 (Shenzhen Mindray Bio-Medical Electronics Co. Ltd., Shenzhen, R. P. China).

Craving tabáquico. Se utilizó la versión breve del Questionnaire of Smoking Urges (QSU) validado en español (Cepeda-Benito & Reig-Ferrer, 2004) para evaluar el deseo de fumar y las expectativas de refuerzo negativo o de mejoras mediante el consumo de tabaco. La escala consta de dos subescalas: intención o deseo de fumar (p. ej., «Si me ofrecieran un cigarrillo, lo fumaría inmediatamente») y expectativas de refuerzo negativo o de mejoras mediante el consumo de tabaco (p. ej., «Fumar haría que me sintiera menos deprimido»). Cada subescala comprende cinco ítems, medidos en una escala tipo Likert de siete puntos que oscila entre 1 (*totalmente en desacuerdo*) y 7 (*totalmente de acuerdo*). Ambas subescalas demostraron propiedades psicométricas adecuadas en la muestra de nuestro estudio, como evidencian los valores satisfactorios del alfa de Cronbach de ,839 para la subescala de intención o deseo de fumar y ,747 para la subescala de refuerzo negativo.

Peso corporal

Índice de masa corporal. La altura de los participantes se midió utilizando un estadiómetro médico (SECA Mod.213, 20–205 cm), y el peso corporal se midió con ropa ligera y sin zapatos utilizando una báscula médica calibrada (CL. III 200 kg. SECA Mod. 877). Posteriormente, ambas variables se utilizaron para calcular el IMC.

Preocupaciones por el aumento de peso posterior al abandono. Los participantes valoraron su nivel de preocupación por el aumento de peso posterior al abandono de 0 a 100, donde 100 indicaba preocupaciones extremas (Perkins et al., 2001). El proceso de traducción de la pregunta, que aún no ha sido validada en español, siguió un procedimiento similar al utilizado para el instrumento SWEET.

Motivación actual para el control del peso. El S-Weight Questionnaire, validado en español por Andrés et al. (2011), requiere que los participantes seleccionen uno de cinco ítems correspondientes a una etapa de cambio en la motivación para perder peso (es decir, precontemplación, contemplación, preparación, acción o mantenimiento), específicamente mediante dieta o ejercicio. Esta variable se recodificó para determinar si los participantes estaban realizando esfuerzos para perder peso o no, tal como se hizo en el análisis factorial confirmatorio publicado previamente (Farris et al., 2018). Los tres primeros ítems, que se referían a las etapas de precontemplación, contemplación y preparación para la acción, se consideraron como una única categoría de «no realiza dieta ni ejercicio para perder peso». Por el contrario, los dos ítems restantes (referidos a las etapas de acción y mantenimiento) se categorizaron como «realiza dieta o ejercicio para perder peso».

Conductas alimentarias

Gravedad de los episodios de atracón. La Binge Eating Scale (BES), validada en español (Escrivá-Martínez et al., 2019), evalúa las manifestaciones conductuales y los sentimientos o cogniciones asociados con los episodios de atracón. La escala comprende 16 ítems que oscilan entre 0 y 3, con puntuaciones más altas indicativas de una conducta de atracón más grave. Este instrumento mostró una fiabilidad excelente en la muestra utilizada para nuestro estudio (α de Cronbach = ,915).

Estilos alimentarios. La versión española del Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ; Cebolla et al., 2014) comprende 33 ítems en una escala Likert de 5 puntos que oscila entre 1 (*nunca*) y 5 (*muy a menudo*), y evalúa la alimentación emocional (es decir, en respuesta a estados de activación emocional) mediante 13 ítems, la alimentación externa (es decir, en respuesta a señales alimentarias ambientales) con 10 ítems, y la alimentación restrictiva (es decir, intenciones de restringir la ingesta alimentaria) mediante 10 ítems. Las tres subescalas demostraron propiedades psicométricas excelentes en la muestra utilizada para nuestro estudio (el α de Cronbach osciló entre ,861 y ,961).

Síntomas emocionales

Sintomatología de depresión, ansiedad y estrés. Se utilizó la versión española de la Depression, Anxiety and Stress Scale (Bados et al., 2005) para evaluar la sintomatología emocional mediante 21 ítems, en los que los participantes evaluaron de 0 a 3 la gravedad o frecuencia con la que habían experimentado cada uno de los síntomas durante la semana previa. La escala está compuesta por tres subescalas (concretamente, ansiedad, depresión y estrés), cada una con siete ítems. Las puntuaciones más altas indican mayor presencia de síntomas, y la escala mostró propiedades psicométricas aceptables en la muestra utilizada para nuestro estudio (el α de Cronbach osciló entre ,753 y ,860).

Actividad física

Intensidad de la actividad física. La versión corta validada del REGICOR español (Molina et al., 2017) clasifica actividades físicas específicas (específicamente, caminar a ritmo normal, caminar rápido, caminar por el campo o la montaña, subir escaleras, trabajar en el patio o jardín y hacer ejercicio en interiores o exteriores) por gasto energético basado en tasas metabólicas de trabajo (MET), que habían sido establecidas en un compendio previo de niveles de intensidad de actividad física. El gasto energético total se calculó a partir del tipo de actividad realizada, la frecuencia (número de veces al mes), la duración (minutos al día) y los MET equivalentes de las actividades realizadas; y se categorizó como intensidad de actividad física ligera, moderada y vigorosa.

Procedimiento

La versión española del SWEET se obtuvo mediante un proceso de tres pasos siguiendo las directrices internacionales (International Test Commission, 2017; Muñiz et al., 2013). En primer lugar, los ítems fueron traducidos al español por una psicóloga nativa española miembro del equipo de investigación, que además posee un dominio avanzado de la lengua inglesa. Posteriormente, un traductor nativo inglés competente en español llevó a cabo el proceso de retrotraducción. Finalmente, el equipo de investigación y el traductor mantuvieron una discusión para abordar cualquier discrepancia entre las versiones original y retrotraducida, con el objetivo de producir la versión final española mostrada en la Tabla 2. Los ítems resultantes presentan una gran semejanza con los originales, sin que fueran necesarias modificaciones significativas.

Los participantes utilizaron una plataforma electrónica para responder a la batería de instrumentos, incluido el SWEET. Antes de completar la evaluación, los participantes fueron informados sobre el estudio, se les garantizó la confidencialidad de sus datos y se les solicitó su consentimiento.

Análisis de datos

Se realizaron una serie de análisis descriptivos para contextualizar las puntuaciones del SWEET en esta muestra. Para ello, se crearon tres grupos en función del rango percentil de los participantes en la puntuación total del SWEET: un grupo bajo (por debajo del percentil 25), un grupo moderado (entre los percentiles 25 y 75) y un grupo alto (por encima del percentil 75). Una vez definidos los grupos, se informaron las medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas edad, cigarrillos al día, años de consumo regular de tabaco, cotinina urinaria, peso e IMC. Además, se informaron porcentajes según el sexo y si los participantes estaban realizando dieta en ese momento.

Los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianzas se examinaron antes de realizar los análisis. Se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio (AFC) utilizando el estimador de máxima verosimilitud robusta (MLR) debido a desviaciones moderadas de la normalidad (Savalei & Rosseel, 2022). Aunque los ítems se midieron en escalas Likert de cinco puntos y son técnicamente ordinales, se trataron como continuos, ya que se ha demostrado que este enfoque produce resultados comparables a los estimadores categóricos cuando se utilizan cinco o más categorías de respuesta (Rhemtulla et al., 2012). Se evaluó un modelo de cuatro factores, con cada ítem cargando exclusivamente en su factor respectivo, tal como describieron los autores originales en su estudio de validación (Adams et al., 2011). El ajuste del modelo se evaluó utilizando el índice de ajuste comparativo (CFI), el índice de Tucker-Lewis (TLI), la raíz del error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) y el residuo cuadrático medio estandarizado (SRMR). Se consideró que valores de CFI y TLI superiores a 0,90 indicaban un buen ajuste y superiores a 0,95 un ajuste excelente, mientras que un SRMR ≤ 0,08 fue necesario para considerar un ajuste apropiado y un RMSEA ≤ 0,05 para considerar un ajuste cercano, y menor de ,08 un ajuste razonable (Hu & Bentler, 1999; Browne & Cudeck, 1993). El coeficiente alfa de Cronbach se utilizó para evaluar la consistencia interna, y los valores entre ,6 y ,8 se consideran aceptables (Hajjar, 2018).

Para examinar la validez convergente, se analizaron las siguientes variables por su correlación con las subescalas del SWEET: edad (dado que las personas más jóvenes tienen más probabilidades de fumar para controlar el peso, véase, p. ej., Fahey et al., 2021), cigarrillos fumados al día, años de consumo regular de tabaco, dependencia de la nicotina (FTCD), niveles de cotinina en orina, craving tabáquico (QSU), IMC, preocupaciones por el aumento de peso posterior al abandono, gravedad de los episodios de atracón (BES), estilos alimentarios (es decir, subescalas de alimentación emocional, externa y restrictiva del DEBQ) y sintomatología emocional (es decir, subescalas de depresión y ansiedad del DASS-21). En cuanto a la validez discriminante, las subescalas del SWEET se correlacionaron con los niveles de actividad física (es decir, actividad ligera, moderada y vigorosa, evaluadas mediante el REGICOR). Finalmente, se realizaron pruebas t independientes para examinar las diferencias en todas las subescalas del SWEET según el sexo y el estado actual de realización de dieta o ejercicio para perder peso. Dado que los tamaños muestrales superaban los 30 participantes por grupo de comparación, se asumió normalidad aproximada de acuerdo con el teorema central del límite (Kwak & Park, 2019). La homogeneidad de varianzas se evaluó mediante la prueba de Levene y, cuando se incumplió este supuesto, se aplicó la prueba t de Welch. El tamaño del efecto se calculó mediante la d de Cohen, considerando valores pequeños aquellos entre 0,1 y 0,3, intermedios entre 0,3 y 0,5, y grandes aquellos valores superiores a 0,5. El paquete estadístico SPSS 24 (IBM Corp, 2016) se utilizó para calcular los estadísticos descriptivos, las correlaciones de Pearson y las pruebas t. RStudio 2021.09.0 "Ghost Orchid" se utilizó para realizar el AFC y calcular los coeficientes de fiabilidad.

Resultados

Análisis descriptivo

En la Tabla 2 se presentan las diferentes características de la muestra según niveles bajos, moderados y altos de la puntuación total del SWEET. Los participantes con puntuaciones más altas en el SWEET tendieron a ser más jóvenes y a tener más probabilidades de informar que actualmente estaban realizando una dieta. En cambio, aquellos en el grupo de SWEET bajo tendieron a ser mayores e informaron de una historia más prolongada de consumo regular de tabaco. En cuanto al IMC, los valores medios se situaron en el rango de obesidad en los tres grupos.

Evidencia basada en la estructura interna

La Tabla 3 muestra los resultados del AFC. Los valores de CFI y SRMR (,96 y ,05, respectivamente) indican un buen ajuste del modelo. Además, los valores de TLI y RMSEA (,92 y ,08, respectivamente) indican un ajuste razonable del modelo. Se observaron cargas factoriales elevadas en los cuatro factores. En cuanto a la fiabilidad de los factores, la subescala *Supresión del Apetito* mostró un coeficiente alfa de ,855, *Prevenir la Sobreingesta* presentó un coeficiente alfa de ,876 y la *Insatisfacción Corporal* mostró un alfa de ,852. Los tres fueron valores óptimos. En el caso de *Lidiar con la Abstinencia*, se obtuvo un coeficiente alfa de ,680, que podría considerarse aceptable.

Evidencia de validez basada en las relaciones con otras variables

La Tabla 4 refleja las correlaciones entre las subescalas del SWEET y varias variables relevantes, proporcionando evidencia tanto de validez convergente como discriminante.

Validez convergente

Se evidenció una correlación negativa significativa entre la edad y las cuatro subescalas del SWEET. Del mismo modo, se encontró una asociación negativa entre los años de consumo regular de tabaco y todas las subescalas. Sin embargo, estas últimas asociaciones fueron estadísticamente significativas solo para las subescalas *Supresión del Apetito* y *Prevenir la Sobreingesta*. En relación con el fenómeno del craving tabáquico, evaluado mediante las dos subescalas del QSU (es decir, intención de fumar y expectativas de refuerzo negativo), se identificaron correlaciones positivas significativas con todas las subescalas. Cabe destacar que las correlaciones más altas se observaron para la subescala *Lidiar con la Abstinencia*. Además, las preocupaciones por el aumento de peso posterior al abandono se correlacionaron positiva y significativamente con las cuatro subescalas, especialmente con *Insatisfacción Corporal*. No se encontraron correlaciones significativas con las variables restantes relacionadas con el tabaco (es decir, cigarrillos fumados al día, dependencia de la nicotina o niveles de cotinina en orina) ni con el IMC.

Considerando las variables relacionadas con las conductas alimentarias, la gravedad de los atracones, evaluada mediante la BES, mostró correlaciones positivas significativas con todas las subescalas del SWEET, con la *Insatisfacción Corporal* siendo la más alta. En cuanto a los estilos alimentarios, evaluados mediante el DEBQ, la subescala de *Alimentación Emocional* y la subescala de *Alimentación Externa* mostraron correlaciones positivas significativas con todas las subescalas del SWEET. Las correlaciones más altas se encontraron con las subescalas de *Insatisfacción Corporal* y *Prevenir la Sobreingesta*, respectivamente. La subescala de

Tabla 2
Características de la muestra según las puntuaciones del SWEET basadas en percentiles (N = 123)

Variable	Puntuaciones SWEET bajas (*n* = 31)	Puntuaciones SWEET moderadas (*n* = 59)	Puntuaciones SWEET altas (*n* = 33)
SWEET Total, *M(DT)*	11,80 (1,66)	19,10 (3,23)	31,10 (4,62)
Sexo, *n* (%)			
Mujeres	12 (9,8)	32 (26)	23 (18,7)
Hombres	19 (15,4)	27 (22)	10 (8,1)
Intentando perder peso mediante dieta o ejercicio, *n* (%)			
Sí	7 (5,7)	17 (13,8)	13 (10,6)
No	24 (19,5)	42 (34,1)	20 (16,3)
Edad (años), *M* (*DT*)	58,50 (10,10)	50,90 (8,56)	48,70 (11,40)
Cigarrillos al día, *M* (*DT*)	20,50 (7,49)	22,10 (10,40)	20,60 (6,48)
Años de fumar regularmente, *M* (*DT*)	36,00 (11,10)	29,80 (8,51)	27,00 (12,10)
Cotinina en orina (ng/mL), *M* (*DT*)	2,225 (1,095)	2,342 (1,183)	2,272 (1,397)
Peso (kg), *M* (*DT*)	88,00 (16,20)	88,90 (13,30)	86,20 (13,50)
IMC (kg/m²), *M* (*DT*)	31,10 (4,41)	31,80 (4,14)	32,20 (4,42)

Nota. SWEET = Smoking-Related Weight and Eating Episodes Test; SWEET Total = Puntuación total del SWEET Test. El grupo bajo comprendió a los participantes con puntuaciones iguales o inferiores al percentil 25, el grupo moderado incluyó a aquellos con puntuaciones entre los percentiles 25 y 75, y el grupo alto estuvo compuesto por participantes con puntuaciones superiores al percentil 75 en la puntuación total del SWEET.

Tabla 3
Análisis factorial confirmatorio de los ítems del SWEET, con los ítems tanto en inglés como en español

Ítems	F. L. Supresión del Apetito	F. L. Prevenir la Sobreingesta	F. L. Insatisfacción Corporal	F. L. Lidiar con la Abstinencia
1. When I feel hungry, I have a cigarette to curb my appetite (*Cuando tengo hambre fumo para reducir mi apetito*).	,78			
2. When I crave unhealthy food, I have a cigarette to avoid eating (*Cuando se me antoja comida no saludable fumo para evitar comerla*).	,89			
3. When I feel like having a snack, I have a cigarette instead (*Cuando me apetece un snack fumo en vez de comerlo*).	,77			
4. If I don't smoke soon after a meal, I continue to eat more than I need (*Si no fumo pronto después de comer, continúo comiendo más de lo que necesito*).		,84		
5. Smoking after a meal helps me to avoid overeating (*Fumar después de las comidas me ayuda a evitar comer en exceso*).		,91		
6. When I am full, I smoke so that I won't eat more (*Cuando estoy lleno/a, fumo para no comer más*).		,79		
7. When I feel fat, I have a cigarette (*Cuando me siento gordo/a, fumo*).			,79	
8. I smoke when I am worried about gaining weight (*Fumo cuando me preocupa ganar peso*).			,94	
9. I crave tasty foods when I haven't smoked in a while (*Siento ganas de comer comida sabrosa cuando no he fumado en un tiempo*).				,64
10. I feel hungrier when I haven't smoked in a while (*Me siento más hambriento/a cuando no he fumado en un tiempo*).				,80
CFI		,96		
TLI		,92		
SRMSR		,05		
RMSEA		,08, 90% IC [,06, ,13]		

Nota. SWEET = Smoking-Related Weight and Eating Episodes Test; F.L. = Cargas factoriales; TLI = Tucker-Lewis Index; CFI = Comparative Fit Index; SRMSR = Standardized Root Mean Square Residual; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation.

Alimentación Restrictiva mostró correlaciones positivas significativas con *Supresión del Apetito*, *Lidiar con la Abstinencia* e *Insatisfacción Corporal*, siendo esta última la que presentó la correlación más alta.

Finalmente, en cuanto a los síntomas emocionales, la sintomatología de estrés correlacionó significativamente con todas las subescalas, la sintomatología depresiva correlacionó significativamente con *Insatisfacción Corporal* y *Lidiar con la Abstinencia*, y la sintomatología ansiosa correlacionó significativamente con *Supresión del Apetito*, *Insatisfacción Corporal* y *Lidiar con la Abstinencia*. En los tres casos, la correlación más alta fue con la subescala de *Insatisfacción Corporal*.

Validez discriminante

Las correlaciones entre las puntuaciones factoriales del SWEET y la intensidad de la actividad física evaluada mediante el REGICOR (incluidas las subescalas de intensidad ligera, moderada y vigorosa) fueron extremadamente bajas y no significativas en todos los casos.

Validez de grupos conocidos

Los resultados del análisis de las diferencias en las puntuaciones de las subescalas del SWEET según el sexo y el estado actual de realización de dieta o ejercicio para perder peso se resumen en la Tabla 4. Las mujeres evidenciaron puntuaciones significativamente más altas que los hombres en las subescalas *Supresión del Apetito* e *Insatisfacción Corporal*. Estos hallazgos indicaron que las participantes mujeres utilizaban los cigarrillos para suprimir el apetito más que los participantes hombres (d = 0,45) y para afrontar la insatisfacción corporal (d = 0,51). No se encontraron diferencias en las subescalas *Prevenir la Sobreingesta* y *Lidiar con la Abstinencia*.

Finalmente, se realizó una comparación entre los participantes que actualmente intentaban perder peso mediante dieta o ejercicio y los participantes que no lo hacían. Los resultados revelaron diferencias significativas solo en la subescala *Insatisfacción Corporal*. Es decir, los participantes que actualmente intentaban reducir su peso corporal utilizaban los cigarrillos con mayor frecuencia para afrontar la insatisfacción corporal que aquellos que no realizaban dichos esfuerzos (d = 0,47).

Tabla 4
Correlaciones entre las subescalas del SWEET y otras variables como evidencia de validez convergente y discriminante

	Subescala Supresión del apetito	Subescala Prevenir la sobreingesta	Subescala Instatisfacción corporal	Subescala Lidiar con la abstinencia
Subescala Supresión apetito	1			
Subescala Prevenir la sobreingesta	,56	1		
Subescala Instatisfacción corporal	,68	,47	1	
Subescala Lidiar con la abstinencia	,68	,58	,54	1
Validez convergente				
Edad	-,336***	-,305***	-,236**	-,226*
Cigarrillos fumados al día	-,001	,043	,056	-,112
Años de fumar regularmente	-,273**	-,285**	-,172	-,134
Dependencia a la nicotina (FTCD)	,055	,151	,151	,159
Niveles cotinina en orina (ng/ml)	,018	,004	-,091	-,063
Intención de fumar (QSU)	,195*	,344***	,189*	,353***
Expectativas de refuerzo negativo (QSU)	,294***	,299***	,303***	,325***
IMC	,148	,008	,111	,121
Preocupaciones sobre el aumento de peso tras dejar de fumar (0-100)	,300***	,251**	,437***	,315***
Gravedad de los atracones (BES)	,412***	,445***	,571***	,404***
Alimentación emocional (DEBQ)	,473***	,468***	,556***	,466***
Alimentación externa (DEBQ)	,421***	,485***	,369***	,471***
Alimentación restrictiva (DEBQ)	,318***	,105	,347***	,211*
Depresión (DASS-21)	,130	,084	,463***	,267**
Ansiedad (DASS-21)	,216*	,159	,456***	,292**
Estrés (DASS-21)	,305***	,186*	,489***	,386***
Validez discriminante				
Actividad física ligera (REGICOR)	-,008	,035	-,104	,164
Actividad física moderada (REGICOR)	,128	-,030	-,040	,047
Actividad física vigorosa (REGICOR)	-,016	,020	-,160	-,027

Nota. FTCD = Fagerström Test for Cigarette Dependence; ng/ml = nanograms por millilitro; QSU = Questionnaire of Smoking Urges; IMC = índice de masa corporal; BES = binge eating scale; DEBQ = Dutch Eating Behavior Questionnaire; DASS-21 = Depression, Anxiety and Stress Scale; REGICOR = Registre Gironí del Cor.
* $p < ,05$; ** $p < ,01$; ***$p < ,001$.

Tabla 5
Prueba t para las diferencias en las medias de cada subescala del SWEET según el sexo y la motivación actual para el control del peso

	Supresión del apetito	*t*	*p*	Prevenir la sobreaingesta	*t*	*p*	Instatisfacción corporal	*t*	*p*	Lidiar con la abstinencia	*t*	*p*
Sexo												
Mujer (*n* = 67)	7,16 (2,99)	2,50	,014	5,48 (2,78)	,20	,844	4,13 (2,27)	2,84*	,005	5,07 (2,04)	1,63	,107
Hombre (*n* = 56)	5,88 (2,67)			5,38 (2,99)			3,07 (1,89)			4,48 (1,98)		
Motivación actual para el control del peso												
Haciendo dieta o ejercicio para perder peso (*n* = 37)	7,08 (3,23)	1,26	,209	5,32 (2,73)	-,27	,788	4,38 (2,45)	2,29*	,026	4,89 (1,82)	,31	,756
No haciendo dieta ni ejercicio para perder peso (*n* = 86)	6,36 (2,76)			5,48 (2,94)			3,34 (1,96)			4,77 (2,12)		

Nota. * Se utilizó la prueba t de Welch, ya que no se cumplió el supuesto de homogeneidad de varianzas.

Discusión

Este estudio tuvo como objetivo validar el SWEET en adultos españoles con sobrepeso u obesidad que fuman. Los hallazgos indicaron que la versión española del SWEET presentó propiedades psicométricas adecuadas en términos de fiabilidad y validez convergente y discriminante. Las mujeres mostraron una mayor tendencia a fumar para suprimir el apetito y para afrontar la insatisfacción corporal en comparación con los hombres. Las personas que perseguían la reducción de peso exhibieron una mayor tendencia a fumar como mecanismo de afrontamiento de la insatisfacción corporal, en contraste con aquellas que no realizaban esos esfuerzos.

Los hallazgos indican que la estructura de cuatro factores correlacionados del SWEET presenta un buen ajuste y conserva la estructura del cuestionario original (Farris et al., 2018). Además, los coeficientes alfa demostraron una fiabilidad adecuada en todas las subescalas, con valores que oscilaron entre ,68 y ,88. Los coeficientes también fueron similares a los del cuestionario original, excepto para la subescala *Lidiar con la Abstinencia*, que mostró un valor alfa inferior, aunque permaneció dentro del rango aceptable (Hajjar, 2018). Las propiedades psicométricas adecuadas de esta versión del SWEET demuestran la idoneidad de su utilización en personas con sobrepeso u obesidad. Esto es particularmente relevante si se considera que los instrumentos que han sido validados para evaluar el consumo de tabaco como método de control del peso emplean una única subescala (Brandon & Baker, 1991; Copeland et al., 1995; Pomerleau & Snedecor, 2008; Smith et al. 2010; Weekley et al., 1992), y solo dos han sido validados en lengua española. La estructura de cuatro factores del SWEET permite evaluar e identificar cuatro formas relacionadas pero diferenciadas en las que las personas podrían utilizar el tabaco para el control del peso. Esto es clínicamente importante, ya que podría ayudar a adaptar los tratamientos para dejar de fumar en personas con sobrepeso u obesidad considerando los diferentes patrones de conductas de control del peso vinculados al consumo de tabaco (Adams et al., 2011).

Con respecto a la validez convergente, la fuerte correlación negativa entre las puntuaciones del SWEET y la edad se alinea con la relación negativa observada entre las puntuaciones del SWEET y los años de consumo regular de tabaco, y también concuerda con investigaciones previas (Burr et al., 2020). Este hallazgo también respalda la literatura existente que indica que fumar para controlar el peso es más común entre adultos jóvenes (Fahey et al., 2021). Sin embargo, los hallazgos no mostraron una correlación significativa entre el número de cigarrillos fumados al día, los niveles de cotinina en orina y la dependencia de la nicotina con las puntuaciones del SWEET, lo cual resulta inesperado a la luz de la literatura existente (Adams et al., 2011; Burr et al., 2020; Farris et al., 2018). Una posible explicación de este hallazgo es la diferencia de edad entre los participantes de los estudios, con una edad media de 52 años en nuestra muestra en comparación con 20 o 44 años en investigaciones previas. Una menor edad se ha asociado con fumar para controlar el peso en adultos (Wee et al., 2001), por lo que en nuestra muestra, de mayor edad, una mayor proporción de participantes podría fumar intensamente por razones no relacionadas con el control del peso. Por el contrario, se identificó una relación robusta entre todas las subescalas del SWEET y el craving tabáquico. Este hallazgo es destacable considerando el vínculo bien establecido entre el craving tabáquico y la recaída (Robinson et al., 2019). Subraya la importancia de proporcionar apoyo adaptado a las personas con sobrepeso y obesidad que utilizan el tabaquismo para el control del peso, ya que pueden requerir estrategias adicionales para manejar eficazmente el craving. Además, pese a la evidencia previa (Adams et al., 2011; Burr et al., 2020; Farris et al., 2018), no se identificó una correlación estadísticamente significativa entre el IMC y las puntuaciones del SWEET. Dado que el presente estudio incluyó a personas con un IMC de 25 o superior, una diferencia respecto a los estudios mencionados, podría ser que las personas dentro de este rango de IMC estén igualmente inclinadas a utilizar el tabaco con fines de control del peso. La ausencia de un hallazgo significativo también podría deberse a un rango restringido de la variable IMC en nuestro estudio.

Como se ha demostrado en investigaciones previas (Adams et al., 2011; Burr et al., 2020; Farris et al., 2018), las puntuaciones del SWEET se asociaron con las preocupaciones por el aumento de peso posterior al abandono, así como con una variedad de conductas alimentarias desadaptativas, incluida la gravedad de los atracones, la alimentación emocional, la alimentación externa y la alimentación restrictiva. Además, las puntuaciones del SWEET se relacionaron con una mayor prevalencia de sintomatología emocional (es decir, depresión, ansiedad y estrés), como se ha comunicado previamente (Burr et al., 2020; Farris et al., 2018). Un hallazgo notable fue el predominio de la correlación más alta con la subescala *Insatisfacción Corporal* con todas las variables mencionadas, excepto con la subescala de alimentación externa del DEBQ. Por tanto, incluir estrategias para mejorar la relación con la imagen corporal en los programas de abandono del tabaquismo dirigidos a personas con sobrepeso u obesidad podría tener un efecto notable sobre otros factores clave relacionados con las preocupaciones por la apariencia corporal, la conducta alimentaria alterada o los síntomas emocionales. Finalmente, se obtuvo evidencia de validez discriminante en relación con los niveles de actividad física, específicamente niveles bajos, moderados y vigorosos, ya que, en línea con la literatura previa, no se espera que la actividad física se asocie con el uso del tabaco como medio de control del peso (Farris et al., 2018).

El SWEET demostró sensibilidad a las variaciones entre subgrupos en nuestro estudio, particularmente en relación con el sexo y los intentos actuales de pérdida de peso. Las

participantes mujeres presentaron puntuaciones más altas en la subescala *Supresión del Apetito* en comparación con sus homólogos hombres. Este hallazgo se alinea con los resultados de Farris et al. (2018), obtenidos con adultos que fumaban diariamente. En contraste con los hallazgos de Farris et al., las mujeres de nuestro estudio demostraron puntuaciones más altas que los hombres en la subescala *Insatisfacción Corporal*. Esta discrepancia puede atribuirse al IMC de la muestra (personas con sobrepeso u obesidad en nuestro estudio frente a la ausencia de criterios de inclusión basados en el IMC en el estudio de Farris et al.). Un amplio cuerpo de literatura ha señalado el vínculo entre ser mujer o tener exceso de peso corporal con la insatisfacción corporal (Weinberger et al., 2016) y las preocupaciones por el aumento de peso posterior al abandono (Levine et al., 2013). Según nuestros resultados, es crucial monitorizar los cambios en la insatisfacción corporal y el peso corporal durante el tratamiento para dejar de fumar en esta población vulnerable (es decir, mujeres con exceso de peso corporal) con el fin de prevenir la recaída tabáquica (Marqueta et al., 2016; Tuovinen et al., 2018). Finalmente, las personas que actualmente intentaban perder peso mostraron puntuaciones más altas en la subescala *Insatisfacción Corporal* que aquellas que no lo intentaban, mientras que Farris et al. (2018) encontraron diferencias en todas las subescalas. Este hallazgo sugiere que existe la necesidad de identificar a las personas que intentan perder peso antes de iniciar intervenciones para dejar de fumar, así como de abordar las preocupaciones por la imagen corporal para lograr resultados exitosos de abandono del tabaquismo, independientemente del aumento de peso posterior al abandono.

Deben considerarse algunas limitaciones al interpretar los resultados de este estudio. En primer lugar, el tamaño muestral ($N = 123$) supera el criterio mínimo recomendado de al menos 10 participantes por ítem para realizar la validación de un instrumento (Anthoine et al., 2014; Nunnally, 1978). Sin embargo, se sitúa por debajo del número umbral de participantes comúnmente deseado para realizar un AFC (Wolf et al., 2013). Esto también nos impidió realizar un análisis de invariancia por sexo, como se llevó a cabo en la validación del estudio original (Farris et al., 2018). Además, es importante señalar que la estructura original del cuestionario constaba de cuatro subescalas, dos de las cuales incluían solo dos ítems. Generalmente se recomienda que cada factor esté representado por al menos tres indicadores, ya que un menor número de ítems puede afectar a la fiabilidad y estabilidad de la estructura factorial (Kline, 2023). No obstante, debe señalarse que, dados los pesos factoriales y los índices de ajuste satisfactorios del modelo, así como sus índices adecuados de consistencia interna, el instrumento puede considerarse una herramienta psicométricamente sólida para su uso en poblaciones análogas. Es importante destacar que la muestra está compuesta por una población muy específica y de difícil acceso: personas que fuman, con sobrepeso u obesidad, y motivadas para iniciar un tratamiento para dejar de fumar. Reclutar participantes que cumplan simultáneamente estos criterios plantea desafíos sustanciales, lo que justifica el tamaño muestral y aumenta la relevancia de los hallazgos para este subgrupo clínico. En segundo lugar, la naturaleza transversal del estudio nos impidió establecer relaciones causales. En tercer lugar, los participantes de este estudio eran personas que buscaban iniciar un tratamiento para dejar de fumar, y la edad media de los participantes era relativamente alta (más de 50 años); por tanto, el instrumento puede no ser universalmente aplicable a personas con sobrepeso u obesidad que no tengan intención de dejar de fumar, o a personas más jóvenes.

A pesar de sus limitaciones, el presente estudio proporciona evidencia de que el SWEET es un instrumento fiable y válido para evaluar cuatro motivaciones diferenciadas para fumar relacionadas con la alimentación y el peso entre personas españolas con sobrepeso u obesidad. La medida demostró una alta consistencia interna y se asoció significativamente con constructos clínicos relevantes, incluidos el craving tabáquico, las preocupaciones por el aumento de peso posterior al abandono, los patrones alimentarios desadaptativos y los síntomas emocionales. Además, se observaron variaciones en la respuesta en función del sexo y de los esfuerzos actuales de pérdida de peso mediante dieta o ejercicio. Cabe destacar que la subescala *Insatisfacción Corporal* mostró las asociaciones más fuertes con las variables clínicas, lo que indica que fumar como mecanismo de afrontamiento de la insatisfacción corporal puede representar un objetivo clave de intervención en los programas de abandono del tabaquismo en personas con sobrepeso u obesidad.

Declaraciones

Financiación

Este trabajo fue financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación de España, la Agencia Estatal de Investigación y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional [RTI2018-101465-A-I00] y por una ayuda predoctoral del Gobierno del Principado de Asturias [PA-21-PF-BP20-015]. Las fuentes de financiación no participaron en el diseño del estudio; en la recogida, el análisis y la interpretación de los datos; en la redacción del informe; ni en la decisión de enviar el artículo para su publicación.

Conflictos de intereses

Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

Aprobación ética y consentimiento para participar

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias (n.º 329/19). Todos los participantes proporcionaron consentimiento informado.

Declaración de disponibilidad de datos

Los datos estarán disponibles previa solicitud.

Declaración de contribuciones de autoría (CRediT)

Andrea Krotter: Conceptualización, Curación de datos, Investigación, Validación, Redacción – borrador original. Covadonga González-Nuevo: Conceptualización, Análisis formal, Metodología, Software, Redacción – borrador original. Claire A. Spears: Redacción – revisión y edición. Gloria Garcia-Fernandez: Conceptualización, Adquisición de financiación, Investigación, Recursos, Metodología, Administración del proyecto, Supervisión, Redacción – revisión y edición.

Referencias

Adams, C. E., Baillie, L. E., & Copeland, A. L. (2011). The Smoking-Related Weight and Eating Episodes Test (SWEET): Development and preliminary validation. *Nicotine & Tobacco Research*, *13*(11), 1123–1131. https://doi.org/10.1093/ntr/ntr162

Andrés, A., Saldaña, C., & Gómez-Benito, J. (2011). The transtheoretical model in weight management: Validation of the Processes of Change Questionnaire. *Obesity Facts*, *4*(6), 433–442. https://doi.org/10.1159/000335135

Anthoine, E., Moret, L., Regnault, A., Sébille, V., & Hardouin, J.-B. (2014). Sample size used to validate a scale: a review of publications on newly-developed patient reported outcomes measures. *Health and Quality of Life Outcomes, 12*(1), Article 2. https://doi.org/10.1186/s12955-014-0176-2

Askari, M., Heshmati, J., Shahinfar, H., Tripathi, N., & Daneshzad, E. (2020). Ultra-processed food and the risk of overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal of Obesity*, *44*(10), 2080–2091. https://doi.org/10.1038/S41366-020-00650-Z

Aubin, H. J., Farley, A., Lycett, D., Lahmek, P., & Aveyard, P. (2012). Weight gain in smokers after quitting cigarettes: Meta-analysis. *BMJ*, *345*, Article e4439. https://doi.org/10.1136/bmj.e4439

Audrain-Mcgovern, J., & Benowitz, N. L. (2011). Cigarette smoking, nicotine, and body weight. *Clinical Pharmacology and Therapeutics, 90*(1), 164–168. https://doi.org/10.1038/clpt.2011.105

Bados, A., Solanas, A., & Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS) [Propiedades psicométricas de la versión española de las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS)]. *Psicothema*, *17*(4), 679–683.

Becoña, E., & Vázquez, F. L. (1998). The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports*, *83*(3), 1455–1458. https://doi.org/10.2466/pr0.1998.83.3f.145

Brandon, T. H., & Baker, T. B. (1991). The Smoking Consequences Questionnaire: The subjective expected utility of smoking in college students. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *3*(3), 484–491. https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.3.484

Browne, M. W., Cudeck, R., Bollen, K. A., & Long, J. S. (1993). Alternative ways of assessing model fit. *Testing structural equation models*, *154*(4), 136-162. https://doi.org/10.1177/0049124192021002005

Burr, E. K., O'Keeffe, B., Kibbey, M. M., Coniglio, K. A., Leyro, T. M., & Farris, S. G. (2020). Distress intolerance in relation to reliance on cigarettes for weight, shape, and appetite control. *International Journal of Behavioral Medicine, 27*(2), 247–254. https://doi.org/10.1007/s12529-020-09858-9

Cebolla, A., Barrada, J. R., van Strien, T., Oliver, E., & Baños, R. (2014). Validation of the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) in a sample of Spanish women. *Appetite*, *73*, 58–64. https://doi.org/10.1016/J.APPET.2013.10.014

Cepeda-Benito, A., & Reig-Ferrer, A. (2004). Development of a Brief Questionnaire of Smoking Urges--Spanish. *Psychological Assessment*, *16*(4), 402–407. https://doi.org/10.1037/1040-3590.16.4.402

Cepeda-Benito, A., & Reig Ferrer, A. (2000). Smoking Consequences Questionnaire—Spanish. *Psychology of Addictive Behaviors*, *14*(3), 219–230. https://doi.org/10.1037/0893-164X.14.3.219

Clair, C., Chiolero, A., Faeh, D., Cornuz, J., Marques-Vidal, P., Paccaud, F., Mooser, V., Waeber, G., & Vollenweider, P. (2011). Dose-dependent positive association between cigarette smoking, abdominal obesity and body fat: cross-sectional data from a population-based survey. *BMC Public Health*, *11*, Article 23. https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-23

Coniglio, K. A., Rosen, R., Burr, E. K., & Farris, S. G. (2020). Adherence to low-calorie and low-sugar diets is uniquely associated with distinct facets of appearance/weight-related smoking motivations. *Journal of Behavioral Medicine*, *43*(3), 487–492. https://doi.org/10.1007/s10865-020-00149-y

Copeland, A. L., Brandon, T. H., & Quinn, E. P. (1995). The Smoking Consequences Questionnaire-Adult: Measurement of smoking outcome expectancies of experienced smokers. *Psychological Assessment*, *7*(4), 484–494. https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.484

Escrivá-Martínez, T., Galiana, L., Rodríguez-Arias, M., & Baños, R. M. (2019). The Binge Eating Scale: Structural equation competitive models, invariance measurement between sexes, and relationships with food addiction, impulsivity, binge drinking, and body mass index. *Frontiers*

in Psychology, *10*, Article 530. https://doi.org/10.3389/FPSYG.2019.00530

Fahey, M. C., Little, M. A., Klesges, R. C., Talcott, G. W., Richey, P. A., Mehmet, K., & Krukowski, R. A. (2021). Use of Tobacco for weight control across products among young adults in the U.S. Military. *Substance Use & Misuse*, *56*(1), 153–161. https://doi.org/10.1080/10826084.2020.1846196

Farris, S. G., DiBello, A. M., Bloom, E. L., & Abrantes, A. M. (2018). A Confirmatory factor analysis of the Smoking and Weight Eating Episodes Test (SWEET). *International Journal of Behavioral Medicine*, *25*(4), 465–472. https://doi.org/10.1007/S12529-018-9717-0

Hajjar, S. T. (2018). Statistical analysis: Internal-consistency reliability and construct validity. *European Centre for Research Training and Development UK*, *6*(1), 27–38.

Heggen, E., Svendsen, M., & Tonstad, S. (2017). Smoking cessation improves cardiometabolic risk in overweight and obese subjects treated with varenicline and dietary counseling. *Nutrition, Metabolism, and Cardiovascular diseases*, *27*(4), 335–341. https://doi.org/10.1016/j.numecd.2016.12.011

Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *6*(1), 1–55. https://doi.org/10.1080/10705519909540118

Hurt, R. T., Croghan, I. T., Schroeder, D. R., Choi, D. S., Fischer, K., Fokken, S., & Ebbert, J. O. (2022). Varenicline and Lorcaserin for Smoking Cessation and Weight Gain Prevention: A Randomized Clinical Trial. Mayo Clinic proceedings. Innovations, quality & outcomes, 6(5), 465–474. https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2022.01.004

International Test Commission. (2017). The ITC guidelines for translating and adapting tests (Second edition). *International Journal of Testing*, *17*(2), 89–107. https://doi.org/10.1080/15305058.2017.1398166

Kwak, S. G., & Park, S.-H. (2019). Normality test in clinical research. *Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, 45*, 123–125. https://doi.org/10.5125/jkaoms.2019.45.3.123

Kilmurray, C., Vander Weg, M., Wilson, N., Relyea, G., McClanahan, B., Stockton, M. B., & Ward, K. D. (2023). Determinants of smoking related weight-concern in smokers participating in a community-based cessation program. *Eating Behaviors*, *51*, Article 101809. https://doi.org/10.1016/J.EATBEH.2023.101809

Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling.* Guilford publications.

Krotter, A., García-Fernández, G., García-Pérez, Á., Aonso-Diego, G., & Weidberg, S. (2024). Contingency management for smoking cessation for individuals with overweight or obesity: A randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, *258*, Article 111269. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2024.111269

Levine, M. D., Bush, T., Magnusson, B., Cheng, Y., & Chen, X. (2013). Smoking-related weight concerns and obesity: Differences among normal weight, overweight, and obese smokers using a telephone tobacco quitline. *Nicotine & Tobacco Research*, *15*(6), 1136–1140. https://doi.org/10.1093/NTR/NTS226

López-Núñez, C., Ruiz, M. J., Domínguez-Salas, S., & Fernández-Artamendi, S. (2023). Psychometric properties and factor structure of the brief Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives among Spanish smokers from the general population. *Addictive Behaviors, 147*, Article 107833. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2023.107833

Lycett, D., Munafò, M., Johnstone, E., Murphy, M., & Aveyard, P. (2011). Associations between weight change over 8 years and baseline body mass index in a cohort of continuing and quitting smokers. *Addiction (Abingdon, England)*, *106*(1), 188–196. https://doi.org/10.1111/J.1360-0443.2010.03136.X

Marqueta, A., Nerín, I., Gargallo, P., & Beamonte, A. (2016). Gender differences in success at quitting smoking: Short- and long-term outcomes. *Adicciones, 29*(1), 13–21. https://doi.org/10.20882/adicciones.826

Mason, T. B., Tackett, A. P., Smith, C. E., & Leventhal, A. M. (2022). Tobacco product use for weight control as an eating disorder behavior: Recommendations for future clinical and public health research. *The International Journal of Eating Disorders*, *55*(3), 313–317. https://doi.org/10.1002/EAT.23651

Molina, L., Sarmiento, M., Peñafiel, J., Donaire, D., Garcia-Aymerich, J., Gomez, M., Ble, M., Ruiz, S., Frances, A., Schröder, H., Marrugat, J., & Elosua, R. (2017). Validation of the Regicor Short Physical Activity Questionnaire for the adult population. *PloS One*, *12*(1), Article e0168148. https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0168148

Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. *Psicothema*, *25*(2), 151–157. https://doi.org/10.7334/psicothema2013.24

Nunnally, J. C. (1978). *Pyschometric Theory*. McGraw-Hill.

Pomerleau, C. S., & Snedecor, S. M. (2008). Validity and reliability of the Weight Control Smoking Scale. *Eating Behaviors*, *9*(3), 376–380. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2007.12.001

Perkins, K. A., Marcus, M. D., Levine, M. D., D'Amico, D., Miller, A., Broge, M., Ashcom, J., & Shiffman, S. (2001). Cognitive–behavioral therapy to reduce weight concerns improves smoking cessation outcome in weight-concerned women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*(4), 604–613. https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.4.604

Rash, C., & Copeland, A. (2008). The Brief Smoking Consequences Questionnaire-Adult (BSCQ-A): Development of a short form of the SCQ-A. *Nicotine & Tobacco Research, 10*(11), 1633–1643. https://doi.org/10.1080/14622200802409990

Rhemtulla, M., Brosseau-Liard, P. É., & Savalei, V. (2012). When can categorical variables be treated as continuous? A comparison of robust continuous and categorical SEM estimation methods under suboptimal conditions. *Psychological Methods*, *17*(3), 354-373. https://doi.org/10.1037/a0029315

Robinson, J. D., Li, L., Chen, M., Lerman, C., Tyndale, R. F., Schnoll, R. A., Hawk, L. W., George, T. P., Benowitz, N. L., & Cinciripini, P. M. (2019). Evaluating the temporal relationships between withdrawal symptoms and smoking relapse. *Psychology of Addictive Behaviors*, *33*(2), 105–116. https://doi.org/10.1037/adb0000434

Savalei, V., & Rosseel, Y. (2022). Computational options for standard errors and test statistics with incomplete normal and nonnormal data in SEM. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *29*(2), 163–181. https://doi.org/10.1080/10705511.2021.1877548

Siñol, N., Martínez-Sánchez, E., Guillamó, E., Campins, M. J., Larger, F., & Trujols, J. (2013). Efectividad del ejercicio físico como intervención coadyuvante en las adicciones: una revisión [Effectiveness of exercise as a complementary intervention in addictions: a review]. *Adicciones, 25*(1), 71–85.

Smith, S. S., Piper, M. E., Bolt, D. M., Fiore, M. C., Wetter, D. W., Cinciripini, P. M., & Baker, T. B. (2010). Development of the Brief Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives. *Nicotine & Tobacco Research*, *12*(5), 489–499. https://doi.org/10.1093/ntr/ntq032

Tuovinen, E. L., Saarni, S. E., Kinnunen, T. H., Ollila, H., Ruokolainen, O., Patja, K., Männistö, S., Jousilahti, P., Kaprio, J., & Korhonen, T. (2018). Weight concerns as a predictor of smoking cessation according to nicotine dependence: A population-based study. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 35*(5), 344–356. https://doi.org/10.1177/1455072518800217

Vasileiou, V., & Abbott, S. (2023). Emotional eating among adults with healthy weight, overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *36*(5), 1922–1930. https://doi.org/10.1111/JHN.13176

Wee, C. C., Rigotti, N. A., Davis, R. B., & Phillips, R. S. (2001). Relationship between smoking and weight control efforts among adults in the United States. *Archives of Internal Medicine*, *161*(4), 546–550. https://doi.org/10.1001/archinte.161.4.546

Weekley, C. K., Klesges, R. C., & Reylea, G. (1992). Smoking as a weight-control strategy and its relationship to smoking status. *Addictive Behaviors*, *17*(3), 259–271. https://doi.org/10.1016/0306-4603(92)90031-P

Weinberger, N.-A., Kersting, A., Riedel-Heller, S. G., & Luck-Sikorski, C. (2016). Body dissatisfaction in individuals with obesity compared to normal-weight individuals: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Facts*, *9*(6), 424–441. https://doi.org/10.1159/000454837

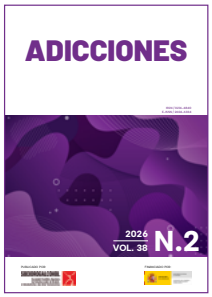
White, M. A. (2012). Smoking for weight control and its associations with eating disorder symptomatology. *Comprehensive Psychiatry*, *53*(4), 403–407. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2011.05.007

Wolf, E. J., Harrington, K. M., Clark, S. L., & Miller, M. W. (2013). Sample size requirements for structural equation models. *Educational and Psychological Measurement*, *73*(6), 913–934. https://doi.org/10.1177/0013164413495237

Yong, H.-H., & Borland, R. (2008). Functional beliefs about smoking and quitting activity among adult smokers in four countries: Findings from the International Tobacco Control Four-Country Survey. *Health Psychology*, *27*(3S), S216–S223. https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.3(Suppl.).S216

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

ADICCIONES
2026 ■ VOL. 38 ■ N. 2 ■ PÁGS. 105–114
www.adicciones.es



ORIGINAL

Intervenciones farmacológicas en cesación tabáquica en pacientes con trastorno bipolar

Pharmacological interventions for smoking cessation in patients with bipolar disorder

Pablo González-Domenech*,**; María Domingo-Rubio*; Joaquín Camacho-Tapia*; Jesús García-Jiménez*,**,***; Luis Gutiérrez-Rojas*,**,***; Sara Jiménez-Fernández*,**,****.

* Departamento de Psiquiatría, Facultad Medicina, Universidad de Granada, España.

** Grupo de Investigación en Psiquiatría y Neurociencias (CTS-549), Instituto de Neurociencias, Universidad de Granada, España.

*** Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España.

**** Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Resumen

Introducción: El trastorno bipolar (TB) es una enfermedad mental crónica asociada a un mayor riesgo de mortalidad prematura. El consumo de tabaco es altamente prevalente en esta población y contribuye de forma relevante a la morbimortalidad física. *Objetivo:* Analizar críticamente la evidencia disponible sobre las intervenciones farmacológicas para el abandono del tabaco en pacientes con TB. *Métodos:* Se realizó una revisión narrativa estructurada en PubMed, The Cochrane Library y Web of Science, incluyendo estudios publicados entre enero de 1985 y marzo de 2025. Se incluyeron estudios originales que evaluaban tratamientos farmacológicos para la cesación tabáquica en pacientes con TB diagnosticado según criterios DSM o CIE. Debido a la heterogeneidad clínica y metodológica, no se realizó metaanálisis. *Resultados:* Se incluyeron 15 estudios. La mayoría evaluaron pacientes con TB dentro de cohortes psiquiátricas más amplias. La vareniclina mostró mayores tasas de abstinencia que el placebo, con odds ratios aproximadas entre 3,0 y 8,1, y fue superior al bupropión y a la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) en varios estudios de gran tamaño. El bupropión y la TSN fueron generalmente más eficaces que el placebo, aunque con resultados menos consistentes. Los tratamientos fueron, en general, bien tolerados, sin aumento de eventos adversos neuropsiquiátricos graves. *Conclusiones:* Las intervenciones farmacológicas, especialmente la vareniclina, parecen efectivas y generalmente seguras para el abandono del tabaco en pacientes con TB. No obstante, la evidencia es heterogénea, lo que subraya la necesidad de estudios específicos en esta población.

Palabras clave: trastorno bipolar, abandono del tabaco, tratamiento farmacológico, vareniclina, terapia sustitutiva con nicotina

Abstract

Background: Bipolar disorder (BD) is a chronic mental illness associated with increased premature mortality. Tobacco use is highly prevalent in BD and contributes substantially to physical morbidity. *Objective:* To critically appraise the evidence on pharmacological interventions for smoking cessation in patients with BD. *Methods:* A structured narrative review was conducted in PubMed, The Cochrane Library, and Web of Science, including studies published between January 1985 and March 2025. Original studies evaluating pharmacological smoking cessation treatments in patients diagnosed with BD according to DSM or ICD criteria were included. Due to clinical and methodological heterogeneity, no meta-analysis was performed. *Results:* Fifteen studies were included. Most trials evaluated patients with BD within broader psychiatric cohorts. Varenicline showed higher abstinence rates than placebo, with odds ratios ranging approximately from 3.0 to 8.1 in randomized trials, and was superior to bupropion and nicotine replacement therapy (NRT) in several large studies. Bupropion and NRT were generally more effective than placebo, although results were less consistent. Treatments were generally well tolerated, without increased severe neuropsychiatric adverse events. *Conclusions:* Pharmacological interventions, particularly varenicline, appear effective and generally safe for smoking cessation in BD, especially when combined with behavioral support. Evidence remains heterogeneous, highlighting the need for BD-specific trials.

Keywords: bipolar disorder, smoking cessation, pharmacological treatment, varenicline, nicotine replacement therapy

■ *Recibido: Mayo 2025; Aceptado: Enero 2026.*

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ **Enviar correspondencia a:**
Sara Jiménez Fernández y Luis Gutiérrez Rojas. Facultad de Medicina, C/Jesus Fábregas Candel, 11. Torre A, planta 9–E-18071 Granada, España. Tel. +34 958 204 704. E-mail: sjimenez@ugr.es, gutierrezrojasl@hotmail.com

El trastorno bipolar (TB) es una enfermedad mental grave, crónica y recurrente caracterizada por la alternancia de episodios depresivos y maníacos o hipomaníacos, frecuentemente intercalados con periodos de eutimia (American Psychiatric Association, 2022). La prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos del espectro bipolar se ha estimado en aproximadamente un 2–3% a nivel mundial (Merikangas et al., 2011). Más allá de su carga psiquiátrica, el TB se asocia con un riesgo marcadamente incrementado de mortalidad prematura en comparación con la población general, impulsado en gran medida por comorbilidades físicas más que por el suicidio únicamente (Leverich et al., 2003; Sylvia et al., 2015).

Las enfermedades respiratorias, particularmente la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la neumonía, representan una causa principal del exceso de mortalidad en individuos con TB, junto con la enfermedad cardiovascular y el cáncer (Callaghan et al., 2014; Su et al., 2017). El tabaquismo es el principal factor de riesgo modificable subyacente a estas condiciones y continúa siendo altamente prevalente en pacientes con TB. Los estudios epidemiológicos estiman tasas de tabaquismo entre el 30% y el 70% en el TB, superando sustancialmente las observadas en la población general (Heffner et al., 2011). Además, se ha informado que la exposición al tabaco a lo largo de la vida en individuos con TB se aproxima al 80%, lo que refleja tanto mayores tasas de inicio como un menor éxito en la cesación (Heffner et al., 2011).

La relación entre el consumo de tabaco y el TB parece ser bidireccional. Por un lado, los individuos con TB presentan una mayor probabilidad de desarrollar dependencia a la nicotina; por otro, el tabaquismo se ha asociado con una mayor gravedad de la enfermedad, incluyendo episodios afectivos más frecuentes, ciclación rápida y aumento de la conducta suicida (Diaz et al., 2009; García-Jiménez et al., 2023; Martínez-Ortega et al., 2013). Se han propuesto factores de vulnerabilidad compartidos, incluyendo susceptibilidad genética, influencias ambientales y mecanismos neurobiológicos que implican el procesamiento de la recompensa y la desregulación dopaminérgica (McClave et al., 2010).

La cesación tabáquica en el TB plantea desafíos clínicos particulares. En comparación con la población general, los individuos con TB muestran menores tasas de abandono y mayor riesgo de recaída, potencialmente influenciados por síntomas depresivos, impulsividad, disfunción cognitiva y preocupaciones relativas a la desestabilización del estado de ánimo durante la abstinencia (Heffner et al., 2011). Estas dificultades se ven, además, agravadas por interacciones farmacocinéticas entre el humo del tabaco y los medicamentos psicotrópicos, así como por trastornos comórbidos por uso de sustancias (Qiu et al., 2024).

Aunque existe evidencia sólida que respalda los tratamientos farmacológicos para la cesación tabáquica en la población general y en cohortes psiquiátricas de manera más amplia, la evidencia específicamente centrada en el TB sigue siendo fragmentaria. Muchos ensayos clínicos incluyen pacientes con TB dentro de muestras heterogéneas de enfermedad mental grave o trastornos del estado de ánimo, y los hallazgos a menudo se derivan de análisis de subgrupos o análisis post hoc. En consecuencia, los clínicos enfrentan incertidumbre al extrapolar los resultados a pacientes con TB en la práctica rutinaria.

El objetivo de este estudio es proporcionar una revisión narrativa estructurada de la literatura disponible sobre intervenciones farmacológicas para la cesación tabáquica en pacientes con TB, evaluando críticamente su efectividad, tolerabilidad y aplicabilidad clínica, con el fin de informar la toma de decisiones basada en la evidencia en esta población de alto riesgo.

Método

Se realizó una revisión narrativa estructurada de la literatura utilizando las bases de datos PubMed, The Cochrane Library y Web of Science, identificando artículos relevantes publicados desde enero de 1983 hasta marzo de 2025. Aunque la revisión siguió una estrategia de búsqueda predefinida con criterios explícitos de inclusión y exclusión y un proceso estructurado de selección de estudios, fue concebida como una revisión narrativa, ya que no se planificó ninguna síntesis cuantitativa ni metaanálisis formal debido a la marcada heterogeneidad clínica y metodológica entre los estudios.

La búsqueda se realizó utilizando combinaciones de términos MeSH y palabras clave en texto libre relacionadas con el TB y la cesación tabáquica, incluyendo: 'bipolar disorder,' 'smoking cessation,' 'pharmacological treatment,' 'varenicline,' 'bupropion,' y 'nicotine replacement therapy.' No se utilizaron simultáneamente términos superpuestos referidos al consumo de tabaco para evitar redundancia.

Los estudios se consideraron elegibles si cumplían los siguientes criterios: (1) artículos de investigación original publicados entre enero de 1985 y marzo de 2025; (2) publicados en revistas revisadas por pares; (3) escritos en inglés o español; (4) evaluación de intervenciones farmacológicas para la cesación tabáquica; (5) inclusión de pacientes diagnosticados con TB según criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) o de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (cualquier versión); (6) informe de resultados relacionados con la eficacia en la cesación tabáquica, incluyendo medidas de asociación e intervalos de confianza cuando estuvieran disponibles.

Los criterios de exclusión fueron: (1) estudios en los que los datos de TB no se analizaron por separado de otros grupos diagnósticos; (2) intervenciones no farmacológicas como tratamiento principal; (3) revisiones, metaanálisis, informes de casos, artículos de opinión, protocolos o editoriales; (4) estudios publicados en idiomas distintos del inglés o el español.

Dos revisores examinaron de forma independiente los títulos, resúmenes y textos completos (JCT y MDR). Las discrepancias se resolvieron por consenso, con la participación de un tercer revisor cuando fue necesario (PGD). Los datos extraídos incluyeron autor, año de publicación, país, diseño del estudio, tamaño muestral, composición diagnóstica, intervención farmacológica y dosis, duración del seguimiento, resultados de cesación tabáquica y efectos adversos informados.

Dada la naturaleza narrativa de la revisión y la heterogeneidad de los diseños de estudio, no se aplicó una herramienta formal estandarizada de evaluación del riesgo de sesgo (por ejemplo, Cochrane RoB o ROBINS-I). En su lugar, se realizó una evaluación cualitativa global de la calidad metodológica, considerando aspectos clave como el diseño del estudio (aleatorizado frente a no aleatorizado), tamaño muestral, especificidad diagnóstica para TB, método de verificación de la abstinencia tabáquica, duración del seguimiento y notificación de eventos adversos.

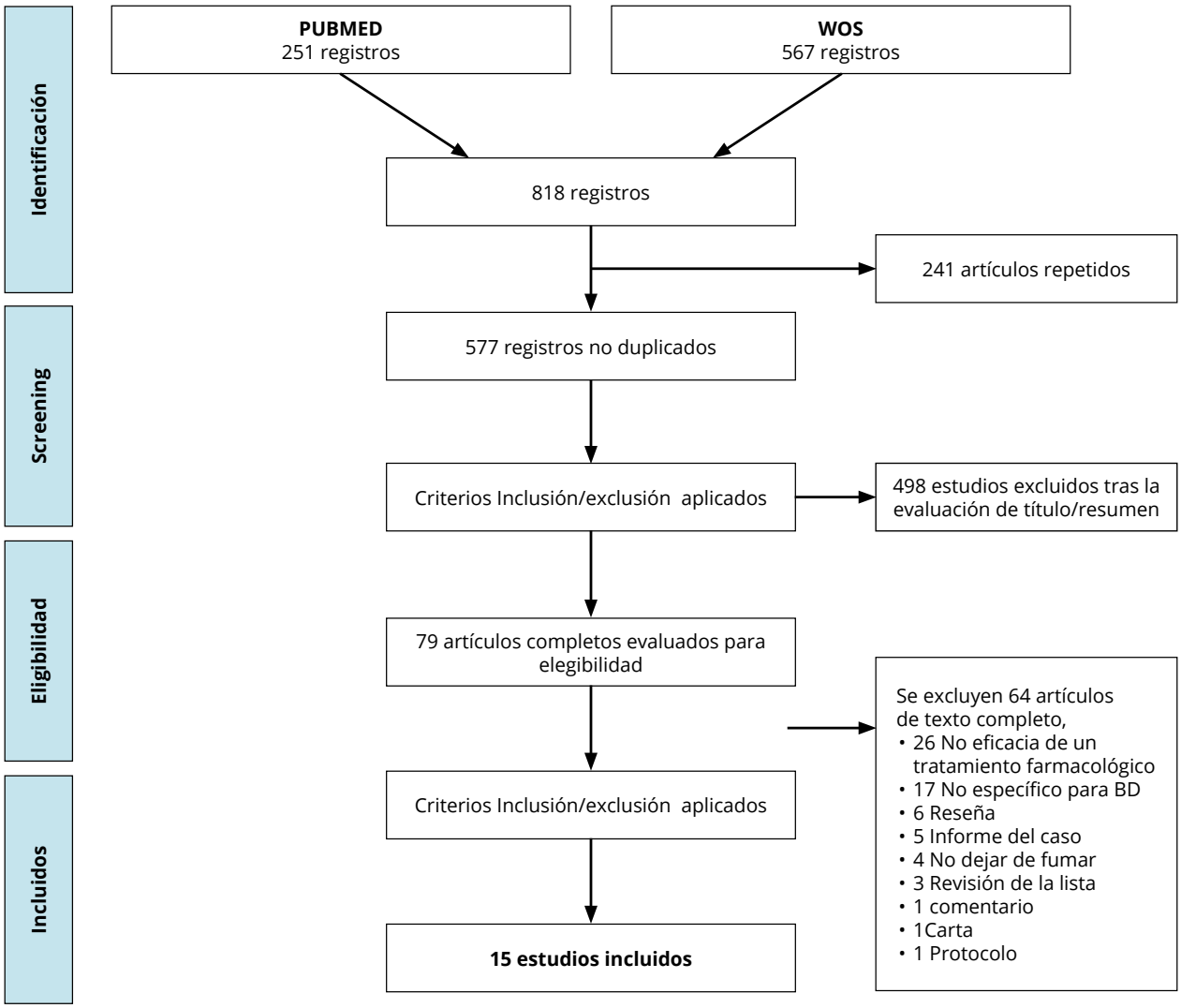
En conjunto, la calidad de la evidencia osciló entre moderada en grandes ensayos clínicos aleatorizados y análisis post hoc de estudios multicéntricos, y baja en pequeños ensayos piloto y estudios abiertos, lo que limita la comparabilidad de los hallazgos entre los estudios.

Resultados

Selección de estudios

La Figura 1 muestra el diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica. La búsqueda inicial mostró 818 registros (251 de la base de datos PubMed, 567 de la base de datos Web of Science). No se identificaron registros adicionales a través de The Cochrane Library. De estos, 241 eran artículos duplicados, manteniéndose 577 registros no duplicados para el cribado. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión después de la evaluación de títulos y resúmenes, se excluyeron 498 artículos. Se evaluaron 79 textos completos para determinar su elegibilidad, excluyéndose 64 de ellos. Finalmente, se incluyeron 15 registros en la revisión.

Figura 1
Diagrama de flujo de la selección de estudios para la revisión narrativa estructurada



Características de los estudios:

Sus características y principales hallazgos se presentan en la Tabla 1 (Anthenelli et al., 2016, 2023; Brunette et al., 2018; Chengappa et al., 2014; Daumit et al., 2023; Evins et al., 2014, 2019; Fouz Rosón et al., 2017; Garcia-Portilla et al., 2016; Gilbody et al., 2019; Heffner et al., 2019; Hickman et al., 2015; Prochaska et al., 2014; Weinberger et al., 2008).

Tabla 1

Estudios publicados sobre tratamientos farmacológicos para dejar de fumar en pacientes con trastorno bipolar

Autor, año y país	Participantes	Diseño y seguimiento	Evaluación	Tratamiento farmacológico para cesación tabáquica	Otros tratamientos para la cesación tabáquica	Hallazgos principales
Anthenelli et al. 2016 USA	N = 8144 Cohorte psiquiátrica (n=4116) TDM y TB (n=2882) TA (n=782) TEE (n=386) TLP (n=24) Cohorte no psiquiátrica (n=4028)	Ensayo multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, triple simulación, controlado con placebo y con comparador activo Seguimiento de 12 semanas	Diagnóstico de TB: SCID-I (DSM-IV-TR) Abstinencia: Autoinformada y nivel de CO ≤10 ppm	Vareniclina (n=731) 1 mg dos veces al día Bupropión (n=716) 150 mg dos veces al día TRN (n=722) 21 mg al día con reducción gradual	Asesoramiento telefónico para dejar de fumar (todos los participantes, en cada visita)	- Mayores tasas de abstinencia con vareniclina frente a: placebo (OR 3,61; IC del 95%: 3,07 a 4,24); parche de nicotina (OR 1,68; IC del 95%: 1,46 a 1,93); y bupropión (OR 1,75; IC del 95%: 1,52 a 2,01) - Mayores tasas de abstinencia con bupropión frente a placebo - (OR 2,07; IC del 95%: 1,75 a 2,45) - Mayores tasas de abstinencia con parche de nicotina frente a placebo - (OR 2,15; IC del 95%: 1,82 a 2,54)
Anthenelli et al. 2023 USA	N = 28 TB (n=15) TE (n=13)	Ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo Seguimiento de 12 semanas	Diagnóstico de TB: MINI (DSM-5) Abstinencia: nivel de CO ≤4 ppm y cotinina urinaria (-)	Vareniclina Dosis baja (0,5 mg dos veces al día) Dosis estándar (1 mg dos veces al día)	ACT (todos los participantes, hasta 10 sesiones)	Mayores tasas de abstinencia en los participantes con TB (37,5%) que en los participantes con TEE (16,7%) para la dosis estánda
Brunette et al. 2018 USA	N = 661* TA/Otros (n=205) TDM (n=158) TB (n=150) TEE (n=148) *n=231 participantes abandonaron	Ensayo clínico aleatorizado Seguimiento de 1 año	Diagnóstico de TB: DSM-IV-TR Abstinencia: nivel de CO ≤4 ppm y cotinina urinaria <10 ng/ml	Vareniclina/ Bupropión TRN (dosis no informadas)	TCC Asesoramiento telefónico para dejar de fumar	- No hubo un efecto significativo de la intervención (solo medicación, medicación + asesoramiento telefónico para dejar de fumar, y medicación + TCC) - Mayor abstinencia en quienes recibieron incentivos monetarios (AOR=1,77; p=0,009) - No hubo diferencias entre los grupos diagnósticos
Chengappa et al. 2014 USA	N = 60 participantes con TB eutímica	Ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo Seguimiento de 3 meses + 3 meses (extra)	Diagnóstico de TB: DSM-IV Abstinencia: Autoinformada y nivel de CO ≤10 ppm	Vareniclina (1 mg dos veces al día)	Asesoramiento telefónico para dejar de fumar (todos los participantes)	Mayor abstinencia con vareniclina frente a placebo (OR = 8,1; IC del 95%: 2,0-32,5; p<0,002) A los 6 meses, los sujetos tratados con vareniclina se mantuvieron más abstinentes en comparación con placebo
Daumit et al. 2023 USA	N = 192 TEE (n=82) TB (n=62) TDM (n=48)	Ensayo clínico aleatorizado y doble ciego (grupos de intervención frente a control) Seguimiento de 18 meses	Diagnóstico de TB: BPRS Abstinencia: Autoinformada (FTCD) nivel de CO cotinina urinaria	Grupo de intervención: Vareniclina (+/- TRN) o bupropión + TRN	Entrevista motivacional (todos los participantes) Asesoramiento telefónico para dejar de fumar (todos los participantes) Clase grupal de ejercicio, 50 minutos, 2-3 veces/ semana (todos los participantes)	El 62% informó interés en dejar de fumar inmediatamente (dentro de 1 mes) A los 18 meses, el 26,4% de los participantes del grupo de intervención y el 5,7% de los participantes del grupo control alcanzaron la abstinencia (AOR 5,9; IC del 95%: 2,3-15,4; p < 0,001). No hubo diferencias en el aumento de peso entre los grupos

Autor, año y país	Participantes	Diseño y seguimiento	Evaluación	Tratamiento farmacológico para cesación tabáquica	Otros tratamientos para la cesación tabáquica	Hallazgos principales
Evins et al. 2014 USA	N = 203 TEE (n=185) TB (n=18)	Ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, de grupos paralelos y de prevención de recaídas Seguimiento de 19 meses	Diagnóstico de TB: BPRS YMRS MADRS Abstinencia: Autoinformada y nivel de CO <9 ppm	Vareniclina 1 mg dos veces al día	TCC (grupo de vareniclina)	Semanas 12-52: tasas de abstinencia: 60% vareniclina frente a 19% placebo (OR 6,2; IC del 95%: 2,2-19,2; p < 0,001) Semanas 12-64: tasas de abstinencia: 45% vareniclina frente a 15% placebo (OR 4,6; IC del 95%: 1,5-15,7; p = 0,004) Semanas 12-76: tasas de abstinencia: 30% vareniclina frente a 11% placebo (OR 3,4; IC del 95%: 1,02-13,6; p = 0,03)
Evins et al. 2019 USA/Reino Unido	N = 4092 TDM y TB (n=2910) TA (n=792) TEE (n=390)	Ensayo aleatorizado, doble ciego, triple simulación, controlado con placebo y con comparador activo Seguimiento de 12 semanas	Diagnóstico de TB: SCID-I (DSM-IV-TR) Abstinencia: Autoinformada y nivel de CO ≤10 ppm	Vareniclina 1 mg dos veces al día Bupropión 150 mg dos veces al día TRN 21 mg al día con reducción gradual	—	Mayores tasas de abstinencia con vareniclina frente a placebo (OR 4,57; IC del 95%: 2,59 a 8,06) Mayores tasas de abstinencia con bupropión frente a placebo (OR 2,22; IC del 95%: 1,21 a 4,06) Mayores tasas de abstinencia con TRN frente a placebo (OR 2,76; IC del 95%: 1,53 a 4,97)
Garcia-Portilla et al. 2016 España	N = 75 TEE (n=54) TB (n=21)	Ensayo multicéntrico, no aleatorizado, abierto y prospectivo Seguimiento de 12 semanas	Diagnóstico de TB: DSM-IV Abstinencia: Autoinformada y nivel de CO ≤9 ppm	Vareniclina 1 mg dos veces al día Bupropión 150 mg dos veces al día TRN 21, 28 o 35 mg según el consumo de tabaco	Terapia motivacional	Tasas de abstinencia a las 12 semanas: 49,3% (TRN 50,0%; vareniclina 48,6%) Tasas de abstinencia en la semana 24: 41,3% (sin diferencias entre tratamientos) Tasas de abstinencia en la semana 36: 37,3% (sin diferencias entre tratamientos)
Fouz Rosón et al. 2007 España	N = 109 TA, TDM, TEE, TB (no especificado)	Ensayo controlado, aleatorizado, abierto y de grupos paralelos Seguimiento de 1 año	Diagnóstico de TB: No informado Abstinencia: No informada	Vareniclina 1 mg dos veces al día o 0,5 mg dos veces al día (ambos durante 8 semanas)	—	Mejores resultados (no significativos; p=0,094) con la dosis baja (44,3%) frente a la dosis estándar (37,5%) Los pacientes con TB o TEE tuvieron más dificultades para dejar de fumar Los pacientes con adicción a otras drogas mostraron una tendencia (no significativa; p=0,078) a dejar de fumar menos que aquellos sin adicción a drogas (34,3% frente a 48,2%)
Gilbody et al. 2015 USA/Reino Unido	N = 97 TB (no especificado) TEE (no especificado)	Ensayo controlado aleatorizado Seguimiento de 12 meses	Diagnóstico de TB: ICD-10 Abstinencia*: nivel de CO <10 ppm *Autoinformada si no pudo obtenerse el nivel de CO	Grupo de intervención: Programa estructurado y personalizado de cesación tabáquica (evaluación adaptada) que incluyó vareniclina y TRN	Línea telefónica gratuita para dejar de fumar (para todos los participantes)	Mayor cesación tabáquica ([36%] frente a [23%]; OR ajustada 2,9; IC del 95%: 0,8-10,5) en quienes recibieron la intervención personalizada El 16% de los participantes dejó de fumar en el grupo control frente al 26% del grupo de intervención (OR 2,5; IC del 95%: 0,8-7,7).
Gilbody et al. 2019 Reino Unido	N = 524 TEE (n=343) TB (n=115) TAE (n=66)	Ensayo controlado aleatorizado multicéntrico Seguimiento de 12 meses	Diagnóstico de TB: ICD-10 Abstinencia*: nivel de CO <10 ppm *Autoinformada si no pudo obtenerse el nivel de CO	Grupo de intervención: Intervención personalizada para la cesación tabáquica (apoyo conductual y ayudas farmacológicas para dejar de fumar*, con adaptaciones para personas con EMG) *Incluye vareniclina y TRN (dosis no informadas)	Atención habitual por el NHS (todos los participantes)	6 meses: Mayores tasas de cesación tabáquica en la intervención (14%) frente al control (6%) OR 2,4; IC del 95%: 1,2 a 4,6; p=0,010 12 meses: Mayores tasas de cesación tabáquica en la intervención (15%) frente al control (13%), pero sin significación estadística (OR 1,6; IC del 95%: 0,9 a 2,9; p=0,10)

Autor, año y país	Participantes	Diseño y seguimiento	Evaluación	Tratamiento farmacológico para cesación tabáquica	Otros tratamientos para la cesación tabáquica	Hallazgos principales
Heffner et al. 2019 USA/Reino Unido	N = 3041* Subcohorte de TB I/II (n=280) (81,4% con TB I) Cohorte no psiquiátrica (n=2761) *Análisis post hoc de Anthenelli et al., 2016 en TB	Ensayo multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, triple simulación, controlado con placebo y con comparador activo Seguimiento de 12 semanas	Diagnóstico de TB: SCID-I (DSM-IV-TR) Abstinencia: Autoinformada y nivel de CO ≤10 ppm	Vareniclina (n=75) 1 mg dos veces al día Bupropión (n=84) 150 mg dos veces al día TRN (n=64) 21 mg al día con reducción gradual	Placebo (n=57)	Mayores tasas de abstinencia con vareniclina frente a: placebo (OR 3,36; IC del 95%: 1,68 a 6,74; p<0,001); parche de nicotina (OR 2,45; IC del 95%: 1,18 a 5,06; p=0,002); y bupropión (OR 1,93; IC del 95%: 1,07 a 3,48; p=0,005) OR para bupropión frente a placebo: 1,29 (IC del 95%: 0,31 a 5,37) OR para TRN frente a placebo: 0,71 (IC del 95%: 0,14 a 3,74) La cohorte no psiquiátrica presentó tasas de abstinencia significativamente mayores que la subcohorte con TB
Hickman et al. 2015 USA	N = 100* TDM (n=52) TEE (n=29) TB (n=15) Sin diagnóstico (n=4) *Extensión y replicación de Prochaska et al., 2014	Ensayo clínico aleatorizado de dos brazos Seguimiento de 12 meses	Diagnóstico de TB: DSM-IV Abstinencia: nivel de CO ≤10 ppm	Grupo de intervención: Intervención adaptada al modelo transteórico, asistida por ordenador, manual ajustado por etapas, asesoramiento breve y TRN durante 10 semanas tras la hospitalización	Grupo de atención habitual: TRN en la unidad + consejo para dejar de fumar durante la hospitalización	Abstinencia a los 3 meses: intervención (12,5%) frente a atención habitual (7,3%) Abstinencia a los 6 meses: intervención (17,5%) frente a atención habitual (8,5%) Abstinencia a los 12 meses: intervención (26,2%) frente a atención habitual (16,7%)
Prochaska et al. 2014 USA	N = 224* TDM (n=105) TB (n=56) TEE (n=34) Otros (n=29) *Psiquiatría hospitalaria	Ensayo controlado aleatorizado Seguimiento de 18 meses	Diagnóstico de TB: DSM-IV Abstinencia*: Informes colaterales (67%) nivel de CO ≤10 ppm (33%) *Sin diferencias entre grupos en el tipo de verificación	Grupo de intervención: Intervención adaptada al modelo transteórico, asistida por ordenador, manual ajustado por etapas, asesoramiento breve y TRN durante 10 semanas tras la hospitalización* *La TRN se entregó en suministros para 4 y 6 semanas para evitar pérdidas o uso indebido	Grupo de atención habitual: TRN en la unidad + consejo para dejar de fumar durante la hospitalización	Mayores tasas de abstinencia en el grupo de intervención (OR 3,15; IC del 95%: 1,22 a 8,14; p=0,018) Abstinencia a los 6 meses: intervención (3,9%) frente a atención habitual (3,2%) Abstinencia a los 12 meses: intervención (19,4%) frente a atención habitual (10,9%) Abstinencia a los 18 meses: intervención (20,0%) frente a atención habitual (7,7%) Más rehospitalizaciones en el grupo de atención habitual (OR ajustada=1,92; IC del 95% =1,06, 3,49).
Weinberger et al. 2008	N = 5 TB I	Ensayo piloto controlado con placebo Seguimiento de 10 semanas	Diagnóstico de TB: DSM-IV Abstinencia: nivel de CO <10 ppm	Bupropión (n=2) 75-300 mg al día Placebo (n=3)	—	Ningún participante que recibió placebo dejó de fumar durante el ensayo 2 participantes que recibieron bupropión informaron cesación tabáquica, pero solo uno fue abstinente confirmado por CO.

Nota. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT); Trastorno de ansiedad (AD); Razón de momios ajustada (AOR); Trastorno bipolar (BD); Trastorno límite de la personalidad (BPD); Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS); Terapia cognitivo-conductual (CBT); Intervalo de confianza (CI); Tasa de abstinencia continua (CAR); Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV); Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, texto revisado (DSM-IV-TR); Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5); Test de Fagerström para la dependencia del cigarrillo (FTCD); Liberación intermedia (IR); Trastorno depresivo mayor (MDD); Miligramos (mg); Mini-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) para DSM-5; Escala de Valoración de la Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS); Terapia de reemplazo de nicotina (NRT); Cohorte no psiquiátrica (NPC); Razón de momios (OR); Partes por millón (ppm); Enfermedad mental grave (SMI); Liberación sostenida (SR); Trastorno esquizoafectivo (SAD); Trastorno del espectro de la esquizofrenia (SSD); Entrevistas clínicas estructuradas para los trastornos del eje I del DSM-IV-TR (SCID-I); Parches transdérmicos de nicotina (TNP); Modelo transteórico (TTM); Estados Unidos de América (USA); Escala de Manía de Young (YMRS).

Intervenciones farmacológicas para la cesación tabáquica

Globalmente, los hallazgos de los estudios incluidos en esta revisión mostraron que los tratamientos farmacológicos para la cesación tabáquica son eficaces en pacientes con TB. Según Anthenelli et al. (2016) y Evins et al. (2019), la vareniclina alcanzó mayores tasas de abstinencia que placebo (odds ratio [OR] 3,61, IC 95% 3,07 a 4,24 y 3,03, IC 95% 2,13 a 4,32, respectivamente), parche de nicotina (odds ratio [OR] 1,68, IC 95% 1,46 a 1,93 y 1,68, IC 95% 1,23 a 2,32, respectivamente) y bupropión (odds ratio [OR] 1,75, IC 95% 1,52 a 2,01 y 1,59, IC 95% 1,16 a 2,18, respectivamente), y estos dos últimos también fueron más útiles que placebo. Resultados similares fueron encontrados por Heffner y colaboradores (Heffner et al., 2019), pero en este caso la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) fue menos eficaz que placebo (odds ratio [OR] 0,71, IC 95% 0,14 a 3,74). No obstante, García-Portilla et al. (2016) no encontraron diferencias significativas entre vareniclina y parche de nicotina (cesación tabáquica a 7 días a las 12 semanas de vareniclina 48,6% vs parche de nicotina 50,0%, chi-cuadrado=0,015, p=1,000). Evins et al. (2014) encontraron que la vareniclina combinada con terapia cognitivo-conductual (TCC) incrementa las tasas de abstinencia. Además, Gilbody et al. (2019) observaron una mayor eficacia en aquellos pacientes que, además de recibir el tratamiento habitual por parte de los servicios locales del National Health Service (NHS) para la cesación tabáquica, también participaron en una intervención personalizada consistente en apoyo conductual por parte de un profesional de salud mental especializado en cesación tabáquica y ayudas farmacológicas para dejar de fumar, con adaptaciones para personas con enfermedad mental grave —como sesiones pre-abandono extendidas, reducción progresiva hasta el abandono y visitas domiciliarias. El acceso a la farmacoterapia fue a través de atención primaria tras discusión con el especialista en cesación tabáquica. Weinberger et al. (2008) estudiaron la eficacia del bupropión frente a placebo mediante un ensayo de 10 semanas y todos los pacientes que lo recibieron informaron eficacia en la cesación tabáquica, aunque la muestra fue pequeña (n=5).

Algunos de estos trabajos también investigaron los posibles efectos adversos causados por estos fármacos. Los eventos adversos más frecuentes encontrados por Anthenelli et al. (2016) fueron náuseas en el 25% de los pacientes bajo vareniclina, insomnio en el 12% de los pacientes bajo bupropión, sueños anormales en el 12% de los pacientes bajo parche de nicotina y cefalea en el 10% de los pacientes bajo placebo. Sin embargo, estos efectos adversos no fueron significativos y las intervenciones fueron bien toleradas. Según Evins et al. (2019), la vareniclina y el bupropión no se asociaron con un aumento significativo de eventos adversos neuropsiquiátricos en comparación con parche de nicotina o placebo en su cohorte psiquiátrica. El sexo femenino y los trastornos previos por uso de sustancias se relacionaron con la presencia de eventos adversos neuropsiquiátricos. Este estudio muestra que los efectos adversos más comunes fueron insomnio y ansiedad con bupropión y parche de nicotina, y sueños anormales con vareniclina y parche de nicotina. García-Portilla et al. (2016) señalan que los pacientes que utilizaron vareniclina experimentaron náuseas con mayor frecuencia y aquellos que utilizaron parches de nicotina sufrieron reacciones cutáneas con mayor frecuencia. Otro estudio mostró que la incidencia de eventos adversos neuropsiquiátricos en fumadores con TB fue: 14,7% para vareniclina, 11,9% para bupropión, 6,3% para TSN y 8,8% para placebo, siendo los trastornos del sueño los más comunes (Heffner et al., 2019). En este sentido, el grupo de Chengappa mostró que el uso de fármacos hipnóticos fue diferente entre quienes lograron dejar de fumar y quienes no lo lograron (50% vs 21%). Asimismo, vareniclina/placebo ($\beta = 2,23$, $p = 0,003$) e hipnóticos/no-hipnóticos ($\beta = 1,5$, $p = 0,032$) fueron predictores independientes significativos del estado de abandono, con OR – (β) de 9,3 (IC 95% = 2,1, 40,9) y 4,5 (IC 95% = 1,1, 17,6), respectivamente (Forrest et al., 2015).

Discusión

Esta revisión narrativa estructurada sugiere que las intervenciones farmacológicas pueden facilitar la cesación tabáquica en pacientes con TB, particularmente cuando se combinan con apoyo conductual estructurado. Entre los tratamientos disponibles, la vareniclina parece estar asociada con mayores tasas de abstinencia en comparación con placebo y, en varios estudios, con bupropión y TSN (Anthenelli et al., 2016; Evins et al., 2019; Heffner et al., 2019). Sin embargo, la magnitud y la consistencia de estos efectos varían entre los estudios, lo que requiere una interpretación cautelosa.

Una limitación importante de la literatura existente es que la mayoría de los estudios no fueron diseñados específicamente para el TB, sino que incluyeron pacientes con TB como parte de cohortes psiquiátricas más amplias o de enfermedad mental grave (Anthenelli et al., 2016; Gilbody et al., 2019). En consecuencia, gran parte de la evidencia se deriva de análisis de subgrupos o análisis post hoc, que pueden carecer de potencia estadística y ser propensos a sesgo de selección.

Además, los tamaños muestrales variaron sustancialmente, desde pequeños estudios piloto con un número muy limitado de participantes con TB (Weinberger et al., 2008) hasta grandes ensayos aleatorizados multicéntricos (Anthenelli et al., 2016; Evins et al., 2019). Esta heterogeneidad limita la comparabilidad de los tamaños del efecto y excluye la posibilidad de una síntesis cuantitativa directa.

Aunque la vareniclina demostró una eficacia superior en varios ensayos clínicos aleatorizados, no todos los es-

tudios informaron resultados consistentes. Por ejemplo, García-Portilla et al. (2016) no observaron diferencias significativas entre vareniclina y parche de nicotina en un ensayo clínico pragmático, y un análisis de subgrupo de TB realizado por Heffner et al. (2019) encontró que la TSN no superó al placebo. Estas discrepancias pueden reflejar diferencias en el diseño del estudio, la composición diagnóstica, la dependencia basal de nicotina, la duración del seguimiento y la intensidad de las intervenciones conductuales concomitantes (Evins et al., 2014; Gilbody et al., 2015).

Varios estudios sugieren que los tratamientos farmacológicos son más eficaces cuando se integran en intervenciones psicosociales estructuradas, como la TCC, la entrevista motivacional o programas personalizados de cesación tabáquica (Evins et al., 2014; Gilbody et al., 2019). Esto resalta la importancia de comprender los efectos de la medicación dentro de un contexto terapéutico más amplio, particularmente en pacientes con TB, quienes a menudo presentan necesidades clínicas complejas.

En los distintos estudios, los tratamientos farmacológicos para la cesación tabáquica fueron generalmente bien tolerados en pacientes con TB, sin un aumento significativo de eventos adversos neuropsiquiátricos graves en comparación con placebo (Anthenelli et al., 2016; Evins et al., 2019). Los efectos adversos informados fueron consistentes con los perfiles de seguridad conocidos, incluyendo náuseas con vareniclina, insomnio con bupropión y trastornos del sueño o reacciones cutáneas con TSN (García-Portilla et al., 2016; Heffner et al., 2019). No obstante, deben considerarse cuidadosamente en la práctica clínica las posibles interacciones farmacológicas y la vulnerabilidad individual, como el riesgo de convulsiones con bupropión (Pesola et al., 2002).

Los pacientes con TB presentan tasas de tabaquismo sustancialmente más elevadas y una mayor exposición acumulativa al tabaco, lo que probablemente contribuye al aumento de la prevalencia de enfermedad respiratoria, incluida la EPOC, observada en esta población (Callaghan et al., 2014; Jaén-Moreno et al., 2023; Laguna-Muñoz et al., 2025). Mecanismos neurobiológicos compartidos —particularmente alteraciones en las vías dopaminérgicas de recompensa y en el control de impulsos— pueden subyacer tanto a la dependencia a la nicotina como a la desregulación del estado de ánimo, y merecen una investigación adicional (Heffner et al., 2011; Qiu et al., 2024).

La presente revisión presenta limitaciones, incluyendo la ausencia de una síntesis cuantitativa formal y de una evaluación estandarizada del riesgo de sesgo. Además, la mayoría de los estudios se centraron en pacientes clínicamente estables o eutímicos, lo que limita la generalización a episodios afectivos agudos. La investigación futura debería priorizar ensayos clínicos aleatorizados diseñados específicamente para el TB, con estratificación por fase del estado de ánimo, seguimiento más prolongado y evaluación sistemática de eventos adversos.

En conjunto, la evidencia disponible respalda el uso de tratamientos farmacológicos para la cesación tabáquica en pacientes con TB, particularmente la vareniclina, cuando se administran como parte de programas integrales y estructurados de abandono del tabaco. Sin embargo, la heterogeneidad y la naturaleza indirecta de la evidencia actual subrayan la necesidad de estudios específicos en TB para informar mejor la toma de decisiones clínicas.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer sinceramente la colaboración de los miembros del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Granada.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que la investigación se llevó a cabo en ausencia de cualquier relación comercial o financiera que pudiera interpretarse como un potencial conflicto de interés.

Referencias

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Anthenelli, R. M., Benowitz, N. L., West, R., St Aubin, L., y McRae, T., Lawrence, D., Ascher J, Russ C, Krishen A. & Evins, A. E. (2016). Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): A double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet (London, England)*, *387*, 2507–2520. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30272-0

Anthenelli, R. M., McKenna, B. S., Giannini, J., Attaluri, S. V., Rubin, M., O'Crowley, E., Miller, S. & Heffner, J. L. (2023). Combining varenicline preloading with Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in persons with serious mental illness who smoke: The randomized ACTSLow pilot feasibility trial. *Drug and Alcohol Dependence*, *253*, 111012. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.111012

Brunette, M. F., Pratt, S. I., Bartels, S. J., Scherer, E. A., Sigmon, S. C., Ferron, J. C., Santos, M., Williams, G.E., Kosydar, S., Wolfe, R.S., Lotz, D. & Capuchino, K. (2018). Randomized Trial of Interventions for Smoking Cessation Among Medicaid Beneficiaries With Mental Illness. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *69*, 274–280. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700245

Callaghan, R. C., Veldhuizen, S., Jeysingh, T., Orlan, C., Graham, C., Kakouris, G., Remington, G. & Gatley, J. (2014). Patterns of tobacco-related mortality among individuals diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or depression. *Journal of Psychiatric Research*, *48*, 102–110. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.09.014

Chengappa, K. N. R., Perkins, K. A., Brar, J. S., Schlicht, P. J., Turkin, S. R., Hetrick, M. L., Levine, M. D. & George, T. P. (2014). Varenicline for smoking cessation in bipolar disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *75*, 765–772. https://doi.org/10.4088/JCP.13m08756

Daumit, G. L., Evins, A. E., Cather, C., Dalcin, A. T., Dickerson, F. B., Miller, E. R. 3rd, Appel, L.J., Jerome, G.J., McCann, U., Ford, D.E., Charleston, J.B., Young, D.R., Gennusa, J.V. 3rd., Goldsholl, S., Cook, C., Fink, T. & Wang, N. Y. (2023). Effect of a Tobacco Cessation Intervention Incorporating Weight Management for Adults With Serious Mental Illness: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, *80*, 895–904. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.1691

Diaz, F. J., James, D., Botts, S., Maw, L., Susce, M. T. & de Leon, J. (2009). Tobacco smoking behaviors in bipolar disorder: A comparison of the general population, schizophrenia, and major depression. *Bipolar Disorders*, *11*, 154–165. https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00664.x

Evins, A. E., Benowitz, N. L., West, R., Russ, C., McRae, T., Lawrence, D., Krishen, A., St Aubin, L., Maravic, M. C. & Anthenelli, R. M. (2019). Neuropsychiatric Safety and Efficacy of Varenicline, Bupropion, and Nicotine Patch in Smokers With Psychotic, Anxiety, and Mood Disorders in the EAGLES Trial. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *39*, 108–116. https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000001015

Evins, A. E., Cather, C., Pratt, S. A., Pachas, G. N., Hoeppner, S. S., Goff, D. C., Achtyes, E. D., Ayer, D. & Schoenfeld, D. A. (2014). Maintenance treatment with varenicline for smoking cessation in patients with schizophrenia and bipolar disorder: A randomized clinical trial. *JAMA*, *311*, 145–154. https://doi.org/10.1001/jama.2013.285113

Forrest, P. E., Brinson, A. J., Gannon, J. M., George, T. P., Perkins, K. A. & Chengappa, K. N. R. (2015). An association between the use of hypnotics and quit status in the treatment of nicotine dependence with varenicline in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *35*(2), 199–200. https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000272

Fouz Rosón, N., Panadero-Paz, C., Almadana-Pacheco, V., Benito-Bernáldez, C., Rodríguez-Martín, P. J. & Montemayor-Rubio, T. (2017). Influence of psychiatric disorders in patients treated with Varenicline. *European Respiratory Journal*, *50*(suppl 61), PA4478. https://doi.org/10.1183/1393003.congress-2017.PA4478

García-Jiménez, J., Gómez-Sierra, F. J., Martínez-Hortelano, A., Moreno-Merino, P., Girela-Serrano, B., Molero, P. & Gutiérrez-Rojas, L. (2023). Cigarette smoking and risk of suicide in bipolar disorder: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, *14*, 1179733. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1179733

Garcia-Portilla, M. P., Garcia-Alvarez, L., Sarramea, F., Galvan, G., Diaz-Mesa, E., Bobes-Bascaran, T., Al-Halabi, S., Elizagarate, E., Iglesias, C., Saiz Martínez, P. A. & Bobes, J. (2016). It is feasible and effective to help patients with severe mental disorders to quit smoking: An ecological pragmatic clinical trial with transdermal nicotine patches and varenicline. *Schizophrenia Research*, *176*, 272–280. https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.05.011

Gilbody, S., Peckham, E., Bailey, D., Arundel, C., Heron, P., Crosland, S., Fairhurst, C., Hewitt, C., Li, J., Parrott, S., Bradshaw, T., Horspool, M., Hughes, E., Hughes, T., Ker, S., Leahy, M., McCloud, T., Osborn, D., Reilly, J., Steare, T., Ballantyne, E., Bidwell, P., Bonner, S., Brennan, D., Callen, T., Carey, A., Colbeck, C., Coton, D., Donaldson, E., Evans, K., Herlihy, H., Khan, W., Nyathi, L., Nyamadzawo, E., Oldknow, H., Phiri, P., Rathod, S., Rea, J., Romain-Hooper, C. B., Smith, K., Stribling, A. & Vickers, C. (2019). Smoking cessation for people with severe mental illness (SCIMITAR+): A pragmatic randomised controlled trial. *The Lancet. Psychiatry*, *6*, 379–390. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30047-1

Gilbody, S., Peckham, E., Man, M. S., Mitchell, N., Li, J., Becque, T., Hewitt, C., Knowles, S., Bradshaw, T., Planner, C., Parrott, S., Michie, S. & Shepherd, C. (2015). Bespoke smoking cessation for people with severe mental ill health (SCIMITAR): A pilot randomised controlled trial. *The Lancet. Psychiatry*, *2*, 395–402. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00091-7

Heffner, J. L., Evins, A. E., Russ, C., Lawrence, D., Ayers, C. R., McRae, T., Aubin, L. S., Krishen, A., West, R. & Anthenelli, R. M. (2019). Safety and efficacy of first-line smoking cessation pharmacotherapies in bipolar disorders: Subgroup analysis of a randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, *256*, 267–277. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.008

Heffner, J. L., Strawn, J. R., DelBello, M. P., Strakowski, S. M. & Anthenelli, R. M. (2011). The co-occurrence of cigarette smoking and bipolar disorder: Phenomenology and treatment considerations. *Bipolar Disorders*, *13*, 439–453. https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2011.00943.x

Hickman, N. J., Delucchi, K. L. & Prochaska, J. J. (2015). Treating Tobacco Dependence at the Intersection of Diversity, Poverty, and Mental Illness: A Randomized

Feasibility and Replication Trial. *Nicotine & Tobacco Research, 17*, 1012–1021. https://doi.org/10.1093/ntr/ntv034

Jaén-Moreno, M. J., Rico-Villademoros, F., Ruiz-Rull, C., Laguna-Muñoz, D., Del Pozo, G. I. & Sarramea, F. (2023). A Systematic Review on the Association between Schizophrenia and Bipolar Disorder with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *COPD*, *20*, 31–43. https://doi.org/10.1080/15412555.2022.2154646

Laguna-Muñoz, D., Jiménez-Peinado, A., Jaén-Moreno, M. J., Camacho-Rodríguez, C., Del Pozo, G. I., Vieta, E., Caballero-Villarraso, J., Khan, M. I., Rico-Villademoros, F. & Sarramea, F. (2025). Respiratory disease in people with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. Molecular Psychiatry, *30*, 777–785. https://doi.org/10.1038/s41380-024-02793-1

Leverich, G. S., Altshuler, L. L., Frye, M. A., Suppes, T., Keck, P. E., McElroy, S. L., Denicoff, K.D., Obrocea, G., Nolen, W. A., Kupka, R., Walden, J., Grunze, H., Perez, S., Luckenbaugh, D. A. & Post, R. M. (2003). Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *64*, 506–515. https://doi.org/10.4088/jcp.v64n0503

Martínez-Ortega, J. M., Goldstein, B. I., Gutiérrez-Rojas, L., Sala, R., Wang, S. & Blanco, C. (2013). Temporal sequencing of nicotine dependence and bipolar disorder in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Journal of Psychiatric Research*, *47*, 858–864. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.03.012

McClave, A. K., McKnight-Eily, L. R., Davis, S. P. & Dube, S. R. (2010). Smoking characteristics of adults with selected lifetime mental illnesses: Results from the 2007 National Health Interview Study. *American Journal of Public Health*, *100*, 2464–2472. https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.188136

Merikangas, K. R., Jin, R., He, J.-P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., Viana, M. C., Andrade, L. H., Hu, C., Karam, E. G., Ladea, M., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, J. E. & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Archives of General Psychiatry*, *68*, 241–251. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.12

Pesola, G. R. & Avasarala, J. (2002). Bupropion seizure proportion among new-onset generalized seizures and drug related seizures presenting to an emergency department. *The Journal of emergency medicine*, *22*(3), 235–239. https://doi.org/10.1016/s0736-4679(01)00474-7

Prochaska, J. J., Hall, S. E., Delucchi, K. & Hall, S. M. (2014). Efficacy of Initiating Tobacco Dependence Treatment in Inpatient Psychiatry: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Public Health*, *104*, 1557–1565. https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301403

Qiu, L., Liang, C., Kochunov, P., Hutchison, K. E., Sui, J., Jiang, R., Zhi D, Vergara, V. M., Yang, X., Zhang, D., Fu, Z., Bustillo, J. R., Qi, S. & Calhoun, V. D. (2024). Associations of alcohol and tobacco use with psychotic, depressive and developmental disorders revealed via multimodal neuroimaging. *Translational Psychiatry*, *14*, 326. https://doi.org/10.1038/s41398-024-03035-2

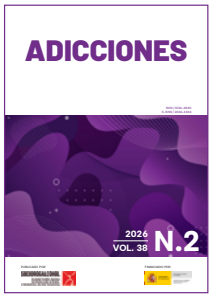
Su, V. Y., Hu, L. Y., Yeh, C. M., Chiang, H. L., Shen, C. C., Chou, K. T., Chen, T. J., Lu, T., Tzeng, C. H. & Liu, C. J. (2017). Chronic obstructive pulmonary disease associated with increased risk of bipolar disorder. *Chronic Respiratory Disease*, *14*, 151–160. https://doi.org/10.1177/1479972316680846

Sylvia, L. G., Shelton, R. C., Kemp, D. E., Bernstein, E. E., Friedman, E. S., Brody, B. D., McElroy, S. L., Singh, V., Tohen, M., Bowden, C. L., Ketter, T. A., Deckersbach, T., Thase, M. E., Reilly-Harrington, N. A., Nierenberg, A. A., Rabideau, D. J., Kinrys, G., Kocsis, J. H., Bobo, W. V., Kamali, M., McInnis, M. G. & Calabrese, J. R. (2015). Medical burden in bipolar disorder: Findings from the Clinical and Health Outcomes Initiative in Comparative Effectiveness for Bipolar Disorder study (Bipolar CHOICE). *Bipolar Disorders*, *17*, 212–223. https://doi.org/10.1111/bdi.12243

Weinberger, A. H., Vessicchio, J. C., Sacco, K. A., Creeden, C. L., Chengappa, K. N. R. & George, T. P. (2008). A preliminary study of sustained-release bupropion for smoking cessation in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *28*, 584–587. https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e318184ba3c

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

ADICCIONES
2026 ■ VOL. 38 ■ N. 2 ■ PÁGS. 115–128
www.adicciones.es



ORIGINAL

Una medida multidimensional de la adicción a las redes sociales: Propiedades psicométricas de las puntuaciones del AdiTec-I en adolescentes y adultos jóvenes hispanohablantes

A multidimensional measure of social networking addiction: Psychometric properties of AdiTec-I scores in Spanish-speaking adolescents and young adults

Amparo Luján-Barrera*; Lydia Cervera-Ortiz*; Mariano Chóliz*.

* Equipo de Investigación en Juego y Adicciones Tecnológicas, Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Básica, Universitat de València (UV), Valencia, España.

Resumen

La adicción a las redes sociales (SNA) no está reconocida formalmente como trastorno, aunque suele estudiarse desde una perspectiva adictiva. La mayoría de los instrumentos disponibles ofrecen puntuaciones unidimensionales, lo que puede limitar la caracterización de la heterogeneidad sintomática. El AdiTec-I se desarrolló como un instrumento multidimensional adaptado de criterios DSM-IV-TR para evaluar la SNA. Este estudio examinó evidencias de validez basadas en la estructura interna de sus puntuaciones, estimaciones de fiabilidad, evidencias de validez convergente y discriminante, e invarianza según género y contexto cultural en adolescentes y adultos jóvenes hispanohablantes.

La muestra final incluyó 3.817 participantes de 14 a 22 años (M = 15,94; DT = 1,44) de centros educativos de España y América Latina. Un análisis factorial confirmatorio competitivo mostró que el modelo jerárquico de segundo orden, compuesto por Abuso, Abstinencia, Falta de Control y Escape, presentó ajuste adecuado y fue retenido frente a los modelos alternativos (CFI = ,935, RMSEA = ,066, SRMR = ,046). Las estimaciones de fiabilidad fueron adecuadas y las evidencias convergente y discriminante apoyaron la interpretación de las puntuaciones. La invarianza métrica apoyó una interpretación comparable según género y contexto cultural, mientras que la escalar solo se sostuvo parcialmente.

Estos hallazgos apoyan el AdiTec-I como un instrumento multidimensional psicométricamente sólido para evaluar la SNA en adolescentes y adultos jóvenes hispanohablantes. Su estructura jerárquica permite evaluar gravedad global e interpretar perfiles sintomáticos en contextos preventivos y clínicos. Futuros estudios deberían reforzar el dominio Escape y examinar estabilidad temporal, criterios externos y utilidad aplicada de los puntos de corte interpretativos.

Palabras clave: adicción a las redes sociales, adolescentes, propiedades psicométricas, análisis factorial confirmatorio, invarianza de medida

Abstract

Social networking addiction (SNA) is not formally recognized as a disorder in current diagnostic systems, although research has mainly approached it from an addiction-based perspective. Most available instruments provide predominantly unidimensional scores, which may limit the characterization of symptom heterogeneity. The AdiTec-I was developed as a multidimensional instrument adapted from DSM-IV-TR substance abuse and dependence criteria to assess SNA. This study examined evidence of validity based on the internal structure of AdiTec-I scores, reliability estimates, convergent and discriminant evidence, and measurement invariance across gender and cultural background in Spanish-speaking adolescents and young adults.

The final sample comprised 3,817 participants aged 14–22 years (M = 15.94, SD = 1.44) from educational institutions in Spain and Latin America. A competitive confirmatory factor analysis showed that the hierarchical second-order model, comprising Abuse, Abstinence, Lack of Control, and Escape, provided adequate fit and was retained over the alternative models (CFI = .935, RMSEA = .066, SRMR = .046). Reliability estimates were adequate across all domains, and convergent and discriminant evidence supported score interpretation. Metric invariance supported comparable interpretation of the latent structure across gender and cultural background, whereas scalar invariance was only partially supported.

These findings support the AdiTec-I as a psychometrically sound multidimensional instrument for assessing SNA in Spanish-speaking adolescents and young adults. Its hierarchical structure supports both overall severity assessment and profile-based interpretation of domain scores, with potential usefulness in preventive and clinical settings. Future research should strengthen the Escape domain, extend cross-group evidence, and examine temporal stability, external criteria, and the practical utility of interpretive thresholds.

Keywords: social networking addiction, adolescents, psychometric properties, confirmatory factor analysis, measurement invariance

■ *Recibido: Junio 2025; Aceptado: Abril 2026.*

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ **Enviar correpondencia a***:*
Amparo Luján-Barrera. Universitat de València, Facultad de Psicología. Av. de Blasco Ibáñez, 21, 46010 Valencia, España. Tel.: +34 689 28 68 00.
Email: amparo.l.lujan@uv.es

Las redes sociales (RS) están profundamente integradas en la vida social contemporánea. A comienzos de 2024, se registraron más de cinco mil millones de usuarios activos de redes sociales en todo el mundo (Kemp, 2024). En este contexto, la implicación excesiva en las RS se ha asociado con síntomas similares a los del deterioro funcional propio de los procesos adictivos (Kuss & Griffiths, 2011; Tsilosani et al., 2023). La adicción a redes sociales (ARS) se ha conceptualizado como una preocupación excesiva por las RS, impulsos persistentes de utilizar las RS y una implicación continuada pese a la interferencia con el funcionamiento social, académico, ocupacional o psicológico (Andreassen & Pallesen, 2014). Los adolescentes y los adultos jóvenes constituyen una población particularmente relevante, especialmente las chicas y las mujeres jóvenes, dado su uso intensivo de las RS y la asociación entre el uso desadaptativo de las RS y peores indicadores de salud mental (Montag et al., 2024; Shannon et al., 2022; Su et al., 2020).

En la actualidad, la ARS no está reconocida formalmente como trastorno ni en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5.ª ed., texto revisado; DSM-5-TR; American Psychiatric Association [APA], 2022) ni en la Clasificación Internacional de Enfermedades (11.ª ed.; CIE-11; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). Las investigaciones iniciales solían enmarcar los problemas relacionados con las RS dentro del concepto "paraguas" de la "adicción a Internet", un constructo que ha sido criticado por ser conceptualmente inadecuado, ya que agrupa conductas en línea diferenciadas bajo una etiqueta excesivamente amplia (Starcevic & Aboujaoude, 2017). Trabajos más recientes sugieren que las conductas en línea desadaptativas se comprenden mejor como condiciones relacionadas, pero diferenciadas, en lugar de como manifestaciones de un único trastorno indiferenciado (Baggio et al., 2024; Billieux et al., 2015).

También se han propuesto formulaciones más amplias, como "uso problemático de las RS", como alternativas a las conceptualizaciones basadas en la adicción (Casale, 2020). Sin embargo, cuando sus límites respecto a los constructos basados en la adicción no se definen claramente, dichas formulaciones contribuyen a la heterogeneidad conceptual (Das & Chaudhary, 2026; Varona et al., 2022). A pesar de estos debates, los enfoques basados en la adicción siguen siendo muy influyentes en la investigación sobre el uso excesivo de las RS. Dentro de este marco —denominado enfoque confirmatorio—, los criterios y mecanismos desarrollados originalmente para las adicciones relacionadas con sustancias y conductuales se han adaptado a conductas en línea específicas (Billieux et al., 2015). Esta perspectiva ha orientado gran parte de la literatura sobre ARS, especialmente los trabajos basados en el modelo de componentes de la adicción de Griffiths (2005), desarrollado por analogía con los criterios de dependencia de sustancias del DSM-IV.

Estos debates conceptuales tienen implicaciones directas para la evaluación. En ausencia de criterios diagnósticos formales para la ARS, la mayoría de los instrumentos han adaptado modelos basados en la adicción. Dos de las medidas más ampliamente utilizadas son la Bergen Social Media Addiction Scale (BSMAS; Andreassen et al., 2016), basada en el modelo de componentes de la adicción (Griffiths, 2005), y la Social Media Disorder Scale (SMD Scale; van den Eijnden et al., 2016), derivada de los criterios de trastorno por juego en Internet del DSM-5 (APA, 2013). Ambas proporcionan principalmente una puntuación global única de gravedad y han mostrado un rendimiento psicométrico sólido en diferentes contextos. Por ejemplo, la SMD Scale ha mostrado validez transnacional en adolescentes de 44 países, mientras que la BSMAS ha mostrado evidencias de validez en múltiples contextos nacionales, junto con evidencias de invariancia transcultural y por género (Boer et al., 2022; Brailovskaia & Margraf, 2024; Leung et al., 2020; Yue et al., 2022).

Sin embargo, trabajos recientes también han destacado limitaciones de los enfoques predominantemente unidimensionales. En particular, las escalas derivadas de modelos clásicos de componentes de la adicción pueden difuminar síntomas potencialmente centrales y periféricos cuando se aplican a la ARS, lo que a su vez puede incrementar el riesgo de patologizar en exceso una implicación elevada pero no disfuncional (Cataldo et al., 2022; Fournier et al., 2023). Esta preocupación es especialmente relevante cuando el objetivo no es solo cribar la gravedad, sino también caracterizar la organización interna del constructo. Por tanto, un enfoque multidimensional puede ser más adecuado para diferenciar dominios sintomáticos y captar la heterogeneidad en la expresión de la ARS (Billieux et al., 2015; Griffiths, 2005).

La evidencia procedente de contextos hispanohablantes es coherente con esta perspectiva multidimensional. Por ejemplo, en España, la Social Network Addiction Scale (SNAddS-6S) respaldó una estructura multidimensional basada en componentes de la adicción y organizada bajo una solución de orden superior (Cuadrado et al., 2020). Asimismo, la escala Adicción a Redes Sociales (ARS), desarrollada originalmente en Perú, también fue concebida como un instrumento multidimensional (Escurra-Mayaute & Salas-Blas, 2014), y la evidencia posterior en adolescentes mexicanos respaldó una reespecificación multidimensional de la ARS junto con invariancia de medición según el género (González-Alcántara et al., 2021). En conjunto, estos hallazgos sugieren que la adicción a redes sociales puede estar mejor representada por dominios sintomáticos diferenciados que por una única puntuación indiferenciada, lo que respalda el valor potencial de la evaluación multidimensional (Billieux et al., 2015; Cataldo et al., 2022). Al mismo tiempo, dado que la evidencia disponible en contextos hispanohablantes procede en gran medida de estudios de un solo país, la comparabilidad entre poblaciones

hispanohablantes no debe asumirse a priori, y sigue siendo necesaria una evaluación psicométrica adicional de instrumentos multidimensionales de ARS en estas poblaciones (p. ej., Machimbarrena et al., 2023).

En este contexto, el AdiTec-I se desarrolló para evaluar la ARS en adolescentes y adultos jóvenes hispanohablantes (Chóliz et al., 2016). Derivado del Test de Dependencia a Internet (TDI), el instrumento adapta los criterios de abuso y dependencia de sustancias del DSM-IV-TR al uso de las RS (APA, 2000; Chóliz & Marco, 2012). Aunque el DSM-5 reorganizó los diagnósticos relacionados con sustancias mediante la fusión de abuso y dependencia en un único trastorno y la introducción del *craving*, se mantiene una continuidad sustancial en el constructo subyacente relacionado con la adicción (APA, 2013, 2022). Por tanto, conservar el marco derivado del DSM-IV-TR preserva dominios centrales de la adicción, como el control deteriorado, los síntomas similares a la abstinencia y la interferencia funcional, que siguen estando teóricamente alineados con los modelos contemporáneos de adicción.

El AdiTec-I presenta una estructura jerárquica que comprende cuatro factores de primer orden (Abuso, Abstinencia, Falta de Control y Escape) bajo un factor de ARS de segundo orden, y proporciona tanto una puntuación total como puntuaciones específicas por dominio. De este modo, responde a dos necesidades destacadas en el campo: ir más allá de los índices puramente globales de gravedad y evaluar un modelo multidimensional en poblaciones hispanohablantes. También permite una interpretación basada en perfiles en contextos preventivos y clínicos. El instrumento original incluye además umbrales interpretativos específicos por género destinados a distinguir patrones normativos, de riesgo y potencialmente adictivos (Chóliz et al., 2016).

El objetivo del presente estudio fue aportar evidencia adicional que respalde la interpretación de las puntuaciones del AdiTec-I en una amplia muestra de adolescentes y adultos jóvenes hispanohablantes. Específicamente, se examinó la evidencia de validez basada en la estructura interna mediante un análisis factorial confirmatorio (AFC) competitivo, comparando el modelo jerárquico de segundo orden hipotetizado con estructuras alternativas, incluyendo un modelo unidimensional y un modelo de cuatro factores correlacionados de primer orden. También se evaluaron la fiabilidad de las puntuaciones y la evidencia de validez convergente y discriminante basada en la estructura interna. Finalmente, se analizó la invariancia de medición según el género y el contexto cultural (España frente a América Latina). Se planteó la hipótesis de que (1) el modelo jerárquico de segundo orden mostraría un ajuste adecuado y superaría a los modelos alternativos; (2) las puntuaciones del AdiTec-I demostrarían una fiabilidad satisfactoria y evidencias de validez convergente y discriminante; y (3) el modelo mostraría al menos invariancia métrica e, idealmente, invariancia escalar parcial según el género y el contexto cultural.

Método

Participantes y procedimiento

La muestra inicial comprendió 4.013 participantes reclutados en instituciones educativas de España y varios países de América Latina entre 2017 y 2021. Este estudio utilizó una estrategia de muestreo no probabilístico y un diseño transversal. Los estudiantes completaron el AdiTec-I de forma individual, en casos de sospecha de uso problemático o adictivo, o de forma colectiva como parte del programa de prevención universal AdiTec. Los cuestionarios fueron administrados por personal escolar autorizado (docentes o psicólogos educativos) de acuerdo con los procedimientos especificados en el manual de usuario del AdiTec (Chóliz et al., 2016). Posteriormente, las respuestas se introdujeron en la plataforma en línea de TEA Ediciones. El presente estudio se basó en la base de datos anonimizada generada durante este periodo.

Los análisis se restringieron a adolescentes y adultos jóvenes de entre 14 y 22 años, la población diana principal del instrumento (Chóliz, 2010; Chóliz et al., 2016). Los criterios de inclusión fueron: (a) haber completado el cuestionario AdiTec-I y (b) tener una edad comprendida en el intervalo de 14–22 años. Los datos de género y país de origen se utilizaron para los análisis de subgrupos cuando estaban disponibles. Se excluyeron los participantes fuera de este intervalo de edad o con datos incompletos del cuestionario.

Tras aplicar los criterios de elegibilidad, la muestra final comprendió 3.817 participantes. Los datos de género estuvieron disponibles para 3.803 participantes (99,6% de la muestra total), incluidos 2.216 hombres (58,3%) y 1.585 mujeres (41,7%). La edad media fue de 15,94 años (DE = 1,44). Los datos del país de origen estuvieron disponibles para 2.391 participantes (62,6% de la muestra total). De estos, 1.325 (55,4%) procedían de España y 1.066 (44,6%) de países de América Latina, incluidos Guatemala, Panamá, Colombia, Ecuador, Paraguay, Bolivia, Costa Rica, República Dominicana, Honduras, México y El Salvador.

Todos los procedimientos cumplieron con la Declaración de Helsinki y la legislación española sobre investigación biomédica, bioética y protección de datos. El protocolo fue aprobado por la Comisión de Ética de la Universitat de València (número de procedimiento: H1482079199937).

Instrumentos

El AdiTec-I es un cuestionario autoadministrado que requiere aproximadamente entre 10 y 15 minutos para completarse. Comprende 23 ítems valorados en una escala ordinal de 5 puntos según el grado de acuerdo (ítems 1–11) o la frecuencia de uso (ítems 12–23): 0 = *totalmente en desacuerdo/nunca*, 1 = *en desacuerdo/rara vez*, 2 = *neutral/a veces*, 3 = *de acuerdo/a menudo*, y 4 = *totalmente de acuerdo/muy a menudo*. Aunque algunos ítems conservan una redacción relacionada con Internet heredada del instrumento original, el cuestionario fue diseñado para evaluar la ARS, tal como

se especifica en sus instrucciones (Chóliz et al., 2016). También recoge datos sociodemográficos, incluidos el género, la edad, la institución educativa y el país de origen.

La estructura interna del AdiTec-I comprende cuatro factores interrelacionados asociados con la ARS: Abuso (7 ítems; "uso excesivo de las RS que afecta a la capacidad para participar en actividades saludables y rutinarias"), Abstinencia (7 ítems; "malestar emocional o irritabilidad cuando no es posible conectarse a las RS"), Falta de Control (7 ítems; "incapacidad para dejar de utilizar las RS pese a las consecuencias psicosociales negativas") y Escape (2 ítems; "uso de las RS para evitar la disforia") (Chóliz et al., 2016).

Estos cuatro factores de primer orden proporcionan cuatro puntuaciones de dominio que permiten una interpretación basada en perfiles y, cuando se combinan, forman una puntuación total para la clasificación interpretativa. A lo largo del manuscrito, estas puntuaciones se denominan puntuaciones de dominio. El manual del instrumento propone umbrales interpretativos basados en percentiles destinados a distinguir patrones de riesgo y potencialmente adictivos; sin embargo, la evaluación empírica de estos umbrales quedó fuera del alcance del presente estudio.

Estudios previos notificaron estimaciones adecuadas de consistencia interna para las puntuaciones del AdiTec-I (Chóliz et al., 2016). Los coeficientes alfa de Cronbach (α) fueron ,93 para la puntuación total y ,86, ,83, ,81 y ,79 para Abuso, Abstinencia, Falta de Control y Escape, respectivamente.

Análisis estadísticos

Todos los análisis estadísticos se realizaron utilizando RStudio y SPSS Statistics 28. Los datos sociodemográficos perdidos se examinaron antes de los análisis específicos por grupo. Hubo valores perdidos en el 0,4% de los casos (n = 14) para el género y en el 37,4% (n = 1.426) para el país de origen. El contexto cultural se operacionalizó como una variable de agrupación dicotómica basada en el país de origen (España frente a América Latina). Para los análisis que incluían el género o el contexto cultural, los casos con valores perdidos en la variable de agrupación relevante se excluyeron mediante eliminación por lista. En consecuencia, los análisis basados en el género se realizaron con 3.803 participantes, mientras que las comparaciones culturales se realizaron con los participantes con datos disponibles sobre el país de origen (n = 2.391). Los datos perdidos para el país de origen fueron relativamente elevados porque esta variable no se registró de forma sistemática durante todas las administraciones del programa en los centros educativos participantes. No se detectaron valores extremos que requirieran exclusión en las variables analizadas.

Para examinar la estructura interna del AdiTec-I (Hipótesis 1), se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) dentro de un marco de modelización de ecuaciones estructurales (MEE). Se utilizó un AFC competitivo para comparar el modelo jerárquico de segundo orden hipotetizado de ARS con un modelo de cuatro factores de primer orden y una alternativa unidimensional. También se consideraron especificaciones bifactoriales alternativas; sin embargo, todas las soluciones mostraron limitaciones empíricas y conceptuales, incluidos casos de Heywood, cargas inestables o negativas, varianzas residuales bajas y restricciones de ortogonalidad incompatibles con las subdimensiones interdependientes del constructo, y por tanto no se conservaron (Bonifay et al., 2017; Reise et al., 2010; Rodriguez et al., 2016). Se utilizó estimación robusta de mínimos cuadrados ponderados diagonalmente (DWLS), dada la naturaleza ordinal de los ítems y el gran tamaño muestral (N > 2.000) (Mîndrilă, 2010). El ajuste del modelo se evaluó utilizando el estadístico χ^2, el índice de ajuste comparativo (CFI; aceptable ≥ ,90, excelente ≥ ,95), la raíz del error cuadrático medio de aproximación (RMSEA; bueno < ,06, aceptable < ,08) y el residuo cuadrático medio estandarizado (SRMR; aceptable < ,08) (van de Schoot et al., 2012).

Se examinó evidencia adicional relativa a la fiabilidad de las puntuaciones y a la validez convergente y discriminante basada en la estructura interna (Hipótesis 2). La validez convergente se evaluó mediante cargas factoriales estandarizadas (λ ≥ ,40), varianza explicada (R^2) y varianza media extraída (AVE ≥ ,50) (Hair et al., 2019). Siguiendo el criterio de Fornell y Larcker (1981), los valores de AVE inferiores a ,50 se consideraron aceptables cuando la fiabilidad compuesta (CR) superaba ,70. La validez discriminante se evaluó mediante las correlaciones entre las puntuaciones de dominio. La consistencia interna se estimó utilizando α de Cronbach, ω de McDonald y CR, con valores superiores a ,80 indicativos de una fiabilidad satisfactoria de las puntuaciones (Hayes & Coutts, 2020). También se calcularon las correlaciones ítem-total corregidas (CTIC) y el α si se eliminaba el ítem.

Se examinó la invariancia de medición según el género y el contexto cultural para comprobar la Hipótesis 3. Se realizó un AFC multigrupo para evaluar la invariancia configural, métrica y escalar (Byrne, 2013). Cuando no se respaldó la invariancia completa, se evaluó la invariancia parcial liberando los parámetros de los ítems no invariantes (Hirschfeld & Von Brachel, 2014). La invariancia escalar parcial se considera suficiente para realizar comparaciones significativas entre grupos (Putnick & Bornstein, 2016). La invariancia se consideró respaldada cuando ΔCFI ≤ ,01, ΔRMSEA < ,015 y ΔSRMR < ,03 para los modelos métricos y < ,01 para los modelos escalares. Finalmente, se realizaron pruebas t para comparar las puntuaciones de dominio entre los grupos según el género y el contexto cultural, y los tamaños del efecto se estimaron utilizando la g de Hedges (trivial: ,00–,19; pequeño: ,20–,49; medio: ,50–,79; grande: ≥ ,80) (Cohen, 1992).

Tabla 1
Estadísticos descriptivos de los ítems y dominios del AdiTec-I

	Media	*DT*	*sk*	*ks*
Abuso	15,74	7,00	-0,20	-0,75
Ítem 9. *Creo que utilizo Internet demasiado.*	2,86	1,49	0,12	-1,40
Ítem 12. *Lo primero que hago los fines de semana cuando me levanto es conectarme a Internet.*	3,18	1,36	-0,18	-1,16
Ítem 13. *He llegado a estar conectado o conectada a Internet más de tres horas seguidas.*	2,54	1,37	0,44	-1,04
Ítem 15. *Cuando me aburro, me conecto a Internet.*	2,29	1,37	0,68	-0,85
Ítem 16. *Me he ido a dormir más tarde o he dormido menos horas por conectarme a Internet.*	3,29	1,41	-0,30	-1,20
Ítem 17. *Accedo varias veces al día a Internet para ver si tengo mensajes o algún correo de mis amigos.*	2,34	1,25	0,56	-0,71
Ítem 20. *Lo primero que hago cuando llego a casa después del colegio o del trabajo es conectarme a Internet.*	2,56	1,37	0,38	-1,12
Abstinencia	11,57	6,19	0,27	-0,49
Ítem 1. *Si no me funciona Internet en casa, intento conectarme en otro lugar.*	2,06	1,25	0,94	-0,25
Ítem 2. *Me afecta mucho cuando quiero conectarme a Internet y no funciona la red.*	3,19	1,34	-0,19	-1,11
Ítem 3. *Cada vez que me acuerdo de Internet, tengo la necesidad de conectarme.*	2,45	1,35	0,50	-0,97
Ítem 4. *Si estoy un tiempo sin Internet, me encuentro vacío y no sé qué hacer.*	2,51	1,46	0,45	-1,21
Ítem 5. *Me irrita cuando no funciona bien Internet por culpa del ordenador o de la red.*	3,12	1,42	-0,09	-1,27
Ítem 6. *Ya no es suficiente para mí conectarme la misma cantidad de tiempo que antes.*	3,22	1,48	-0,12	-1,39
Ítem 8. *Estoy obsesionado por descargar ficheros, buscar enlaces, participar en chats o subir fotos o vídeos.*	2,32	1,31	0,68	-0,67
Falta de Control	9,09	5,96	0,59	-0,13
Ítem 7. *Dedico menos tiempo a hacer otras actividades porque Internet me ocupa bastante tiempo.*	3,66	1,23	-0,57	-0,65
Ítem 10. *Me resulta muy difícil dejar de navegar por Internet cuando tengo que hacerlo porque me llaman mis padres o mis amigos o tengo que ir a algún sitio.*	3,18	1,44	-0,14	-1,30
Ítem 14. *He discutido con mis padres, familiares o amigos porque dedico mucho tiempo a Internet.*	3,34	1,36	-0,29	-1,12
Ítem 18. *He llegado tarde (a clase, salir con mis amigos, etc.) por estar conectado o conectada a Internet.*	1,86	1,18	1,33	0,80
Ítem 19. *Cuando estoy conectado o conectada a Internet, pierdo la noción del tiempo.*	2,85	1,35	0,18	-1,11
Ítem 21. *He mentido a mi familia o a otras personas sobre el tiempo que he estado conectado o conectada.*	3,03	1,40	-0,01	-1,26
Ítem 22. *Incluso cuando estoy haciendo otras tareas (en clase, con mis amigos, estudiando, etc.), pienso en Internet (descargarme ficheros, visitar páginas, subir fotos o vídeos, etc.).*	2,02	1,23	1,03	0,16
Escape	3,27	2,56	0,37	-1,02
Ítem 11. *Cuando me encuentro mal, me refugio en Internet.*	2,03	1,19	1,01	0,07
Ítem 23. *Cuando tengo algún problema, me conecto a Internet para distraerme.*	2,75	1,40	0,27	-1,18
ARS	39,65	18,40	0,18	-0,40

Nota. DT, desviación típica; sk, asimmetría; ks, curtosis.

Resultados

Análisis descriptivo

Los estadísticos descriptivos indicaron una variabilidad adecuada en toda la escala de respuesta (Tabla 1). Entre los tres dominios de siete ítems, Abuso mostró la puntuación media más alta, seguido de Abstinencia y Falta de Control. Los valores de asimetría y curtosis a nivel de puntuación de dominio no indicaron problemas distribucionales graves. A nivel de ítem, las distribuciones mostraron una asimetría de leve a moderada en ambas direcciones, sin evidencia de desviaciones extremas que pudieran comprometer los análisis posteriores.

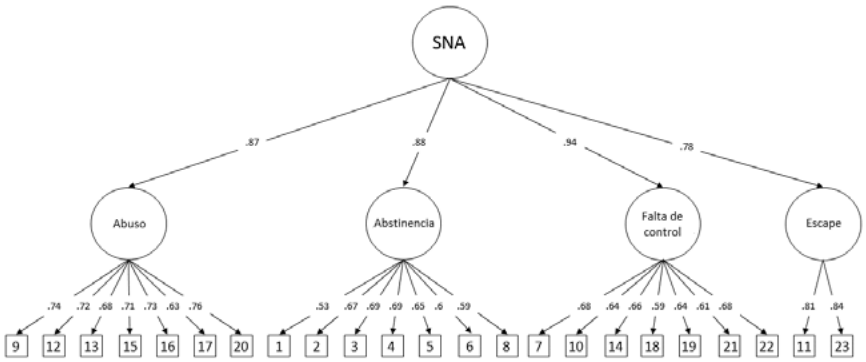
Análisis factorial confirmatorio competitivo

Se realizó un AFC competitivo para comparar el modelo jerárquico de segundo orden del AdiTec-I con modelos alternativos. El modelo unidimensional (Modelo 1) mostró un ajuste inadecuado, $\chi^2(230) = 7298{,}50$, $p < ,001$, CFI = ,878, RMSEA = ,090 [,088, ,092], SRMR = ,060. En cambio, el modelo jerárquico de segundo orden (Modelo 2) mostró un ajuste adecuado, $\chi^2(226) = 3976{,}67$, $p < ,001$, CFI = ,935, RMSEA = ,066 [,064, ,068], SRMR = ,046.

También se estimó y comparó un modelo de cuatro factores correlacionados de primer orden (Modelo 3). Este modelo mostró un ajuste igualmente adecuado, $\chi^2(224)$

Figura 1

Modelo jerárquico de segundo orden del AdiTec-I



Fuente: Elaborado por los autores.

Tabla 2

Índices a nivel de ítem para las puntuaciones del AdiTec-I

Dominio	Ítem	CTIC	α-ítem	λ_e	ε_e	R^2
Abuso	9	,433	,915	,741	,45	,494
	12	,548	,912	,724	,48	,458
	13	,565	,912	,684	,53	,407
	15	,549	,912	,714	,49	,431
	16	,517	,913	,730	,47	,470
	17	,479	,913	,630	,6	,347
	20	,569	,912	,755	,43	,506
Abstinencia	1	,453	,914	,529	,72	,245
	2	,628	,911	,672	,55	,389
	3	,530	,913	,694	,52	,415
	4	,550	,912	,685	,53	,391
	5	,589	,911	,649	,58	,346
	6	,557	,912	,598	,64	,295
	8	,539	,912	,592	,65	,259
Falta de control	7	,557	,912	,682	,54	,403
	10	,602	,911	,637	,59	,345
	14	,521	,913	,656	,57	,365
	18	,465	,914	,592	,65	,265
	19	,547	,912	,641	,59	,375
	21	,622	,911	,605	,63	,282
	22	,480	,913	,676	,54	,376
Escape	11	,577	,912	,809	,35	,569
	23	,583	,911	,838	,3	,647

Nota. CTIC, correlación ítem-total corregida; α-ítem, α si se elimina el ítem; R^2, varianza explicada; λ_e, carga factorial estandarizada; ε_e, varianza residual.

= 4010,52, p < ,001, CFI = ,934, RMSEA = ,067 [,065, ,068], SRMR = ,045. Las correlaciones latentes estandarizadas entre los factores de primer orden en el Modelo 3 oscilaron entre ,68 y ,84 (F1–F2 = ,76, F1–F3 = ,82, F1–F4 = ,70, F2–F3 = ,84, F2–F4 = ,68, F3–F4 = ,71), lo que indica una varianza compartida sustancial entre las dimensiones.

Dadas las elevadas correlaciones latentes observadas en el Modelo 3 y el ajuste comparable de los Modelos 2 y 3, se conservó el modelo jerárquico de segundo orden como la representación más parsimoniosa de la estructura latente. En consecuencia, el Modelo 2 se utilizó en los análisis posteriores de validez e invariancia de medición (véase Figura 1).

Evidencia de validez basada en la estructura interna y consistencia interna

A continuación, se examinaron los resultados a nivel de ítem y de dominio para evaluar la estructura interna de las puntuaciones del AdiTec-I y su consistencia interna. Las cargas factoriales estandarizadas, la varianza explicada y las varianzas residuales respaldaron la validez convergente a nivel de ítem, lo que indica que todos los ítems contribuyeron de manera significativa a sus correspondientes factores de primer orden (Tabla 2). A nivel de constructo, los valores de AVE superaron ,50 para Abuso y Escape, mientras que Abstinencia y Falta de Control mostraron valores de AVE más bajos; sin embargo, los coeficientes de CR permanecieron por encima de ,70 para todos los factores, lo que respalda una interpretación aceptable de las puntuaciones en todas las dimensiones (Tabla 3).

La validez discriminante estuvo respaldada por el patrón de correlaciones entre las puntuaciones de dominio, que indicó dimensiones relacionadas pero empíricamente distinguibles (Tabla 3). Las estimaciones de consistencia interna también fueron satisfactorias. En los factores de primer orden, el α de Cronbach osciló entre ,755 y ,847,

Tabla 3
Evidencia a nivel de dominio basada en estimaciones de estructura interna y consistencia interna para las puntuaciones de AdiTec-I

	Abuso	Abstinencia	Falta de Control	Escape	ARS
Abuso	1				
Abstinencia	,619	1			
Falta de Control	,655	,660	1		
Escape	,540	,512	,530	1	
ARS	,876	,857	,869	,689	1
α	,847	,775	,787	,755	,916
ω	,848	,772	,787	-	,915
CR	,877	,823	,829	,799	,945
AVE	,507	,402	,412	,678	,461
λ_e	,872	,882	,940	,777	-
ε_e	,24	,22	,12	,4	-
R^2	,747	,790	,873	,578	-

Nota. *α*, Alfa de Cronbach; *ω*, omega de McDonald; CR, fiabilidad compuesta; AVE, varianza media extraída; R^2, varianza explicada; λ_e, carga factorial estandarizada; ε_e, varianza residual. La *ω* de McDonald no pudo estimarse para Escape con el procedimiento de SPSS utilizado en el presente estudio porque este factor comprendía solo dos ítems. Los coeficientes de correlación se obtuvieron a partir de correlaciones bivariadas de Pearson entre las puntuaciones de dominio. Todas las correlaciones fueron estadísticamente significativas (p < ,001).

Tabla 4
Resultados del análisis de invariancia en la medición de AdiTec-I

Modelo	Variable	Grupo	χ^2	*GL*	*p*	*CFI (ΔCFI)*	*SRMR (ΔSRMR)*	*RMSEA (ΔRMSEA)*
Configural	Género	M	1.331,49	448	< ,001	,934	,049	,066
		H	1.831,13					
	Contexto cultural	E	1.291,39	448	< ,001	,945	,047	,060
		L	1.023,69					
Métrica	Género	M	1.122,26	467	< ,001	,947 (,013)	,050 (,001)	,058 (,008)
		H	1.520,72					
	Contexto cultural	E	1.105,64	467	< ,001	,954 (,009)	,049 (,002)	,055 (,005)
		L	949,67					
Escalar	Género	M	1.498,22	532	< ,001	,930 (,017)	,049 (,001)	,063 (,005)
		H	1.915,22					
	Contexto cultural	E	1.526,02	532	< ,001	,931 (,023)	,047 (,002)	,062 (,007)
		L	1.368,74					

Nota. M, mujeres; H, hombres; E, españoles; L, latinoamericanos; GL, grados de libertad.

el ω de McDonald entre ,772 y ,848, y la CR entre ,799 y ,877, mientras que la puntuación total mostró una alta consistencia interna (α = ,916, ω = ,915, CR = ,945) (Tabla 3). A nivel de ítem, las correlaciones ítem-total corregidas y el α si se eliminaba el ítem indicaron además que todos los ítems contribuyeron de manera significativa a sus respectivas dimensiones y que la eliminación de cualquier ítem no mejoraría la fiabilidad de las puntuaciones (Tabla 2).

En conjunto, estos resultados aportan evidencia de validez basada en la estructura interna de las puntuaciones del AdiTec-I junto con una consistencia interna adecuada.

Invariancia de medición según el género y el contexto cultural

A continuación, se examinó la invariancia de medición según el género y el contexto cultural. Antes de los análisis multigrupo, el modelo jerárquico de segundo orden se estimó por separado dentro de cada subgrupo para verificar que la estructura propuesta mostraba un ajuste adecuado. El ajuste del modelo fue adecuado para las mujeres, $\chi^2(226) = 1730{,}66$, p < ,001, CFI = ,945, RMSEA = ,065 [,062, ,068], SRMR = ,046; para los hombres, $\chi^2(226) = 2580{,}89$, p < ,001, CFI = ,922, RMSEA = ,069 [,066, ,071], SRMR = ,051; para los participantes españoles, $\chi^2(226) = 1406{,}07$,

Tabla 5
Resultados de las pruebas t de las puntuaciones de dominio y total del AdiTec-I

	Puntuación	Grupo	*Media (DT)*	*t (GL)*	*p*	*95% IC*	*g de Hedges*
Género	Abuso	M	16,51 (7,12)	−5,74 (3,332,68)	< ,001	−1,78, −0,87	−,19
		H	15,18 (6,86)				
	Abstinencia	M	12,17 (6,29)	−5,08 (3,345,24)	< ,001	−1,44, −0,64	−,17
		H	11,13 (6,09)				
	Falta de Control	M	9,39 (6,96)	−2,69 (3,799)	,007	−0,91, −0,14	−,09
		H	8,86 (5,88)				
	Escape	M	3,45 (2,68)	−3,66 (3,240,04)	< ,001	−0,48, −0,14	−,12
		H	3,14 (2,47)				
	ARS	M	41,51 (18,97)	−5,26 (3,285,51)	< ,001	−4,40, −2,01	−,18
		H	38,31 (17,87)				
Contexto Cultural	Abuso	E	15,91 (6,05)	2,96 (2,389)	,003	0,28, 1,40	,12
		L	15,07 (6,74)				
	Abstinencia	E	11,12 (6,31)	−4,51 (2,389)	< ,001	−1,63, −0,06	−,19
		L	12,25 (5,89)				
	Falta de Control	E	9,11 (5,99)	−0,04 (2,340,09)	,967	−0,47, 0,45	−,002
		L	9,12 (5,56)				
	Escape	E	3,12 (2,54)	−3,25 (2,389)	,001	−0,54, −0,13	−,13
		L	3,45 (2,51)				
	ARS	E	39,25 (18,63)	−0,89 (2,345,21)	,375	−2,09, 0,79	−,04
		L	39,90 (17,17)				

Nota. M, mujeres; H, hombres; E, españoles; L, latinoamericanos; DT, desviación típica; t, Estadístico *t* de Student; GL, grados de libertad; IC, intervalo de confianza; g, g de Hedges; p valores se basan en pruebas bilaterales.

p < ,001, CFI = ,943, RMSEA = ,063 [,060, ,066], SRMR = ,046; y para los participantes latinoamericanos, $\chi^2(226) = 1033{,}65$, p < ,001, CFI = ,943, RMSEA = ,058 [,054, ,062], SRMR = ,048. Estos resultados respaldaron continuar con los análisis multigrupo de invariancia.

Como se muestra en la Tabla 4, la invariancia métrica fue respaldada tanto según el género como según el contexto cultural. En ambas comparaciones, el CFI y el RMSEA mejoraron del modelo configural al modelo métrico, mientras que el SRMR cambió solo ligeramente. La invariancia escalar completa no fue respaldada, ya que ΔCFI superó el criterio preespecificado en ambos casos. Por tanto, se examinó la invariancia escalar parcial. Para el género, la liberación de la intersección del ítem 13 (Abuso) produjo el modelo escalar parcial seleccionado (CFI = ,900, ΔCFI = ,004; RMSEA = ,057, ΔRMSEA = ,001). Para el contexto cultural, la liberación de las intersecciones de los ítems 3 (Abstinencia), 5 (Abstinencia) y 19 (Falta de Control) produjo el modelo escalar parcial seleccionado (CFI = ,901, ΔCFI = ,010; RMSEA = ,056, ΔRMSEA = ,002). En conjunto, estos hallazgos indican que la estructura jerárquica de segundo orden fue comparable entre grupos a nivel métrico, mientras que la equivalencia escalar solo fue respaldada parcialmente.

Las comparaciones entre grupos basadas en las puntuaciones de dominio del AdiTec-I se presentan en la Tabla 5. Las mujeres puntuaron significativamente más alto que los hombres en todas las puntuaciones de dominio y en la puntuación total, aunque los tamaños del efecto fueron triviales. En cuanto al contexto cultural, los participantes españoles puntuaron más alto en Abuso, mientras que los participantes latinoamericanos puntuaron más alto en Abstinencia y Escape; no surgieron diferencias significativas para Falta de Control ni para la puntuación total. En conjunto, estos hallazgos sugieren que las comparaciones entre grupos deben interpretarse con cautela, especialmente para las dimensiones vinculadas a ítems no invariantes.

Discusión

El presente estudio examinó las propiedades psicométricas del AdiTec-I en adolescentes y adultos jóvenes hispanohablantes. En conjunto, los hallazgos respaldaron la estructura jerárquica de segundo orden hipotetizada, aportaron evidencia sobre la estructura interna de las puntuaciones del AdiTec-I junto con una fiabilidad adecuada, e indicaron invariancia métrica según el género y el contexto cultural, con solo invariancia escalar parcial. En conjunto,

estos hallazgos respaldaron el AdiTec-I como una medida multidimensional de la ARS que comprende dominios sintomáticos distinguibles, pero estrechamente relacionados.

El modelo jerárquico de segundo orden proporcionó un ajuste adecuado y una representación más parsimoniosa de la estructura de covarianza entre los dominios, al tiempo que superó a la alternativa unidimensional. Aunque el modelo de cuatro factores correlacionados también mostró un ajuste aceptable, las intercorrelaciones latentes sustanciales indicaron que la varianza común entre los dominios queda capturada de forma significativa por un factor de ARS de orden superior. Este patrón respalda la perspectiva de que la ARS no se capta adecuadamente como un único continuo indiferenciado, sino que implica componentes relacionados, aunque distinguibles, una perspectiva ampliamente coherente con trabajos recientes sobre conductas problemáticas en línea y modelos de adicción (Baggio et al., 2024; Griffiths, 2005).

Este resultado es coherente con conceptualizaciones multidimensionales recientes de la ARS, así como con críticas conceptuales más amplias de las adicciones conductuales, que enfatizan la heterogeneidad en la expresión sintomática y advierten contra la dependencia exclusiva de representaciones globales (Billieux et al., 2015; Cataldo et al., 2022; Fournier et al., 2023). Instrumentos ampliamente utilizados, como la BSMAS y la SMD Scale, han mostrado propiedades psicométricas sólidas en diferentes poblaciones y contextos (Boer et al., 2022; Brailovskaia & Margraf, 2024; Leung et al., 2020; Yue et al., 2022), y ambos instrumentos también han mostrado potencial como herramientas de cribado (Schlossarek et al., 2023). Sin embargo, su dependencia de una única puntuación compuesta puede proporcionar una caracterización menos diferenciada de los patrones sintomáticos que los enfoques multidimensionales (Cataldo et al., 2022; Fournier et al., 2023). En cambio, la estructura jerárquica del AdiTec-I respalda tanto la evaluación de la gravedad global como la interpretación basada en perfiles de las puntuaciones de dominio, lo que puede ser especialmente útil para refinar la comprensión conceptual y apoyar una evaluación individualizada.

Los resultados aportaron evidencia favorable sobre la estructura interna de las puntuaciones del AdiTec-I. Todos los ítems mostraron asociaciones significativas con sus respectivos factores, y los cuatro dominios fueron empíricamente distinguibles pese a sus fuertes interrelaciones. A nivel de constructo, el patrón de los coeficientes de AVE y CR sugiere que los dominios no muestran el mismo grado de fortaleza psicométrica, aunque todos mantuvieron niveles aceptables de fiabilidad compuesta según los criterios convencionales (Fornell & Larcker, 1981). Junto con las estimaciones satisfactorias de fiabilidad, este patrón sugiere que el AdiTec-I capta dominios sintomáticos diferenciados en lugar de un continuo plenamente indiferenciado. Desde una perspectiva de medición, esto subraya la necesidad de interpretar las puntuaciones de dominio con el matiz adecuado, en lugar de asumir una fortaleza psicométrica equivalente en todas las dimensiones.

El factor Escape merece una atención particular. Aunque mostró un respaldo aceptable tanto a nivel factorial como de ítem, su composición de dos ítems sugiere una cobertura de contenido más limitada del dominio subyacente (Robinson, 2018). A pesar de esta limitación, el proceso que capta —el uso de las RS para regular el afecto negativo o afrontar el malestar— sigue siendo teóricamente central tanto en los marcos basados en la adicción como en los marcos más amplios de uso problemático (Griffiths, 2005; Varona et al., 2022). La modificación del estado de ánimo y el uso de las RS orientado al afrontamiento se han identificado de forma consistente como mecanismos centrales en el desarrollo y mantenimiento de las conductas digitales desadaptativas, particularmente a través de procesos de refuerzo negativo (Moretta et al., 2023; Wegmann et al., 2023). Por tanto, conservar el dominio Escape parece justificado porque capta una dimensión clínica y teóricamente significativa que no es reducible a los otros componentes. Futuras revisiones del AdiTec-I deberían fortalecer este dominio mediante el desarrollo de indicadores adicionales que capten mejor el rango de procesos de regulación afectiva implicados en la ARS.

Los hallazgos de invariancia de medición fueron mixtos. Estos hallazgos son especialmente relevantes en contextos hispanohablantes, donde varios instrumentos han mostrado propiedades psicométricas adecuadas en muestras de un solo país, pero la evidencia sobre la comparabilidad entre grupos sigue estando menos desarrollada (Cuadrado et al., 2020; Escurra-Mayaute & Salas-Blas, 2014; González-Alcántara et al., 2021; Machimbarrena et al., 2023; Valencia-Ortiz & Cabero-Almenara, 2019). En este contexto, los hallazgos de invariancia respaldan una amplia comparabilidad de la estructura latente según el género y el contexto cultural, aunque los resultados de invariancia escalar parcial indican que las comparaciones a nivel de medias requieren una interpretación cautelosa (Putnick & Bornstein, 2016; Vandenberg & Lance, 2000). Aun así, una vez identificados los ítems no invariantes, la invariancia escalar parcial sigue siendo adecuada para muchos fines comparativos, siempre que las conclusiones se formulen con prudencia (Byrne, 2013; Putnick & Bornstein, 2016).

Las comparaciones según el contexto cultural deben interpretarse considerando los ítems no invariantes identificados. En concreto, la no invariancia se concentró en el ítem 19 (Falta de Control) y en los ítems 3 y 5 (Abstinencia). Este patrón sugiere que las diferencias transculturales pueden concentrarse en indicadores y dominios específicos, más que en la gravedad global de la ARS (Atroszko et al., 2022). Esta interpretación es compatible con el patrón de puntuaciones observado, con puntuaciones más altas en Abuso en España y puntuaciones más altas en Abstinencia y Escape

en América Latina. Diferencias similares a nivel de ítem y de dimensión se han notificado en trabajos transculturales previos con adolescentes hispanohablantes (Machimbarrena et al., 2023). En consecuencia, estas interpretaciones siguen siendo tentativas, y futuras investigaciones deberían determinar si estos ítems funcionan de manera diferente entre grupos culturales hispanohablantes porque su respuesta está condicionada por factores contextuales o culturales pese a niveles comparables del constructo subyacente.

Las comparaciones según el género deben interpretarse considerando la estructura de medición ampliamente invariante. La no invariancia se limitó al ítem 13 (Abuso), lo que sugiere una falta de equivalencia localizada a nivel de ítem, más que una ausencia más amplia de equivalencia en la estructura latente. Investigaciones similares con la SMD Scale también han informado de variación relacionada con el género en los umbrales de los ítems, lo que indica que algunos indicadores pueden ser respaldados de manera diferente pese a niveles comparables del constructo latente (Šablatúrová et al., 2022). Sin embargo, en el presente estudio, esta desviación localizada no se tradujo en diferencias significativas a nivel de dominio: las mujeres puntuaron ligeramente más alto en todos los dominios y en la puntuación total de ARS, pero los tamaños del efecto fueron triviales. Por tanto, aunque la dirección de las diferencias es coherente con estudios que informan de una mayor ARS entre chicas y mujeres jóvenes (Andreassen et al., 2016; Bányai et al., 2017; Su et al., 2020), su magnitud sugiere una relevancia práctica limitada. En consecuencia, la variación relacionada con el género en las puntuaciones del AdiTec-I parece interpretarse mejor como diferencias triviales a nivel de medias junto con una leve no invariancia en un ítem específico, más que como evidencia de diferencias significativas en la estructura latente entre grupos de género. En línea con estos hallazgos, futuros estudios deberían examinar la utilidad interpretativa de los perfiles y umbrales de puntuación específicos por género frente a criterios clínicos o funcionales externos.

La estructura multidimensional del AdiTec-I tiene claras implicaciones aplicadas. Más allá de proporcionar una puntuación total de gravedad, el instrumento permite una interpretación basada en perfiles de las puntuaciones de dominio que puede ayudar a identificar objetivos potencialmente relevantes en contextos preventivos, clínicos y de evaluación (Chóliz, 2010; Chóliz y Marco, 2012; Chóliz et al., 2016). Las puntuaciones elevadas en Falta de Control pueden indicar dificultades de autorregulación y, por tanto, pueden apuntar a la relevancia de estrategias conductuales de autogestión o entrenamiento del control ejecutivo. Las puntuaciones altas en Escape pueden reflejar una mayor dependencia de las RS para la regulación emocional, lo que apunta a la posible relevancia de las habilidades de afrontamiento, la tolerancia al malestar o componentes basados en *mindfulness*. Las puntuaciones elevadas en Abstinencia pueden indicar dificultades para desconectarse de las RS y la necesidad de desarrollar rutinas alternativas, mientras que las puntuaciones altas en Abuso pueden reflejar interferencia funcional que requiere ajustes conductuales o ambientales.

Esta interpretación a nivel de dominio es coherente con la literatura reciente sobre intervención clínica en ARS, que sugiere que los enfoques dirigidos a mecanismos cognitivos, conductuales y emocionales subyacentes pueden ser más prometedores que aquellos basados únicamente en reducir el tiempo de pantalla o imponer una abstinencia generalizada (Nagata et al., 2025; Plackett et al., 2023; Pérez-Wiesner et al., 2025). En la prevención escolar, este enfoque puede ayudar a priorizar las competencias que deben abordarse, aunque la evidencia actual sobre intervenciones sobre bienestar digital sigue siendo heterogénea (Žmavc et al., 2025). En contextos de evaluación más individualizados, también puede contribuir a la formulación del caso y a la planificación de la intervención (Chóliz & Marco, 2012). Estas aplicaciones potenciales de los perfiles de dominio del AdiTec-I deben entenderse como complementos, y no como sustitutos, de los procedimientos de evaluación holística.

Este estudio presenta varias fortalezas, incluido el gran tamaño muestral, la inclusión de participantes de múltiples contextos hispanohablantes, el uso de estimadores adecuados para datos ordinales y el examen de la invariancia de medición en grupos relevantes. También deben reconocerse varias limitaciones. El diseño transversal impide obtener evidencia sobre la estabilidad de las puntuaciones a lo largo del tiempo y limita las conclusiones sobre relaciones predictivas con resultados clínicamente relevantes. La muestra no probabilística y basada en centros educativos restringe la generalización más allá de poblaciones similares, y los datos perdidos sobre el contexto cultural redujeron la muestra efectiva para algunos análisis de subgrupos. Además, el estudio se centró principalmente en la evidencia de validez basada en la estructura interna y no examinó evidencia de validez basada en relaciones con otras variables, estabilidad de las puntuaciones a lo largo del tiempo ni la precisión clasificatoria de los umbrales interpretativos propuestos.

Futuras investigaciones deberían abordar estas limitaciones examinando la estabilidad temporal de las puntuaciones del AdiTec-I en diseños longitudinales y evaluando sus relaciones con criterios externos, incluidos indicadores de salud mental, deterioro funcional y otros resultados clínicamente relevantes. La mejora del instrumento también debería priorizar la ampliación del dominio Escape y una evaluación adicional de los ítems no invariantes mediante análisis del funcionamiento diferencial de los ítems. Finalmente, la precisión y la utilidad práctica de los umbrales interpretativos propuestos deberían evaluarse frente a criterios externos de referencia antes de su uso en contextos aplicados.

En conclusión, los presentes hallazgos respaldan el AdiTec-I como un instrumento multidimensional psicométricamente sólido para evaluar la ARS en adolescentes y adultos jóvenes hispanohablantes. Su estructura jerárquica y la evidencia disponible sobre la estructura interna y la comparabilidad entre grupos respaldan su uso en contextos de investigación y evaluación. Es importante destacar que su diseño multidimensional puede facilitar la identificación de perfiles sintomáticos heterogéneos y, de este modo, contribuir a estrategias de prevención e intervención más específicas.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido posible gracias al convenio entre el Plan Municipal de Adicciones (PMA) del Ayuntamiento de Valencia y la Unidad de Investigación "Juego y Adicciones Tecnológicas" de la Universitat de València (UV).

Los autores desean agradecer a TEA Ediciones la concesión de acceso al conjunto de datos utilizado en este estudio, así como haber facilitado el proceso de recogida de datos a través de su plataforma digital. También agradecemos a los profesionales e instituciones educativas que colaboraron administrando el AdiTec-I y cargando los datos de evaluación. Su generosa participación fue esencial para el desarrollo de esta investigación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que TEA Ediciones no tuvo ningún papel en el diseño, el análisis ni la interpretación del estudio.

Contribuciones de los autores

Amparo Luján-Barrera: Conceptualización, Validación, Investigación, Tratamiento de datos, Metodología, Análisis formal, Redacción - Borrador original, Visualización.

Lydia Cervera-Ortiz: Validación, Investigación, Redacción - Revisión y Edición.

Mariano Chóliz: Conceptualización, Validación, Recursos, Redacción - Revisión y Edición, Supervisión, Administración del proyecto, Adquisición de financiación.

Declaración sobre inteligencia artificial generativa

Las herramientas de inteligencia artificial generativa se utilizaron exclusivamente para apoyar la edición lingüística y la revisión del manuscrito. Específicamente, se utilizaron para ayudar a mejorar la claridad, la redacción, la gramática y el estilo en pasajes seleccionados del manuscrito. No se utilizaron herramientas de inteligencia artificial generativa para generar datos, realizar análisis, interpretar resultados ni extraer conclusiones científicas. Todos los resultados asistidos por IA fueron revisados críticamente y editados por los autores, quienes asumen plena responsabilidad por el contenido final del manuscrito.

Referencias

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition, Text revision* (4th ed., text rev.). American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Andreassen, C. S., & Pallesen, S. (2014). Social network site addiction—An overview. *Current Pharmaceutical Design*, *20*(25), 4053–4061. https://doi.org/10.2174/13816128113199990616

Andreassen, C. S., Billieux, J., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Demetrovics, Z., Mazzoni, E., & Pallesen, S. (2016). The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of Addictive Behaviors*, *30*(2), 252–262. https://doi.org/10.1037/adb0000160

Atroszko, P. A., El Abiddine, F. Z., Malik, S., Mamun, M. A., Vally, Z., & Czerwiński, S. K. (2022). Lack of measurement invariance in a widely used Facebook addiction scale may thwart progress in research on social-network-use disorder: A cross-cultural study. *Computers in Human Behavior*, *128*, 107132. https://doi.org/10.1016/j.chb.2021.107132

Baggio, S., Bosson, M., Berle, D., Starcevic, V., Simon, O., & Billieux, J. (2024). Problematic online behaviors constitute related yet distinct conditions: A cross-sectional study. *Computers in Human Behavior*, *160*, 108358. https://doi.org/10.1016/j.chb.2024.108358

Bányai, F., Zsila, Á., Király, O., Maraz, A., Elekes, Z., Griffiths, M. D., Andreassen, C. S., & Demetrovics, Z. (2017). Problematic social media use: Results from a large-scale nationally representative adolescent sample. *PLOS ONE*, *12*(1), e0169839. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169839

Billieux, J., Schimmenti, A., Khazaal, Y., Maurage, P., & Heeren, A. (2015). Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *Journal of Behavioral Addictions*, *4*(3), 119–123. https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.009

Boer, M., van den Eijnden, R. J. J. M., Finkenauer, C., Boniel-Nissim, M., Marino, C., Inchley, J., Cosma, A., Paakkari, L., & Stevens, G. W. J. M. (2022). Cross-national validation of the social media disorder scale: Findings from adolescents from 44 countries. *Addiction*, *117*(3), 784–795. https://doi.org/10.1111/add.15709

Bonifay, W., Lane, S. P., & Reise, S. P. (2017). Three concerns with applying a bifactor model as a structure of psychopathology. *Clinical Psychological Science*, *5*(1), 184–186. https://doi.org/10.1177/2167702616657069

Brailovskaia, J., & Margraf, J. (2024). Addictive social media use during COVID-19 outbreak: Validation of the Bergen Social Media Addiction Scale (BSMAS) and investigation of protective factors in nine countries. *Current Psychology*, *43*(14), 13022–13040. https://doi.org/10.1007/s12144-022-03182-z

Byrne, B. M. (2013). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (2nd ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203805534

Casale, S. (2020). Problematic social media use: Conceptualization, assessment and trends in scientific literature. *Addictive Behaviors Reports*, *12*, 100281. https://doi.org/10.1016/j.abrep.2020.100281

Cataldo, I., Billieux, J., Esposito, G., & Corazza, O. (2022). Assessing problematic use of social media: Where do we stand and what can be improved? *Current Opinion in Behavioral Sciences*, *45*, 101145. https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2022.101145

Cohen, J. (1992). Things I have learned (so far). *Anales de Psicología*, *8*(1-2), 3–18. https://revistas.um.es/analesps/article/view/28521

Chóliz, M (2010). *PrevTec 3.1: Programa de prevención de las adicciones tecnológicas.* Fejar Ediciones

Chóliz, M., & Marco, C. (2012). *Adicción a Internet y Redes Sociales: Tratamiento Psicológico*. Alianza Editorial.

Chóliz, M., Marco, C., & Chóliz, C. (2016). *ADITEC. Evaluación y prevención de la adicción a internet, móvil y videojuegos*. TEA Ediciones.

Cuadrado, E., Rojas, R., & Tabernero, C. (2020). Development and validation of the Social Network Addiction Scale (SNAddS-6S). *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, *10*(3), 763–778. https://doi.org/10.3390/ejihpe10030056

Das, P., & Chaudhary, A. (2026). Navigating the terminological confusion in addiction-adjacent internet and social media use constructs: Recommendations based on a rapid conceptual review. *Journal of Technology in Behavioral Science*. https://doi.org/10.1007/s41347-025-00590-3

Escurra-Mayaute, M., & Salas-Blas, E. (2014). Construcción y validación del cuestionario de adicción a redes sociales (ARS). *Liberabit*, *20*(1), 73-91. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272014000100007&script=sci_arttext&tlng=pt

Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, *18*(1), 39–50. https://doi.org/10.1177/002224378101800104

Fournier, L., Schimmenti, A., Musetti, A., Boursier, V., Flayelle, M., Cataldo, I., Starcevic, V., & Billieux, J. (2023). Deconstructing the components model of addiction: An illustration through "addictive" use of social media. *Addictive Behaviors*, *143*, 107694. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2023.107694

González-Alcántara, K. E., Tortolero, R. C., & Silva, C. (2021). Valoración psicométrica del Cuestionario de Adicción a Redes Sociales (ARS) en adolescentes mexicanos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, *8*(3), 26-34. https://doi.org/10.21134/rpcna.2021.08.3.3

Griffiths, M. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, *10*(4), 191–197. https://doi.org/10.1080/14659890500114359

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage.

Hayes, A. F., & Coutts, J. J. (2020). Use Omega Rather than Cronbach's Alpha for Estimating Reliability. But…. *Communication Methods and Measures*, *14*(1), 1–24. https://doi.org/10.1080/19312458.2020.1718629

Hirschfeld, G., & von Brachel, R. (2014). Improving multiple-group confirmatory factor analysis in R: A tutorial in measurement invariance with continuous and ordinal indicators. *Practical Assessment, Research, and Evaluation 19*(1), 7. https://doi.org/10.7275/QAZY-2946

Kemp, S. (2024, January 31). *Digital 2024: Global overview report*. DataReportal. https://datareportal.com/reports/digital-2024-global-overview-report

Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2011). Online social networking and addiction—A review of the psychological literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *8*(9), 3528–3552. https://doi.org/10.3390/ijerph8093528

Leung, H., Pakpour, A. H., Strong, C., Lin, Y.-C., Tsai, M.-C., Griffiths, M. D., Lin, C.-Y., & Chen, I.-H. (2020). Measurement invariance across young adults from Hong Kong and Taiwan among three internet-related addiction scales: Bergen Social Media Addiction Scale (BSMAS), Smartphone Application-Based Addiction Scale (SABAS), and Internet Gaming Disorder Scale-Short Form (IGDS-SF9) (Study Part A). *Addictive Behaviors*, *101*, 105969. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.04.027

Machimbarrena, J. M., Varona, M., Muela, A., & González-Cabrera, J. M. (2023). Profiles of problematic social networking site use: A cross-cultural validation of a scale with Spanish and Mexican adolescents. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, *17*(3). https://doi.org/10.5817/CP2023-3-5

Mîndrilă, D. (2010). Maximum likelihood (ML) and diagonally weighted least squares (DWLS) estimation procedures: A comparison of estimation bias with ordinal and multivariate non-normal data. *International Journal for Digital Society*, *1*(1), 60–66. https://doi.org/10.20533/ijds.2040.2570.2010.0010

Montag, C., Demetrovics, Z., Elhai, J. D., Grant, D., Koning, I., Rumpf, H.-J., Spada, M. M., Throuvala, M., & van den Eijnden, R. (2024). Problematic social media use in childhood and adolescence. *Addictive Behaviors*, *153*, 107980. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2024.107980

Moretta, T., Buodo, G., Santucci, V. G., Chen, S., & Potenza, M. N. (2023). Problematic social media use is statistically predicted by using social media for coping motives and by positive reinforcement processes in individuals with high COVID-19-related stress levels. *Journal of Psychiatric Research*, *158*, 104–113. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.12.036

Nagata, J. M., Hur, J. O., Talebloo, J., Lee, S., Choi, W. W., Kim, S. J., Lavender, J. M., & Moreno, M. A. (2025). Problematic social media use interventions for mental health outcomes in adolescents. *Current Psychiatry Reports*, *27*(9), 491–499. https://doi.org/10.1007/s11920-025-01619-3

Pérez-Wiesner, M., Bühler, K.-M., López-Moreno, J. A., & López-Salmerón, M. D. (2025). Effectiveness of psychological treatments for problematic use of internet, video games, social media and instant messaging: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *22*(10), 1598. https://doi.org/10.3390/ijerph22101598

Plackett, R., Blyth, A., & Schartau, P. (2023). The impact of social media use interventions on mental well-being: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, *25*, e44922. https://doi.org/10.2196/44922

Putnick, D. L., & Bornstein, M. H. (2016). Measurement invariance conventions and reporting: The state of the art and future directions for psychological research. *Developmental Review*, *41*, 71–90. https://doi.org/10.1016/j.dr.2016.06.004

Reise, S. P., Moore, T. M., & Haviland, M. G. (2010). Bifactor models and rotations: exploring the extent to which multidimensional data yield univocal scale scores. *Journal of Personality Assessment*, *92*(6), 544–559. https://doi.org/10.1080/00223891.2010.496477

Robinson, M. A. (2018). Using multi-item psychometric scales for research and practice in human resource management. *Human Resource Management*, *57*(3), 739–750. https://doi.org/10.1002/hrm.21852

Rodriguez, A., Reise, S. P., & Haviland, M. G. (2016). Evaluating bifactor models: Calculating and interpreting statistical indices. *Psychological Methods*, *21*(2), 137–150. https://doi.org/10.1037/met0000045

Šablatúrová, N., Rečka, K., & Blinka, L. (2022). Validation of the Social Media Disorder Scale using network analysis in a large representative sample of Czech adolescents. *Frontiers in Public Health*, *10*, 907522. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.907522

Schlossarek, S., Schmidt, H., Bischof, A., Bischof, G., Brandt, D., Borgwardt, S., Browne, D. T., Christakis, D., Hurst-Della Pietra, P., Demetrovics, Z., & Rumpf, H.-J. (2023). Psychometric properties of screening instruments for social network use disorder in children and adolescents: A systematic review. *JAMA Pediatrics*, *177*(4), 419. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.5741

Shannon, H., Bush, K., Villeneuve, P. J., Hellemans, K. G., & Guimond, S. (2022). Problematic social media use in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis. *JMIR Mental Health*, *9*(4), e33450. https://doi.org/10.2196/33450

Starcevic, V., & Aboujaoude, E. (2017). Internet addiction: Reappraisal of an increasingly inadequate concept. *CNS Spectrums*, *22*(1), 7–13. https://doi.org/10.1017/S1092852915000863

Su, W., Han, X., Yu, H., Wu, Y., & Potenza, M. N. (2020). Do men become addicted to internet gaming and women to social media? A meta-analysis examining gender-related differences in specific internet addiction. *Computers in Human Behavior*, *113*, 106480. https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106480

Tsilosani, A., Chan, K., Steffens, A., Bolton, T. B., & Kowalczyk, W. J. (2023). Problematic social media use is associated with depression and similar to behavioral addictions: Physiological and behavioral evidence. *Addictive Behaviors*, *145*, 107781. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2023.107781

Valencia-Ortiz, R., & Cabero-Almenara, J. (2019). La adicción a las redes sociales: Validación de un instrumento en el contexto mexicano. *Salud y drogas*, *19*(2), 149-159. https://www.redalyc.org/pdf/839/83982642015.pdf

van de Schoot, R., Lugtig, P., & Hox, J. (2012). A checklist for testing measurement invariance. *European Journal of Developmental Psychology*, *9*(4), 486–492. https://doi.org/10.1080/17405629.2012.686740

van den Eijnden, R. J. J. M., Lemmens, J. S., & Valkenburg, P. M. (2016). The Social Media Disorder Scale. *Computers in Human Behavior*, *61*, 478–487. https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.03.038

Vandenberg, R. J., & Lance, C. E. (2000). A review and synthesis of the measurement invariance literature: Suggestions, practices, and recommendations for organizational research. *Organizational Research Methods*, *3*(1), 4–70. https://doi.org/10.1177/109442810031002

Varona, M. N., Muela, A., & Machimbarrena, J. M. (2022). Problematic use or addiction? A scoping review on conceptual and operational definitions of negative social networking sites use in adolescents. *Addictive Be-*

haviors, *134*, 107400. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107400

Wegmann, E., Schiebener, J., & Brand, M. (2023). Social-networks use as adaptive or maladaptive strategy for coping with stress. *Scientific Reports*, *13*(1), 11895. https://doi.org/10.1038/s41598-023-39042-4

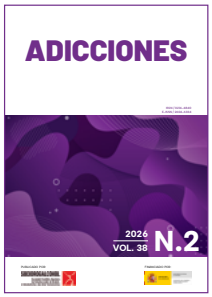
World Health Organization. (2019). *International classification of diseases, 11th revision* (ICD-11). https://icd.who.int/en.

Yue, H., Zhang, X., Cheng, X., Liu, B., & Bao, H. (2022). Measurement invariance of the Bergen Social Media Addiction Scale across genders. *Frontiers in Psychology*, *13*, 879259. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.879259

Žmavc, M., Horvat, J., Židan, M., & Selak, Š. (2025). The effectiveness of school-based interventions to reduce problematic digital technology use and screen time: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions*, *14*(2), 571–589. https://doi.org/10.1556/2006.2025.00043

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

ADICCIONES
2026 ■ VOL. 38 ■ N. 2 ■ PÁGS. 129–142
www.adicciones.es



ORIGINAL

Factores de personalidad asociados al uso de alcohol, tabaco y marihuana en adolescentes: Un estudio longitudinal

Personality factors associated with alcohol, tobacco and marijuana use in adolescents: A longitudinal study

Gabriela Rivarola Montejano*; Angelina Pilatti**; Ricardo Marcos Pautassi***.

*Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Psicología. Córdoba, Argentina. Instituto de Investigaciones Psicológicas, IIPsi-CONICET-UNC. Córdoba, Argentina.

**Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Psicología. Córdoba, Argentina. Instituto de Investigaciones Psicológicas, IIPsi-CONICET-UNC. Córdoba, Argentina.

***Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Psicología. Córdoba, Argentina. Instituto de Investigación Médica M. y M. Ferreyra, INIMEC-CONICET-UNC, Córdoba, Argentina.

Resumen

Son escasos los estudios longitudinales que, en Latinoamérica, describen como las variables de personalidad predicen el consumo de sustancias en adolescentes. Este estudio examinó variaciones en el consumo de alcohol, tabaco y marihuana, a lo largo de tres años, en adolescentes, y analizó como la impulsividad y toma de riesgos (en el Tiempo 1 [T1]) discriminan prospectivamente entre adolescentes con y sin consumo episódico excesivo de alcohol (BD, binge drinking), tabaco y marihuana en el Tiempo 3. Se utilizó un diseño longitudinal. Mil ochenta adolescentes (*M*=12,27 años, *DE*=0,95; 54% chicas) de Córdoba (Argentina) completaron, una vez por año durante tres años, una prueba de toma de riesgos (BART) y una encuesta sobre consumo de sustancias e impulsividad rasgo. El consumo de sustancias aumentó con el tiempo, alcanzando prevalencias de consumo alguna vez en la vida de 85% (alcohol), 18% (tabaco) y 8% (marihuana) en la última medición. El consumo de tabaco fue significativamente mayor en chicas ($p \leq 0,05$) y el de marihuana más alto en chicos ($p \leq 0,01$). Mayores niveles de urgencia negativa (RP = 1,023), falta de premeditación (RP = 1,025), falta de perseverancia (RP = 1,045), búsqueda de sensaciones (RP = 1,036) y toma de riesgos (RP = 1,008) en T1 se asociaron con una mayor prevalencia de BD dos años después. Mayores niveles de falta de perseverancia (RP = 1,033) y búsqueda de sensaciones (RP = 1,029) se asociaron con una mayor prevalencia posterior de consumo de tabaco. Falta de premeditación (RP = 1,057), falta de perseverancia (RP = 1,042), búsqueda de sensaciones (RP = 1,033) y toma de riesgos (RP = 1,019) se asociaron con una mayor prevalencia posterior de consumo de marihuana. Las personas adolescentes con mayores niveles de impulsividad y toma de riesgos constituyen una subpoblación relevante para el diseño de intervenciones preventivas orientadas a retrasar el inicio y progresión hacia comportamientos de uso problemático.

Palabras clave: alcohol, tabaco, marihuana, adolescentes, impulsividad, toma de riesgos

Abstract

Longitudinal studies examining how personality variables predict substance use in adolescents in Latin America are scarce. This study examined variations in alcohol, tobacco, and cannabis use over three years among Argentinian adolescents, and assessed how impulsivity and risk-taking (at Time 1) prospectively discriminate between adolescents with and without binge drinking, tobacco and cannabis use at Time 3. A longitudinal design was employed. A total of 1080 adolescents (*M*=12.27 years, *SD*=0.952; 54% girls) from Córdoba (Argentina) completed, once per year for three years, a risk-taking task (BART) and a survey assessing substance use and trait impulsivity. Drug use increased over time, reaching lifetime prevalence rates of 85% (alcohol), 18% (tobacco), and 8% (cannabis) at the final assessment. Tobacco use was significantly higher ($p \leq .05$) among girls and cannabis use was higher ($p \leq .01$) among boys. Higher levels of negative urgency (PR = 1.023), lack of premeditation (PR = 1.025), lack of perseverance (PR = 1.045), sensation seeking (PR = 1.036), and risk-taking (PR = 1.008) at baseline were associated with a higher prevalence of BD two years later. Higher levels of lack of perseverance (PR = 1.033) and sensation seeking (PR = 1.029) were associated with a higher subsequent prevalence of tobacco use. Lack of premeditation (PR = 1.057), lack of perseverance (PR = 1.042), sensation seeking (PR = 1.033), and risk-taking (PR = 1.019) were associated with a higher subsequent prevalence of marijuana use. Adolescents with higher levels of impulsivity and risk-taking constitute a relevant subpopulation for the design of preventive interventions aimed at delaying the onset and progression towards problematic substance use.

Keywords: alcohol, tobacco, marijuana, adolescents, impulsivity, risk-taking

■ *Recibido: Diciembre 2024; Aceptado: Abril 2026.*

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ **Enviar correspondencia a:**
Dra. Gabriela Rivarola Montejano. Instituto de Investigaciones Psicológicas, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba. Bv. de la Reforma esquina Enfermera Gordillo. Ciudad Universitaria (5000). Córdoba, Argentina. Email: gabriela.rivarola.montejano@unc.edu.ar
Tel.: +54 351 5353890. Interno: 60201.

El consumo de alcohol, tabaco y marihuana suele iniciarse entre los 12 y 17 años. En España, a los 14, el 55% consumió alcohol, el 13,8% tabaco y el 9,8% marihuana en el último año (OEDA, 2024), con cifras similares en Sudamérica y Argentina (SEDRONAR, 2019). Durante la adolescencia, en comparación con la adultez, el consumo de alcohol suele ser menos frecuente, pero en mayores cantidades por ocasión (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2017). Una razón subyacente a este fenómeno es que las personas adolescentes son más propensas a exhibir una modalidad de consumo de alto riesgo denominada consumo episódico excesivo de alcohol (BD, por su nombre en inglés, *binge drinking*). A nivel epidemiológico (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2025; OEDA, 2024), el BD se define como la ingesta de ≥5 unidades estándar de alcohol (UEA). Sin embargo, los organismos internacionales sugieren operacionalizar el BD según el sexo y la edad, estableciendo puntos de corte de ≥3 unidades UEA (42 gramos de alcohol) en chicas y entre ≥3 a 5 UEA (42 a 70 gramos de alcohol) en chicos, según la edad (NIAAA, 2017).

De particular relevancia, investigaciones en adolescentes reportan que entre un 26% y un 47% (Addolorato et al., 2018; Pilatti et al., 2023; OEDA, 2024; SEDRONAR, 2023; Teixidó-Compañó et al., 2019) presentó BD en el último mes. El BD, así como el consumo de tabaco y marihuana, está asociado a numerosas consecuencias negativas, como mayor agresividad, peleas y conducción de vehículos bajo los efectos de la sustancia (Donoghue et al., 2017; OPS, 2021), así como a déficits cognitivos (Lees et al., 2020; Meruelo et al., 2017; Smith et al., 2015; Spear, 2018) y mayor probabilidad de desarrollar trastornos por uso de sustancias (Walker & Loprinzi, 2014; Waller et al., 2019).

En la última década, la brecha entre el consumo de alcohol en chicos y chicas ha ido disminuyendo (White, 2020). Ilustrando esto, en un estudio (Pilatti et al., 2023) con adolescentes (*M* edad= 15,26 *DE*= 1,26), se encontraron prevalencias muy similares de consumo de alcohol entre chicos y chicas durante el último año (75,5% y 76,8%) así como de BD en último mes (43,5% y 49,1%). Respecto al consumo de tabaco, las chicas incluso exhiben prevalencias de consumo mensual superiores a los chicos (≈20% vs. ≈15%, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2020; OEDA, 2024). Sin embargo, los chicos suelen iniciar antes el consumo, generalmente en un contexto de amigos, mientras que las chicas lo hacen en contextos familiares (Okoli et al., 2013). En marihuana, el consumo es más prevalente en chicos (18,8% vs. 13,2%), quienes muestran también más consumo riesgoso que las chicas (SEDRONAR, 2017).

La impulsividad y la toma de riesgos suelen incrementarse en la adolescencia, en parte debido a que las áreas cerebrales asociadas al sistema de recompensa maduran antes que las implicadas en el control cognitivo (Shulman et al., 2016). Sumado a esto, los procesos de socialización, la interacción con pares y las normas culturales, incluyendo los roles de género, moldean la expresión de estas conductas (Allen, 2024; Wang et al., 2025). Por ejemplo, los chicos suelen ser socializados para asumir riesgos y mostrar agresividad, mientras que las chicas tienden a ser socializadas para adoptar conductas de afrontamiento o evasión frente a situaciones de riesgo (Hemsing & Greaves, 2020; Man, 2024). La impulsividad y la toma de riesgos, entendidas como componentes del constructo de desinhibición (Reynolds et al., 2013), se asocian a una mayor probabilidad de consumir sustancias psicoactivas (Martínez-Loredo et al., 2018; Caneto et al., 2020; Hanson et al., 2014; LaSpada et al., 2020).

La impulsividad se define como la tendencia a actuar de manera rápida y no planificada frente a estímulos internos o externos, sin considerar adecuadamente las posibles consecuencias negativas (International Society for Research on Impulsivity, 2021). Es un constructo multidimensional que incluye facetas vinculadas a la búsqueda de emociones excitantes, la tendencia a actuar ante emociones intensas y la dificultad de planificar la conducta. La evidencia muestra que cada faceta predice diferentes indicadores (e.g., frecuencia, cantidad, problemas) del consumo de sustancias (Bos et al., 2019; Pilatti et al., 2017; VanderVeen et al., 2016). Asimismo, Rømer Thomsen et al. (2018) mostraron que ciertas dimensiones de la impulsividad se asociaron de manera diferencial con el uso problemático de alcohol, marihuana y otras sustancias.

La toma de riesgos, estrechamente vinculada con la impulsividad, puede entenderse como la propensión a elegir cursos de acción en los cuales la probabilidad de un resultado es incierta (Duell et al., 2018) y que podrían comprometer el bienestar propio o de otras personas (Hawley, 2011). Algunos estudios internacionales han mostrado que la toma de riesgos se asocia al consumo de alcohol (Fernie et al., 2013; MacPherson et al., 2010) y marihuana (Felton et al., 2015; Hanson et al., 2014) en adolescentes. En Argentina, una investigación con adolescentes (15 a 18 años; Pilatti et al., 2017) encontró que la impulsividad rasgo se asoció con la cantidad de alcohol y frecuencia de BD reportada tres meses después. Sin embargo, en ese estudio, la toma de riesgos no tuvo asociaciones significativas con ningún indicador de consumo. A su vez, otro estudio mostró que la presencia de pares puede incrementar la toma de riesgos, particularmente en chicos (De Boer et al., 2017).

La mayoría de las investigaciones descritas emplearon diseños transversales. Sumado a esto, el grueso de los estudios longitudinales proviene de Estados Unidos (Felton et al., 2015; MacPherson et al., 2010) o Europa (Fernie et al., 2013; Martínez-Loredo et al., 2018). Esto limita la generalización de resultados a otras culturas. En Argentina, por ejemplo, el consumo moderado de alcohol posee cierta legitimidad social e, incluso, las primeras experien-

cias con el alcohol ocurren en contextos familiares (Pilatti et al., 2013). Es necesario, entonces, examinar potenciales factores de riesgo del consumo de sustancias en edades tempranas, que puedan servir como insumo para desarrollar intervenciones culturalmente sensibles (Henrich et al., 2010).

Los objetivos de este estudio, realizado en adolescentes, fueron 1-describir indicadores de consumo de alcohol, tabaco y marihuana a lo largo de tres mediciones, 2-analizar variaciones en el consumo en función del tiempo y el sexo y 3-examinar la asociación prospectiva entre variables de personalidad (impulsividad y toma de riesgos) y la prevalencia de consumo de tabaco, marihuana y BD dos años después. Dentro de nuestro conocimiento, es escasa la literatura a nivel regional que realice un monitoreo longitudinal del consumo de estas sustancias y la capacidad predictiva de rasgos de personalidad. El presente estudio avanza en la identificación temprana de adolescentes más vulnerables a iniciar o escalar el consumo de estas sustancias.

Metodología

Diseño

Se empleó un diseño longitudinal de panel (Hernández Sampieri et al., 2014), con tres administraciones de todos los instrumentos a los mismos participantes, separadas por ≈12 meses.

Participantes

A partir del listado oficial de escuelas de la ciudad de Córdoba (Argentina), se invitó a participar a todas las instituciones ubicadas en un radio de 10 km^2 del centro de la ciudad (*n*=46). La selección final obedeció a la conveniencia (e.g., tener aula de informática) y oportunidad (i.e., que acepten participar). Participaron 10 instituciones de gestión privada (13 no contaban con una sala de computación y 23 decidieron no colaborar).

Se invitó a participar a estudiantes de 6to grado del primario y de 1er y 2do año del secundario. Se envió una nota a sus padres/madres/tutores y el 71% autorizó que participen. Asimismo, quienes decidieron participar brindaron su consentimiento voluntario y solo un 1,2% decidió no participar.

La muestra al inicio del estudio (*n*=1080 estudiantes de entre 10 a 15 años; *M*=12,27 años; *DE*=0,952) tuvo un porcentaje mayor de chicas (54%) que de chicos. El segundo año, participaron 973 estudiantes de entre 11 a 16 años (54,6% chicas; *M*=13,30; *DE*=0,957) y en la tercera recolección de datos participaron 873 estudiantes de entre 12 y 17 años (54,4% chicas; *M*=14,34; *DE*=0,974). El material suplementario, presenta la distribución por edades de los participantes en cada una de las tres olas del estudio. Este material está disponible en acceso abierto en OSF en https://doi.org/10.17605/OSF.IO/7YHSC.

Procedimiento

Este estudio forma parte del proyecto MATE (Estudio sobre Marihuana, Alcohol y Tabaco en Escuelas), que examinó el consumo de sustancias en adolescentes de Córdoba (Argentina). La recolección de datos se realizó en grupos de, aproximadamente, 15 alumnos en la sala de informática de cada institución educativa. Cada año, los participantes completaron la BART y respondieron una encuesta online (Servidor de Encuestas *LimeSurvey*). Los datos se recogieron en un período de cuatro meses (agosto a noviembre) durante 3 años (2017-2019). Para estimular la participación, cada año se sortearon premios (e.g., vasos térmicos, cajas de alfajores, recipientes para consumir bebidas tradicionales del país) entre quienes completaron la encuesta. Los procedimientos de este estudio fueron aprobados por el Comité de ética del Instituto de Investigaciones Psicológicas (CEIIPsi), Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.

Instrumentos

Consumo de alcohol

Se utilizó un cuestionario (Pilatti et al., 2021) que indagaba la prevalencia (0= *no*; 1= *sí*) de consumo de alcohol (≥1 vaso) alguna vez en la vida y en el último año. Tres preguntas indagaron por la bebida más consumida: 1-tipo (e.g., cerveza, vino), 2-frecuencia de consumo en el último año (desde 0=*nunca consumí alcohol/no consumí en los últimos 12 meses* hasta 12=*cuatro veces por semana o más*) y 3-cantidad de vasos consumidos en una misma ocasión. A partir de la graduación alcohólica de la bebida reportada (determinada previamente según información de mercado), se determinaron los gramos de alcohol puro consumidos. Se midió prevalencia y frecuencia de BD, definido como el consumo, en una misma ocasión, de 3 UEA (i.e., 42 gramos de alcohol) en chicas de 9 a 17 años. En los chicos se diferenció según la edad: 3 UEA (42 gramos de alcohol) para chicos de 9 a 13 años, 4 UEA (56 gramos de alcohol) para 14 y 15 años y 5 UEA (70 gramos de alcohol) para 16 y 17 años (NIAAA, 2017). Las respuestas correspondientes a la frecuencia de consumo de alcohol y la frecuencia de BD fueron transformadas en cuantitativas (e.g., si respondió 1-2 veces en el último año, se transformó en 1,5 veces). Para los análisis de regresión (ver sección análisis de datos) se clasificó a las personas participantes en consumidoras con y sin BD en función de su respuesta a la prevalencia de BD en el último año reportada en el Tiempo 3.

Consumo de tabaco

Se indagó sobre la prevalencia (0= *no*; 1= *sí*) de consumo de tabaco (≥1 cigarrillo completo) alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses. Se preguntó por la frecuencia de consumo de tabaco (desde 0= *nunca consumí tabaco/no consumí en los últimos 12 meses* hasta 12= *cuatro veces por semana o más*) en el último año y el número de cigarrillos consumidos por

día. Esta variable ordinal fue transformada en cuantitativa a partir de la recodificación de respuestas (e.g., si respondió 1-2 veces en el último año, se transformó en 1,5). Para los análisis de regresión (ver sección análisis de datos) se clasificó a las personas participantes en consumidoras y no consumidoras en función de su respuesta a la prevalencia de consumo en el último año reportada en el T3.

Consumo de marihuana

Se preguntó por la prevalencia (0= *no*; 1= *sí*) de consumo de marihuana alguna vez en la vida y en el último año (e.g., "en los últimos 12 meses ¿consumiste alguna vez marihuana?"). Además, se preguntó por la frecuencia de consumo (desde 0= *nunca consumí marihuana/no consumí en los últimos 12 meses* hasta 12= *cuatro veces por semana o más*) de marihuana en el último año. Esta variable ordinal fue transformada en cuantitativa a partir de la recodificación de respuestas (e.g., si respondió 1-2 veces en el último año, se transformó en 1,5). Para los análisis de regresión (ver sección análisis de datos) se clasificó a las personas participantes en consumidoras y no consumidoras en función de su respuesta a la prevalencia de consumo en el último año reportada en el Tiempo 3.

Escala de Impulsividad UPPS-P para niños y adolescentes

Se utilizó la versión en español (UPPS-P NA; Caneto et al., 2020) de la UPPS-P-Child (Gunn & Smith, 2010). Este instrumento está compuesto por 40 ítems diseñados para medir cinco dimensiones de la impulsividad: Urgencia Positiva (URG POS), Urgencia Negativa (URG NEG), Falta de Perseverancia (F PERS), Falta de Premeditación (F PREM) y Búsqueda de Sensaciones (B SENS). Las personas participantes indicaron, en una escala de 4 puntos (desde 1= *nada parecido a mi* hasta 4= *muy parecido a mi*), en qué medida cada uno de los ítems describía su comportamiento. Las respuestas se suman dentro de cada dimensión y un mayor puntaje es interpretado como un mayor nivel de impulsividad. La versión original (desde α = .65 hasta α = .89; Gunn & Smith, 2010), la adaptación al español (desde α = .73 hasta α = .89; Caneto et al., 2020) y el presente estudio (desde α= .69 hasta α= .90) exhiben valores aceptables de confiabilidad para la población en estudio.

Prueba de Riesgo Analógico con Globos (BART, por sus siglas en inglés; Lejuez et al., 2003)

La tarea se realiza en un ordenador y consta de 30 ensayos en los cuales se debe "inflar" un globo haciendo clic con el ratón. Por cada inflada se ganan 5 puntos, si bien cada globo tiene un número de infladas (variable y desconocido para quien participa) en el que explota. Cada ensayo termina cuando la persona elige guardar los puntos acumulados, o cuando el globo explota, lo que ocasiona la pérdida de los puntos de ese ensayo. La medida dependiente principal es el promedio ajustado de infladas (i.e., el promedio de infladas realizadas en los globos que no explotaron), en el que mayores puntuaciones indican mayor propensión a la toma de riesgos. Para ejecutar esta prueba se utilizó el software *The Psychology Experiment Building Language Test Battery* (Mueller & Piper, 2014).

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo del consumo de alcohol, tabaco y marihuana para cada uno de los 3 tiempos, de manera separada para la muestra total y en función del sexo. Puntualmente se calculó la prevalencia de vida y del último año (variables nominales) del consumo de las tres sustancias y la media y desviación estándar para describir la frecuencia y cantidad (variables cuantitativas) de consumo de cada sustancia (en el caso de marihuana, no se midió la cantidad de consumo). Para determinar la presencia de variaciones en la prevalencia de vida y anual del consumo de alcohol, tabaco y marihuana entre las 3 mediciones, se examinaron diferencias de proporciones en esas variables nominales. Para examinar diferencias asociadas al sexo y variaciones en la cantidad (alcohol y tabaco) y frecuencia (alcohol, tabaco y marihuana) de consumo (variables cuantitativas) a lo largo de los tres tiempos, se realizó un ANOVA de medidas repetidas. El sexo (chicos, chicas) se tomó como factor entre grupos y el tiempo (Tiempo 1 [T1], Tiempo 2 [T2] y Tiempo 3 [T3]) como factor de medidas repetidas o intra-grupos. Los ANOVAs que indicaron efectos significativos principales o interacciones significativas fueron seguidos, para analizar el locus de dichos efectos significativos, de análisis *post hoc* de Tukey. El tamaño de efecto se informó mediante el estadístico eta parcial cuadrado (η^2p).

Para examinar la asociación de las dimensiones de impulsividad rasgo y la toma de riesgos, medidas en el T1 (variables cuantitativas independientes), con la prevalencia de consumo BD/tabaco/marihuana en el último año (variable dependiente nominal dicotómica [si, no], medida en el T3), se utilizaron modelos de regresión de Poisson con función de enlace logarítmica y estimación de varianza robusta. Este enfoque permite estimar razones de prevalencia (RP) en lugar de odds ratios, lo cual resulta más apropiado en estudios donde la prevalencia del evento no es baja, ya que en estos casos los odds ratios tienden a alejarse del efecto real en términos de prevalencia, generalmente sobreestimando la magnitud de la asociación (Espelt et al., 2017; Espelt et al., 2019). Específicamente, se ingresaron las dimensiones de impulsividad rasgo y la toma de riesgos medidas en el T1 como variables independientes y el tipo de consumo (con o sin consumo) en el T3 como variable dependiente. El análisis permitió identificar qué variables se asociaron significativamente con la prevalencia de consumo y se estimaron las RP junto con sus intervalos de confianza (IC) del 95%. El ajuste global del modelo se evaluó mediante el test chi-cuadrado de razón de verosimilitudes,

donde un valor significativo indica que el modelo con predictores presenta un mejor ajuste que el modelo nulo. También se evaluaron la razón de la devianza y el estadístico chi-cuadrado de Pearson respecto de sus grados de libertad como indicador de sobredispersión. Se consideró que valores cercanos a 1 indicaban un ajuste adecuado, mientras que valores superiores a 1 sugerían sobredispersión (Hardin & Hilbe, 2018).

Las regresiones para el BD (si, no) como variable dependiente se realizaron con toda la muestra. Para las regresiones correspondientes a tabaco y marihuana, dada las bajas prevalencia de consumo en el T3 (16% y 8% del total de la muestra, respectivamente), se generaron submuestras aleatorias de personas sin consumo, para equilibrar la cantidad de casos entre los grupos a comparar (con y sin consumo). La submuestra para la regresión de personas con y sin consumo de tabaco quedó conformada por 296 participantes (47,2% consumió en el último año) y para la regresión entre personas con y sin consumo de marihuana por 111 casos (49,3% consumió en el último año). Cabe señalar que no se excluyeron a las personas que ya presentaban conductas de consumo en el T1, ya que el objetivo fue analizar la capacidad discriminativa de las variables de personalidad, independientemente del nivel inicial de consumo. Asimismo, se optó por comparar T1 con T3 para evaluar el valor predictivo de rasgos de personalidad sobre el consumo en un período longitudinal más amplio.

Los ANOVAs de medidas repetidas se realizaron con el software STATISTICA versión 10 y el resto de los análisis se realizaron con el software SPSS versión 23.

Resultados

Resultados descriptivos y diferencias de grupo

Prevalencia de vida y anual de consumo de alcohol, tabaco y marihuana a lo largo de las mediciones

La Tabla 1 presenta indicadores de prevalencia de consumo alguna vez en la vida y en el último año y la frecuencia anual de alcohol, BD, tabaco y marihuana en cada uno de los tres tiempos bajo análisis. La Tabla también describe la cantidad de alcohol (expresada en gramos) consumida por ocasión y la cantidad de cigarrillos de tabaco consumidos

Tabla 1
Estadísticos descriptivos del consumo de alcohol, tabaco y marihuana en los 3 tiempos para la muestra total y en función del sexo

	Tiempo 1 (*n*= 1080; *M* edad= 12,27; DE= 0,95)			**Tiempo 2 (*n*= 973; *M* edad= 13,29; DE= 0,95)**			**Tiempo 3 (*n*= 873; *M* edad= 14,33; DE= 0,96)**		
	% total (*n*) *M* (*DE*)*	**Chicos**	**Chicas**	**% total (*n*) *M* (*DE*)***	**Chicos**	**Chicas**	**% total (*n*) *M* (*DE*)***	**Chicos**	**Chicas**
Alcohol									
Vida	66,4 (717)	67,9	65,1	73,1 (711)	71,9	74,2	84,9 (741)	83,2	86,3
Último año	41,5 (448)	41,9	41,1	55,8 (542)	54,3	57,1	69,0 (602)	65,3	72
Gr ocasión[a]	31,8 (41,4)	30,0 (42,3)	33,3 (40,6)	42,0 (49,3)	41,9 (51,6)	41,9 (47,5)	53,6 (51,9)	54,5 (56,8)	53,0 (47,7)
Frec 12M[a]	16,1 (30,8)	17,9 (35,1)	14,6 (26,5)	18,6 (30,3)	18,8 (32,3)	18,5 (28,6)	19,2 (30,8)	22,1 (35,3)	17,0 (26,7)
BD									
Vida	18,6 (201)	18,3	18,8	30,9 (300)	27,8	33,3	40,0 (349)	34,9	44,2
Último año	15,9 (172)	15,1	16,6	28,6 (278)	25,6	31,1	37,9 (331)	31,9	42,9
Frec 12M[a]	8,1 (23,9)	9,5 (28,5)	6,8 (19,2)	11,6 (26,0)	11,5 (27,7)	11,8 (25,0)	13,1 (29,1)	13,7 (31.2)	12,6 (26.9)
Tabaco									
Vida	8,3 (89)	7,9	8,6	13,8 (134)	12	15,3	18,3 (160)	13,1	22,7
Último año	5,9 (64)	5,8	6	12,7 (123)	10,4	14,5	16,3 (142)	11,8	20
Cig. Por día[a]	3,6 (6,1)	4,8 (8,7)	2,7 (2,4)	4,9 (6,7)	4,4 (6,7)	5,3 (6,7)	3,9 (5,4)	3,9 (6,3)	3,9 (4,9)
Frec 12M[a]	40,7 (59,7)	50,2	32,7 (48,6)	39,6 (59,6)	31,2 (54,8)	44,6 (62,1)	43,8 (59,2)	39,1 (53,7)	46,1 (61,8)
Marihuana									
Vida	1,5 (16)	2,2	0,9	3,2 (31)	4,1	2,4	8,1 (71)	8,5	7,8
Último año	1,0 (11)	1,4	0,7	2,9 (28)	3,4	2,4	7,6 (66)	7,6	7,6
Frec 12M[a]	16,9 (29,5)	22,6 (36,5)	7 (5,8)	38,8 (66,9)	60,9 (83,2)	13,3 (26,6)	20,2 (40,4)	30,2 (54,5)	11,8 (20,3)

Nota. *Según el nivel de medición de las variables, los valores son expresados como frecuencia absoluta (*n*), relativa (%) o como media (desviación estándar). Vida = prevalencia de consumo alguna vez en la vida; Último año = prevalencia de consumo en el último año; Gr. ocasión= gramos de alcohol consumidos por ocasión de consumo; Frec 12M = frecuencia en los últimos 12 meses; BD = Binge Drinking; Cig. Por día= cantidad de cigarrillos consumidos por día. [a]Calculado entre quienes reportaron consumo de la sustancia.

por día. El alcohol fue la sustancia más consumida, desde el inicio del estudio (66%), seguida por porcentajes marcadamente más bajos de tabaco (8,3%) y marihuana (1,5%).

En el T1, más de dos tercios de los adolescentes reportaron consumo de alcohol alguna vez en la vida, porcentaje que aumentó significativamente a 73% en el T2 ($p \leq 0,01$) y a 85% en el T3 ($p \leq 0,001$). La prevalencia de consumo de alcohol anual fue de 42% en el T1 y también mostró un incremento significativo a lo largo de los tiempos: 56% en el T2 ($p \leq 0,001$) y 69% en el T3 ($p \leq 0,001$). La prevalencia de vida de BD, entre quienes reportaron consumo de alcohol en el último año, fue de 19% en el T1, incrementándose en el T2 (31%; $p \leq 0,01$) y en el T3 (40%; $p \leq 0,05$). Paralelamente, el porcentaje de participantes que exhibió BD durante el último año tuvo un incremento estadísticamente significativo, pasando de 16% en el T1 a 29% en el T2 ($p \leq 0,01$) y a 38% en el T3 ($p \leq 0,05$).

El 8% de la muestra reportó consumir tabaco alguna vez en la vida, pasando a 14% en el T2 y 18% en el T3. Si bien, a nivel descriptivo, se observó un mayor porcentaje de participantes con consumo, esos cambios no fueron estadísticamente significativos. Lo mismo ocurrió con el porcentaje de consumo durante el último año. La prevalencia de consumo de marihuana fue marcadamente más baja que la observada para alcohol y tabaco. Puntualmente, la prevalencia de consumo alguna vez en la vida fue del 1,5% en la primera medición, de 3,2% en la segunda y de 8,1% en el T3. La prevalencia de consumo durante el último año no mostró un incremento significativo a lo largo de las mediciones. Los análisis descriptivos para cada una de las variables en función del grupo etario, en cada uno de los tres tiempos, se encuentran en el apartado de material suplementario.

Cantidad y frecuencia de consumo de alcohol, tabaco y marihuana en función del sexo y a lo largo de los tiempos

El ANOVA para la cantidad de alcohol consumido por ocasión reveló un efecto principal significativo de Tiempo ($F_{2, 1708} = 151,7$; $p \leq 0,001$; $\eta^2p = 0,15$). Los análisis *post hoc* indicaron que los 3 tiempos presentaron diferencias significativas entre sí, con un aumento en el consumo a medida que pasaba el tiempo. Se encontró un efecto principal significativo de Tiempo en la frecuencia de consumo de alcohol en el último año ($F_{(2, 1712)} = 6,03$; $p \leq 0,01$; $\eta^2p = 0,01$). Sin embargo, los análisis *post hoc* indicaron ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones. En el análisis de la frecuencia de BD en el último año se encontró un efecto principal de Tiempo ($F_{(2, 1712)} = 9,81$; $p \leq 0,001$; $\eta^2p = 0,01$). De acuerdo con los análisis *post hoc*, la frecuencia de BD aumentó de manera significativa a lo largo de cada una de las mediciones.

Para el consumo de tabaco, el ANOVA para la cantidad de cigarrillos consumidos por día mostró un efecto principal de Tiempo ($F_{(2, 1698)} = 12,74$; $p \leq 0,001$; $\eta^2p = 0,01$), con el valor registrado en T1 siendo significativamente inferior al T2 y T3. El ANOVA para frecuencia de consumo de tabaco en el último año mostró un efecto principal de Sexo ($F_{(1, 854)} = 5,01$; $p \leq 0,05$; $\eta^2p = 0,01$) y Tiempo ($F_{(2, 1708)} = 20,47$; $p \leq 0,001$; $\eta^2p = 0,02$). La frecuencia de consumo fue significativamente mayor en las chicas que en los chicos y, además, se incrementó a lo largo de las mediciones.

El ANOVA para la frecuencia de consumo de marihuana reveló un efecto principal de Sexo ($F_{(1, 855)} = 7,16$; $p \leq 0,01$; $\eta^2p = 0,01$) y Tiempo ($F_{(2, 1710)} = 12,69$; $p \leq 0,001$; $\eta^2p = 0,01$). La frecuencia de consumo de marihuana fue significativamente mayor en chicos que en chicos. A su vez, hubo un incremento significativo del T1 al T3; mientras que la frecuencia de uso de marihuana en el T2 fue estadísticamente similar al T1 y al T3.

Regresión de Poisson con función de enlace logarítmica y varianza robusta

Adolescentes con y sin BD en el último año

El modelo de regresión de Poisson mostró un ajuste adecuado a los datos ($\chi^2 = 47,98$, $p < ,001$). La razón devianza/grados de libertad (0,684) y el estadístico de Pearson/grados de libertad (0,608) indicaron un adecuado ajuste del modelo, sin evidencia de sobredispersión. De las variables incluidas, un mayor puntaje en URG NEG (RP = 1,023), F PREM (RP = 1,025), F PERS (RP = 1,045), B SENS (RP = 1,036) y en toma de riesgos (RP = 1,008) medidas en el T1 se asociaron significativamente con una mayor prevalencia de BD en el T3 (ver Tabla 2).

Adolescentes con y sin consumo de tabaco en el último año

El modelo de regresión de Poisson mostró un ajuste adecuado a los datos ($\chi^2 = 15,10$, $p < ,05$). La razón devianza/grados de libertad (0,675) y el estadístico de Pearson/grados de libertad (0,538) indicaron un adecuado ajuste del modelo, sin evidencia de sobredispersión. De las variables incluidas, un mayor puntaje en F PERS (RP = 1,033) y B SENS (RP = 1,029), medidas en el T1, se asociaron significativamente con una mayor prevalencia de consumo de tabaco en el T3 (ver Tabla 2).

Adolescentes con y sin consumo de marihuana en el último año

El modelo de regresión de Poisson mostró un ajuste adecuado a los datos ($\chi^2 = 17,45$, $p < ,01$). La razón devianza/grados de libertad (0,599) y el estadístico de Pearson/grados de libertad (0,513) indicaron un adecuado ajuste del modelo, sin evidencia de sobredispersión. De todas las variables incluidas, F PREM (RP = 1,057), F PERS (RP = 1,042), B SENS (RP = 1,033) y toma de riesgos (RP = 1,019) medidas en el T1 (ver Tabla 2) se asociaron signi-

Tabla 2
Razón de prevalencias entre adolescentes con y sin consumo, para las variables Binge Drinking, consumo de tabaco y consumo de marihuana

	RP	IC 95%	
		Inferior	Superior
Binge Drinking			
Impulsividad rasgo			
URG NEG	**1,023**	**1,003**	**1,043**
F PREM	**1,025**	**1,001**	**1,048**
F PERS	**1,045**	**1,023**	**1,069**
B SENS	**1,036**	**1,017**	**1,055**
URG POS	1,003	0,984	1,022
Toma de riesgos	**1,008**	**1,001**	**1,014**
Tabaco			
Impulsividad rasgo			
URG NEG	1,019	0,993	1,047
F PREM	1,019	0,988	1,052
F PERS	**1,033**	**1,003**	**1,064**
B SENS	**1,029**	**1,003**	**1,057**
URG POS	1,012	0,986	1,039
Toma de riesgos	1,002	0,993	1,011
Marihuana			
Impulsividad rasgo			
URG NEG	1,010	0,972	1,049
F PREM	**1,057**	**1,011**	**1,105**
F PERS	**1,042**	**1,007**	**1,079**
B SENS	**1,033**	**1,001**	**1,066**
URG POS	1,000	0,967	1,035
Toma de riesgos	**1,019**	**1,009**	**1,030**

Nota. RP= razón de prevalencia; IC= intervalos de confianza; URG NEG= Urgencia Negativa; F PREM= Falta de Premeditación; F PERS= Falta de Perseverancia; B SENS= Búsqueda de Sensaciones; URG POS= Urgencia Positiva. En **negrita** se presentan los resultados estadísticamente significativos a $p \leq 0,05$.

ficativamente con una mayor prevalencia de consumo de marihuana en T3 (ver Tabla 2). Es decir, mayores niveles en estas dimensiones de impulsividad y en la toma de riesgos al inicio del estudio se asociaron con una mayor prevalencia de consumo de marihuana al final del seguimiento.

Discusión

Uno de los objetivos de este estudio longitudinal fue describir y examinar variaciones en el consumo de alcohol, tabaco y marihuana en adolescentes (de 10 a 15 años al inicio del estudio) a lo largo de tres mediciones anuales. De gran relevancia es que, al comienzo del estudio, dos tercios (66%) de la muestra (Media edad = 12 años) habían tenido contacto con el alcohol, incrementándose al 85% en la tercera medición. Estos porcentajes son incluso más elevados que relevamientos a nivel nacional (SEDRONAR, 2017) e internacional (OEDA, 2024), donde entre un 46% y 58% de adolescentes de 12 a 14 años y entre un 79% y 81% de adolescentes de 15 a 16 años consumió alcohol alguna vez en la vida. Notablemente, el consumo promedio de alcohol (entre personas que consumieron) pasó de 31,8 gramos por ocasión (equivalente a 2 vasos de cerveza), en el comienzo del estudio, a 53,6 gramos (equivalente a 4 vasos de cerveza; esto es, correspondiendo a BD) en el T3. Asimismo, se observó que, en promedio, aumentó en 3 días la frecuencia de consumo de alcohol pasando de 16 a 19 días en el año.

El porcentaje de adolescentes con consumo de tabaco y marihuana alguna vez en la vida pasó de 8,3% y 1,5%, respectivamente, en el primer tiempo a 18,3% y 8,1% en el T3. Estos valores son marcadamente más bajos que los brindados por el Observatorio Argentino de Drogas (SEDRONAR, 2019) donde el 20,6% y 5,7% de adolescentes de hasta 14 años reportó consumo de tabaco y marihuana, respectivamente, y quienes tenían entre 15 y 16 años presentaron prevalencias de 41,2% y 18,7%. Un resultado llamativo de nuestro estudio refiere a la frecuencia de consumo de estas sustancias que, para tabaco, pasó de 3 veces por mes en la primera medición a casi una vez por semana en el T3 y, para marihuana, pasó de una vez por mes a dos veces por mes en la última medición.

Un aspecto relevante a considerar, para la interpretación de estos resultados, es que el incremento observado en el consumo a lo largo de las mediciones probablemente refleje cambios evolutivos asociados a la edad. En este sentido, la transición desde la preadolescencia hacia la adolescencia media constituye un período crítico para el inicio y escalada del consumo de sustancias (Spear, 2018). Diversos estudios han mostrado que, a medida que aumenta la edad, se incrementan tanto la prevalencia como la frecuencia de consumo (Aiken et al., 2018; Johnston et al., 2021; Pilatti et al., 2023). Vale destacar que uno de los principales aportes de este trabajo es haber documentado longitudinalmente estos cambios en una cohorte de adolescentes de Argentina. Puntualmente, el trabajo contribuye a la comprensión de factores que, en este contexto evolutivo, promueven la escalada en el consumo.

Al analizar el consumo en función del sexo, los resultados encontrados coinciden con estudios nacionales (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2020; Pilatti et al., 2023; SEDRONAR, 2017) e internacionales (White, 2020; Johnston et al., 2021; OEDA, 2024; OPS, 2021). Puntualmente, las conductas de consumo de alcohol fueron similares entre chicos y chicas a lo largo de los años, mientras que el consumo de tabaco presentó valores más altos en las chicas y el consumo de marihuana fue mayor en los chicos a lo largo de los tiempos. Algunos estudios han reportado que las chicas que consumen tabaco, en comparación a los chicos que consumen, sufren mayores efectos psicológicos ante la abstinencia (Faulkner et al., 2018), tienden a recaer en el consumo ante el estrés (Xu et al., 2008) y presentan

mayores dificultades para mantener la abstinencia a largo plazo (Smith et al., 2016).

Otro objetivo fue examinar la asociación prospectiva entre variables de personalidad (impulsividad y toma de riesgos) y la prevalencia de consumo de sustancias dos años más tarde. Para el alcohol, salvo URG POS, el resto de las dimensiones de impulsividad rasgo y la toma de riesgos se asociaron con una mayor prevalencia de BD. Estos resultados coinciden parcialmente con estudios longitudinales de otros países. Por ejemplo, algunos trabajos en muestras de adolescentes estadounidenses han observado que la impulsividad en general (Farley & Kim-Spoon, 2015), así como los rasgos urgencia (Riley et al., 2016), F PREM y B SENS (Ellingson et al., 2019) se asociaron con mayor frecuencia de consumo de alcohol posterior. En España, Fernández-Artamendi et al. (2018) encontraron que mayores niveles de impulsividad y B SENS predijeron una mayor frecuencia de episodios de intoxicación y problemas derivados del alcohol en adolescentes (*M* edad = 13,02 *DE*= 5,07). En Argentina, Pilatti et al. (2017) encontraron que únicamente las dimensiones URG POS y URG NEG se asociaron con el consumo de alcohol (usual y BD) posterior, aunque ese estudio solo incluyó dos tiempos separados por tres meses. En general, las investigaciones que han evaluado el consumo de alcohol y toma de riesgos (utilizando BART) no han reportado asociaciones significativas o efectos del consumo sobre la posterior toma de riesgos (ver revisión Canning et al., 2022). En este sentido, un hallazgo novedoso del presente trabajo refiere, precisamente, al rol de la toma de riesgos sobre el involucramiento en patrones de consumo problemáticos como el BD.

En el caso del consumo de tabaco, los adolescentes que presentaron una mayor tendencia a buscar sensaciones novedosas (B SENS) y que tuvieron más dificultades de permanecer en tareas largas y aburridas (F PERS) mostraron una mayor prevalencia de consumo de tabaco dos años después. Al igual que en nuestro estudio, diversas investigaciones internacionales mostraron que mayores niveles de impulsividad en adolescentes permiten distinguir entre personas con y sin consumo de tabaco (Fields et al., 2009; Reynolds et al., 2007; Weckler et al., 2017) así como predecir el consumo de tabaco posterior (Farley & Kim-Spoon, 2015; Malmberg et al., 2013). A su vez, en un meta-análisis (Bos et al., 2019) todas las dimensiones de la UPPS-P se asociaron positivamente con el consumo de tabaco en adolescentes, pero la B SENS fue la dimensión que se asoció más intensamente (r = 0,20), coincidiendo esto último con los resultados de nuestro estudio. Otra investigación (Zhao et al., 2019) encontró que la B SENS predijo positivamente el consumo de tabaco, así como de alcohol, en adolescentes de 11 a 16 años.

Por otra parte, una mayor tendencia a actuar sin pensar en las consecuencias de los actos (F PREM), a buscar sensaciones novedosas (B SENS), una mayor dificultad a permanecer en tareas largas y aburridas (F PERS) y una mayor toma de riesgos se asociaron con una mayor prevalencia de consumo de marihuana dos años después. Estos hallazgos son consistentes con un metaanálisis en población adolescente que evidenció asociaciones entre las dimensiones de impulsividad rasgo y el consumo de marihuana, así como con problemas asociados (VanderVeen et al., 2016). Asimismo, estudios previos han encontrado que la toma de riesgos distingue entre personas con y sin consumo de marihuana, siendo mayor en quienes consumen (Hanson et al., 2014), y que predice incrementos en el consumo a lo largo del tiempo (Felton et al., 2015). Asimismo, se ha observado que una mayor toma de riesgos se asocia con una menor probabilidad de discontinuar el consumo en la juventud (LaSpada et al., 2020). Según LaSpada et al. la dificultad en el procesamiento de riesgos asociados a una conducta podría impactar en un mayor consumo posterior, ya que la habilidad de considerar las consecuencias a largo plazo estaría disminuida. Esto va en la misma línea con nuestros resultados, ya que una mayor dificultad de considerar las consecuencias de los actos (F PREM) también se asoció a una mayor prevalencia de consumo de marihuana.

Esta investigación presenta algunas limitaciones. Aunque se invitó a participar a la totalidad de las instituciones ubicadas dentro del radio geográfico definido, la selección de las escuelas no se realizó mediante un procedimiento aleatorio sino auto-elegido y no se pudo contar con colegios de gestión pública. Estos elementos limitan la representatividad de la muestra. En este sentido, aunque se contó con una muestra de gran tamaño y una adecuada representación por sexo, los resultados deben interpretarse con cautela, ya que las prevalencias y asociaciones observadas podrían estar relacionadas con un perfil socioeconómico específico, limitando su generalización, especialmente a adolescentes que asisten a establecimientos educativos con menor disponibilidad de recursos. Por otro lado, para medir la impulsividad rasgo y el consumo de sustancias, utilizamos medidas de auto-informe que dependen de la capacidad de las personas para valorar correctamente sus rasgos de su personalidad y puede llevar a estimaciones del consumo poco precisas por el sesgo de memoria. Otra limitación es que la cantidad de casos con consumo de sustancias (especialmente tabaco y marihuana) impidió realizar los análisis multivariados en función del sexo. Futuros estudios deberían avanzar en obtener muestras incluso de mayor tamaño que permitan realizar análisis diferenciales por sexo. Por otro lado, no se consideraron otras variables que podrían haber influido en las conductas de consumo de sustancias. Por ejemplo, las normas sociales (Pilatti et al., 2021) o las expectativas hacia el consumo (Smit et al., 2018), podrían haber actuado como variables mediadoras en la relación entre los factores de personalidad y el uso de sustancias (Paternó Manavella et al., 2022; Pearson & Hustad, 2014). Futuros estudios deberían integrar estas va-

riables. Finalmente, la definición de UEA presenta cierta variabilidad geográfica, por ejemplo, en España equivale a 10 gramos de alcohol (Valencia Martín et al., 2014), mientras que en Argentina suele corresponder a ≈14 gramos (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2025). Estas diferencias en la definición plantean ciertamente una limitación a la hora de comparar las prevalencias de consumo entre países.

A pesar de las limitaciones, nuestro estudio aporta evidencia sobre la prevalencia de consumo alcohol, tabaco y marihuana, y su variación a lo largo de tres años, en una amplia muestra de adolescentes con un bajo porcentaje de muerte experimental (≤20%). Los resultados postulan un perfil de personalidad específico para la prevalencia de cada sustancia evaluada. Esto resulta de particular importancia ya que la impulsividad, así como la propensión a involucrarse en conductas riesgosas, muestran su mayor incremento durante esta etapa del desarrollo (Bava & Tapert, 2010; Collado et al., 2014). Las personas adolescentes con problemas de autocontrol podrían presentar una mayor vulnerabilidad a involucrarse en conductas de consumo de sustancias y, en ese sentido, constituir una subpoblación relevante para el diseño de intervenciones tempranas orientadas a retrasar la progresión hacia comportamientos de uso problemático.

Al respecto, nuestros resultados sugieren como vías potenciales de intervención aquellas estrategias destinadas a fortalecer el autocontrol y a estimular la búsqueda de actividades que sean excitantes, pero aun así saludables (Hampson et al., 2013). Las intervenciones específicamente destinadas a prevenir el uso de marihuana y/o alcohol podrían apuntar al desarrollo de habilidades de autocontrol, regulación emocional (Modecki et al., 2017) y de atención plena (Lokita et al., 2021). No obstante, es importante considerar que los modelos preventivos actuales sugieren enfoques multicomponente, que articulen variables individuales, vínculos interpersonales y entornos educativos (Liu et al., 2023, Tinner et al., 2022). En este sentido, podría ser de gran relevancia incorporar la evaluación de dimensiones específicas de impulsividad y toma de riesgos en contextos escolares y de atención primaria, con el objetivo de identificar tempranamente perfiles de mayor vulnerabilidad para aplicar intervenciones preventivas. De igual manera, los hallazgos del presente estudio deben interpretarse como un aporte y como un punto de partida para futuras investigaciones que integren otras variables de contexto, permitiendo así el desarrollo de programas de prevención integrales.

Reconocimientos

Las personas autoras de este trabajo queremos agradecer a las escuelas y estudiantes que participaron en el estudio. También agradecemos por su valiosa contribución en la recolección de datos a estudiantes de grado Florencia Albornoz, Marisol Alonso, Rebeca Angulo Pereira, María Argüello Pitt, Melisa Armesto, Verena Arpellino, Delfina Azcona León, Lucía Barbero, Rosalía Barrero, Bárbara Bazán, Adriano Ivo Bisconti, Franco Boldini, Mariquena Bustos, Florencia Cabada, Débora Cáceres, Rocío Cardozo, Candelaria Contreras, Teresa Denis, Santiago Dubini, Valentina Durando, Camila Flores, Azul Gatti, Julieta García, Ezio Gómez Manzone, Ana Goujón, Agustín Herrera, Melina Herrera, María del Rosario Iborra, Aldana Inés Isasi, Eugenia Luque, María Florencia Medina, Micaela Merlino, Natalia Monetti, Eliana Murialdo, Gloria Nieve, Macarena Nillus, Jairo Páez, Antonela Pais, Paola Palacios, Mara Pedernera, Jeanette Peralta Arias, Mariángeles Pinilla, Florencia Provens, Ivonne Quatroppani, Dacio Requejo, Martín Rija, Jesica Rossi, Florencia Russo, Melina Saravia, Oriana Squillari, Florencia Tablada, Carolina Tavares, Romina Verón, Ana Paz Vidal, Valeria Volpini, Julieta Yepes y María Angélica Zurita.

Financiación

Este trabajo ha sido posible gracias al financiamiento de la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica (FONCyT, Argentina subsidios PICT 2015-849 y PICT 2018-3170), de la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional de Córdoba (SECyT-UNC), y del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

Conflicto de intereses

Las personas autoras declaramos no tener conflictos de intereses.

Material suplementario

El material suplementario de este artículo está disponible en acceso abierto en https://doi.org/10.17605/OSF.IO/7YHSC.

Contribuciones de autores

Gabriela Rivarola Montejano, Angelina Pilatti y Ricardo Pautassi concibieron el estudio y contribuyeron a su diseño. Rivarola Montejano recopiló los datos y Pilatti y Pautassi supervisaron la recolección. Rivarola Montejano, Pilatti y Pautassi realizaron el análisis estadístico. Rivarola Montejano redactó el primer borrador. Pilatti y Pautassi revisaron críticamente, editaron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Referencias

Addolorato, G., Vassallo, G. A., Antonelli, G., Antonelli, M., Tarli, C., Mirijello, A., Agyei-Nkansah, A., Mente-

lla, M. C., Ferrarese, D., Mora, V., Barbàra, M., Maida, M., Cammà, C., Gasbarrini, A., & Alcohol Related Disease Consortium* (2018). Binge Drinking among adolescents is related to the development of Alcohol Use Disorders: results from a Cross-Sectional Study. *Scientific Reports*, *8*(1), 12624. https://doi.org/10.1038/s41598-018-29311-y

Aiken, A., Clare, P. J., Wadolowski, M., Hutchinson, D., Najman, J. M., Slade, T., Bruno, R., McBride, N., Kypri, K., & Mattick, R. P. (2018). Age of alcohol initiation and progression to binge drinking in adolescence: a prospective cohort study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *42*(1), 100-110. https://doi.org/ 10.1111/acer.13525

Allen, J. P. (2024). Rethinking peer influence and risk taking: A strengths-based approach to adolescence in a new era. *Development and Psychopathology*, *36*(5), 2244–2255. https://doi.org/10.1017/S0954579424000877

Bava, S., & Tapert, S. F. (2010). Adolescent brain development and the risk for alcohol and other drug problems. *Neuropsychology Review*, *20*(4), 398-413. https://doi.org/10.1007/s11065-010-9146-6

Bos, J., Hayden, M. J., Lum, J. A., & Staiger, P. K. (2019). UPPS-P impulsive personality traits and adolescent cigarette smoking: A meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, *197*, 335-343. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.018

Caneto, F., Pilatti, A., Cupani, M., & Pautassi, R. (2020). Validación de la versión breve en español de la escala UPPS-P de impulsividad para niños y adolescentes (BUPPS-P NA). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *25*(3), 175-185. https://doi.org/10.5944/rppc.26249

Canning, J. R., Schallert, M. R., & Larimer, M. E. (2022). A Systematic Review of the Balloon Analogue Risk Task (BART) in Alcohol Research. *Alcohol and Alcoholism, 57*(1), 85-103. https://doi.org/10.1093/alcalc/agab004

Collado, A., Felton, J. W., MacPherson, L., & Lejuez, C. W. (2014). Longitudinal trajectories of sensation seeking, risk taking propensity, and impulsivity across early to middle adolescence. *Addictive Behaviors*, *39*(11), 1580-1588. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.01.024

Crane, N. A., Schuster, R. M., Fusar-Poli, P., & Gonzalez, R. (2013). Effects of cannabis on neurocognitive functioning: recent advances, neurodevelopmental influences, and sex differences. *Neuropsychology Review*, *23*(2), 117-137. https://doi.org/10.1007/s11065-012-9222-1

De Boer, A., Peeters, M., & Koning, I. (2017). An experimental study of risk taking behavior among adolescents: A closer look at peer and sex influences. *The Journal of Early Adolescence*, *37*(8), 1125-1141. https://doi.org/10.1177/0272431616648453

Donoghue, K., Rose, H., Boniface, S., Deluca, P., Coulton, S., Alam, M. F., Gilvarry, E., Kaner, E., Lynch, E., Maconochie, I., McArdle, P., McGovern, R., Newbury-Birch, D., Patton, R., Phillips, C., Phillips, T., Russell, I., Strang, J., & Drummond, C. (2017). Alcohol consumption, early-onset drinking, and health-related consequences in adolescents presenting at emergency departments in England. *Journal of Adolescent Health*, *60*(4), 438-446. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.11.017

Duell, N., Steinberg, L., Icenogle, G., Chein, J., Chaudhary, N., Di Giunta, L., Dodge, K., Fanti, K., Lansford, J., Oburu, P., Pastorelli, C., Skinner, A., Sorbring, E., Tapanya, S., Uribe Tirado, L., Peña Alampay, L., Al-Hassan, S., Takash, H., Bacchini, D., & Chang, L. (2018). Age patterns in risk taking across the world. *Journal of Youth and Adolescence*, *47*(5), 1052-1072. https://doi.org/10.1007/s10964-017-0752-y

Ellingson, J. M., Corley, R., Hewitt, J. K., & Friedman, N. P. (2019). A prospective study of alcohol involvement and the dual-systems model of adolescent risk-taking during late adolescence and emerging adulthood. *Addiction*, *114*(4), 653-661. https://doi.org/10.1111/add.14489

Espelt, A., Bosque-Prous, M., & Marí Dell'Olmo, M. (2019). Reflexiones sobre el uso de la Odds Ratio o la Razón de Prevalencias o Proporciones. *Adicciones*, *31*(4), 257-259, https://doi.org/10.20882/adicciones.1416

Espelt, A., Marí-Dell'Olmo, M., Penelo, E., & Bosque-Prous, M. (2017). Estimación de la Razón de Prevalencia con distintos modelos de Regresión: Ejemplo de un estudio internacional en investigación de las adicciones. *Adicciones*, *29*(2), 105-112. http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.823

Fields, S., Collins, C., Leraas, K., & Reynolds, B. (2009). Dimensions of impulsive behavior in adolescent smokers and nonsmokers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *17*(5), 302–311. https://doi.org/10.1037/a0017185

Farley, J., & Kim-Spoon, J. (2015). Longitudinal Associations among Impulsivity, Friend Substance Use, and Adolescent Substance Use. *Journal of Addiction Research & Therapy, 6*(2), 1-14. https://doi.org/10.4172/2155-6105.1000220

Faulkner, P., Petersen, N., Ghahremani, D. G., Cox, C. M., Tyndale, R. F., Hellemann, G. S., & London, E. D. (2018). Sex differences in tobacco withdrawal and responses to smoking reduced-nicotine cigarettes in young smokers. *Psychopharmacology, 235*(1), 193-202. https://doi.org/10.1007/s00213-017-4755-x

Felton, J. W., Collado, A., Shadur, J. M., Lejuez, C. W., & MacPherson, L. (2015). Sex differences in self-report and behavioral measures of disinhibition predicting marijuana use across adolescence. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *23*(4), 265–274. https://doi.org/10.1037/pha0000031

Fernández-Artamendi, S., Martínez-Loredo, V., Grande-Gosende, A., Simpson, I. C., & Fernández-Hermi-

da, J. R. (2018). What predicts what? Self-reported and behavioral impulsivity and high-risk patterns of alcohol use in Spanish early adolescents: A 2-year longitudinal study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *42*(10), 2022-2032. https://doi.org/10.1111/acer.13852

Fernie, G., Peeters, M., Gullo, M. J., Christiansen, P., Cole, J. C., Sumnall, H., & Field, M. (2013). Multiple behavioural impulsivity tasks predict prospective alcohol involvement in adolescents. *Addiction*, *108*(11), 1916-1923. https://doi.org/10.1111/add.12283

Gunn, R., & Smith, G. (2010). Risk factors for elementary school drinking: Pubertal status, personality, and alcohol expectancies concurrently predict fifth grade alcohol consumption. *Psychology of Addictive Behaviors, 24*(4), 617-627. https://doi.org/10.1037/a0020334

Hampson, S. E., Tildesley, E., Andrews, J. A., Barckley, M., & Peterson, M. (2013). Smoking trajectories across high school: sensation seeking and Hookah use. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, *15*(8), 1400–1408. https://doi.org/10.1093/ntr/nts338

Hanson, K. L., Thayer, R. E., & Tapert, S. F. (2014). Adolescent marijuana users have elevated risk-taking on the balloon analog risk task. *Journal of Psychopharmacology*, *28*(11), 1080-1087. https://doi.org/10.1177/0269881114550352

Hardin, J. W. & Hilbe, J. M. (2018). *Generalized linear models and extensions* (4ta ed.). STATA Press.

Harrison, J. D., Young, J. M., Butow, P., Salkeld, G., & Solomon, M. J. (2005). Is it worth the risk? A systematic review of instruments that measure risk propensity for use in the health setting. *Social Science & Medicine, 60*(6), 1385–1396. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.07.006

Hawley, P. H. (2011). The evolution of adolescence and the adolescence of evolution: The coming of age of humans and the theory about the forces that made them. *Journal of Research on Adolescence*, *21*(1), 307-316. https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00732.x

Hemsing, N., & Greaves, L. (2020). Gender norms, roles and relations and cannabis-use patterns: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(3), 947. https://doi.org/10.3390/ijerph17030947

Henrich, J., Heine, S. J., & Norenzayan, A. (2010). Most people are not WEIRD. *Nature*, *466*(7302), 29-29. https://doi.org/10.1038/466029a

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill.

Honorable Congreso de la Nación Argentina (2000). *Ley 25326: Protección de datos personales*. https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25326-64790

International Society for Research on Impulsivity (2021). *What is impulsivity?* https://www.impulsivity.org/

Johnston, L. D., Miech, R. A., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., Schulenberg, J. E., & Patrick, M. E. (2021). *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2020: Overview, Key Findings on Adolescent Drug Use*. Institute for Social Research, University of Michigan.

LaSpada, N., Delker, E., East, P., Blanco, E., Delva, J., Burrows, R., Lozoff, B., & Gahagan, S. (2020). Risk taking, sensation seeking and personality as related to changes in substance use from adolescence to young adulthood. *Journal of Adolescence*, *82*(1), 23-31. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.04.011

Lees, B., Meredith, L. R., Kirkland, A. E., Bryant, B. E., & 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

Lejuez, C. W., Aklin, W. M., Jones, H. A., Richards, J. B., Strong, D. R., Kahler, C. W., & Read, J. P. (2003). The Balloon Analogue Risk Task (BART) differentiates smokers and nonsmokers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *11*(1), 26-33. https://doi.org/10.1037/1064-1297.11.1.26

Liu, X. Q., Guo, Y. X., & Wang, X. (2023). Delivering substance use prevention interventions for adolescents in educational settings: A scoping review. *World Journal of Psychiatry*, *13*(7), 409–422. https://doi.org/10.5498/wjp.v13.i7.409

Lokita, K., Siahaan, F., & Widyasari, P. (2021). The mediating effect of emotion regulation on the mindfulness and impulsivity of high school students. *Psikohumaniora: Jurnal Penelitian Psikologi, 6*(2), 199-214. https://doi.org/10.21580/pjpp.v6i2.8953

Lynam, D. R., Smith, G. T., Whiteside, S. P., & Cyders, M. A. (2006). *The UPPS–P: Assessing five personality pathways to impulsive behavior (Tech. Rep.)*. Purdue University.

MacPherson, L., Magidson, J. F., Reynolds, E. K., Kahler, C. W., & Lejuez, C. W. (2010). Changes in sensation seeking and risk-taking propensity predict increases in alcohol use among early adolescents. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, *34*(8), 1400–1408. https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01223.x

Malmberg, M., Kleinjan, M., Overbeek, G., Vermulst, A. A., Lammers, J., & Engels, R. C. (2013). Are there reciprocal relationships between substance use risk personality profiles and alcohol or tobacco use in early adolescence? *Addictive Behaviors*, *38*(12), 2851-2859. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.08.003

Man P. K. (2024). Gambling disorder gender analysis: social strain, gender norms, and self-control as risk factors. *Frontiers in Sociology, 9*, 1436066. https://doi.org/10.3389/fsoc.2024.1436066

Martínez-Loredo, V., Fernández-Hermida, J. R., de La Torre-Luque, A., & Fernández-Artamendi, S. (2018). Polydrug use trajectories and differences in impulsivity among adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *18*(3), 235-244. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2018.07.003

Meruelo, A. D., Castro, N., Cota, C. I., & Tapert, S. F. (2017). Cannabis and alcohol use, and the developing brain. *Behavioural Brain Research*, *325*, 44-50. https://doi.org/10.1016/j.bbr.2017.02.025

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2025). *Manual para el cuidado de*

personas con enfermedades no transmisibles. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/manualcuidadoent4_-1-.pdf

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2020). *Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes: Informe final de Argentina, 2018*. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-09/encuesta-mundial-sobre-tabaco-en-jovenes-en-argentina-junio-2020.pdf

Modecki, K. L., Zimmer-Gembeck, M. J., & Guerra, N. (2017). Emotion regulation, coping, and decision making: Three linked skills for preventing externalizing problems in adolescence. *Child Development*, *88*(2), 417-426. https://doi.org/10.1111/cdev.12734

Mueller, S., & Piper, B. (2014). The Psychology Experiment Building Language (PEBL) and PEBL test battery. *Journal of Neuroscience Methods*, *222*, 250-259. https://doi.org/10.1016/j.jneumeth.2013.10.024

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA (2017). Underage drinking. https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/underagedrinking/Underage_Fact.pdf

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, OEDA. (2024). Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm

Okoli, C., Greaves, L., & Fagyas, V. (2013). Sex differences in smoking initiation among children and adolescents. *Public Health*, *127*(1), 3-10. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.09.015

Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2021). *Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la región de las Américas 2020*. Organización Panamericana de la Salud.

Paternó Manavella, M. A., Rivarola Montejano, G., Michelini, Y., Rodríguez Espínola, S., & Pilatti, A. (2022). Evaluación del Modelo de Predisposición Adquirida para consumo de alcohol en adolescentes. *Ciencias de la salud*, *20*(3), 1-22.

https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9460

Pearson, M. R., & Hustad, J. T. (2014). Personality and alcohol-related outcomes among mandated college students: Descriptive norms, injunctive norms, and college-related alcohol beliefs as mediators. *Addictive Behaviors*, *39*(5), 879-884. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.01.008

Pilatti, A., Fernández, C., Viola, A., García, J. S., & Pautassi, R. M. (2017). Efecto reciproco de impulsividad y consumo de alcohol en adolescentes argentinos. *Salud y Drogas*, *17*(1), 107-121. https://doi.org/10.21134/haaj.v17i1.290

Pilatti, A., Godoy, J. C., Brussino, S., & Pautassi, R. M. (2013). Underage drinking: prevalence and risk factors associated with drinking experiences among Argentinean children. *Alcohol*, *47*(4), 323-331. https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2013.02.001

Pilatti, A., Kuntsche, E., Acosta, B., Diaz, J., Caneto, F., & Pautassi, R. M. (2023). Perceived Risk and Social Norms Associated with Alcohol, Tobacco, and Marijuana Use in Argentinean Teenagers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *21*, 1782–1798. https://doi.org/10.1007/s11469-021-00689-7

Reynolds, E. K., Collado-Rodriguez, A., MacPherson, L., & Lejuez, C. (2013). Impulsivity, disinhibition, and risk taking in addiction. En P. M. Miller (Ed.), *Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders*, (pp.203-212). Academic Press.

Reynolds, B., Patak, M., Shroff, P., Penfold, R. B., Melanko, S., & Duhig, A. M. (2007). Laboratory and self-report assessments of impulsive behavior in adolescent daily smokers and nonsmokers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 15*(3), 264–271. https://doi.org/10.1037/1064-1297.15.3.264

Riley, E. N., Rukavina, M., & Smith, G. T. (2016). The reciprocal predictive relationship between high-risk personality and drinking: An 8-wave longitudinal study in early adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, *125*(6), 798–804. https://doi.org/10.1037/abn0000189

Rømer Thomsen, K., Callesen, M. B., Hesse, M., Kvamme, T. L., Pedersen, M. M., Pedersen, M. U., & Voon, V. (2018). Impulsivity traits and addiction-related behaviors in youth. *Journal of Behavioral Addictions*, *7*(2), 317-330. https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.22

Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, SEDRONAR. (2017). Análisis de los contextos individuales y sociofamiliares en jóvenes escolarizados y su relación con el consumo de alcohol y marihuana. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/05/oad_2017._contextos_individuales_y_socio-familiares_en_jovenes_escolarizados_y_la_relacion_con_consumo_de_alcohol_y_marihuana_0.pdf

Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, SEDRONAR. (2019). Estudio epidemiológico en población de educación secundaria. https://www.argentina.gob.ar/sedronar/investigacion-y-estadisticas/observatorio-argentino-de-drogas/estudios/investigaciones-por-a%C3%B1o/2019

Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, SEDRONAR. (2023). Principales resultados en relación con el consumo de bebidas alcohólicas. https://www.argentina.gob.ar/sedronar/observatorio-argentino-de-drogas/encuesta-nacional-sobre-consumos-y-practicas-de-cuidado-0

Shulman, E. P., Smith, A. R., Silva, K., Icenogle, G., Duell, N., Chein, J., & Steinberg, L. (2016). The dual systems model: Review, reappraisal, and reaffirmation. *Developmental Cognitive Neuroscience*, *17*, 103-117. https://doi.org/10.1016/j.dcn.2015.12.010

Smit, K., Voogt, C., Hiemstra, M., Kleinjan, M., Otten, R., & Kuntsche, E. (2018). Development of alcohol expectancies and early alcohol use in children and adolescents: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *60*, 136-146. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.02.002

Smith, P. H., Bessette, A. J., Weinberger, A. H., Sheffer, C. E., & McKee, S. A. (2016). Sex/gender differences in smoking cessation: a review. *Preventive Medicine*, *92*, 135-140. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.07.013

Smith, R. F., McDonald, C. G., Bergstrom, H. C., Ehlinger, D. G., & Brielmaier, J. M. (2015). Adolescent nicotine induces persisting changes in development of neural connectivity. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *55*, 432–443. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.05.019

Spear, L. P. (2018). Effects of adolescent alcohol consumption on the brain and behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, *19*(4), 197-214. https://doi.org/10.1038/nrn.2018.10

Teixidó-Compañó, E., Sordo, L., Bosque-Prous, M., Puigcorbé, S., Barrio, G., Brugal, M. T., Belza, M. J., & Espelt, A. (2019). Factores individuales y contextuales relacionados con el binge drinking en adolescentes españoles: Un enfoque multinivel. *Adicciones*, *31*(1), 41-51. https://doi.org/10.20882/adicciones.975

Tinner, L., Palmer, J. C., Lloyd, E. C., Caldwell, D. M., MacArthur, G. J., Dias, K., Langford, R., Redmore, J., Wittkop, L., Holmes Watkins, S., Hickman, M., & & Campbell, R. (2022). Individual-, family-and school-based interventions to prevent multiple risk behaviours relating to alcohol, tobacco and drug use in young people aged 8-25 years: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, *22*(1), 1111. https://doi.org/10.1186/s12889-022-13072-5

Valencia Martín, J. L., González, M., & Galán, I. (2014). Aspectos metodológicos en la medición del consumo de alcohol: la importancia de los patrones de consumo. *Revista Española de Salud Pública*, *88*, 433-446. https://doi.org/10.4321/S1135-57272014000400002

VanderVeen, J. D., Hershberger, A. R., & Cyders, M. A. (2016). UPPS-P model impulsivity and marijuana use behaviors in adolescents: A meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, *168*, 181–190. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.09.016

Walker, J. F., & Loprinzi, P. D. (2014). Longitudinal Examination of Predictors of Smoking Cessation in a National Sample of U.S. Adolescent and Young Adult Smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, *16*(6), 820-827. https://doi.org/10.1093/ntr/ntu005

Waller, R., Murray, L., Shaw, D. S., Forbes, E. E., & Hyde, L. W. (2019). Accelerated alcohol use across adolescence predicts early adult symptoms of alcohol use disorder via reward-related neural function. *Psychological Medicine*, *49*(4), 675-684. https://doi.org/10.1017/S003329171800137X

Wang, W., Evans, K., & Schweizer, S. (2025). Social and non-social risk-taking in adolescence. *Scientific Reports*, *15*(1), 6880. https://doi.org/10.1038/s41598-025-90050-y

Weckler, H., Kong, G., Larsen, H., Cousijn, J., Wiers, R. W., & Krishnan-Sarin, S. (2017). Impulsivity and approach tendencies towards cigarette stimuli: Implications for cigarette smoking and cessation behaviors among youth. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *25*(5), 363–372. https://doi.org/10.1037/pha0000139

White, A. M. (2020). Gender Differences in the Epidemiology of Alcohol Use and Related Harms in the United States. *Alcohol Research: Current Reviews*, *40*(2), Artículo 01. https://doi.org/10.35946/arcr.v40.2.01

Xu, J., Azizian, A., Monterosso, J., Domier, C. P., Brody, A. L., London, E. D., & Fong, T. W. (2008). Gender effects on mood and cigarette craving during early abstinence and resumption of smoking. *Nicotine & Tobacco Research*, *10*(11), 1653-1661. https://doi.org/10.1080/14622200802412929

Zhao, W., Xu, F., Ding, W., Song, Y., & Zhao, Q. (2019). The relationship between sensation seeking and tobacco and alcohol use among junior high school students: The regulatory effect of parental psychological control. *Frontiers in Psychology*, *10*, 2022. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02022

DIRECTRICES PARA AUTORES

Adicciones está editada por **Socidrogalcohol**, *Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y otras Toxicomanías*.

Adicciones publica artículos originales en el campo de las adicciones, incluyendo publicaciones sobre el tratamiento, la prevención, estudios básicos y descriptivos 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, 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

La revistas Adicciones se adhiere al acuerdo Farmington que los autores pueden consultar para elaborar sus manuscritos y en el que se recogen las recomendaciones y principios éticos de la ISAJE (International Society of Addiction Journals Editors): **https://www.isaje.net/farmington-consensus.html.** También pueden consultarse las normas de publicación de la American Psychological Association, 7ª edición (2020).

Además, la revista Adicciones se adhiere a la Declaración sobre la Evaluación de la Investigación (DORA), que reconoce la necesidad de mejorar los métodos de evaluación de los resultados de la investigación académica.

Idiomas

La revista admite artículos en español y en inglés para su revisión. La edición definitiva de los artículos se publicará en ambos idiomas.

Política de originalidad, autoría, y contribuciones

Los artículos deben ser originales y no haber sido publicados previamente. 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.

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 autores aceptarán la autoría y deberán declarar que han participado activamente en la elaboración del manuscrito, y que tanto el borrador como la versión final han sido leídos y aprobados por cada uno de ellos. En el manuscrito se deberá incluir en un apartado de "Contribución y autoría" la contribución de cada autor siguiendo la taxonomía CReDiT: **https://credit.niso.org/**

Adicionalmente, se deberá declarar, cuando proceda, si se han utilizado inteligencias generativas para la elaboración y/o revisión del manuscrito y qué tareas se han realizado con el apoyo de éstas.

Política sobre fabricación y falsificación de datos, y propiedad intelectual (plagio)

La revista no admitirá manuscritos en los que se sospeche que hay presencia de fabricación y/o falsificación de datos. Todos los resultados presentados deben ser verificables y derivarse de metodologías científicas rigurosas, y se puede solicitar a los autores que así lo demuestren. En caso de detectarse, el manuscrito será rechazado o retractado si ya ha sido publicado. Todos los manuscritos serán sometidos a sistemas de detección de plagio, dado que éste está estrictamente prohibido, antes de ser enviados a revisión por pares. Si se identifica un porcentaje significativo de contenido no original, se rechazará la propuesta editorial.

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.

Todos los trabajos que se presenten deben indicar el cumplimiento de los principios éticos necesarios para llevar a cabo la investigación indicando la referencia del comité de ética u oficina de investigación que haya evaluado y avalado la adecuación de dichas investigaciones al marco ético y legal correspondiente, y contar con herramientas de consentimiento informado cuando fuesen necesarias.

Políticas sobre posibles conflictos del consejo editorial, los revisores, el editor/propietario de la revista y el personal de la revista.

Los editores, editores invitados, miembros del comité editorial y revisores deben declarar posibles conflictos de interés y abstenerse de participar en la revisión por pares si existe alguno. Esto incluye, por ejemplo, haber publicado con los autores en los últimos 3 años o pertenecer a la misma institución. El personal de gestión/administración de la revista y de Socidrogalcohol deben declarar, si los hubiese con alguna publicación, intereses personales o financieros que puedan influir en su labor.

Política de corrección y retractación

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. Los posibles cambios en autoría deben ser comunicados a la dirección de la revista. No se admitirán cambios en el número de autores (inclusión o eliminación de autores) ni en el orden de éstos, una vez haya sido aceptado el artículo para su publicación.

Política de manejo de reclamaciones

Las quejas o reclamaciones que puedan tener los autores deberán remitirse por correo electrónico a **revistaadicciones@socidrogalcohol.org.** Las quejas deben in-

cluir claramente el motivo, datos de contacto y evidencias relevantes que las sustenten, las no avaladas basadas en opiniones o con interés difamatorio serán rechazadas. Las quejas sobre contenido recogido en la revista deben remitirse en primer lugar a los autores del mismo, y si no es posible contactar, se puede escribir directamente a la revista Adicciones. Las quejas bien documentadas y avaladas por evidencias serán revisadas por el Comité Editorial siguiendo las normas del Comité de Ética de Publicaciones (COPE). Si es necesario, se consultará a expertos externos o a las entidades pertinentes, incluyendo asesoría legal.

Política Open Access

Adicciones es una revista open Access comprometida con la ciencia abierta, por lo tanto anima a los autores a publicar preprints y postprints de sus manuscritos. Cuando estos manuscritos sean publicados y cuenten con una versión final, deberán 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, así como el DOI.

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. Siguiendo la declamación DORA, no existe un límite exacto de palabras ni límite de referencias bibliográficas 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 las guías de los tipos de investigaciones recogidas en la Equator network **https://www.equator-network.org/**

Tipos de artículos

Editoriales
Como norma general, las editoriales son manuscritos breves solicitados por el Comité Editorial a autores o grupos de investigación de reconocido prestigio. Su extensión habitual y orientativa es de aproximadamente 3.000 palabras y se publican al inicio de cada número de la revista. El objetivo principal de estas contribuciones es orientar, comentar o reflexionar sobre temas de interés y actualidad para la comunidad científica y profesional. Suelen incluir, de forma concisa, análisis y posicionamientos sobre tendencias emergentes o debates relevantes en el ámbito de las adicciones.

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 regirse por métodos sistematizados (p. ej., criterios PRISMA) y estar registrados en bases de protocolos de revisión (p. ej., PROSPERO).

Cartas al Editor
Consisten en una presentación breve sobre algún área de investigación particularmente novedoso y original, o la contestación o matización a un artículo publicado en la revista. Cuando sea éste el caso la carta tendrá que recibirse dentro de las 10-12 semanas subsiguientes a la publicación del artículo en el número de la revista. Tendrán una extensión máxima de 800 palabras aproximadamente, 10 referencias y una tabla o figura.

3. PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

Todos los artículos se deben enviar a través de **www.adicciones.es**. En la plataforma se podrán encontrar todas las instrucciones para la preparación y subida del manuscrito. Todo el seguimiento del proceso de revisión y editorial se realizará a través de la plataforma web de la Revista Adicciones. Todos los autores y coautores deben estar registrados en la plataforma de la revista y sus datos de contacto (p.ej., e-mail y teléfono) deben indicarse en el primer paso del envío para iniciar el proceso. Ésta es la única forma prevista para envío de artículos (si tiene alguna duda o problema técnico puede comunicarse con **revistaadicciones@socidrogalcohol.org**)

Estructura de los trabajos enviados a la revista

Para el envío de manuscritos se deben preparar y anexar los siguientes documentos:

A) *Carta de presentación* o *Cover Letter*. Deberá contener el objetivo del trabajo, la justificación del porqué se ha llevado a cabo y cuál es la aportación al conocimiento ya existentes, la posible audiencia a la que iría dirigido el estudio y la repercusión sobre la elaboración de posibles nuevos trabajos, así como una descripción de los principales hallazgos y la contribución de los mismos para generar nuevo conocimiento en el campo de las adicciones.

B) *Documento de revisión por parte 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 o por el autor de correspondencia con autorización del resto de autores.

En este documento se indicará literalmente lo siguiente:

Documento de revisión por parte de todos los autores

Todos los firmantes del manuscrito aceptamos la autoría y declaramos que hemos participado activamente en la elaboración del manuscrito, y que tanto el borrador como la versión final han sido leídos y aprobados por cada uno de nosotros.

1. **Originalidad:** 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. **Conflicto de intereses:** La financiación que ha recibido el estudio realizado (directa o indirecta) ha sido indicada y se recoge si tiene conexiones por ejemplo con la industria del tabaco, alcohol, cannabis o industria farmacéutica, juego u otras relaciones que puedan llevar a un conflicto de intereses.
3. **Autoría y contribución de los autores:** El manuscrito ha sido realizado, leído (tanto el borrador como la versión final) y aprobado por todos los autores tal como se envía el mismo, y que la autoría le corresponde a todos y todas los y las firmantes. En el manuscrito se incluye la contribución de cada autor siguiendo la taxonomía CReDiT. Se recoge además la declaración de uso de inteligencias generativas, en el caso de haberlas utilizado.
4. **Ética:** Que se cuenta con aprobación de comités de ética (y se incluye la información en el artículo) y 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. **Permisos material:** Que se acompañan todos los permisos correspondientes para reproducir material previa-

mente publicado que se va a incluir en el manuscrito, como texto, tablas, figuras, etc.

6. **Correspondencia:** 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. **Copyright:** En caso de ser publicado en la revista Adicciones se transferirán los derechos de copyright del artículo a la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, Alcoholismo y las otras Toxicomanías- SOCIDROGALCOHOL.
8. **Licencia:** La revista Adicciones publica bajo licencias Creative Commons Atribution-NonCommercial-NoDerivates 4.0 Internacional. Los artículos pueden copiarse, utilizarse y difundirse siempre que se cite la autoría y fuente de la publicación correctamente, no se utilicen con fines comerciales, ni se modifiquen.

Firmado
Autores o Autor de correspondencia en su caso

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, Contribución y Autoría, y Referencias.

En el caso de editoriales y cartas al editor no será necesario incluir resumen y el contenido presentado no debe ajustarse a ninguna estructura concreta.

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), o su protocolo haya sido publicado previamente en otras revistas científicas. 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. En el caso de las revisiones sistemáticas y meta-análisis deberán ajustarse a guías PRISMA (**https://www.prisma-statement.org/**)

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.

Contribución y autoría
En todos los manuscritos se debe recoger la contribución de cada autor siguiendo la taxonomía CReDiT: **https://credit.niso.org/** Adicionalmente, se deberá declarar, cuando proceda, si se han utilizado inteligencias generativas para la elaboración y/o revisión del manuscrito y qué tareas se han realizado con el apoyo de éstas.

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. POLÍTICA Y 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 comité editorial velará por evitar posibles conflictos de intereses en el proceso de revisión, seleccionando revisores que no pertenezcan a la misma institución y/o que no hayan publicado recientemente con los autores. En el caso de detectarse algún conflicto de interés, deberá ser declarado y evaluado por la dirección de la revista.

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. Los autores firmarán un acuerdo de cesión de derechos y licencia para el manuscrito.

5. Se generará un documento final o galerada que los autores también revisarán.
6. 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, y sus manuscritos sean aceptados para su publicación en la revista Adicciones, los autores deberán 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, el DOI y la referencia correcta.

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.

Políticas de conservación digital de documentos a largo plazo

La revista Adicciones está indexada en bases de datos nacionales e internacionales (p.ej., Pubmed, Clarivate o Scopus), a las que se les facilitan los datos necesarios de los manuscritos publicados, con el objetivo de facilitar su difusión en y archivo en éstas de los enlaces a los manuscritos. Los artículos son alojados en servidores de la web de la revista, de los que se hacen copias de seguridad regularmente, para garantizar el acceso permanente a los artículos. Además, se utiliza el formato PDF, se conservan los metadatos digitales y se emplean identificadores persistentes como el DOI (Digital Object Identifier) y ORCID. Además, se anima a los autores a que publiquen preprints y postprint, así como a que usen repositorios públicos y/o institucionales para subir sus manuscritos.

6. COPYRIGHT

En el caso de los autores, se comprometen a que en el caso de que el manuscrito sea aceptado para su publicación en la revista Adicciones, firmarán un acuerdo de cesión del copyright. Los derechos de impresión y de reproducción por cualquier forma y medio serán de la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, Alcoholismo y las otras Toxicomanías- SOCIDROGALCOHOL.

En su fin de open Access y ciencia abierta, la revista Adicciones favorece y permite la reutilización de los artículos bajo la licencia Creative Commons Atribution-NonCommercial-NoDerivates 4.0 Internacional:
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.en

Permiso para la reproducción de artículos

Los artículos pueden ser utilizados, descargados, copiados y difundidos, siempre que se haga atendiendo a las características de la licencia Creative Commons Atribution-NonCommercial-NoDerivates 4.0 Internacional :

Atribution: Se deberá citar correctamente el artículo, reflejando la autoría y la fuente original de la publicación (revista, editorial, URL y DOI del trabajo)

NonCommercial: No podrán ser usados para usos lucrativos o comerciales

NoDerivates: En el caso de realizar algún tipo de transformación del manuscrito no se podrá distribuir el material modificado.

Mentioned: Se deberá mencionar la existencia y especificaciones de esta licencia de uso siempre que se use.

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 informe al Editor de la revista Adicciones:
revistaadicciones@socidrogalochol.org

2026 ■ VOL. 38 ■ N. 2
ADICCIONES

EDITORIAL

Equidad asistencial: Por qué la interconsulta en adicciones debe estar presente en todos los centros hospitalarios
Equity in healthcare: Why addiction consultation-liaison services should be present in all hospitals
Laura Bueno-Sanya, Néstor Arbelo, Mercè Balcells, Mercè Càmara, Òscar de Juan, Laia Miquel, Luis Pintor, María Teresa Pons, Luis Olivier, Hugo López-Pelayo. 87

ORIGINALES / ORIGINALS

Validación Española del Cuestionario de Episodios de Consumo de Tabaco Relacionados con la Alimentación y el Peso (CECTRAP)
Spanish Validation of the Smoking-Related Weight and Eating Episodes Test (SWEET)
Andrea Krotter, Covadonga González-Nuevo, Claire A. Spears, Gloria Garcia-Fernandez 91

Intervenciones farmacológicas en cesación tabáquica en pacientes con trastorno bipolar
Pharmacological interventions for smoking cessation in patients with bipolar disorder
Pablo González-Domenech, María Domingo-Rubio, Joaquín Camacho-Tapia, Jesús García-Jiménez, Luis Gutiérrez-Rojas, Sara Jiménez-Fernández 105

Una medida multidimensional de la adicción a las redes sociales: Propiedades psicométricas de las puntuaciones del AdiTec-I en adolescentes y adultos jóvenes hispanohablantes
A multidimensional measure of social networking addiction: Psychometric properties of AdiTec-I scores in Spanish-speaking adolescents and young adults
Amparo Luján-Barrera*; Lydia Cervera-Ortiz*; Mariano Chóliz* 115

Factores de personalidad asociados al uso de alcohol, tabaco y marihuana en adolescentes: Un estudio longitudinal
Personality factors associated with alcohol, tobacco and marijuana use in adolescents: A longitudinal study
Gabriela Rivarola Montejano, Angelina Pilatti, Ricardo Marcos Pautassi 129

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