

Conductas en adictivas adolescentes

José Pedro Espada Sánchez




EDITORIAL
SÍNTESIS

Conductas adictivas en adolescentes

Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los

derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

Conductas adictivas en adolescentes

José Pedro Espada Sánchez



Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

Imagen de cubierta: Mireia Orgilés

© José Pedro Espada Sánchez

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-907773-4-3

Índice

Prólogo

1. *Conductas adictivas en la adolescencia*

1.1. *Qué son las conductas adictivas*

1.1.1. Consideraciones generales

1.1.2. Uso, abuso y adicción

1.1.3. ¿Problema médico, legal, social o psicológico?

1.2. *¿Cómo se adquieren y se mantienen las conductas adictivas?*

1.2.1. Aprendizaje por observación

1.2.2. La adicción como un proceso de escalada

1.2.3. La teoría de la conducta problema

1.2.4. El papel de las actitudes y las creencias

1.2.5. Explicaciones integradoras

1.3. *Los adolescentes y las conductas adictivas*

1.3.1. Características de la adolescencia

1.3.2. Vulnerabilidad en la adolescencia

1.3.3. Factores de riesgo de adicción en jóvenes y adolescentes

1.4. *Evaluación de las conductas adictivas*

1.4.1. Qué evaluar

1.4.2. Fuentes de información

1.4.3. Técnicas e instrumentos de evaluación

1.5. *Prevención de las conductas adictivas*

1.5.1. Tipos de prevención

1.5.2. Técnicas empleadas en los programas de prevención

1.5.3. Metodología de los programas de prevención

- 1.6. Técnicas para el tratamiento psicológico de las conductas adictivas
 - 1.6.1. *Técnicas para la reducción del consumo de sustancias*
 - 1.6.2. *Técnicas para el mantenimiento de la abstinencia*
 - 1.6.3. *Técnicas para fortalecer factores de protección*

2. Prevención y tratamiento del tabaquismo

- 2.1. Consideraciones generales
- 2.2. Psicopatología del tabaquismo
- 2.3. Evaluación del tabaquismo
- 2.4. Técnicas y programas de tratamiento
 - 2.4.1. *Control de estímulos*
 - 2.4.2. *Reducción gradual de ingesta de nicotina*
 - 2.4.3. *Relajación*
 - 2.4.4. *Manejo de contingencias*
 - 2.4.5. *Técnicas aversivas*
 - 2.4.6. *Programas multicomponentes*
- 2.5. Proyecto EX: Un programa de prevención y tratamiento del consumo de tabaco para adolescentes
 - 2.5.1. *Qué es el Proyecto EX*
 - 2.5.2. *Evidencias sobre el Proyecto EX*
 - 2.5.3. *Contenido de las sesiones*
 - 2.5.4. *Resultados del Proyecto EX con adolescentes españoles*
- 2.6. Un caso clínico de adicción al tabaco
 - 2.6.1. *Historia del caso*
 - 2.6.2. *Evaluación y análisis funcional*
 - 2.6.3. *Intervención terapéutica*
 - 2.6.4. *Resultados*

3. Abuso de alcohol

- 3.1. Los jóvenes y el consumo de alcohol
- 3.2. Psicopatología del abuso de alcohol
- 3.3. Evaluación del consumo de alcohol
 - 3.3.1. *Instrumentos para la evaluación clínica*
 - 3.3.2. *Instrumentos para la evaluación en prevención*

- 3.4. Prevención del abuso de alcohol: el programa Saluda
 - 3.4.1. *Características del programa*
 - 3.4.2. *Componentes del programa*
 - 3.4.3. *Contenidos del programa*
 - 3.4.4. *Metodología didáctica*
 - 3.4.5. *Evidencias de eficacia*
- 3.5. Tratamiento del abuso de alcohol
 - 3.5.1. *Tratamiento farmacológico*
 - 3.5.2. *Programas multicomponentes*
 - 3.5.3. *Grupos de autoayuda*
- 3.6. Un caso práctico de aplicación de un programa
 - 3.6.1. *Planteamiento del proyecto*
 - 3.6.2. *Fase de preparación*
 - 3.6.3. *Fase de evaluación previa de los participantes*
 - 3.6.4. *Resultados*
 - 3.6.5. *Conclusiones sobre la aplicación y los efectos del programa*

4. *Adicción al cannabis*

- 4.1. El consumo de cannabis
 - 4.1.1. *Frecuencia de consumo*
 - 4.1.2. *Aspectos particulares sobre el consumo de cannabis*
 - 4.1.3. *¿Factores de riesgo específicos?*
- 4.2. Psicopatología de la adicción al cannabis
 - 4.2.1. *Criterios diagnósticos*
 - 4.2.2. *Efectos negativos derivados del consumo de cannabis*
- 4.3. Evaluación de la adicción al cannabis
- 4.4. Prevención del consumo de cannabis
- 4.5. Tratamiento del consumo de cannabis
 - 4.5.1. *Componentes generales del tratamiento*
 - 4.5.2. *Programa de refuerzo comunitario para adolescentes*
 - 4.5.3. *Programa de motivación y terapia cognitivo-conductual*
 - 4.5.4. *Red de Apoyo Familiar*
- 4.6. Un caso clínico de adicción a cannabis
 - 4.6.1. *Historia del problema*
 - 4.6.2. *Evaluación y análisis funcional*
 - 4.6.3. *Intervención terapéutica*
 - 4.6.4. *Resultados*

5. Adicciones tecnológicas

5.1. Abuso y adicción a Internet

- 5.1.1. El uso de Internet*
- 5.1.2. ¿Por qué puede ser adictivo Internet?*
- 5.1.3. ¿Cómo se define la adicción a Internet?*
- 5.1.4. Evaluación del abuso y adicción a Internet*
- 5.1.5. Prevención del abuso de Internet*
- 5.1.6. Tratamiento de la adicción a Internet*

5.2. Abuso y adicción al teléfono móvil

- 5.2.1. Definición y prevalencia*
- 5.2.2. Evaluación*
- 5.2.3. Programas de prevención*
- 5.2.4. Tratamiento de la adicción al teléfono móvil*

5.3. Abuso y adicción a los videojuegos

- 5.3.1. Definición y prevalencia*
- 5.3.2. Evaluación*
- 5.3.3. Prevención del abuso de videojuegos*
- 5.3.4. Tratamiento de la adicción a los videojuegos*

5.4. Un caso clínico de adicción a los videojuegos

- 5.4.1. Historia del problema*
- 5.4.2. Evaluación y análisis funcional*
- 5.4.3. Tratamiento*
- 5.4.4. Resultados del tratamiento*

Bibliografía

Prólogo

En una ocasión acudió a la consulta una mujer solicitando ayuda para “un problema sin solución”. Vivía sola en un piso viejo del caso antiguo. Bueno, sola no, corrigió inmediatamente, sino acompañada por una legión de cucarachas que le provocaba una repugnancia indescriptible. Con el fin de frenar al ejército invasor taponó con trapos las rendijas de las puertas más vulnerables: aseo, baño, cocina, recibidor... La estrategia pareció tener éxito, pero pronto los radares detectaron comandos suicidas detrás de las cortinas, debajo del sofá, etc., que eran bombardeados desde el aire con mortíferos zapatillazos. A pesar del ardor guerrero, la línea defensiva tuvo que replegarse al salón ante el avance arrollador de las tropas enemigas muy superiores en número. Angustiada por el cerco la mujer se armó de valor y contraatacó. Se dirigió al arsenal y adquirió dos docenas de bombas trampa Cucarachal. Sembró el campo de minas explosivas y se sentó a aguardar, con rictus victorioso, las bajas enemigas. Para distraer la espera leyó el manual de instrucciones. El párrafo dedicado a las precauciones de uso advertía del peligro del arma letal. Se disparó el pánico. Asustada, decidió evacuar dudas con el estado mayor.

—Servicio de Información Toxicológica, dígame.

—Mire... —La mujer expuso su dilema existencial: soportar el asco de las cucarachas o arriesgarse a sufrir una intoxicación. El técnico la tranquilizó. Ella había adoptado medidas protectoras exageradas: guantes de látex, respiración contenida, lavado de manos con sosa cáustica, etc., así que *don't worry, be happy*. No fue suficiente. La mujer exigía certeza cien por cien.

—Señora, la seguridad absoluta no existe. La vida es riesgo. —Y se cortó la comunicación.

Uno de los mayores riesgos que acechan al adolescente son las conductas adictivas. Es posible que a algún lector le sorprenda la mezcolanza aparente del índice. ¿Por qué se yuxtaponen adicciones tan dispares?, ¿drogas legales, como el tabaco o el alcohol, y porros?, ¿sustancias y nuevas tecnologías de la información y la comunicación? El análisis psicológico del comportamiento adictivo revela elementos comunes. En primer lugar, sustancias como la nicotina, el alcohol o las anfetaminas, y actividades como jugar con la videoconsola, chatear con el móvil o navegar por Internet se caracterizan por la elevada potencia reforzadora y la baja capacidad saciadora. En segundo lugar, la intensidad del reforzamiento aumenta y mantiene tasas altas de conducta. En principio sustancias y actividades de este tipo pueden ser provechosas, como las drogas en farmacología o las actividades motivadoras en psicología. El problema se origina cuando

adquieren un valor central en la vida, consumiendo cada vez más cantidad o dedicando cada vez más tiempo, en detrimento de áreas importantes o de otros intereses y aficiones. En tercer lugar, el excesivo consumo o práctica repercute negativamente a nivel personal, familiar, escolar y/o social, poniendo en riesgo la vida en casos extremos.

¿Es adicción el comportamiento de Mahatma Gandhi, de Martin Luther King o de Vicente Ferrer? Si lo examinamos a la luz del mecanismo psicológico expuesto reúne las condiciones: a) actividad extraordinariamente reforzante, b) dedicación plena a la actividad, c) riesgo vital de la actividad. Los objetivos básicos del comportamiento adictivo son obtener placer, por ejemplo, la euforia de la ingesta alcohólica, y/o aliviar el malestar, como el aburrimiento; de modo que el adolescente llega a actuar de forma deshonesto, por ejemplo, miente sobre su edad para beber, y egoísta, por ejemplo, acapara el mando de la videoconsola e ignora las protestas del compañero de juego. Por el contrario, el comportamiento altruista y solidario persigue fines nobles, como erradicar la explotación colonial, el racismo o la pobreza, aun a costa del deterioro de la salud o de la muerte por asesinato. Los líderes mencionados, así como el artista que consagra su vida a la creación o el científico a la investigación, experimentan satisfacción y reciben aprobación por su labor, mientras que el adolescente es reprendido por abusar de la bebida o de las nuevas tecnologías. La vida está cuajada de riesgos, unos merecen la pena, otros son una insensatez.

Así pues, el abordaje de distintas conductas adictivas es coherente y la selección acertada, puesto que en la adolescencia se empieza a fumar (tabaco y porros) y a beber, y las nuevas tecnologías se convierten en el *modus operandi* de jugar y relacionarse. El enfoque del libro es práctico y positivo. Cada capítulo sobre una conducta adictiva se inicia con el análisis de los riesgos de la correspondiente sustancia o actividad (psicopatología, evaluación) y culmina con la revisión de las estrategias para enfrentarlos (prevención, tratamiento).

Deseo manifestar mi reconocimiento y agradecimiento al autor. Hace años, en el auge de la Ruta del Bakalao, de las macrofiestas, del botellón, etc., me invitó a colaborar en la elaboración y contrastación del programa Saluda dirigido a prevenir el abuso de drogas los fines de semana. Desde entonces ha desarrollado una fructífera tarea investigadora, docente, profesional y de difusión del conocimiento científico sobre este apasionante campo de las conductas adictivas. Hoy es un reconocido experto en el tema. Las relaciones con los compañeros de trabajo consiguen a veces superar el peldaño de la cordialidad y la camaradería, y alcanzar la cima de la amistad. Me siento profundamente honrado y satisfecho de contarme entre los amigos del autor. Enhorabuena por el libro, gracias por la amistad.

XAVIER MÉNDEZ

Conductas adictivas en la adolescencia

En este capítulo se introduce el problema de las adicciones revisando los conceptos más básicos. Se pretende conceptualizar el problema y los criterios definitorios de la adicción. Se abordan las causas que explican los comportamientos adictivos desde modelos con pocos elementos hasta propuestas que integran un mayor número de factores de riesgo. La segunda parte del capítulo, se dedica a examinar los procedimientos generales de evaluación, prevención y tratamiento de las conductas adictivas.

1.1. Qué son las conductas adictivas

1.1.1. Consideraciones generales

No todos los comportamientos adictivos tienen que ver con una sustancia. Sin embargo, la conducta adictiva muy frecuentemente va asociada a las drogas. Por ello, se suele diferenciar entre adicciones químicas y adicciones conductuales. Las dos tienen en común que existe un comportamiento adictivo. En las primeras, la adicción consiste en el consumo de una droga y en las segundas en la realización de una conducta que produce algún tipo de consecuencia mantenedora. En este capítulo comenzaremos diferenciando a qué términos vamos a referirnos a lo largo de este libro y cómo los definiremos.

La adicción es una conducta problemática o una patología porque genera efectos negativos en el individuo. Es así como delimitaremos el concepto, a veces impreciso, de adicción. De partida todo podría parecer potencialmente adictivo o generador de adicción. Se habla de adicción al móvil, a las nuevas tecnologías, al trabajo, al tabaco o a otras drogas, o incluso adicción al amor. La mayoría de estas adicciones se encuentran especialmente presentes en el entorno adolescente. ¿Es adicto al deporte un jugador de tenis de élite o un joven que pretende serlo y pasa incontables horas al día practicando? Evidentemente se trataría de una excepción. En ese caso, coincide con el concepto de adicción el ingente tiempo dedicado a la práctica deportiva, las posibles consecuencias negativas en forma de lesiones o desgaste por llevar el cuerpo a límites de su rendimiento e incluso los síntomas de abstinencia cuando no se realiza la actividad. Sin embargo, cuando se trata de una decisión tomada de forma madura, donde la pasión por esa actividad responde a una legítima ambición, no la consideramos como tal. Un joven con vigorexia encajaría mejor en esa idea de adicción al deporte porque su pauta de comportamiento es anómala para un chico normal. No es un Rafa Nadal en potencia, es

un chico de barrio obsesionado por estar musculado, que pone en riesgo su salud y limita su vida por un objetivo que socialmente valoramos como muy cuestionable, aunque sea, a fin de cuentas, una aplicación extrema de valores estéticos predominantes.

En el polo opuesto parece que el término de adicción podría llegar a ser tan subjetivo que si alguien realiza un comportamiento adictivo por, digámoslo así, una decisión personal, es algo que deja en ese momento de ser problemático. Si un adolescente decide ser fumador porque le parece bien y le apetece, ¿qué tendría de malo? ¿Lo mismo que si decidiera seguir hábitos poco saludables de vida, como practicar el sedentarismo?

El tema de los límites de la adicción se presta, por tanto, a valoraciones individuales (la libertad de elección), sociales (los efectos sobre los demás) y de salud (los efectos negativos sobre el estado físico o psicológico). No queda otra opción que adoptar criterios objetivos, en nuestro caso basados en razones de salud (física, psicológica y social).

1.1.2. Uso, abuso y adicción

El uso de algo está claro que supone la realización “normal” de una actividad, por ejemplo, ir de compras. El abuso implica que esa conducta excede a lo “normal”, entendiendo como “normal” aquello que está dentro de unos parámetros de lo adaptativo para el sujeto y que, por lo tanto, le produce generalmente una gratificación y no le ocasiona ningún perjuicio. Un comprador abusivo gasta más de lo que se ha propuesto y dedica mucho tiempo a esa actividad en detrimento de otras actividades (sociales, laborales). El adicto a la compra podría manifestar, además, dos síntomas propios de la adicción: síndrome de abstinencia (malestar físico o psicológico si no puede realizar esa actividad) y tolerancia (necesidad creciente de adquirir más productos o invertir más tiempo para sentirse satisfecho).

El límite lo establecemos en el siguiente criterio: cualquier comportamiento que el sujeto reconoce que escapa a su control o que le ocasiona perjuicios (en su salud, en sus relaciones sociales, familiares o laborales, en su rendimiento escolar o profesional). Es en ese momento cuando podríamos afirmar que se trata de un comportamiento abusivo. Se abusa de Internet cuando el chico deja por ese motivo de estudiar lo suficiente para lograr unos buenos resultados. Existe adicción a la compra cuando el joven gasta más dinero del que tiene. Existe adicción al cannabis cuando el consumidor padece efectos negativos en su salud o en su funcionamiento cotidiano.

Cuadro 1.1. *Conceptos básicos sobre la adicción*

<i>Droga</i>	Sustancia que, introducida en el organismo, modifica una o más de sus funciones.
<i>Dependencia</i>	Estado psíquico y a veces físico causado por la acción entre un organismo y una droga. La dependencia física es un

estado de adaptación caracterizado por la aparición de trastornos físicos intensos al interrumpir la administración de la droga. La dependencia psíquica consiste en el impulso que incita a la administración regular y continuada de la droga.

<i>Tolerancia</i>	Estado de adaptación del organismo a la droga. La respuesta ante la misma dosis de droga disminuye, haciéndose necesario aumentar progresivamente la cantidad de sustancia para obtener los mismos efectos.
<i>Uso vs. abuso</i>	Se considera uso al consumo no problemático, entendido como aquel que no repercute negativamente en la salud del individuo ni perjudica a las personas de alrededor. Abuso es el consumo que conlleva consecuencias negativas para la salud de la persona y/o que puede afectar negativamente a otros. En los adolescentes todo consumo de sustancias psicoactivas es considerado perjudicial.
<i>Adicción</i>	Pauta de consumo o de realización de otros comportamientos que se caracteriza por presentar tolerancia y dependencia (física o psíquica).

1.1.3. ¿Problema médico, legal, social o psicológico?

El problema de la adicción es poliédrico, puede y debe analizarse desde diversos enfoques y, de igual modo, la conceptualización sobre el problema da lugar a estrategias de solución muy diferentes, pero complementarias. Desde un punto de vista legal, el problema de las conductas adictivas, especialmente el tráfico y consumo de drogas ilegales, se ha contemplado como un delito contra la salud pública. Este enfoque, lógicamente, plantea un sistema de control y sanciones por parte de la Administración de aquellos que infringen la ley.

Paralelamente, nos encontramos ante un problema socioeconómico si tenemos en cuenta el consumo como el resultado de un deterioro en las condiciones de vida de una zona, donde el uso de sustancias existe como una manifestación más de los problemas de una comunidad. Por ejemplo, los jóvenes de un barrio desfavorecido tienen mayor accesibilidad a la droga, existe menor supervisión paterna, desestructuración familiar, absentismo escolar, más modelos sociales de drogadicción, etc., factores que aumentan la probabilidad de que un joven sea consumidor de sustancias.

Naturalmente, el problema es también de tipo médico, ya que la adicción implica factores biológicos desencadenantes, o cuanto menos mediadores, produce efectos en el sistema nervioso central, y causa daños físicos. Desde la óptica biologicista la adicción es considerada una enfermedad. El alcoholismo y otras adicciones están incluidas en los manuales diagnósticos como trastornos físicos y psíquicos. Esto se basa en el modelo

organicista de los problemas conductuales. La visión médica del adicto como enfermo es, desde luego, preferible a la moralista de persona con un vicio reprobable; sin embargo, implica el riesgo de que el sujeto asuma un rol pasivo como si de otra enfermedad se tratara, y que pase a ser considerado como una suerte de enfermo crónico.

Desde un modelo psicológico, se entiende la adicción como un hábito (o conducta potentemente instaurada en el repertorio de un individuo) que se aprende y se rige por los mismos principios de aprendizaje que regulan el resto de comportamientos, y con un componente orgánico importante, ya que al menos las adicciones químicas afectan al sistema nervioso central.

La psicología define las conductas adictivas desde el modelo biopsicosocial, según el cual nos encontramos ante un problema que depende de factores individuales, ya que la conducta del sujeto depende en última instancia de la propia decisión del sujeto, si bien esta decisión está influida por otras variables personales como la falta de autocontrol o el déficit en la obtención de otro tipo de reforzadores, entre otras. Los factores del contexto del sujeto influyen también en su conducta. Por ejemplo, un joven cuyos padres son asiduos jugadores puede aprender por modelado social a imitar esa conducta. Aunque no lo haga, por lo general, la exposición a modelos normaliza el comportamiento y se tiende a valorar como menos problemático. Los aspectos biológicos incluyen los cambios en el organismo del sujeto antes, durante y después del consumo, que favorecen el mantenimiento de la conducta y la convierten en adictiva.

1.2. ¿Cómo se adquieren y se mantienen las conductas adictivas?

1.2.1. Aprendizaje por observación

Uno de los principales modelos explicativos del comportamiento adictivo es la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1986). Según esta teoría, la conducta está determinada por tres tipos de factores que interactúan entre sí. Los *factores personales* incluyen los conocimientos, las expectativas y las actitudes del individuo. Los *factores ambientales* abarcan las normas sociales, la accesibilidad (a la sustancia o a la conducta problemática) y la influencia de los otros. Por último, los *factores conductuales* se refieren a las habilidades, la práctica y la autoeficacia del sujeto.

Albert Bandura muestra cómo los comportamientos se aprenden mediante aprendizaje vicario u observacional, consistente en la adquisición y ejecución de un comportamiento tras la observación de un modelo. Cuando las consecuencias que recibe el modelo son positivas (refuerzo) se tiende a ejecutar la conducta, pero cuando estas consecuencias son negativas para el individuo (castigo) se reduce la probabilidad de que ese comportamiento llegue a emitirse por parte del observador.

Según la teoría del aprendizaje social, la conducta adictiva se explica por la influencia del modelado y el reforzamiento, además de otros factores personales, sociales y ambientales. La conducta se inicia por la influencia de la familia, el grupo de iguales, modelos en medios de comunicación y a través de experiencias directas. Cuando un

adolescente no presenta suficientes habilidades para resolver o actuar en ciertas situaciones, aumenta la probabilidad de que consuma drogas como una forma de afrontamiento.

Años más tarde de las primeras formulaciones de la teoría del aprendizaje social, esta fue redefinida como teoría cognitiva social, donde se incluye el constructo de la autoeficacia como variable central. La autoeficacia supone la percepción del individuo sobre su propia capacidad de actuar y esta percepción influye en la conducta final.

En un estudio realizado por nuestro equipo de investigación pretendimos examinar la relación entre la frecuencia de consumo de alcohol por parte de cuatro modelos sociales (padre, madre, hermano/a y mejor amigo) y el consumo del adolescente (Espada, Pereira y García-Fernández, 2008). Se esperaba que los estudiantes con progenitores bebedores tendrían una actitud e intención de consumo más favorable y una edad de inicio de consumo menor, y que aquellos adolescentes cuyos hermanos y/o mejor amigo consumieran alcohol presentarían una mayor tasa de consumo, una actitud e intención más favorable y una edad de inicio de consumo menor. La hipótesis de partida era que la influencia sería similar por parte de todas las figuras de modelado.

Los resultados, tras examinar a medio millar de adolescentes, fueron que la probabilidad de haber consumido alcohol alguna vez era de casi el doble entre los adolescentes con hermanos bebedores. Respecto a la influencia del mejor amigo, la probabilidad de haber consumido alcohol se multiplicaba por 13 cuando el mejor amigo era bebedor. La probabilidad de que un adolescente hubiera llegado a la embriaguez en el último mes era más del doble cuando el mejor amigo bebía.

La intención de beber en el futuro era mayor cuando el padre bebía alcohol, aumentando la probabilidad más del doble. En mayor medida influye el consumo del hermano y, sobre todo, el del mejor amigo. Cuando el mejor amigo consumía alcohol, la predisposición a beber del adolescente se multiplicaba por cuatro. El modelo estadístico para el ítem “aunque beba puedo dejarlo cuando quiera” indicó que la probabilidad de que un adolescente pensara que podía dejarlo cuando quisiera era casi dos veces mayor cuando el padre era consumidor y casi tres veces mayor cuando el mejor amigo bebía.

En conclusión, este estudio demostró que existe mayor tasa de adolescentes bebedores cuando el padre y el mejor amigo beben. El comportamiento respecto al consumo de alcohol de las personas cercanas a los adolescentes condiciona determinadas actitudes, intenciones, percepciones y conductas de consumo.

1.2.2. La adicción como un proceso de escalada

La teoría de la escalada en el consumo, también conocida como modelo evolutivo (Kandel, 1975), explica cómo el consumo de drogas en adolescentes evoluciona de forma progresiva y secuencial comenzando con las denominadas drogas de iniciación, que facilitan el paso del consumo a las drogas ilegales. El consumo de drogas sigue una secuencia de consumo que comienza con el vino o cerveza, continúa con las bebidas

destiladas y tabaco, a continuación con el cannabis y, por último, con otras drogas ilegales. Aunque puede haber diferencias individuales en esta secuencia, el consumo de un sujeto en una de las fases aumenta la probabilidad de pasar a la siguiente fase. Por ejemplo, cuanto mayor es el consumo de vino o cerveza, aumenta la probabilidad de consumo de licores o cigarrillos.

1.2.3. La teoría de la conducta problema

La conducta de consumo de drogas se explica, según este modelo, por la propensión del individuo hacia la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977, 1980). La conducta problema se define como aquella socialmente considerada como un problema o tema de preocupación, que resulta indeseable de acuerdo a las normas sociales o a las instituciones. Esta teoría incluye tres elementos explicativos: la personalidad, el ambiente percibido y la conducta. La *personalidad* se define como un sistema compuesto por valores, expectativas, creencias y actitudes. Este sistema está determinado por una estructura motivacional (metas y expectativas para lograrlas), una estructura de creencias personales (sobre la sociedad, la persona y la interacción entre ambos) y la estructura personal de control (características individuales para no realizar conductas desviadas). El *ambiente percibido* hace referencia a cómo percibe y cuál es el significado para el individuo de los controles, los apoyos, la influencia, los modelos y las expectativas de los demás. A su vez, se diferencian, dentro de estos, factores que se aproximan o se alejan de la conducta problema que son: la prevalencia y aprobación en los contextos psicosociales con mayor grado de relación como la familia o el grupo de amigos y, por otro lado, todos aquellos que se alejan siendo el apoyo familiar percibido, el control parental percibido y la influencia y correspondencia entre padres y amigos. El nivel *conductual* comprende los propósitos aprendidos socialmente.

Esta teoría considera que la conducta problema puede ser una forma socialmente aceptada de afrontar los fracasos, el aburrimiento, la ansiedad social, la baja autoestima o la infelicidad. Aquellos jóvenes con mayor riesgo de consumir drogas son aquellos que no disponen de alternativas para solucionar sus problemas ni para conseguir sus metas. Esta teoría fue reformulada en los años noventa con el nombre de teoría de la conducta de riesgo de los adolescentes (Jessor, 1992) haciendo mayor hincapié sobre los resultados, conductas y factores de riesgo y protección.

1.2.4. El papel de las actitudes y las creencias

La teoría de la acción razonada pretende explicar el comportamiento en función de las creencias que el adolescente tiene sobre el consumo, las consecuencias que espera por dicho comportamiento y la valoración de las consecuencias (Fishbein y Ajzen, 1975). El comportamiento de consumo depende, en parte, de las creencias de un individuo sobre lo

que hacen los demás. Por ejemplo, si un adolescente percibe que sus personas de referencia (familia, amigos, etc.) esperan de él que no consuma sustancias, es más probable que su decisión vaya en esa misma dirección. Por tanto, las actitudes y la norma subjetiva determinan la intención de emitir una conducta y esta intención, a su vez, será la causa más inmediata de la conducta.

Esta teoría ha sido de gran influencia en la explicación de las conductas relacionadas con la salud, si bien no tiene en cuenta variables de personalidad ni sociodemográficas, considerándolas variables extrañas. Además, asume la realización de estas conductas como voluntarias pasando por alto aquellas que no se realizan mediante un control voluntario.

La teoría de la acción planificada (Ajzen, 1988) plantea una nueva reformulación que incluye la percepción de control sobre la conducta, además de la actitud y la norma subjetiva. La percepción de control se refiere a la creencia que tiene un individuo sobre su capacidad para realizar una conducta determinada y los factores externos que puedan estar influyendo en su futura ejecución. Por tanto, el control percibido tiene influencia sobre la intención conductual y actúa sobre la conducta de forma directa al margen de dicha intención.

1.2.5. Explicaciones integradoras

El modelo comprensivo y secuencial de Becoña (2002) es una propuesta teórica que sirve para organizar de forma coherente la información sobre los factores asociados al consumo de sustancias y pretende servir de guía para el diseño de programas preventivos en la selección de las variables más relacionadas con la adicción y más modificables. Este modelo predice el desarrollo del consumo de drogas pasando por diferentes etapas que van desde una fase previa de predisposición hacia el consumo hasta una última fase de abandono o mantenimiento con posibilidad de recaída.

- Fase de predisposición, que incluye tres tipos de factores implicados en la adicción:
 - 1) *Socioculturales* (como el grupo social, las creencias, expectativas y conductas de una cultura particular).
 - 2) Los de tipo *biológico*, que comprenden los mecanismos genéticos y neurológicos. En estudios sobre alcoholismo se ha analizado el papel de estos factores, aunque se concluye que estos explican solamente una parte reducida de casos de adicción.
 - 3) Factores *psicológicos*, entre los que destacan la personalidad, el aprendizaje y la inteligencia. En el primer grupo, se ha investigado el papel de ciertos rasgos de personalidad como la impulsividad, la búsqueda de sensaciones o la rebeldía en el desarrollo de la adicción. Los factores de

aprendizaje incluyen el condicionamiento a ciertos estímulos asociados a la adicción y los efectos reforzantes de la conducta adictiva, dos elementos que facilitan y fortalecen la adicción como una conducta aprendida. La inteligencia es el factor quizá menos estudiado, que algunos modelos recogen como protector del consumo de drogas (Jessor, 1991). Los tres tipos de factores (socioculturales, biológicos y psicológicos) interaccionan entre sí haciendo que cada individuo y su comportamiento adictivo sean únicos.

- Fase de conocimiento: Especialmente durante la adolescencia se comienza a tener contacto con las drogas. El ambiente familiar y la disponibilidad de la drogas van generando una serie de expectativas por parte del individuo respecto a las drogas, de manera simultánea a su desarrollo evolutivo.
- Fase de experimentación e inicio al consumo: La accesibilidad a las drogas da lugar al contacto y posible prueba de distintas sustancias. En esto influyen aspectos como la percepción del riesgo, el modelo de familiares e iguales o características personales, como las habilidades de manejo emocional o el afrontamiento de situaciones complejas. En este modelo el papel de la primera prueba de una determinada sustancia es crucial, pudiendo dar lugar o no al inicio de un consumo repetido en función de sus consecuencias.
- Fase de consolidación: Tras las primeras pruebas, el adolescente decide continuar o no con la sustancia en base a las consecuencias individuales (efectos), familiares (aprobación o no) y sociales (posible integración en un grupo social).
- Fase de abandono o mantenimiento: La práctica de consumo o la realización de otro comportamiento de abuso puede extenderse durante periodos más o menos largos o durante toda la vida. En algunos casos el sujeto decide dejarlo por causas internas (problemas que le supone, cuestiones físicas, económicas, etc.) o externas (presión de otros).
- Fase de recaída: Especialmente cuando se ha instaurado un patrón de comportamiento adictivo la extinción es difícil, por lo que es frecuente la aparición de recaídas que pueden dar lugar a una fase de nueva adicción o bien tratarse de episodios puntuales.

El modelo considera que los factores sociales y personales actúan conjuntamente facilitando la iniciación y escalada del consumo de alcohol y otras drogas. Así, algunos adolescentes pueden verse influidos por los medios de comunicación, mientras que otros pueden estar influenciados por familiares o amigos que beben. Las influencias sociales tienen mayor impacto en los adolescentes psicológicamente vulnerables, cuyos repertorios básicos de conducta son pobres, por ejemplo, déficit en habilidades sociales o académicas, y con deficiencias o problemas psicológicos como baja autoestima, ansiedad o estrés. Cuantos más factores de riesgo concurren en un individuo existirá mayor

probabilidad de que aparezcan conductas de abuso o adicción.

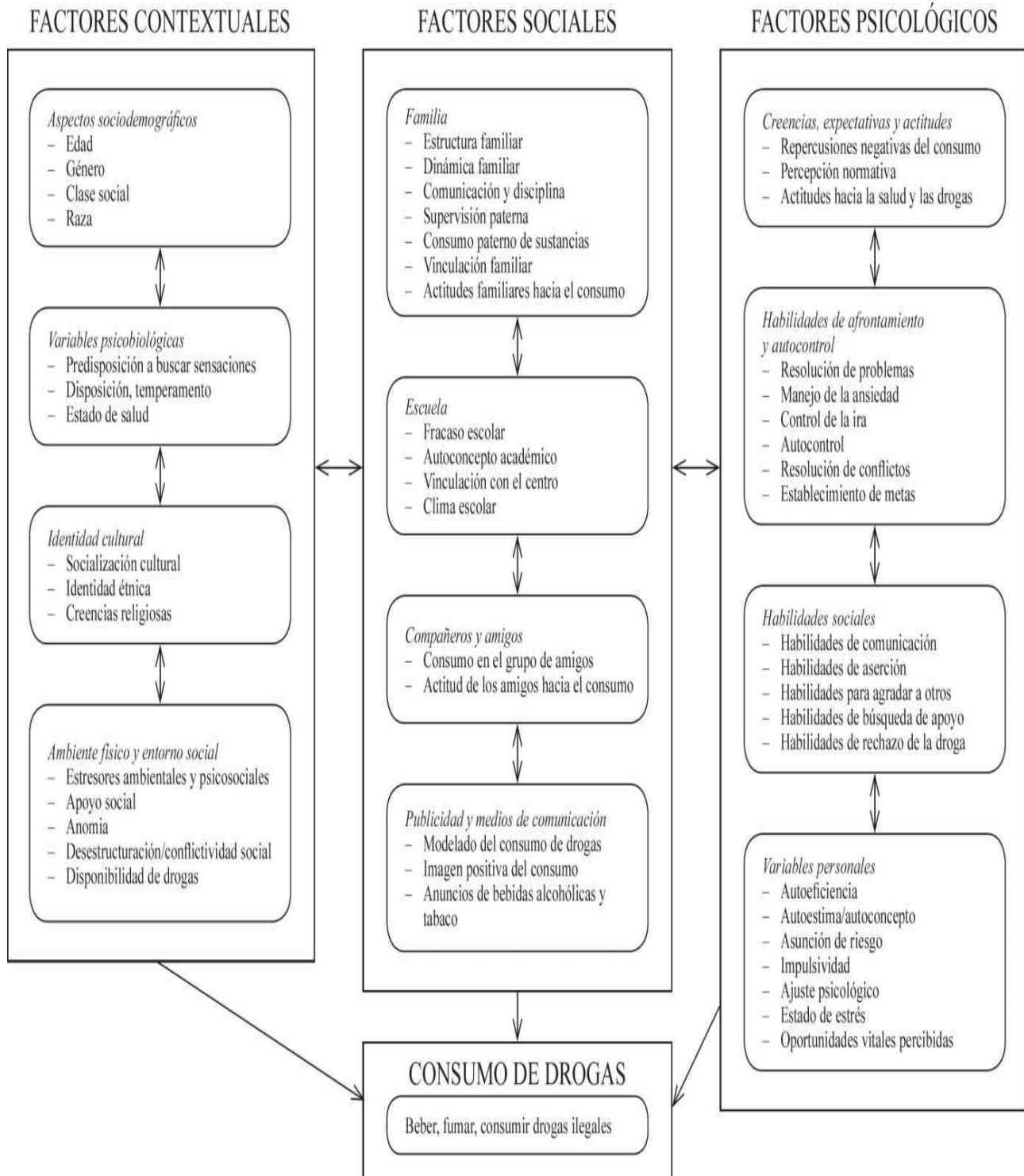


Figura 1.1. Modelo integrador de influencias en el consumo de alcohol y otras drogas (Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2002).

La explicación de la conducta de adicción es, por lo que se ha expuesto hasta aquí,

compleja debido a la variedad de factores que intervienen, relacionados con el contexto cultural y social del sujeto, de factores individuales y de la interacción entre ellos. Dado el gran número de variables que influyen en la adicción, parece apropiado plantear una etiología multicausal. En la [figura 1.1.](#) se presenta un modelo en el que integramos los principales factores que contribuyen al consumo de drogas en la adolescencia, agrupados en tres categorías: a) los *factores contextuales*: incluyen variables sociodemográficas, biológicas, culturales y ambientales; b) los *factores sociales*: se refieren tanto al entorno próximo del adolescente, familia, escuela, grupo de amigos, como a la influencia mediática de la publicidad y los medios de comunicación; c) los *factores personales*: comprenden cogniciones, habilidades y otras variables personales relevantes.

1.3. Los adolescentes y las conductas adictivas

La etapa adolescente está especialmente relacionada con las adicciones por tratarse de los años en que se suelen tener los primeros contactos con las drogas. Además, se dan unos condicionantes propios del desarrollo físico y psicológico que pueden actuar como facilitadores del consumo. Esto también es extensible a otro tipo de adicción no química, como los videojuegos, con mayor presencia en población joven. Se presentan, a continuación, las características más significativas de esta fase de la vida y su relación con los factores de riesgo y protección del consumo de drogas.

1.3.1. Características de la adolescencia

La adolescencia es un periodo evolutivo que abarca desde la niñez hasta el inicio de la vida adulta. A su vez, se suele dividir en tres etapas: adolescencia temprana o pubertad (11-13 años en las chicas y 13-15 en los chicos), adolescencia media (13-16 años en las chicas y 15-18 en los chicos) y adolescencia tardía (16-19 años en los chicos y 18-21 en los chicos).

Durante la adolescencia se produce una maduración de la personalidad con importantes consecuencias para el resto de etapas de la vida, ya que supone el proceso de llegar a una autonomía responsable y de alcanzar la madurez psicológica. Suele ser considerada como una etapa crítica en el desarrollo porque se pasa de la dependencia a la independencia y a la confianza en los propios recursos. Se toman importantes decisiones relativas a los estudios superiores, la orientación vocacional y el inicio de la independencia familiar. También aumenta la presión social y la necesidad de integración en el grupo. El resultado de este proceso es una nueva reorganización y autonomía, y también un contacto más cercano con las drogas, aunque en el hogar ya se dieran conductas relacionadas con adicciones conductuales (videojuegos, etc.).

Los cambios que se producen en el proceso de maduración del adolescente se pueden clasificar en biológicos, sociales y psicológicos:

- En el plano *biológico* tiene lugar la transformación del organismo infantil en uno adulto. Esto incluye el crecimiento corporal y la maduración sexual. Algunos adolescentes pueden no sentirse satisfechos con su nueva imagen y pueden darse complejos en relación con aquellas partes de su físico que no les agradan. A esto se unen las variaciones hormonales, que pueden provocar fluctuaciones importantes en el estado de ánimo dificultando la estabilidad y el control de las emociones.
- En el terreno *social* la maduración supone el paso de unas relaciones en un marco restringido (principalmente la familia y escuela) a las que se establecen en un contexto más amplio (grupo de iguales y de amigos). El adolescente aprende progresivamente comportamientos propios de la vida adulta relacionados con la conducta sexual, con el desempeño de roles profesionales y de convivencia y cooperación.
- En el ámbito *psicológico* se dan cambios en el área afectiva, cognitiva y de personalidad. A nivel afectivo, la maduración incluye el aprendizaje del autocontrol de las emociones y sentimientos, así como el desarrollo de la capacidad para expresarlos. En el terreno cognitivo, la maduración se centra en la consecución del pensamiento abstracto propio del adulto. Este tipo de razonamiento ofrece al adolescente la posibilidad de acceder a la comprensión del mundo por medio del conocimiento científico y posibilita que pueda construir teorías abstractas, tanto del mundo como de sí mismo. La adolescencia es una etapa en la que se produce un cambio cuantitativo y cualitativo que expresa maduración de la personalidad. Con el desarrollo se amplían los centros de interés, uniéndose a los cambios externos la exploración de su intimidad y los rasgos esenciales de las personas. Esto se acompaña del paso de la conducta dependiente a la conducta independiente y autónoma.

El punto final de la etapa no está muy claro, ya que es difícil precisar en qué momento concreto se llega a la madurez psicológica y social propia del adulto. En las sociedades occidentales para entrar en la edad adulta y dar por finalizada la adolescencia, el joven necesita haber alcanzado una serie de objetivos: independencia emocional de sus padres; relaciones maduras con los iguales y con los adultos de ambos sexos; ajuste sexual (alcanzando un papel social masculino o femenino); aceptación del físico y utilización del cuerpo de forma efectiva; formación educativa y preparación vocacional, y conductas sociales responsables. Estos objetivos deben alcanzarse en un tiempo relativamente corto y con pocas ayudas externas. El desarrollo de la independencia y la confianza en sí mismo ocupa un lugar central, pues sin la consecución de un grado razonable de la misma difícilmente puede esperarse que el adolescente alcance relaciones maduras heterosexuales o con los iguales, que consiga un sentimiento de identidad o que se plantee unas expectativas razonables en el ámbito vocacional.

1.3.2. Vulnerabilidad en la adolescencia

Ya hemos destacado que la adolescencia es una etapa complicada, no solo por los cambios individuales, sino también por las mayores demandas que se plantean del entorno. La mayoría de los jóvenes superan esta etapa sin grandes problemas, llegando a ser adultos saludables. Sin embargo, otros padecen dificultades que pueden tener importantes consecuencias para su vida adulta. Entre los riesgos de este periodo destacan: las conductas violentas, el fracaso escolar, la delincuencia, el abuso de drogas, los accidentes, la depresión y el suicidio, otros problemas emocionales como la anorexia, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, etc.

Los problemas más frecuentes que aparecen en la adolescencia, además de la experimentación con las drogas, son los siguientes:

- *Problemas emocionales:* Muchos adolescentes se han sentido en algún momento tristes y han deseado alejarse de todo. Como síntomas de este malestar emocional destacan los sentimientos depresivos y de tristeza, ingestas alimenticias excesivas, somnolencia, preocupaciones excesivas sobre la apariencia física, etc., permaneciendo a veces ocultos ante familiares y amigos. A diferencia de los adultos, los adolescentes no experimentan la depresión únicamente como un estado de tristeza profunda, sino como una mezcla de tristeza y rabia. Por ello, la depresión puede manifestarse en unos casos como rabia hacia sí mismo, como ideaciones autolesivas o incluso de suicidio, y en otros casos como rabia hacia los demás o el entorno que le envuelve, dando lugar a todo tipo de problemas de conducta, como por ejemplo: el fracaso escolar, el absentismo o pequeños actos delictivos o de vandalismo.
- *Dificultades en el área sexual:* Actualmente, la edad de inicio en las relaciones sexuales ha descendido, por lo que los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual suponen una preocupación adicional. Las dudas pueden surgir también si el adolescente no está seguro de su orientación sexual o si se siente angustiado por si su orientación sexual provoca algún rechazo social.
- *Conflictos familiares:* En esta etapa son más frecuentes los desacuerdos entre padres e hijos, que reaccionan de manera negativa ante cualquier acto de sus progenitores que pueda ser interpretado como una restricción en sus libertades crecientes y en su capacidad para decidir por sí mismos. A esto se une la importancia decisiva de los amigos en esta etapa y la presión del grupo de iguales, que hace al adolescente muy vulnerable ante sus compañeros, lo que le puede llevar a conductas desadaptadas como el abuso de alcohol y drogas.
- *Problemas escolares:* Pueden aparecer problemas de rechazo hacia los estudios, descenso en el rendimiento académico o absentismo escolar. También son frecuentes las dudas y la desorientación acerca de la elección de estudios y profesión.

1.3.3. Factores de riesgo de adicción en jóvenes y adolescentes

Los modelos descritos en el apartado anterior tratan de explicar el origen y el mantenimiento de las conductas adictivas. Además de las teorías específicas y más globales, se pueden analizar de manera independiente los factores que la evidencia señala como relacionados con la conducta adictiva. Siguiendo una trayectoria de fuera hacia dentro, estos factores de riesgo son de tipo macrosocial, del contexto próximo, familiares y del individuo.

A) Factores de riesgo del contexto macrosocial

Las características de una sociedad afectan de forma significativa al fenómeno de las adicciones. Entre las principales variables del contexto social que inciden en el consumo de drogas y otras adicciones destacan: los aspectos culturales, la normativa o legislación sobre las drogas, la percepción social sobre el consumo y sus riesgos, y la accesibilidad a la droga u otras conductas adictivas (juegos de azar, etc.).

- *Factores legales.* Las medidas conocidas como de prevención pasiva modifican aspectos del entorno para regular el consumo. Algunos ejemplos de prevención pasiva provenientes del campo de la conducción son la regulación de los límites de velocidad (regulación normativa), la colocación de vallas en la carretera (medidas protectoras) y la instalación de radares para el control de velocidad (medidas disuasorias y/o sancionadoras). Becoña (2002) resume las medidas de control legal del consumo de drogas en tres elementos básicos: el incremento de precios, el control del acceso a la sustancia y el control de la publicidad. Mediante la aplicación de medidas legales se pretende retrasar la edad de inicio y limitar el consumo, prevenir las consecuencias graves sobre la salud y proteger al no consumidor (p. ej. al fumador pasivo en el caso del tabaco).

Entre los factores de tipo legal que afectan al consumo se encuentra el carácter de legalidad de cada sustancia, la definición de tráfico o consumo propio, los lugares y horarios de venta o la edad legal para la compra y consumo, en el caso del alcohol y del tabaco. Un ejemplo de legislación que ha modificado los hábitos de consumo es la Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, suministro, consumo y publicidad del tabaco, que prohíbe fumar en centros de trabajo. Otras normativas regulan la venta de bebidas alcohólicas en establecimientos en horario nocturno o a menores, o el control de la venta de tabaco en máquinas dispensadoras. La reducción del límite de alcohol en sangre permitido a los conductores para reducir accidentes de tráfico es otro ejemplo. Existe un controvertido debate acerca de si medidas más restrictivas producen un menor consumo o si, por el contrario, la legalización de las drogas reduciría su tráfico y adulteración.

- *Factores culturales.* España es un país que ha sido tradicionalmente productor de vino donde las bebidas alcohólicas están integradas en los hábitos

gastronómicos. Esto ha influido en una aceptación generalizada del alcohol y, en su momento, del tabaco y otras drogas, ya que existía una baja percepción de riesgo. En los últimos años, los hábitos de consumo de alcohol han variado, generalizándose la ingesta masiva en jóvenes y adolescentes. Las encuestas sobre las pautas de consumo muestran un patrón de uso recreativo de la droga, que está presente especialmente durante el tiempo de ocio. En el caso del tabaco se observa en los últimos años un cambio en las costumbres de consumo debido a las reformas legales.

La permisividad hacia las drogas también influye en el consumo. Mientras que, por lo general, el alcohol es una droga socialmente aceptada, la percepción social del tabaco ha ido variando desde una valoración positiva del fumador hasta la consideración del tabaquismo como una adicción nociva y con una imagen social progresivamente más negativa. La imagen presentada a través de los medios de comunicación o el uso de la publicidad para promocionar drogas legales supone una forma notable de generar una percepción social del consumo, generando en ocasiones una importante fuente de presión social hacia el mismo. Con frecuencia, los anuncios publicitarios asocian la bebida o el tabaco con valores y estímulos incondicionados como la amistad, el carácter y la autoafirmación, la transición a la adultez, el sexo, la aventura, etc. Estos mensajes persuasivos son difíciles de contrarrestar por los adolescentes que, en muchos casos, carecen de suficiente actitud crítica. Los estudios que analizan la imagen de las bebidas alcohólicas en la publicidad concluyen que, por lo general, el producto se asocia a un conjunto de valores positivos y apetecibles para la población juvenil. Aunque la normativa legal regula la publicidad de alcohol y tabaco limitando su presencia o patrocinio de eventos, horarios y contenido, los medios continúan teniendo una importante influencia en las conductas relacionadas con la salud de la población.

- *Factores socioeconómicos.* Al analizar las variables económicas como un factor de riesgo de la conducta adictiva, se ha pasado de relacionar la privación económica como variable facilitadora a todo lo contrario, que es suponer que la disponibilidad económica proporciona al sujeto mayor acceso a la droga. Es un hecho demostrado que la falta de accesibilidad a bienes sociales que otros tienen y la delincuencia están relacionadas con el consumo de drogas (Becoña, 2002). Según la teoría de la conducta problema (Jessor, Donovan y Costa, 1992), la pobreza es un factor importante para la prevención de la drogodependencia. No obstante, se precisa la intervención de otros factores de riesgo para que se produzca el consumo.
- *Accesibilidad.* Para que se produzca una conducta adictiva debe darse la posibilidad de hacerlo, de forma que a mayor oportunidad, más probable es que se lleve a cabo dicho comportamiento. En el uso mayor o menor de una sustancia influye la cantidad de producto en el mercado, un número suficiente de puntos de venta y un precio asequible para el consumidor (Becoña y

Vázquez, 2001); si bien existe cierta controversia respecto a si la disponibilidad de la droga es siempre un factor relacionado con el consumo. El mayor precio de la sustancia sí parece estar muy relacionado con un menor consumo, fenómeno que se ha observado cuando se ha incrementado el precio de bebidas alcohólicas y del tabaco. El carácter de droga legal convierte a estas dos sustancias en productos muy disponibles y de fácil acceso, dado el gran número de establecimientos donde se pueden adquirir, los amplios horarios de venta, el precio asequible y el bajo control de la venta a menores. Respecto a otras sustancias ilegales, no es difícil encontrar puntos de venta en los lugares de ocio nocturno.

Los estudios con adolescentes concluyen que el consumo de alcohol aumenta cuando los sujetos perciben un fácil acceso a la sustancia (Alfonso, Huedo y Espada, 2009).

- *Desestructuración de la comunidad.* La desorganización comunitaria se produce cuando el lugar donde la persona vive (grupo de viviendas, barrio o ciudad) no cumple unas normas mínimas como es el cuidado de las calles, disponibilidad de zonas verdes, lugares de ocio, apego social al barrio o sentimiento de pertenencia. La diversidad cultural, el nivel de densidad y deterioro físico de determinados vecindarios, unido a la escasez de servicios públicos que integran una comunidad producen una desorganización social y una mayor disponibilidad de drogas, que incrementan la vulnerabilidad al consumo. Generalmente, una parte de los individuos que residen en este tipo de barrio presentan otros factores de riesgo asociados, como privación económica, mayor tasa de paro o mayor nivel de fracaso escolar (Becoña, 2002).

B) Factores de riesgo familiar

- *Consumo familiar.* Gran parte de las conductas se adquieren mediante la observación e imitación de los demás, especialmente de aquellas personas con las que se identifica el joven. El consumo de alcohol en el hogar produce aprendizaje implícito (beber es una conducta de la vida diaria socialmente aprobada) y explícito (el adolescente imita la conducta de sus padres y hermanos mayores). Los estudios muestran la relación significativa del consumo de alcohol de padres e hijos (Espada, Pereira y García-Fernández, 2008).

Otros factores de riesgo familiar tienen que ver con aspectos como la composición familiar (tamaño, orden de nacimiento, número de hermanos, etc.). Según el amplio estudio de Muñoz-Rivas y Graña (2001), tener hermanos, sobre todo mayores, puede tener un efecto protector sobre el consumo, si bien otras variables familiares, como la cohesión familiar, pueden explicar el consumo mejor que el mero orden o número de hermanos. Se ha investigado también si la ausencia de un progenitor influye en el consumo, aunque los resultados no son concluyentes.

- *Conflictividad familiar.* Un elevado nivel de conflictividad familiar o la ruptura

de la pareja pueden tener un impacto negativo en las pautas de crianza y educación, facilitando la aparición de problemas en la adolescencia, como comportamientos negativistas y desafiantes, conducta antisocial o abuso de drogas. Existen evidencias sobre la relación entre una baja supervisión de los padres hacia sus hijos y tasas más elevadas de consumo de drogas y, especialmente, con el inicio temprano al consumo.

- *Estilos educativos inadecuados.* Las habilidades parentales inadecuadas, pobres o inconsistentes suponen otro importante factor de riesgo (Espada y Méndez, 2002). Se ha observado que el riesgo de abuso de drogas es mayor cuando las prácticas de manejo familiar se caracterizan por unas expectativas poco claras de conducta deseada, un escaso control y supervisión de los hijos, pocos e inconsistentes refuerzos de las conductas adecuadas y castigos excesivamente severos e inconsistentes. Pueden diferenciarse cuatro estilos educativos de riesgo (Arbex, Porras, Carrón y Comas, 1995). El primero implica una confusión en cuanto a los modelos referenciales. Esto supone ambigüedad en las normas familiares junto a un déficit de habilidades parentales. El segundo se caracteriza por un exceso de protección, que a la larga genera una dependencia del hijo hacia sus padres que puede dificultar un adecuado desarrollo de su autonomía. El tercero consiste en una falta de reconocimiento, donde la ausencia de refuerzos positivos y de una valoración incondicional del adolescente favorece un autoconcepto negativo y provoca desajustes sociales y personales. El cuarto estilo implica una rigidez en las estructuras familiares, con una organización familiar jerárquica ante la cual los adolescentes pueden tender a la sumisión, o bien a la rebeldía contra esa estructura.

Al igual que ocurre con el resto de factores de riesgo, suele ser precisa la interacción y/o coincidencia de diversos factores para que se produzca una conducta de consumo.

- *Comunicación familiar.* La comunicación es uno de los aspectos que facilitan una educación armónica del niño/a y adolescente. Una comunicación adecuada evita el aislamiento y modela para las relaciones sociales, elementos que facilitan el desarrollo personal y que pueden considerarse protectores. Algunos estudios destacan la relación entre la experiencia negativa de las relaciones familiares y un mayor consumo de drogas. Por otro lado, se ha observado que cuanto menos frecuente es la comunicación entre padres e hijos y menor el tiempo que pasan juntos, más altas suelen ser las tasas de consumo de alcohol y tabaco.

C) Factores de riesgo relacionados con el grupo de iguales

Los principales modelos teóricos que explican el consumo de drogas destacan el importante papel de los compañeros. Existe acuerdo al resaltar como factores relevantes el consumo por parte del grupo, las actitudes favorables hacia el consumo y la conducta antisocial.

- *Actitudes favorables hacia las drogas en el grupo de iguales.* Al igual que la conducta de consumo, la predisposición o actitud favorable hacia las drogas es también un facilitador de otros consumos. Por ello, en la medida en que los compañeros, consuman o no, tengan una actitud favorable hacia la experimentación con las drogas o sean partidarios de emplearlas en un contexto de ocio, aumenta la probabilidad de que se produzcan nuevos casos. En el polo opuesto, la valoración de la salud como un aspecto importante y a cuidar, o una actitud favorable hacia mantener una alimentación adecuada suponen factores de protección.
- *Consumo en el grupo de iguales.* El grupo de amigos es el marco de referencia que contribuye a consolidar la identidad adolescente y satisface la necesidad de afiliación o pertenencia a un grupo de iguales, con quienes se comparten valores y señas de identidad. El riesgo de que un individuo se inicie en el uso de drogas aumenta si este se integra en un grupo de iguales que consume, ya que los otros miembros sirven de modelo y refuerzan positivamente la conducta de beber o consumir otras drogas. Los estudios coinciden en concluir que salir con amigos que consumen drogas es un importante predictor o factor de riesgo (Espada *et al.*, 2008; Muñoz-Rivas y Graña, 2001).

1.4. Evaluación de las conductas adictivas

1.4.1. Qué evaluar

El tratamiento psicológico de una conducta problemática pasa por determinar en qué medida dicho comportamiento supone un problema para el sujeto o su entorno más próximo. Existen diferentes aproximaciones al objetivo del diagnóstico en psicología y ciencias de la salud en general. Los modelos más extendidos se basan en la nosología o clasificación de las enfermedades, que en el caso de las adicciones serían de tipo mental, tal y como queda recogido en el *Manual para el Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, guía de referencia publicada por la Asociación Americana de Psiquiatría. Otra visión es la centrada en el análisis funcional de la conducta, que define la conducta problemática en función de su intensidad, frecuencia y adecuación. En este sentido, un comportamiento pasa a ser problemático cuando es desadaptativo para quien lo realiza, ya que la intensidad del mismo dificulta el ajuste del sujeto a su medio y su bienestar. Se trata, por tanto, de una aproximación que diferencia el comportamiento normal del anormal o desadaptativo en base a criterios cuantitativos (parámetros de frecuencia e intensidad) y contextuales (lugares y momentos en que se realiza). Aplicado al consumo problemático de sustancias o a la realización de otros comportamientos adictivos, puede establecerse una línea roja cuando se presentan conductas que pueden ser nocivas para la salud o provocar un deterioro de tipo familiar, social o laboral. En el caso de adolescentes el impacto laboral se sustituye por académico. Aquí podemos diferenciar la conducta de consumo de sustancias psicoactivas, que en el caso de sujetos

aún en desarrollo puede afectar de forma notable en su organismo todavía inmaduro.

Por lo tanto, cuando nos planteamos qué evaluar exactamente, el objetivo principal es determinar si existe una conducta adictiva, problemática o en riesgo de serlo, cuáles son sus parámetros (intensidad, frecuencia, duración) y las variables que actúan como desencadenantes (estimulares) y como mantenedoras (consecuencias). Esta información será necesaria para la evaluación funcional de la conducta que es evaluada y así determinar: si es disfuncional o no, su gravedad o intensidad, y las variables a modificar para su tratamiento.

1.4.2. Fuentes de información

La información sobre el problema puede proceder de distintas fuentes y variar en su grado de fiabilidad. Recabar información directamente de la persona que presenta el problema es un procedimiento habitual, si bien presenta algunas limitaciones.

- El propio adolescente puede ser quien proporcione la información necesaria para la evaluación funcional del caso. Para que la información sea fiable y válida debe darse el requisito de un reconocimiento del problema de abuso o adicción.
- Padres y personas allegadas: los progenitores son con frecuencia quienes han detectado la existencia del problema y solicitan ayuda para su hijo. Su participación en la fase de evaluación y en otros momentos de la terapia de deshabituación es clave para reforzar el tratamiento. También son objeto de intervención cuando se detectan aspectos familiares que requieran de modificación.
- El propio terapeuta y otros profesionales: los profesores y otros adultos que pasan tiempo con el menor durante sus actividades cotidianas pueden ser también una fuente complementaria de información.

1.4.3. Técnicas e instrumentos de evaluación

A la hora de clasificar los procedimientos de evaluación podemos diferenciar entre los siguientes:

- *Autoinformes*: Pueden ser de tipo inventario, cuestionario o test. Su utilización con muestras grandes tiene la finalidad de detectar precozmente casos problemáticos, de identificación de factores de riesgo y de evaluación de programas mediante la valoración de la intensidad y frecuencia de la conducta adictiva y los factores de riesgo. Cuando se emplean con sujetos de forma individual, suelen tener el objetivo de valorar la gravedad o identificar aspectos relacionados con la adicción y que vayan a ser incorporados en el plan de

tratamiento, como puede ser el estado de ánimo, ansiedad o habilidades sociales y de afrontamiento.

- *Entrevistas*: Tienen la cualidad de ampliar de forma cualitativa la información necesaria para valorar el caso y establecer un diagnóstico. Las entrevistas no estructuradas recogen toda la información que pueda ser relevante sobre los antecedentes, su respuesta problemática y las consecuencias de la misma. Se incluye un análisis de las habilidades del adolescente, sus pautas de comportamiento problemático y toda aquella información que pueda ser útil para el tratamiento.
- *Medidas de observación*: En determinadas adicciones es posible llevar a cabo medidas de observación directa. Esto supone que el evaluador registra parámetros de la conducta adictiva, por ejemplo, el número de cigarrillos consumidos, las jugadas realizadas en una máquina o el tiempo dedicado a un videojuego. Otras modalidades de conducta que son objeto de observación son las verbalizaciones durante el juego. Los observadores suelen ser los padres, educadores o el profesional a cargo de la terapia.
- *Autorregistros*: El propio adolescente es, en este caso, el encargado de autoobservar y registrar la conducta problema y sus parámetros. La información necesaria para el tratamiento es la frecuencia de la conducta (número de veces que se consulta el teléfono móvil), la intensidad (cantidad de alcohol consumido), la duración (tiempo consultando páginas web) y los factores desencadenantes (estado de ánimo justo antes de llevar a cabo la conducta, lugar, hora y personas con las que estaba, etc.). Estos datos son muy valiosos, de cara a realizar un análisis funcional del caso y detectar variables a modificar por su participación como detonante, por ser una característica problemática del sujeto que no puede ser observada de otro modo (como, por ejemplo, los pensamientos antes y durante la conducta).
- *Pruebas biológicas*: En adicciones químicas se emplean tests de detección de sustancia en orina o en saliva. Suponen una medida muy fiable del consumo durante el arco temporal que abarca el test. Para evaluar el consumo de tabaco se realizan, también, pruebas de detección en el aire espirado conocidas como cooximetrías, que dan información sobre el nivel de monóxido de carbono en un sujeto.

1.5. Prevención de las conductas adictivas

1.5.1. Tipos de prevención

Caplan (1980) diferencia entre tres tipos de prevención: a) la *prevención primaria* tiene lugar antes de la aparición del problema. Los destinatarios son, por tanto, los adolescentes que aún no presentan la adicción; b) la *prevención secundaria* se dirige a colectivos de alto riesgo o que han iniciado de forma reciente el comportamiento

problemático; y c) la *prevención terciaria* trata de reducir los perjuicios del consumo, y equivale al tratamiento o rehabilitación de la persona consumidora.

Algunas intervenciones son de tipo específico, e incluyen información y habilidades relacionadas directamente con la adicción (p. ej., habilidades de rechazo de la oferta), o intervenciones inespecíficas que abarcan contenidos informativos relacionados con la salud en general o con el desarrollo de habilidades personales (p. ej., habilidades de comunicación, autoestima, etc.).

En función de la población diana, Gordon (1987) diferencia entre tres tipos de prevención: *universal* (dirigida a todos los adolescentes), *selectiva* (dirigida a adolescentes en mayor riesgo que el promedio) e *indicada* (dirigida a individuos con comportamiento adictivo o de alto riesgo). Las intervenciones preventivas pueden estar dirigidas al conjunto de la población (programas comunitarios), a los padres (prevención familiar) y a niños, adolescentes y jóvenes (programas escolares).

1.5.2. Técnicas empleadas en los programas de prevención

A) Transmisión de información

Los primeros programas preventivos se centraban en proporcionar información asumiendo que las personas modifican su conducta al conocer sus efectos negativos. Sin embargo, sabemos que aunque el cambio cognitivo es necesario, debe estar seguido de un cambio afectivo (actitud hacia las drogas y la salud) y conductual (consumo e intención de hacerlo). No obstante, ofrecer información es un paso necesario para prevenir o modificar hábitos y, por ello, los programas preventivos suelen incluir la transmisión de información como uno de sus componentes. Entre los objetivos de la fase educativa de un programa está informar sobre las características de las drogas (acción sobre el organismo, capacidad adictiva, consecuencias negativas a corto y largo plazo, etc.) y corregir las falsas creencias sobre las drogas.

Algunos principios a tener en cuenta a la hora de ofrecer información sobre drogas a los adolescentes son:

- La información debe ser veraz, evitando las exageraciones y la ocultación de información.
- No conviene dramatizar ni recurrir al miedo como forma de persuasión.
- Es preferible destacar las consecuencias negativas a corto plazo, no las enfermedades futuras, pues es más probable que a nivel cognitivo se elaboren contraargumentos. Por otro lado, para los adolescentes es más importante el momento presente.
- Se debe adaptar la información a las características de los destinatarios, sin

ofrecer información excesiva. Igualmente, conviene emplear los medios didácticos precisos para captar la atención y optimizar la asimilación de mensajes.

- La intervención no debe basarse exclusivamente en la información. Esta debe considerarse como un paso necesario previo a la adquisición de las habilidades que facilitan el mantenimiento de conductas saludables.

B) Métodos de entrenamiento en habilidades

• Entrenamiento en habilidades sociales

El entrenamiento en habilidades sociales es uno de los elementos centrales de la intervención comportamental-educativa por la estrecha relación entre la competencia social infantil y el posterior desarrollo psicológico y social, y también por la importancia de las habilidades de relación interpersonal en la adaptación a la vida cotidiana. Además de la práctica de habilidades sociales generales, en la prevención de la drogadicción se ha otorgado especial importancia a la *asertividad*. Esta se ha definido como la capacidad de expresar los propios derechos y opiniones con respeto hacia los derechos de los demás. De manera coloquial, la asertividad suele entenderse como la habilidad para decir que no, y aplicado a la prevención de la drogodependencia, a rechazar la oferta.

Si bien el entrenamiento en asertividad comenzó constituyendo una terapia individual para adultos, se ha ido extendiendo progresivamente a numerosos programas de entrenamiento, especialmente de tipo educativo o preventivo. Se considera especialmente indicado durante el inicio de la adolescencia por los beneficios que suponen potenciar en esta etapa el autoconcepto y promover el *locus* de control interno. El objetivo que se persigue con este entrenamiento es que los adolescentes aprendan a identificar los obstáculos al comportamiento asertivo y a comportarse de manera asertiva en todo tipo de situaciones sociales. La estrategia indicada para la enseñanza de conductas asertivas es el entrenamiento en habilidades sociales, que se desarrolla en varios pasos:

1. Fase educativa:

Paso 1: Discusión sobre los estilos de comportamiento: pasivo, asertivo, agresivo.

Paso 2: Diálogo sobre los obstáculos para comportarse de forma asertiva (p. ej. decir “no” de forma adecuada).

2. Fase de entrenamiento en habilidades: Práctica de habilidades asertivas.

Paso 3: Selección de una habilidad concreta a entrenar.

Paso 4: Modelado por parte del terapeuta.

Paso 5: Escenificación mediante representación de papeles de una situación relacionada con la habilidad.

Paso 6: Refuerzo positivo a los participantes, destacando los aspectos adecuados de su ejecución.

Paso 7: Retroalimentación, señalando los aspectos mejorables de la intervención del grupo de participantes. Se debe atender a los aspectos verbales, paraverbales y no verbales de la interacción social representada.

Paso 8: Repetición del ejercicio de representación de papeles.

En el [cuadro 1.2](#), se presentan dos escenas practicadas con adolescentes para aprender conductas asertivas.

Cuadro 1.2. Escenas para el entrenamiento en habilidades de resistencia a la presión social del programa Saluda

FICHA 4

Situación: Tu personaje es Mario, hoy está con la pandilla en un bar celebrando el cumpleaños de un amigo. Ese día vas en moto. Él insiste en que bebas, pero tú no quieres porque tienes que conducir. Temes tener un accidente o que te pare la policía.

AMIGO: ¡Venga, Mario! ¡Tómate otra cerveza!

MARIO: Gracias, de verdad. Pero ya me he tomado una y no me quiero pasar. ¡Tengo que conducir!

AMIGO: ¡Venga, hombre, por un par de cervezas no te vas a emborrachar! Además, yo también voy en moto. Hoy es mi cumpleaños, hazlo por mí y tómate otra, hombre.

MARIO: Pero, hombre, ¿es que no has oído nunca lo de “si bebes no conduzcas”?

AMIGO: ¡Pero si por aquí nunca se pone la “poli”!

MARIO: No es solo por la multa. No quiero tener un accidente tontamente. De verdad, no seas pesado.

FICHA 7

Situación: Tu personaje es Juan. Estás de marcha con tus amigos. Habéis tomado un par de “megavasos” entre los cinco amigos.

AMIGO 1: Venga, que este se ha acabado. Dadme dos euros cada uno que voy a pedir otro.

JUAN: Yo no pongo que no quiero más.

AMIGO 1: ¿Cómo que no? ¡No nos hagas esto, tío! Pero si la tarde acaba de empezar.

JUAN: Yo ya voy bien. Si bebo más me va a sentar mal.

AMIGO 2: Hoy hay que pillarla, que tenemos que celebrar el final de los exámenes.

JUAN: Pilladla vosotros, yo ya voy bien.

AMIGO 2: ¡Qué tío más aguafiestas!

JUAN: Ya te he dicho que así voy bien. Estoy un poco alegre, he cogido justo el “punto”. No quiero beber más.

• *Entrenamiento en resolución de problemas*

Los primeros estudios sobre los procesos de resolución de problemas y su relación con un buen ajuste social fueron desarrollados por Spivack, Platt y Shure (1976). La capacidad de tomar decisiones responsablemente es para el adolescente una importante habilidad que le proporciona autonomía personal. Este constituye el objetivo de partida del entrenamiento en resolución de problemas. Por otro lado, la toma de postura ante el

consumo de drogas supone en sí misma una decisión a adoptar. Por ambas razones, es un componente que se incluye en muchos programas de fomento de competencias personales. Además, la habilidad de toma de decisiones se cita a menudo como uno de los principales factores asociados con el consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia.

Uno de los procedimientos más utilizados para el entrenamiento en resolución de problemas es la técnica de D'Zurilla y Goldfried (1971). Estos autores definen la resolución de problemas como un proceso conductual que hace disponibles diversas alternativas de respuesta potencialmente eficaces para hacer frente a la situación, y que aumenta la probabilidad de seleccionar la respuesta más eficaz entre estas alternativas.

El método consta de los siguientes pasos:

1. Orientación hacia el problema.
 - a) Percepción del problema
 - b) Valoración de las causas
2. Definición y formulación del problema.
 - a) Recopilación de información relevante para el problema
 - b) Comprensión del problema
 - c) Establecimiento de metas realistas respecto al problema
 - d) Revaloración del problema
3. Búsqueda del mayor número de alternativas como posibles soluciones al problema. Principios aplicables en esta etapa:
 - a) Principio de cantidad antes que calidad
 - b) Principio de dilación del juicio: esperar a valorar las consecuencias en la siguiente fase
 - c) Principio de variedad
4. Valoración de cada solución posible, atendiendo a las consecuencias de la puesta en práctica de esa alternativa, tanto positivas como negativas, a corto y largo plazo.
5. Toma de decisiones.
6. Puesta en práctica de la medida elegida.
7. Evaluación de la puesta en práctica.
 - a) Autoevaluación
 - b) Autorrefuerzo si los resultados son satisfactorios, o nuevo proceso si la medida no ha solucionado el problema.

En programas de prevención de la drogodependencia los participantes aprenden el

método de resolución de problemas en tres fases (Espada y Méndez, 2003). En un primer momento, conocen los pasos básicos del método de resolución de problemas aplicado a situaciones cotidianas. Posteriormente, se plantean supuestos relacionados con la oferta y rechazo de drogas donde ensayan cómo aplicar en ellos el método general, examinando las opciones posibles, valorando pros y contras (a corto y largo plazo, sobre ellos y sobre los demás) y eligiendo una alternativa. Por último, los adolescentes pueden aplicar el método para la toma de decisión sobre su postura personal ante las drogas, entendiendo esta decisión como el resultado de un proceso de resolución de un problema al que se enfrentan una vez analizadas las ventajas e inconvenientes de consumir.

En el [cuadro 1.3](#), aparecen tres supuestos prácticos empleados como ejercicio para la práctica del método de toma de decisiones.

Cuadro 1.3. *Ejercicios del programa Saluda para la práctica de la toma de decisiones*

El caso de Laura

Es sábado y, como muchos fines de semana, Laura está con dos de sus mejores amigas en la puerta de un pub al que suelen ir. Una de ellas les ofrece una calada de un porro que acaba de liarse. Laura fuma de vez en cuando, pero nunca ha probado los porros. Piensa en decirle a su amiga que no quiere, pero siente curiosidad y le apetecería probar cómo sienta un cigarro con hachís.

El caso de Eduardo

Eduardo se lo suele pasar muy bien con sus amigos. Le gusta ir a las discotecas, bailar y ver a las chicas que van por allí. Este sábado hay una fiesta especial, vienen *disc-jockeys* invitados y habrá música durante ocho horas seguidas. Antonio, uno del grupo, propone comprar pastillas y tomar todos. Conoce a un chico que las pasa, y no son muy caras. Eduardo no sabe qué hacer.

El caso de Adrián

Adrián cumple 15 años dentro de una semana y lo quiere celebrar con sus amigos. Durante el verano han celebrado varios cumpleaños, ya que son muchos en la pandilla, y todos han sido parecidos: comprar bebida y hielo en el supermercado e irse a la playa a beber y a estar allí. Se lo suelen pasar bien, pero alguna vez ha habido malos rollos porque alguno ha bebido mucho y se ha puesto agresivo. Una vez, dos de ellos llegaron a las manos discutiendo, y otra vez se pelearon con otros chicos que les habían provocado. Adrián no está seguro de querer celebrar así su cumpleaños, pero sabe que a sus amigos les gustaría.

- *Manejo de emociones*

Algunos programas preventivos incluyen entre sus objetivos enseñar a los adolescentes a afrontar situaciones estresantes (p. ej., Botvin, 1998). El entrenamiento en este tipo de técnica se justifica porque entre las motivaciones para consumir tabaco, alcohol u otras drogas se incluye la intención de vencer las dificultades de la vida diaria. Así, por ejemplo, un adolescente puede beber para superar su timidez o fumar para calmar los nervios antes de un examen. El objetivo a la hora de enseñar estas estrategias es que los escolares aprendan a controlar su conducta sin ayuda de las drogas.

Para la enseñanza de técnicas de manejo de la ansiedad se puede partir de situaciones que desaten reacciones emocionales negativas propuestas por el grupo, analizando sus componentes cognitivos, fisiológicos y comportamentales, transmitiendo la importancia de detener precozmente la respuesta agresiva. También se presentan técnicas como el entrenamiento en respiración profunda, la relajación muscular progresiva, el ensayo mental y la reestructuración cognitiva.

- *Otras técnicas*

- *Establecimiento de objetivos.* Con esta técnica se pretende fomentar en los adolescentes la reflexión sobre sus conductas futuras, enseñándoles a plantearse metas de cambio a corto, medio y largo plazo. Se comienza pidiendo a cada participante que evalúe en qué áreas personales les gustaría mejorar o hacer algún cambio. Después de transcribirlas, se les propone que establezcan submetas o pasos intermedios necesarios para conseguir ese cambio propuesto. Seguidamente, planifican el tiempo que han de invertir en dar esos pasos y las acciones concretas a realizar. Por último, se decide una fecha en la que se revisará el grado de cumplimiento y se repasarán los siguientes pasos a dar.
- *Autorrefuerzo.* Consiste en la autoadministración de un reforzador de forma contingente a la ejecución de una conducta. Es decir, justo después de haber realizado algo que una persona se ha propuesto, se premia a sí misma, por ejemplo, realizando una actividad agradable. Así, alguien que lleva una semana sin fumar podría comprarse una camisa nueva como premio por haber superado ese plazo. El autorrefuerzo puede ser también encubierto, o sea, consistente en un mensaje de felicitación que el individuo se dice a sí mismo. El programa Saluda dedica una sesión a enseñar a los alumnos esta técnica. Se practica primero con situaciones elegidas por los participantes para, posteriormente, emplear el autorrefuerzo por el cumplimiento semanal de su decisión de no consumo o consumo responsable.
- *Educación emocional.* Tener una autoestima alta constituye un factor de protección frente al consumo y abuso de drogas. La justificación de su inclusión como tema formativo para padres se basa, además, en la hipótesis de que la autoestima elevada capacita al joven para la toma de decisiones, fomenta su responsabilidad y le ayuda a resistir la presión del grupo. Existen excelentes publicaciones en castellano que tratan ampliamente el tema de la autoestima.
- *Compromiso público.* Algunos programas incluyen la manifestación pública del compromiso de no consumir o consumir responsablemente (Becoña, 2006; Espada y Méndez, 2003). Para ello, se puede dar la palabra a los participantes que deseen expresar su decisión o emplear una técnica grupal para mostrar la postura personal.
- *Alternativas de ocio.* Se parte de la premisa de que si los adolescentes cuentan con una oferta suficiente de actividades saludables para el tiempo libre,

entonces, se reduce la probabilidad de consumir o abusar de las drogas. En ese sentido, se considera la implicación en actividades asociativas o deportivas como un factor de protección ante el abuso de drogas.

1.5.3. Metodología de los programas de prevención

La metodología de un programa preventivo hace referencia a la toma de decisiones por parte del equipo que realiza el programa acerca de los objetivos que se persiguen, el procedimiento para alcanzarlos (tipo de intervención, contenidos y metodología didáctica), el diseño de la evaluación (variables, instrumentos y momentos) y otros aspectos del procedimiento. Cuando se pretende llevar a cabo un programa preventivo dirigido a un problema de adicción, ya presente en un grupo o colectivo juvenil, el diseño e implementación comienza habitualmente por un análisis de la población destinataria. Si la idea de llevar a cabo un programa preventivo surge en un contexto educativo y está centrada propiamente en la prevención primaria, las primeras decisiones suponen optar por abarcar las adicciones en su conjunto, o bien centrarse en tratar más a fondo sobre una o más de ellas. El siguiente paso es la elección del programa validado que mejor encaje con sus características y con los objetivos que se persiguen. Una gran parte de programas preventivos son universales, lo que implica que están estandarizados para ser aplicados con cualquier grupo de adolescentes.

1. *Definición de objetivos:* Formular por escrito los objetivos que se persiguen es una práctica recomendable antes de iniciar el desarrollo de un programa. Muchos de los objetivos en adicciones son comunes: retrasar la edad de inicio, reducir el consumo/uso, potenciar factores de protección y reducir factores de riesgo. Estas metas generales conviene adaptarlas y especificarlas para que sean acordes de forma realista a la intervención, en función del alcance esperado, de los factores de riesgo que se han seleccionado, etc.
2. *Selección de contenidos:* La ventaja de seguir un programa manualizado es que existen mayores garantías sobre los efectos esperados, ya que ha sido testado. Sería razonable renunciar a ello únicamente si se considerara que la población diana tiene unas características particulares que hace necesario adaptar los contenidos o metodología del programa. Esto hace que la intervención sea más a la medida, pero al introducir alteraciones no existen evidencias de que tenga el mismo grado de eficacia. Algunos criterios para elegir el programa basado en la evidencia más adecuado son: el mayor número de estudios que demuestren sus resultados en términos de reducción del consumo, la adecuación al perfil de la población diana y las posibilidades reales del contexto donde se va a aplicar.
3. *Planificación del diseño de evaluación:* La primera idea a tener en cuenta es que evaluar es una necesidad. A pesar de las limitaciones de recursos

materiales y humanos, es posible seguir un diseño de investigación. La complejidad del diseño dependerá de qué se pretende conocer. Si el objetivo es constatar los posibles cambios tras un programa, la opción más sencilla es seguir un diseño A-B con evaluación antes y después de la intervención. Cuando sea posible, puede incluirse en este diseño un grupo control de comparación (generalmente sin intervención o en espera, aunque también es interesante contar con un programa de comparación o con un grupo de intervención placebo que únicamente recibe atención). Cuando los objetivos van más allá y lo que se pretende es conocer los efectos según parámetros del programa, o de los participantes, es más importante que la muestra sea representativa para poder generalizar los resultados.

4. *Formación de aplicadores:* La preparación de las personas encargadas de la aplicación del programa es importante, con el fin de garantizar que los contenidos son administrados según estaba previsto originalmente en el programa y que se dominan las estrategias didácticas para cada actividad. Además, tiene la ventaja de homogeneizar la aplicación en los distintos grupos de destinatarios. La intensidad y formato del entrenamiento varía según la experiencia previa de los aplicadores, su perfil profesional, etc., pero generalmente incluye familiarizarse con el manual del programa, sus bases teóricas, los contenidos sesión a sesión, mensajes a transmitir y manejo de situaciones propias del programa.
5. *Aplicación:* En la planificación del programa, generalmente, hay establecida una duración y periodicidad adecuadas, por ser las que originalmente se siguieron en la evaluación experimental del programa, pasando a ser recomendadas. Una pauta habitual es de un programa de 10-15 sesiones de periodicidad semanal, aunque esto puede variar en función de lo amplio que sea el contenido a abarcar. Los estudios de revisión de eficacia de programa demuestran que los programas de larga duración obtienen mejores resultados.
6. *Evaluación:* Aspectos cruciales en la evaluación son los momentos. El diseño pretest-posttest en prevención permitirá observar cambios en variables muy sensibles. El cambio en comportamientos es esperable a medio y largo plazo. Las variables a evaluar son otro aspecto a considerar. Conviene realizar un ejercicio de reflexión, previamente, para una correcta selección de variables a evaluar. Generalmente, se distinguen en variables conductuales (llevar a cabo el comportamiento adictivo), cognitivas (conocimientos y creencias) y actitudinales (predisposición hacia las drogas, intención de llevarlo a cabo, valoración sobre la propia salud y riesgos, etc.). En función de qué aspectos se quieren conocer, se procede a seleccionar los instrumentos que mejor los evalúen. Esto implica aproximarse al máximo a niveles óptimos de validez y fiabilidad (medir lo que se pretende medir, y medirlo bien).

1.6. Técnicas para el tratamiento psicológico de las conductas adictivas

Se sintetizan aquí los procedimientos generales empleados en el tratamiento psicológico de los comportamientos adictivos con o sin sustancias. Según el modelo basado en el análisis funcional de la conducta, estas técnicas pueden organizarse según su incidencia en los aspectos desencadenantes de la conducta problema (técnicas de control de estímulos), del sujeto (técnicas de autocontrol) y de las consecuencias (técnicas operantes).

1.6.1. Técnicas para la reducción del consumo de sustancias

- *Técnicas motivacionales.* En las primeras fases del tratamiento, se llevan a cabo habitualmente ejercicios para favorecer la motivación al cambio. Prochaska y DiClemente (1982), en su teoría sobre los estados del cambio, distinguieron entre las fases previas a la toma de decisión de abandonar el consumo. La entrevista motivacional tiene el objetivo de que el paciente valore las ventajas de modificar su adicción. En varias fases de la terapia es posible utilizar las técnicas motivacionales, consistentes básicamente en que el sujeto valore los pros y contras de su adicción.

Otra técnica para incentivar la motivación son los contratos conductuales. Suponen un compromiso escrito entre dos partes (el adolescente y los padres, la pareja, el profesor o el terapeuta). Las condiciones del contrato incluyen el objetivo en cuanto a la reducción de la conducta problema (por ejemplo, el tiempo máximo diario de juego *online*), las condiciones para que se produzca (solamente tras la realización de las tareas escolares) o el momento (solamente los fines de semana). La reducción de tiempo y de otras características del comportamiento a negociar se modifican semana a semana adaptándose al progreso y al objetivo final, que se considera un uso razonable.

- *Técnicas de control estimular.* En los momentos iniciales del tratamiento, se pretende que el sujeto no esté expuesto a las señales que le recuerdan la adicción. Se pretende con ello no iniciar la cadena conductual mediante la evitación de los desencadenantes. En una adicción estos estímulos pueden ser personas que el sujeto asocia al consumo, lugares, actividades (salir). Las señales que actúan como desencadenantes o facilitadoras de la conducta adictiva pueden ser modificadas y, de ese modo, cortar la cadena conductual en sus primeros momentos. Por ejemplo, para el fumador es un estímulo discriminativo ver el paquete de cigarrillos. La retirada de ese estímulo es un paso lógico para dificultar el segundo eslabón de esa cadena conductual que implica abrirlo y encenderse un cigarrillo. En fases siguientes del tratamiento, no se recomienda que el sujeto esté aislado, sino que se exponga progresivamente a estos estímulos sin llevar a cabo la conducta adictiva.

- *Técnicas operantes.* Consisten en la administración de refuerzos positivos según la conducta adictiva alcanza parámetros-meta menores. Una de las modalidades más eficaces es el tratamiento basado en incentivos, que en nuestro país cuenta con evidencias para el tratamiento de tabaco (Secades-Villa *et al.*, 2014) y de la cocaína (Secades-Villa *et al.*, 2013). Se establece un sistema de ganancia de puntos por cada periodo de tiempo de abstinencia. Estos vales pueden ser posteriormente canjeados por reforzadores materiales o de actividad. En este procedimiento actúan, además de los elementos del control de las contingencias, aspectos motivacionales para mantener la abstinencia.

1.6.2. *Técnicas para el mantenimiento de la abstinencia*

- *Técnicas para el manejo del craving.* En el proceso de deshabitación el control del impulso para llevar a cabo el comportamiento adictivo implica identificar lo más tempranamente las señales de alerta y tener listo algunos recursos para manejar ese estado. Suelen incluirse en este conjunto de estrategias las técnicas de control de la activación; una de las más usadas es la respiración profunda. El entrenamiento en toma de decisiones, las autoinstrucciones y la búsqueda de actividades incompatibles son otras de las medidas que se aplican para lograr el control del impulso de consumir (o llevar a cabo el comportamiento adictivo).
- *Técnicas de prevención de recaídas.* Su objetivo es identificar situaciones futuras de riesgo y tener disponibles recursos para afrontarlas. Se incluye cómo actuar ante un episodio puntual de recaída. Es frecuente que se confunda con una recaída completa, por lo que se trabaja la idea de que existe dicho riesgo y que hay una serie de acciones a poner en práctica para reducirlo.
- *Reorganización y cambio de hábitos.* La fase final de un tratamiento psicológico suele dedicarse a establecer unas nuevas pautas de vida saludables que sirvan, de forma específica, para que el problema tenga menos probabilidad de volver a aparecer y que el joven tenga un equilibrio emocional, físico y social. El tratamiento exitoso ha debido concluir con una nueva filosofía para la vida que implica cuidarse y saber hacerlo, tener una organización del tiempo adecuada, continuar estableciéndose nuevos objetivos para la vida, etc. Para ello, se acuerda con el joven unas rutas que incluyan actividades sociales, actividad física y la reserva de tiempo para ocio e intereses personales.

1.6.3. *Técnicas para fortalecer factores de protección*

- *Entrenamiento en habilidades sociales.* El área social ha podido deteriorarse como efecto de la adicción. En ocasiones, también se pretende establecer nuevos círculos sociales que ayuden a fomentar intereses saludables. Otra razón

de fomentar esta área es el potencial poder reforzante de la interacción social y el papel del apoyo social ante situaciones vitales difíciles. En algunos casos, un déficit social ha estado en la base como factor que ha podido contribuir a la adicción. El procedimiento de entrenamiento en habilidades sociales depende del nivel de partida del adolescente. Cuando se observa un déficit social general, se plantea un entrenamiento que abarca todas las áreas (conversar, opinar a favor y en contra, expresar sentimientos positivos y negativos, defender los derechos personales, etc.). Si se ha detectado déficit únicamente en alguna de las áreas la intervención se diseña para centrarse en las habilidades con necesidad de mejora. El procedimiento incluye estos pasos:

1. Psicoeducación: discusión sobre la habilidad a entrenar.
 2. Modelado: el terapeuta ejemplifica la realización de la conducta que se entrena prestando atención a los componentes verbales y no verbales.
 3. Ensayo conductual: el paciente practica con el terapeuta.
 4. Retroalimentación y refuerzo: el terapeuta corrige aspectos a mejorar y refuerza positivamente de forma concreta los que han sido realizados correctamente.
- *Entrenamiento en resolución de problemas.* El objetivo de esta técnica es enseñar a generar un buen número de posibles soluciones ante una situación y valorar cada una a corto y largo plazo. Ante una adicción prevalecen los resultados inmediatos a costa de perjuicios demorados en el tiempo. Esto hace que la conducta adictiva sea resistente a la extinción, ya que priman las consecuencias cercanas en el tiempo. La capacidad de tomar buenas decisiones es una habilidad que se aprende y se practica. Los pasos generales del método incluyen: a) definir bien el problema, b) generar un número alto de posibles soluciones, c) valorar cada una de ellas (a corto y largo plazo, atendiendo a los efectos sobre el propio sujeto y sobre los demás), d) elección de la mejor valorada (o combinación de ellas) y e) puesta en práctica y valoración.

2

Prevención y tratamiento del tabaquismo

2.1. Consideraciones generales

El tabaco es la segunda sustancia más consumida entre escolares españoles de 14 a 18 años, según los datos más recientes del Plan Nacional sobre Drogas (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, 2014). El 35 % de adolescentes han fumado durante el último año y el 32 % son fumadores recientes. Actualmente, hay más chicas fumadoras (37 %) que chicos (33 %). La edad media de inicio del consumo de tabaco es de 13,6 años. La proporción de adolescentes fumadores se ha estabilizado tras un patrón de descenso de varios años. Se calcula que entre dos y siete de cada diez adolescentes fumadores son dependientes de la nicotina y al menos dos tercios de ellos refieren algún síntoma de abstinencia al dejar de fumar (Colby, Tiffany, Shiffman y Niaura, 2000).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe sobre la epidemia mundial de tabaquismo (2008), señala al tabaco como la causa de muerte de hasta el 50 % de quien lo consume y la única sustancia legal que puede perjudicar a todos los que se exponen a ella. Sin embargo, es una de las causas de mortalidad en el mundo más prevenibles. De las principales ocho causas de muerte en el mundo seis están relacionadas con el consumo de tabaco. Entre las enfermedades del fumador destaca el cáncer, especialmente de laringe, bucofaríngeo, esofágico, de tráquea, bronquios o pulmones. El tabaco también produce enfermedades crónicas, problemas respiratorios y efectos en el aparato reproductor de la mujer, incluyendo la reducción de la fecundidad. Las enfermedades causadas por el tabaco no afectan en exclusiva al fumador, sino también a los niños y adultos que respiran el humo del tabaco de forma pasiva. Según el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) (2007), entre los efectos que produce el tabaco a corto plazo en jóvenes destaca el incremento de catarros, aumento de tos, disminución del rendimiento deportivo y pérdida del apetito. En la actualidad, el consumo de tabaco supone un coste de cientos de miles de millones de euros por año y los gastos anuales en atención sanitaria son muy elevados. Así, en los Estados Unidos asciende a 81 000 millones, en Alemania a casi 7 000 millones y en Australia a 1 000 millones de dólares (OMS, 2013). En el caso de España, el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo estima que el gasto anual supone más de 15 000 millones de euros.

Se ha comprobado que los adolescentes pueden generar dependencia a la nicotina

mucho más rápidamente de lo que puede imaginarse, en comparación con los adultos (Kart y O'Loughlin, 2006). Los adolescentes más vulnerables pueden perder el control sobre el tabaco al primer o segundo día de fumar por primera vez un cigarrillo (Gervais y O'Loughlin, 2006). La dependencia tabáquica puede aparecer antes de tener una pauta de consumo diario produciéndose, habitualmente, antes de que el consumo llegue a dos cigarrillos al día. Di Franza *et al.* (2000) encontraron que el 63 % de escolares de 12-13 años que había fumado al menos una vez al mes mostraba uno o más síntomas de dependencia de la nicotina. Entre estos escolares el 22 % tenía síntomas de dependencia nicotínica dentro de las cuatro primeras semanas de iniciarse en el hábito. Por otro lado, se ha encontrado relación entre padecer síntomas depresivos y dependencia al tabaco en adolescentes (Espada, Sussman, Huedo-Medina y Alfonso, 2011).

La mayoría de adolescentes que fuman tienen una probabilidad alta de continuar con el consumo durante su vida adulta (Sussman, Dent, Severson, Burton y Flay, 1998). El consumo de tabaco conlleva riesgos de padecer consecuencias físicas, algunas de ellas de inicio en la adolescencia. A pesar de los grandes esfuerzos en prevenir el tabaquismo, la prevalencia del consumo de tabaco en España continúa siendo muy elevada (PNSD, 2008).

El tratamiento psicológico del tabaquismo se inició en los años sesenta, llegando a España algo más tarde. La eficacia del tratamiento del tabaquismo en adultos está respaldada por revisiones, metaanálisis y guías clínicas, por lo que actualmente se cuenta con una notable experiencia sobre el tratamiento psicológico de los fumadores adultos, que ha dado lugar a programas terapéuticos que sistemáticamente han mostrado su eficacia, efectividad y eficiencia.

Sin embargo, existen menos evidencias con población joven y adolescente. Las revisiones en nuestro país, como la realizada por Ariza y Nebot (2004) en el monográfico sobre tabaquismo de la revista *Adicciones*, se refieren básicamente a sendos estudios de Sussman (2002) y McDonald (2003) que revisaron respectivamente 66 y 20 intervenciones de cese tabáquico en adolescentes. Los estudios de Sussman comprenden el periodo desde 1975 hasta 2001 e indican una tasa media de abandono del consumo del 12 % a los 3-12 meses de seguimiento, frente al 7 % de cese espontáneo del consumo en los controles. Se observa también que el éxito del tratamiento aumenta al 19 % cuando se incluyen estrategias para fortalecer la motivación.

Otras revisiones de la literatura científica encontraron solo 26 estudios sobre el cese del tabaquismo en adolescentes (Sussman, Lichtman, Ritt y Pallonen, 1999). Únicamente tres de estos estudios utilizaron un diseño controlado experimentalmente. La media de abandono mediante los programas de tratamiento en el seguimiento fue del 11 %. Por lo tanto, la evidencia sobre la eficacia de los programas para el abandono del tabaco en adolescentes por el momento es débil. Según los estudios empíricos, existen al menos tres razones por las que los adolescentes no tienen éxito al dejar de fumar: las influencias sociales, la dependencia química y la falta de motivación (Sussman, Dent, Burton, Stacy y Flay, 1995). Para que los intentos de dejarlo sean eficaces es necesario proporcionar información sobre cómo afrontar los síntomas de la abstinencia, o enseñar formas para

minimizar estos síntomas, y poner en práctica habilidades para mantener la abstinencia.

Las intervenciones para fomentar el abandono del tabaquismo en adolescentes han sido, en general, poco eficaces. En términos de cese del consumo, se calcula que aproximadamente el 40 % de adolescentes fumadores que han fumado durante el último mes informan haber intentado dejar el tabaco en algún momento y no haberlo conseguido y el 60% restante no lo ha intentado siquiera.

2.2. Psicopatología del tabaquismo

A partir de los hallazgos sobre los procesos neurológicos y conductuales de la adicción, se ha considerado la nicotina como una droga con un potencial adictivo similar al de la cocaína y los opiáceos. Los criterios para el diagnóstico de trastorno de dependencia de sustancias psicoactivas se cumplen perfectamente en el caso del tabaquismo. La mayoría de fumadores evoluciona desde un número de cigarrillos reducido hasta fumar un paquete o más a los 25 años de edad. Los fumadores realizan importantes esfuerzos por controlar o suprimir el consumo de tabaco. Se calcula que el 77 % de fumadores han intentado dejarlo, mientras que el 55 % no ha sido capaz a pesar de los múltiples intentos (Becoña, 1999). Otra característica de las conductas adictivas señala el uso continuado a pesar de ser consciente de tener un problema físico o psicológico, y muchos fumadores que padecen enfermedades cardíacas o pulmonares continúan fumando.

2.3. Evaluación del tabaquismo

En el caso de la evaluación con adolescentes y jóvenes, existe un buen número de instrumentos que examinan los aspectos claves respecto a la conducta de fumar. Entre estos destacan parámetros específicos del consumo de tabaco, como la frecuencia y la cantidad diaria de cigarrillos consumidos; también variables individuales consideradas de riesgo de carácter cognitivo, como los conocimientos y las creencias sobre el tabaco; actitudinal, como la intención de fumar, y la percepción de riesgo por el consumo. Otros aspectos que se evalúan ante un caso de tabaquismo son variables del sujeto relacionadas con el consumo como predictoras o moderadoras, como el nivel de autoeficacia, o aspectos emocionales (estrés y estado de ánimo). Recogemos aquí una síntesis de los principales instrumentos de evaluación para la intervención clínica y preventiva en tabaco.

- *Métodos de observación.* En el contexto clínico se emplean, con frecuencia, los registros de conducta como forma de evaluar el comportamiento de fumar. Se realiza una autoobservación del consumo de cigarrillos incluyendo información sobre la frecuencia, intervalos de tiempo sin fumar, aspectos del contexto, estado emocional que acompaña al consumo, etc. La evaluación de la conducta de fumar en adolescentes se puede también llevar a cabo de manera fiable

mediante la observación por parte del profesional o a través de terceros (profesores, padres y otras personas cercanas).

Cuadro 2.1. Criterios diagnósticos para el trastorno de consumo de tabaco (DSM-5)

1. Consumo de tabaco en mayor cantidad o durante más tiempo del que se pretendía.
2. Deseo persistente de fumar o intentos no exitosos de dejarlo o de disminuir el consumo.
3. Inversión de gran cantidad de tiempo en actividades necesaria para conseguir tabaco o para fumar.
4. Impulso o deseo intenso de fumar.
5. Mantenimiento del consumo pese a tener, de forma persistente o recurrente, problemas interpersonales causados o influidos por el tabaco.
6. Abandono o reducción de actividades de tipo social, laboral o de ocio como consecuencia del tabaco.
7. Consumo recurrente del tabaco en situaciones donde existe peligro (por ejemplo, en la cama).
8. Mantenimiento del consumo de tabaco pese a conocer o padecer problemas físicos o psicológicos causados o exacerbados por el tabaco.
9. Tolerancia definida por una de estas características:
 - a) necesidad de aumentar la dosis de tabaco para obtener efectos similares,
 - b) disminución de los efectos al consumir la misma dosis de tabaco.
10. Síndrome de abstinencia, manifestado por:
 - a) los síntomas característicos del síndrome, aplicados al tabaco,
 - b) el tabaco (o sustancias similares como la nicotina) reducen los síntomas del síndrome de abstinencia.

-
- *Cuestionarios de consumo.* Examinan la información necesaria para cada caso. Generalmente, incluyen datos sobre la frecuencia medida en número de cigarrillos, el consumo en los últimos días, semanas o meses, el policonsumo, las situaciones asociadas a fumar, etc. En el [cuadro 2.2.](#) se muestra un ejemplo.
 - *Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina.* Es un instrumento diseñado por Fagerström (1978) para cuantificar el grado de dependencia a la nicotina. La versión original consta de ocho ítems que evalúan una serie de conductas relacionadas con fumar. Heatherton y cols. (1991) elaboraron una versión revisada con seis ítems. Los puntos de corte para la versión revisada son: dependencia baja: 0-3 puntos; dependencia moderada: 4-7; y dependencia alta: 8-10 puntos ([cuadro 2.3.](#)).
 - *Cuestionarios de motivación.* Indagan sobre las razones que tiene el adolescente para dejar el consumo. Pretenden dar una estimación de la preparación para abandonar el hábito y los posibles obstáculos. Una de las barreras con la que frecuentemente se enfrenta el fumador que pretende dejarlo es la posible ganancia de peso. En los [cuadros 2.4.](#) y [2.5.](#) se incluyen ejemplos de instrumentos para evaluar el grado de motivación y la preocupación por el peso.

- *Medidas fisiológicas.* Se cuenta con distintos procedimientos que permiten evaluar si la persona ha fumado o inhalado de forma pasiva el humo del tabaco. Los métodos oscilan en carácter más o menos invasivo, dependiendo de que se trate de detección en sangre, saliva o aire espirado. La nicotina y la cotinina, su metabolito principal, pueden examinarse en sangre, saliva y orina. Las pruebas de detección de cotinina en saliva son cómodas, rápidas y fiables, y no suponen apenas invasión. Presentan la ventaja de que esta sustancia tiene una vida media de hasta dos días. La medida de monóxido de carbono en el aire espirado se evalúa en segundos y el resultado puede tenerse al instante. Sin embargo, el arco temporal es menor, ya que la vida media del monóxido de carbono varía de dos a cinco horas.

Cuadro 2.2. *Cuestionario de consumo de tabaco y otras drogas (Sussman, Dent, Simon et al., 1995)*

¿Cuántos cigarrillos fumas en un día? _____

¿Cuántos cigarrillos fumaste ayer? _____

¿Cuántas veces has fumado en el último mes (30 días)? _____

¿Has fumado hoy?

_____ Sí. _____ No.

¿Cuántas veces has fumado en tu vida?

_____ (de 0 a +100 veces).

¿Cuántas veces has bebido alcohol en el último mes (30 días)?

_____ (de 0 a +100 veces).

¿Cuántas veces has consumido marihuana en el último mes (30 días)?

_____ (de 0 a +100 veces).

¿Cuántas veces has consumido drogas duras (cocaína, estimulantes, inhalantes, alucinógenos, ansiolíticos, sedantes o somníferos u opiáceos) en el último mes (30 días)?

_____ (de 0 a +100 veces).

Cuadro 2.3. *Test de dependencia a la nicotina de Fagerström (Heatherton et al., 1991)*

1. ¿Cuántos cigarros fumas al día?
 - Más de 26 cigarros al día.
 - Entre 16-25 cigarros al día.
 - Entre 1-15 cigarros al día.

- Menos de 1 al día.
2. Después de levantarte por la mañana, ¿cuándo te fumas el primer cigarro?
- En los primeros 30 minutos.
 - 30 minutos después de levantarte, pero antes del mediodía.
 - Por la tarde.
 - Por la noche.
 - No fumo.
3. ¿A qué cigarro renunciarías?
- Al primer cigarro de la mañana.
 - Cualquiera antes del mediodía.
 - Cualquiera durante la tarde.
 - Cualquiera durante la noche.
 - No fumo.
4. ¿Te resulta difícil no fumar en lugares en los que está prohibido (bibliotecas, cines, restaurantes, etc.)?
- Sí, muy difícil.
 - Sí, un poco difícil.
 - No, no suele ser difícil.
 - No, en absoluto.
5. Si estás enfermo/a en la cama durante la mayor parte del día, ¿fumas?
- Sí, siempre.
 - Sí, bastante a menudo.
 - No, normalmente.
6. ¿Fumas más durante las dos primeras horas del día que durante el resto del día?
- Sí.
 - No.
7. Si has intentado dejar de fumar, ¿cómo de difícil te resultó?
- Nada difícil.
 - Algo difícil.
 - Bastante difícil.
 - Muy difícil.
 - Nunca he intentado dejar de fumar.
8. De las cinco personas más cercanas a ti (familia y amigos), ¿cuántos son fumadores?
- Cinco.
 - Cuatro.
 - Tres.
 - Dos.
 - Uno.
 - Ninguno.
-

Cuadro 2.4. *Cuestionario de motivación para dejar de fumar*

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor tus pensamientos sobre dejar de fumar? (Por favor, elige una opción).

- a) No he fumado nunca.
- b) Nunca he pensado en dejar de fumar.
- c) He pensado en dejar de fumar y he decidido que no quiero hacerlo.
- d) He pensado en dejar de fumar, pero no he tomado una decisión.
- e) Planeo dejar de fumar, pero más adelante.
- f) Planeo dejar de fumar de inmediato.
- g) Estoy dejando de fumar.
- h) He dejado de fumar y trato de no volver a hacerlo.

¿Cómo de probable es que fumes en los próximos 12 meses? Tú dirías que...

- a) Definitivamente no.
- b) Probablemente no.
- c) Un poco probable.
- d) Algo probable.
- e) Es muy probable.

¿Crees que dejarás alguna vez de fumar?

- a) Sí, ya lo he hecho.
- b) Sí, posiblemente más adelante.
- c) Sí, en las próximas semanas.
- d) Quizá.
- e) No.
- f) No fumo.

¿Cuántas veces has intentado dejar de fumar en tu vida?

- a) No fumo.
 - b) Más de 5 veces.
 - c) 3 o 4 veces.
 - d) 1 o 2 veces.
 - e) Nunca.
-

Cuadro 2.5. *Cuestionario de preocupación por la ganancia de peso al dejar de fumar*

Las siguientes preguntas tratan sobre la confianza que tienes en tu capacidad para controlar tu peso después de dejar de fumar.

Evalúa cada pregunta con una escala de 1 (nada seguro) a 10 (completamente seguro). Señala un solo número para cada pregunta.

¿Cómo de seguro/a estás de que serás capaz de:

Evitar ganar peso después de dejar de fumar?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada seguro					Completamente seguro				

Controlar tu apetito después de dejar de fumar?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada seguro					Completamente seguro				

Hacer otras cosas, además de comer, cuando te sientas estresado/a o deprimido/a después de dejar de fumar?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada seguro					Completamente seguro				

No comer más de lo habitual en las comidas después de dejar de fumar?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada seguro					Completamente seguro				

Dejar de fumar sin comer alimentos con muchas calorías (pasteles, galletas y dulces)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada seguro					Completamente seguro				

Evitar comer alimentos con muchas calorías cuando tengas ganas de fumar?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada seguro					Completamente seguro				

2.4. Técnicas y programas de tratamiento

2.4.1. Control de estímulos

La conducta de fumar forma parte de una secuencia que se inicia con una señal que sirve de estímulo desencadenante. Este disparador puede ser interno, como sentir ganas de fumar o experimentar síntomas del síndrome de abstinencia; estados emocionales no relacionados directamente con la nicotina, como la ansiedad o el aburrimiento, y también estímulos externos: actividades (tomar café, salir por la noche), sociales (otras personas fumadoras) lugares (terrazas, coche) y físicos (la cajetilla de tabaco, un cenicero, etc.).

Las técnicas de control estimular tienen la finalidad de disminuir el número de señales asociadas con la conducta de fumar. Eliminar la presencia de todos esos estímulos, o reducirlos cuando no sea posible suprimirlos completamente, es una estrategia lógica que sirve para modificar la conducta de fumar. Otras veces, se programa con el fumador un número determinado de situaciones en las que está permitido fumar y se van restringiendo progresivamente. Su uso como técnica aislada está recomendada por la Asociación Americana de Psiquiatría como de confianza clínica moderada, y de mucha utilidad cuando forma parte de programas multicomponentes.

2.4.2. Reducción gradual de ingesta de nicotina

Esta técnica implica un proceso progresivo de reducción de nicotina y alquitrán mediante el cambio semanal de la marca de cigarrillos. Es una técnica que se incluye, generalmente, como parte de programas conductuales multicomponentes. La reducción semanal respecto a la línea base generalmente se programa siguiendo una pauta de descenso pasando del 30 %, al 60 % y 90 %. La eficacia de esta técnica a largo plazo (un año de seguimiento) tiene un promedio de 34 %, y se logra tanto un descenso de la dependencia a la nicotina como en la dependencia conductual (Becoña, 1999, 2006).

2.4.3. Relajación

Su utilización se centra en la prevención de recaídas más que en la propia deshabituación. La justificación se basa en que el tabaco es para muchos fumadores una estrategia aparentemente eficaz, aunque poco saludable, para el afrontamiento de la ansiedad. Además, los estados de estrés son situaciones de mayor riesgo de retomar el hábito de fumar. Por ello, algunos programas incluyen procedimientos para el control de la activación, como el entrenamiento en respiración, para que el fumador las aplique de forma alternativa a fumar para la reducción de la ansiedad y, también, para que sirvan de ayuda para controlar el ansia por fumar.

2.4.4. Manejo de contingencias

Basado en los principios del aprendizaje operante, este procedimiento consiste en reforzar al fumador cuando no realiza la conducta de fumar durante un tiempo determinado, mediante la administración de consecuencias positivas o con la pérdida de recompensas cuando fuma. Los programas de incentivos, que incluyen además otros componentes, han mostrado su eficacia en la reducción del consumo de tabaco con adultos (Secades *et al.*, 2014). Suponen la administración de vales canjeables por actividades, que se proporcionan a los fumadores al obtener resultados negativos de las

analíticas periódicas de nicotina. La administración contingente a la prueba, siguiendo un programa de reforzamiento que se retira gradualmente, ha mostrado su eficacia también con otras sustancias (García-Fernández *et al.*, 2013).

2.4.5. *Técnicas aversivas*

Este tipo de procedimiento supone asociar la conducta de fumar con un estímulo aversivo. El aprendizaje mediante métodos aversivos persigue descondicionar un comportamiento asociado a unos efectos positivos (sabor placentero, eliminación de los síntomas del síndrome de abstinencia) y recondicionarlo a otros estímulos desagradables para, de ese modo, disminuir la probabilidad de que se repita la respuesta, un principio básico de la psicología del aprendizaje. Los procedimientos aversivos suponen administrar estimulación no peligrosa ni excesivamente desagradable para el sujeto, y siempre con su consentimiento.

Existen varias técnicas aversivas empleadas en el tratamiento del tabaquismo, que se basan en fumar rápido, retener el humo y fumar focalizado. El procedimiento comienza con la saciación gustativa, que consiste en que el fumador encienda un cigarrillo de su marca preferida y que mantenga el humo en su boca tras una fuerte calada durante treinta segundos. Mientras, centra su atención y respira por la nariz, concentrándose en las sensaciones desagradables producidas por el humo en la boca y la garganta. El procedimiento de fumar focalizado puede utilizarse en, a continuación, pidiéndole al fumador que fume según lo hace habitualmente, mientras centra su atención en las mismas sensaciones que experimentó en el ejercicio anterior. A esto se le une la limitación de inhalar el humo a cinco veces por cigarrillo. Aunque las técnicas aversivas han mostrado históricamente cierta eficacia (véase Cáceres, 2008) han quedado por detrás de programas multicomponentes que alcanzan buenos resultados sin incluirlas (Becoña, 2006).

2.4.6. *Programas multicomponentes*

Son el procedimiento terapéutico de elección y suelen incluir tres fases:

1. Preparación para dejar de fumar: persigue motivar al fumador para que abandone el tabaco.
2. Abandono del consumo: incluye estrategias para el abandono que han mostrado eficacia al utilizarse solas, como la reducción gradual de nicotina.
3. Prevención de recaídas: pretende minimizar la probabilidad de tener una recaída mediante la mejora de habilidades personales, como la habilidad de resolución de problemas, las habilidades sociales o las habilidades de afrontamiento.

Con población adolescente y joven, la fase de preparación es especialmente delicada y complicada porque la motivación para el abandono no suele ser muy alta, aunque como contrapartida el hábito no está tan consolidado como en adultos al ser una historia de consumo más corta.

Cuadro 2.6. *Principales técnicas incluidas en programas multicomponentes*

Fase de preparación

- Balance decisional y toma de decisión
- Contratos de contingencias

Fase de deshabitación

- Descenso gradual/brusco de la ingesta de nicotina
- Contratos de control de estímulos
- Entrenamiento en relajación
- Entrenamiento en habilidades

Fase de prevención de recaídas

- Habilidades de resistencia
- Habilidades de solución de problemas
- Estrategias cognitivas: autoinstrucciones, etc.

2.5. Proyecto EX: Un programa de prevención y tratamiento del consumo de tabaco para adolescentes

2.5.1. *Qué es el Proyecto EX*

El Proyecto EX es un protocolo clínico elaborado por Sussman y Lichtman (2004), investigadores de la University of Southern California en Estados Unidos. Este equipo ha realizado importantes aportaciones en prevención de las adicciones, destacando de su trabajo el programa financiado por el National Cancer Institute de EEUU, Towards no Tobacco (TNT), que fue uno de los antecesores del Proyecto EX.

El protocolo terapéutico Proyecto EX está compuesto por ocho sesiones que tienen como objetivo la deshabitación del tabaco en población adolescente. Persigue mejorar la motivación, las habilidades conductuales implicadas en el consumo y el nivel de información. Proporciona estrategias para dejar de fumar que minimizan los síntomas de la abstinencia, como la disminución gradual, y las habilidades para el mantenimiento de la abstinencia, como el afrontamiento de la ansiedad tras el abandono del consumo. Los dos principales procedimientos interactivos de enseñanza que se emplean son el método socrático y el juego de roles.

Los objetivos específicos del programa son:

- Proporcionar información precisa sobre el curso de la adicción y enfermedad relacionada con el tabaco, desde el inicio de la adicción hasta la adicción

totalmente desarrollada (incluyendo el afrontamiento de los síntomas de abstinencia).

- Proporcionar información precisa sobre las consecuencias ambientales, sociales, psicológicas y emocionales del uso del tabaco.
- Enseñar a utilizar actividades alternativas como la respiración saludable, el yoga, la meditación y la relajación.
- Enseñar habilidades de relación interpersonal, de toma de decisiones, de establecimiento de objetivos y de afrontamiento, así como entrenamiento en autocontrol.
- Enseñar habilidades comportamentales y cognitivas, y establecer un compromiso personal para dejar el tabaco.

A) *Modelo teórico del Proyecto EX.* El modelo teórico en el que se basa el Proyecto EX para explicar el tabaquismo en la adolescencia se centra en el papel de las habilidades personales, de la motivación del sujeto y de la capacidad para afrontar el síndrome de abstinencia. Un componente nuclear del programa es la potenciación de la motivación, que implica que los jóvenes:

- a) generen razones para dejar de fumar, mediante juegos de rol simulando programas televisivos de debate;
- b) conozcan los efectos del tabaco;
- c) aprendan que fumar incrementa (y no reduce) los niveles de estrés;
- d) conozcan los efectos negativos del tabaquismo pasivo;
- e) aprendan que cuanto más tiempo se mantiene la abstinencia resulta más sencillo permanecer sin fumar, y
- f) asimilen que es más fácil dejarlo cuando son jóvenes y hace poco que han empezado en lugar de esperar a tener más edad, ya que de ese modo habrá afectado menos en su salud.

B) *Metodología del Proyecto EX.* En el programa se informa mediante explicaciones que tratan de motivar a los adolescentes, presentándoles razones para dejar el tabaco. La motivación para dejar de fumar se trabaja mediante juegos, programas de entrevistas y debates interactivos. Las habilidades conductuales para dejar de fumar incluyen técnicas de respiración, habilidades de meditación, yoga y la instrucción. Además, se enseñan diversas estrategias para hacer frente a los síntomas de abstinencia. Se entrenan también habilidades para mantener la abstinencia, controlar la ira y fortalecer la autoconfianza.

C) *Formación de los aplicadores.* Para la aplicación del programa se requiere que los monitores recaben formación específica sobre su filosofía, metodología y contenidos. Es requisito que los monitores no sean fumadores. El entrenamiento se desarrolla en seminarios de duración variable, aunque se recomienda un formato de diez horas. Los contenidos del seminario incluyen información general sobre el

Proyecto EX, su historia, las ventajas de recibir el programa y los requisitos de los aplicadores.

2.5.2. Evidencias sobre el Proyecto EX

La primera investigación sobre el Proyecto EX comenzó en 1997. El estudio EX-1 consistió en un ensayo clínico experimental aplicado en el ámbito escolar en institutos del sur de California. Se empleó la metodología de grupos focales, una de las herramientas más utilizadas en investigación cualitativa en ciencias sociales aplicadas. Se formó un total de 19 grupos con más de doscientos adolescentes, con el fin de generar contenidos de motivación para que gente joven inicie un programa de abandono del tabaco y se mantenga abstinente. Otros grupos se centraron en generar actividades útiles para dejar de fumar. En este mismo estudio se realizó un análisis de los componentes, aplicando sesiones y actividades de forma aislada y evaluando sus efectos inmediatos. El estudio se completó con dos ensayos piloto de evaluación. Se refinaron las variables de medida, incluyendo evaluaciones del consumo habitual de tabaco, medidas de la retención, tasa de consumidores y porcentaje de reducción del consumo. En una primera ronda, los participantes recibieron un programa de ocho sesiones sin seguimiento. La intervención clínica se refinó después de la primera aplicación. En la segunda aplicación se evaluó el componente comunitario escolar en un segundo centro escolar. Esta parte del programa fue elaborada como un componente de prevención con la asociación de estudiantes, ofreciendo actividades extraescolares, de búsqueda de empleo, revistas escolares, etc. Los resultados en los dos estudios piloto fueron casi idénticos. Ambos componentes fueron refinados después. Los resultados fueron muy prometedores, encontrando que la intervención sobre los factores motivacionales fue determinante en el abandono del consumo (McDonald, Colwell, Backinger, Husten y Maule, 2003).

Tras los dos primeros estudios piloto, se realizó el primer ensayo controlado en escuelas de formación continua de California, que proporcionan formación alternativa a los institutos de secundaria a jóvenes hasta los 18 años. Un total de 142 fumadores completaron el tratamiento, con una tasa de retención del 55 %.

Con el fin de evaluar la eficacia y receptividad del programa en otras culturas donde las motivaciones para fumar y para dejarlo podrían ser diferentes a las de Estados Unidos, se realizó un estudio piloto del Proyecto EX en Wuhan (China) en 2004, empleando un diseño de línea base múltiple. El programa fue traducido a chino mandarín y fue revisado por investigadores bilingües. La versión traducida se puso a prueba sesión a sesión en grupos focales para comprobar la adecuación cultural, tras lo cual se realizaron seis cambios menores. Participaron 46 estudiantes de 10.º grado de escuelas de secundaria y escuelas profesionales con una edad media de 16 años, que fueron seleccionados mediante un *screening* realizado en los centros escolares a 622 estudiantes. En la línea base los participantes informaron de una media de consumo de 5,7 cigarrillos al día. 45 de los 46 participantes asistieron al menos a seis de las sesiones clínicas y

completaron la evaluación posttest y el seguimiento a los 4,6 meses. Las ocho sesiones fueron valoradas como de alta calidad. Se recogieron muestras de saliva, comprobando los niveles de cotinina mediante una banda Nico-Meter. Se observó una sobrestimación de 4,5 % de abandono del consumo. Ajustando los resultados a este test, se encontró en el seguimiento a los cuatro meses una tasa de mantenimiento de la abstinencia del 10,5 % en el último mes y del 14,3 % en la última semana.

El estudio EX-3 examinó la aportación de incluir componentes farmacológicos junto al Proyecto EX. El contenido del programa se modificó para incorporar el uso de sustitutivos del tabaco (chicles de nicotina), ampliando el tema de la dependencia nicotínica, selección adecuada de sustitutivos, su uso adecuado y distribución en el contexto escolar. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a tres condiciones experimentales: programa estándar, con chicle de nicotina, y grupo control que recibía un chicle de menta.

Hasta ese momento el Programa EX se aplicaba como una intervención clínica en el contexto escolar. Aunque la intervención resultaba eficaz, su alcance estaba limitado a los adolescentes que asistían al tratamiento, por lo que se desarrolló una versión del programa para ser aplicada en el aula escolar, donde están presentes tanto los fumadores como los no fumadores. Esta modalidad en el aula incrementa el alcance del programa y puede aumentar el número de fumadores que abandonan el consumo. Además, el programa puede adaptarse a una función preventiva para jóvenes no fumadores. Los programas de influencias sociales difícilmente son efectivos con jóvenes mayores y en alto riesgo. De hecho, los estudios para el desarrollo del programa tuvieron lugar en aulas de formación continua. Los no consumidores disfrutaron el programa tanto o más que los fumadores. Además, percibieron que las actividades les ayudarían a mantenerse sin fumar en el futuro. Por último, los programas de abandono del tabaco aplicados en clase pueden ser una herramienta útil para desarrollar el currículum de educación para la salud.

Por todo ello, se planteó una nueva investigación, el estudio EX-4, que analizó la adaptación del programa al contexto del aula escolar como un programa educativo para la prevención y cese del consumo. En un estudio controlado con 1 097 estudiantes (Sussman, Miyano, Rohrbach, Dent y Sun, 2007) se evaluó esta versión terapéutica-preventiva del programa. Los sujetos de la condición experimental mostraron una mayor reducción de consumo semanal y mensual de tabaco en los seguimientos a los 6 y a los 12 meses. Las diferencias con el grupo control variaron entre el 5,1 y el 7,6 %.

Los resultados de los distintos estudios controlados sobre el Programa EX son en general positivos. Se han encontrado tasas de abandono del consumo del 3 % (EX-2) al 8 % (EX-1). Las tasas, teniendo en cuenta los abandonos terapéuticos (*intend to treat*), fueron del 17 % (EX-1), 14 % (EX-2) y 16 % (EX-3), al menos el doble que las halladas en los grupos control de comparación (Sussman, Lichtman y Dent, 2001). El estudio EX-3 mostró que los efectos se mantienen en el seguimiento a los seis meses. Finalmente, el estudio EX-4 evaluó la utilidad del Programa EX como estrategia preventiva en el contexto del aula frente a una intervención puramente clínica.

El programa cuenta con abundante evidencia científica de su eficacia y ha sido

seleccionado como programa modelo por distintas agencias de salud estadounidenses. El Proyecto EX duplica las tasas de abandono entre los fumadores adolescentes en los cuatro ensayos en los que ha sido probado hasta el momento (Sussman, Dent y Lichtman, 2001). Actualmente, el programa está en fase de diseminación en países de varios continentes: China, Rusia, Israel, Palestina, Tailandia, Austria y España.

2.5.3. Contenido de las sesiones

El Proyecto EX está formado por ocho sesiones de 50 minutos de duración. Las sesiones están diseñadas para desarrollarse durante un periodo de seis semanas. Generalmente, se realizan dos sesiones semanales durante las dos primeras semanas, seguidas de una sesión por semana durante las cuatro semanas siguientes. El tamaño del grupo puede variar entre 10 y 30 estudiantes. Durante las primeras tres sesiones todavía no se requiere a los estudiantes que dejen de fumar, sino que se preparan para hacerlo entre las sesiones 4, 5 y 6.

Sesión 1: Orientación

En la primera sesión se hace hincapié en la importancia de mantener la mente abierta a lo largo de las ocho sesiones. Se discute cómo los hábitos pueden convertirse en adicciones, cómo el tabaco genera ansiedad, y cómo el hecho de fumar puede afectar a la familia y los amigos. Se pide a los estudiantes que hagan un experimento después de clase sobre su experiencia con el tabaco.

Tras detallar las reglas básicas a los participantes, se explican las razones para dejar de fumar o para no empezar a hacerlo. A continuación, se lleva a cabo el programa de entrevistas “¡Dichosos fumadores!: Familiares y amigos se enfrentan a los fumadores por el tabaco”, donde el fumador es objeto de críticas por parte de sus familiares, que expresan su preocupación sobre la forma en la que el fumador se ha vuelto más irritable desde que fuma. Se pide a los participantes que lleven a cabo un experimento en el que deben intentar no fumar en una situación en la que habitualmente lo hacen y, en la siguiente sesión, se analiza cómo se han sentido. En la versión preventiva para el aula, los no fumadores eligen una situación en la que estén con fumadores y observan cómo se sienten (por ejemplo, si el humo del cigarro les molesta). Los no fumadores que no tengan cerca personas que fumen deben buscar evidencias sobre el tabaco (por ejemplo, anuncios, colillas en la calle, etc.) y analizar cómo se sienten al respecto.

Sesión 2: El tabaco te afecta

Tras llevar a cabo el experimento, los estudiantes comparten sus experiencias de la vida real. El grupo debate sobre la influencia del tabaco en la ansiedad a nivel físico y psicológico. Se realiza un entrenamiento en respiración y se enseñan habilidades de afrontamiento para fomentar la relajación y reducir los síntomas de abstinencia. Se lleva a cabo el programa de entrevistas “El tabaco puede estar estresándote” donde aparece el personaje de un exfumador, un psicólogo y un médico. Los personajes discuten sobre cómo fumar aumenta el estrés en lugar de disminuirlo. Los adolescentes aprenden formas saludables (habilidades) de afrontar el estrés. Para ello, se les enseña cómo fumar afecta a la respiración y llevan a cabo ejercicios de respiración saludable ([cuadro 2.7.](#)). También se les proporciona información sobre las técnicas de *marketing* de la industria tabacalera y cómo se dirigen a los jóvenes.

Sesión 3: Tabaco y salud

Los participantes comienzan aprendiendo más datos acerca de los tres ingredientes principales del tabaco (la nicotina, el monóxido de carbono y el alquitrán) y sus efectos en el organismo. Después el grupo realiza el juego “¿Hay tabaco en el menú?”.

Cuadro 2.7. Ejercicio de respiración profunda

Esta actividad trata sobre algo en lo que casi nunca pensamos... la respiración. Respirar adecuadamente puede ayudar a sentirse menos ansioso por el síndrome de abstinencia cuando se está dejando de fumar. Los ejercicios de respiración también pueden dar energía y hacer que nos sintamos más relajados.

Dirige tu atención a tu respiración:

En primer lugar me gustaría que durante un momento estés atento a cómo estás respirando. Siéntate de manera recta en tu silla, con las manos descansando en la mesa. Empieza a fijarte en tu cuerpo. Relájate y respira de manera normal. Por favor, no intentes controlar o cambiar tu respiración. Estamos intentando simplemente prestar atención a nuestra forma de respirar. Vamos a tomarnos un tiempo para darnos cuenta de nuestras inspiraciones y espiraciones.

Date cuenta de cómo de profundo estás respirando:

Descubre cómo estás respirando profundamente poniendo la mano en diferentes puntos del pecho y el estómago. Presta atención a donde más se sienta el ascenso y descenso causado por la respiración. ¿Tu respiración está más en la parte alta o baja del estómago? Esto te dará una idea de cómo de profundo estás respirando. Tus pulmones alcanzan tu cintura por lo que una respiración profunda debe expandir tu vientre.

Dirige tu atención a la velocidad de tu respiración:

Cuando encuentres tu respiración, deja tu mano descansar sobre ella por un momento y fíjate en la velocidad de tus respiraciones. ¿Sientes como si estuvieras respirando de manera rápida? ¿Hay alguna pausa entre respiraciones? ¿Son tus espiraciones más largas que tus inspiraciones?

Cuenta tus respiraciones (utiliza un reloj):

Vamos a contar cuántas respiraciones tenemos durante un minuto. Por favor, no intentes ralentizar tu

respiración. Simplemente respira de manera normal. Si notas que te mareas en algún momento, por favor, deja el ejercicio. Cuando diga “empezad”, comienza a contar. Una respiración es una inspiración más una espiración. Empezad.

Cuente un minuto.

Nota: Cuente sus respiraciones.

¿Cuántas respiraciones habéis contado? Obtenga las respuestas de 2-3 voluntarios.

Yo he contado [número de respiraciones] respiraciones más.

La respiración media es de 12-14 veces por minuto. Cuando estás nervioso, tu respiración puede aumentar más del doble. Vuestra edad y vuestro estado de salud también pueden afectar a vuestra velocidad de respiración. Hay gente que puede disminuir su frecuencia a 6 respiraciones por minuto.

Haz tu respiración más profunda respirando de manera ventral

Ahora vamos a intentar respirar de manera profunda. Pon tu mano en el estómago y recuerda hasta dónde llegan tus pulmones. Relaja los hombros. No fuerces la respiración; tan solo nótala entrando al pecho por tus costillas hasta tu vientre. Imagina un globo en tu vientre que se llena de aire.

El globo sube tu mano como si se llenase de aire. Relaja los músculos de tu estómago, lumbares, hombros y pecho. Practica como si inflaras el globo durante unos minutos.

Nota: Deje a los participantes unos minutos para practicar. Vaya alrededor de la clase ayudándoles. No sea crítico. Si alguien no lo consigue, anímele a seguir practicando y concentrándose, y dígame que sabe que lo controlará en poco tiempo.

Date cuenta de cómo de rápido respiras contando tus respiraciones

Mientras estás inflando el globo, empieza a contar cuántos segundos duran tus inspiraciones y cuántos duran tus espiraciones. Cuenta tranquilamente. Por ejemplo, mientras estás inhalando, debes ser capaz de contar tranquilamente hasta tres. Mientras exhalas, debes ser capaz de contar hasta cinco. Esto te dará una idea del ritmo de tu respiración. Practica durante unos minutos.

Nota: Deje a los participantes unos minutos para contar cuánto duran sus respiraciones.

Alarga tu respiración contando

Cuando te sientas cómodo, intenta alargar tus inspiraciones y espiraciones contando un segundo más para cada una. Por ejemplo, intenta inhalar durante cuatro segundos, y exhalar durante seis. Practica este nuevo ritmo durante unos minutos. Si te sientes mareado, para inmediatamente.

Recordad, estas cosas necesitan un poco de tiempo; no intentéis conseguirlo todo a la primera.

Nota: Detenga la actividad unos minutos y haga las siguientes preguntas.

¿Alguno de vosotros se siente más relajado después de este ejercicio?

¿A alguno de vosotros le costó respirar de manera ventral?

Resuma diciendo: Se necesita tiempo para controlar la respiración saludable. Seguid practicando en casa; os dará una sensación de relajación y calma. El ejercicio físico, que normalmente hace más profunda vuestra respiración, también es una buena forma de mejorar la respiración saludable. La respiración saludable puede ayudar a reducir los síntomas de abstinencia al dejar de fumar y puede mejorar vuestra función pulmonar.

JUEGO: “¿HAY TABACO EN EL MENÚ?”

El nombre de este juego es “¿Hay tabaco en el menú?” y el objetivo es aprender sobre los riesgos a los que se exponen los fumadores pasivos.

Nos vamos a dividir en equipos de 4 a 6 participantes. Cada equipo se sentará junto como

si estuviera cenando en un restaurante. Cada equipo podrá “elegir” un tema del menú sobre los fumadores pasivos y la dificultad de la pregunta. Las preguntas fáciles valdrán 1 €. Las más difíciles valdrán 3 €. El menú se encuentra en la [página 22](#) del *Cuaderno del participante* (véase el [cuadro 2.8.](#)).

El camarero/monitor hará la correspondiente pregunta de la lista de cuestiones ([cuadro 2.9.](#)). Si el equipo no responde correctamente, el camarero leerá la respuesta correcta en voz alta y seguirá con el siguiente equipo para que elija su pregunta. Si el equipo responde correctamente obtendrá los puntos. El camarero/monitor podrá dar medios puntos si lo cree conveniente.

Voy a pensar un número entre el uno y el diez. Cada equipo intentará adivinarlo. El equipo que esté más cerca empezará primero. El equipo que quede segundo irá el segundo, y así respectivamente. (Elija un número y deje elegir a cada equipo).

Ponga un nombre a cada equipo y escriba esos nombres en la pizarra. Lleve la puntuación añadiendo puntos debajo del nombre de cada equipo. Puede dar medios puntos si lo cree conveniente.

Empiece dando la bienvenida a todos a “La casa ahumada del tabaco”. Simule ser un camarero y agradézcales haber elegido su gran restaurante. Dígales que tiene muchos platos deliciosos esta noche y que cuando quieran le digan lo que quieren para comer.

Cuadro 2.8. *Juego “¿Hay tabaco en el menú?”*

Fumadores pasivos	1 €
	2 €
	3 €
Fumadores pasivos y espacios públicos	1 €
	2 €
	3 €
Fumadores pasivos y niños	1 €
	2 €
	3 €
Fumadores pasivos y bebés	1 €
	2 €
	3 €
Fumadores pasivos y riesgos en la salud	1 €
	2 €
	3 €

Sesión 4: Dejándolo: Paso 1. Comprometerse

Los estudiantes continúan aprendiendo sobre las fases de la adicción, en particular los síntomas físicos y psicológicos de la abstinencia. En la sesión se debaten las estrategias para combatir una adicción como, por ejemplo, hacer un compromiso personal. Además de explicar cuáles son los métodos para dejar de fumar (de golpe o

progresivamente), se discuten los aspectos físicos y psicológicos de la abstinencia. Los participantes realizan el programa de entrevistas “Dejar de fumar: yo lo hice y me siento mejor”, donde los personajes son fumadores en diferentes etapas del proceso de dejarlo. Los adolescentes fumadores que participan en la sesión en ese momento pueden realizar un compromiso personal para dejar de fumar. Los no fumadores pueden comprometerse para actuar como personas de apoyo y ayudar a compañeros fumadores a dejarlo.

Cuadro 2.9. *Juego “¿Hay tabaco en el menú?” (2)*

LISTA DE PREGUNTAS	
<i>Fumadores pasivos</i>	
1 € Verdadero o falso: Sabrás cuándo eres fumador pasivo porque podrás ver y oler el humo.	<i>Respuesta: Falso. El humo en el ambiente puede ser invisible e inodoro.</i>
2 € Verdadero o falso: Solamente algunos países han hecho leyes para proteger a los no fumadores.	<i>Respuesta: Falso. Prácticamente todos los países tienen algún tipo de regulación para proteger a los no fumadores.</i>
3 € Define: humo principal y humo lateral y di cuál es más peligroso.	<i>Respuesta: El humo principal es el exhalado por el fumador; el lateral sale directamente del cigarro. El lateral es más peligroso porque no se ha filtrado.</i>
<i>Fumadores pasivos y lugares públicos</i>	
1 € Verdadero o falso: Separando a los fumadores y a los no fumadores en los lugares públicos, como restaurantes, se mantiene a los no fumadores protegidos de inhalar humo.	<i>Respuesta: Falso. El humo no se mantiene alejado con lugares para fumadores. Un no fumador que pase dos horas en una zona “protegida” en un restaurante inhalará el equivalente a un cigarro y medio.</i>
2 € ¿En cuál de los siguientes lugares es legal fumar en España?	a) En un centro comercial. b) En un centro sanitario. c) En un ascensor. d) Ninguna de las anteriores es verdadera. <i>Respuesta: d).</i>
3 € ¿Cuándo y por qué se prohíbe fumar en lugares públicos (en zonas no habilitadas para ello)?	<i>Respuesta: La conocida Ley Antitabaco entró en vigor en 2006. Las razones principales son la muerte de 50 000 personas cada año; el gasto de la sanidad pública, 7 695,29 millones de euros, y el mantenimiento de la situación de indefensión del colectivo de empleados de hostelería.</i>
<i>Fumadores pasivos y niños</i>	
1 € Vivir con un fumador ¿a cuántos cigarros equivale al día?	a) Uno. b) Tres. c) Cinco. <i>Respuesta: c).</i>
2 € Verdadero o falso: Los niños que están expuestos al humo del cigarro tienen más probabilidades de ser tranquilos y pasivos.	<i>Respuesta: Falso. Los niños que respiran humo de tabaco tienen más probabilidades de ser irritables, rechazar la comida y escupir más.</i>

3 € Nombra tres efectos del humo del cigarro en niños.

Respuesta: Empeora el asma, bronquitis, neumonía, infecciones del oído y de la garganta, resfriados, picor de ojos, nariz y garganta, etc. Todos son efectos de ser fumadores pasivos.

Fumadores pasivos y bebés

1 € Verdadero o falso: Las madres que fuman producen menos leche para sus bebés. *Respuesta: Verdadero.*

2 € Verdadero o falso: Los bebés que están expuestos al humo del tabaco ¿desarrollan una menor función pulmonar que vuelve a la normalidad cuando los padres dejan de fumar?

Respuesta: Falso. Los bebés expuestos al humo del tabaco pueden desarrollar una función pulmonar reducida permanente, la cual puede que nunca vuelva a ser normal. De todas maneras, los padres deben dejar de fumar para que ese daño no se agrave.

3 € La exposición al humo del tabaco tiene relación con la primera causa de muerte en niños con edades entre un mes y un año. ¿Cómo se llama esta enfermedad?

Respuesta: Síndrome de muerte súbita infantil, es la principal causa de muerte en niños con edades entre un mes y un año. Más de 5 000 niños mueren cada año.

Fumadores pasivos y riesgos para la salud

1 € Verdadero o falso: El humo del tabaco, ¿causa más muertes evitables que el alcohol?

Respuesta: Falso. Es la tercera causa de muertes evitables por detrás de los fumadores activos y el alcohol.

2 € Según la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), ¿cuántas muertes se producen por humo de tabaco cada año en España?

- a) 700 muertes.
- b) 1 500 muertes.
- c) 2 000 muertes.
- d) 3 500 muertes.

Respuesta: d).

3 € De las siguientes opciones, ¿qué institución se ve perjudicada por la Ley Antitabaco que advierte del efecto dañino para la salud del humo del tabaco?

- a) La Organización Mundial de la Salud (OMS).
- b) El Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (Cíberes), perteneciente al área de Tabaquismo de SEPAR.
- c) La asociación de Empresarios Hosteleros.
- d) El Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT)
- e) La Organización de Consumidores y Usuarios (OCU)
- f) La Asociación Española Contra el Cáncer (AECC).

Respuesta: c).

Sesión 5: Dejándolo: Paso 2. Manejar el síndrome de abstinencia

El objetivo es debatir cómo pueden manejarse los síntomas físicos y psicológicos de la abstinencia. Se proporciona un paquete de estrategias para dejar de fumar, realizar ejercicio, mejorar la nutrición y aplicar la relajación, todo ello con el fin de aliviar los síntomas físicos. Se trabajan también las expectativas irreales y el afrontamiento

adecuado para aliviar los síntomas psicológicos. Incluye contenidos acerca de la nicotina, la adicción y las estrategias para evitar la adicción o afrontar los síntomas de abstinencia. El afrontamiento psicológico incluye evitar falsas expectativas respecto a cómo no fumar o dejar de hacerlo afectará a la vida de la propia persona.

Sesión 6: Cuidando tu cuerpo

La finalidad de la sesión es enseñar formas para evitar la ganancia de peso tras dejar de fumar. Se enseñan movimientos basados en el yoga que pueden ayudar a aliviar los síntomas de abstinencia. Se aplican técnicas de yoga para mantener la atención y focalización tras dejar de fumar. Se trata de una actividad novedosa en la que los participantes aprenden varias posturas sencillas que pueden utilizar para sentirse más relajados.

Sesión 7: Cuidando tu mente

Se pretende enseñar la diferencia entre comunicación pasiva, agresiva y asertiva. Se trabajan formas para manejar la ansiedad y la ira, y para negociar con otros con argumentos (véase el [cuadro 2.10.](#)). Además, se enseñan técnicas de meditación como herramienta para afrontar el reto de dejar de fumar.

Sesión 8: Evitando recaídas

Esta última sesión subraya que dejar de fumar cuando se es joven es más fácil tanto física como psicológicamente. Se enseña cómo hacer cambios en el estilo de vida para prevenir recaídas y se generalizan los contenidos tratados a lo largo del programa para su aplicación a otras adicciones. Los participantes también realizan el programa de entrevistas “Atención: No dejar de fumar ya puede ser perjudicial para tu mente”. Aprenden que es mejor no fumar o dejar de hacerlo mientras son jóvenes, ya que es más fácil tanto física como psicológicamente.

2.5.4. Resultados del Proyecto EX con adolescentes españoles

En nuestro país la adaptación del Proyecto EX ha sido llevada a cabo por el grupo de investigación AITANA de la Universidad Miguel Hernández con la financiación del Ministerio de Economía y Competitividad en su programa del Plan Nacional de I+D+i. En un primer estudio se adaptó y evaluó el protocolo clínico del Proyecto EX (Espada, 2012) y en un segundo estudio se hizo lo propio con la versión preventiva para el aula (Espada, González, Guillén-Riquelme, Sun y Sussman, 2014).

Cuadro 2.10. Pautas para manejar la ira

DIGA A LOS PARTICIPANTES (LITERALMENTE): Es importante recordar que durante el proceso

de dejar de fumar os podéis sentir irritables. Estando irritable es más probable tener una discusión; si os metéis en discusiones, tenéis más probabilidades de fumar. Lo siguiente son maneras de manejar los conflictos interpersonales con los amigos y la familia. La violencia, la intimidación, el abuso o el acoso son temas más serios que debéis hablar con alguien en quien confiéis, como un monitor, el tutor, vuestros padres u otros adultos.

Explique a los participantes que a continuación se van a tratar diversas formas de actuar cuando se sienten irritables. Aquí se presentan algunas de las cosas que pueden hacer cuando se sienten irritables:

Escapar de la situación durante unos cinco minutos cuando os sintáis irritados.

Recordad que *sois la persona más importante para vosotros mismos*; cualquier otro no es tan importante como vosotros; cuando expreséis la ansiedad de manera incontrolada, le dais más poder sobre vosotros.

Cuidaos y cuidad vuestra autoestima. Si os sentís bien con vosotros mismos, tenéis menos probabilidades de que os moleste el comportamiento crítico de otras personas. Podéis dejar las cosas pasar.

Comportándose de forma tranquila y asertiva cuando os sintáis ansiosos puede ser una manera efectiva de evitar conflictos si sois buenos actores. Usad esta técnica, por ejemplo, si alguien se os cuela en el supermercado o si alguien os quita la plaza de aparcamiento.

Enfrentarse a conflictos menores tan pronto como surgen. Los conflictos menores que no están resueltos o debatidos pueden crecer, y podéis encontraros con que vuestra ansiedad crece y crece hasta convertirse en pérdida del control. Esto es lo que recoge la expresión “la gota que colmó el vaso”.

Escuchad CDs de relajación para calmaros, focalizaros.

Aprended formas para resolver conflictos. Los argumentos destructivos solo harán que vosotros y la otra persona os cabreéis. Los siguientes son algunos consejos para resolver las cosas:

- Centraos en el tema, no en la persona. Por ejemplo, evitad decir: “Eres tan tonto” o “Siempre lo fastidias”.
- No insultéis.
- Escuchad lo que dicen incluso aunque estéis en contra. A veces, dos personas pueden tener razón (o no tenerla) al mismo tiempo. Puede que ambos tengáis puntos válidos.
- No exagerar. Por ejemplo: “No te voy a volver a hablar nunca”.
- Sabed cuando debéis pedir perdón y no os preocupéis por ser la primera persona en decir que lo sentís.

Cuadro 2.11. *Contenidos del Proyecto EX*

<i>Sesión</i>	<i>Título</i>	<i>Descripción</i>
1	Orientación	– La primera sesión se centra en la importancia de tener la mente abierta durante el programa. – Los participantes debaten cómo los hábitos pueden convertirse en adicciones, cómo el tabaco puede causar malestar y cómo fumar afecta a la familia y amigos. – Se les pide realizar un experimento tras la clase sobre sus propias experiencias con el tabaco y la adicción.
2	El tabaco te afecta	– El grupo debate sobre cómo el tabaco causa problemas, tanto físicos como psicológicos. – Se enseñan técnicas de respiración saludable y habilidades de afrontamiento para ayudar a relajarse y reducir el síndrome de abstinencia.
3	Tabaco y salud	– Los adolescentes reciben información sobre los ingredientes principales del tabaco y los efectos en el organismo (el alquitrán, la nicotina, el monóxido de carbono y otras sustancias cancerígenas). – Se analizan las estadísticas sobre el tabaco, incluyendo un juego sobre los peligros del tabaquismo pasivo.
4	Dejándolo: Paso 1: Comprometerse	– Los participantes reciben información sobre las etapas de la adicción, incluyendo los síntomas físicos y psicológicos de la abstinencia. – La sesión analiza las estrategias para romper una adicción, como llevar a cabo un compromiso personal.
5	Dejándolo: Paso 2: Manejar el síndrome de abstinencia	– Se analizan los síntomas físicos y psicológicos del síndrome de abstinencia. Se enseñan varias técnicas para manejar los síntomas de abstinencia. Se propone crear un “kit” de técnicas para dejar de fumar: ejercicio, nutrición y relajación, que ayudan a aliviar los síntomas físicos.
6	Cuidando tu cuerpo	– En esta sesión se enseñan maneras de evitar el aumento de peso después de dejar de fumar y se practican algunos movimientos basados en el yoga que pueden ayudar a aliviar los síntomas de la abstinencia.
7	Cuidando tu mente	– La sesión 7 trata las diferencias entre la comunicación pasiva, agresiva y asertiva. Los jóvenes aprenden a controlar la ira y discutir con argumentos. También aprenden a utilizar la meditación como herramienta para hacer frente al reto de dejar de fumar en la actividad “Dejar pasar los sentimientos”.
8	Evitando recaídas	– La sesión 8 hace hincapié en que dejar de fumar cuando se es más joven es más fácil que después, tanto física como psicológicamente. – La sesión enseña cómo hacer cambios de hábitos para prevenir una recaída.

El estudio EX clínico español pretendió evaluar un programa para dejar de fumar con adolescentes entre 14 y 19 años de edad. Se realizó una traducción y retrotraducción por dos investigadores bilingües y, posteriormente, se revisaron los contenidos por técnicos del equipo. Este procedimiento se llevó a cabo para traducir y adaptar los instrumentos de evaluación empleados en las evaluaciones originales del programa. El equipo de investigación participó en el entrenamiento estándar del Proyecto EX, consistente en un taller de 15 horas dirigido por el profesor Steve Sussman, autor del programa, y por un investigador con experiencia en la aplicación del Proyecto EX.

Para el estudio de campo se estableció contacto con 73 institutos de 22 municipios del sureste de España. Después de la primera reunión para presentar a los consejos escolares los objetivos de la intervención, 11 centros escolares estuvieron dispuestos a participar.

Los participantes fueron reclutados por medio de anuncios en las clases, emisoras de radio escolares y anuncios. Los criterios de inclusión fueron ser fumador/a, haber consumido en los últimos 30 días previos al inicio del programa y dar consentimiento informado. Se proporcionó una dirección de *e-mail* a los participantes potenciales de modo que pudieran ponerse en contacto de forma confidencial con el equipo investigador para obtener más información o para inscribirse en el programa.

El programa fue aplicado durante un periodo de cinco semanas. Las sesiones se llevaron a cabo después del horario escolar. Se administraron cuestionarios de papel y lápiz antes y después de la aplicación. Una evaluación de seguimiento se llevó a cabo aproximadamente seis meses después de la última sesión.

Los participantes fueron 223 estudiantes que se asignaron al azar a una de las dos condiciones experimentales (102 en la condición de control y 121 en la condición de programa). Los padres dieron consentimiento por escrito para participar en el estudio. A los padres se les informó solamente de que sus hijos participarían en un estudio para la promoción de la salud. De todos los escolares que iniciaron el tratamiento 134 (56 en el grupo de control y 78 en la condición de programa) completaron los cuestionarios de postest, lo que supone una tasa de retención del 60 %, y 95 (51 en el grupo de control y 44 en el programa) completaron las evaluaciones a los seis meses de seguimiento (tasa de retención del 42,6 %).

El promedio de satisfacción de los adolescentes con el programa (calidad percibida del programa medida en una escala de 1 a 10) fue de 7,9. El promedio de agrado de las actividades del programa (escala de 1 a 10) fue de 6,5. La actividad “Respiración saludable” fue la mejor valorada con una media de 8,2 y el programa de entrevistas “Familia y amigos confrontan a los fumadores sobre su hábito” fue la actividad menos valorada, con una media de 6,8.

Se evaluaron los efectos del resultado justo al término del programa. La intervención provocó menor expectativa futura de fumar, mayor intención de dejar de fumar, y un descenso en las puntuaciones de dependencia medidas mediante el *Test de Fagerström*.

A los seis meses del programa, en la condición de programa el porcentaje de exfumadores era del 4,44 % (es decir, cinco fumadores dejaron de fumar), mientras que

no hubo adolescentes que dejaron de fumar en el grupo control. El Proyecto EX tuvo una influencia significativa en la expectativa de fumar en el nivel de dependencia a la nicotina.

Los participantes que recibieron el programa informaron de una mayor intención de dejar de fumar y menor expectativa futura de fumar. Además, reportaron menor dependencia de la nicotina en el postest. El Proyecto EX como programa de cesación puede ser eficaz entre los adolescentes en España, aunque este estudio se realizó como un estudio piloto utilizando una pequeña muestra. Además, la tasa de abandono en el seguimiento fue muy elevada debido a ausencias de los estudiantes y baja motivación para dejar de fumar, debido a que han comenzado recientemente a fumar o porque sus amigos lo hacen.

Para el estudio español de la versión para el aula del Proyecto EX se contactó con 45 centros de educación secundaria de 17 municipios de la provincia de Alicante. Después de una primera reunión con la persona responsable del consejo escolar de cada centro para presentar los objetivos de la intervención, se reclutaron un total de seis centros de tres ciudades. Se seleccionaron una media de 12 clases por instituto, con un rango de 8 a 19 clases. Iniciaron el estudio un total de 1 546 estudiantes (716 en el grupo control y 830 en el grupo experimental). De los estudiantes que cumplimentaron la evaluación pretest, 1 203 cumplimentaron también la evaluación postest que se llevó a cabo al finalizar el programa, con lo que hubo una tasa de retención del 77,8 %.

Los participantes tenían entre 14 y 21 años ($M = 15,2$) en el pretest. La muestra estuvo compuesta por un 54 % de chicos; el 91 % españoles. Además, el 79 % de los estudiantes vivía con ambos padres. Aproximadamente, el 32 % de los participantes había fumado alguna vez en su vida y en los últimos 30 días, y el 7 % en el día de la evaluación pretest.

La tasa de retención fue diferente entre el grupo experimental y el grupo control. En el grupo experimental la tasa de retención fue del 74,3 % ($n = 617$), y en el grupo control fue del 81,8 % ($n = 586$). El análisis de abandono, comparando ambas condiciones, mostró diferencias estadísticamente significativas en la edad y la convivencia entre los que se mantuvieron en el postest. Los participantes que completaron la evaluación postest fueron ligeramente más jóvenes en el grupo experimental en comparación con los del grupo control (la edad media fue de 15,2 frente a 15,6, respectivamente). No se hallaron diferencias en el abandono en función del sexo y la nacionalidad, ni en ninguna de las variables relacionadas con el tabaco. Se controlaron las diferencias con respecto a la edad y la variable de convivencia.

La satisfacción promedio de los adolescentes con el programa (calidad percibida del programa medida mediante ocho ítems con una escala de 1 a 8) fue de 6,7. El 80 % de los adolescentes de la condición experimental informaron que el Proyecto EX les ayudó a fortalecer su compromiso de seguir sin fumar (tanto si ya habían dejado de fumar como si nunca lo habían hecho). El porcentaje de índice correcto de conocimiento en la evaluación inicial fue de 93,7 % para los participantes en el grupo experimental y de 87 % para el grupo control. El efecto neto de conocimiento del programa (el cambio en el

porcentaje correcto en el grupo experimental menos el cambio en el porcentaje correcto en el grupo control) fue de 1,4, lo que indica un efecto positivo del programa sobre el contenido del conocimiento impartido.

El programa redujo significativamente la intención de fumar. El efecto neto fue de -0,85, comparando el grupo experimental con el grupo control. Sin embargo, los efectos inmediatos en la evaluación posttest sobre el consumo de tabaco no mostraron una diferencia significativa entre el grupo experimental y el grupo control. Los adolescentes del grupo control informaron de un mayor nivel de dependencia a la nicotina en la evaluación posttest; sin embargo, el efecto neto no resultó estadísticamente significativo (efecto neto = 0,44). Las evaluaciones mediante cooximetría mostraron una disminución significativa en los niveles de ppm en el grupo experimental (-0,09; $p < 0,03$), mientras que el grupo control mostró un aumento significativo en los niveles de ppm (0,14; $p < 0,008$).

Los resultados de ambos estudios son esperanzadores y sugieren que el Proyecto EX puede utilizarse como una intervención efectiva para la prevención y cese del consumo de tabaco con adolescentes españoles.

2.6. Un caso clínico de adicción al tabaco

2.6.1. Historia del caso

Pablo, de 19 años, estaba estudiando primero de Ingeniería cuando acude a los servicios de psicología de la Clínica Universitaria. Empezó a fumar con 16 años, inicialmente unos 4-5 cigarrillos al día, pero desde el último año y a partir de comenzar sus estudios universitarios pasó a fumar el equivalente a un paquete diario. Se ha planteado dejarlo por el coste económico que le supone y también debido a que padece frecuentes resfriados, problemas de garganta y tos. Además, dice que no le gusta el hecho de haberse convertido en una persona dependiente del tabaco. Ha intentado dejar de fumar varias veces con libros de autoayuda y por su cuenta, pero volvió al hábito al cabo de las pocas semanas.

2.6.2. Evaluación y análisis funcional

Para la evaluación del caso se emplearon autorregistros de la frecuencia de la conducta de fumar, el *Cuestionario sobre el hábito de fumar* (Becoña, 1998) y el *Test de Fagerström de dependencia de la nicotina* (Fagerström *et al.*, 1989). En el registro que se presenta en el [cuadro 2.12](#), se muestran las anotaciones de la frecuencia de cigarrillos durante la primera semana de evaluación. Tras la observación durante la semana previa al tratamiento, se comprueba que Pablo fuma entre 5 y 22 cigarrillos al día, con un promedio de 18 cigarrillos diarios. Siempre inhala el humo al fumar. Da unas 20 caladas a cada cigarrillo, que suele durarle unos cinco minutos.

Cuadro 2.12. *Autorregistro de la conducta de fumar durante el periodo de línea base*

	<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>	<i>Sábado</i>	<i>Domingo</i>
8:00							
9:00	I	I	I	I	I		
10:00	I	I	II	II	I	I	
11:00			I	I	I		I
12:00	II	I	I		I		
13:00	I	I		I	I	I	II
14:00	I	I	I	I		II	
15:00			I		I		
16:00	II	I	II	II	II		II
17:00		I	II	II	II	I	I
18:00	II	I		III	I	II	I
19:00	II		I	I			I
20:00	II	I					
21:00	I	I	I	I	II	III	I
22:00	I	II	I		II	III	I
23:00					III	II	

La formulación clínica del caso explica el mantenimiento de la conducta problema de fumar de forma prototípica en un adicto al tabaco. Fumar tiene efectos como reforzador negativo al aliviar el deseo y reducir los síntomas de abstinencia por la dependencia física. El condicionamiento clásico también actúa al estar asociado el consumo de tabaco a ciertas actividades y momentos del día. Los estímulos antecedentes son, por tanto, de tipo interno (estados fisiológicos de abstinencia y emocionales de estrés) y externo (amigos fumadores, salir, tomar café, inactividad, elementos relacionados con el tabaco). La hipótesis de tratamiento se basa en que para reducir y eliminar la conducta de fumar será preciso descondicionar el tabaco de ciertas actividades, mediante la exposición a las mismas sin consumir tabaco y contrarrestar el malestar producido por formas de afrontamiento alternativo (respiración, cambio de actividad, etc.). La reducción de la conducta de fumar será gradual con el fin de que el malestar del síndrome de abstinencia sea el menor posible.

2.6.3. *Intervención terapéutica*

El tratamiento en el caso de Pablo se basó en las etapas para dejar de fumar propuestas por Becoña (1998) cuyos componentes principales son la reducción progresiva del consumo de nicotina, para evitar la aparición de síntomas intensos de abstinencia y el consiguiente riesgo de recaída, el control estimular y la prevención de recaídas. El programa incluyó los siguientes componentes: a) preparación para dejar de fumar, b) abandono del consumo, y c) mantenimiento de la abstinencia. La intervención se desarrolló durante nueve sesiones:

- Sesiones 1-2: Evaluación del caso, donde se recabaron datos mediante entrevista, cuestionarios y registros de conducta para el establecimiento de la línea base, la valoración del grado de motivación y de la historia de consumo.
- Sesión 3: Se presentan los contenidos del programa y se establece un compromiso mediante un contrato conductual en el que se acuerda una fecha para la abstinencia. Se discuten las razones para dejar el tabaco y los beneficios por la abstinencia. Se establece un sistema de autorrefuerzo mediante el cual Pablo invertirá el dinero ahorrado en tabaco durante un mes en una actividad elegida por él. Se establecen unas medidas de control estimular mediante unas reglas a seguir hasta la siguiente sesión:
 1. Comprar solamente la cantidad de tabaco necesaria para un día.
 2. Rechazar las ofertas de cigarrillos que pueda tener por parte de amigos.
 3. Guardar el paquete de cigarrillos después de fumar.
 4. Dejar el cigarro en el cenicero después de cada calada.

La sesión concluye entregándole materiales de lectura sobre el tabaco que incluyen información sobre los componentes activos, las enfermedades derivadas del tabaquismo y las ventajas de dejar de fumar.

- Sesión 4: Tras la revisión del registro semanal y del cumplimiento de normas acordadas, se le refuerza por su cumplimiento y se procede a entrenar en técnicas de control de la activación, mediante la respiración lenta y profunda y la visualización de imágenes placenteras. Durante la sesión, se ensayan ambos ejercicios guiados por el terapeuta y se le entrega un guión para la práctica diaria en casa. Finalmente, se le pide continuar con el autorregistro y se le dan nuevas pautas para la reducción progresiva de la ingesta de nicotina y alquitrán (un 30 % respecto a la semana anterior). Se le recomienda que aumente la parte no fumada del cigarrillo y se limita el número de lugares donde puede fumar. Finalmente, se le explica el sistema de autorrecompensa acordando que el dinero equivalente al gasto diario en tabaco lo acumule en un bote y al finalizar el tratamiento lo invertirá en asistir a un concierto y en ropa.
- Sesión 5: Se comentan los contenidos tratados hasta el momento y se revisa el

registro. Se analizan las situaciones donde aparece con mayor probabilidad el consumo de tabaco. Se realiza un listado con esas situaciones y se acuerdan medidas para afrontarlas adecuadamente. Con el fin de reducir la dependencia física, se acuerdan las siguientes nuevas reglas que limitan su conducta de fumar: 1) se pasa a una marca de tabaco más *light*, 2) se reduce el máximo de cigarrillos al día a 12, que era la media de la semana anterior, 3) esperará cinco minutos desde que sienta deseos de fumar hasta encender el cigarrillo.

- Sesión 6: Tras revisar el cumplimiento de los registros y pautas para fumar, se le felicita por los buenos resultados. Se establecen nuevas normas dentro de la pauta de descenso progresivo, acordando que en la siguiente semana fumará como máximo cinco cigarrillos al día, que se corresponde con la media de la semana previa, retrasaría al menos 15 minutos los cigarrillos de después de comer y esperaría diez minutos desde que tuviera ganas de fumar hasta encender el cigarrillo. A partir de esta sesión, la forma de fumar sería sin inhalar el humo al fumar e incluyendo el ejercicio de apagar el cigarro tras la primera calada y encenderlo de nuevo.
- Sesión 7: A partir de esta sesión se inicia el tiempo de abstinencia. Se le indica que analice y observe su reacción cuando tenga impulso de fumar, dejando que desaparezcan cuando pasan unos minutos. Se le dan pautas para afrontar mejor estos momentos de deseo intenso de fumar, incluyendo respiración, distracción, buscando compañía y recordando los motivos por los que quiere dejar de fumar.
- Sesión 8: Se observa el mantenimiento de una semana de abstinencia y se analizan las dificultades en situaciones de más riesgo. Se le refuerza por la abstinencia y procede a utilizar el refuerzo comprándose la entrada al concierto con el dinero acumulado.
- Sesión 9: Se plantean estrategias para la prevención de recaídas. Se diferencia entre caída y recaída, insistiendo en que un desliz puntual puede ser admisible siempre que no suponga retomar el hábito diario. Se analiza con Pablo qué podría motivar un consumo puntual (momentos de especial estrés, relajación respecto a la abstinencia, alterar momentáneamente su valoración sobre las ventajas de no fumar) y formas de interpretarlo adecuadamente y parar a tiempo antes de nuevos consumos. Se plantea también la introducción de nuevos hábitos saludables, como la práctica de actividad física.

2.6.4. Resultados

Al concluir la intervención Pablo llevaba dos meses sin fumar. La evaluación en el posttest con las mismas pruebas indicó que había desaparecido la dependencia a la nicotina. Se mantuvo un seguimiento telefónico medio año más tarde en el que nos informó del mantenimiento de la abstinencia. Aunque las reglas de descenso de ingesta de

nicotina no siempre se cumplieron por completo, Pablo se esforzó en aproximarse al máximo a las pautas acordadas, consiguiendo reducir progresivamente el número de cigarrillos, pasando a una marca con menos concentración de nicotina y alquitrán. Cuando aparecieron síntomas propios del síndrome de abstinencia los afrontó mediante respiración profunda y con estrategias como la ingesta de líquidos y la realización de actividad física.

3

Abuso de alcohol

3.1. Los jóvenes y el consumo de alcohol

El alcohol es la sustancia más consumida entre los escolares españoles de 14 a 18 años. Según la encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (Observatorio Español sobre Drogas, 2014), el 82 % de escolares consumió alcohol durante el último año y el 74 % en el último mes. Actualmente existe una mayor proporción de chicas que beben en comparación con los chicos. El porcentaje de bebedores aumenta con la edad, llegando a más del 90 % a los 18 años. La evolución del consumo intensivo es ascendente, con un 60 % de escolares que se han emborrachado alguna vez y tres de cada diez en el último mes. La mitad de los jóvenes de 17 años ha tenido algún episodio de consumo intensivo o atracón, que supone la ingesta de cinco o más copas en unas dos horas.

El consumo de alcohol proviene de muy antiguo y está fuertemente arraigado en nuestra cultura. De acuerdo a la clasificación de las drogas según sus efectos en el sistema nervioso central, el alcohol etílico pertenece a la familia de los depresores, aunque la sensación del bebedor con dosis bajas pueda ser estimulante y de desinhibición. El consumo de alcohol en jóvenes se caracteriza por concentrarse los fines de semana, frente a un consumo tradicional diario y moderado. La edad de inicio está disminuyendo en los últimos años. Se ha producido, además, un cambio del consumo de vino al de cerveza y bebidas combinadas. El contexto de consumo de alcohol en jóvenes es la calle y tiene un marcado carácter social (Secades, 1998).

3.2. Psicopatología del abuso de alcohol

Para determinar cuándo el consumo de alcohol es problemático o moderado se emplean criterios cuantitativos y cualitativos. La Unidad de Bebida Estándar (UBE) es un concepto utilizado para determinar la cantidad de alcohol que bebe una persona y equivale a 10 gramos de alcohol puro. Una consumición de bebida fermentada (cerveza o vino) equivale a 10 gramos de alcohol (1 UBE) y cada bebida destilada (licores) a 20 gramos (2 UBEs). Según la Organización Mundial de la Salud, los criterios cuantitativos para que el consumo sea considerado de riesgo empieza en varones a partir de 31 gramos al día, la mitad en el caso de las mujeres. Se considera perjudicial un consumo superior a 60 gramos de alcohol/día. El consumo de cualquier cantidad de alcohol por parte de un

niño se considera abuso de alcohol.

El alcoholismo es un estado de dependencia física y psicológica que determina una serie de conductas dirigidas al consumo compulsivo y continuado de alcohol pese a las consecuencias negativas que se producen (físicas, psicológicas o sociales). El síndrome de dependencia del alcohol fue descrito originalmente por Edwards y Gross (1976) e incluye siete características: 1) incremento de la tolerancia, 2) aparición de síntomas de abstinencia, 3) reconocimiento de un deseo compulsivo por beber, 4) predominio de la conducta de búsqueda por encima de otros aspectos de la vida, 5) alivio y/o evitación, 6) conducta adictiva cada vez más estereotipada, y 7) restablecimiento rápido de la dependencia tras un período de abstinencia.

El alcoholismo se considera un trastorno progresivo iniciándose el consumo, por lo general, en la adolescencia y pudiendo ser un problema en los siguientes años (Becoña, 1999). El consumo continuado que supone llegar a la adicción del alcohol implica un patrón de gran bebedor crónico. En adolescentes y jóvenes hablar de alcoholismo puede parecer prematuro porque, por lo general, no ha transcurrido suficiente tiempo para haber generado un grado de adicción severa al alcohol. Es más frecuente el patrón de atracón y de consumo abusivo, que supone igualmente un notable riesgo para la salud, y que está asociado a los siguientes problemas:

- Accidentes de tráfico: Los accidentes de circulación se encuentran entre las primeras causas de muerte en la población joven. El consumo de alcohol aumenta hasta seis veces la probabilidad de sufrir un accidente (Casanova, Borges, Mondragón, Medina-Mora y Cherpitel, 2001) y eleva la gravedad de sus consecuencias (Waylen y McKenna, 2008). En el contexto europeo, se ha encontrado que la presencia de alcohol en conductores que habían sufrido un accidente era de un 36 % (Verstraete, 2000). La Dirección General de Tráfico indica que el 63 % de los conductores son bebedores habituales (consumían alcohol una vez a la semana), con una media de 46,9 gramos de alcohol por día. El 27 % de ellos bebían a un nivel peligroso (Álvarez y Del Río, 2001). Los estudios que relacionan el consumo de drogas y las sanciones por infracciones de tráfico ponen de manifiesto que los conductores con problemas relacionados con el alcohol o con el consumo de drogas están implicados en accidentes de tráfico, e infringen las normas de circulación más frecuentemente que aquellos conductores que no tienen problemas relacionados con el alcohol o las drogas (Malta et al., 2005). El consumo de alcohol ha sido una variable que se ha visto también asociada a la conducción agresiva, que implica un mayor riesgo de accidentes de tráfico.
- Conducta antisocial: El estado de intoxicación etílica está reconocido como un facilitador de conductas violentas y delictivas. La desinhibición conductual y la reducción de los mecanismos de autocontrol pueden terminar manifestándose en episodios de conflictos físicos con otros jóvenes o en comportamientos vandálicos.

- Deterioro del rendimiento académico: Existen evidencias de la relación entre el nivel de consumo de alcohol y el fracaso escolar. Se ha observado que los escolares que abusan del alcohol faltan a clase hasta cuatro veces más que los que no beben (Secades, 1998).
- Aumento de riesgo sexual: En un estudio con más de mil doscientos adolescentes, Espada, Morales, Orgilés, Piqueras y Carballo (2013) compararon el comportamiento sexual y los factores de riesgo de adolescentes que tenían relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol y los que no. Se analizaron las diferencias entre estos dos grupos en comportamiento sexual, actitud hacia el uso de preservativo, norma subjetiva y conocimientos sobre riesgos sexuales. Cerca de un 10 % informó haber mantenido relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol en los últimos meses. Los participantes que combinaron sexo y alcohol se implicaron con más frecuencia en sexo vaginal, sexo oral y sexo anal respecto a los que no lo hicieron. Los adolescentes que combinaron sexo y alcohol presentaron en mayor medida características asociadas con el riesgo sexual.
- Acceso a otras drogas: El alcohol es una de las drogas de entrada al consumo de otras sustancias. Muy raramente alguien comienza consumiendo drogas como cocaína y otras drogas ilegales directamente, sino que es más habitual haber pasado antes por el consumo de alcohol, tabaco y/o cannabis. Este hecho lo hizo notar Kandel (1975) en la denominada teoría de la escalada. Como señala Secades (1998), posiblemente más que la sustancia en sí puede ser el efecto de las variables sociales y del contexto asociado al consumo lo que puede producir el acceso a otras drogas.

A nivel clínico, existen dos tipos de problemas derivados del uso de sustancias (Becoña, 1999): los problemas agudos, derivados de la intoxicación o de la abstinencia, y los problemas que se han ido desarrollando en un tiempo más largo, clasificados en el *DSM-5* como trastornos por uso de sustancias psicoactivas. Estos, a su vez, se distinguen en: a) dependencia de sustancias psicoactivas, y b) abuso de sustancias psicoactivas.

Se diagnostica dependencia cuando durante un periodo de 12 meses se presentan al menos tres de estos síntomas:

1. Tolerancia.
2. Síntomas de abstinencia (o consumo para aliviarlos).
3. Aumento de cantidad de sustancia consumida.
4. Deseo persistente y esfuerzos para controlar.
5. Empleo de gran parte del tiempo para obtener la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
6. Abandono de obligaciones escolares.
7. Uso de sustancia en situaciones arriesgadas.
8. Abandono o reducción de actividades sociales o recreativas por la sustancia.
9. Uso continuado, pese a tener consciencia de las consecuencias físicas,

psicológicas, legales o interpersonales.

Cuadro 3.1. *Criterios para el diagnóstico de intoxicación por alcohol, según el DSM-5*

A)	Ingesta reciente de alcohol.
B)	Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio) que se presentan durante la intoxicación o poco después de la ingesta.
C)	Uno o más de los siguiente síntomas aparecen durante o poco tiempo después de la ingesta de alcohol: a) Lenguaje farfullante b) Descoordinación c) Marcha inestable d) Nistagmo e) Deterioro de la atención o de la memoria f) Estupor o coma
D)	Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental, incluyendo la intoxicación por otras sustancias.

3.3. Evaluación del consumo de alcohol

3.3.1. Instrumentos para la evaluación clínica

La finalidad de los instrumentos de evaluación clínica es detectar el consumo abusivo y la severidad del problema de bebida. Otros aspectos a evaluar tienen que ver con la historia de bebida, como la frecuencia y cantidad de consumiciones alcohólicas que se ingieren y en qué periodos, las situaciones de bebida o el inicio del consumo abusivo. Se valora, asimismo, la existencia de síndrome de dependencia al alcohol evaluando la presencia de síntomas de abstinencia, de pérdida de control sobre la bebida y si se ha dado un aumento en la tolerancia al alcohol. Por último, se evalúan los posibles problemas asociados a la bebida, incluyendo los físicos, sociales (familiares y escolares) y psicológicos (estado emocional).

La mayoría de entrevistas, cuestionarios y otras pruebas de evaluación fueron elaboradas para su utilización con adultos, por lo que han de adaptarse para su aplicación con jóvenes. Algunos instrumentos que se incluyen sí que han sido desarrollados de forma específica para su uso con población adolescente. Incluimos aquí una selección de los más representativos.

- *Cuestionarios de alcoholismo.* Entre los más utilizados se encuentra el CAGE (Hayfield, McLeod y Hall, 1974) que sirve para la detección del consumo de alcohol y consta de cuatro preguntas: 1) ¿Has pensado alguna vez que deberías beber menos?, 2) ¿te ha molestado alguna vez que la gente te haya criticado por beber?, 3) ¿te has sentido alguna vez mal o culpable por beber?, y 4) ¿alguna

vez nada más levantarte por la mañana has bebido para calmar tus nervios o librarte de una resaca? Se trata de una prueba de aplicación sencilla y empleada principalmente en servicios médicos. Otras pruebas de uso similar son: el *Test de Alcoholismo de Munich (MALT)* (Fuerlein, 1977), que incluye 34 ítems sobre consumo de alcohol, o el *Test de Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso de Alcohol (AUDIT)* (OMS, 1993), un cuestionario breve de diez preguntas.

- *Escala de implicación con el Alcohol para Adolescentes (AIIS)* (Mayer y Filstead, 1979). Es una prueba desarrollada específicamente para esta población. Se compone de 14 ítems que evalúan el consumo de alcohol en función de la interferencia en el equilibrio psicológico, las relaciones sociales y las relaciones familiares. Explora varios aspectos sobre el consumo de alcohol: cantidad de ingesta, frecuencia, edad de inicio, situaciones y motivos para consumir.
- *EuropASI*: Es la versión europea del Addiction Severity Index (Índice de Gravedad de la Adicción, ASI) (McLellan, 1990). El EuropASI tiene la finalidad de proporcionar un diagnóstico multidimensional de los problemas de adicción y evaluar su gravedad. Ofrece un perfil del paciente en distintas áreas de su vida, lo que permite un diagnóstico comprensivo de cara a planificar la intervención terapéutica más apropiada. Ha sido también empleado en el ámbito de la investigación por la comparabilidad de sus puntuaciones. Evalúa las siguientes áreas: salud física (16 ítems), empleo y recursos (26 ítems), drogas/alcohol (28 ítems), situación legal (23 ítems), historia familiar (51 ítems), relaciones familiares / sociales (26 ítems), y salud mental (22 ítems).
- *Índice de gravedad de la adicción para adolescentes (T-ASI, Teen Addiction Severity Index)*. El T-ASI fue desarrollado en 1991 por Kaminer, Bukstein y Tarter con el objetivo de evaluar la gravedad de los problemas adictivos y la necesidad de tratamiento para estos en población adolescente. Se dirige a adolescentes de 12-18 años y, en su caso, a los padres o tutores del adolescente para contrastar la información. La adaptación y traducción al español ha sido realizada por Díaz y colaboradores (2008). Tiene formato de *entrevista estructurada* de 142 ítems. El evaluador puede aportar comentarios, puntuaciones de validez (si la información puede estar distorsionada) y puntuaciones de gravedad (cómo de severa cree el evaluador la necesidad de tratamiento). El tiempo de aplicación es aproximadamente de 30-45 minutos. Se compone de siete áreas independientes entre sí:
 1. Uso de sustancias (24 ítems)
 2. Estatus escolar (20 ítems)
 3. Empleo/soporte económico (34 ítems)
 4. Relaciones familiares (20 ítems)
 5. Relaciones con iguales/sociales (18 ítems)

6. Estatus legal (16 ítems)
7. Estatus psiquiátrico (22 ítems)

La gravedad de la adicción del adolescente se evalúa en función de la necesidad de tratamiento para su problema adictivo. El instrumento completo y el manual para su aplicación están incluidos en la monografía de Bobes *et al.* (2007) editada por el Plan Nacional sobre Drogas y puede descargarse en la sección de publicaciones de su web <http://www.pnsd.msssi.gob.es>

- *Escala de Intensidad de la Dependencia Alcohólica* (EIDA) (Rubio y cols., 1998). Fue desarrollada a partir de la versión española del *Cuestionario sobre la Gravedad de la Dependencia del Alcohol* (SADQ). Su objetivo es valorar la intensidad de la dependencia al alcohol, mediante 30 ítems que se agrupan en las siguientes subescalas: síntomas físicos de la abstinencia, síntomas psicológicos de la abstinencia, conductas para aliviar los síntomas de la abstinencia, consumo habitual de alcohol, dificultad para controlar la ingesta de alcohol y reinstauración de la sintomatología tras la recaída.
- *Escala Multidimensional de Craving de Alcohol* (EMCA) (Guardia y cols., 2004). Evalúa dos factores del impulso por beber (*craving*): el deseo y la desinhibición conductual, entendida como falta de resistencia. Es un instrumento autoaplicado que proporciona una puntuación global y puntuaciones en las dos subescalas.

3.3.2. Instrumentos para la evaluación en prevención

En prevención el planteamiento de la evaluación es determinar las tasas de consumo y sus características, y valorar los factores de riesgo y protección presentes. El primer objetivo es descriptivo y supone realizar un perfil de riesgo de la población que se estudia. El segundo objetivo de la evaluación en prevención es obtener información fiable de los efectos de los programas de prevención. Describimos aquí una selección de las variables e instrumentos más empleados en prevención.

- *Cuestionario de Consumo* (Espada, Méndez e Hidalgo, 2003). Está compuesto por 13 ítems de alternativa múltiple que evalúan variables relacionadas con hábitos de consumo: edad de inicio del consumo; consumo de alcohol en el pasado; frecuencia de consumo en el presente; episodios de embriaguez; motivos para beber alcohol; consumo de drogas sintéticas; consumo de otras drogas; percepción de riesgo de diferentes drogas, consumo de alcohol por parte de padres, hermanos y amigos.
- *Cuestionario de Factores de Riesgo Interpersonales para el Consumo de Drogas en Adolescentes* (FRIDA) (Secades, Carballo, Fernández, García y García, 2005). Está dirigido a adolescentes de 12 a 16 años (de 1.º a 4.º de la

ESO). Analiza las circunstancias personales y ambientales que predisponen o facilitan el consumo de drogas. Incluye 90 ítems que evalúan siete factores: reacción de la familia ante el consumo, grupo de amigos o iguales, acceso a las drogas, riesgo familiar, educación familiar en drogas, actividades protectoras y estilo educativo. Todos ellos se agrupan en una puntuación global, el índice de vulnerabilidad global, que informa sobre el grado de vulnerabilidad o riesgo del sujeto hacia el consumo de drogas. Su aplicación puede realizarse de manera individual y colectiva. La administración dura entre 15 y 20 minutos aproximadamente.

- *Cuestionario de Evaluación de Habilidades de Solución de Problemas Sociales, adaptado* (SPSI-R) (Maydeu y D’Zurilla, 1996). Se trata de una adaptación del cuestionario SPSI-R original reduciendo el rango de respuestas (de una escala de cinco puntos se pasa a una de tres). Consta de 11 ítems. El cuestionario valora la capacidad para solucionar problemas en términos de valoración de pros y contras y de generación de alternativas, entre otros. El coeficiente de consistencia interna, alfa de Cronbach, es de 0,67 y la varianza explicada del 52 %.
- *Cuestionario de Evaluación de las Actividades de Ocio* (Espada, Méndez e Hidalgo, 2003). Se compone de ocho ítems en los que se presentan tanto actividades de ocio saludable (lectura, deporte, actividades al aire libre o de voluntariado) como otro tipo de actividades (ver televisión, chatear, jugar a la consola o salir a discotecas con los amigos). Se registran parámetros de ocurrencia (practica/no practica dicha actividad) y de duración (número de horas semanales dedicadas a cada actividad).
- *Cuestionario de Información sobre Drogas* (Espada, Méndez e Hidalgo, 2003). Se compone de 20 preguntas, con tres alternativas de respuesta, más tres escalas sobre la percepción del consumo de alcohol y drogas de síntesis por parte de los compañeros de la misma edad. Las preguntas indagan el conocimiento del sujeto sobre los efectos a corto y largo plazo del alcohol y de las drogas de síntesis, contenido alcohólico de las bebidas y composición de las drogas de síntesis. También plantean las creencias erróneas más extendidas sobre estas sustancias. Las variables dependientes evaluadas con este instrumento son: información general, estimación del grado de riesgo de las drogas, efectos de las drogas y percepción normativa.

Con el fin de descartar las preguntas con escasa capacidad discriminativa, se estudió el índice de dificultad de los ítems, comprobando que ninguno de ellos era contestado erróneamente por más del 90 % de los sujetos. La escala de información sobre alcohol comprende los ítems del 1 al 10. El coeficiente de consistencia interna, alfa de Cronbach, fue 0,70.

- *Cuestionario de Aserción ante las Drogas* (Espada, Méndez e Hidalgo, 2003). Estima la probabilidad de diez conductas asertivas relacionadas con la oferta y consumo de alcohol y drogas de síntesis mediante una escala de cinco puntos y

un total de diez ítems. El coeficiente alfa de Cronbach fue 0,86. El análisis de la dimensionalidad muestra la existencia de un único factor que explica el 56 % de la varianza. Algunos ejemplos de ítems son: “Rechazaría un trago de cubata si no me apeteciera” o “Defendería en público que es peligroso conducir la moto después de pasarte con el alcohol”. La corrección del cuestionario se lleva a cabo mediante el sumatorio de las respuestas de todos los ítems obteniendo así una puntuación que varía en un rango entre 10 y 50. De este modo, cuanto mayor es la puntuación implica una mayor presencia de conductas asertivas frente a las drogas. Sin embargo, una puntuación próxima a 10 indica una ausencia de conductas asertivas.

- *Cuestionario de Intención de Consumo* (Espada, Méndez e Hidalgo, 2003). Evalúa mediante siete ítems la intención de consumir alcohol de manera abusiva y otro tipo de drogas. Tiene un formato de respuesta dicotómico, una consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,66) que se sitúa por debajo del límite recomendable de 0,70, sin embargo, puede considerarse aceptable teniendo en cuenta el reducido número de elementos.
- *Inventario de Habilidades Sociales para Adolescentes* (Teenage Inventory of Social Skills, TISS) (Inderbitzen y Foster, 1992; Inglés, Hidalgo, Méndez e Inderbitzen, 2003). Esta prueba evalúa la competencia social de los adolescentes en las relaciones con sus iguales. Consta de 40 ítems valorados en una escala Likert de seis puntos (1= no me describe nada; 6= me describe totalmente). Está compuesta por dos escalas: *conducta prosocial* y *conducta antisocial*, cuyas puntuaciones se obtienen sumando los valores asignados por los sujetos a los ítems que componen cada dimensión. Las puntuaciones altas indican una elevada conducta prosocial o antisocial. El coeficiente alfa de Cronbach es .89 para conducta prosocial y .84 para la conducta antisocial.
- *Cuestionario de autoeficacia: Escala de Autoeficacia General* (Baessler y Schwarzer, 1996, adaptación española de Espada, Gonzálvez, Orgilés, Carballo y Piqueras, 2012). Mediante esta escala se evalúa el sentimiento estable de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes (véase el [cuadro 3.2.](#)). Utiliza una escala de respuesta tipo Likert de diez puntos para evaluar diez ítems (e.g., “Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga”). El rango total de puntuaciones en la escala es de 10 a 100. En la versión en español del cuestionario, aplicado a universitarios, se obtuvo una consistencia interna de 0,87 (Sanjuán *et al.*, 2000) y, con adolescentes, de 0,89 (Espada *et al.*, 2012).

Cuadro 3.2. *Escala de Autoeficacia (adaptación de Espada et al., 2012)*

1	Puedo encontrar la forma de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.
2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.
3	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.
4	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.
5	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.

- 6 Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.
 - 7 Venga lo que venga, por lo general, soy capaz de manejarlo.
 - 8 Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.
 - 9 Si me encuentro en una situación difícil, generalmente, se me ocurre qué debo hacer.
 - 10 Al tener que hacer frente a un problema, generalmente, se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.
-

3.4. Prevención del abuso de alcohol: el programa Saluda

Para ilustrar el enfoque preventivo del abuso de alcohol, se presentan a continuación las características, contenidos y resultados de la evaluación del programa Saluda (Espada y Méndez, 2003). Se trata de un programa de prevención escolar sobre el cual nuestro equipo de investigación ha realizado, desde 2001, diversos estudios de evaluación. Estos trabajos incluyen, hasta el momento, seis tesis doctorales, publicaciones en revistas científicas y la adaptación cultural a otros dos países, además de España.

3.4.1. Características del programa

El programa de prevención Saluda fue ideado para la prevención del abuso de alcohol y otras drogas recreativas en el ámbito del ocio. Está dirigido a adolescentes de 12 a 16 años que no han iniciado el consumo o que se encuentra en fases iniciales. Es un programa de prevención específica, ya que sus contenidos y las habilidades que desarrolla están directamente relacionadas con la adicción. Se enmarca entre los programas de mejora de competencias personales. Este tipo de programas trabajan sobre las habilidades personales genéricas, la toma de decisiones, la capacidad de solucionar problemas, el autocontrol, el fomento de compromiso para mantenerse sin consumir, la autoestima, el afrontamiento de estrés y la ansiedad, y la asertividad. Según Botvin (2003) son los programas centrados en la influencia social y la mejora de las competencias las aproximaciones que se han mostrado más eficaces dentro de los programas de prevención. Se basa en el modelo teórico del aprendizaje social (Bandura, 1969), ya que se centra en la adquisición de la conducta adictiva por la influencia de los modelos sociales y en el papel de las habilidades sociales para desenvolverse en un entorno con drogas. Se basa, también, en la teoría de la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), por la importancia que presta a los factores cognitivos (información, percepción normativa) y actitudinales (hacia las drogas y la salud) que propician una intención conductual que puede finalmente convertirse en un comportamiento de riesgo.

Los objetivos básicos del programa Saluda son: a) retrasar la edad de inicio de consumo de alcohol y b) reducir el consumo abusivo de alcohol y otras drogas recreativas. Para disminuir el consumo, se pretende romper con la asociación entre diversión y consumo de drogas, previniendo un uso de alcohol dirigido a establecer relaciones sociales, demostrar fortaleza ante los demás miembros del grupo o

simplemente divertirse. Los objetivos específicos del programa son:

- a) Aprender a diferenciar entre el uso y el abuso de drogas.
- b) Conocer el efecto de las drogas a corto y a largo plazo.
- c) Conocer los factores de riesgo asociados al consumo.
- d) Identificar las características y tipos de comportamiento social (asertivo, pasivo y agresivo).
- e) Aprender a identificar formas de presión social y estrategias persuasivas publicitarias.
- f) Modificar la percepción de la prevalencia del consumo adolescente.
- g) Analizar las motivaciones que empujan a los adolescentes al consumo de drogas.
- h) Promover actitudes favorables al uso responsable de drogas y hacia la abstinencia de alcohol y drogas de síntesis.
- i) Aprender a ser crítico ante los mensajes favorables a las drogas.
- j) Mejorar las competencias sociales y la habilidad para relacionarse sin recurrir al consumo de drogas.
- k) Aprender a escuchar de forma activa.
- l) Aprender a resolver problemas y tomar decisiones responsables.
- m) Mejorar la capacidad para resistir la presión grupal.
- n) Promover el tiempo de ocio saludable dando a conocer las ofertas de este tipo de actividades en la ciudad.
- o) Aprender a autorreforzarse por la abstinencia o por el consumo responsable.

El programa está protocolizado sesión a sesión y cuenta con un manual para el monitor y un CD con los materiales necesarios. También se incluyen los cuestionarios de evaluación y fichas de registro para el monitor.

3.4.2. Componentes del programa

El programa Saluda incluye tres componentes nucleares (información, entrenamiento en habilidades sociales y entrenamiento en resolución de problemas) y cuatro secundarios (fomento del ocio saludable, resistencia a la presión publicitaria, compromiso público y entrenamiento en autorrefuerzo).

- La estrategia de proporcionar *información* como forma de reducir el consumo parte de la premisa de que cuando los individuos disponemos de un mayor nivel de conocimiento adecuado acerca de las consecuencias negativas, los patrones de consumo, la farmacología o el proceso de adicción, existe menor probabilidad de consumir. Mediante la aportación de información no conocida y la corrección de ideas erróneas, se pretende que el adolescente se forme una

actitud negativa hacia las drogas y su intención sea contraria a consumir en el futuro. Para ello, con una metodología dinámica y participativa, desde el programa Saluda se transmite información cualificada sobre el alcohol y las drogas de síntesis. La información trata sobre los componentes de las drogas y sus efectos a corto y largo plazo, se transmite sin recurrir al miedo, el alarmismo o la exageración, y centrándose más en las consecuencias negativas inmediatas.

- El componente de *entrenamiento en habilidades sociales* persigue el desarrollo de habilidades necesarias para socializarse sin la ayuda de drogas y para mantener asertivamente la decisión de no consumir. El aprendizaje de estas habilidades ayuda en la mejora de las relaciones personales a los adolescentes. Para ello, se les enseña la defensa de sus derechos respetando los derechos de los demás; a decir “no”; la escucha activa; el inicio y mantenimiento de conversaciones; la expresión de sentimientos positivos y negativos, y de opiniones personales. Para la puesta en práctica del aprendizaje de estas habilidades, el programa proporciona a los monitores instrucciones que se transmiten a los adolescentes. Posteriormente, realiza esta habilidad el monitor actuando como modelo ante el grupo. A continuación, dos voluntarios escenifican una situación en la que se ponen en práctica los conocimientos adquiridos mediante juego de roles, mientras que el resto del grupo toma nota de aquellos comportamientos (comunicación verbal, no verbal y paraverbal) adecuados y aquellos a mejorar. Una vez finalizada la representación de papeles, el resto del grupo proporciona *feedback* sobre las anotaciones referentes a estos comportamientos. Teniendo en cuenta los comentarios del monitor y del resto del grupo, los adolescentes representan de nuevo la misma situación con el objeto de incorporar los aspectos detectados en el anterior ensayo. Para finalizar con este ejercicio, se refuerza positivamente a los adolescentes.
- El *entrenamiento en resolución de problemas* es un procedimiento cognitivo que consiste en identificar la alternativa más eficaz a un problema para, posteriormente, estimular la acción de la opción elegida. Esto implica elaborar una variedad de alternativas a un problema aumentando la probabilidad de encontrar la respuesta o solución más adecuada entre las diversas opciones posibles. De este modo, se proporciona al sujeto la posibilidad de enfrentarse con mayor probabilidad de éxito a los problemas que le acontecen. La estrategia de resolución de problemas propuesta en el programa Saluda emplea el método de toma de decisiones de Goldfried y D’Zurilla (1971). Este método se basa en el modelo cognitivo-afectivo-conductual y trata de explicar el proceso a través del cual un individuo o grupo descubre o identifica los medios más efectivos para resolver los problemas cotidianos. Para estos autores es imprescindible una buena definición del problema y la generación de numerosas alternativas de respuesta (prima el principio de cantidad y no de calidad), de forma que aumente la probabilidad de elegir la alternativa más adecuada para solucionar el

problema. Ello implica que aquellas personas que resuelven sus problemas de forma adecuada suelen tener una mayor competencia social. Quienes carecen de dicha habilidad para solucionar problemas pueden, también, ser entrenados para resolver tanto problemas cotidianos como problemas clínicos o comportamentales. El procedimiento incluye cinco pasos: 1) orientación hacia el problema, 2) definición del problema, 3) generación de alternativas, 4) toma de decisiones, y 5) ejecución y verificación de la solución. En el programa Saluda se incluye una fase previa de entrenamiento de este método respecto a una situación del día a día para, posteriormente, aplicarlo a la valoración de las ventajas e inconvenientes del abuso de drogas y a la toma de decisiones sobre si en un futuro se consumirá alcohol y/o drogas de síntesis.

- El componente de *fomento de ocio saludable* se centra en proporcionar a los jóvenes información sobre actividades recreativas como alternativas saludables al consumo de sustancias. Estas actividades de ocio incluyen voluntariado, actividades deportivas, culturales o al aire libre. La propuesta desde el programa Saluda para el fomento de ocio saludable entre los adolescentes consiste, en primer lugar, en una búsqueda de información sobre las ofertas de asociaciones o centros de ocio juvenil en su barrio o ciudad. Posteriormente, se realiza una puesta en común para contrastar esa información con un registro sobre las actividades que realizan en su tiempo libre. Así, los adolescentes identifican si el tiempo dedicado a cada actividad es el adecuado y qué pueden hacer para aumentar o disminuir el tiempo de dedicación. También existe la opción de invitar a jóvenes implicados en organizaciones culturales, deportivas, de acción social o de ocio y tiempo libre, para que actúen como modelos y presenten las actividades ofertadas en su organización y las posibilidades de participación en ellas.
- El *entrenamiento en habilidades de resistencia a la presión publicitaria* pretende hacer conscientes a los jóvenes de las situaciones en las que pueden sentirse bajo presión para el consumo de drogas, por lo que se les entrena en habilidades específicas para hacer frente a este tipo de situaciones. Se postula que son los medios de comunicación o el grupo de iguales los que, de forma directa e indirectamente, intentan influir en los adolescentes hacia un futuro uso de las drogas. Para el aprendizaje de las habilidades de resistencia a la presión, el programa fomenta una actitud crítica ante la publicidad, enseñando a los adolescentes a analizar las diferentes estrategias de la publicidad, especialmente las que aparecen en televisión, y a la presión del grupo de iguales.
- El componente de *compromiso público* consiste en tomar una decisión personal y pública con respecto al uso de drogas. Se parte de que aquellos adolescentes que son capaces de comprometerse a no consumir de forma voluntaria y públicamente tendrán menos probabilidad de consumir drogas en un futuro. Para la formalización de un compromiso público desde la metodología del programa Saluda, se recuerda en primer lugar a los participantes algunos de los

contenidos tratados anteriormente como la diferencia entre uso (consumo no problemático) y abuso de una droga (consumo que pone en riesgo la salud, por su intensidad o por la combinación con otras conductas que suman riesgo); la valoración de las ventajas e inconvenientes de las decisiones que se toman actuando bajo un criterio propio, y la concienciación de que las drogas van a estar presentes en nuestro contexto durante la vida y, por tanto, es importante aprender a convivir con ellas teniendo en cuenta su peligrosidad y su uso responsable. A continuación, se invita a los alumnos a que expresen públicamente su postura respecto al alcohol y las drogas de síntesis para tomar un compromiso público con la decisión adoptada. Para formalizar el compromiso se les invita a firmar un contrato conductual de forma voluntaria y se les refuerza a aquellos comprometidos.

- Un último componente del programa consiste en la enseñanza del uso del *autorrefuerzo* por mantenerse sin abusar del alcohol. Así, se enseña a los adolescentes qué es el autorrefuerzo y para qué sirve, remarcando la importancia de utilizarlo cuando las consecuencias de realizar una conducta saludable no son inmediatas y, sin embargo, pueden suponer una cierta molestia, a pesar de que a largo plazo surgen los beneficios. Mediante esta técnica se les enseña a mantener autodiálogos internos positivos y reforzantes con el objeto de mantener el compromiso adoptado sobre el no consumo de drogas en fin de semana.

Cuadro 3.3. *Modelo de motivaciones hacia el consumo y componentes preventivos del programa Saluda*

<i>Motivaciones personales</i>	<i>Motivaciones sociales</i>
MOTIVACIONES NEGATIVAS	MOTIVACIONES POR INFLUENCIA SOCIAL
Bebo para olvidar (preocupaciones, penas, disgustos, desengaños, problemas, etc.)	Bebo porque otros me lo dicen o lo hacen (amigos, padres, televisión, cine, publicidad, etc.)
↓	↓
<i>Resolución de problemas</i>	<i>Resistencia a la presión</i>
MOTIVACIONES POSITIVAS	MOTIVACIONES PARA LA RELACIÓN SOCIAL
Bebo por placer (divertirme, colocarme, gozar del sabor, satisfacer la curiosidad, etc.)	Bebo para llevarme mejor con los demás (hacer amigos, ligar, etc.)
↓	↓
<i>Actividades de ocio</i>	<i>Habilidades sociales</i>

3.4.3. *Contenidos del programa*

El programa Saluda consta de diez sesiones ideadas para realizarse semanalmente. A su vez, cada una de las sesiones se engloba dentro de tres fases: la fase educativa, la fase de entrenamiento en habilidades y una fase final de mantenimiento. Dentro de la fase educativa se encuadran las sesiones 1 y 2. La fase de entrenamiento en habilidades la componen las sesiones de la 3 hasta la 9. Por último, la sesión 10 constituye la fase de mantenimiento.

- La sesión 1 proporciona información sobre el alcohol y drogas de síntesis teniendo en cuenta sus efectos y componentes.
- La sesión 2 informa sobre las motivaciones de los adolescentes a la hora de beber y tomar pastillas.
- La sesión 3 se dedica al análisis de los anuncios publicitarios.
- Las sesiones 4, 5 y 6 tratan sobre la mejora de las relaciones personales. La sesión 4 se centra en las habilidades asertivas teniendo en cuenta los tres estilos de respuesta (pasivo, asertivo y agresivo); la sesión 5 se centra en la habilidad para escuchar de forma activa, iniciar, mantener y finalizar conversaciones, y opinar; y la sesión número 6 enseña a mantener firmes las decisiones, a pesar de las presiones externas, y a decir que no de forma habilidosa.
- La sesión 7 proporciona información sobre las ofertas de ocio saludable que existen en la ciudad e incorporar actividades saludables en nuestra agenda semanal. Las sesiones 8 y 9 enseñan técnicas para resolver problemas y tomar decisiones. Finalmente, la sesión 10 consta de actividades respecto al compromiso público de no abusar del alcohol y drogas de síntesis, y el autorrefuerzo mediante el autodiálogo de ánimo.

En el [cuadro 3.4](#). se detallan las fases, sesiones y contenidos del programa Saluda.

Cuadro 3.4. *Sesiones del programa Saluda*

	<i>Objetivos</i>	<i>Contenidos y actividades</i>
<i>Sesión 1</i>	a) Promover un ambiente favorable para la aplicación en grupo del programa b) Conocer los conceptos básicos sobre las drogas c) Diferenciar entre uso y abuso de drogas sobre la base de las repercusiones en la salud d) Informar sobre las principales características del alcohol y de las drogas de síntesis	ALCOHOL Y DROGAS DE SÍNTESIS ¿DE QUÉ VA TODO ESO? 1. Introducción al programa Saluda 2. Contenidos y actividades de la sesión: – Actividad en grupo “¿De qué estamos hablando?” – Actividad en grupo “Clasificando las drogas” – Actividad en grupo “La batalla naval” – Actividad individual y en grupo “¿Uso o abuso?” 3. Propuesta de actividad para casa: – Encuesta de opinión “¿Por qué bebes?”
	a) Analizar las motivaciones del consumo juvenil de alcohol y drogas de síntesis b) Conocer los factores de riesgo del abuso de alcohol y drogas de síntesis c) Modificar la percepción de los participantes con respecto a la prevalencia del consumo juvenil de alcohol y drogas de síntesis d) Promover actitudes positivas hacia la abstinencia o hacia el uso moderado y responsable del alcohol	¿POR QUÉ ALGUNOS JÓVENES BEBEN? 1. Revisión de la actividad para casa: – Encuesta de opinión “¿Por qué bebes?” 2. Contenidos y actividades de la sesión: – Actividad individual y en grupo “Motivaciones del consumo juvenil” – Actividad en grupo “Factores de riesgo” – Actividad en grupo “Mitos y falacias” – Actividad en grupo “Percepción normativa” 3. Propuesta de actividades para casa: – “A la caza del anuncio”

	<i>Objetivos</i>	<i>Contenidos y actividades</i>
<i>Sesión 3</i>	a) Concienciar de las consecuencias negativas a corto y largo plazo del abuso del alcohol b) Identificar las formas de presión social hacia el consumo de alcohol y otras drogas legales c) Reconocer las estrategias publicitarias para promover actitudes favorables al consumo de alcohol d) Fomentar una postura crítica ante los mensajes publicitarios	LO QUE NO DICE LA PUBLICIDAD 1. Revisión de la actividad para casa: – Comentando las noticias 2. Contenidos y actividades de la sesión: – Contenido: “Efectos negativos del abuso del éxtasis”. Video – Actividad “Influencia de la publicidad: canción TV” – Actividad: “Análisis de anuncios” 3. Propuesta de la actividad para casa: – “Así son mis relaciones”
<i>Sesión 4</i>	a) Distinguir los elementos de la conducta b) Conocer las características de la conducta socialmente habilidosa c) Diferenciar los comportamientos tímido, habilidoso y agresivo d) Autoevaluar el estilo de relaciones personales de los participantes e) Mejorar la competencia social de los participantes	RELACIONES PERSONALES /1 1. Revisión de la actividad para casa: – “Así son mis relaciones” 2. Contenidos y actividades de la sesión: – Contenido “El bueno, el feo y el malo” – Actividad individual “¿Quién es quién?” – Actividad en grupo “Asesoría y consulting” 3. Propuesta de la actividad para casa: – “Escalera de color”
<i>Sesión 5</i>	a) Mejorar la competencia social de los participantes b) Desarrollar la capacidad de relacionarse positivamente con los demás sin recurrir al alcohol c) Aprender a escuchar activamente, conversar y expresar opiniones d) Fomentar la confianza en uno mismo	RELACIONES PERSONALES /2 1. Revisión de la actividad para casa: – “Escalera de color” 2. Contenidos y actividades de la sesión: – Actividad en grupo “Escenificaciones” 3. Propuesta de actividades para casa: – “Me autoobservo” – Cuestionario “Decir no”
<i>Sesión 6</i>	a) Mejorar la competencia social de los participantes b) Desarrollar la capacidad de relacionarse positivamente con los demás sin recurrir al alcohol c) Mejorar la capacidad de resistir la presión del grupo, especialmente en situaciones relacionadas con el consumo de drogas durante el ocio	RELACIONES PERSONALES /3 1. Revisión de la actividad para casa: – “Autoobservación” 2. Contenidos y actividades de la sesión: – Contenido “Cuándo decir que no” – Actividad en grupo “Escenificaciones” 3. Propuesta de la actividad para casa: – “Ocio y negocio”

	Objetivos	Contenidos y actividades
FASE DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES	<i>Sesión 7</i> a) Promover actitudes positivas hacia la práctica de actividades incompatibles con el consumo de drogas. b) Conocer ofertas para el tiempo libre en la ciudad c) Promover el uso saludable del ocio	OCIO Y NEGOCIO 1. Revisión de la actividad para casa: – “Información sobre entidades” 2. Contenidos y actividades de la sesión: – Actividad: “Una visita muy especial” – Actividad “¿A qué dedico mi tiempo?” 3. Propuesta de actividad para casa: – “Agenda para el fin de semana”
	<i>Sesión 8</i> a) Aprender un método general para resolver problemas de forma eficaz b) Fomentar la toma de decisiones responsable c) Fortalecer la autonomía personal	TENGO UN PROBLEMA, ¿QUÉ HAGO? 1. Revisión de la actividad para casa: – “Agenda saludable y divertida para el fin de semana” 2. Contenidos y actividades de la sesión: – Contenido “El método de resolución de problemas” – Actividad “Solucionando problemas” 3. Propuesta de la actividad para casa: – Pros y contras de las drogas de fin de semana
	<i>Sesión 9</i> a) Aplicar el método de resolución de problemas para valorar las ventajas e inconvenientes de abusar del alcohol y consumir drogas de síntesis b) Fomentar la toma de decisiones responsable c) Fortalecer la autonomía personal	RESOLVER PROBLEMAS: DROGAS Y FIN DE SEMANA 1. Revisión de la actividad para casa: – “Drogas y fin de semana: ¿sí o no?” 2. Contenidos y actividades de la sesión: – Actividad en grupo: “Tomando decisiones” 3. Propuesta de la actividad para casa: – Pros y contras de las drogas de fin de semana
FASE DE MANTENIMIENTO	<i>Sesión 10</i> a) Aplicar el método de resolución de problemas para valorar las ventajas e inconvenientes de abusar del alcohol y las drogas de síntesis b) Realizar una toma de decisión sobre el consumo propio c) Aprender a autorreforzar el uso responsable de las drogas de fin de semana d) Repasar los contenidos del programa y resolver posibles dudas	YO CONTROLO 1. Repaso de la actividad para casa: – Toma de decisiones 2. Contenidos y actividades de la sesión: – Contenido “Compromiso público” – Contenido “Autodiálogos de ánimo” – Actividad “El Pacto” – Actividad “Cámara... y acción” – Contenido: Repaso de las sesiones anteriores

3.4.4. Metodología didáctica

El programa Saluda fue ideado para ser aplicado en su totalidad, pero existe la posibilidad de seleccionar determinadas actividades señaladas en caso de no disponer del tiempo suficiente para realizar todas las de la sesión. Entre las sesiones es necesario dejar un espacio de tiempo para que los participantes tengan posibilidad de realizar las tareas que se demandan hacer en casa.

Se recomienda trabajar con grupos de un máximo de 20 alumnos. Puede ser aplicado en el contexto escolar, asociaciones juveniles, centros de ocio y tiempo libre, etc.

La intervención puede ser llevada a cabo por cualquier profesional del ámbito educativo que haya recibido entrenamiento sobre el programa. Tanto si se trata de profesionales expertos en la materia como personas no especializadas en este ámbito, es conveniente una mínima formación para facilitar la aplicación.

El monitor tiene la función de generar un ambiente dinámico, participativo y agradable facilitando la cohesión grupal y sirviendo de guía. Para ello, se recomienda la disposición en círculo de las sillas y mesas en el aula, y acordar con el grupo una serie de reglas básicas de convivencia en el aula como levantar la mano para participar, respetar los turnos de palabra y opiniones de los demás, y la confidencialidad de la información que los participantes comenten durante la sesión, con el fin de evitar que se puedan sentir inhibidos para participar. Por ello, se recomienda que el aplicador tenga experiencia previa en la dinamización de grupos y que muestre una actitud objetiva ante las drogas facilitando la expresión sincera de pensamientos y sentimientos de los participantes.

3.4.5. Evidencias de eficacia

A) Estudios iniciales

Los contenidos del programa Saluda se desarrollaron a partir de los resultados de un metaanálisis sobre la eficacia de los programas para prevenir el abuso de drogas, aplicados en el contexto escolar en España entre 1985 y 2002 (Espada *et al.*, 2002). El análisis de las tendencias de consumo juvenil en ese momento (Espada, Méndez e Hidalgo, 2000) sirvieron para poner el acento en los patrones de consumo ligados al uso recreativo.

La versión preliminar del programa se redactó en 2001 con el nombre de “Saluda al fin de semana”. En ese mismo año se realizó el primer estudio piloto que tuvo una duración de cuatro meses. Para emplearlos como grupos de comparación, se elaboró un programa de prevención inespecífica y se adaptó el programa Life Skills Training. La creación del programa Saluda constituyó una intervención novedosa que respondió al

reto de enfrentarse a los nuevos patrones de consumo juvenil de sustancias como el botellón y el consumo recreativo de drogas, concretamente alcohol y drogas de síntesis, consideradas como una de las más consumidas en el contexto del ocio de fin de semana.

Los objetivos del estudio piloto fueron valorar la eficacia del programa Saluda en una muestra de adolescentes y comparar la eficacia del programa con otro programa de prevención escolar de eficacia probada, con una intervención preventiva generalista y controlando los efectos frente a un grupo placebo y otro sin intervención. Los participantes de dicho estudio fueron 133 alumnos de tercero de la ESO con una edad media de 14 años que fueron asignados a las cinco condiciones experimentales. Los resultados del estudio demostraron la eficacia del programa, obteniendo resultados satisfactorios al mejorar tanto las capacidades cognitivas como las comportamentales más relacionadas con el abuso de drogas. Se comprobó que el empleo de las técnicas informativas participativas y lúdicas, desarrolladas en el programa Saluda, era eficaz para lograr cambios en las variables cognitivas mediadoras del abuso de sustancias. El programa Saluda se mostró más eficaz en cuanto al cambio de actitudes, comparándolo con la no intervención, la intervención placebo, la intervención inespecífica y con el programa eficaz de comparación.

A partir de estos estudios iniciales sobre el programa se desarrollaron cinco investigaciones más. En estos estudios se analizó su eficacia según la edad de los participantes y el aplicador, y los efectos del programa sobre factores cognitivos y actitudes hacia las drogas. Finalmente, un estudio reciente ha analizado la contribución de dos de los componentes principales que son habilidades sociales y resolución de problemas.

B) Eficacia según las características de los participantes

Pereira y García-Fernández (2009) examinaron los efectos del programa Saluda según la edad de los participantes mediante un diseño con dos condiciones experimentales. En la primera, se ubicó a los escolares en la etapa de adolescencia temprana (11 a 13 años) y, en la segunda, a los que se encontraban en la adolescencia media (14 a 16 años). Se incluyeron dos grupos control que no recibieron el programa, uno de cada grupo de edad. El programa se mostró eficaz para disminuir la frecuencia del consumo de alcohol, la percepción normativa y la intención de consumo, teniendo mayor impacto en la adolescencia temprana para todas las variables.

Cuadro 3.5. *Desarrollo y evaluación del programa de prevención Saluda*

<i>Año</i>	<i>Proceso</i>
2001	– Revisión de la eficacia de programas en España y selección de componentes eficaces – Desarrollo de las sesiones del programa Saluda
2002	– Primer estudio piloto del programa Saluda
2003	– Comparación del programa Saluda con otro de eficacia probada

	– Comparación de ambos programas con otro de promoción de la salud en general
2005	– Adaptación cultural del programa para adolescentes colombianos
2008	– Análisis de componentes nucleares del programa
2010	– Análisis de componentes adicionales – Análisis de la contribución de las actividades entre sesiones
2012	– Adaptación cultural para adolescentes portugueses

C) Eficacia según el agente de implementación

En el estudio llevado a cabo por Gázquez (2010) se analizaron los efectos del programa en función del agente aplicador del programa. Para ello, se comparó los resultados de la aplicación del programa Saluda implementado por los profesores y por personal externo a los centros escolares. Estas dos condiciones experimentales se compararon a su vez con un grupo en lista de espera.

Tanto los docentes como los especialistas se mostraron influyentes sobre las variables de consumo de alcohol y episodios de embriaguez, aunque sobre el consumo de alcohol no hubo diferencias significativas respecto al grupo en lista de espera. Sin embargo, para modificar el nivel de información, las actitudes frente al consumo de alcohol y las conductas asertivas los docentes causaron un mayor impacto. Respecto al consumo de cannabis y las actitudes frente al consumo de otras drogas, los expertos presentaron mejores resultados, a pesar de que no hubo diferencias significativas respecto al grupo control.

A corto plazo, el programa Saluda redujo el consumo de alcohol y los episodios de embriaguez cuando la aplicación se realizó por docentes del centro educativo. Se detectaron efectos positivos a largo plazo para la mayor parte de las variables de estudio y un mayor efecto en términos de eficacia cuando el programa era aplicado por los docentes. A largo plazo, el programa Saluda aplicado por docentes fue el que mayor tamaño del efecto tenía en todas las dimensiones.

El grado de dificultad del programa se valoró según el número de sesiones, la estandarización en la estructura de las sesiones y la mayor o menor presencia de técnicas cognitivo-conductuales. Esto hizo considerar que se trataba de una intervención de complejidad media y que, por esta razón, se obtendrían resultados similares tanto si el programa era aplicado por personal entrenado como por docentes del centro. En síntesis, los docentes resultaron ser agentes más eficaces en la aplicación del programa.

D) Estudios sobre los efectos específicos del programa

Espada, Orgilés, Méndez, García-Fernández e Inglés (2008) realizaron un análisis sobre los efectos del programa Saluda en relación a tres factores de riesgo de consumo de tipo cognitivo: conocimientos sobre las drogas, percepción de riesgo y estimación normativa del consumo. Se aplicó un diseño cuasiexperimental con cinco condiciones:

programa Saluda, intervención placebo, intervención inespecífica, un programa de eficacia probada (Life Skills Training) y un grupo control que no recibió intervención.

El nivel de conocimiento sobre el alcohol fue mayor en el caso del programa Saluda que para el resto de grupos de tratamiento y control en el posttest. Comparando los tres programas activos entre sí, el programa Saluda resultó ser el más eficaz, obteniendo tamaños del efecto elevados para el conocimiento de las drogas de síntesis y moderados para el alcohol. Cuando se comparó el programa Saluda y el programa Life Skills Training en el posttest, el programa Saluda consiguió aumentar más la percepción de riesgo en el consumo de alcohol, manteniéndola en los dos seguimientos. Respecto a las drogas de síntesis, la percepción del riesgo se mantuvo a lo largo de las cuatro evaluaciones (pretest, posttest, seguimiento a los tres meses y seguimiento a los seis meses). Cuando se compararon los tres programas activos con la atención placebo en el posttest, el programa Saluda se mostró más eficaz que el resto de programas en cuanto a la intención de consumo de alcohol. Los otros dos programas también lograron aumentar la percepción de riesgo, pero en menor medida que el programa Saluda. Respecto a las demás sustancias, en cannabis el programa Saluda presentó un tamaño del efecto bajo respecto a la atención placebo en el primer seguimiento.

Espada, Hernández, Orgilés y Méndez (2010) analizaron el efecto del programa Saluda sobre la actitud hacia las drogas en una muestra de adolescentes. Se analizaron los cambios en intención de consumo de alcohol, tabaco y cannabis, así como en la variable actitud hacia las drogas. El grupo que recibió el programa Saluda se mostró el más eficaz para mejorar las actitudes frente a las drogas al compararlo con el resto de grupos con tamaño del efecto moderado en la mayor parte de las evaluaciones. Por tanto, el grupo que recibió el programa Saluda mostró más cambios que el grupo control (a corto plazo y primer seguimiento), que la atención placebo (a corto plazo) y que los grupos Life Skills Training y programa inespecífico (a corto y largo plazo). El programa Life Skills Training, con un tamaño del efecto moderado ($d=.50$) mejoró las actitudes de los adolescentes en mayor medida que el programa inespecífico.

E) Análisis de la contribución de los componentes

Espada, Griffin, Pereira, García-Fernández y Orgilés (2012) publicaron en *Prevention Science* un análisis de los componentes del programa siguiendo la estrategia de desmantelamiento parcial del programa. Se pretendía conocer la contribución específica del entrenamiento en habilidades sociales y en resolución de problemas. La muestra se distribuyó en tres grupos experimentales (programa Saluda completo, programa sin el componente de entrenamiento en resolución de problemas y programa sin componente de entrenamiento en habilidades sociales) y un grupo control que no recibió intervención. El programa completo fue más eficaz que el grupo en lista de espera en términos de menores tasas de consumo en el seguimiento, así como cambios significativos en variables de riesgo. Por tanto, la intervención se mostró mejor que la no intervención. El programa completo obtuvo mejores resultados que cuando se eliminaba alguno de sus componentes. Las condiciones sin un componente obtuvieron mejores

resultados preventivos que el grupo en lista de espera para la mayoría de variables evaluadas. Saluda mostró evidencias del impacto de los componentes de entrenamiento en habilidades sociales y entrenamiento en resolución de problemas sobre variables mediadoras y de resultado en el programa, además de un efecto sumatorio.

Con el objetivo de conocer la contribución de los componentes del programa, se realizó un segundo estudio que evaluaba los componentes secundarios (compromiso público, análisis de la publicidad y fomento del ocio saludable) (Hernández, Griffin, García-Fernández, Orgilés y Espada, en revisión). Se empleó un diseño cuasiexperimental con cinco condiciones experimentales: programa completo frente a tres versiones incompletas en las que se excluyó el componente de compromiso público y análisis de la publicidad y fomento del ocio saludable, utilizando un grupo control en lista de espera. Todas las intervenciones resultaron más eficaces que la no intervención para incidir sobre las variables protectoras y el número de episodios de embriaguez. Atendiendo a la eficacia de los tres componentes, al retirar el componente de promoción de ocio saludable, el programa Saluda no perdía eficacia con respecto a la reducción de consumo de sustancias y otras variables de protección, mientras que el compromiso público y la resistencia a la publicidad mejoraba la eficacia del programa.

F) Contribución de las tareas para casa

El programa incluye la realización de tareas para casa, actividades que tras la sesión se solicita a los participantes que realicen por su cuenta ([cuadro 3.6.](#)). Sirven para consolidar lo aprendido en la sesión de ese día y para iniciar el contenido de la siguiente unidad. Se procura que tengan un carácter atractivo. En un estudio con 300 participantes se quiso comprobar si los efectos del programa variaban en función de incluir o no dichas actividades para casa (Gonzálvez, Espada, Carballo, Orgilés y Piqueras, 2012). Se analizó si la inclusión de tareas presentaba efectos en autoeficacia, intención de consumo y riesgo. Mediante un diseño pretest-postest con dos condiciones de intervención (programa estándar y programa sin actividades para casa) no se hallaron diferencias significativas entre los grupos. Estos datos sugieren que los efectos de la intervención preventiva no disminuyen al excluir las tareas para casa. Su utilización o no es independiente de los efectos del programa por lo que pueden emplearse de forma complementaria.

Cuadro 3.6. *Tareas para casa*

<i>Sesión</i>	<i>Actividad</i>
1	– Investigación de campo sobre motivos por los que bebe la gente.
2	– Buscar anuncios en revistas sobre alcohol y tabaco para llevarlos a la siguiente sesión.
3	– Ejercicio “Así son mis relaciones”, donde se dibujan en círculos concéntricos las personas conocidas, compañeros y amigos.

4	– Actividad “Escalera de color”, en la que se practican situaciones sociales y se lleva a cabo un registro de lo sucedido.
5	– Cuestionario de tres preguntas “Decir que no”, en el que se analiza una situación donde fue difícil negarse a algo.
6	– Actividad “Ocio y negocio”, en la que, por parejas, se visita una entidad que ofrezca en su barrio actividades de ocio juvenil.
7	– Actividad “Agenda de actividades”, donde se programa un fin de semana divertido y diferente.
8	– Ejercicio “Pros y contras de las drogas de fin de semana”, que sirve de base para tomar una decisión personal sobre el consumo.
9	– Aplicación del método de toma de decisiones al problema “Consumo de alcohol los fines de semana”.
10	– Ficha de cumplimiento de compromiso personal y frases de ánimo.

Cuadro 3.7. *Estudios sobre la eficacia del programa Saluda*

<i>Autor/es (año)</i>	<i>N</i>	<i>Edad</i>	<i>M (DE)</i>	<i>Grupos de intervención</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Resultados</i>
Espada, Orgilés, Méndez, García-Fernández e Inglés (2008)	153	13-15	14.17 (.72)	1. PS 2. Life Skills Training 3. Educación para la Salud 4. Atención-Placebo 5. GC	Valorar los efectos sobre factores de riesgo cognitivos	Se incrementa el nivel de información sobre el alcohol y drogas sintéticas, y estimación normativa
Pereira y García-Fernández (2009)	543	11-16	13.6	1. Adolescencia Temprana 2. Adolescencia Media 3. GC (Adolescencia Temprana) 4. GC (Adolescencia Media)	Determinar la eficacia según la edad de los participantes	Adolescencia temprana en intención y frecuencia de consumo de alcohol, y norma percibida
Espada, Griffin, Pereira y García-Fernández (2010)	341	12-15	14.9 (.74)	1. PS 2. PS-EHS 3. PS-ERP 4. LE	Analizar la contribución de los componentes: entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas	Impacto de los componentes en variables mediadoras y de resultado. Efecto sumativo
Espada, Hernández, Orgilés y Méndez (2010)	133	13-15	14.17 (.72)	1. PS 2. Life Skills Training 3. Educación para la Salud 4. Atención-Placebo 5. GC	Valorar los efectos sobre la actitud hacia las drogas	Disminuye la intención de consumo de alcohol y aumenta la actitud prosalud frente a las drogas
Gázquez (2010)	280	11-12	12.42 (.57)	1. PS por docentes 2. PS por psicólogos 3. LE	Determinar la eficacia según el aplicador (docente/ psicólogo)	Docente' Psicólogo

<i>Autor/es (año)</i>	<i>N</i>	<i>Edad</i>	<i>M (DE)</i>	<i>Grupos de intervención</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Resultados</i>
González, Espada, Carballo, Orgilés y Piqueras (2012)	205	10-15		1. PS estándar 2. PS con actividades complementarias	Comprobar el efecto de la inclusión de tareas para casa	Prescindir de la inclusión de tareas para casa no disminuye el efecto de la intervención
Hernández, Espada, Piqueras, Orgilés y García-Fernández (2013)	106	14-17	15.20 (.92)	1. PS sin ocio saludable y sin actividades para casa	Evaluar los efectos del programa sobre el consumo de drogas y variables protectoras	Reducción en el porcentaje de escolares que presenta episodios de embriaguez, así como un efecto de mejora significativa sobre las variables protectoras del consumo
Hernández, Griffin, García-Fernández, Orgilés y Espada (2014)	567	14-16	14.9 (.74)	1. PS 2. PS-CP 3. PS-AP 4. PS-OS 5. LE	Analizar la contribución de los componentes: compromiso público, análisis de la publicidad y fomento del ocio saludable	Sin fomento del ocio saludable puede mejorar el balance coste/beneficio de la intervención.

PS= Programa Saluda; PS-CP= Programa Saluda sin compromiso público; PS-AP= Programa Saluda sin análisis de la publicidad; PS-OS= Programa Saluda sin fomento de actividades de ocio saludable; LE= Grupo de control en Lista de Espera; PS-EHS= Programa Saluda sin Entrenamiento en Habilidades Sociales; PS-ERP= Programa Saluda sin Entrenamiento en Resolución de Problemas; GC= Grupo Control.

G) Evaluación de una versión reducida del programa Saluda

Dado que el componente de fomento del ocio saludable no había mostrado mejorar la eficacia del programa completo, se realizó un estudio con el objetivo de evaluar los efectos de una nueva versión del programa en la que se prescinde de ese componente (Hernández, Espada, Piqueras, Orgilés y García-Fernández, 2013). Esta versión reducida fue aplicada a una muestra de 106 escolares de secundaria con una media de 15 años. Se utilizó un diseño pretest-posttest de un único grupo. Este estudio concluye que una versión reducida del programa Saluda, en la que se prescinde del componente de fomento del ocio saludable y las tareas para casa, presenta efectos positivos para reducir el porcentaje de episodios de embriaguez e incidir de forma significativa sobre todas las variables protectoras del consumo.

El programa Saluda (en su denominación en inglés “Weekend coming”) fue incluido en 2004 en la base de datos EDDRA del European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, con una calificación de 2 en su nivel de calidad (entre las más altas que obtienen los programas españoles). A partir de los resultados hallados en los estudios de evaluación, ha quedado demostrada la eficacia del programa para mejorar las capacidades cognitivas de protección frente al consumo de drogas incrementando el nivel de información sobre el alcohol y las drogas de síntesis, así como la estimación

normativa sobre el consumo. Tras valorar los efectos sobre la actitud hacia las drogas, el programa disminuye la intención de consumo de alcohol y aumenta la actitud prosalud frente a las drogas.

En el ámbito internacional el programa se ha extendido a Colombia y Portugal. A través de un programa de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), el programa fue adaptado culturalmente para su aplicación con adolescentes colombianos. En el contexto europeo, se ha realizado una adaptación con jóvenes portugueses (Fernandes y Espada, 2014) y un estudio controlado para evaluar su eficacia en ese país (Estudiante, 2014).

A partir de las evidencias en los estudios controlados, el programa Saluda cuenta con resultados cuantitativos de eficacia sobre variables de consumo y protectoras. Además, se cuenta con datos sobre los mejores parámetros para su aplicación, como el agente de implementación más eficaz, la edad de los destinatarios idónea para intervenir y los contenidos específicos que mejoran el balance coste-resultados de la intervención.¹

3.5. Tratamiento del abuso de alcohol

Actualmente se cuenta con tratamientos eficaces para el tratamiento de la dependencia al alcohol. Una vez que el paciente tiene conciencia del problema, lo cual con mucha frecuencia no ocurre, la fase del tratamiento incluye la motivación hacia el cambio, la desintoxicación para eliminar la dependencia física, la deshabitación para hacer lo propio con la dependencia psicológica y la rehabilitación, momento en que se han creado nuevos hábitos y el individuo aprende a mantenerse sin beber. La mayoría de programas desarrollados para el tratamiento del alcoholismo juvenil han sido adaptados de tratamientos para población adulta (Becoña, 1999). Se presenta aquí un resumen de los principales tratamientos disponibles para el alcoholismo, agrupados en terapia de tipo farmacológico, tratamientos multicomponente y grupos terapéuticos o de autoayuda.

3.5.1. Tratamiento farmacológico

La consideración del alcoholismo desde el modelo médico de salud-enfermedad ha llevado al desarrollo de medicación como estrategia terapéutica. El tratamiento farmacológico pretende paliar los síntomas del síndrome de abstinencia, y reducir los síntomas psicopatológicos presentes de forma concomitante al abuso de alcohol (principalmente ansiedad, problemas del estado de ánimo, síntomas psicóticos y dificultades del sueño). Otro de los enfoques terapéuticos se basa en los fármacos interdictores con el alcohol, empleados tras dejar totalmente el consumo de alcohol con el fin de prevenir episodios de consumo. Estos fármacos producen consecuencias aversivas tras el consumo de alcohol. Es requisito el conocimiento y consentimiento del paciente para su utilización. Su eficacia, según algunos estudios, se basa no solo en la contribución del fármaco, sino también en el efecto placebo.

La eficacia de los tratamientos farmacológicos es alta para modificar las consecuencias físicas derivadas del consumo de alcohol, si bien no suponen una solución real al problema de bebida (McCrary, Rodríguez y Otero-López, 1998). A la hora del abandono del consumo los fármacos tienen el papel de servir de apoyo al proceso de cambio de comportamiento.

3.5.2. *Programas multicomponentes*

Entre los programas que han mostrado su eficacia, Secades (1998) destaca los siguientes:

- *Programa de Lazarus*. Fue uno de los primeros programas para el alcoholismo, y consta de cuatro componentes (Lazarus, 1965):
 1. Atención médica dirigida al cuidado de la salud.
 2. Terapia aversiva para la disminución de la ingesta de alcohol.
 3. Identificación de estímulos generadores de ansiedad.
 4. Métodos para combatir las respuesta de ansiedad.

En este último bloque se incluyen las técnicas de la desensibilización sistemática, el entrenamiento asertivo, el ensayo de conducta y la hipnosis.

- *Programa de Miller, Stanford y Hemphill* (1974). Incluye tres grupos de técnicas: condicionamiento aversivo para reducir las propiedades reforzantes del alcohol, enseñanza de nuevas formas incompatibles con el alcohol para enfrentarse al estrés, y cambios en el contexto social para incrementar la tasa de reforzamiento. En este último bloque se incluye intervención familiar y orientación vocacional.
- *Programa de refuerzo comunitario* (Community Reinforcement Approach, CRA) (Hunt y Azrin, 1973). Se compone de:
 - a) Tratamiento farmacológico (disulfiram).
 - b) Entrenamiento en habilidades sociales.
 - c) Implicación en grupos sociales libres de alcohol.
 - d) Fomento de actividades recreativas saludables.
 - e) Entrenamiento para resistir la presión social y afrontar el impulso para beber.
- *Programas de prevención de recaídas*. Se trata de un programa de autocontrol elaborado inicialmente por Marlatt y Gordon en 1985. Parte de la premisa de que los procesos de origen de la conducta adictiva, cambio y mantenimiento del cambio son distintos y han de abordarse de forma diferente. La terapia se centra

en identificar situaciones que pueden dar lugar a recaídas. El paciente aprende a identificar precozmente las situaciones de riesgo y a aplicar estrategias para afrontarlas. Estas habilidades incluyen aspectos cognitivos (pensamientos de afrontamiento) y emocionales (control del impulso). Algunas de las áreas que se trabajan son la asertividad y el control del estrés, habilidades de comunicación y habilidades de solución de problemas. Las técnicas de reestructuración cognitiva que se incluyen pretenden enseñar al paciente a pensar de forma alternativa cuando aparecen pensamientos relacionados con beber. El tratamiento de prevención de recaídas presta especial atención a los sentimientos de culpa cuando aparece un consumo aislado, denominado “Efecto de violación de la abstinencia”. Esta reacción negativa, generalmente, aumenta el riesgo de una vuelta al consumo, por lo que se pretende enseñar a interpretar el fallo como un error aislado.

- *Programas de bebida controlada.* A diferencia de los enfoques terapéuticos que buscan la abstinencia total, los programas de bebida controlada pretenden disminuir la tasa de consumo, manteniéndolo en niveles no abusivos. Esta idea choca con las posturas radicales acerca del alcohólico como enfermo que debe mantenerse apartado del alcohol. Se recomienda, en cualquier caso, que antes de iniciar un programa de bebida controlada el adolescente/joven mantenga un periodo de abstinencia total de 2-3 semanas (Secades, 1998). Las estrategias que, por lo general, incluyen los programas de bebida controlada son:
 1. Establecer límites de bebida.
 2. Utilizar un sistema de reforzamiento para beber de forma moderada.
 3. Registrar la bebida (o los impulsos por beber).
 4. Utilizar instrucciones sobre las características de la bebida social, como qué tipo de bebida consumir, velocidad de bebida, etc.
 5. Implicar a personas cercanas en el proceso terapéutico.

3.5.3. *Grupos de autoayuda*

Existen distintos tipos de grupos o asociaciones de alcohólicos, aunque todos básicamente pretenden prestar ayuda en el abandono del alcohol y volver a adaptarse socialmente con normalidad.

Uno de los grupos más conocidos es Alcohólicos Anónimos, que inició su actividad en 1935, originalmente con un enfoque religioso. En España la modalidad más extendida es la de asociaciones de alcohólicos rehabilitados. Algunas de ellas se centran sobre todo en las reuniones grupales, con terapeuta o sin él, mientras que otras suelen incluir en su programa actividades de concienciación de tipo reivindicativo, de ocio, deportivas, etc. Algunos de los beneficios observados son que proporcionan un ambiente reforzante para el abandono del consumo; prestan un importante apoyo social a cargo de modelos de

éxito; ofrecen retroalimentación del grupo sobre las dificultades que van apareciendo en la deshabituación y, por último, proporcionan autoestima y ayudan a combatir posibles sentimientos de vergüenza derivados de la adicción (Secades, 1998). La eficacia terapéutica está de momento pendiente de demostración (McCrary, Rodríguez y Otero-López, 1998).

3.6. Un caso práctico de aplicación de un programa

3.6.1. Planteamiento del proyecto

Rosa es tutora de un grupo de primero de la ESO en un instituto de educación secundaria. Al inicio del curso planifica el currículum del año para las clases de tutoría y ve conveniente incluir algunos contenidos sobre prevención del alcohol. Tras reunirse con la orientadora del centro, valoran varias opciones para tratar el tema: hacer un cine-forum, invitar a profesionales para que acudan a dar una charla o contactar con una asociación de alcohólicos rehabilitados para que presenten su experiencia. Tras documentarse, comprueban que lo más eficaz para que la prevención funcione es llevar a cabo un programa íntegramente, basado en buenas prácticas y que cuente con evidencias de su eficacia. A través de la plataforma www.prevencionbasadaenlaevidencia.net, desarrollada por Socidrogalcohol y el Plan Nacional sobre Drogas, revisan los programas escolares disponibles y seleccionan el programa Saluda por considerar que encajaba bien con los objetivos que persiguen, la edad de sus estudiantes y los medios que disponen para aplicarlo.

Finalmente, los tutores de los otros grupos de primero se unen a la iniciativa de Rosa y programan juntos el programa durante los meses de octubre y noviembre. Eligen un periodo del curso adecuado por no estar sobrecargado de exámenes y tareas escolares.

3.6.2. Fase de preparación

Previamente a cualquier otro paso, Rosa y sus compañeros se organizaron para llevar a cabo estas tareas necesarias antes de la aplicación del programa:

- *Planteamiento de un diseño de evaluación:* La prioridad del proyecto era aplicar la intervención, si bien el equipo se planteó que eso no era incompatible con medir lo mejor posible los resultados del programa. Revisaron las opciones y la más realista por su simplicidad y nivel de control era un diseño A-B. Aunque sabían que un grupo de comparación era lo mejor, descartaron dejar aulas sin intervención y contar con la colaboración del instituto vecino por lo complejo que les iba a resultar coordinarlo todo. Además, no tenían muchos recursos para más materiales de evaluación dedicados a un grupo de control. Por eso, la opción de evaluar antes y después de la intervención una serie de variables bien

definidas, con unos instrumentos lo más fiables posible era una buena alternativa. De esa manera tendrían evidencias sobre el efecto del programa y podrían tenerlo en cuenta para otros cursos.

- *Calendarización:* El siguiente paso consistió en programar sobre el calendario las sesiones, reservando una sesión previa para la evaluación pretest y otra tras la finalización. Calcularon llevar a cabo una nueva sesión de evaluación a los meses de finalizado para comprobar si se apreciaba alguna evolución. Tuvieron en cuenta que el programa no se viera interrumpido por vacaciones escolares, de modo que dedicarían diez semanas (una sesión semanal). Durante el primer trimestre del curso encajaba perfectamente todo.
- *Preparación de materiales:* Aprovecharon el mes anterior para compilar todo lo necesario para las sesiones del programa. El manual del monitor de Saluda detalla en cada sesión lo necesario para las actividades. No se requería comprar nada que no hubiera en el centro. Se prepararon copias de las fichas de actividades de cada sesión a partir del CD con materiales que acompaña al manual. Se tuvo en cuenta registrar la asistencia de los alumnos a cada sesión para controlar más adelante los efectos, teniendo en cuenta un número mínimo de sesiones atendidas. Se prepararon también las copias necesarias de los cuestionarios de evaluación.
- *Autorizaciones de los padres:* Al tratarse de una actividad que formaba parte de la acción tutorial del curso no se precisaba de una autorización aparte, si bien consideraron que era interesante informar a los padres en una carta acompañada de un folleto con recomendaciones para la prevención desde casa. Ningún padre puso inconveniente a la participación de su hijo en el programa.
- *Formación de los aplicadores:* Tratándose de un grupo pequeño y autodidacta, el equipo de Rosa decidió que cada uno estudiaría el manual y tendrían una reunión de repaso para comentar cada sesión. De esta forma, se resolvieron sus dudas y se coordinaron para aplicar las actividades de forma homogénea.

3.6.3. Fase de evaluación previa de los participantes

Participaron 135 alumnos de los cinco grupos de primer curso de la ESO, que tenían un rango de edad de 12 a 14 años. Rosa y sus colegas habían detectado que sus estudiantes empezaban a salir los fines de semana y a practicar el botellón. Algunos habían comentado episodios de atracones de alcohol. Para conocer con más detalle cuál era el nivel inicial de consumo y otros factores relacionados con el mismo se aplicó esta batería de cuestionarios:

- *Consumo de drogas:* Se utilizó el *Cuestionario de Consumo de Drogas* de Espada, Méndez e Hidalgo (2003), que se incluye en el programa Saluda. Evalúa conductas de consumo de sustancias, frecuencia de consumo y

percepción de riesgo. Como algunos estudiantes aún no han probado el alcohol y puede que pase tiempo hasta que lo hagan, se quiso evaluar también la predisposición a consumir mediante el *Cuestionario de Intención de Consumo (CIC)* (Espada, Méndez e Hidalgo, 2003). Está compuesto por siete preguntas de respuesta dicotómica, solicitando el juicio de los estudiantes sobre su intención de realizar conductas relacionadas con la compra, consumo ocasional o habitual de drogas.

- *Conocimientos sobre las drogas.* Aunque la variable principal es el consumo en sí, es conveniente evaluar también otros factores de riesgo como el nivel de información. De esa manera se pueden observar si ha habido algún cambio cognitivo protector antes y después del programa. Se empleó para ello el *Cuestionario de Información sobre Drogas (CID)* (Espada, Méndez e Hidalgo, 2003). Se compone de 20 preguntas, con tres alternativas de respuesta, y de seis escalas gráficas sobre la percepción del consumo de drogas por compañeros de la misma edad. También identifica creencias erróneas sobre estas sustancias.
- *Habilidad para la resolución de problemas.* Se trata de otro factor de riesgo/protección sobre el que incide el programa Saluda. Se evaluó mediante el *Cuestionario de Evaluación de Habilidades de Solución de Problemas Sociales, adaptado (SPSI-R)* (Maydeu y D’Zurilla, 1996), una adaptación reducida del cuestionario original que evalúa la habilidad de solución de problemas reduciendo el rango de respuestas (de una escala de cinco puntos se pasa a una de tres). Consta de 11 ítems que examinan la habilidad para solucionar problemas en términos de valoración de pros y contras, y de generación de alternativas entre otros.
- *Habilidades sociales:* Se utilizó el *Inventario de Habilidades Sociales para Adolescentes*, que mide la competencia social en las relaciones con los iguales. Se compone de 40 ítems en una escala de seis puntos, e incluye una escala de conducta prosocial y otra de conducta antisocial. Como una dimensión particular de las habilidades sociales, se valoró la asertividad mediante el *Cuestionario de Aserción ante las Drogas* (Espada, Méndez e Hidalgo, 2003). Estima la probabilidad de diez conductas asertivas relacionadas con la oferta y consumo de alcohol y drogas de síntesis mediante una escala de cinco puntos y un total de diez ítems. Ejemplos de ítems incluidos son: “Rechazaría un trago de cubata si no me apeteciera” o “Defendería en público que es peligroso conducir la moto después de pasarte con el alcohol”. Puntuaciones elevadas implican una mayor presencia de conductas asertivas frente a las drogas.
- *Tiempo dedicado a ocio saludable.* Se midió esta variable mediante el *Cuestionario de Evaluación de las Actividades de Ocio* (Espada, Méndez e Hidalgo, 2003). Está formado por ocho ítems con actividades de ocio saludable (lectura, deporte, actividades al aire libre o de voluntariado) y de ocio recreativo (ver televisión, chatear, jugar a la consola o salir a discotecas). Se registran los parámetros de ocurrencia y duración de cada actividad.

- *Satisfacción con el programa:* Para conocer el grado de aceptación del programa por parte de los participantes se cumplimentó un breve cuestionario final donde valoraban cada sesión de 0 a 10. En un segundo bloque del cuestionario, se pedía a los alumnos que indicaran su percepción sobre los beneficios conseguidos en diferentes áreas gracias al programa. Finalmente, se incluía una pregunta abierta para sugerencias.

3.6.4. Resultados

a) Evaluación del proceso

El transcurso de las sesiones se desarrolló según lo previsto, exceptuando algunas situaciones particulares. Las diez sesiones del programa pudieron aplicarse por completo de forma semanal, menos en uno de los grupos que hubo de interrumpirse la sesión 7 y continuar el día siguiente debido a una actividad deportiva a la que tuvieron que marchar gran parte de los alumnos de esa clase. Se comprobó que, aunque el programa era apretado, todas las actividades obligatorias habían podido realizarse. Hubo alguna dificultad con la actividad de la sesión 1, “La batalla naval”, porque la explicación a los grupos llevaba tiempo y no se le pudo dedicar al juego la duración que el programa tiene prevista. El nivel de satisfacción de los participantes como promedio fue de 8 con el conjunto del programa. En una gráfica, Rosa y su equipo recogieron las puntuaciones del cuestionario de satisfacción.

Todas las sesiones obtuvieron una calificación media superior a 7, siendo la mejor valorada la sesión 4, dedicada a las relaciones interpersonales, que alcanza una media de 7,9. La sesión tercera, dedicada a la presión publicitaria, resultó ser la menos valorada.

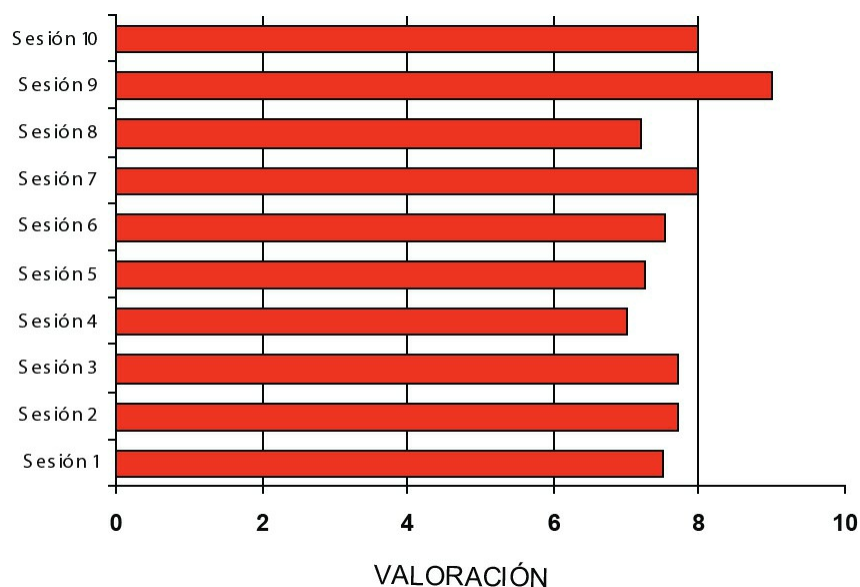


Figura 3.1. Valoración de las sesiones del programa por los alumnos.

También se pidió a los alumnos que valoraran las mejoras que habían alcanzado en las principales áreas trabajadas con el programa. Los participantes evaluaron su mejora en conocimientos sobre las drogas con un 7,42 de media. La mejora en habilidades sociales era valorada con una media de 6,84, la capacidad de resistencia a la presión con una media de 5,53 y la habilidad para resolver problemas con un 6,90 (figura 3.2.).

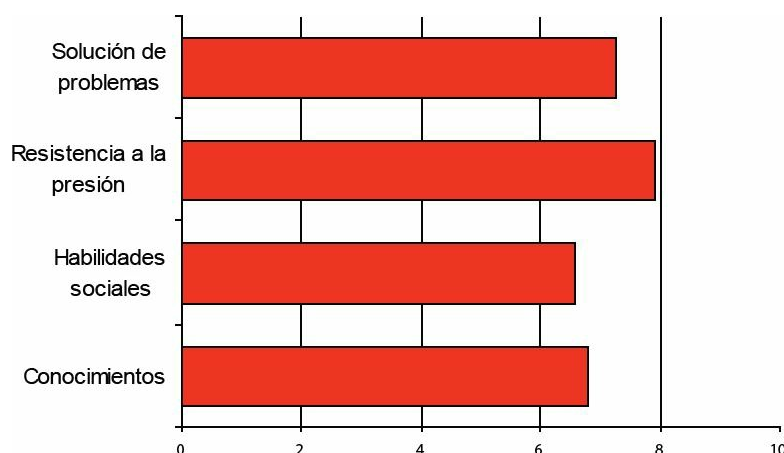


Figura 3.2. Valoración subjetiva de los participantes sobre los beneficios conseguidos.

Por último, mediante tres preguntas abiertas, se solicitó a los estudiantes que indicaran las actividades preferidas y las que les habían gustado menos, y que anotaran sus comentarios y sugerencias sobre el programa. En el cuadro 3.8. quedan reflejadas las respuestas de forma textual.

Cuadro 3.8. *Respuestas a la evaluación cualitativa del programa*

<i>Actividades que me han gustado más</i>
– Vídeos – Salir para hacer una representación – Aprender a relacionarse y a decir que no – La batalla naval – Saber más sobre estos temas (qué son las drogas, tipos) – Representación de situaciones – Cuando participamos en grupo – El juego de hundir los barcos – Decir que no – La batalla naval – Escenificaciones – Ver vídeos sobre discotecas – Lo de salir a representar las situaciones – Los vídeos – La batalla naval – Opinar de los compañeros viendo lo que hacen en un momento determinado – Batalla naval – Mi agenda personal
<i>Actividades que me han gustado menos</i>

- Escribir
- El ocio en tu ciudad
- Sesión 7 y un poco de la 6
- Los ejercicios para casa
- El ocio en tu ciudad
- Hacer preguntas y escribir
- Sesión 6 en general
- Encuestas
- Leer los cuadernos
- Lo relacionado con el proceso de toma de decisiones
- Hablar de los centros de ocio
- La sesión 6

Sugerencias

- Disminuir los tests sobre este tema
 - Hacer actividades exteriores
 - Que las preguntas no sean tan repetitivas
 - Más vídeos y diversión
 - Más vídeos y folletos
 - Hacer actividades en el exterior
 - Más vídeos
 - Experimentar y tocar más cosas
 - Hacerlo más práctico y menos teórico
 - Ver las pastillas, tocarlas
 - Ver más los efectos que producen en vídeos
 - Hacer alguna salida a algún centro de ocio
 - Hacer las clases más divertidas
 - Hacer más juegos
 - Ir al Espai Actiu para ver cómo funciona
 - Practicar actividades de deporte y experimentar con sustancias en el laboratorio
-

b) Evaluación de resultados

Con el asesoramiento de un profesor del departamento de matemáticas, el equipo impulsor del programa de prevención creó una sencilla base de datos donde se introdujeron las respuestas de sus estudiantes en los cuestionarios. Después, se calcularon las medias en los cuestionarios antes y después de la intervención. Cuando los datos no provenían de cuestionarios, sino de preguntas categóricas se compararon los porcentajes. A continuación, se presentan los resultados más ilustrativos.

- Consumo de alcohol e intención de beber: Estas son variables claves sobre las que pretende incidir el programa de prevención. Las tasas de consumidores son bajas porque en la edad de los alumnos participantes aún no se han presentado muchas ocasiones de iniciarse en el consumo. Por esa razón, es muy informativo lo que se aprecie en las otras variables que evalúan factores de riesgo. La tendencia natural sería que la tasa de consumidores en un grupo aumente progresivamente a lo largo del tiempo. El objetivo preventivo es, por tanto, frenar esa tendencia. Los resultados esperados al comparar con un grupo

de control mostrarían cómo en los grupos que no reciben programa preventivo la tendencia ascendente es mayor. En la [figura 3.3](#), se observa cómo el porcentaje de escolares que beben habitualmente aumenta a lo largo del tiempo, si bien disminuye la ingesta intensiva que implica intoxicación etílica.

- Nivel de información: Las puntuaciones medias en la escala de conocimientos pasaron de 6 en el pretest a 8 en el posttest y a 7,7 en el seguimiento a los tres meses. Se pudo observar, por tanto, que la tendencia era positiva, aunque en el transcurso del tiempo los efectos tienden a atenuarse.
- Estimación normativa del consumo: Se analizaron los cambios en la media de la estimación que hicieron los estudiantes sobre “Cuántos compañeros de tu edad crees que... (beben, se han emborrachado)”, y se compararon con las tasas reales. Se puede apreciar que tras el programa la estimación desciende, aproximándose más a las cifras reales.

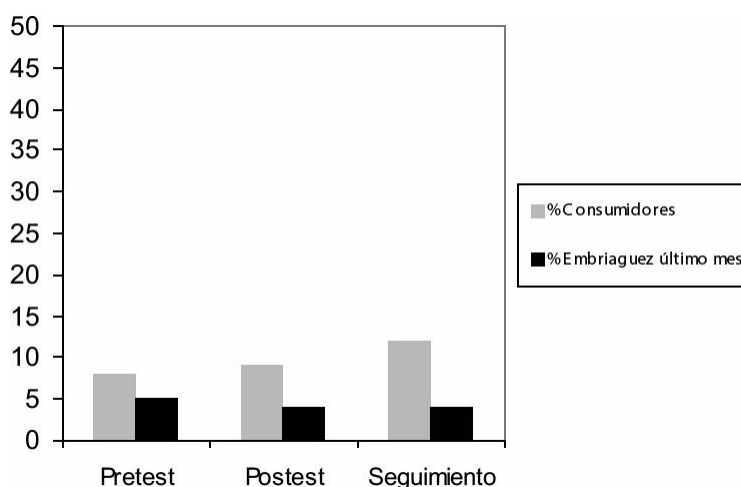


Figura 3.3. Evolución del porcentaje de bebedores y de episodios de intoxicación.

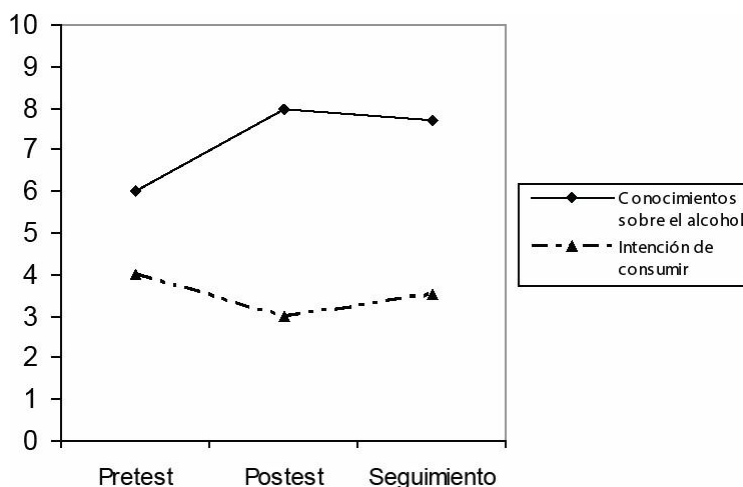


Figura 3.4. Evolución del nivel de conocimientos sobre el alcohol y de la intención de beber.

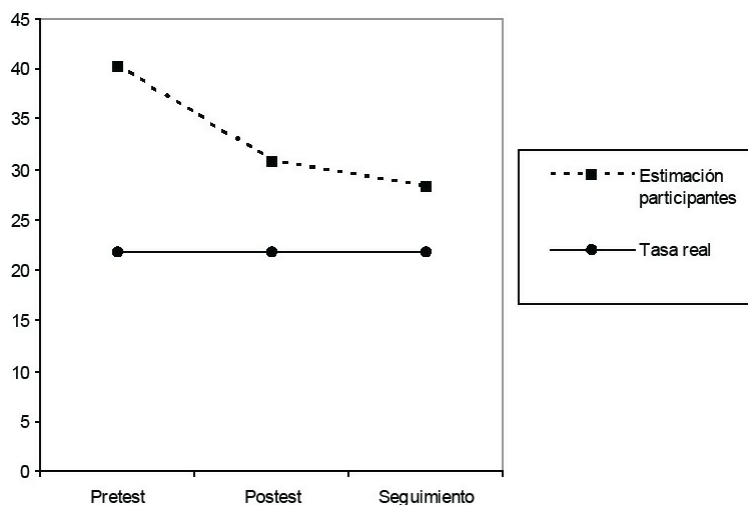


Figura 3.5. Estimación de compañeros que beben habitualmente.

3.6.5. Conclusiones sobre la aplicación y los efectos del programa

El objetivo de Rosa fue educar a sus estudiantes en un consumo responsable de alcohol, retrasar la edad en que comienzan a beber y reducir el número de escolares que lo hacen. Se trata, por tanto, de responder a un problema de la vida real, algo que los educadores hacen a diario desde sus lugares de trabajo. Con un sencillo diseño de investigación, este equipo aplicó con rigor un programa preventivo y pudo medir los efectos de la intervención. Así, pudo comprobarse que efectivamente el programa parecía frenar la tendencia de nuevos bebedores, aunque para poder comprobarlo es muy necesario hacer un seguimiento en el tiempo y volver a evaluarlo al cabo de un año o más.

Se produjeron muchos cambios deseados en cuanto al nivel de conocimientos, la percepción de la norma que tenían los estudiantes, sus habilidades sociales y de resolución de problemas, etc. Lo ideal para poder atribuir al programa los efectos positivos habría sido poder comparar a este grupo con otro que sirviera como control recibiendo otra intervención diferente. Sin embargo, es una limitación comprensible por su dificultad de realización en el día a día de un centro educativo, por lo que se optó por un diseño A-B con un solo grupo, que puede aportar una información de utilidad en el contexto en que se lleva a cabo.

4

Adicción al cannabis

4.1. El consumo de cannabis

4.1.1. Frecuencia de consumo

El cannabis es la droga ilegal más consumida en España y en los países occidentales en general. Nuestro país se encuentra entre las naciones europeas con mayor prevalencia anual y entre los cinco países, junto a Francia, Reino Unido, República Checa e Italia, con mayor prevalencia anual de consumo entre adolescentes en edad escolar. Las tasas de prevalencia más altas se encuentran en población joven. Según la última *Encuesta estatal sobre el uso de drogas en Enseñanzas Secundarias*, el 26 % de los escolares entre 14 y 18 años había consumido cannabis durante el último año (Observatorio Español sobre la Droga y las Toxicomanías, 2014). Los chicos presentan un consumo algo mayor que las chicas. El consumo aumenta con la edad, llegando a una tasa del 38 % a los 18 años. La edad media de inicio al consumo de cannabis es de 14,9 años. Entre los escolares, la percepción de riesgo por el consumo de cannabis es la más baja de todas las drogas ilegales, e incluso menor que el consumo habitual (una cajetilla diaria) de tabaco.

La evolución del consumo de cannabis por parte de los escolares españoles había ido en descenso en los últimos años, pero los últimos datos indican que esa tendencia ha variado y se ha dado un repunte en el consumo.

4.1.2. Aspectos particulares sobre el consumo de cannabis

El uso de cannabis, generalmente, hace alusión al consumo de cualquier derivado de la planta *Cannabis sativa*. Las formas de presentación más comunes son el hachís y la marihuana, que son utilizados desde el III milenio a. C. por sus propiedades psicoactivas. El componente principal es el tetrahidrocannabinol (THC). La planta del cannabis contiene también otros muchos cannabinoides y compuestos que pueden producir efectos aditivos o antagonistas de los del THC, cuya concentración puede ser muy variable. Esto puede hacer que dosis aparentemente similares produzcan efectos de diferente intensidad.

Los principales efectos deseados por el consumidor de cannabis son de relajación y potenciación del humor. Es característica, también, la aparición de risa fácil y locuacidad. Entre los efectos no deseados del cannabis destacan los que afectan al sistema respiratorio, como la broncodilatación, y al sistema cardiovascular, que se ve afectado con taquicardia y, a dosis elevadas, con bradicardia. También pueden darse sensaciones de vértigo y desmayos debido a la disminución de la presión sanguínea. Se ve afectado el aparato digestivo, con posibilidad de aparición de diarrea, hipotermia, sequedad de boca, sed y aumento del apetito.

La forma de consumo más habitual del cannabis es fumado, aunque también puede ingerirse por vía oral, generalmente mezclado con alimentos. Recientemente se han desarrollado dispositivos en los que el cannabis es vaporizado, proceso que implica el calentamiento del material vegetal para liberar los cannabinoides psicoactivos de manera similar al tabaco.

4.1.3. *¿Factores de riesgo específicos?*

A la hora de explicar el inicio del consumo parece que los factores de riesgo son los mismos en el caso del cannabis que para otras sustancias. Obviamente, se añaden aquí algunas características relacionadas con los efectos psicoactivos que suele buscar el consumidor y con aspectos culturales y legislativos que afectan de algún modo al inicio y mantenimiento del consumo.

La percepción social sobre el cannabis, que va asociado a un consumo recreativo inocuo e incluso terapéutico, influye en la consideración del riesgo que los adolescentes pueden tener ante un eventual consumo y a su predisposición de consumos futuros. También otros factores como la disponibilidad, la estimación normativa o la creencia respecto a lo normalizado que está el consumo entre sus iguales afecta a la decisión y consecuente conducta de consumo. A pesar de las consecuencias negativas en la salud y especialmente en el caso de los jóvenes consumidores, está muy extendida la idea de que el cannabis es una droga inocua y la tolerancia social hacia su consumo ha ido progresivamente en aumento.

Cuadro 4.1. *Factores asociados al caso del cannabis*

– Consumo de cannabis por parte de los amigos e iguales
– Creencias erróneas sobre la inocuidad del cannabis
– Actitud positiva hacia el consumo de cannabis
– Atracción por la subcultura del cannabis
– Uso de otras drogas legales (tabaco y alcohol)

4.2. Psicopatología de la adicción al cannabis

4.2.1. Criterios diagnósticos

El concepto de las adicciones como un continuo implica que un consumo ocasional de cannabis puede evolucionar hacia un consumo perjudicial o abuso y a la aparición propiamente de un trastorno por dependencia. Se estima que entre el 7 % y 10 % de los que han probado el cannabis tienen riesgo de desarrollar un trastorno de dependencia. El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5) (APA, 2013) incluye entre los criterios diagnósticos para el trastorno por consumo de cannabis: que exista un patrón problemático de consumo de cannabis que conlleve un deterioro o malestar clínicamente significativos, manifestando por lo menos dos de los siguientes síntomas, que ocurren dentro de un período de 12 meses:

1. Se consume cannabis a menudo en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que se pretendía.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de cannabis.
3. Se invierte una gran cantidad de tiempo para obtener o consumir cannabis, o para recuperarse de sus efectos.
4. Existe *craving*, o un fuerte deseo o impulso de consumir cannabis.
5. El consumo de cannabis ocasiona incumplimientos en las obligaciones laborales, escolares o familiares.
6. Se mantiene el consumo de cannabis a pesar de tener problemas interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos del cannabis.
7. Se abandonan o reducen actividades sociales, laborales o recreativas importantes por el consumo de cannabis.
8. Se consume cannabis de manera recurrente en situaciones en las que es peligroso.
9. Se mantiene el consumo de cannabis a pesar de tener conciencia de que existen problemas físicos o psicológicos causados o exacerbados por el cannabis.
10. Aparece tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes síntomas:
 - a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de cannabis para conseguir la intoxicación o efecto deseado.
 - b) Marcada disminución del efecto con el uso continuado de la misma cantidad de cannabis.
11. Síndrome de abstinencia, definido por:
 - a) El síndrome de abstinencia característico para el cannabis.
 - b) El cannabis o sustancias similares se consumen para aliviar el síndrome de abstinencia.

Una novedad de la versión más reciente del DSM es la consideración del síndrome

de abstinencia por cannabis cuando se interrumpe bruscamente el consumo diario (o casi diario). Los síntomas incluyen irritabilidad, ira o agresividad, nerviosismo o ansiedad, depresión, inquietud, dificultad para dormir y disminución del apetito o pérdida de peso. Aunque típicamente no es tan grave como en el caso del alcohol o los opiáceos, el síndrome de abstinencia de cannabis puede causar significativa angustia y contribuir a la dificultad de dejar de fumar o la recaída entre los que tratan de abstenerse.

4.2.2. Efectos negativos derivados del consumo de cannabis

a) Intoxicación aguda

Los conocidos como “malos viajes” presentan una fase confusional caracterizada por desorientación que puede ir acompañada por alucinaciones visuales y auditivas, y alteración de la percepción. Son también frecuentes las reacciones de ansiedad y pánico, ideas paranoides y síntomas de despersonalización. Por lo general, se trata de síntomas que desaparecen por sí solos a medida que el THC se elimina del organismo. La sintomatología de la intoxicación aguda por cannabis es variable según la dosis y contenido de principios activos. Otros factores predisponentes son los relacionados con la personalidad del consumidor y las expectativas previas sobre los efectos.

b) Trastornos de ansiedad

Se encuentran cifras elevadas de síntomas y trastornos de ansiedad en consumidores de cannabis. La intoxicación y abstinencia de la sustancia están relacionadas con la presencia de síntomas de ansiedad que se asemejan al trastorno de ansiedad generalizada y al trastorno de pánico. Estos síndromes mejoran tras unos días, aunque a veces pueden persistir síntomas durante meses. Se ha observado que el consumo puede desencadenar una crisis de pánico en personas vulnerables. Las crisis de pánico se presentan, por lo común, durante la intoxicación, aunque también pueden darse durante la abstinencia tras un consumo prolongado y elevado.

El trastorno de ansiedad social se considera un factor de riesgo para el consumo y la dependencia de cannabis, ya que la desinhibición provocada por esta sustancia es empleada por los sujetos con ansiedad social para reducir el miedo, facilitando la exposición a situaciones sociales.

c) Trastornos del estado de ánimo

El inicio temprano y el consumo regular de cannabis se ha visto relacionado con la aparición posterior de depresión. Personas con un bajo estado de ánimo pueden utilizar el cannabis como automedicación con el fin de mejorar su sociabilidad, aunque hay escasa evidencia de que los sujetos con depresión presenten un riesgo elevado de consumir cannabis posteriormente. Cuando existe un patrón de consumo continuado en personas

con depresión se puede complicar el problema al aumentar las dificultades atencionales, el enlentecimiento psicomotor y el deterioro laboral y social.

Cuadro 4.2. Criterios diagnósticos para intoxicación por cannabis (DSM-5)

-
1. Consumo reciente de cannabis.
 2. Cambios psicológicos o de comportamiento problemáticos clínicamente significativos (por ejemplo, problemas de coordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de tiempo lento, deterioro del juicio, retraimiento social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cannabis.
 3. Dos (o más) de los siguientes signos o síntomas en vías de desarrollo dentro de las dos horas tras haber consumido cannabis:
 - a) Inyección conjuntival
 - b) Aumento del apetito
 - c) Sequedad en la boca
 - d) Taquicardia
 4. Los signos y síntomas no son atribuibles a otra condición médica y no se explican mejor por otros trastornos, incluyendo la intoxicación con otras sustancias.
-

El uso crónico de cannabis se ha asociado con un estado conocido como síndrome amotivacional. Se caracteriza por apatía, desinterés, pérdida de motivación, empobrecimiento afectivo e incapacidad para desarrollar planes futuros. Con frecuencia, conlleva déficits en el funcionamiento escolar o laboral y cambios en la conducta. La sintomatología suele desaparecer tras la abstinencia prolongada (Ramstrom, 2004).

d) Trastornos psicóticos

Se ha observado que el consumo de cannabis puede causar episodios psicóticos agudos. Suelen ser episodios de corta duración, si bien pueden persistir incluso si se interrumpe el consumo de la sustancia. Estudios neurobiológicos sobre los efectos del cannabis en el sistema nervioso central sugieren claramente que esta sustancia afecta al sistema dopaminérgico, el cual tiene un papel clave en el desarrollo de los síntomas psicóticos.

Diversos estudios sugieren que el factor con el que el cannabis puede combinarse para ejercer la influencia causal es la vulnerabilidad genética del individuo para la psicosis. El consumo de cannabis puede aumentar en 2-3 veces el riesgo de aparición de psicosis a lo largo de la vida, siendo mayor el riesgo si el consumo se inicia durante la adolescencia y a mayor cantidad y frecuencia.

e) Otras consecuencias

Además de las señaladas, actualmente hay numerosas evidencias sobre los efectos del cannabis en el deterioro cognitivo cuando existe un patrón de consumo habitual. También se ha de señalar el riesgo de adicción a partir de pautas ocasionales de

consumo. En la etapa adolescente estos efectos son especialmente peligrosos al estar el sistema nervioso central aún en desarrollo. El consumo de cannabis se asocia, además, a un peor rendimiento escolar. En la última encuesta escolar sobre drogas del Plan Nacional sobre Drogas se comprobó que el porcentaje de buenas calificaciones académicas era mayor entre escolares no consumidores (41 %) frente a los consumidores (26 %) (OED, 2014).

4.3. Evaluación de la adicción al cannabis

En la evaluación del abuso/adicción al cannabis se habrá de atender a los aspectos generales en cualquier caso de adicción, siendo necesaria información acerca de los factores antecedentes al consumo que actúen como desencadenantes del mismo y los parámetros de la conducta de consumo (frecuencia, intensidad). Otras variables a evaluar, ya que pueden ser útiles para el tratamiento, son el nivel de motivación y la afectación en áreas clínicas (principalmente, estado de ánimo y ansiedad).

Los objetivos que en casos de consumo/abuso/adicción al cannabis se persiguen en la evaluación son:

1. Determinar la intensidad (frecuencia, dosis, vía de consumo, cantidad neta de sustancia) de consumo de cannabis.
2. Concretar el diagnóstico clínico del grado de uso, adicción y problemas asociados al consumo de cannabis.
3. Identificar los factores desencadenantes (actuales) del consumo de cannabis: contextuales (lugar, hora, actividad), sociales (personas con las que se consume o que ofrecen consumir) y personales (estados anímicos como aburrimiento, ansiedad, tristeza, ira).
4. Identificar factores mantenedores del consumo específicos del caso (condicionamiento operante por los efectos reforzantes placenteros de la sustancia y por el escape/evitación de estados de malestar, condicionamiento clásico por la asociación con ciertos estímulos, etc.).
5. Valoración de otras áreas personales y sociales afectadas (estado de ánimo, ansiedad, estado de salud física, calidad de vida, etc.), de recursos personales (estrategias adecuadas de afrontamiento de problemas y de estados emocionales negativos) y de recursos sociales (amigos no consumidores, apoyo familiar).

Existen dos instrumentos validados con población adolescente española para la evaluación de los problemas derivados del consumo de cannabis:

- El *Test de Cribado de Abuso de Cannabis* (Cannabis Abuse Screening Test, CAST) (Legley, Karila, Beck y Reinaud, 2007, adaptación española de

Klempova et al., 2009). Se trata de un cuestionario formado por seis ítems que se centra en las dificultades para controlar el consumo de cannabis y en las consecuencias negativas sobre la salud y las relaciones sociales. Tiene un formato de respuesta graduado de 1 a 5, con un rango total de puntuaciones entre 6 y 30 puntos. Presenta una buena fiabilidad (alfa de Cronbach = 0,72).

Cuadro 4.3. *Ítems del CAST*

¿Con qué frecuencia te ha ocurrido algo de lo que se describe a continuación en los últimos 12 meses?	
– ¿Has fumado cannabis antes del mediodía?	1 2 3 4 5
– ¿Has fumado cannabis estando solo/a?	1 2 3 4 5
– ¿Has tenido problemas de memoria al fumar cannabis?	1 2 3 4 5
– ¿Te han dicho los amigos o miembros de tu familia que deberías reducir el consumo de cannabis?	1 2 3 4 5
– ¿Has intentado reducir o dejar de consumir cannabis sin conseguirlo?	1 2 3 4 5
– ¿Has tenido problemas debido a tu consumo de cannabis (disputas, peleas, accidentes, mal resultado escolar, etc.)? ¿Cuáles?:	
.....	
.....	
.....	1 2 3 4 5

- El *Cuestionario de Problemas por Cannabis* (Adolescent Cannabis Problems Questionnaire, CPQ-A) (Copeland et al., 2005, adaptación española de Fernández-Artamendi et al., 2012) evalúa los problemas más frecuentemente asociados al consumo de cannabis en jóvenes. Está compuesto por 27 ítems que en la versión original se agrupan en tres dimensiones correspondientes con distintas consecuencias por el consumo: a) consecuencias psicológicas y financieras, b) consecuencias físicas, y c) consecuencias negativas agudas. El CPQ-A puede ser utilizado para la evaluación clínica y, también, como instrumento de *screening*, y presenta una alta fiabilidad con adolescentes españoles (alfa = 0,86) (Fernández-Artamendi, Fernández-Hermida, García-Cueto et al., 2012). Se ha desarrollado también una versión breve con 12 ítems igualmente validada con adolescentes españoles (Fernández-Artamendi, Fernández-Hermida, Muñiz et al., 2012) con una consistencia interna de 0,70.

Cuadro 4.4. *Cuestionario de problemas asociados al cannabis para adolescentes (CPQ-A) (Fernández-Artamendi et al., 2012)*

A continuación, figuran una serie de problemas que a menudo experimentan las personas que consumen cannabis. Por favor, lee atentamente cada pregunta e indica si en los últimos tres meses has experimentado alguna de estas situaciones. Para ello, responde con un Sí o un No a cada una de ellas, señalando la respuesta correcta mediante un círculo o una X en la columna correspondiente.

Sí No

En los últimos tres meses...

1. ¿Has fumado cannabis con más frecuencia que antes estando solo?
2. ¿Te ha preocupado estar con gente que no conoces cuando estabas “colocado”?
3. ¿Has pasado más tiempo con amigos que fuman cannabis que con otros amigos?
4. ¿Te han criticado tus amigos por fumar cannabis en exceso?
5. ¿Has contraído alguna deuda por consumir cannabis?
6. ¿Has empeñado alguna de tus pertenencias para comprar cannabis?
7. ¿Has tenido que poner excusas sobre tu gasto de dinero?
8. ¿Te ha preocupado la cantidad de dinero que has estado gastando en cannabis?
9. ¿Te han pillado mintiendo sobre el dinero que gastas?
10. ¿Has tenido problemas con la policía debido a tu consumo de cannabis?
11. ¿Te has encontrado físicamente mal tras haber fumado cannabis?
12. ¿Te has desmayado alguna vez después de haber fumado cannabis?
13. ¿Has sentido dolor en el pecho o en los pulmones tras haber estado fumando cannabis?
14. ¿Has tenido bronquitis o tos persistente?
15. ¿Te has sentido paranoico o antisocial tras haber estado fumando cannabis?
16. ¿Has perdido peso sin habértelo propuesto?
17. ¿Te has descuidado físicamente?
18. ¿Te has sentido deprimido durante más de una semana?
19. ¿Te has sentido tan deprimido como para pensar en suicidarte?
20. ¿Has dejado de hacer alguna actividad de la que antes disfrutabas por tu consumo de cannabis?
21. ¿Te has sentido con menos energía de lo habitual?
22. ¿Te ha resultado difícil disfrutar como siempre de tus aficiones habituales?
23. ¿Tu salud general ha estado peor de lo habitual?
24. ¿Te ha preocupado perder el contacto con amigos o familiares?
25. ¿Te ha preocupado la falta de motivación para hacer cosas?
26. ¿Te ha resultado más difícil de lo habitual concentrarte?
27. ¿Has estado preocupado por sentimientos de aislamiento o de desapego?

4.4. Prevención del consumo de cannabis

La prevención del consumo de cannabis no debería plantearse de manera aislada a la del consumo de otras drogas (Amengual, 2000), ya que los factores de riesgo son prácticamente los mismos para las distintas sustancias. Por ello, las pautas preventivas en la familia son aplicables para el caso de reducir el consumo de cannabis en los hijos adolescentes. En ocasiones, los programas preventivos se centran en alguna sustancia con el fin de poder dedicar más información sobre una droga emergente o sobre la que existe un patrón de consumo en alza.

El programa de prevención “xkpts.com”, cuya traducción sería algo así como “¿para qué los porros?”, fue desarrollado por la Agencia de Salud Pública de Barcelona. Se

dirige a adolescentes entre 14 y 16 años y persigue aumentar el conocimiento sobre los efectos y consecuencias del consumo de cannabis, y reducir su consumo. Se basa en el modelo teórico que explica el consumo como el resultado de la intención para llevar a cabo la conducta en un futuro, las actitudes o expectativas favorables, las influencias sociales (modelos, presión social y norma percibida) y la autoeficacia. Es un programa compuesto por cuatro sesiones que incluyen 16 actividades. Los encargados de su aplicación son los profesores de cada clase con la ayuda de un manual de apoyo. En cada sesión hay actividades principales, cuya aplicación se considera necesaria por centrarse en aspectos nucleares del programa, y actividades opcionales. Las sesiones se aplican durante seis a diez horas de clase y, además, los padres reciben una guía para casa con materiales para charlar sobre el tema con sus hijos.

Este programa ha sido objeto de evaluaciones de proceso que demuestran su adecuado desarrollo y de estudios controlados que confirman su eficacia preventiva reduciendo un 29 % la tasa de consumidores de cannabis en el último mes (Ariza et al., 2013).

Cuadro 4.5. *Contenidos del programa de prevención [xkpts.com](http://www.xkpts.com)*

<i>Sesión</i>	<i>Contenido</i>	<i>Técnicas</i>
1	– Concepto de drogodependencia – Toma de decisiones	– Presentaciones – Debate – Fichas de trabajo
2	– Situaciones de consumo de cannabis – Influencia social – Información sobre cannabis – Recomendación para que los padres hablen con sus hijos sobre cannabis – Información sobre cannabis (continuación DVD) – Historias del consumo de cannabis	– DVD “xkpts.com” – Cannabis: Hablemos en casa (guía para las familias) – Web: http://www.xkpts.com
3	– Cómo afrontar la oferta de cannabis. Aprender a rechazarla	– Entrenamiento en habilidades – Role playing
4	– Consecuencias del abuso de sustancias	– Debate – Hojas de trabajo

4.5. Tratamiento del consumo de cannabis

4.5.1. Componentes generales del tratamiento

El tratamiento de los consumidores de cannabis abarca, en primer lugar, el abordaje propiamente del hábito de consumo y, en segundo lugar, la sintomatología de tipo orgánica consecuencia del consumo, entre los que se incluyen síntomas psicóticos, reacciones adversas agudas o el síndrome de abstinencia por cannabinoides. Por último, existen habitualmente otros problemas psicológicos asociados, bien de forma simultánea que han podido agravarse por el consumo, como la sintomatología ansiosa y depresiva, o que son consecuencia directa, como los problemas de relación familiar y académicos en adolescentes.

Los primeros suelen basarse en las mismas técnicas de deshabitación usadas para otras sustancias como el tabaco. El segundo grupo se basa generalmente en el tratamiento psicofarmacológico, mediante antipsicóticos y antidepresivos tricíclicos. Las reacciones adversas por intoxicación aguda, conocidas como “malos viajes”, suelen tener naturaleza ansiosa y tratarse mediante dosis bajas de tranquilizantes y el método de la charla relajada para reducir la ansiedad. El conjunto de problemas asociados se aborda atendiendo al papel que juega el consumo de cannabis que, además de su uso recreativo, con frecuencia es empleado como conducta de evitación/escape y como estrategia inadecuada para el afrontamiento del malestar.

La terapia de cesación anticannábica viene marcada por los siguientes obstáculos (Solé-Puig, 2000): el carácter reforzante del cannabis, que actúa como un reforzador primario, y del grupo social, que supone un reforzador secundario; el hecho de que quien consume cannabis no suele tener la necesidad de dejarlo, salvo que experimente algunos efectos adversos, y que muchos que deciden abandonar el consumo lo hacen por sus propios medios. Es por esto que la terapia de deshabitación al cannabis necesita incorporar contenidos educativos y de motivación al tratamiento. Otra peculiaridad en el tratamiento de consumidores adolescentes es que el terapeuta no debiera verse identificado con los padres.

1. *Fase de desintoxicación:* Durante las dos o tres primeras semanas se recomienda un tratamiento médico ambulatorio diario, que puede realizarse a través de las Unidades de Conductas Adictivas existentes en cada ciudad. Se aconseja tomar muestras de orina para la detección de THC, que tiene el objetivo de controlar posibles consumos y, sobre todo, motivar a la abstinencia.
2. *Fase de deshabitación:* La intervención se realiza a nivel individual, grupal y familiar, y en cada una de ellas se trabajan las siguientes técnicas:
 - Control estimular: se mantienen las mediciones mediante analítica de los niveles de THC como medida de control.
 - Psicoeducación: al adolescente usuario de cannabis se le proporciona información cualificada sobre los efectos reales a corto y largo plazo del consumo.
 - Incentivos y contratos de contingencias.

- Estrategias de afrontamiento del malestar por el síndrome de abstinencia.
- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento: manejo de la ansiedad, resolución de problemas, control de la ira, habilidades sociales, etc.

4.5.2. Programa de refuerzo comunitario para adolescentes

Algunos programas de tratamiento estructurado con población adolescente han mostrado su eficacia para el cese del consumo de cannabis. Entre ellos destaca el Programa de Reforzamiento Comunitario para el abuso o dependencia del cannabis en adolescentes (Adolescent Community Reinforcement Approach, ACRA) (Godley et al., 2001).

Su planteamiento teórico de base es que las contingencias (reforzadores) ambientales que pueden obtenerse sin consumir son más recompensantes que la conducta de consumo. Se integra, por tanto, un modelo de condicionamiento operante con el entrenamiento en habilidades, con el fin de enseñar a los adolescentes formas nuevas de afrontar situaciones de la vida sin consumir drogas. El tratamiento se centra en que el adolescente compruebe que el consumo es incompatible con otros reforzadores a corto o largo plazo (una buena relación con sus padres, tener éxito académico, etc.).

El programa ACRA se compone de diez sesiones individuales con el adolescente, cuatro sesiones con los padres (de las cuales dos son con ellos solamente y dos con el hijo/a) y tiene una duración de 12 a 14 semanas. El protocolo incluye tres componentes nucleares. El primero es el análisis funcional que persigue identificar los estímulos antecedentes y las consecuencias del consumo. En segundo lugar, se utiliza una escala para valorar la satisfacción del adolescente en distintas áreas vitales, que se completa periódicamente. El tercer componente supone planificar un plan de tratamiento basado en la información del análisis funcional y de la escala de satisfacción. Se incluyen también otras técnicas como identificar y reforzar conductas prosociales que compitan con el consumo, y el entrenamiento en habilidades relacionadas con la prevención de recaídas y la resolución de problemas. Las sesiones con los padres se dedican a presentarles la lógica del programa ACRA, revisar las habilidades parentales que pueden ayudar a sus hijos a no consumir, mejorar la comunicación positiva en la familia y enseñarles estrategias para la solución de problemas.

Este tratamiento se deriva del programa CRA desarrollado inicialmente para adultos con problemas de adicción, que cuenta con abundantes evidencias de su eficacia. Para su adaptación con población joven se añadieron las sesiones con padres, se adaptó la escala de felicidad incluyendo áreas vitales adecuadas para adolescentes y se incluyeron ejemplos más adecuados para adolescentes en el manual de tratamiento.

4.5.3. Programa de motivación y terapia cognitivo-conductual

Los doctores Sampl y Kadden (2001) desarrollaron el programa Motivational

Enhancement Therapy - Cognitive Behavioral Therapy (MET/CBT) basado en el modelo de los estadios del cambio que incluye cinco etapas: precontemplación (escasa decisión de dejar de consumir); contemplación (planteándose dejarlo); determinación (tomando la decisión de dejarlo); acción (dando los pasos para hacerlo), y mantenimiento. Incluye técnicas de entrevista motivacional y estrategias cognitivo conductuales dirigidas principalmente a enseñar habilidades para manejar situaciones de riesgo.

Cuadro 4.6. *Componentes del tratamiento MET/CBT*

<i>Componente motivacional</i>	– Se utiliza la escucha empática y se reflexiona con el adolescente en lugar de confrontarle. – Se hacen notar las discrepancias entre los objetivos vitales que dice tener el adolescente y los efectos negativos del cannabis. – El terapeuta utiliza la técnica “rodando las resistencias” que implica responder a los comentarios de resistencia verbal con empatía en lugar de confrontando. – Se refuerza la autoeficacia del adolescente (principalmente su confianza en la capacidad para dejar de consumir cannabis) identificando otros éxitos anteriores, su capacidad ante otros problemas de la vida y elogiando los progresos actuales hacia el cambio.
<i>Componente cognitivo-conductual</i>	– Se proporcionan habilidades alternativas para afrontar situaciones difíciles. – Modelado conductual. – Ensayo de conducta. – Exposición a la ansiedad social.

El programa se compone de cinco sesiones en total, dos sesiones del componente de mejora de la motivación (MET, por sus siglas en inglés) y tres sesiones de terapia cognitiva conductual (CBT). Otra versión más extensa del programa ocupa doce sesiones, y se denomina “CBT12” para diferenciarla de la modalidad de cinco sesiones (CBT5). Para su aplicación con adolescentes, además del uso de materiales atractivos y ejercicios prácticos para captar su atención, las técnicas motivacionales se centran en las ventajas inmediatas, como el gasto por consumir, más que en mejorar su calidad de vida futura. El registro de conducta se centra a su vez en problemas importantes para los adolescentes. El formato de grupo utilizado en el componente cognitivo-conductual es adecuado para adolescentes frente a la aplicación individual porque la influencia de los iguales puede ayudar a reforzar los objetivos del tratamiento.

Cuadro 4.7. *Programa MET/CBT5*

<i>MET</i>	Sesión 1	– Establecimiento de la relación terapéutica. – Explicación sobre las expectativas del tratamiento. – Evaluación y elaboración de un registro personalizado para el adolescente. – Comparación de media de consumo del paciente con datos nacionales.
	Sesión 2	– Revisión de progresos. – Establecimiento de objetivos personales sobre dejar el cannabis. – Análisis funcional del consumo de cannabis. – Identificación de desencadenantes (pensamientos, sentimientos y conductas). – Análisis de las consecuencias del consumo.
<i>CBT</i>	Sesión 3	Sesiones grupales – Habilidades para rechazo de la oferta (compra o consumo).
	Sesión 4	– Mejora del apoyo social. – Reducción de asociación con amigos consumidores.
	Sesión 5	– Preparación para situaciones de riesgo no previstas. – Afrontamiento de posibles recaídas.

4.5.4. *Red de Apoyo Familiar*

El programa Family Support Network (FSN) (Hamilton et al., 2001) fue diseñado como un complemento al programa MET/CBT12, con la pretensión de complementar la intervención individual y grupal con la intervención familiar. Se basa en la idea de que la retención y la mejoría del adolescente es mayor si la familia está implicada en el proceso de tratamiento. Además, la terapia familiar en casa y el componente de educación familiar dirigidos al consumo del adolescente pueden ayudar a dejar el consumo y reducir las recaídas. En este programa se considera el consumo de sustancias como un problema con muchas facetas que deben ser abordadas también desde la familia. Los objetivos del programa son:

- implicar a la familia en el proceso de abandono del consumo,
- mejorar la comunicación familiar y la calidad de las relaciones,
- mejorar las habilidades de manejo de los padres,

- d) aumentar el compromiso del adolescente y de sus padres en el proceso terapéutico.

Se desarrollan seis sesiones de una hora seguidas de un breve debate. Durante el tiempo en que las familias no tienen sesiones de grupo se programan cuatro visitas a domicilio, de hora y media cada una. El contenido de las sesiones se organiza del siguiente modo:

- Primera sesión: Se debate sobre el desarrollo normal y desadaptado del adolescente y se describe cómo los padres pueden influir en esta trayectoria. Se enseña a los padres cómo equilibrar las necesidades de conexión familiar y de autonomía.
- Segunda sesión: Se aborda el consumo de sustancias en la adolescencia y el proceso de adicción. Se discute cómo la presión familiar y de los amigos contribuye a esos problemas. Se anima a los padres a implicarse en el proceso terapéutico y a dar apoyo para el abandono del consumo.
- Tercera sesión: Se tratan las señales de una recaída y de la recuperación, resaltando el papel de los padres para detectar y prevenir recaídas.
- Cuarta sesión: Se discute sobre el funcionamiento familiar y cómo establecer vínculos adecuados, al tiempo que se mantiene disciplina y autoridad parental.
- Quinta sesión: Se aborda el papel de la organización familiar y, en particular, de las pautas de comunicación y resolución de conflictos.
- Sexta sesión: Se da información sobre los principios del funcionamiento familiar, por ejemplo, cómo los roles rígidos contribuyen al conflicto en la familia.

Las visitas domiciliarias sirven para que el terapeuta evalúe el contexto familiar y anime a los familiares a participar en las sesiones de grupos de familias. Se utilizan también para reforzar los progresos del tratamiento y fortalecer la alianza terapéutica. El seguimiento incluye conversaciones telefónicas semanales.

4.6. Un caso clínico de adicción a cannabis

4.6.1. Historia del problema

Julia es una adolescente de 17 años que acude a la Clínica Universitaria de la Universidad Miguel Hernández acompañada por sus padres. En casa conviven ellos tres y un hermano pequeño que tiene 11 años. Sus padres son profesionales liberales con un nivel socioeconómico medio-alto. Tras haber repetido curso dos veces, actualmente Julia acude en horario nocturno al instituto para terminar 4.º de la ESO.

Los padres relatan en la primera entrevista que Julia presenta varios problemas, además del bajo rendimiento académico. Saben que fuma porros y que se ha visto

implicada en peleas callejeras. En dos ocasiones tuvo que ser atendida en urgencias y fue identificada por la policía. Ella justifica esto último por su afición al boxeo y explica que estas peleas fueron para defenderse de otra pandilla que había iniciado la agresión. Reconoce tener bajones anímicos, estar desmotivada y agobiada, faltar a clase con frecuencia y, aunque no tiene claro para qué, teme no ser capaz de terminar sus estudios básicos. Ha experimentado varias crisis de ansiedad recientes y en casa tiene frecuentes explosiones de ira.

4.6.2. Evaluación y análisis funcional

La evaluación del caso se llevó a cabo mediante entrevistas a la paciente y a sus padres, registros de conducta y cuestionarios. Las conductas problema que fueron identificadas y seleccionadas para el tratamiento fueron:

- Abuso de cannabis, con una frecuencia de consumo de 4 porros al día.
- Bajo estado de ánimo.
- Alta ansiedad.
- Conductas agresivas en el hogar.
- Absentismo y bajo rendimiento académico.

El análisis funcional del caso derivó en la siguiente hipótesis explicativa de los problemas de Julia. Existían dos problemas centrales, uno de ellos de tipo emocional (bajo estado de ánimo y ansiedad elevada), y otro adictivo, que era el consumo continuado de cannabis (4-5 porros diarios), que influía negativamente en el primero intensificando la sintomatología ansioso-depresiva. El bajo estado de ánimo estaba muy relacionado con la desmotivación de Julia, que a su vez influía negativamente en la inasistencia a clase (el 50 % aproximadamente). La ansiedad alta causaba irritabilidad, que le hacía tener más disputas en casa y de mayor intensidad (diariamente, intensidad promedio de 8), empeorando sus relaciones familiares lo que repercutía a su vez en su estado anímico. Como variables antecedentes se identificaron estados de apatía e inactividad, así como determinados momentos del día y personas de la pandilla que desencadenaban el consumo de cannabis. La desorganización horaria y de realización de actividades repercutía en su estrés por no verse capaz de realizar las tareas, seguir las materias del curso ni capacitarse para un trabajo, lo que empeoraba su estado de ánimo y provocaba su inasistencia a clase. Aparecían sensaciones de cansancio, abulia, e hipersomnia, que estaban relacionadas con el consumo.

Julia había aprendido a controlar su elevada activación fisiológica (sensación de nudo en el estómago, nerviosismo) y, en general, a reducir el malestar mediante respuestas de escape-evitación, como dejar de asistir a clase, no estudiar, permanecer en casa, abandonar sus rutinas cotidianas y consumir cannabis, conductas que eran reforzadas negativamente y, por lo tanto, se mantenían.

4.6.3. *Intervención terapéutica*

Se plantearon los siguientes objetivos terapéuticos:

1. Reducir los episodios de bajo estado anímico y alta ansiedad.
2. Eliminar el consumo de cannabis y planificar un cambio de grupo social de referencia.
3. Reorganizar los hábitos diarios de sueño, estudio, asistencia a clase y ocio.
4. Mejorar la tasa de asistencia a clase, rendimiento académico y adaptación escolar general.
5. Reducir las conductas agresivas en el hogar y con iguales.

Para alcanzar estos objetivos, se diseñó un plan de tratamiento que incluyó conseguir el abandono del consumo de cannabis como primer paso para estabilizar el estado de ánimo, reducir la desmotivación y regularizar las pautas de descanso y actividad. Paralelamente, se le enseñaron a Julia estrategias para el control emocional ante situaciones que anteriormente generaban reacciones agresivas, depresivas o de activación. Por último, se llevó a cabo una reorganización de hábitos de alimentación, actividad física, tiempo de estudio, clases de apoyo escolar y ampliación de nuevas relaciones sociales. El tratamiento tuvo lugar durante 15 sesiones que se organizaron de la siguiente forma:

1. *Psicoeducación y motivación al cambio.* Le expusimos a Julia la hipótesis sobre su problema, diferenciando las distintas situaciones-problema detectadas, la relación entre ellas y la hipótesis de mantenimiento del problema. A continuación, discutimos con ella sobre la hipótesis de cambio o de tratamiento que, de forma consensuada, definimos como una situación mantenida por una inadecuada/inexistente planificación de objetivos y horarios, que daba lugar a un bajo cumplimiento de compromisos/tareas, lo cual causaba ansiedad y mayor acumulación de tareas (escolares, domésticas) causando disputas familiares y afectando a su estado de ánimo, junto al hecho de observar sus pocos progresos académicos y vitales. El papel del consumo de cannabis se destaca como un factor determinante que altera sus rutinas, sus pautas de sueño, desestabilizando su estado anímico y motivacional, y que funcionaba como un escape de la situación, lo que impedía que pusiera en funcionamiento cambios para mejorar. Por ello, se llegó al acuerdo de que el abandono del cannabis sería la primera conducta meta.
2. *Reducción/eliminación del consumo de cannabis.* La eliminación del hábito de consumo se realizó en base a los siguientes pasos: a) toma de decisión sobre el consumo y análisis de ventajas/inconvenientes de consumir cannabis, y b) cambio/ampliación del grupo de amigos habituales. Se decidió con Julia que el

abandono sería “de golpe” y se le preparó para utilizar estrategias de control emocional ante estímulos negativos relacionados con la ausencia del tóxico y el control sobre situaciones y estímulos de riesgo.

3. *Entrenamiento en habilidades de autocontrol y afrontamiento.* Para el manejo de la activación fisiológica excesiva se entrenó a Julia en técnicas de control de la ansiedad (respiración y relajación mediante imágenes e instrucciones). Se le enseñaron los principios de la terapia cognitiva para identificar pensamientos irracionales que generaban reacciones de ira en las confrontaciones con sus padres.
4. *Planificación del tiempo.* En el problema de Julia, la inadecuada planificación del tiempo causaba que no encontrara el momento de hacer sus tareas académicas y que sintiera cansancio durante el día por haber dormido poco y haber trasnochado. Esto provocaba la sensación de haber perdido el tiempo, estrés y, finalmente, incumplimiento de gran parte de tareas. Se instauró progresivamente un plan de actividades diarias donde se regularizaban las horas de sueño y comidas, incluyendo actividades obligatorias (ayuda en tareas domésticas, estudios, clases), físicas (actividad deportiva) y sociales (implicación en nuevas aficiones con posibilidad de nuevas relaciones). Para el establecimiento del plan de actividades se siguió un procedimiento similar al de la activación conductual, mediante tareas de activación simple graduadas según su potencial reforzante y coste conductual.

Se le dio especial importancia a la planificación de la reincorporación a la actividad escolar y al aprendizaje de hábitos de estudio adecuados.

5. *Entrenamiento en habilidades.* A partir de la información recabada mediante los autorregistros, se seleccionaron situaciones sociales que entrañaban dificultad y se entrenó a la paciente en la adquisición y mantenimiento de habilidades sociales específicas. En un segundo momento, se le expuso de forma progresiva a actividades sociales ya planificadas y ensayadas. Se dedicó un tiempo aparte a trabajar las habilidades de rechazo de la oferta de consumo.
6. *Mantenimiento y generalización.* Para este fin se identificaron futuras situaciones de riesgo, tanto de posibles recaídas en el consumo como de otros altibajos anímicos o de ansiedad, o episodios de agresividad. Entre ellas, se trabajó su afrontamiento de situaciones de conflicto con sus padres o un mal resultado escolar. A Julia le preocupaba especialmente el momento en que debía tomar la decisión sobre su futuro una vez acabada la ESO, lo que se pospuso hasta que llegara el momento clave de decisión en el que se utilizó el método de solución de problemas. Se planeó con Julia cómo actuar ante una situación de recaída en el consumo, indicando cómo interpretar adecuadamente la recaída e identificando los factores que la pudieran explicar. Por último, se le pidió que realizara un ensayo escrito donde reflejara su proceso de mejora antes y después del tratamiento.

4.6.4. Resultados

Todo el proceso de intervención se estableció en función de una jerarquía de problemas y una secuenciación de las estrategias de aprendizaje dirigidas a la modificación de las conductas clave. Así, el control de la ansiedad ante las demandas del medio facilitó el control del consumo de cannabis que, junto al incremento de las actividades reforzantes, influyó disminuyendo las respuestas de depresión y de ira, y mejoró el funcionamiento escolar y social.

Al finalizar la intervención se habían alcanzado la mayoría de objetivos terapéuticos. El consumo de cannabis se había eliminado y no se habían producido recaídas durante dos meses. El promedio de estado de ánimo había mejorado notablemente desde el inicio del tratamiento. La tasa de asistencia a clase era del 100 % y en cuanto al rendimiento escolar había pasado de suspender ocho asignaturas a quedarle solamente dos. La reducción del consumo incidió sobre los problemas derivados de la propia adicción (abulia, agitación, respuestas airadas, etc.).

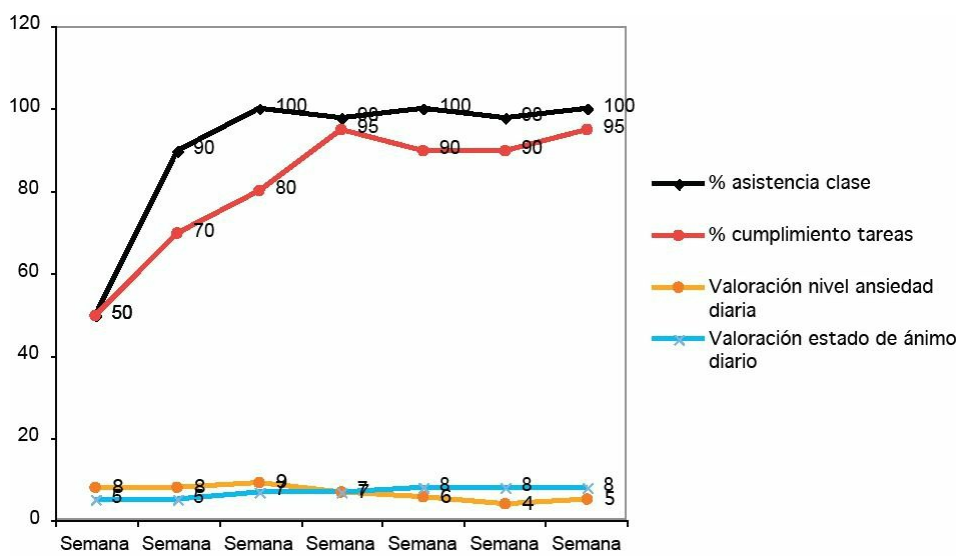


Figura 4.1. Evolución a lo largo del tratamiento de distintas variables dependientes.

Las puntuaciones en el cuestionario CPQ-A eran todas de cero exceptuando el ítem que valoraba la capacidad de concentración, aspecto en el que según Julia todavía notaba cierta dificultad.

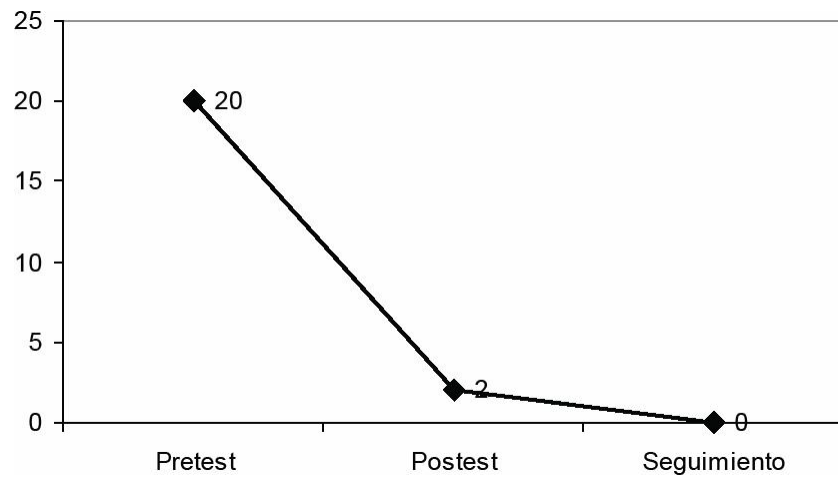


Figura 4.2. Puntuaciones en el *Cuestionario de Adicción al Cannabis para Adolescentes* (CPQ-A) en distintos momentos de la intervención.

Respecto a los resultados obtenidos en las sesiones de seguimiento (mensuales hasta seis meses después), si bien la paciente informó de algún episodio negativo aislado, en ningún caso pareció significativo. Julia había conseguido el graduado en la ESO tras lo cual había decidido iniciar un trabajo temporalmente mientras pensaba si en el futuro continuaba su formación. Al finalizar el tratamiento había consolidado relaciones con nuevos amigos y aumentado sus intereses personales.

5

Adicciones tecnológicas

5.1. Abuso y adicción a Internet

5.1.1. El uso de Internet

El uso de Internet ha ido generalizándose hasta llegar a ser prácticamente universal en el contexto de los países desarrollados. En España, casi el 70 % de los hogares dispone de conexión a Internet, lo que en términos absolutos supone más de once millones de viviendas que tienen acceso a Internet (INE, 2013). Es evidente que Internet ha generado grandes mejoras en el acceso a la información y ha influido notablemente en los hábitos en distintos ámbitos (relaciones sociales, aspectos laborales, ocio, etc.). El uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) por los menores, de 10 a 15 años, en España está generalizado. El uso de ordenador es prácticamente universal (95,2 %), así como el uso de Internet (91,8 %).

Cuadro 5.1. *Equipamiento en las viviendas españolas de productos de tecnologías de información y comunicación*

<i>Tipo de dispositivo</i>	<i>% de viviendas</i>
Lector de libros electrónicos	14,4
Tablet	16,3
Vídeo	39,8
Reproductor MP3 y MP4	43,5
DVD	70,3
Ordenador (cualquier tipo)	73,4
Teléfono fijo	78,0
Teléfono móvil	96,1
Televisión	99,4

Fuente: Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares (TIC-H). Instituto Nacional de Estadística (2013)

En cuanto a la participación en redes sociales, el 64,1 % de los usuarios de Internet participa en redes sociales de carácter general (Facebook, Twitter o Tuenti), con un perfil

de usuario o enviando mensajes u otras aportaciones. Los más participativos son los escolares (94,8 %) y los jóvenes de 16 a 24 años (94,5 %).

5.1.2. *¿Por qué puede ser adictivo Internet?*

La relación de una herramienta tan útil como Internet con el ser humano puede dar lugar a conductas de abuso y/o adicción por la combinación de elementos propios del medio y del sujeto. Internet es un contexto donde se mantienen relaciones sociales, se accede a información, a juegos en línea, por lo que reúne características que lo convierten en un medio muy atractivo. Además, ofrece rapidez de acceso y una inmensa variedad de información, anonimato y alta disponibilidad. Por otro lado, los adolescentes presentan características que los pueden hacer más vulnerables a la conducta adictiva relacionada con Internet, como un mayor nivel de búsqueda de sensaciones, necesidad de aprobación por parte de iguales o déficits en las relaciones interpersonales, entre otros.

Cuadro 5.2. *Características de Internet que influyen en su capacidad adictiva*

<i>Características del formato</i>	– Intensidad: posibilidad de estar conectado con todos. – Estimulación: existe una cantidad ingente de contenido, en continua actualización. – Anonimato. – Intimidad. – Interactividad.
<i>Características de la accesibilidad</i>	– Disponibilidad 24 horas al día, todos los días, en dispositivos fijos y móviles.
<i>Característica como actividad reforzante</i>	– Refuerzo instantáneo. – Aceptación social. – Acceso a contenido/relaciones sexuales.
<i>Características de sus efectos</i>	– Distorsión del tiempo. – Reforzador primario e inmediato.

5.1.3. *¿Cómo se define la adicción a Internet?*

No existe consenso en la comunidad científica a la hora de utilizar el término de “adicción a Internet”, pese a que comparte características de otras adicciones psicológicas como la pérdida de control, síndrome de abstinencia, interferencia en otras

actividades y fuerte dependencia psicológica. Se han utilizado otros términos como “uso problemático de internet” (Aboujaoude, Koran y Serpe, 2006), o “uso compulsivo de Internet” (Greenfield, 1999). Los manuales diagnósticos de los trastornos mentales no incluyen como una categoría particular la adicción a Internet ni a otras tecnologías. El “trastorno de adicción a Internet” fue propuesto por Goldberg (1995), basándose en los criterios de abuso de sustancias del DSM. Estos síntomas incluyen:

- a) Tolerancia: progresivamente se precisa mayor tiempo de conexión para obtener el placer que inicialmente se conseguía con menor dedicación.
- b) Síndrome de abstinencia: se experimenta malestar al dejar de estar conectado o cuando pasa tiempo sin utilizar Internet.
- c) Se emplea más tiempo en Internet del que se había previsto.
- d) Deseo por dejar de utilizar Internet, con imposibilidad de hacerlo.
- e) Dedicación de tiempo excesivo para actividades relacionadas con Internet.
- f) Se dejan de lado otras actividades para poder utilizar Internet, tanto académicas (preparar exámenes), sociales (quedar con amigos) o lúdicas (practicar otras aficiones).
- g) Se continúa usando Internet del mismo modo pese a saber que está siendo perjudicial, por ejemplo, para los estudios.

Los criterios más empleados para distinguir los tipos de adicción a Internet son los propuestos por Young (2000), que diferencia los siguientes tipos de abuso de Internet:

- Relaciones mediante chats: tanto los generales como los de tipo temático suponen una fuente importante de apoyo, aceptación y sentimiento de pertenencia. Se tratan de relaciones que pueden trascender o no a la presencia física. Si hace unos años resultaba llamativo haber conocido a alguien por Internet, actualmente es algo muy normalizado.
- Juego *online*: incluye el componente lúdico, por la práctica del juego, y social, por la oportunidad de conocer e interactuar con otros.
- Sobrecarga de información: referida a la conducta de tipo compulsivo dirigida a la búsqueda, organización, clasificación de información o de material accesible en Internet.
- Adicción al cibersexo: facilitada por el acceso a ingente cantidad de material pornográfico de todo tipo.

En realidad, cualquier aplicación de Internet podría ser objeto de un comportamiento abusivo, si bien en las anteriores se encuentran descritas las más habituales. A esta tipología podría añadirse otra muy presente en población adolescente y es la adicción a redes sociales.

Todos estos subtipos tienen en común la proporción y/o acceso a estimulación

gratificante, novedosa, social, y el factor del anonimato tras el cual, adolescentes con problemas de timidez, aunque no sea este el único perfil, puedan interactuar sin dificultad.

En un estudio con casi un millar de adolescentes, Estévez et al. (2011) encontraron que el 20 % tenía perfil de riesgo y el 3,7 % se clasificaba como uso problemático, según el test de adicción de McOrman. La evaluación mediante el cuestionario de Young era aún mayor, ya que el 42 % se clasificaba como usuario de riesgo y el 3,3 % como problemáticos. Según este mismo estudio no aparecen diferencias en función del sexo, aunque se observa que los chicos utilizan más los juegos *online* y las chicas el chat.

5.1.4. *Evaluación del abuso y adicción a Internet*

El tipo de información a recabar y los métodos para hacerlo están en función de los objetivos de la evaluación, generalmente dirigida, o bien al diagnóstico previo al tratamiento psicológico, o a la epidemiología y detección de casos de riesgo.

Para fines terapéuticos, los programas de tratamiento estandarizados suelen incluir un protocolo de evaluación para que el clínico pueda establecer el análisis funcional del caso y planificar el tratamiento. Las principales variables a explorar incluyen aspectos de los antecedentes, es decir, cuáles son las situaciones externas o internas que suelen darse antes de la conexión a Internet (por ejemplo, situaciones físicas como estar solo, horas del día como la noche, estados emocionales como el aburrimiento, etc.). La información relacionada con el sujeto incluye características que pueden ser moderadoras y que, por lo general, coinciden con los factores de riesgo para la adicción. Por ejemplo, factores de personalidad como la alta necesidad de experimentar sensaciones, o déficits de conducta como la dificultad para establecer relaciones sociales presenciales. En cuanto a los parámetros de comportamiento a evaluar deberían conocerse a fondo el tipo de aplicación de Internet al que se conecta el adolescente; duración de la conexión; frecuencia (por ejemplo, de consultas de correo electrónico); número de mensajes enviados, etc. El análisis funcional se completaría con los efectos que se presentan tras la conducta-problema. En este caso, algunas posibles consecuencias que actúan como reforzadores negativos son: la evitación y/o escape del aburrimiento o de tareas tediosas; la obtención de reforzadores positivos como el placer y/o excitación por un juego *online* o por la visita a páginas de contenido pornográfico; o bien por la interacción social y el reconocimiento de sus iguales, la excitación por la búsqueda de sensaciones nuevas al chatear con desconocidos o establecer relaciones sentimentales vía *online*.

Recogemos aquí los principales cuestionarios empleados para la valoración del grado de abuso y/o adicción a Internet.

- *Test de Adicción a Internet de Young*. Es el cuestionario más utilizado y traducido a más idiomas. Incluye 20 ítems que valoran el grado de preocupación, el uso compulsivo, las alteraciones de conducta, cambios

emocionales y el impacto en las relaciones sociales. Se interpretan las puntuaciones entre 0 y 39 como usuario no problemático, de 40 a 69 usuario en situación de riesgo y a partir de 70 como adicto a Internet.

- *Test de adicción a Internet de McOrman*. Incluye 9 ítems que diferencian tres niveles de usuario según la puntuación obtenida. Hasta 3 puntos se considera ausencia de problemas, entre 4 y 6 puntos se clasifica como de riesgo y a partir de una puntuación de 7 se considera un uso problemático.

Cuadro 5.3. *Test de adicción a Internet de McOrman (1996)*

– ¿Dedicas más tiempo del que crees que deberías a estar conectado a la red con objetivos distintos a los de tu trabajo?	Sí ☐	No ☐
– ¿Piensas que te sentirías mal si redujeras el tiempo que pasas en Internet?	Sí ☐	No ☐
– ¿Se han quejado tus familiares de las horas que dedicas a Internet?	Sí ☐	No ☐
– ¿Te cuesta permanecer alejado de la red varios días seguidos?	Sí ☐	No ☐
– ¿Se resienten tus relaciones por estar conectado a la red?	Sí ☐	No ☐
– ¿Existen contenidos o servicios de la red a los que te cuesta resistirte?	Sí ☐	No ☐
– ¿Tienes problemas para controlar el impulso de conectarte a la red?	Sí ☐	No ☐
– ¿Has intentado, sin éxito, reducir su uso?	Sí ☐	No ☐
– ¿Obtienes gran parte de tu bienestar por estar conectado a la red?	Sí ☐	No ☐

- *Cuestionario de dependencia de Internet y redes sociales* (Chóliz y Marco, 2012). Se trata de un cuestionario creado para población española. El instrumento se compone de 23 ítems, que evalúan tres factores: *abuso*, entendido como el uso de Internet excesivo; *obsesión y perturbación*, definidas como la ideación continua acerca de Internet y actividades relacionadas, y *abstinencia y pérdida de control*, definidas como el malestar experimentado al no usar Internet.
- El *Cuestionario de Detección de nuevas Adicciones* (DENA) (Labrador, Villandangos y Becoña, 2008). Evalúa en seis apartados la frecuencia de uso de nuevas tecnologías en general y los problemas percibidos por su uso. Las secciones 4 a la 6 se dedican cada una a un medio o dispositivo: Internet, teléfono móvil, videojuego y televisión.

5.1.5. Prevención del abuso de Internet

Para la prevención de situaciones de abuso de Internet los programas se centran en educar en el uso de las nuevas tecnologías de forma responsable y sin riesgos. La intervención con los propios adolescentes se centra en educar sobre el concepto de adicción conductual y conducta de abuso, destacando las desventajas de un uso abusivo en términos de afectación a otras áreas vitales y del malestar generado por la dependencia. La prevención de problemas de adicción a Internet requiere la implicación de los padres por su función de fomentar factores protectores y detectar situaciones de riesgo. El objetivo con los progenitores se centra, igualmente, en conocer el concepto de adicción conductual y los criterios para determinar una situación como de comportamiento de riesgo, abuso o adicción. Se les transmiten conocimientos y estrategias para educar desde el primer momento en un uso razonable de las TIC, incluyendo actuar como modelos adecuados y supervisar y dosificar la actividad de sus hijos en Internet. Para ello, tienen a su alcance procedimientos principalmente de control estimular que pueden manipular (niveles, condiciones, momentos y duración del acceso al ordenador y otros dispositivos).

<i>Cuadro 5.4. Propuesta de contenidos para un programa educativo sobre Internet.</i>		
<i>Adolescentes</i>	Sesión 1	– Ventajas y desventajas de las nuevas tecnologías. – Uso y abuso de las nuevas tecnologías. Dónde está el límite. – Señales para detectar un uso abusivo.
	Sesión 2	– Concepto de adicción comportamental. – Criterios de dependencia: tolerancia, dependencia, consecuencias del abuso. – Autoevaluación del uso de Internet.
	Sesión 3	– Pautas para un buen uso de Internet.
	Sesión 4	– Prevención del ciberacoso. Consejos y pautas a seguir. Actuación ante situaciones de acoso.
<i>Padres</i>	Sesión 1	– Las nuevas tecnologías. Señales para detectar un uso abusivo. Concepto de adicción comportamental. – Pautas para un buen uso de Internet.
	Sesión 2	– Establecimiento de normas y límites.
	Sesión 3	– Cómo negociar con su hijo/a.
	Sesión 4	– Cómo detectar señales de abuso.

La promoción de un buen uso de Internet pasa, por tanto, por los estamentos educativos y especialmente por la familia. Entendemos un uso razonable el que se hace de Internet como una herramienta al servicio del acceso a la información, las relaciones

sociales, el ocio y tantas otras aplicaciones que progresivamente aparecerán basadas en la red, sin que llegue, por otro lado, a exceder en tiempo de tal forma que genere adicción ni perjudique otras áreas saludables del sujeto en contextos naturales. Estas son algunas recomendaciones básicas para fomentar un uso de Internet adecuado:

- Establecer un tiempo de uso. Dependiendo de la edad del adolescente, es conveniente acordar en casa un tiempo límite diario para el uso de Internet.
- Negociar unas condiciones de uso, asociando su uso lúdico como recompensa tras el trabajo realizado (tiempo de estudio, tareas en casa).
- Utilizar elementos de control parental. Existen opciones en los navegadores y *software* específico para registrar las páginas visitadas, bloquear el acceso a contenidos no aptos para cada edad y limitar el tiempo de conexión.
- Estar atentos al uso de riesgo y plantear abstinencia de aplicaciones cuando se observe un interés desproporcionado o un tiempo excesivo de uso.
- Participar y compartir. Se recomienda que los padres inicien a sus hijos en aplicaciones útiles y divertidas. Tomar parte jugando con ellos es una forma de interaccionar similar a la realización de otras actividades.
- Fomentar otras áreas de desarrollo que pueden ser factores de riesgo para el abuso de Internet, en particular, la socialización, el fomento de actividad física, las aficiones amplias y variadas.

5.1.6. *Tratamiento de la adicción a Internet*

Siguiendo las recomendaciones de Greenfield (2013), un paso inicial ha de ser determinar si el abuso de Internet es el problema primario, entendiendo que se trata de una adicción puramente a la red, o secundario, cuando Internet es el medio por el que se realiza el comportamiento adictivo, por ejemplo, el juego de azar *online*, el cibersexo o las compras. Deben evaluarse y abordar en el tratamiento otras áreas clínicas, como los problemas de estado de ánimo, ansiedad, problemas sociales, etc.

Un programa de intervención del abuso de Internet debe abarcar las siguientes etapas, con los correspondientes objetivos y técnicas terapéuticas:

- 1.^a Fase: Evaluación: donde se examina si se cumplen los criterios para definir la situación como de riesgo o abuso, se identifican la intensidad y otros parámetros de la conducta problemática, y se analizan las variables funcionales (antecedentes, variables del sujeto y consecuencias).
- 2.^a Fase: Elaboración de un análisis funcional: con la información recabada en la fase anterior se establece una hipótesis sobre la adquisición y el mantenimiento del problema.
- 3.^a Fase: Psicoeducación: informar a los padres y a los adolescentes sobre las conductas saludables.

- 4.^a Fase: Intervención propiamente dicha: dirigida a las conductas problemáticas detectadas en la evaluación. Con el objetivo de modificar el grado de uso de Internet las técnicas más habituales son:
 - Técnicas motivacionales: incluyen examinar el nivel de motivación inicial y fomentar la toma de decisión de cambio. El objetivo es que el adolescente valore las ganancias por la reducción del uso de Internet, establezca un compromiso y se proponga su cumplimiento. Las técnicas para ello son los balances decisionales y los contratos conductuales.
 - Control de estímulos: empleado principalmente para lograr el objetivo de la deshabitación. Implica realizar cambios como eliminar el acceso temporalmente a los dispositivos con Internet (ordenador, móvil, tablets), desinstalar los programas de más uso (mensajería, exploradores, redes sociales), o darse de baja temporalmente de los servicios de Internet.
 - Técnicas cognitivas: pretenden modificar las ideas irracionales respecto al uso de Internet que estén presentes de forma continua como creencia estable en el adolescente (por ejemplo: “no puedo vivir desconectado”), o bien pensamientos irracionales en forma de distorsión cognitiva (“si no contesto mis mensajes enseguida van a pensar mal de mí”). Para reestructurar estos pensamientos se emplea el procedimiento general de la terapia cognitiva, que incluye los siguientes pasos:
 1. Identificar el pensamiento irracional.
 2. Someter el pensamiento a discusión racional bajo los criterios de objetividad (evidencias a favor/en contra), forma e intensidad (posible tono extremista o dogmático de la afirmación), y utilidad (aportación del pensamiento al propio bienestar).
 3. Decisión sobre el carácter irracional del pensamiento y sustitución/modificación del pensamiento por otro más racional.
- 5.^a Fase: Mantenimiento y prevención de recaídas: se aplican los mismos principios que en otros tipos de adicción, que incluyen: a) identificar futuras situaciones de riesgo; b) diferenciar desliz y recaída; c) interpretación adecuada de un desliz; d) actuación ante un desliz/recaída, y e) utilización de la experiencia para nuevos aprendizajes.

Cuadro 5.5. *Propuesta de tratamiento psicológico para la adicción a Internet en adolescentes*

	<i>Objetivo</i>	<i>Técnicas</i>
Fase 1	Evaluación	– Entrevistas (al sujeto y padres) – Cuestionarios
Fase 2	Motivación al cambio	– Balances decisionales – Contratos conductuales – Establecimiento de objetivos
Fase 3	Intervención	– Control estimular – Planificación del tiempo – Técnicas cognitivas
Fase 4	Mantenimiento y prevención de recaídas	– Apertura áreas de interés – Ensayo escrito – Identificación de situaciones de riesgo – Pautas para el afrontamiento de recaídas

5.2. Abuso y adicción al teléfono móvil

5.2.1. Definición y prevalencia

Según la *Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación del Instituto Nacional de Estadística* (2013) el 63 % de los menores dispone de teléfono móvil, con un acceso al mismo que se incrementa notablemente a partir de los diez años hasta alcanzar el 90 % en la población de 15 años (INE, 2013). La disponibilidad de teléfono móvil en las niñas supera en más de ocho puntos a la de los niños. Según esta misma encuesta, el 70 % de los usuarios de Internet en los últimos tres meses declaran haber utilizado algún tipo de dispositivo móvil para acceder a Internet fuera de la vivienda habitual o centro de trabajo en ese periodo. El dispositivo más utilizado es el teléfono móvil, que es mencionado por el 63 % de los usuarios de Internet.

Por su parte, Labrador, Requesens y Helguera (2011) señalan que más del 90 % de jóvenes utiliza todos los días el teléfono móvil. En el sondeo sobre la juventud española (CIS, 2007) se comprobó que el 96,1 % de los jóvenes entre 15 y 29 años poseía teléfono móvil. El uso más frecuente es el envío de mensajes SMS (32 %) y las llamadas a amigos (28 %).

El teléfono móvil es uno de los dispositivos electrónicos más extendidos entre la población joven y que ha podido causar mayor impacto. Supone una forma inmediata y rápida de comunicarse y fomenta las relaciones interpersonales a través de diferentes medios, como llamadas, mensajes de texto, videoconferencias, wasaps, conexiones a redes sociales, etc. (Labrador y Villadangos, 2010).

Se considera una plataforma potencialmente multiadictiva en la medida que ofrece una gama inagotable de fuentes de reforzamiento. Además, puede resultar un importante soporte para actividades de ocio si se utiliza la cámara, las aplicaciones de los juegos, música, etc. Todo esto fomenta una autonomía e independencia en los jóvenes, además de un sentido de identidad y prestigio respecto a las demás personas. Por tanto, el teléfono móvil llega a convertirse en un factor muy importante en el proceso de socialización para los jóvenes.

Entre las características cualitativas que presenta el teléfono móvil (particularmente los teléfonos inteligentes o *smartphones*) y que lo convierten en un dispositivo atractivo, sobre todo para la población juvenil, se encuentran (Martínez et al., 2009): a) su carácter personal como extensión de la vida social; b) su vinculación con la conformación de la identidad, tanto por la estética del dispositivo como por el uso que se le otorgue, y c) su condición socializadora y su influencia en la redistribución del tiempo y el espacio en las interacciones sociales. Además de estos, existen otros factores relacionados con la exclusividad, la intimidad, la privacidad o la seguridad (Inkinen, 2008). A estas características hay que añadir otras de tipo cuantitativo que lo convierten en una tecnología altamente extendida entre los jóvenes, como la fácil accesibilidad, posibilidad de envío y recepción de mensajes cortos, multifuncionalidad, libertad de movimientos, ocio, etc. (Ferrás et al., 2012). Se ha asociado el uso del móvil, en función de las motivaciones subyacentes, a seis categorías de conducta: adictiva, compulsiva, habitual, dependiente, obligatoria (impuesta por los usos sociales) y voluntaria (Hooper y Zhou, 2007).

La adicción por el uso excesivo del teléfono móvil se define como la incapacidad para controlar o interrumpir su uso bloqueando las llamadas o la cuota, desconectando el sonido o apagando el dispositivo (Sánchez-Carbonell et al., 2008).

El 82 % de las personas con teléfono móvil afirma tenerlo conectado permanentemente. En un estudio se detectó que un 5 % de jóvenes de entre 19 y 25 años presentaban adicción al móvil (Beranuy, Sánchez, Graner, Castellana, y Chamarro, 2006). En población adolescente se ha encontrado que un 38 % presenta síntomas de dependencia al móvil (Protégeles, 2005), con mayor prevalencia en las mujeres. En la revisión llevada a cabo por Pedrero et al. (2012), se encuentra una prevalencia estimada de adicción al móvil que llega hasta el 38 %.

Entre los efectos negativos del uso inapropiado del teléfono móvil se encuentra el gasto excesivo, riesgos en la conducción, efectos secundarios en la salud, como los derivados del sueño, y problemas en el ámbito laboral, social, familiar y escolar (Muñoz-Rivas y Agustin, 2005). Se han investigado otros efectos perjudiciales relacionados con las distintas formas de acoso vía móvil (Turan, Polat, Karapirli, Uysal, y Turan, 2011) y un aumento de riesgo de accidentes laborales y de tráfico, vinculados a la interferencia sensorial durante su uso (Backer-Grondahl y Sagberg, 2011).

Entre las variables asociadas al abuso del móvil, se ha encontrado relación con bajos niveles de autoestima, bajo la hipótesis de que las personas pueden utilizar el móvil para evitar los contactos cara a cara y expresarse con más facilidad en la comunicación

mediada (Pedrero, Rodríguez, y Ruiz, 2012). Asimismo, el uso intensivo del teléfono móvil se asocia al consumo excesivo de alcohol, fumar tabaco, depresión y fracaso académico (Sánchez-Martínez y Otero, 2009), y a ansiedad e insomnio (Jenaro, Flores, Gómez-Vela, González-Gil y Caballo, 2007).

Billieux, Van der Linden y Rochat (2008) encontraron que el número de llamadas diarias mostraba correlación con las subdimensiones de impaciencia e irreflexividad; la duración de las llamadas lo hacía con impaciencia, irreflexividad e inconstancia; y el número de mensajes de texto con impaciencia. Se observó también una correlación significativa entre la sintomatología ansiosa y depresiva, y el número de mensajes cortos enviados diariamente. Únicamente la impaciencia mostró capacidad predictiva sobre los síntomas de dependencia del móvil.

En un estudio de Leung (2007), las personas que podían ser consideradas adictas al móvil mostraban puntuaciones elevadas en aburrimiento en el ocio y búsqueda de sensaciones. Takao, Takahashi, y Kitamura (2009) hallaron en un estudio con muestra universitaria que el uso problemático del móvil era más probable en personas con una elevada tendencia a explorar señales externas de aprobación como guía de la propia conducta y susceptibilidad a la presión de grupo.

En cuanto a las variables psicopatológicas, Zulkefly y Baharudin (2009) encontraron que mucho tiempo con el móvil se relacionaba con la experimentación de trastornos psicopatológicos. Por ello, antes de que pueda producirse un abuso o un uso inadecuado, o que llegue a convertirse en una dependencia, es conveniente una educación para el uso racional de las TIC, y en particular del teléfono móvil, la detección precoz de casos de riesgo y el abordaje temprano cuando se dan indicios de abuso o adicción.

Los jóvenes presentan un alto grado de vulnerabilidad, ya que se trata de un colectivo más expuesto a influencias sociales y porque las tecnologías están muy presentes en sus vidas. Asimismo, son los que presentan mayor sensibilidad a realizar usos abusivos, ya sea por las condiciones en las que viven (fuera del hogar), las responsabilidades de la vida diaria, el escaso control que tienen sobre el dinero y/o la necesidad de contactar con los amigos (Sánchez-Carbonell et al., 2008). La adicción al móvil puede suponer el acceso a otras adicciones relacionadas, como la adicción al cibersexo, la adicción a Internet o el juego *online*, entre otras (INTECO, 2011). La intervención temprana evitará que el joven desarrolle un aislamiento progresivo del mundo real, presente fuertes oscilaciones del estado de ánimo y trastornos del sueño, pérdida de intereses y disminución del rendimiento académico o laboral por problemas de atención y concentración (Echeburúa y Corral, 2010).

Hasta el momento se han realizado diversos estudios para conocer las características y prevalencia del problema. El uso abusivo del teléfono móvil está dando lugar a situaciones de dependencia entre algunos jóvenes, habiéndose producido casos en el entorno español que han requerido una atención profesionalizada. Muchos jóvenes desarrollan intranquilidad e incluso ansiedad cuando se ven obligados a prescindir de su teléfono móvil. Algunas de las alteraciones que los expertos relacionan con la dependencia del móvil son los problemas de concentración para determinadas tareas;

dificultades para escribir correctamente como consecuencia del abuso de los mensajes cortos; problemas de atención o los comportamientos que impiden el desarrollo de habilidades sociales (como el mantenimiento de una conversación cara a cara): tendencia al aislamiento y agresividad, y sentimientos de inseguridad. Echeburúa y Corral (2010) establecen que un uso adecuado del móvil es adecuado y positivo; el problema puede aparecer cuando se dejan de realizar actividades cotidianas o interfiere en la vida normal de las personas. Asimismo, afirman que el abuso puede provocar aislamiento y ansiedad, afectando a la autoestima y, por tanto, el individuo pierde la capacidad de control. Según estudios realizados con jóvenes, pueden llegar a priorizar la comunicación mediada por el móvil alterando sus relaciones sociales y llegando a no saber manejarse en las relaciones cara a cara (Bianchi y Phillips, 2005). Se observan conductas desadaptativas alrededor del uso del móvil que modifican la vida diaria de los jóvenes y son indicadores de riesgo. Según Gándara y Álvarez (2004), el riesgo llega cuando no son capaces de desprenderse de su móvil, incluso en situaciones técnicamente dificultosas, y comprueban rápidamente la batería o la cobertura. Además, no se caracterizan tanto por la necesidad de llamar, sino por sentirse receptores constantes de llamadas.

Las intervenciones desarrolladas hasta el momento para el tratamiento de la adicción al teléfono móvil se basan en el tratamiento psicológico en el contexto clínico, por lo que la persona afectada debe acudir a terapia para solucionar su problema.

5.2.2. Evaluación

- *Escala de Uso Problemático del Teléfono Móvil* (Mobile Phone Problem Usage Scale, MPPUS) (Bianchi y Phillips, 2005). Esta escala es la más utilizada internacionalmente para evaluar el uso problemático del móvil. Consta de 27 ítems que evalúan tolerancia, escape de otros problemas, abstinencia, *craving* y consecuencias negativas de tipo social, familiar, laboral y económico. Su estructura es unidimensional y cuenta con una fiabilidad alta (alfa = 0,93). Ha sido validada con población adolescente española mostrando ser un instrumento adecuado (López-Fernández, Honrubia-Serrano y Freixa-Blanxart, 2012).
- *Cuestionario de Uso problemático del Teléfono Móvil* (Problematic Mobile Phone Use Questionnaire, PMPUQ) (Billieux, Van der Linden y Rochat, 2008). Incluye 30 ítems que se agrupan en cuatro dimensiones: uso peligroso, uso prohibido, dependencia y problemas económicos relacionados con el uso del teléfono. La fiabilidad (alfa de Cronbach) varía entre 0,65 y 0,85 según la subescala.
- *Cuestionario de Dependencia del Teléfono Móvil* (Cellular Phone Dependence Questionnaire, CPDQ) (Toda et al., 2004). Consta de 20 ítems en una escala de 0 a 3. El rango de puntuaciones sería de 0 a 60. La puntuación media establecida por los autores para considerar un problema de dependencia es de 33,2 (DT = 8,7). Su validez con estudiantes de secundaria ha sido también

puesta a prueba (Kawasaki et al., 2006).

- *Cuestionario de uso problemático del servicio de mensajes cortos* (SMS Problem USE Diagnostic Questionnaire, SMS-PUDQ) (Rutland, Sheets y Young, 2007). Contiene ocho ítems que evalúan dos factores: uso patológico (cuatro ítems) y uso problemático (cuatro ítems). La fiabilidad de la prueba es adecuada (0,84 y 0,87 para cada subescala).
- *Cuestionario de Experiencias Relacionadas con el Móvil* (CERM) (Beranuy, Chamarro, Graner y Carbonell, 2009). Es un instrumento validado con población adolescente española. Compuesto por diez ítems con una escala de respuesta de 1 a 4, y un rango de puntuaciones de 10 a 40, donde mayores puntuaciones significan un mayor abuso del teléfono móvil. Evalúa dos factores: conflictos relacionados con el abuso del móvil y problemas debidos al uso emocional y comunicacional.

5.2.3. Programas de prevención

Existe todavía muy poca experiencia sobre técnicas y programas para la prevención del abuso o adicción al teléfono móvil tanto en población adulta como adolescente. Las medidas recomendadas para reducir futuros casos de adicción pasan por la educación en casa sobre el correcto uso del móvil y por establecer normas sobre el mismo. Algunas pautas que los expertos recomiendan a los padres son:

- Retrasar todo lo posible la edad en la que el hijo/a posea un teléfono móvil.
- Limitar un máximo mensual de gasto y servicios, y progresivamente implicar al hijo/a en sufragar los costes.
- Limitar los lugares y tiempos de uso, y promover momentos del día sin móvil: por ejemplo, durante el horario de estudio, en clase, etc.
- Estar atentos a los indicios de un uso abusivo: exceso de tiempo usándolo, irritabilidad cuando no lo tiene accesible, interrupción de otras actividades, preeminencia de las relaciones por móvil en detrimento de las relaciones personales, etc.
- Animar a que el ocio del hijo/a sea variado y con múltiples focos de interés.

5.2.4. Tratamiento de la adicción al teléfono móvil

Los objetivos terapéuticos en los casos de abuso o adicción al móvil se dirigen a un uso controlado o moderado, aprendiendo a mantener la conducta dentro de unos parámetros no perjudiciales. Aunque existen escasos estudios de evaluación de tratamiento de adicción a móvil, las fases y estrategias terapéuticas son (Muñoz, Fernández, y Gámez, 2013):

- Fase de motivación: El objetivo es tomar conciencia del problema y la necesidad de modificar su comportamiento. Para ello, se ofrece información sobre las consecuencias del abuso del móvil, como el gasto económico, el malestar por la abstinencia y dependencia, o el deterioro de otras áreas vitales (familiar, escolar, y social). Durante esta fase se recomienda evitar la exposición a los estímulos relacionados con el móvil.
- Fase de intervención: En una segunda etapa se realiza una exposición progresiva a los estímulos relacionados con el móvil. Se trabaja en la identificación de situaciones que favorezcan el descontrol del uso. Se suelen establecer medidas de control que limiten el acceso al móvil: limitar el uso a una duración total diaria, a unas horas específicas o a un tipo de llamadas determinadas.

Algunas técnicas complementarias recomendadas para su posible aplicación en esta fase con el fin de contrarrestar los efectos de la ansiedad y/o malestar emocional son: el entrenamiento en relajación, la reestructuración cognitiva o el entrenamiento en solución de problemas.

- Fase de mantenimiento y prevención de recaídas: Se persigue que el adolescente no retorne a una pauta de uso del móvil excesivo. Se dedica tiempo en la sesión para identificar posibles situaciones de riesgo, tanto de carácter interno (por ejemplo, aburrimiento unido a la accesibilidad al móvil), mantener el registro del tiempo dedicado, número de llamadas o de consultas al móvil, mantener la limitación de gasto mensual, etc.

5.3. Abuso y adicción a los videojuegos

5.3.1. Definición y prevalencia

Desde las primeras videoconsolas lanzadas al mercado en los años setenta por la compañía Atari hasta la actualidad, la diversidad y sofisticación de los videojuegos ha sido enorme. Al referirnos a videojuegos estamos incluyendo juegos en, al menos, tres tipos de formato: juegos de ordenador, videoconsolas y juegos en dispositivos móviles. A su vez, entre las modalidades de juegos podemos distinguir los de un solo jugador y los juegos en red, especialmente los conocidos como juegos de rol multijugadores *online*. El tipo de juego ha evolucionado tanto que el antiguo concepto de jugar una partida apenas existe ya, salvo en algunas modalidades muy reducidas, lo que favorece un tiempo de juego mayor y sin que el momento de finalización esté establecido.

Los niños españoles comienzan a usar videojuegos como media a los 11 años. El 66 % de chicos y el 41 % de chicas juega a diario con videojuegos. Un 25 % de chicos y un 12 % de chicas lo hace entre una y tres horas, y algo más de un 7 % lo hace durante más de tres horas diarias (Oliva et al., 2012). En Estados Unidos se calcula que el 90 % de jóvenes juega a videojuegos y que más de cinco millones podrían ser adictos.

Aunque el uso de videojuegos y de Internet tiene aspectos comunes, el juego *online* es solo una modalidad muy extendida, del mismo modo que el juego de azar *online* y los videojuegos (*online* o no) también son actividades diferenciadas.

Como en las demás adicciones conductuales, determinar el uso excesivo, abuso o adicción a los videojuegos se basa en criterios de otros trastornos adictivos, que se resumen en dependencia, impulso por jugar, malestar por no poder hacerlo (síndrome de abstinencia) y afectación a otras áreas vitales.

Una característica particular del abuso de videojuegos es que los jugadores suelen establecer relaciones de apego con los otros jugadores *online* (conocidos o extraños). Algunos juegos requieren un considerable número de personas jugando simultáneamente para poder realizar las misiones propias del juego. Por esto, el jugador puede sentirse comprometido hacia los otros jugadores, lo que favorece una mayor implicación en el juego y continuar conectado.

Algunas características de los videojuegos pueden hacer difícil determinar si existe propiamente un comportamiento adictivo. El impulso por jugar puede estar muchas veces en el límite de la atracción o excitación por experimentar los aspectos lúdicos del juego. Coloquialmente se emplea en sentido positivo la expresión de que un juego es adictivo cuando es muy atrayente y “engancha” al jugador. En cuanto al tiempo de juego, no existe un periodo válido para todos los sujetos, pudiendo variar según el tipo de juego o la edad del jugador. Dependiendo del tipo de juego, se estima un tiempo entre los 15 y 90 minutos como el que puede ser suficiente para la mayoría de usuarios de juegos de acción, mientras que en juegos de tipo simulador puede extenderse durante horas sin que suponga una conducta problemática (Estallo, 2013).

No existe acuerdo en la definición de este trastorno que establezca claramente cuándo puede considerarse una adicción o comportamiento desadaptativo, entre otros motivos por la heterogeneidad de jugadores de videojuegos y por la ausencia de otras características psicológicas que están presentes solo en parte de los jugadores problemáticos (Tejeiro et al., 2012). Nuestra recomendación, al margen del diagnóstico clínico, es atender a criterios de interferencia con otras actividades, problemas de relación familiar y otros efectos negativos detectados (por los padres). Algunas señales que se suelen interpretar como indicios de que el juego es excesivo son:

- Pensamientos continuados sobre el juego y anticipación de la próxima sesión de juego.
- Se precisa aumentar el tiempo de juego para obtener satisfacción.
- El tiempo de juego dura más de lo que se tenía previsto.
- Esfuerzos repetidos para controlar o dejar de jugar.
- Se juega a escondidas o se miente a los padres para continuar jugando.
- Uso del juego como vía de escape de problemas o de estados de ánimo desagradables.
- Descenso en el rendimiento académico.
- Aislamiento de la familia y amigos para jugar.

5.3.2. Evaluación

El principal indicador de adicción a los videojuegos es el tiempo dedicado a jugar, que correlaciona con el grado de adicción. Esta es la medida empleada en estudios experimentales para el tratamiento de la adicción a videojuegos (Kim et al., 2013).

Muchos estudios de adicción a los videojuegos utilizan los criterios diagnósticos para el juego patológico del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y adaptan estos criterios para formar una escala de evaluación. Otros estudios que se dirigen a evaluar el abuso de juegos *online* utilizan los criterios de Young (2000) de adicción a Internet y los adaptan para evaluar la adicción a videojuegos.

Unos de los pocos cuestionarios que han sido evaluados es la *Escala de Adicción al Juego* (Lemmens, Valkenburg y Peter, 2014), que utiliza los siete criterios basados en el DSM para adicción al juego:

1. prominencia (importancia que se le da a jugar),
2. tolerancia,
3. cambios de humor,
4. síndrome de abstinencia,
5. recaídas,
6. conflictos, y
7. problemas asociados.

Existe una versión de 21 ítems (tres por cada criterio diagnóstico) y una versión abreviada (con un ítem por criterio), ambas con buenas propiedades psicométricas.

Con adolescentes españoles, Tejeiro y Bersabé (2002) desarrollaron la escala *Problem Video Game Playing* (PVP), basada también en los criterios DSM-IV para abuso de sustancias y juego patológico. Está compuesta por nueve ítems que evalúan de forma unidimensional el abuso de videojuegos, y presenta una consistencia interna aceptable ($\alpha = 0,69$) y correlaciones altas con frecuencia de juego, tiempo de juego por sesión, percepción de juego excesivo por parte de los padres y puntuaciones en la escala de severidad de la dependencia.

Cuadro 5.6. *Cuestionario Problem Video Game Playing (PVP; Tejeiro y Bersabé, 2002)*

1.	Cuando no juego con videojuegos estoy pensando en ellos, por ejemplo, recordando partidas, planeando la siguiente partida, etc.
2.	Paso cada vez más tiempo jugando a videojuegos.
3.	He intentado controlar, reducir o dejar de jugar, o habitualmente juego más tiempo del que pretendía.
4.	Cuando pierdo en un juego o no consigo los resultados que quiero, necesito jugar otra vez para conseguir mi objetivo.
5.	Cuando no puedo usar los videojuegos me siento cansado o irritable.
6.	Cuando me siento mal, nervioso, triste o enfadado, o cuando tengo problemas utilizo los videojuegos más a menudo.

7. Algunas veces oculto que juego a otros (padres, amigos o profesores).
 8. Para jugar a videojuegos me he saltado las clases o el trabajo, he mentido, robado, he tenido discusiones o peleas con alguien.
 9. He reducido mis tareas escolares, no he comido, me he ido tarde a dormir o he pasado menos tiempo con mis amigos y familia a causa de los videojuegos.
-

5.3.3. Prevención del abuso de videojuegos

El campo de la prevención de la adicción a los videojuegos se encuentra todavía en expansión y se conoce muy poco sobre programas evaluados experimentalmente. Se recomienda la prevención desde el hogar y la educación de un uso saludable de las nuevas tecnologías en general. Young (2009) sugiere las siguientes recomendaciones para la prevención desde el contexto familiar:

- Establecer límites en el tiempo de juego: entre las normas de convivencia en casa, debe estar claramente marcado qué tiempo máximo puede dedicarse a los videojuegos, y esto deben decidirlo los padres, aunque se argumente que todos sus amigos están conectados de forma continua. Si fuera posible, vendría muy bien el acuerdo entre los padres del grupo.
- Programar descansos durante el juego: interrumpir el tiempo de juego para descansar la vista y los músculos es beneficioso, además, para que el adolescente perciba que hay vida más allá del juego.
- Buscar formas alternativas de dar sensación de “poder” al niño: los videojuegos tienen el potencial de hacer sentir control sobre la situación y manejo de decisiones. Es posible hacer algo similar en contextos reales de la vida, como programando viajes familiares con la participación del niño, dejándole participar en las decisiones familiares, etc.
- Fomentar el uso de videojuegos de carácter educativo.
- Recuperar el interés por los estudios.

5.3.4. Tratamiento de la adicción a los videojuegos

Hasta la fecha existen pocas evidencias sobre el tratamiento de la adicción a videojuegos. La aparición de los juegos en red ha provocado mayor número de casos problemáticos y, también, de aproximaciones terapéuticas.

Los procedimientos más eficaces para la adicción a los videojuegos están basados en la terapia cognitiva conductual. Con este modelo se pretende identificar los desencadenantes de la conducta, analizar las motivaciones que les llevan a jugar de forma excesiva y encontrar formas alternativas de satisfacer dichas necesidades (Griffiths y Meredith, 2009). El objetivo que se persigue es enseñar al adolescente a identificar sus emociones negativas y aprender habilidades de afrontamiento para corregirlas. Otras

técnicas empleadas son la entrevista motivacional, los contratos conductuales para limitar el uso de videojuegos y el fomento de áreas de desarrollo personal.

Todos los programas de tratamiento persiguen mejorar las habilidades interpersonales mediante la programación de actividades sociales que faciliten sustituir el tiempo *online* por actividades en la vida real. También incluyen habilidades para marcarse objetivos y controlar el tiempo de juego.

5.4. Un caso clínico de adicción a los videojuegos

5.4.1. Historia del problema

Los padres de Alberto solicitaron ayuda en nuestro servicio de atención psicológica de la Clínica Universitaria preocupados porque, según decían, su hijo estaba obsesionado con los videojuegos. Alberto era un adolescente de 15 años que estudiaba tercer curso de la ESO en un instituto de Alicante. Solía ser buen estudiante, aunque últimamente su rendimiento académico había disminuido. La relación con sus padres había sido buena en el pasado, pero desde el último año era conflictiva, precisamente a causa de los videojuegos y los malos resultados escolares. En casa había frecuentes discusiones por ese tema. Tenía también un grupo de amigos con los que solía quedar y las relaciones con el resto de compañeros de clase eran buenas. Alberto comenzó a aficionarse a los videojuegos a los diez años y desde entonces había seguido las últimas novedades. En los dos últimos años, se había aficionado a varios juegos *online* de estrategia.

Sus padres decían estar desesperados porque Alberto parecía estar interesado exclusivamente por jugar a un juego detrás de otro. Al principio no le habían dado demasiada importancia porque entendían que era algo normal en adolescentes de esa edad, pero cuando observaron que estudiaba menos y que con frecuencia se acostaba tarde jugando comenzaron a preocuparse. Dicen haber hablado con él y haberle prohibido jugar hasta que no tuviera buenos resultados académicos, pero que Alberto jugaba a escondidas y no querían llegar a más discusiones en casa porque pensaban que estaba enganchado y que necesitaba que le ayudara un profesional.

5.4.2. Evaluación y análisis funcional

Para la valoración y diagnóstico se tuvieron en cuenta los criterios de trastorno por abuso de sustancias del DSM-V, que en el caso de Alberto se cumplían, por lo que se concluyó que se trataba de una adicción a Internet y, específicamente, a los juegos *online*. Establecer el límite entre conducta de uso excesivo (en este caso de videojuegos) y conducta propiamente adictiva es similar a hacerlo entre abuso y dependencia de sustancias. Para algunos autores los elementos diferenciales son:

- a) la pérdida de libertad para elegir entre parar y llevar a cabo la conducta,
- b) las consecuencias negativas en la vida de la persona como resultado de la conducta, y
- c) la obsesión con la actividad.

En el caso de Alberto se daban los criterios para que su situación fuera catalogada propiamente como de adicción.

Para completar la evaluación, se examinaron las variables directamente relacionadas con la adicción a los videojuegos, el grado de adicción general a Internet y otras variables clínicas relacionadas, como el estado de ánimo, la ansiedad estado y rasgo, el nivel de autoestima, el malestar subjetivo general y la interferencia del problema en la vida del paciente.

Alberto obtuvo la puntuación máxima (9) en el *Cuestionario Problem Video Game Playing*, lo que indicaba que cada vez jugaba una mayor cantidad de tiempo, que empleaba el videojuego especialmente cuando se sentía mal, que jugaba a escondidas y que reconocía que estaba afectando a su funcionamiento en otras áreas vitales. Obtuvo una puntuación de 19 en el *Inventario de Depresión de Beck*, que corresponde a estados de depresión moderada; una puntuación percentil 70 en ansiedad-estado; percentil 75 en ansiedad-rasgo y de 18 en el cuestionario de autoestima (el punto de corte es 29). Estas puntuaciones revelan en conjunto un estado ansioso-depresivo y una baja autoestima. Este perfil encaja con una valoración del malestar subjetivo por parte del propio paciente de 8, un 4 en el grado de interferencia de su problema en su vida (sobre un máximo de 5) y una valoración por parte del terapeuta del paciente como “bastante perturbado”.

Cuadro 5.7. *Variables evaluadas e instrumentos utilizados*

<i>Dimensión evaluada</i>	<i>Variable</i>	<i>Instrumento</i>
Variables relacionadas con la adicción a los videojuegos	Adicción a los videojuegos	– Problem Video Game Playing (PVP)
Variables relacionadas con la adicción a Internet	Adicción a Internet	– Center for Online and internet Addiction
Variables clínicas generales	Ansiedad-estado y ansiedad-rasgo	– STAI de Spielberger, Gorsuch y Lushe- ne (1970)
	Grado de depresión	– BDI de Beck (1979)
	Autoestima	– Cuestionario de Autoestima de Rosen- berg (1965)
Otras variables clínicas relevantes	Valoración del paciente sobre su malestar subjetivo	– Escala ESM
	Grado de interferencia del problema en su vida	– Cuestionario de Adaptación (CA) de Echeburúa y De Corral (1987)
	Valoración del paciente sobre su mejoría	– Escala S-6 de Marks de 1 a 7, donde 1 es muchísimo mejor y 7 muchísimo peor
	Valoración del terapeuta sobre el estado del paciente	– Escala S-5 de Marks de 1 a 6, donde 1 es normal y 6 muy gravemente pertur- bado.

Alberto se conectaba a Internet para jugar con una frecuencia diaria. Entre semana, solía hacerlo una vez al día y la duración como promedio era de tres horas. La duración de la conducta de juego durante los fines de semana era de seis horas como promedio, habiendo llegado a jugar hasta 12 horas seguidas durante el periodo de línea base.

Cuadro 5.8. *Análisis funcional del caso*

<i>Antecedentes</i>	<i>Variables del sujeto</i>	<i>Respuesta problema</i>	<i>Consecuencias</i>
Situaciones emocionales negativas (aburrimiento, enfado, ansiedad)	Carencia de otros repertorios básicos: pocas aficiones e intereses	Jugar durante más tiempo del calculado	Refuerzo positivo en forma de diversión y excitación por el juego. Recompensa por logros en el juego y sentimiento de apoyo social
Inactividad			Refuerzo negativo en forma de evitación del malestar y aburrimiento y ansias de jugar
Tareas monótonas o poco reforzantes			
Recordar el videojuego			

El análisis de los registros cumplimentados por Alberto y sus padres durante el periodo de evaluación reveló que los antecedentes de la conducta de juego solían ser casi siempre los mismos. Se conectaba a Internet en su habitación con su ordenador y por las tardes y noches. Solía jugar más tiempo cuando se encontraba más decaído y, también, cuando se encontraba especialmente contento. En cuanto a los consecuencias de la conducta, a corto plazo se sentía muy bien, disfrutando el tiempo de juego y aliviado del malestar por las ganas de jugar que había tenido durante el día. Tras dos horas de juego, se sentía algo cansado, pero a la vez seguía ansioso por continuar jugando.

5.4.3. *Tratamiento*

Se planteó como objetivo terapéutico eliminar la adicción a los videojuegos de Alberto, estableciendo como meta un uso controlado. Esto implicaba reducir gradualmente el tiempo de uso. Se llegó al acuerdo con él y con sus padres de reducir drásticamente el tiempo, pasando a una fase inicial donde no podría jugar. Pasado ese periodo, se acordó que un tiempo prudencial de juego sería el equivalente a media hora al día. Si al llegar el momento durante el tratamiento en que sin control externo Alberto no era capaz de cortar el juego en media hora, entonces se replantearía el abandono completo. El tratamiento tuvo una duración de 14 sesiones semanales de una hora. Tras las sesiones 1 y 2, que se dedicaron a la evaluación, el tratamiento comenzó con una fase educativa en la que se discutieron con Alberto las características de su problema y la hipótesis de mantenimiento.

- *Módulo educativo.* Se explicó a Alberto cómo su comportamiento tenía las características de un comportamiento adictivo y los límites entre un uso, abuso y dependencia. Se acordó con él el objetivo terapéutico de jugar controlado, para el cual debía aprender a autocontrolar su impulso de juego. Se razonó

cómo el juego excesivo podía deberse a una forma de escape de estados emocionales adversos (aburrimiento, apatía, desgana por realizar las tareas escolares) y, también, por la búsqueda de estimulación placentera. Se llegó al acuerdo de la conveniencia de reducir su tiempo de juego y la dependencia al mismo, para lo que debía ser capaz de tener autocontrol y planificar su tiempo de abrirse a otros intereses.

- *Motivación al cambio.* Puesto que existía una baja percepción de la adicción a los videojuegos como un problema importante por parte de Alberto, se dedicó una sesión a trabajar la motivación para el cambio. Para ello, pedimos al paciente que enumerara las ventajas que encontraba en los juegos *online* y también le pedimos reflexionar sobre las consecuencias negativas que esa conducta estaba teniendo en su vida.

El análisis de pros y contras ayudó a que Alberto tomara conciencia de que en realidad su comportamiento le estaba reportando muchas más consecuencias negativas de las que pensaba. Concluimos resaltando lo importante que era estar motivado para superar una adicción y que el tratamiento le iba a suponer un esfuerzo importante necesario para la solución del problema.

Cuadro 5.9. *Contenido de las sesiones*

<i>Sesión</i>	<i>Agenda</i>
1-2 Evaluación	– Entrevista semiestructurada con Alberto y con sus padres – Entrega de registros de conducta – Entrega de cuestionarios para cumplimentar en casa
3 Módulo educativo	– Características de una adicción conductual – Hipótesis sobre el inicio y mantenimiento de su adicción, factores predisponentes y mantenedores
4 Motivación para el tratamiento	– Ventajas e inconvenientes de los videojuegos – Determinación de objetivos del tratamiento: moderación y control en uso de videojuegos – Compromiso personal
5 Control de estímulos	– Análisis de los antecedentes de la conducta y plan de control sobre los mismos – Restricción de la conexión a Internet
6 Manejo de contingencias	– Contrato de contingencias
7-9	– Autoestima

Discusión de pensamientos negativos	– Uso del tiempo – Compromiso con otros amigos jugadores
10 Entrenamiento en solución de problemas	– Método de resolución de problemas aplicado a la decisión de jugar
11-12 Enriquecimiento ambiental y apertura de intereses	– Reorganización de las actividades alternativas de ocio en noches y fines de semana
13 Retirada gradual del control de estímulos	– 1.^a Fase: Uso de Internet sin videojuegos, supervisado por uno de los padres – 2.^a Fase: Uso de Internet sin videojuegos, con control de contenidos en el navegador – 3.^a Fase: Retirada del control de contenidos, los padres pueden entrar en la habitación en cualquier momento – 4.^a Fase: No existe ningún control
14 Prevención de recaídas	– Anticipar la posibilidad de excederse en el tiempo programado de juego – Actuación ante episodios de juego excesivo – Movilizar los recursos de afrontamiento aprendidos – Lectura de mensajes recordatorios – Identificar síntomas de que se está volviendo a una pauta adictiva – Contactar con el terapeuta o hablar con sus padres tan pronto como sea posible

Cuadro 5.10. *Ventajas y desventajas de los videojuegos*

<i>Ventajas</i>	<i>Inconvenientes</i>
– Me lo paso muy bien jugando – Me distraigo cuando estoy aburrido – Me relaciono con mis amigos y con otros jugadores	– Cada vez me hace falta jugar más para sentirme satisfecho – Me paso el día pensando en el momento de jugar – Estoy cansado y me cuesta concentrarme en clase – He bajado el rendimiento en los estudios

- Discuto mucho con mis padres por este motivo
 - He dejado de practicar otras aficiones
-

- *Control de estímulos.* Propusimos a Alberto que durante un tiempo no utilizara Internet en su casa y que evitara hacerlo también en cualquier otro sitio. Se permitía utilizar el ordenador para sus trabajos escolares, pero sin posibilidad de conexión a Internet desde su ordenador cuando no hubiera supervisión. Progresivamente, se irían desvaneciendo las medidas de planificación ambiental. En el último paso no habría control alguno.
- *Contrato de contingencias.* Tras negociar con Alberto y con sus padres, se llegó al acuerdo de que por cada día que permaneciera sin jugar, recibiría una paga de cinco euros que podría utilizar para sus gastos personales. En el caso de incumplir el contrato, Alberto perdería las ganancias acumuladas.
- *Terapia cognitiva.* En el análisis funcional del caso se incluyó como variable mantenedora los pensamientos relacionados con la fidelidad a sus compañeros de juego. Por ello, a través de la explicación del modelo ABC, le enseñamos algunos de los errores cognitivos que cometemos al tener pensamientos negativos. También se trató con Alberto algunos pasos que le podían ayudar a combatir estos pensamientos:

“No puedo fallar a mis amigos”

“Solo un rato más”

“Me lo paso bien ¿qué tiene de malo?”

- *Entrenamiento en solución de problemas.* Consideramos conveniente entrenar a Alberto en la solución de problemas siguiendo los pasos desarrollados por D’Zurilla y Goldfried, ya que podrían ayudarle ante la posibilidad de que más adelante nuestro paciente sintiera deseo de volver a dejar actividades sin finalizar para jugar. Recordamos que estos pasos son:
1. Orientación general.
 2. Formulación y definición del problema.
 3. Generación de alternativas.
 4. Toma de decisiones: análisis de las consecuencias de cada alternativa y valoración de las mismas.
 5. Puesta en práctica de la decisión tomada y verificación de los resultados.

Como ejemplo para su entrenamiento, utilizamos la decisión de conectarse

a Internet y le pedimos a Alberto que guardara este ejercicio en la mesita de su habitación por si precisaba recurrir a su lectura al encontrar dificultad para dejar el juego.

- *Planificación de actividades.* Se trató con Alberto la posibilidad de aproximarse a otro tipo de actividades alternativas a los videojuegos que lo mantuvieran apartado del ordenador. Se llegó al acuerdo de iniciarse en el entrenamiento para carreras de diez kilómetros, ya que tenía un amigo que le había animado a acompañarle. El plan se concretó con un entrenamiento de tres días a la semana con vistas a participar en una carrera próximamente. Además, Alberto consultó con la biblioteca de su barrio y se hizo el carné para sacar libros en préstamos, reservándose un tiempo para leer cada día después de cenar.
- *Retirada gradual del control de estímulos.* Tras el entrenamiento en las técnicas descritas anteriormente, se tomó la decisión de ir desvaneciendo progresivamente el control de estímulos establecido en la fase de planificación ambiental, con el fin de que Alberto pudiera tener la oportunidad de aplicar estas estrategias a situaciones reales y que se mantuvieran los cambios alcanzados. La conducta meta establecida era que podría tener acceso a los videojuegos bajo su propio control, reservando un máximo de 30 minutos al día, que podía acumular en caso de no requerirlos, hasta un total de tres horas semanales. Durante el tratamiento, Alberto se mostró confiado en su capacidad de mantenerse alejado, si bien no sabía si sería capaz de cortar el juego cuando llevara solamente media hora.
- *Prevención de recaídas.* El objetivo en esta fase fue evitar que Alberto volviera a hacer un uso excesivo de los videojuegos. Analizamos con él qué podía hacer ante esa situación y qué estrategias de las aprendidas podría aplicar. Escribió una carta dirigida a sí mismo para su lectura diaria, recordándose las consecuencia de su problema, por qué había decidido dejar de jugar sin control, y el esfuerzo que le había costado y cómo se sentiría si volvía a una pauta parecida. Le recordamos los signos que indicarían que estaba cayendo de nuevo en la adicción para que fuera capaz de reconocerlos si ocurrían.

5.4.4. Resultados del tratamiento

Se realizó una evaluación posttest en la última sesión del tratamiento y un seguimiento a los seis meses. Los resultados del tratamiento fueron muy positivos: el número de horas *online* en la última semana pasó de 22 en el pretest a 4 en el posttest. La puntuación total en el PVP también mostró una disminución drástica entre el pretest (PD = 9) y el posttest (PD = 0). Lo mismo sucede con la puntuación de Adicción a Internet que bajó de 80 en el pretest a 24 en el posttest. Si analizamos la evolución en las variables clínicas generales, observamos cómo también se produjo una importante mejoría que supone un porcentaje total de cambio del 57 % en el posttest y del 77 % en el último seguimiento. En ansiedad-

estado, Alberto pasó del percentil 75 en el pretest al 35 en el postest, y al percentil 15 al año de finalizar la terapia. La ansiedad-rasgo, como es de esperar, disminuyó en menor medida. El grado de depresión, sin embargo, pasó de 19 en el pretest a 9 en el postest, y 5 en el último seguimiento. La autoestima mejoró también notablemente, progresando de 20 a 30.

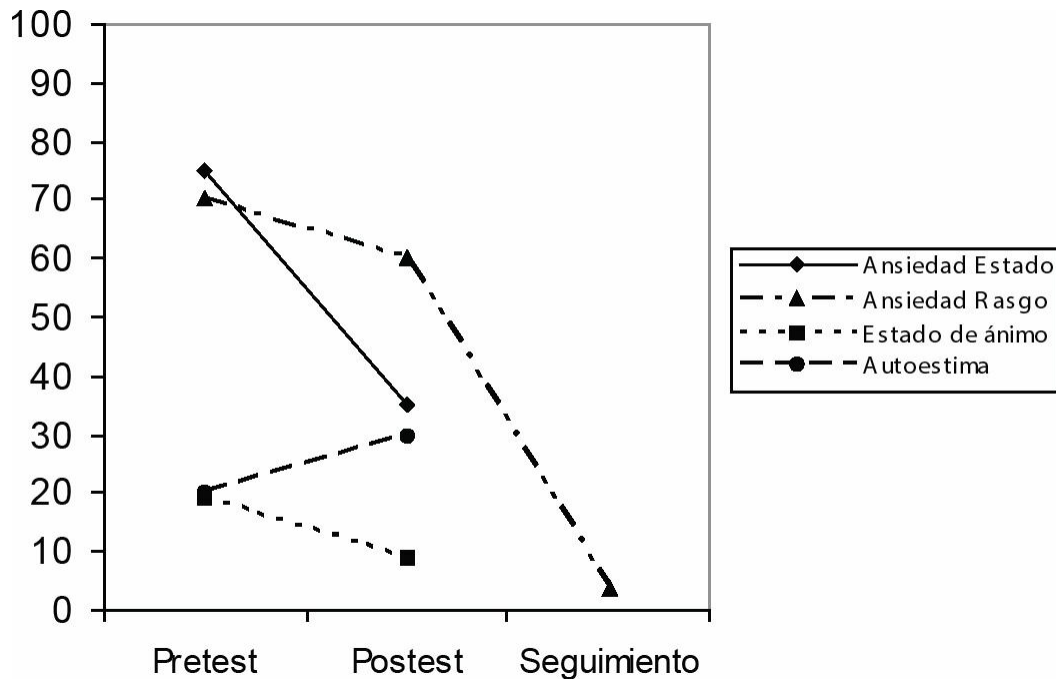


Figura 5.1. Evolución de las variables clínicas.

Cuadro 5.11. *Evolución en las variables relacionadas con el uso de videojuegos*

	Pretest	Postest	Seguimiento (6 meses)
N.º horas jugando en la última semana	28	4	4
Adicción a videojuegos	9	0	0
Adicción a Internet	80	24	23

Finalmente, el malestar subjetivo fue valorado por Alberto como 3 en el postest y 1 en el último seguimiento, lo que supone una mejora muy significativa, ya que partíamos de una puntuación de 10 en el pretest. El grado de interferencia global que este problema causaba en su vida pasó de 4 (sobre un máximo de 5) a 0 en el postest, lo que prácticamente se mantuvo en los seguimientos. El paciente valoró tras el tratamiento que se encontraba “bastante mejor” y a los dos meses se valoró como “muchísimo mejor”. Por su parte, el terapeuta valoró el estado del paciente como solo “ligeramente perturbado” en el postest y esperó a los seis meses para valorarlo como “normal”.

Bibliografía

- Aboujaoude, E., Koran, L. M., Gamel, N., Large, M. D., y Serpe, R. T. (2006). Potential markers for problematic internet use: a telephone survey of 2,513 adults. *CNS Spectrum*, 11, 750-755.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Chicago: The Dorsey Press.
- Alfonso, J. P., Huedo-Medina, T. B., y Espada, J. P. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de Psicología*, 25(2), 330-338.
- Álvarez, F. J., y Del Río, M. C. (2001). Alcohol y accidentes de tráfico: ¿Prevenir de qué? *Trastornos Adictivos*, 3(3), 172-180.
- Amengual, (2000). Enfoques preventivos del uso y abuso de cannabis y problemas asociados. *Adicciones*, 12 (supl.2), 281-300.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5.^a Ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arbex, C., Porras, J., Carrón, J., y Comas, D. (1995). *Materiales de formación en prevención de drogodependencias. Módulo I: Contenidos generales*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia. Comunidad de Madrid.
- Ariza, C., y Nebot, M. (2004). La prevención del tabaquismo en los jóvenes: realidades y retos para el futuro. *Adicciones*, 16 (supl.2), 359-378.
- Ariza, C., Pérez, A., Sánchez-Martínez, F., Diéguez, M., Espelt, A., Pasarín, M. I., Suelves, J. M., De la Torre, R., y Nebot, M. (2013). Evaluation of the effectiveness of a school-based cannabis prevention program. *Drug and Alcohol Dependence*, 133, 257-264.
- Backer-Grondahl, A., y Sagberg, F. (2011). Driving and telephoning: Relative accident risk when using hand-held and hands-free mobile phones. *Safety Science*, 49, 324-330.
- Baessler, J., y Schawarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of thought and actions. A Social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Becoña, E. (1999). *Psicopatología y tratamiento de las adicciones*. Madrid: Klinik.
- (2002). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- (2006). *Tabaco: prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Beranuy, M., Chamarro, A., Graner, C., y Carbonell, X. (2009). Validación de dos escalas breves para evaluar la adicción a Internet y el abuso de móvil. *Psicothema*, 21, 480-485.
- Beranuy, M., Sánchez, X., Graner, C., Castellana, M., y Chamarro, A. (2006). Uso y abuso del teléfono móvil en jóvenes y adolescentes. Comunicación presentada al XXI Congreso Internacional de Comunicación. Pamplona, 9-10 de noviembre de 2006. Recuperado de: <http://www.unav.es/fcom/cicom/2006/es/grupostrabajo.htm>.
- Bianchi, A., y Phillips, J. G. (2005). Psychological predictors of problem mobile phone use. *Cyberpsychology and Behavior*, 8, 38-51.
- Billieux, J., Van der Linden, M., y Rochat, L. (2008). The role of impulsivity in actual and problematic use of the mobile phone. *Applied Cognitive Psychology*, 22, 1195-1210.
- Bobes, J., Bascarán, M. T., Bobes-Bascarán, M. T., Carballo, J. L., Díaz, E. M., Flórez, G., García-Portilla, M. P., y Sáiz, P. A. (2007). *Valoración de la gravedad de la adicción: Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

- Botvin, G. J. (1998). *Life Skills Training. A drug and violence prevention program*. New York: Institute for Prevention Research, Cornell University Medical College.
- Cáceres, J. (2008). Técnicas aversivas. En F. J. Labrador (Coord.). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 361-378). Madrid: Pirámide.
- Caplan, M. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Casanova, L., Borges, G., Mondragón, L., Medina-Mora, M. A., y Cherpitel, C. (2001). El alcohol como factor de riesgo en accidentes vehiculares y peatonales. *Salud Mental*, 24 (5), 3-11.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2007). Sondeo sobre la Juventud Española. Recuperado de http://www.cis.es/cis/export/sites/default/Archivos/Marginales/2700_2719/2703/Ft2703.pdf.
- Chassin, L., Pitts, S. C., y Prost, J. (2002). Binge drinking trajectories from adolescence to emerging adulthood in a high-risk sample: predictors and substance abuse outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 67-78.
- Chóliz, M., y Marco, C. (2012). *Adicción a Internet y redes sociales*. Madrid: Alianza.
- Chóliz, M., Villanueva, V., y Chóliz, M. C. (2009). Ellas, ellos y su móvil: Uso, abuso (¿y dependencia?) del teléfono móvil en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencias*, 34, 74-88.
- Colby, S. M., Tiffany, S. T., Shiffman, S., y Niaura, R. S. (2000). Are adolescent smokers dependent on nicotine? A review of the evidence. *Drug and Alcohol Dependence*, 59 (suppl. 1), 83-95.
- Copeland, J., Gilmour, S., Gates, P., y Swift, W. (2005). The Cannabis Problems Questionnaire: factor structure, reliability, and validity. *Drug and Alcohol Dependence*, 80, 313-319.
- Diamond, G. S., Godley, S. H., Liddle, H. A., Sampl, S., Webb, C. Tims, F. M., y Meyers, R. (2002). Five outpatient treatment models for adolescent marijuana use: a description of the Cannabis Youth Treatment interventions. *Addiction*, 97 (suppl. 1), S70-S83.
- Díaz, R., Castro-Fornieles, J., Serrano, L., González, L., Calvo, R., Goti, J., Kaminer, Y., y Gual, A. (2008). Clinical and research utility of Spanish Teen-Addiction Severity Index (T-ASI). *Addictive Behaviors*, 33(1), 188-195.
- DiFranza, J. R., Rigotti, N., McNeil, A. D., Ockene, J. K., Savageau J. A., y St Cyr, D. (2000). Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tobacco Control*, 9, 313-319.
- D’Zurilla, T. J., y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification, *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Echeburúa, E., Labrador, F. J., y Becoña, E. (2013). *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., y Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22, 91-96.
- Edwards, G., y Gross, M. M. (1976). Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, 1, 1058-1061.
- Espada, J. P., González, M. T., Guillén-Riquelme, A., Sun, P., y Sussman, S. (2014). Immediate effects of Project EX in Spain: A classroom-based smoking prevention and cessation intervention program. *Journal of Drug Education*.
- Espada, J. P., Morales, A., Orgilés, M., Piqueras, J. A., y Carballo, J. L. (2013). Sexual behaviour under the influence of alcohol among Spanish adolescents. *Adicciones*, 25(1), 55-62.
- Espada, J. P., y Méndez, F. X. (2003). *Prevención del abuso de alcohol y drogas de síntesis*. Madrid: Pirámide.
- Espada, J. P., Méndez, F. X., Griffin, K. W., y Botvin, G. J. (2003). Prevención del abuso de drogas en la adolescencia. En J. M. Ortigosa, M. J. Quiles y F. X. Méndez (Coords.), *Psicología de la salud. Intervención con niños, adolescentes y familia* (pp. 325-348). Madrid: Pirámide.
- Espada, J. P., González, M. T., Orgilés, M., Carballo, J. L., y Piqueras, J. A. (2012). Validación de la Escala General de Autoeficacia con adolescentes españoles. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 26(1), 355-370.
- Espada, J. P., Griffin, K. W., Pereira, J. R., Orgilés, M., y García-Fernández, J. M. (2012). Component Analysis of a School-Based Substance Use Prevention Program in Spain: Contributions of Problem Solving and Social Skills Training Content. *Prevention Science*, 13, 86-95.
- Espada, J. P., Méndez, F. X., e Hidalgo, M. D. (2000). Consumo de alcohol en escolares: descenso de la edad de inicio y cambios en los patrones de ingesta. *Adicciones*, 12(1), 57-64.

- Espada, J. P., Méndez, F. X., e Hidalgo, M. D. (2003). Bateria de cuestionarios para la evaluación en adicciones. En J. P. Espada y F. X. Méndez, *Programa Saluda*. Madrid: Pirámide.
- Espada, J. P., Orgilés, M., Méndez, F. X., García-Fernández, J. M., e Inglés, C. (2008). Efectos del programa Saluda sobre factores cognitivos relacionados con el consumo de drogas. *Salud y Drogas*, 8(1), 29-50.
- Espada, J. P., Pereira, J. R., y García-Fernández, J. M. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 20(4), 531-537.
- Espada, J. P., Hernández, O., Orgilés, M., y Méndez, F. X. (2010). Comparación de distintas estrategias para la modificación de la actitud hacia el consumo de drogas en escolares. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(3), 315-328.
- Espada, J. P., Sussman, S., Huedo-Medina, T. B., y Alfonso, J. P. (2011). Relation between substance use and depression among adolescents. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(1), 79-90.
- Estallo, J. A. (2013). El diagnóstico de adicción a los videojuegos: uso, abuso y dependencia. En E. Echeburúa, F. J. Labrador y E. Becoña (Coords.), *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (pp. 153-167). Madrid: Pirámide.
- Estévez, L., Bayón, C., de la Cruz, J., y Fernández-Loria, A. (2013). Uso y abuso de internet en adolescentes. En E. Echeburúa, F. J. Labrador y E. Becoña (2013). *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes*. Madrid: Pirámide.
- Estudiante, C. (2014). *Evaluación del programa de prevención Saluda con adolescentes portugueses*. Tesis Doctoral. Universidad Miguel Hernández.
- Fagerström, K. O. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3, 235-241.
- Fernandes, J., y Espada, J. P. (2014). Processo de Tradução e Adaptação Cultural para Português do “Saluda”: Programa de Prevenção de Abuso de Álcool e Outras Substâncias. Congreso Iberoamericano de Psicología. Lisboa, 9-13 de septiembre.
- Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., García-Cueto, E., Secades-Villa, R., García-Fernández, G., y Barrial-Barbén, S. (2012). Adaptación y validación española del Adolescent-Cannabis Problems Questionnaire (CPQ-A). *Adicciones*, 24(1), 41-50.
- Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., Muñiz-Fernández, J., Secades-Villa, R., y García-Fernández, G. (2012). Screening of cannabis-related problems among youth: the CPQ-A-S and CAST questionnaires. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7:13.
- Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., Godley, M. D., y Secades-Villa, R. Evidence-based treatments for adolescents with cannabis use disorders in the Spanish Public Health System (en prensa). *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Ferrás, C., Pollán, C., García, Y., y Pose, M. (2012). La influencia del teléfono móvil en la conformación de la identidad de los adolescentes rurales. Estudio de caso en Galicia. *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, 60, 297-319.
- Fishbein, M., y Azjen, I. (1975). *Belief, attitude and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fuerlein, W. (1977). Diagnose del Alkoholismus: Der Muchner Alkoholismus-Test (MALT). *Med. Wschr.*, 119, 1275-1282.
- Gándara, J. J., y Álvarez, M. T. (2004). Patologías emergentes en salud mental. ¿Modas, enfermedades o trastornos psicosociales? *Semergen*, 30, 3-15.
- García-Fernández, G., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Peña-Suárez, E., y Sánchez-Hervás, E. (2013). Contingency management improves outcomes in cocaine-dependent outpatients with depressive symptoms. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 21(6), 482-489.
- Gázquez, M. (2010). *Comparación de tres programas de prevención de drogas en el ámbito escolar*. Tesis Doctoral. Universidad Miguel Hernández.
- Goldberg, R. (1995). Internet addiction disorder-Diagnostic Criteria.
- Godley, S. H., Meyers, R. J., Smith, J. E., Godly, M. D., Titus, J. M., Karvinen, T., Dent, G., Passetti, L., y Kelbert, P. (2001). *The Adolescent Community Reinforcement Approach (ACRA) for adolescent cannabis users*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment.

- González, M. T., Espada, J. P., Carballo, J. L., Orgilés, M., y Piqueras, J. A. (2012). Contribución de las tareas para casa en un programa preventivo. *XXXIX Jornadas Nacionales Socidrogalcohol*. Tarragona, 28-31 de marzo de 2012.
- Greenfield, D. N. (1999). Psychological characteristics of compulsive Internet use: a preliminary analysis. *Cyberpsychology and Behaviour*, 2, 403-412.
- Greenfield, D. (2013). Tratamiento psicológico de la adicción a Internet y las nuevas tecnologías. En E. Echeburúa, F. J. Labrador, y E. Becoña (Coords.). *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (pp. 189-202). Madrid: Pirámide.
- Griffiths, M. D., y Meredith, A. (2009). Videogame addiction and its treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39, 247-253.
- Guardia, J., Segura, L., Gonzalvo, B., Trujols, J., Tejero, A., Suárez, A., y Martí, A. (2004) Estudio de validación de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol. *Medicina Clínica*, 123, 211-216.
- Hamilton, N., Bratley, L., Tims, F. Angelovich, N., y McDougall, B. (2001). *Family Support Network (FSN) for adolescent cannabis users*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment.
- Hayfield, D., McLeod, G., y Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T. Frecker, R. C., y Fagerström, K. O. (2014). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119-1127.
- Hernández, O., Espada, J. P., Piqueras, J. M., Orgilés, M., y García-Fernández, J.M. (2013). Programa de prevención del consume de drogas Saluda: Evaluación de una nueva version en adolescents españoles. *Health and Addictions*, 13(2), 135-144.
- Hernández, O., Griffin, K. W., García-Fernández, J. M., Orgilés, M., y Espada, J. P. (2014). Public commitment, resistance to advertising, and leisure promotion in a school-based drug abuse prevention program: A component dismantling study. *Journal of Drug Education* (en prensa).
- Hooper, V., y Zhou, Y. (2007). Addictive, dependent, compulsive? A study of mobile phone usage. 20th Bled eConference eMergence: Merging and Emerging Technologies, Processes, and Institutions. Junio 4-6; Bled: Slovenia. Recuperado de: [http://ecom.fov.uni-mb.si/proceedings.nsf/0/637808f705bd12d2c12572ee007a38f8/\\$FI/22_Hooper.pdf](http://ecom.fov.uni-mb.si/proceedings.nsf/0/637808f705bd12d2c12572ee007a38f8/$FI/22_Hooper.pdf).
- Hunt G. M., y Azrin, N. H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 11, 91-104.
- Inderbitzen, H. M., y Foster, S. L (1992). The teenage inventory of social skills: Development, reliability, and validity. *Psychological Assessment*, 4, 451-459.
- Inkinen, T. (2008). Gender and the social use of mobile technologies. From information society policies to everyday practices. En P. T. Uteng y T. Cresswell (Eds.), *Gendered Mobilities*, Ashgate, Aldershot, (pp. 213-228).
- Instituto Nacional de Estadística (2013). *Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de la información y comunicación en los hogares 2011*. Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t25/p450&file=inebase>.
- Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación (INTECO) (2011). *Estudio sobre seguridad en dispositivos móviles y smartphones. Informe anual 2011*. Disponible en http://www.inteco.es/Estudios/Estudio_moviles_3C2011.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- Jessor, R., y Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Jessor, R., Donovan, J. E. y Costa, F. (1992). *Beyond adolescence: Problem behavior and Young adult development*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Jenaro, C., Flores, N., Gómez-Vela, M., González-Gil, F., y Caballo, C. (2007). Problematic Internet and cell-phone use: Psychological, behavioral and health correlates. *Addiction Research & Theory*, 15, 309-320.
- Kaminer, Y., Bustein, O., y Tarter, R. E. (1991). The teen-addiction Severity Index: Rationale and reliability. *International Journal of the Addictions*, 26(2), 219-226.
- Kandel, D. B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, 912-914.

- Kim, P. W., Kim, S. Y., Shim, M., Im, C. H., y Shon, Y. M. (2013). The influence of an educational course on language expression and treatment of gaming addiction for massive multiplayer online role-playing game (MMORPG) players. *Computers and Education*, 63, 208-217.
- Klempova, D., Sánchez, A., Vicente, J., Barrio, G., Domingo, A., Suelves, J. M., y Ramírez, V. (2009). *Consumo problemático de cannabis en estudiantes españoles de 14 a 18 años: Validación de escalas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Labrador, F. J., Requesens, A., y Helguera, M. (2011). *Guía para padres y educadores sobre el uso seguro de Internet, móviles y videojuegos*. Madrid: Fundación Gaudium.
- Labrador, F. J., Villadangos, S. M., y Becoña, E. (2008). Cuestionario de detección de nuevas adicciones. En E. Echeburúa, F. J. Labrador y E. Becoña (Coords.). *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (pp. 71-78). Madrid: Pirámide.
- Labrador, F. J., y Villadangos, S. (2010). Menores y nuevas tecnologías: conductas indicadoras de posible problema de adicción. *Psicothema*, 22, 180-188.
- Lazarus, A. A. (1965). Towards the understanding and effective treatment of alcoholism. *South African Medical Journal*, 39, 736-741.
- Legleye, S., Karila, L., Beck, F., y Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use*, 12, 233-242.
- Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., y Peter, J. (2014). Development and validation of a game addiction scale for adolescents. *Media Psychology*, 12, 1, 77-95.
- Leung, L. (2008). Linking psychological attributes to addiction and improper use of the mobile phone among adolescents in Hong Kong. *Journal of Children and Media*, 2, 93-113.
- López-Fernández, O., Honrubia-Serrano, M. L., y Freixa-Blanxart, M. (2012). Adaptación española del "Mobile Phone Problem Use Scale" para población adolescente. *Adicciones*, 24(2), 123-130.
- Malta, L. S., Blanchard, E. B., y Freidenberg, B. M. (2005). Psychiatric and behavioral problems in aggressive drivers. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1467-1484.
- Marlatt, G., y Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. New York: Guilford Press.
- Mayer, J., y Filstead, W. J. (1979). The Adolescent Alcohol Involvement Scale. An instrument for measuring adolescents' use and misuse of alcohol. *Studies on Alcohol*, 40(3), 291-300.
- Maydeu, A., y D'Zurilla, T. (1996). A factor-analytic study of the Social Problem-Solving Inventory: an integration of theory and data. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 115-133.
- McCrary, B., Rodríguez, R., y Otero-López, J. M. (1998). *Los problemas de la bebida: Un sistema de tratamiento paso a paso*. Madrid: Pirámide.
- McDonald, P., Colwell, B., Backinger, C. L., Husten, C., y Maule, C. O. (2003). Better practices for youth tobacco cessation: Evidence of review panel. *American Journal of Health Behavior*, 27, 144-158.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grisson, G., Pettinati, H., y Argeriou, M. (1990). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.
- Méndez, F. X., y Espada, J. P. (2002). Trastornos de conducta en la infancia y consumo de drogas. En J. R. Fernández-Hermida y R. Secades (Coords.), *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias* (pp. 21-56). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Miller, P. M., Stanford, A. G., y Hemphill, D. P. (1974). *A comprehensive social learning approach to alcoholism treatment*. Social Casework.
- Graña, J. L., y Muñoz-Rivas, M. J. (2000). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8(2), 249-269.
- Muñoz, M., Fernández, L., y Gámez, M. (2013). Adicción y abuso del teléfono móvil. En E. Echeburúa, F. J. Labrador y E. Becoña (Coords.), *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (pp. 131-149). Madrid: Pirámide.
- Muñoz-Rivas, M. J., y Agustín, S. (2005). La adicción al teléfono móvil. *Psicología Conductual*, 13, 481-493.
- Observatorio Español sobre Drogas (OED) (2014). *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en estudiantes de Enseñanza Secundaria (ESTUDES, 2012/2013)*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- Oliva, A., Hidalgo, M. V., Moreno, C., Jiménez, L., Jiménez, A., Antolín, L., y Ramos, P. (2012). *Uso y riesgo de adicciones a las nuevas tecnologías entre adolescentes y jóvenes andaluces*. Sevilla: Aguacalera.
- Organización Mundial de la Salud (1993). *Test de Identificación de Desórdenes en el Uso de Alcohol (AUDIT)*. Ginebra: OMS.
- (2013). *Informe sobre la epidemia mundial de tabaquismo*. Ginebra.
- Pedrero, E. J., Rodríguez, M. T., y Ruiz, J. M. (2012). Adicción o abuso del teléfono móvil. Revisión de la literatura. *Adicciones*, 24, 139-152.
- Pereira, J. R., y García-Fernández (2009). Evaluación de los efectos del programa preventivos Saluda según la edad de los participantes. *Health and Addictions*, 9(1), 93-111.
- Prochaska, J. O., y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-287.
- Rubio, G., Urosa, B., y Santo Domingo, J. (1998). Validación de la Escala de Intensidad de la Dependencia al Alcohol (EIDA). *Psiquiatría Biológica*, 5 (supl. 1), 44-47.
- Rutland, J. B., Sheets, T., y Young, T. (2007). Development of a scale to measure problem use of short message service: the SMS problem Use Diagnostic *Questionnaire*. *Cyberpsychology and Behavior*, 10(6), 841-844.
- Sampl, S., y Kadden, R. (2001). *Motivational enhancement therapy and cognitive behavioral therapy (MET-CB-5) for adolescent cannabis users*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment.
- Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M., Castellana, M., Chamarro, A., y Oberst, U. (2008). La adicción a Internet y al móvil: ¿moda o trastorno? *Adicciones*, 20, 149-160.
- Sánchez-Martínez, M., y Otero, A. (2009). Factors associated with cell phone use in adolescents in the community of Madrid (Spain). *Cyberpsychology and Behavior*, 12, 131-137.
- Secades, R. (1998). *Alcoholismo juvenil. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Secades-Villa, R., Carballo, J. L., Fernández-Hermida, J. R., García Rodríguez, O., y García-Cueto, E. (2006). *FRIDA, Factores de Riesgo Interpersonales para el Consumo de Drogas en Adolescentes*. Madrid: Tea Ediciones, S. A.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., López-Núñez, C., Alonso-Pérez, F., y Fernández-Hermida, J. R. (2014). Contingency management for smoking cessation among treatment-seeking patients in a community setting. *Drug and Alcohol Dependence*.
- Secades-Villa, R., García-Fernández, G., Peña-Suárez, E., García-Rodríguez, O., Sánchez-Hervás, E., y Fernández-Hermida, J. R. (2013). Contingency Management is effective across cocaine-dependent outpatients with different socioeconomic status. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44, 349-354.
- Solé-Puig, J. (2000). Tratamiento del paciente cannábico. *Adicciones*, 12(2), 301-314.
- Spivack, G., Platt, J. J., y Shure, M. B. (1976). *The problem-solving approach to adjustment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Sussman, S. (2002). Effects of sixty-six adolescent tobacco use cessation trials and seventeen prospective studies of self-initiated quitting. *Tobacco Induced Diseases*, 1(1), 35-81.
- Sussman, S., y Lichtman, K. L. (2004). *Project EX. A teen tobacco use cessation program*. University of Southern California.
- Sussman, S., Dent, C. W., Burton, D., Stacy, A. W., y Flay, B. R. (1995). *Developing school-based tobacco use prevention and cessation programs*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Sussman, S., Dent, C. W., y Lichtman, K. (2001). Project EX outcomes of a teen smoking cessation program. *Addictive Behaviors*, 26, 425-438.
- Sussman, S., Dent, C. W., Severson, H. H., Burton, D., y Flay B. R. (1998). Self-initiated quitting among adolescent smokers at comprehensive high and continuation high schools. *Preventive Medicine*, 27, A19-A28.
- Sussman, S., Lichtman, K., Ritt, A., y Pallonen, U. (1999). Effects of thirty-four adolescent tobacco use cessation and prevention trials on regular users of tobacco products. *Substance Use and Misuse*, 34, 1469-1505.
- Sussman, S., Miyano, J., Rohrbach, L. A., Dent, C. W., y Sun, P. (2007). Six-month and one-year effects of Project EX-4: A classroom-based smoking prevention and cessation intervention program. *Addictive Behaviors*, 32, 3005-3014.
- Takao, M., Takahashi, S., y Kitamura, M. (2009). Addictive personality and problematic mobile phone use.

- Cyberpsychology and Behavior*, 12, 501-507.
- Tejeiro, R. A., y Bersabé, R. M. (2002). Measuring problem video game playing in adolescents. *Addiction*, 97, 1601-1606.
- Tejeiro, R. A., Gómez-Vallecillo, J. L., Pelegrina, M., Wallace, A., y Emberley, E. (2012). Risk factors associated with the abuse of video games in adolescents. *Psychology*, 3(4), 310-314.
- Toda, M., Monden, K., Kubo, K., y Morimoto, K. (2004). Cellular phone dependence tendency of female university students. *Japanese Journal of Hygiene*, 59, 383-386.
- Turan, N., Polat, O., Karapirli, M., Uysal, C., y Turan, S. G. (2011). The new violence type of the era: Cyber bullying among university students: Violence among university students. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 17, 21-26.
- Vestraete, A. G. (2000). To analyse the implication of illicit drugs in road-accidents on the basis of available data, In: *Report on Drugs, Medicines and Driving*. European Commission. Directorate General for Energy and Transport. Directorate E, Brussels.
- Waylen, A. E., y McKenna, F. P. (2008). Risky attitudes towards road use in pre-drives. *Accident Analysis and Prevention*, 40, 905-911.
- Young, K. (2000). *Caught in the net: How to recognize the signs of Internet Addiction and winning strategy for recovery*. New York: John Willey and Sons.
- (2009). Understanding online gaming addiction and treatment issues for adolescents. *The American Journal of Family Therapy*, 37, 355-372.
- Zulkefly, S. N. y Baharudin, R. (2009). Mobile Phone use Amongst Students in a University in Malaysia: Its Correlates and Relationship to Psychological Health. *European Journal of Scientific Research*, 37, 206-218.

Índice

Portada	4
Página de derechos de autor	5
Índice	6
Prólogo	10
1. Conductas adictivas en la adolescencia	12
1.1. Qué son las conductas adictivas	12
1.1.1. Consideraciones generales	12
1.1.2. Uso, abuso y adicción	13
1.1.3. ¿Problema médico, legal, social o psicológico?	14
1.2. ¿Cómo se adquieren y se mantienen las conductas adictivas?	15
1.2.1. Aprendizaje por observación	15
1.2.2. La adicción como un proceso de escalada	16
1.2.3. La teoría de la conducta problema	17
1.2.4. El papel de las actitudes y las creencias	17
1.2.5. Explicaciones integradoras	18
1.3. Los adolescentes y las conductas adictivas	21
1.3.1. Características de la adolescencia	21
1.3.2. Vulnerabilidad en la adolescencia	23
1.3.3. Factores de riesgo de adicción en jóvenes y adolescentes	24
1.4. Evaluación de las conductas adictivas	28
1.4.1. Qué evaluar	28
1.4.2. Fuentes de información	29
1.4.3. Técnicas e instrumentos de evaluación	29
1.5. Prevención de las conductas adictivas	30
1.5.1. Tipos de prevención	30
1.5.2. Técnicas empleadas en los programas de prevención	31
1.5.3. Metodología de los programas de prevención	37
1.6. Técnicas para el tratamiento psicológico de las conductas adictivas	39
1.6.1. Técnicas para la reducción del consumo de sustancias	39
1.6.2. Técnicas para el mantenimiento de la abstinencia	40
1.6.3. Técnicas para fortalecer factores de protección	40
2. Prevención y tratamiento del tabaquismo	42

2.1. Consideraciones generales	42
2.2. Psicopatología del tabaquismo	44
2.3. Evaluación del tabaquismo	44
2.4. Técnicas y programas de tratamiento	49
2.4.1. Control de estímulos	49
2.4.2. Reducción gradual de ingesta de nicotina	50
2.4.3. Relajación	50
2.4.4. Manejo de contingencias	50
2.4.5. Técnicas aversivas	51
2.4.6. Programas multicomponentes	51
2.5. Proyecto EX: Un programa de prevención y tratamiento del consumo de tabaco para adolescentes	52
2.5.1. Qué es el Proyecto EX	52
2.5.2. Evidencias sobre el Proyecto EX	54
2.5.3. Contenido de las sesiones	56
2.5.4. Resultados del Proyecto EX con adolescentes españoles	62
2.6. Un caso clínico de adicción al tabaco	67
2.6.1. Historia del caso	67
2.6.2. Evaluación y análisis funcional	67
2.6.3. Intervención terapéutica	69
2.6.4. Resultados	70
3. Abuso de alcohol	72
3.1. Los jóvenes y el consumo de alcohol	72
3.2. Psicopatología del abuso de alcohol	72
3.3. Evaluación del consumo de alcohol	75
3.3.1. Instrumentos para la evaluación clínica	75
3.3.2. Instrumentos para la evaluación en prevención	77
3.4. Prevención del abuso de alcohol: el programa Saluda	80
3.4.1. Características del programa	80
3.4.2. Componentes del programa	81
3.4.3. Contenidos del programa	84
3.4.4. Metodología didáctica	89
3.4.5. Evidencias de eficacia	89
3.5. Tratamiento del abuso de alcohol	97
3.5.1. Tratamiento farmacológico	97

3.5.2. Programas multicomponentes	98
3.5.3. Grupos de autoayuda	99
3.6. Un caso práctico de aplicación de un programa	100
3.6.1. Planteamiento del proyecto	100
3.6.2. Fase de preparación	100
3.6.3. Fase de evaluación previa de los participantes	101
3.6.4. Resultados	103
3.6.5. Conclusiones sobre la aplicación y los efectos del programa	107
4. Adicción al cannabis	108
4.1. El consumo de cannabis	108
4.1.1. Frecuencia de consumo	108
4.1.2. Aspectos particulares sobre el consumo de cannabis	108
4.1.3. ¿Factores de riesgo específicos?	109
4.2. Psicopatología de la adicción al cannabis	109
4.2.1. Criterios diagnósticos	110
4.2.2. Efectos negativos derivados del consumo de cannabis	111
4.3. Evaluación de la adicción al cannabis	113
4.4. Prevención del consumo de cannabis	115
4.5. Tratamiento del consumo de cannabis	116
4.5.1. Componentes generales del tratamiento	116
4.5.2. Programa de refuerzo comunitario para adolescentes	118
4.5.3. Programa de motivación y terapia cognitivo-conductual	118
4.5.4. Red de Apoyo Familiar	120
4.6. Un caso clínico de adicción a cannabis	121
4.6.1. Historia del problema	121
4.6.2. Evaluación y análisis funcional	122
4.6.3. Intervención terapéutica	123
4.6.4. Resultados	125
5. Adicciones tecnológicas	127
5.1. Abuso y adicción a Internet	127
5.1.1. El uso de Internet	127
5.1.2. ¿Por qué puede ser adictivo Internet?	128
5.1.3. ¿Cómo se define la adicción a Internet?	128
5.1.4. Evaluación del abuso y adicción a Internet	130
5.1.5. Prevención del abuso de Internet	131

5.1.6. Tratamiento de la adicción a Internet	133
5.2. Abuso y adicción al teléfono móvil	135
5.2.1. Definición y prevalencia	135
5.2.2. Evaluación	138
5.2.3. Programas de prevención	139
5.2.4. Tratamiento de la adicción al teléfono móvil	139
5.3. Abuso y adicción a los videojuegos	140
5.3.1. Definición y prevalencia	140
5.3.2. Evaluación	142
5.3.3. Prevención del abuso de videojuegos	143
5.3.4. Tratamiento de la adicción a los videojuegos	143
5.4. Un caso clínico de adicción a los videojuegos	144
5.4.1. Historia del problema	144
5.4.2. Evaluación y análisis funcional	144
5.4.3. Tratamiento	147
5.4.4. Resultados del tratamiento	151
Bibliografía	154