

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Psicológicos



TESIS DOCTORAL
2015

***FACTORES PSICOSOCIALES
RELEVANTES EN PACIENTES EN
TRATAMIENTO POR CONDUCTAS
ADICTIVAS***

JUAN CHICHARRO ROMERO
Licenciado en psicología

Directoras: DRA. ANA MARÍA PÉREZ GARCÍA
DRA. PILAR SANJUÁN SUÁREZ

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Psicológicos



**TESIS DOCTORAL:
2015**

***FACTORES PSICOSOCIALES
RELEVANTES EN PACIENTES EN
TRATAMIENTO POR CONDUCTAS
ADICTIVAS***

JUAN CHICHARRO ROMERO

Licenciado en psicología

**Directoras: DRA. ANA MARÍA PÉREZ GARCÍA
DRA. PILAR SANJUÁN SUÁREZ**

Para Elena y Carlos que le dan sentido a todo.

AGRADECIMIENTOS

A mis directoras, Ana y Pilar, por su afecto, comprensión, dedicación y paciencia, porque cuando mis emociones eran negativas, mi autoeficacia mínima y comenzaba a tener síntomas de ansiedad, ellas han tenido un consejo, una palabra de ánimo, un medio enfado y mucho cariño que me hacían volver al camino.

A mi tía Elena por su amor infinito.

A mi tía Ña por su amor y por levantarme cuando no quería.

A mi madre por ser ejemplo muchas veces.

A mi familia por ayudarme a llegar.

A Javier y a Roque, mis hermanos, que siempre estuvieron, que siempre están y que espero siempre estén.

A Terry por su amor, paciencia y comprensión que me ayudaron a no rendirme.

A María por su cariño, por recibirme con los brazos abiertos cuando empezó todo, por no haberse ido y por mucho más.

A Eduardo y Carmen por todo lo que me han enseñado y por creer desde el primer día que les conocí.

A todos mis compañeros que me han ayudado a conseguir el objetivo, contestando cuestionarios, revisando textos o dandome palabras de ánimo.

Y sobre todo a mis hijos, Elena y Carlos, porque cuando todo falla vosotros estais.

INDICE

PARTE I. ESTUDIO DE LA CONDUCTA ADICTIVA	15
1- INTRODUCCIÓN	17
1.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	18
1.2. HISTORIA Y CONCEPTOS DEL CONSUMO DE DROGAS	24
1.2.1. Alcohol	24
1.2.2. Opiáceos	29
1.2.3. Cocaína	35
1.2.4. Cannabis	37
1.3. EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE DROGAS	41
1.3.1. Epidemiología del consumo de alcohol	45
1.3.2. Epidemiología del consumo de opiáceos	46
1.3.3. Epidemiología del consumo de cocaína	48
1.3.4. Epidemiología del consumo de cannabis	49
2- FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA CONDUCTA ADICTIVA	53
2.1. BIOLÓGICOS	53
2.1.1. Modelo de la “ <i>Hipótesis de la automedicación</i> ”	53
2.1.2. Modelos basados en la predisposición genética	53
2.1.3. Modelos basados en el circuito de recompensa (sistema dopaminérgico)	54
2.2. PSICOLÓGICOS	55
2.2.1. Procesos de aprendizaje	55
2.2.1.1. <i>Condicionamiento clásico</i>	56
2.2.1.2. <i>Condicionamiento operante</i>	57
2.2.1.3. <i>Teoría de la Elección Conductual</i>	58
2.2.2. Modelos cognitivo conductuales	59
2.2.3. Teorías de la Personalidad	61
2.2.4. Neuropsicología	62
2.3. SOCIALES	63
3- ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS	65

3.1. EVOLUCIÓN DE LAS TERAPIAS EN CONDUCTAS ADICTIVAS	65
3.2. MODALIDADES TERAPÉUTICAS	66
3.3. CENTROS TERAPÉUTICOS	67
4- RESUMEN Y CONCLUSIONES	69
PARTE II. ESTUDIO EMPÍRICO 1	73
1- INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE LA EMOCIÓN	75
1.1. ESTUDIO DE LAS EMOCIONES	75
1.2. TEORÍA DE LANG	77
1.3. EMOCIONES Y CONDUCTAS ADICTIVAS	79
2- OBJETIVOS E HIPÓTESIS	83
3- MÉTODO	85
3.1. PARTICIPANTES	85
3.2. MEDIDAS Y PROCEDIMIENTO	86
3.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	88
4- RESULTADOS	89
5- DISCUSIÓN	95
PARTE III. ESTUDIO EMPÍRICO 2	99
1- INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS DE LA ADICCIÓN	101
1.1. SISTEMA DE INHIBICIÓN CONDUCTUAL (<i>BEHAVIOURAL INHIBITION SYSTEM, BIS</i>) y SISTEMA DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL (<i>BEHAVIOURAL ACTIVATION SYSTEM, BAS</i>)	101
1.1.1. BIS/BAS y conductas adictivas	103
1.2. AFECTIVIDAD	104
1.2.1. Afecto positivo y afecto negativo	105
1.2.2. Ansiedad y depresión	107
1.2.3. Afecto y conductas adictivas	109

1.3. PROCESOS PSICOSOCIALES	111
1.3.1. Autoeficacia	111
<i>1.3.1.1. Autoeficacia y conductas adictivas</i>	114
1.3.2. Afrontamiento	115
<i>1.3.2.1. Afrontamiento y conductas adictivas</i>	121
1.3.3. Apoyo social	123
<i>1.3.3.1. Apoyo social y conductas adictivas</i>	124
2- OBJETIVOS E HIPÓTESIS	127
3- MÉTODO	133
3.1. PARTICIPANTES	133
3.2. MEDIDAS Y PROCEDIMIENTO	135
3.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	138
4- RESULTADOS	141
4.1. ANÁLISIS PRELIMINARES	141
4.2. PREDICCIÓN DE LA AFECTIVIDAD Y DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	143
4.3. FACTORES RELEVANTES EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	149
5- DISCUSIÓN	155
RESUMEN Y CONCLUSIONES	165
REFERENCIAS	171
ACRÓNIMOS	203
ANEXO 1	207
ANEXO 2	217
ANEXO 3	225

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1. Criterios para el abuso y dependencia de sustancias DSM-IV-TR (APA, 2002)	20
Cuadro 2. Criterios diagnósticos del consumo de sustancias en la CIE-10 (OMS, 2000)	21
Cuadro 3. Criterios diagnósticos para trastornos relacionados con sustancias DSM-5 (APA, 2013)	23

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de los dos grupos de la muestra	86
Tabla 2. Orden de presentación de las imágenes seleccionadas	88
Tabla 3. Fiabilidad de las escalas de imágenes (alfa de Cronbach)	90
Tabla 4. Medias (desviaciones típicas entre paréntesis) en las tres dimensiones de los tres tipos de imágenes para cada grupo y para la muestra total	91
Tabla 5. Características clínicas de la muestra	133
Tabla 6. Características sociodemográficas de la muestra	135
Tabla 7. Factores <i>Brief COPE</i>	142
Tabla 8. Análisis descriptivos y de fiabilidad de las variables psicológicas	142
Tabla 9. Correlaciones entre variables psicológicas y afectivas con las sociodemográficas	143
Tabla 10. Correlaciones entre variables psicológicas y variables afectivas	144
Tabla 11. Correlaciones entre las variables psicológicas	145
Tabla 12. Análisis de regresión jerárquico con el balance afectivo como variable criterio	147
Tabla 13. Análisis de regresión jerárquico con los síntomas de ansiedad como variable criterio	148
Tabla 14. Análisis de regresión jerárquico con los síntomas de depresión como variable criterio	149
Tabla 15. Adherencia al tratamiento	150
Tabla 16. Adherencia al tratamiento y variables psicológicas	151
Tabla 17. Modelo final del análisis de regresión por pasos sucesivos con la adherencia al tratamiento como variable criterio	151
Tabla 18. Análisis de regresión con las variables psicológicas de interés en la	152

presente muestra tomando la adherencia al tratamiento como variable
criterio

Tabla 19. Puntuaciones en las variables psicológicas de las personas que abandonan o continúan tratamiento	153
--	-----

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Pacientes atendidos por sustancias en 2011, en el Ayuntamiento de Madrid	44
Figura 2. Nuevos pacientes atendidos por sustancias en 2011, en el Ayuntamiento de Madrid	44
Figura 3. Franjas de edad de los nuevos pacientes atendidos por sustancias en 2010 y en 2011, en el Ayuntamiento de Madrid	45
Figura 4. Eje formado por las dimensiones valencia y activación de las imágenes seleccionadas (izquierda) y de la validación española (derecha)	79
Figura 5. Maniquí de Autoevaluación (SAM-Self Assessment Manikin; Lang, 1980)	87
Figura 6. Eje formado por las dimensiones valencia y activación de las imágenes seleccionadas en ambas muestras de consumidores y no consumidores	89
Figura 7. Interacción grupo (drogodependientes y control) x tipo de imagen (sexuales, animales y aversivas) en la dimensión de valencia	92
Figura 8. Interacción sexo (varones y mujeres) x tipo de imagen (sexuales, animales y aversivas) en la dimensión de activación	92

PARTE I. ESTUDIO DE LA CONDUCTA ADICTIVA

1- INTRODUCCIÓN

Existen múltiples indicios científicos que nos informan del uso de sustancias adictivas desde las primeras civilizaciones. Hallazgos arqueológicos nos permiten inferir el uso de drogas en las primeras etapas de la humanidad. En ese tiempo, la disponibilidad era pequeña y su uso estaba relacionado con la curación de enfermedades y con ritos culturales. Por ejemplo, el opio ya se empleaba en la cultura sumeria, hace 6.000 años, como medicamento para calmar a los bebés y existen textos chinos de 2737 a.C. donde ya se habla del cannabis (Saah, 2005).

El desarrollo de las drogodependencias como problema de salud pública es más reciente, aparece en sociedades industrializadas, donde la persona consume una sustancia de forma compulsiva, convirtiéndose en el aspecto más importante de su vida y desechando otras facetas (Romaní, 1997). La droga, debido al comercio mundial y al capitalismo, se convirtió en una mercancía, dependiente de las leyes de mercado. El desarrollo de la industria química y farmacéutica a gran escala hace que la producción aumente, la mejora en los medios de transporte facilita la distribución de las sustancias prácticamente en cualquier lugar del mundo. Por otra parte, hay sustancias que son legales y se instauran tanto en el sistema sanitario como en la cultura de la sociedad, lo que hace que su producción se incremente y sea más fácil conseguirla con una menor sensación de que su uso puede ser perjudicial. De este modo, se facilita el desarrollo de conductas adictivas (Romaní, 1997).

En España el aumento del uso de drogas comienza en la década de los 70 del siglo pasado, donde se produce un incremento del consumo de alcohol y se comienza con el consumo de opiáceos, habitualmente relacionados con actitudes contra culturales que estaban influenciadas por el momento histórico. En 1985 se aprueba el primer Plan Nacional sobre Drogas intentando dar respuesta a la petición social de atención a los conflictos generados por el consumo y se crea una red de atención a drogodependencias que intenta dar respuesta a la totalidad de supuestos y necesidades de las personas con problemas relacionados con el uso o abuso de drogas (Becoña y Martín, 2004). Además de estos problemas aparece el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), lo que contribuye a que la atención se centre en los consumidores de heroína. En los años 90 surgen nuevas sustancias, nuevas conductas de consumo y se normaliza el uso de drogas. Estos cambios producen que la atención deba actualizarse y en ella tiene un papel preponderante la parte psicológica, así como la prevención (Martín, 2007).

1.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Gracias a los estudios epidemiológicos sobre las conductas adictivas ha sido posible definir los síndromes clínicos de abuso y dependencia a las drogas quedando reflejados en los principales sistemas de clasificación nosológica, como el de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV-TR, 2002) y en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 1992) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Uno de los mayores problemas, que se encuentra en la clínica y en las investigaciones, es la distinción entre uso no patológico de sustancias, uso problemático de sustancias, el abuso y la dependencia. Sin embargo, esta distinción tiene un fundamento más cultural que farmacológico (Stahl, 2002). Considerando las conductas adictivas como un continuo, el uso no patológico estaría en un extremo y la dependencia en el opuesto. Cuando aparecen cambios conductuales desadaptativos, podemos pensar que se ha pasado del uso al abuso. Existen factores de salud, de edad y de género que influyen en el cambio de uno a otro. La dependencia incluye la tolerancia, la abstinencia y el consumo compulsivo, mientras que en el abuso aparecen consecuencias negativas pero no aparecen los patrones mencionados anteriormente. El abuso sería una etapa previa a la dependencia, más leve y que tras un período de abstinencia es posible retornar al uso controlado de algunas sustancias. El concepto de dependencia tiene su base teórica en el síndrome de dependencia alcohólica desarrollado por Edward y Gross (1976). Para ellos estaría constituido por dos componentes independientes: uno serían los problemas derivados del consumo (físicos, psíquicos y sociales) y el otro el síndrome de abstinencia que a diferencia del otro es universal y transcultural. El síndrome de abstinencia alcohólica estaría formado por siete síntomas: fisiológicos, evitación del síndrome, tolerancia, limitación del repertorio conductual, abandono de otras actividades placenteras, conciencia subjetiva de una necesidad de beber y reinstauración del síndrome tras un período de abstinencia. Aunque con críticas estos criterios han sido la base para la elaboración de la CIE-10 y del DSM-IV-TR. Los elementos propuestos por Edward y Gross están presentes en los dos sistemas nosológicos. En el de la OMS se resaltan más los aspectos relacionados con la pérdida de control y con el síndrome de neuroadaptación del alcohol, en el de la APA se centran más en criterios comportamentales y problemas relacionados con la sustancia. Estos sistemas de clasificación son los más admitidos y empleados en el mundo, lo que permite poder comparar los resultados de las investigaciones a nivel internacional.

Aunque se puede hacer distinción entre el *uso* y el *abuso* de sustancias parece que entre uno y otro existe un continuo, a veces difícil de delimitar. Este concepto no está adecuadamente recogido en las clasificaciones actuales. Otra de las críticas a estos sistemas clasificatorios es que la clasificación de los pacientes se hace respecto a la sustancia, cuando sabemos que son pocos los casos de una única sustancia de consumo, así que se pueden entremezclar síntomas y consecuencias, pudiendo complicar los diagnósticos. Tampoco establecen criterios diferenciales entre poblaciones y no hacen referencia a los patrones de consumo (vía, cantidad, frecuencia...). Los criterios diagnósticos no dependen de la cantidad de sustancia consumida sino del tipo de conductas adictivas y de las adversidades derivadas del consumo (Iraurgi, Landabaso, Jiménez-Lerma, Larrazabal y Gutiérrez-Fraile, 2006). A continuación se mostraran los criterios que se siguen para los diagnósticos en los cuadros 1-3.

Cuadro 1. Criterios para el abuso y dependencia de sustancias DSM-IV-TR (APA, 2002).

Abuso	Dependencia
<p>“Se considera abuso de sustancias un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses”:</p>	<p>“Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses”:</p>
<p>1. consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa</p>	<p>1. tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:</p> <p>(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.</p> <p>(b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.</p>
<p>2. consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso</p>	<p>2. abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:</p> <p>(a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).</p> <p>(b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.</p>
<p>3. problemas legales repetidos relacionados con la sustancia</p>	<p>3. la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.</p>
<p>4. consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia</p>	<p>4. existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.</p>
<p>B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.”</p>	<p>5. se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.</p> <p>6. reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.</p> <p>7. se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.”</p>

Cuadro 2. Criterios diagnósticos del consumo de sustancias en la CIE-10 (OMS, 2000).

Dependencia

“Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.”

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.*
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.*
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.*
- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).*
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.*
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia*

Recientemente se publicó el DSM-5 (APA, 2013) basado en el modelo categorial, al igual que en ediciones anteriores, que implica que todas las categorías diagnósticas son distintas y que a su vez son distintas de la salud. No obstante, teniendo en cuenta las limitaciones y dificultades de anteriores sistemas clasificatorios se incorpora una visión más dimensional, donde se ha incluido la severidad de los síntomas de menor a mayor (leve, moderado y severo).

En lo referente a las adicciones propone una nueva categoría a la que denomina “*Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos*” dentro de la que se encuentran:

- “*Trastornos relacionados con sustancias*”.

- “*Trastornos no relacionados con sustancias*”.

En los “Trastornos no relacionados con sustancias” incluye el trastorno por juego o *Gambling disorder*. Esta categoría es diferente a la del DSM-IV-TR que lo incluía dentro de los trastornos por falta de control de los impulsos. Este cambio trata de reflejar que el trastorno de juego es similar a los trastornos referidos a sustancias en su expresión clínica, origen cerebral, comorbilidad, fisiología y tratamiento. La sintomatología entre la adicción a sustancias o a conductas placenteras parece semejante, dependiente de la activación del sistema de recompensa cerebral. En la sección III “Condiciones para más estudios en el futuro” se incluye el trastorno por juego en internet o *Internet gambling disorder*.

En el DSM-5, además, se combinan las categorías de abuso y dependencia en un único trastorno medido en un continuo desde leve a severo. El trastorno leve requiere 2 síntomas de una lista de 11. La tolerancia y el síndrome de abstinencia, característicos de la dependencia, pueden estar presentes en respuesta a algunos psicofármacos sin que se produzca una adicción, ésta requiere el deseo persistente por una sustancia o una conducta. Cada sustancia tiene su trastorno correspondiente separado del resto de sustancias. En el listado de síntomas se eliminaron los problemas con la ley ya que las consideraciones culturales hacen difícil su aplicación de forma internacional. La disminución del número de síntomas para diagnosticar un trastorno probablemente nos lleve a un aumento significativo de las prevalencias con el consecuente riesgo del aumento de medicación innecesaria y en conductas no patológicas.

Los “*trastornos relacionados con sustancias*” (ver cuadro 3) se dividen en dos grupos: “*los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias*”. En el primer grupo se incluyen diez clases de drogas distintas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos (con categorías separadas para la fenciclidina y otros alucinógenos), inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (sustancia anfetamínica, la cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas). En el segundo grupo se incluyen las siguientes afecciones: intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicamento (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014).

Cuadro 3. Criterios diagnósticos para trastornos relacionados con sustancias DSM-5 (APA, 2013)

Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos
<p><i>A. Un modelo problemático de consumo de sustancia que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:</i></p> <ol style="list-style-type: none"><i>1. Se consume la sustancia con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.</i><i>2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de la sustancia.</i><i>3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.</i><i>4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia.</i><i>5. Consumo recurrente de la sustancia que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.</i><i>6. Consumo continuado a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de la sustancia.</i><i>7. El consumo de la sustancia provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.</i><i>8. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que provoca un riesgo físico.</i><i>9. Se continúa con el consumo de la sustancia a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la sustancia.</i><i>10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:</i><ol style="list-style-type: none"><i>(a). Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.</i><i>(b). Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de la sustancia.</i><i>11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:</i><ol style="list-style-type: none"><i>(a). Presencia del síndrome de abstinencia característico de la sustancia.</i><i>(b). Se consume la sustancia (o alguna sustancia muy similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.</i>

Las categorías diagnósticas se completan con un apartado de especificaciones en el que se incluye:

- En remisión inicial: Después de haber sido diagnosticado, no reúne ninguno de los criterios durante un periodo de entre 3 a 12 meses.
- En remisión continuada: Similar al anterior, pero luego asintomático por más de 12 meses.
- Entorno controlado: Se emplea cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido a la sustancia.
- Nivel de severidad: Leve (reúne de 4 a 5 de los 9 criterios), moderado (reúne de 6 a 7 criterios) y severo (reúne de 8 a 9 criterios).

1.2. HISTORIA Y CONCEPTOS DEL CONSUMO DE DROGAS

El modo de uso de las drogas en las diferentes culturas ha ido variando y el consumo se ha visto influenciado por la época y la sociedad. Del mismo modo, las sustancias han producido cambios sociales. A continuación, se presentará la evolución histórica del consumo de las sustancias que son motivo de esta tesis.

1.2.1. Alcohol

El etanol es el principal componente de las bebidas alcohólicas, se obtiene de la fermentación anaeróbica de los hidratos de carbono que están presentes en algunos frutos y granos. Existen dos tipos de bebidas alcohólicas, las que se producen con la fermentación, como son el vino y la cerveza, y las que se obtienen mediante la destilación de una bebida fermentada, entre ellas están el whisky, el ron, el coñac, la ginebra, etc.

El consumo de alcohol es una práctica generalizada y legal, a excepción de la cultura islámica. Suele estar presente en ritos y celebraciones, ha llegado a ser considerado como algo divino. Los egipcios hace cuatro mil años a.C. ya tenían conocimiento de la cerveza y del vino. Los romanos extendieron el cultivo de la vid por todos sus territorios. En la Edad Media fueron los monasterios los que controlaban la producción de vino, era imprescindible disponer de viñedos para poder realizar la eucaristía. A partir del siglo XVII se mejoraron las técnicas de conservación y de transporte por lo que se empieza a comerciar con él. Es en el siglo XIX, con la revolución industrial, cuando empieza la distribución a gran escala del alcohol (Rubio, López-Trabada, Pascual y Santo-Domingo, 1998) y aparece el alcoholismo como un problema social. Las mejoras técnicas en la producción, el crecimiento demográfico y la gran concentración de obreros impulsaron enormemente el consumo de alcohol. Se crean establecimientos donde se expendían bebidas alcohólicas, vetados para las mujeres, que ocupan gran parte del tiempo libre de los obreros. Se forja un estereotipo de las clases humildes y trabajadoras asociado al consumo ilimitado de alcohol, degeneración física y psíquica y delincuencia. A la vez, aparecen las ligas antialcohólicas en sectores vinculados al comercio y las finanzas, relacionadas con el puritanismo protestante y la defensa de la familia como núcleo social (Barona, 2003).

El *delirium tremens* fue descrito por Sutton en 1813, también se publican otros trabajos médicos que empiezan a considerar el consumo abusivo de alcohol como una enfermedad que producía problemas sociales y laborales. Según las creencias de la época, la situación en la que se encontraban las multitudes trabajadoras era consecuencia de una perversión de los hábitos de vida y las

costumbres de los propios obreros, convirtiéndose en una amenaza para la salud de ellos y del resto de las clases sociales. El higienismo emergente responsabiliza e incluso culpabiliza al enfermo de su enfermedad, así sucedió con el alcoholismo. Los textos médicos de esa época hacen una clara diferenciación entre enfermedades consideradas inevitables y aquellas otras generadas por malos hábitos. De este modo se llega a una estigmatización del alcohólico al que se le considera proclive al vicio y al crimen.

Paralelamente surge otra corriente de pensamiento con los movimientos sociales relacionados con la clase obrera. Abogan por considerar las grandes enfermedades sociales (tuberculosis, enfermedades venéreas, prostitución y alcoholismo) como consecuencia directa de la injusticia social y la miseria. Se intercambian los papeles convirtiendo a los patronos en responsables de los males de los obreros, considerándolos como decadentes (Barona, 2003).

Los movimientos antialcohólicos surgen en casi todos los países industrializados, se intenta regularizar la producción, la venta y el consumo de las bebidas alcohólicas. El ejemplo más famoso es la aprobación de la ley seca en 1918, en los Estados Unidos de América (EEUU), por la que se prohibía la venta y el consumo de bebidas con más de 0,5% de alcohol. Los resultados obtenidos fueron contradictorios, para unos se consiguió disminuir las tasas de alcoholismo pero para otros fue perjudicial ya que se fomentó el comercio ilegal, aparecieron enfermedades por los alcoholes adulterados, se forman bandas mafiosas que traficaban con el alcohol lo que supone un gasto en intervención policial y una disminución de ingresos económicos al no pagar impuestos. Debido a esta controversia la ley fue derogada en 1933 (Pascual y Rubio, 2002).

Beber alcohol es un acto social con normas y reglas establecidas. Los lugares para beber tienen funciones sociales como crear un ambiente fuera de la rutina diaria y de integración social. También aparece en numerosos actos sociales, adquiriendo un papel preponderante, como son el nacimiento, la celebración de la mayoría de edad y el matrimonio (Heath, 1995).

El etanol es un líquido incoloro, inflamable, volátil y muy hidrosoluble. Un gramo de alcohol produce 7,1 kcal., este aporte energético no tiene ningún aporte nutritivo. Las bebidas alcohólicas se catalogan por su contenido en alcohol o graduación. La graduación refleja la cantidad de alcohol puro que está contenido en 100 c.c. de la bebida. Debido a la gran variedad de bebidas y formas de tomarlas que existen, se ha adoptado una medida, que es la *unidad de bebida estándar* (UBE), para facilitar el cálculo del alcohol ingerido. Equivale a unos 10 gr. de alcohol puro, un vaso de cerveza o un vaso de vino sería una UBE. Según el

número de UBEs el consumo de una persona se considera de riesgo cuando es igual o superior a 14 UBEs/semana en mujeres y 21 UBEs/semana en hombres (Álvarez-González y del Río, 2003).

El alcohol se absorbe en el estómago y, fundamentalmente, en el intestino delgado. La cantidad absorbida está condicionada por la presencia de alimentos en el estómago, cantidad de alcohol ingerida y características de la bebida. Las bebidas alcohólicas carbonatadas, champagne y cava, o cuando se añaden bebidas carbonatadas a las destiladas se absorben más rápidamente. Lo mismo sucede con las bebidas con concentraciones de alcohol entre 15% y 30%.

Una parte se metaboliza en el estómago, a partir del *alcohol-deshidrogenasa* (ADH). Las mujeres presentan menos actividad de esta enzima, esto unido a que el organismo de la mujer tiene mayor contenido de grasa y la condición hidrófila del etanol, hace que los volúmenes de distribución entre sexos sean muy diferentes, así que las mujeres llegan a cifras más altas de alcohol en sangre habiendo ingerido la misma cantidad que los hombres. La máxima concentración de alcohol se alcanza entre los 30 y 90 minutos después de haberse ingerido, se distribuye por todo el organismo, a excepción del tejido graso, también en la leche materna y atraviesa la barrera hematoencefálica y la barrera placentaria.

El 90% del alcohol ingerido se metaboliza en el hígado por oxidación, en varias fases:

- Oxidación del alcohol a acetaldehído por tres vías:
 - a) Vía ADH: La actividad de esta enzima aumenta con la edad y disminuye en situaciones de desnutrición.
 - b) Vía microsomal: Es secundaria en el metabolismo del alcohol. Es inducible, por lo que su actividad aumenta tras una exposición repetida, tiene mayor importancia en pacientes crónicos. Se relaciona con las interacciones farmacológicas.
 - c) Vía catalasa: Inducible y muy minoritaria.
- Oxidación del acetaldehído a acetato: La enzima responsable es el *aldehído-deshidrogenasa* (ALDH). El acetaldehído se relaciona con los efectos aversivos que produce el etanol (vasodilatación, aumento de la temperatura, aumento de la frecuencia cardíaca, hipotensión, náuseas, cefalea,...). Algunos fármacos como el disulfiran y la cianamida (Antabus® y Colme®) inhiben a la ALDH, impidiendo la metabolización del acetaldehído. Así que si se consume alcohol en presencia de estos fármacos se producen los efectos adversos, se emplean en los tratamientos de pacientes alcohólicos para favorecer la abstinencia.

- Biotransformación del acetato: se transforma en acetyl-CoA mediante la acción de la acetylCoA-sintetasa.

La ADH y la ALDH presentan polimorfismo genético, expresándose de forma diferente según la raza. Por ejemplo, en orientales se ha observado que un 40% poseen una ALDH inactiva, acumulando acetaldehído cuando consumen alcohol. Entre un 2% y un 10% del etanol ingerido se elimina sin metabolizar, a través de la respiración, el sudor y la orina. Esto permite la determinación de la alcoholemia, siendo posible determinar el consumo reciente de alcohol en las posteriores 24 horas (Santo-Domingo, Rubio, Marín, Martínez y Arnalich, 1997).

Los efectos del alcohol son dependientes de la concentración en sangre aunque existe cierto grado de variabilidad según la persona. Cuanto mayor es la concentración de alcohol en sangre más intensos son sus efectos, cuando el consumo es de forma crónica se produce tolerancia por lo que se necesita más cantidad de alcohol para alcanzar los mismos efectos (Ambrosio, 2003).

El alcohol es un depresor del sistema nervioso central, a bajas dosis deprime los sistemas inhibidores de la formación reticular que controlan la actividad asociativa, por lo que el efecto inicial es de una aparente estimulación con sensación de euforia, optimismo y aumento de la sociabilidad. Altera la movilidad fina, aumenta el tiempo de reacción y se pierde la capacidad de concentración. También dificulta la visión.

Según va aumentando la dosis los efectos depresores se hacen más evidentes: disartrias, ataxias, pérdida de reflejos, sopor y sueño. Con concentraciones más altas puede aparecer coma, depresión bulbar y muerte.

En el aparato digestivo el alcohol aumenta la secreción gástrica, provocando gastritis, e inhibe el peristaltismo intestinal. El consumo crónico interfiere en la absorción de la vitamina B y de otros nutrientes llegando a la desnutrición. En el hígado la ingestión crónica produce depósitos grasos, que si se mantiene el consumo, pueden evolucionar a hepatitis alcohólica y a cirrosis. El consumo crónico de alcohol es una causa de pancreatitis.

Respecto al sistema hematopoyético, disminuye la agregación plaquetaria e interfiere en los mecanismos de la coagulación. El consumo crónico se asocia con anemia, trombocitopenia y leucopenia.

Inhibe la secreción de la hormona antidiurética provocando un efecto diurético que hace que se elimine más líquido del ingerido.

Con dosis bajas aumenta la libido en el varón pero al aumentar la concentración disminuye la potencia sexual. Cuando se consume de forma crónica provoca en el hombre: impotencia, atrofia testicular, ginecomastia e interfiere la

espermatogénesis. En la mujer puede producir: amenorrea, esterilidad y abortos espontáneos. El alcohol es teratogénico siendo la causa más frecuente, en países desarrollados, de deficiencia mental inducida. La ingesta de alcohol está absolutamente contraindicada en el embarazo (Álvarez-González y del Río, 2003).

Del mismo modo, el alcohol es uno de los principales causantes de interacciones medicamentosas. Se debe valorar su consumo cuando existen fracasos de la terapéutica farmacológica (Álamo, López-Muñoz, Martín y Cuenca, 2000).

El síndrome de abstinencia alcohólica puede llegar a ser una urgencia médica y se presenta cuando la concentración de alcohol en sangre desciende, en un contexto de consumo continuado. Se manifiesta con temblor generalizado, que empeora con la actividad motora y el estrés. Su punto álgido suele aparecer entre las 24 y 48 horas posteriores al último consumo, por lo general desaparece a los 5-7 días. Puede complicarse presentando hiperactividad autonómica: hipertensión, taquicardia, sudoración, malestar, vómitos, ansiedad y alteraciones del sueño.

Tanto la intoxicación alcohólica como el síndrome de abstinencia pueden producir convulsiones y un tercio de los pacientes que las padecen desarrollan un *delirium tremens*. Se caracteriza por los mismos signos que un síndrome de abstinencia al alcohol, al que se le añaden delirios y alucinaciones visuales, especialmente relacionadas con insectos o animales pequeños, acompañados de terror y agitación. Sin tratamiento tiene una mortalidad entre el 10% y el 20%, reduciéndose al 1% con tratamiento (Ponce, Jiménez-Arriero y Rubio, 2003).

No existen pruebas diagnósticas específicas para el diagnóstico de la dependencia alcohólica, pero hay algunas pruebas que pueden ser bastante orientativas del consumo problemático de alcohol. Las más empleadas son:

- La *Gammaglutamiltranspeptidasa* (GGT): es el marcador biológico más empleado, indica la actividad microsomial inducida por el alcohol. Su sensibilidad es del 65% al 80%, aunque su especificidad es variable del 50% al 65%. Esta baja especificidad se debe a que puede elevarse en situaciones de hepatopatía, insuficiencia cardíaca y a algunas farmacoterapias. Los valores descienden rápidamente cuando se está abstinente, sino existe ninguna otra enfermedad hepática. La reducción de los valores en los cinco días siguientes a suspender el consumo se considera patognomónica de alcoholismo.

- *Volumen corpuscular medio* (VCM): Es la alteración hematológica más frecuente en pacientes dependientes del alcohol. Es un indicador con una sensibilidad baja del 20% al 40%, aunque más específico entre el 80% y el 90%.

Los valores tardan varias semanas en retornar a sus cifras normales, así que no es muy útil para el seguimiento de los pacientes.

- *Transferrina deficiente en carbohidratos* (CDT): Su concentración aumenta según se incrementa el consumo de alcohol, para que aparezcan cifras elevadas es necesario 60-80 g. de etanol/día. Tiene una especificidad superior al 70%, llegando en algunos estudios al 100%. La sensibilidad oscila entre el 69% y el 100%. Además de indicar consumo problemático podría ser un indicador de la severidad de la disfunción biológica.

La determinación conjunta de GGT y VCM podría clasificar correctamente a dos tercios de los pacientes con dependencia al alcohol. Aunque la CDT es más sensible y específica, su determinación no es rutinaria en la mayoría de centros sanitarios, sobre todo por su elevado coste (Ponce et al., 2003).

En la práctica clínica se emplean algunos cuestionarios, validados en nuestro país, para el cribado del abuso y dependencia del alcohol:

- El C. A. G. E. (Mayfield, McLeod y Hall, 1974; Rodríguez-Martos, Navarro, Vecino y Pérez, 1986): Ha tenido gran aceptación debido a su brevedad. Se compone de 4 preguntas, de formato sí o no de respuesta. Una respuesta positiva equivale a "posible", dos o más positivas a "probable" y las cuatro positivas confirman el diagnóstico de alcoholismo.

- El *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) (Contel, Gual y Colom, 1999; Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente y Grant, 1993): Es breve, eficaz y autoadministrable. Consta de 10 preguntas con 5 posibilidades de respuesta. Explora cantidad y frecuencia de consumo, trastornos relacionados con el consumo, sintomatología de dependencia y consecuencias negativas. Se ha evidenciado su validez y fiabilidad para la detección precoz tanto de consumos de riesgo como de dependencia alcohólica (Bohn, Babor y Kranzler, 1995).

1.2.2. Opiáceos

El *opio* es el jugo extraído de la *Papaver somniferum*, se consigue haciendo un corte en las capsulas de la planta y se pueden obtener de entre 10 y 100 mg. de opio de cada una de ellas. La sustancia recogida contiene más de 20 alcaloides entre los que se encuentran la morfina, la codeína y la noscapina (Álvarez y Farré, 2005).

El comienzo del uso del opio se sitúa en el 2.000 a.C., sus propiedades analgésicas y antidiarreicas se citan en papiros egipcios. Los griegos y los romanos describieron la forma de prepararlo para usarlo como medicamento en forma de tintura de opio o láudano. Las primeras descripciones de la dependencia al opio

aparecen en el siglo XVI en Turquía. A mediados del siglo XVII, son los holandeses los que expanden, a sus colonias orientales, el hábito de fumar tabaco mezclado con opio (Arquiola, Martínez y González, 1989).

La producción y comercialización del opio fue utilizada para controlar las colonias británicas de la India y China, aunque en Inglaterra su uso estaba asociado a clases altas de la sociedad y a personas relacionadas con las artes y la intelectualidad. El uso más frecuente en la sociedad victoriana era como tratamiento para la histeria, patología asociada exclusivamente al género femenino.

Ante los estragos que producía el consumo de opio, los chinos solicitaron en 1838, a los ingleses, que se prohibiera su producción, a lo que respondieron negándose por los importantes beneficios económicos que producía. Este conflicto desembocó en la primera guerra del opio en 1839 donde los chinos tomaron Hong Kong. Con la pérdida de la guerra los chinos tuvieron que aceptar la comercialización y producción, ceder Hong Kong y pagar a la reina por el opio destruido. En 1997 Hong Kong fue devuelto a China. El opio pasó a convertirse en pieza fundamental de la economía del imperio británico. Se fomentó el uso del opio como remedio curativo, analgésico, antidiarreico y sedante. Cualquier persona podía comprarlo, su uso se extendió al resto de Europa y a los EEUU.

En 1803, Friedrich Sertüerner de Paderborn descubre el elemento activo del opio, produciendo los primeros alcaloides. Obtiene la *morfina*, creyendo haber encontrado una forma más segura y más duradera del opio, la denominó así en recuerdo al dios griego del sueño Morfeo. En 1827, Merck & Co. comenzó la fabricación comercial de la morfina. A mediados de siglo se descubre la aguja hipodérmica, se comprueba que el uso de la morfina de manera intravenosa produce efectos más potentes. Los laboratorios hicieron que fármacos potentes estuvieran disponibles en formas comerciales por lo que su uso aumentó. La morfina se usó de forma generalizada en la guerra civil norteamericana y la franco-prusiana, se produjo la dependencia a la morfina en muchos soldados. Se estima que a principios del siglo XX había tres millones de adictos a los opiáceos.

En 1874, Wright consiguió sintetizar la *heroína* a partir de hervir la morfina con ácido acético. El laboratorio Bayer en 1900 comercializa la heroína para la analgesia y como sustituta de la morfina ya que se piensa que sus efectos secundarios son mucho menores. A la vez, se empieza a ofrecer como tratamiento a muchos morfinómanos que querían dejar el consumo (Berridge, 2009). En 1924 se ilegalizó la fabricación y posesión de heroína. El repunte de su consumo se produjo en la guerra de Vietnam (1963-1973), principalmente entre soldados que se encontraban en el frente de batalla, para luego generalizarse y distribuirse por todo

el mundo. Entre los años 70 y 80, aumenta el uso de la heroína extendiéndose por todo el mundo. Fue en los 90 con la epidemia de SIDA entre los consumidores de heroína por vía parenteral lo que concienció a la sociedad de las graves consecuencias del consumo (Agulló, Castellano y Vidal, 2006).

La *metadona* fue sintetizada en 1937, comenzó a emplearse con los soldados de la Segunda Guerra Mundial para el tratamiento del dolor. En 1968 en los EEUU, Marie Nyswarden y Vincent Dole, la empezaron a usar como tratamiento para los pacientes adictos a los opiáceos. Debido a sus efectos por vía oral, en la actualidad se emplea en programas de mantenimiento, de reducción del daño y de desintoxicación de opioides.

Las formas de consumo de opioides tienen gran variedad:

- El opio puede fumarse, esta forma de consumo era la habitual en los fumadores de opio del siglo pasado. Para ello el opio debe primero cocerse, después filtrarse y se vuelve a cocer hasta que se evapora el agua, obteniéndose un compuesto marrón que ya se puede fumar.
- La morfina se obtiene a partir del opio seco, se hierve y se añade óxido de calcio y carbonato cálcico, se filtra, para volver a hervir añadiendo cloruro de amonio.
- La heroína se sintetiza a partir de la morfina a la que se le añade anhídrido acético. La heroína marrón, en forma química de base, es menos soluble por lo que se emplea principalmente fumada. La heroína blanca, en forma de sal, se consume principalmente por vía parenteral. Actualmente su vía de consumo más empleada es fumada o intrapulmonar, le sigue la intranasal y por último la intravenosa. Para su uso intravenoso es necesario disolverla en agua, mezcla a la que se le añaden gotas de limón o vinagre para aumentar su solubilidad, después se calienta en una cucharilla y se carga en la jeringuilla a través de un filtro de cigarrillo o de algodón para quitar las impurezas. La administración parenteral ha disminuido en gran porcentaje debido a las muchas infecciones y problemas de sobredosis que provoca.
- Existen opioides sintéticos, fabricados en la clandestinidad, principalmente derivados del fentanilo y de la petidina, que causaron graves problemas de salud, que van desde Parkinson a la muerte (Álvarez y Farré, 2005).

Los opioides endógenos y exógenos se unen de forma específica a sus receptores, que principalmente se encuentran en el cerebro, en el área de la materia gris periacueductual, y en la periferia, en las articulaciones y en los plexos

mesentéricos digestivos. Se conocen cuatro tipos de receptores opioides en humanos: mu (μ), delta (δ), kappa (κ) y nociceptina. Tienen gran similitud estructural a los receptores de membrana acoplados a proteína G (Gutstein y Akil, 2001). Los opioides pueden actuar como agonistas, agonistas parciales o antagonistas en uno o varios receptores. El sistema opioide endógeno realiza varias funciones fisiológicas: regulación del dolor, modulación de las funciones gastrointestinales, endocrinas, el aprendizaje y la memoria. Especialmente relevante es el papel que desempeña en el circuito cerebral de la recompensa, que está muy relacionado con la adicción. Los receptores opioides son el sustrato neurobiológico de todas las conductas adictivas, los opioides liberan dopamina en el núcleo *accumbens* principalmente por la inhibición de las neuronas gabaérgicas del área tegmental ventral (Flórez, 2003; Gutstein y Akil, 2001; Schumacher, Basbaum y Way, 2004).

Los opioides se pueden clasificar por su origen (natural, semisintético y sintético) o por su efecto sobre los receptores:

- Agonistas puros: funcionan en un único receptor. Por ejemplo, morfina, heroína, petidina, metadona o fentanilo.
- Agonistas-antagonistas mixtos: Pueden actuar como agonistas en un receptor y como agonistas parciales o antagonistas en otro. En sujetos dependientes de opioides agonistas puros producen síndrome de abstinencia. Por ejemplo, pentazocina, butorfanol o nalorfina.
- Agonistas parciales: Actúan sobre receptores mu pero con menos intensidad que los agonistas puros. Son analgésicos si se administran de forma única y antagonistas de los efectos de los agonistas puros. Por ejemplo, buprenorfina.
- Antagonistas puros: Impiden la acción de los agonistas. Por ejemplo, naloxona o naltrexona.

Los agonistas puros producen unos efectos en el organismo que disminuyen con la administración prolongada produciendo tolerancia, y provocan síndrome de abstinencia cuando se cesa su uso continuado. La tolerancia suele aparecer rápidamente sobre todo para las acciones depresoras. Estos efectos centrales son:

- Sedación dependiente de la dosis. Sueño, estupor, sueño profundo y coma según va aumentando la dosis.
- Euforia, placer y sensación de bienestar.
- Analgesia. Alivian y suprimen dolores de gran intensidad, debido a la acción sobre receptores mu.
- Depresión respiratoria. Reducen la sensibilidad al CO₂ y a la hipoxia, disminuyen la activación del centro respiratorio.

- Supresión de la tos. No se conoce de forma exacta el mecanismo de acción. La codeína y el dextrometorfano son los medicamentos más empleados en la clínica.
- Miosis. Todos los opioides tienen esta propiedad que no presenta tolerancia y es de especial utilidad para diagnosticar intoxicaciones agudas o uso reciente de opioides.
- Náuseas y vómitos. Son más frecuentes en las primeras administraciones.
- Actúan sobre el hipotálamo e hipófisis, estimulando la secreción de ACTH, hormona del crecimiento y hormona antidiurética. Inhiben la secreción de TSH y de gonadotropinas.
- Pueden producir hipotermia e hipertonia muscular.
- Aumentan el tono muscular en el tracto digestivo y reducen la motilidad provocando estreñimiento.
- Vasodilatación arterial y venosa.
- Liberación de histamina apareciendo sensación de calor, prurito y enrojecimiento facial.
- Aumentan el tono del musculo detrusor de la vejiga y del esfínter, dificultando la micción.
- Reducen el tono uterino prolongando la duración del parto.
- Inmunosupresión cuando se administran de forma crónica.

Los opioides presentan tolerancia cruzada entre los que activan un mismo receptor, así que se pueden intercambiar con facilidad sin la aparición de síndrome de abstinencia. Esto es una herramienta de gran utilidad en el tratamiento de las dependencias y para realizar desintoxicaciones. Por ejemplo, se puede intercambiar el consumo de heroína por metadona sin que la persona padezca síndrome de abstinencia. En el caso del cese brusco de la administración este síndrome puede cursar con bostezos, midriasis, rinorrea, dolor muscular, sudoración, piloerección, náuseas, vómitos, diarrea, fiebre, insomnio y ansiedad. La administración de un antagonista en pacientes drogodependientes provoca un síndrome de abstinencia severo (Álvarez y Farré, 2005).

Respecto a los agonistas parciales el más importante es la buprenorfina. Actúa principalmente en los receptores μ y con menor intensidad en los receptores κ , su acción es prolongada y los antagonistas como la naloxona no eliminan sus efectos (Álvarez y Farré, 2005). Se emplean, como tratamiento, de forma conjunta (Suboxone ©) en pacientes dependientes de opiáceos, ya que la

naloxona evita los consumos de otros opioides y la buprenorfina no permite la aparición del síndrome de abstinencia.

Dentro de los antagonistas puros, la naloxona y la naltrexona son los más empleados. Actúan en tres tipos de receptores (μ , δ y ψ) bloqueando la acción de todo tipo de opioides. La naloxona se emplea en los casos de intoxicación y de sobredosis. La naltrexona se usa en el tratamiento de la adicción a opioides porque imposibilita la acción de los agonistas (Álvarez y Farré, 2005). También se emplea en el tratamiento del alcoholismo, por el efecto que produce en el sistema de recompensa evitando el refuerzo que produce el consumo, la efectividad de este uso parece no estar lo suficientemente demostrada (Torres-Hernández, Horcajadas y Mangado, 2000).

Existen varias vías de administración de los opioides: intravenosa, intrapulmonar, intramuscular, intranasal, subcutáneo, por la mucosa bucal y dérmica. El mecanismo principal de eliminación es hepático, se excretan fundamentalmente por orina y bilis, experimentando circulación enterohepática. En los controles toxicológicos pueden aparecer concentraciones positivas hasta después de 3-4 días. La semivida suele ser corta, la de la heroína es de 3 a 5 minutos, excepto para la buprenorfina y la metadona, permitiendo en los tratamientos de las adicciones una única administración al día.

La heroína es más liposoluble que otros opioides, por lo que al usarse por vía parenteral, llega antes al cerebro y consigue más concentración. La biodisponibilidad de la heroína varía según la forma de administrarse, fumada es del 89%, intranasal del 80% y oral del 20 al 50% (Álvarez y Farré, 2005).

Los opioides presentan interacciones con otros fármacos, los sedantes tipo benzodiazepinas potencian su acción. Pueden disminuir la absorción de otros medicamentos debido a la disminución de la motilidad digestiva. Por su mecanismo de eliminación hepática, fármacos que actúan sobre el citocromo CYP3A4 o inductores metabólicos (eritromicina, ketokonazol, fluconazol, diazepam, midazolam, antituberculosos y retrovirales) pueden afectar a la farmacocinética de los opioides. Este hecho es de especial importancia en los tratamientos con metadona, ya que puede ser preciso aumentar la dosis o realizar más de una toma al día debido a su rápida metabolización, para que no aparezca síndrome de abstinencia. También puede tenerse que disminuir la dosis por el enlentecimiento de la eliminación (Álvarez y Farré, 2005).

1.2.3. Cocaína

El arbusto de la coca es autóctono del continente americano y el uso de la cocaína con fines rituales y medicinales data de la época precolombina. Comenzó a emplearse porque disminuía los efectos del mal de altura, quitaba el cansancio y el hambre. Los colonos españoles empezaron a consumirla siendo su uso reservado para las clases altas. En 1567 la Iglesia Católica prohibió mascar hoja de coca pero debido a los duros trabajos de los indígenas la medida tuvo poco éxito.

Igual que con el opio el consumo de coca cambió drásticamente cuando se sintetizó el alcaloide de la cocaína. En 1864 el cirujano Karl Koller empleó la cocaína como anestésico local en cirugía oftálmica. Freud llegó a emplearlo como antidepresivo y para disminuir los efectos de la abstinencia a morfina. Su consumo se extiende por todo el mundo y en las sociedades occidentales se convierte en símbolo de estatus social. En 1903 la empresa Coca-Cola deja de añadir cocaína a sus refrescos por las presiones sanitarias.

A principios del siglo XX se inició el uso de forma esnifada, para más tarde ser consumida por los combatientes de la Primera Guerra Mundial. En el periodo entre guerras (1920-1940) ocurre la primera epidemia de consumo de cocaína, aunque limitado a poblaciones de riesgo como eran sanitarios (médicos, enfermeros y farmacéuticos), trabajadores en condiciones duras y personas asociadas al arte. Ante la gran expansión de la heroína su consumo descendió en todos los países (Herrero, 2006).

En las décadas de los años 80 y 90 el consumo de cocaína se incrementó en EEUU y en Europa. Esta reactivación se fundamentó principalmente en la percepción de bajo riesgo del consumo de cocaína, frente a la percepción de devastador que se tenía del consumo de heroína. La concepción de inocua hace que la cocaína se empiece a consumir entre las clases sociales elevadas y sea un símbolo de estatus social. A partir de esta demanda se crean importantes redes de narcotráfico que consiguen su distribución a gran escala (Escohotado, 1998).

Hay bastante diversidad en las formas de consumo de la cocaína, que condicionan su biodisponibilidad, influyendo de manera sustancial en la salud y en la conducta adictiva de los consumidores. Las formas más habituales son:

- Clorhidrato de cocaína: Se utiliza ácido clorhídrico para producir esta sal. Tiene forma de cristales escamosos blancos, sus formas de administración son por vía intranasal (*esnifar*) o por vía intravenosa. En la mucosa nasofaríngea su absorción es rápida, de 5 a 10 minutos, manteniéndose sus efectos de sensación de energía e invulnerabilidad entre 20 y 40 minutos. Cuando se consume de forma endovenosa los

efectos son inmediatos y duran entre 10 y 20 minutos, suelen aparecer intensos síntomas de disforia e irritabilidad (*crash*) cuando disminuye el efecto de la droga, por lo que para evitarlos se suele asociar la cocaína con heroína (*speed ball*).

- Cocaína base: Se obtiene de la mezcla de clorhidrato de cocaína con una solución básica (amoníaco o bicarbonato sódico), posteriormente se disuelve en éter, dejando que se evapore este último. Se puede consumir inhalando los vapores de la base libre (*free base*) por lo que es necesario una alta temperatura de unos 800°C, así se emplean mecheros de propano y hace que su consumo sea complicado. La otra forma es el "Crack" que se obtiene con amoníaco, bicarbonato sódico y calentando la mezcla a 98°C. Obteniéndose una pasta, que se seca, similar a la porcelana. Se tritura en escamas para conseguir gránulos de 125 a 300 mg., se fuma o se inhala en recipientes calentados y su nombre viene del ruido que hacen los cristales cuando se rompen al calentarse. Su biodisponibilidad es muy alta, entre el 70-80%, consiguiendo su concentración máxima a los 8-10 segundos de haberse administrado. Los efectos son rápidos, potentes y durante muy poco tiempo, produciendo una dependencia muy importante (Lizasoain, Moro y Lorenzo, 2002). Desarrollar criterios para la dependencia es de dos a tres veces más frecuente en los fumadores de crack que en los consumidores de cocaína en polvo (Chen y Anthony, 2004).

La cocaína atraviesa la barrera hematoencefálica, consiguiendo concentraciones en el cerebro a los 5 y 30 segundos de haberse administrado. La cantidad de cocaína absorbida a nivel sistémico depende de la vía de administración, por orden de mayor a menor serían: intravenosa, fumada, esnifada y oral (Jones, 1998). La cocaína se metaboliza por hidrólisis enzimática produciendo un metabolito que es la benzoilecgonina, entre el 1-5% de la cocaína se excreta por orina sin que haya sufrido modificaciones. Este metabolito es el que se emplea para la detección en orina, aparece durante los 3-4 días posteriores al consumo, dependiendo de la cantidad consumida y de la sensibilidad de la prueba.

El uso de cocaína se complementa frecuentemente con consumo de alcohol. Esta asociación no está científicamente aclarada aunque parece que el aumento de la euforia es una de las razones más importantes (Herrero, 2006). Al margen de esta consideración, la importancia de su utilización de forma simultánea es que aumenta el riesgo de muerte súbita hasta en 18 veces. El etanol interfiere en la eliminación de la cocaína dando lugar a un metabolito, cocaetileno, que es tóxico a

nivel cardíaco y hepático. El consumo de cocaína se asocia a un elevado riesgo de aborto, de prematuridad y de malformaciones congénitas. Atraviesa la barrera placentaria pudiendo producir lesiones cerebrales isquémicas (Lizasoain et al., 2002).

La cocaína tiene una acción simpaticomimética indirecta, aumenta la disponibilidad de la dopamina y de la noradrenalina en los receptores, que se debe a la inhibición de su recaptación. El exceso de noradrenalina es el responsable de los efectos fisiológicos como aumento de presión arterial, sudoración, temblor y aumento de la temperatura corporal. La dopamina estaría más implicada en los efectos psicológicos como euforia, paranoia, invulnerabilidad, disminución del apetito, insomnio, disminución de la fatiga e hiperactividad motora. A su vez, bloquea la recaptación de serotonina y modifica su biodisponibilidad, esto parece ser la base para crear dependencia (Salazar, Peralta y Pastor, 2006).

1.2.4. Cannabis

La *Cannabis sativa* es una planta dioica, o con sexo separado. Se puede cultivar en muchos entornos y crece de manera silvestre en varias regiones del mundo. La hierba o marihuana son las hojas y los tallos secos de la planta. La resina es secretada por las plantas femeninas que podrían emplearla para proteger a las semillas de los cambios climáticos (Paris y Nahas, 1984). Es probablemente originaria de Asia pero su cultivo se extendió hace unos 6000 años, debido a que sus fibras eran muy empleadas en la fabricación de productos textiles. En la antigua China ya se usaba como medicamento en 2000 a. C.. En la cultura hindú es considerada una planta sagrada, además de ser empleada con fines curativos. Desde la India se extendió su uso hacia Persia, donde se empleaba para contribuir al éxtasis chamánico (Ramos-Atance y Fernández-Ruiz, 2000a).

Tanto griegos como romanos utilizaban el cáñamo para la elaboración de productos textiles (Brunner, 1973). Los primeros cristianos usaban preparados del cannabis como tratamiento para algunas enfermedades como la otitis y los calambres, aunque también describieron que su exceso podía producir diálogos carentes de sentido. En el norte de África, la influencia musulmana había prohibido el vino, pero no decía nada sobre el cannabis, lo que permitió que su consumo se extendiera hasta la Península Ibérica. “*Hashish*”, significa hierba en árabe. Y su consumo también fue prohibido durante algunas épocas de apogeo del Islam, debido a que “debilitaba la mente” (Watson, 1938). Fueron los conquistadores españoles los que llevaron el cannabis a América del Sur y los colonos ingleses los que lo introdujeron en Canadá y en EEUU. Su uso se extiende entre los esclavos

africanos y en los sectores pobres de la población. La marihuana llegó a ser parte fundamental de toda la cultura del jazz que pasó de popularizarse en Nueva Orleans al resto de los EEUU. En la segunda guerra mundial, debido a la gran necesidad de cuerdas y lonas, su cultivo se revitalizó hasta la aparición de la fibra sintética cuando se dejó de fabricar (Ramos-Atance y Fernández-Ruíz, 2000a).

En el siglo XIX se popularizó el uso del cannabis en Gran Bretaña en relación con sus propiedades curativas, traído de la India por los médicos del ejército colonial, donde tenía una amplia tradición su uso curativo.

En Europa continental el cultivo del cáñamo estaba dedicado a la obtención de fibras para la elaboración de cuerdas y tejidos. A mediados del siglo XIX, la marihuana con fines no médicos llega a Europa a partir de las guerras napoleónicas, traída por las tropas francesas desde Egipto. El farmacéutico M. Rouyer, que acompañaba al ejército napoleónico, publicó un artículo sobre el uso recreacional de la *Cannabis sativa*. Empleado por el círculo bohemio de la sociedad francesa, su consumo influyó a escritores como Baudelaire, Balzac, Dumas... que llegaron a pertenecer al club del hachís en París. En este club se practicaba el consumo por los efectos psicoactivos, en la búsqueda de las “emociones del espíritu” (Ramos-Atance y Fernández-Ruíz, 2000a).

El consumo quedó relegado a los ambientes intelectuales marginales hasta los años 60, debido sobre todo al aumento del consumo de opiáceos. Con la revolución cultural, a través de los movimientos protagonizados por la música rock y el movimiento hippie, su consumo se generaliza a todos los ambientes juveniles (Pascual y Rubio, 2002).

Se han identificado en la *Cannabis sativa* unos sesenta compuestos químicos del grupo de los cannabinoides. La variedad de compuestos químicos viene marcada por el clima, el tipo de suelo, la variedad y la forma de cultivo de la planta. El *delta-9-tetrahidrocannabinol* (THC), la principal sustancia causante de sus efectos psicoactivos, fue sintetizado en la década de los 60 (Gaoni y Mechoulam, 1964), lo que permitió un mayor número de investigaciones médicas que intentaron separar las cualidades médicas de las tóxicas. Es hidrófobo con alta liposolubilidad, lo que determina su distribución y eliminación, esta característica le diferencia de otras drogas. La cantidad de THC absorbido está en gran parte condicionado por la vía de administración.

Los cannabinoides se pueden consumir de varias formas:

- Por inhalación de humo, con una rápida biodisponibilidad. Produciéndose cambios significativos en los niveles plasmáticos de THC, relacionados con la cantidad inhalada.

- De forma oral en alimentos o bebidas, se absorbe de forma más lenta. La biodisponibilidad es baja por lo que sus efectos son menores, se requiere más cantidad para conseguirlos. La concentración en sangre va aumentando de forma gradual durante varias horas.
- Dentro de los preparados farmacéuticos estarían los aerosoles, en colirio y por administración rectal.

Tras su administración el THC se distribuye principalmente por los tejidos que están más vascularizados, principalmente en pulmón, hígado, corazón, estómago, bazo, placenta, corteza adrenal, tiroides, pituitaria y glándula mamaria. Su concentración es menor en cerebro, tejido fetal y testículos. Posteriormente, pasados unos tres días, se deposita en el tejido adiposo y en el bazo. Estos depósitos lipídicos pueden tardar varias semanas en eliminarse, los niveles plasmáticos disminuyen progresivamente, lo que podría explicar la falta de síndrome de abstinencia cuando se cesa la administración, de manera distinta a otras drogas como pueden ser los opiáceos, apareciendo éste más tarde y con variedad de síntomas como: ansiedad, alteración del sueño, irritabilidad y cambios en el apetito (Ramos-Atance y Fernández-Ruíz, 2000b; Quiroga, 2000). La mayor parte del THC se elimina en forma de metabolitos en las heces, otra parte menor en orina y una mínima parte se elimina en su forma original sin modificaciones. Su metabolismo se realiza principalmente en el hígado, siendo la vida media de 56 horas después de haber fumado y en consumidores crónicos es de 28 horas, aunque es posible detectar metabolitos en orina o heces transcurrido un mes. Se calcula que al cabo de una semana se ha excretado entre el 50-70% de lo absorbido. La detección de forma habitual se hace en orina pudiéndose obtener resultados positivos hasta 6 días después y en consumidores crónicos hasta 25 días (Balcells, 2000).

Existe un sistema cannabinoide endógeno, en el que hay dos tipos de receptores del cannabis. Unos se encuentran en el cerebro, los Receptores Cannabinoide de tipo 1 (CB1), y otros, los Receptores Cannabinoide de tipo 2 (CB2), que se localizan principalmente en el sistema inmune. Este sistema participa modulando la actividad de otros neurotransmisores, que a su vez regulan la conducta motora, la secreción de hormonas adenohipofisarias, el dolor, el aprendizaje, la memoria, la respuesta inmune, el sistema de recompensa y los centros reguladores de la emesis, de la temperatura y del apetito (Ramos-Atance y Fernández-Ruíz, 2000c). En consumidores crónicos de cannabis se produce una disminución de receptores CB1, produciendo tolerancia para alguno de sus efectos.

Este fenómeno se manifiesta de forma diferente para cada región cerebral, siendo el hipocampo una de las zonas más sensibles (Romero et al., 1997).

La psicoactividad del THC está condicionada por el ambiente, por la personalidad y por las expectativas del consumidor. A dosis bajas generalmente los efectos son depresores. De otro modo, estas mismas dosis pueden tener efectos excitatorios si se le añaden estímulos ambientales. Sin embargo, cuando las dosis son altas los efectos son depresores.

El THC también afecta a la conducta motora sobre todo a las funciones complejas, por lo que supone un grave riesgo conducir bajo los efectos del cannabis (Leza y Lorenzo, 2000).

La cronicidad del consumo puede producir un “síndrome amotivacional” entendido como pasividad, indiferencia y alteración de las capacidades cognitivas y sociales. Algunos estudios parecen encontrar disfunciones neurológicas que correlacionarían con estos síntomas, aunque la OMS todavía no diferencia entre los efectos de la intoxicación crónica y el síndrome amotivacional (Quiroga, 2000).

A su vez, el consumo afecta a la actividad de la dopamina, en especial en la producida en las neuronas mesocorticolímbicas que son el principal componente del circuito de recompensa (Ramos-Atance y Fernández-Ruiz, 2000c). Los cannabinoides inducen un síndrome de abstinencia caracterizado por insomnio, inquietud, anorexia e irritabilidad (Jones, Benowitz y Bachman, 1976). Los efectos psicoactivos están condicionados por las dosis, por la vía de administración y por la sensibilidad del consumidor. El consumo de cannabis puede provocar somnolencia, relajación, alteración de la percepción tiempo-espacio y euforia (Netzahualcoyotzi, Muñoz, Martínez, Florán y Limón, 2009). La intoxicación aguda puede inducir trastornos psicóticos. La controversia sobre si el cannabis puede precipitar el inicio de una esquizofrenia aún continúa, parece que existe una vulnerabilidad individual que depende de la predisposición genética y de factores ambientales entre los que se incluye el cannabis (Quiroga, 2000).

Ya se mencionó anteriormente que el empleo medicinal del cannabis se realizaba en las primeras civilizaciones. En la actualidad, a partir de la síntesis de distintos cannabinoides en el laboratorio, los estudios científicos sobre su uso medicinal se han incrementado aunque las controversias sobre sus beneficios versus los perjuicios no han desaparecido. Los principales usos terapéuticos demostrados son:

- Evitar náuseas y vómitos provocados por la quimioterapia anticancerosa. Es probablemente el empleo más estudiado y con más eficacia. El dronabinol y la nabilona tienen efecto antiemético en pacientes con

quimioterapia (Formukong, Evans y Evans, 1989). Su efectividad, en algunos estudios, se equipara con la de los antieméticos convencionales. Los efectos secundarios no son más graves que los de otros fármacos: somnolencia, sequedad de boca, ataxia, alteraciones visuales y reacciones disfóricas (Lorenzo y Leza, 2000).

- Aliviar síntomas de la esclerosis múltiple. Los estudios muestran una mejoría subjetiva aunque los signos de la enfermedad (debilidad muscular, espasticidad, coordinación motora, temblor y ataxia) no siempre experimentan mejoría (Grinspoon y Bakalar, 1995).
- Analgesia. La respuesta analgésica de los cannabinoides depende del tipo de dolor y la sensibilidad del paciente. Existen dificultades para establecer la relación dosis-respuesta.
- El tratamiento del glaucoma. Los cannabinoides con efectos psicoactivos se han mostrado eficaces para disminuir la presión intraocular. Aunque debido a su liposolubilidad, la administración local en forma de colirio presenta dificultades y efectos secundarios como: conjuntivitis, fotofobia o queratitis.
- Broncodilatador. Se ha demostrado su eficacia como broncodilatador, aunque la vía de administración es un problema, ya que habiendo desechado su administración de forma fumada por los componentes nocivos del humo, en aerosol se consiguen dosis muy altas pudiendo causar alteraciones psicológicas y sistémicas (Lorenzo y Leza, 2000).

1.3. EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE DROGAS

La población mundial es de unos 7.000 millones de personas. Se estima que una de cada 20 personas entre 15 y 64 años consumen una droga ilícita al menos una vez al año (230 millones), una de cada 40 personas consume por lo menos una vez al mes y una persona de cada 160 (27 millones) consume drogas ilegales con grave riesgo para su salud (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC, 2012).

El uso de drogas es un fenómeno con una importante presencia entre la juventud. Las tasas de prevalencia van aumentando de los 13 a los 17 años, alcanzando su mayor porcentaje entre las personas de 18 a 25 años, después van reduciéndose hasta llegar a ser muy bajas a partir de los 65 años. Las personas que solicitan tratamiento para la dependencia, se encuentran entre los 28 y 32 años, produciéndose el mayor número de muertes sobre los 35 años.

Otra característica es que el número de hombres que consumen drogas ilícitas es mayor que el de mujeres. Hay variaciones entre las distintas regiones del

mundo, pero en los países industrializados, la proporción de mujeres oscila entre un tercio y la mitad de la de los hombres. Encuestas realizadas a escolares muestran un cambio de tendencia, equiparándose las cifra de hombres y de mujeres que consumen. En países en vías de desarrollo estas diferencias entre géneros son más importantes.

Se calcula que en 2010 se produjeron entre 99.000 y 253.000 muertes derivadas del consumo de drogas ilícitas a nivel mundial. Se estimó que en 2008 había en el mundo 16 millones de personas que usaban drogas por vía parenteral, 3 millones de ellas estaban infectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), 3,5 millones padecían hepatitis C y 2,3 millones se habían contagiado por hepatitis B. Además, el consumo de drogas ilegales o de alcohol supone un riesgo mayor de infectarse por VIH, debido fundamentalmente a prácticas sexuales sin protección. El 12% de los consumidores de drogas ilícitas desarrollarán una dependencia, el 15% de los consumidores de cocaína pueden considerarse dependientes, lo mismo que el 50% de los consumidores de heroína y el 10% de los de cannabis. Las tasas de prevalencia de las dependencias en población reclusa son mucho más altas que las de la población general

Las sustancias ilícitas tienen un prevalencia significativamente menor a las legales. Así el consumo de alcohol tiene una tasa de prevalencia del 42%, ocho veces mayor que la de drogas ilegales. Especialmente altas son las tasas de Europa (69%) y de América (58%), descendiendo en las regiones donde su consumo no está permitido por cuestiones religiosas. En 2008 según la OMS, mientras que 40,5 millones de personas padecían algún tipo de discapacidad como consecuencia de la dependencia al alcohol, 11,8 millones de personas tenían discapacidad a causa de las drogas ilegales. En proporción, las muertes y los años de vida perdidos son mayores entre los consumidores de drogas ilegales, aunque el número de consumidores de alcohol y tabaco sea superior (UNODC, 2012).

En España, la edad media de inicio del consumo de drogas está entre los 13 y los 16 años. El policonsumo es un patrón cada vez más extendido, el 35% consume más de una sustancia. El porcentaje de consumidores aumenta entre los que salen más noches y llegan más tarde a casa (Plan Nacional sobre Drogas, 2014).

En 2003, se estimó que el mercado de las drogas ilícitas tenía un valor de 320.000 millones de dólares, lo que significa un 0,9% del Producto Interior Bruto (PIB) mundial, siendo América del Norte y Europa los mercados más grandes, constituyendo el 75% del total.

El consumo de drogas ilegales está relacionado con violencia y delincuencia. Los delincuentes tienden a consumir más drogas que el resto de la población, en 2010 en EEUU, aproximadamente el 70% de los hombres detenidos había consumido alguna droga. Se han obtenido resultados similares en Australia y Reino Unido. Por otra parte en Austria se calculó que los costes de los delitos relacionados con drogas eran 8 veces superiores a los beneficios que se obtenían de la venta de lo robado. Otro de los graves problemas es el tráfico de drogas ilegales que genera delitos, violencia y unos costes sociales muy elevados.

En 2009, unos 4,5 millones de personas en todo el mundo recibieron tratamiento por problemas relacionados con el consumo de drogas ilícitas, aproximadamente un millón eran europeos. En EEUU, 7,9 millones de personas requirieron tratamiento, pero sólo 2,2 millones lo recibieron (UNODC, 2012).

En 2011, dentro de los recursos públicos de la Comunidad de Madrid, se atendieron cerca de 15.000 pacientes por trastornos adictivos, más de 9.000 de ellos fueron tratados por el Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid y el resto por la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid (ver Figuras 1-3).

De hecho, el número de pacientes que se atendieron en el Ayuntamiento de Madrid fueron 9.377, un 1,5% menos que en el año 2010. Aproximadamente el 22,5% eran pacientes que solicitaron atención por primera vez, el 73% de ellos tenían entre 25 y 49 años. Las sustancias que más solicitudes de tratamiento presentaron fueron el alcohol y la cocaína, constituyendo un 70% de las nuevas altas. Sumadas las demandas de alcohol y cocaína fueron el 80% de los pacientes que se encontraban en tratamiento. Respecto a la distribución por sexos, el mayor volumen de atenciones corresponde a la población masculina: un 80% de los atendidos son hombres. La heroína fue la sustancia que originó más demandas de tratamiento. La cocaína desciende en su consumo, probablemente debido a la situación económica ya que su coste es superior al del alcohol, más barato y más accesible (Madrid Salud, 2012).

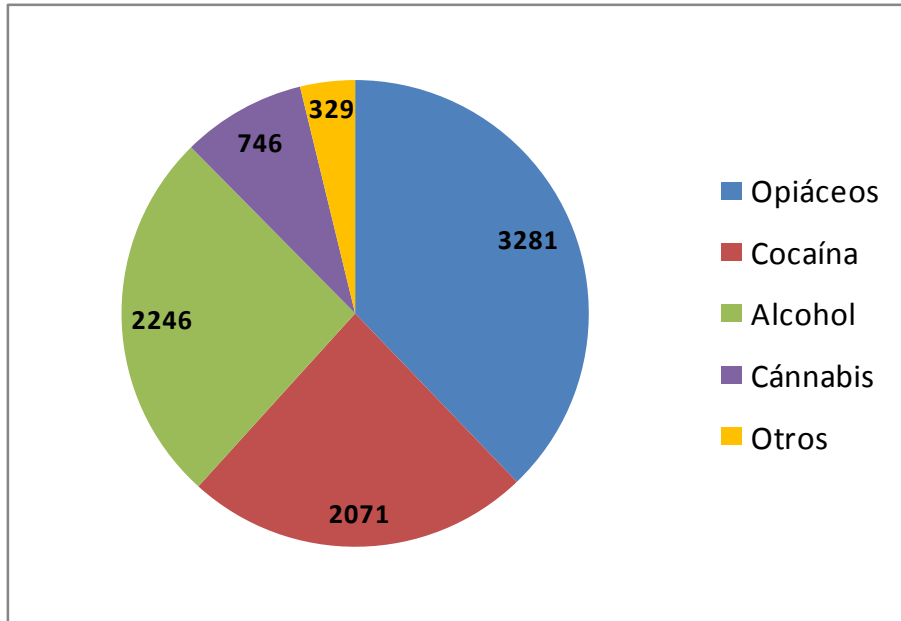


Figura 1. Pacientes atendidos por sustancias en 2011, en el Ayuntamiento de Madrid

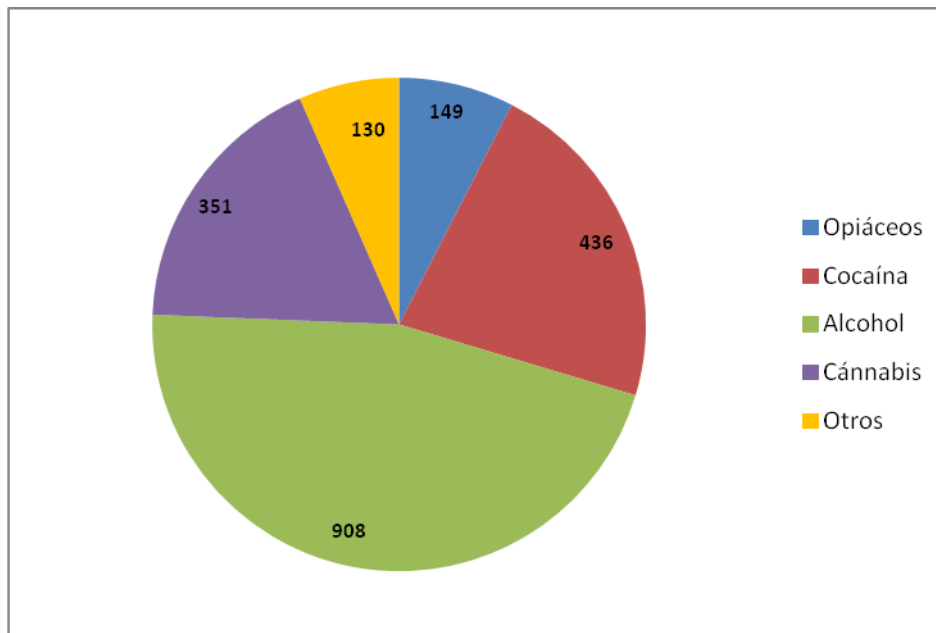


Figura 2. Nuevos pacientes atendidos por sustancias en 2011, en el Ayuntamiento de Madrid

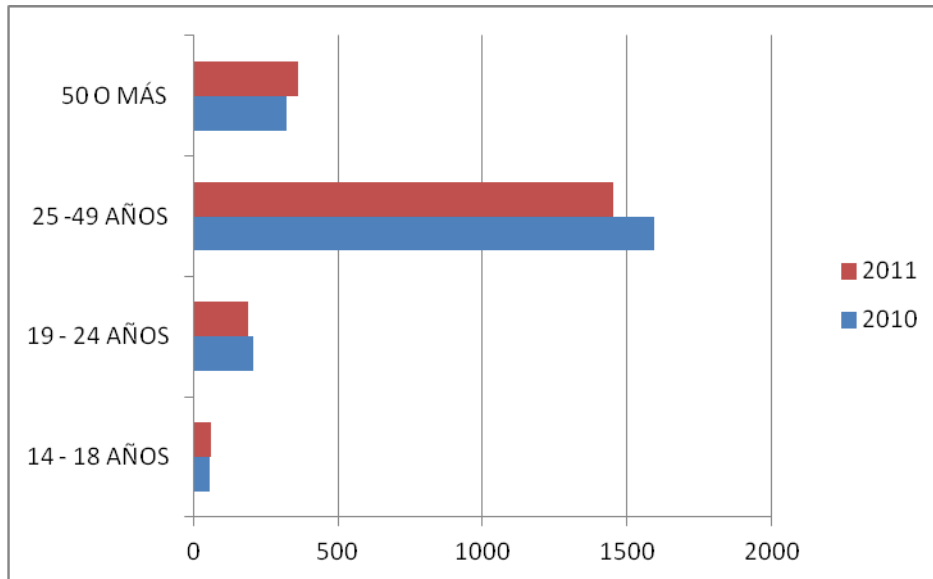


Figura 3. Franjas de edad de los nuevos pacientes atendidos por sustancias en 2010 y en 2011, en el Ayuntamiento de Madrid

1.3.1. Epidemiología del consumo de alcohol

Para los estudios epidemiológicos de alcohol en las diferentes poblaciones se emplean dos grupos de indicadores. Por una parte los directos, entre los que estarían el consumo *per cápita* de alcohol absoluto y la prevalencia del consumo por edad y sexo. Los indirectos serían los problemas relacionados con el consumo, la producción de bebidas alcohólicas y el gasto en los hogares en bebidas alcohólicas (Robledo de Dios, 2006).

En 2012, el 42% de la población mundial bebió alcohol en el último mes. Europa es la región del mundo donde más alcohol se consume, 12,5 litros por adulto/año, unos 27 g. de alcohol puro (UNODC, 2012). Europa es el continente con más alto consumo, producción y exportación de alcohol, siendo los beneficios económicos generados por la comercialización un importante porcentaje del PIB de los diferentes países (Robledo de Dios, 2006). La cerveza es la forma más habitual de beber (44%), seguida por el vino (34%) y después las bebidas destiladas (23%) (UNODC, 2012).

El alcohol es la causa de 60 tipos diferentes de enfermedades como son las cardiovasculares, el cáncer, las hepáticas o un mayor riesgo de padecer VIH. En Europa, el 24% de la carga total de enfermedad se relaciona con el consumo de sustancias. El consumo de alcohol tiene una correspondencia directa con las tasas de mortalidad y morbilidad. Aparece relacionado con accidentes, con todo tipo de violencia, incluyendo homicidios y suicidios (OMS, 2012). En relación, a la violencia de género, varios estudios refieren que el alcohol está implicado en muchas

conductas abusivas hacia la mujer (Eisenstat y Bancroft, 1999). En España, entre el 25 y 60% de los casos de violencia doméstica estarían relacionados con el alcohol (Sánchez, Pérez, Castellano y del Río, 2003). También se ha constatado que la dependencia de alcohol es más probable y más grave en grupos desfavorecidos socialmente (OMS, 2012).

Según los datos recogidos por el Plan Nacional de Drogas referidos al consumo de alcohol entre los años 2011 y 2012, el 90,9% de los españoles había bebido alguna vez en la vida, el 76,6% lo había hecho en el último año y el 62,3% en el último mes y el 10,2% bebía diariamente. La edad de inicio del consumo está en torno a los 14 años. Eran bebedores de riesgo el 12,2% de los hombres y el 4,9% de las mujeres. Bebedores de alto riesgo eran el 5% de los hombres y el 2,9% de las mujeres. Los atracones de alcohol o *binge drinking* (consumo de 5 UBEs o más en un intervalo de 2 horas) tienen una prevalencia del 19,7% en hombres y el 7,7% en mujeres (Plan Nacional sobre Drogas, 2013).

Según la encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias realizada en España, ESTUDES 2012/2013 (Plan Nacional sobre Drogas, 2014), el consumo de alcohol aumentó entre los jóvenes de 14 a 18 años. El 81,9% había bebido en el último año y el 74% en el último mes. Más de la mitad de las personas de 16 años se ha emborrachado en el último año, 3 de cada 10 se había emborrachado en el último mes. La proporción de chicas, entre 14 y 16 años, que se emborrachan es mayor que la de chicos. También los que consumen alcohol tienen más probabilidades de consumir otras drogas. El alcohol es la droga que se percibe como la menos peligrosa.

1.3.2. Epidemiología del consumo de opiáceos

Se estima que 17 millones de personas de la población mundial adulta, consumieron opiáceos, al menos una vez, en el último año, es decir el 0,8% de la población. De ellos, entre 12 y 13 millones consumieron heroína. La heroína sigue constituyendo la causa del mayor porcentaje de morbilidad y de mortalidad relacionadas con el consumo de drogas en la Unión Europea, a pesar del descenso del consumo en los dos últimos decenios.

En Europa los dos tipos de heroína importadas son: la marrón procedente de Afganistán y la blanca, menos común, que llega del sudeste asiático. Afganistán sigue siendo la principal fuente mundial de esta droga. Otros países productores son Birmania, Pakistán o Laos, que abastecen principalmente a Asia. Les siguen México y Colombia considerados los mayores suministradores de los EEUU. La producción mundial aumentó a 7.000 toneladas en 2011, gran parte de este

incremento se debió a lo producido por Afganistán, que fue de 5.800 toneladas. Respecto a la heroína se estimó en 467 toneladas para 2011, siendo de 384 en 2010 (UNODC, 2012).

Las incautaciones de opio a escala mundial fueron de 492 toneladas en 2010, siendo en Irán y Afganistán los países donde más número se hicieron. Respecto a la heroína fueron 81 toneladas y 19 toneladas para la morfina. En Europa, Turquía, Reino Unido y España ocupan los primeros lugares de alijos incautados, haciendo un total de 55.000 que corresponden a 19 toneladas de heroína. La pureza de la heroína marrón varió entre el 17% y el 28%, para la heroína blanca la pureza osciló entre el 25% y el 45%. El precio al por menor varió entre 24 y 74 euros el gramo, aunque en países del norte de Europa fue mayor, entre 160 euros por gramo en Suecia y 83 euros en Dinamarca (UNODC, 2012).

Los consumidores problemáticos de opioides son en su mayoría politoxicómanos, viven en zonas urbanas y pertenecen a grupos marginados. La prevalencia en la Unión Europea (UE) sería de 1,4 millones de personas consumidoras en 2010. Debido a su marginalidad y la ocultación del consumo, la obtención de datos estadísticos es más complicada.

En la UE, entre las personas que realizan tratamiento por dependencias, 200.000 tenían como droga principal la heroína. Tenían una media de edad de 33 años, la proporción hombres/mujeres es 3 a 1, la mayoría habían iniciado el consumo antes de los 30 años y el 46% antes de los 20 años. Un alto porcentaje son personas sin hogar, sin empleo y con niveles educativos inferiores a los consumidores de otras drogas. El tiempo que transcurre entre el inicio del consumo y el inicio de tratamiento suele ser bastante largo. Se estima que entre 10.000 y 20.000 personas fallecen al año por dependencia a opioides.

En 2010, 46.000 personas iniciaron tratamiento por dependencia a opioides, reduciéndose la tendencia que había sido al alza en los años previos. De este colectivo el 37% consumía por vía parenteral y por lo tanto tenían un riesgo muy alto de padecer problemas de salud.

Las opciones terapéuticas, para el tratamiento de la dependencia a opiáceos, se basan fundamentalmente en la administración de sustitutivos opioides como son la metadona o la buprenorfina. A partir de la toma de un fármaco para evitar el síndrome de abstinencia las alternativas terapéuticas varían considerablemente. Una de ellas iría encaminada a la reducción del daño, en ella se asume que el paciente decide seguir consumiendo droga, el tratamiento iría dirigido a minimizar los riesgos del consumo, a vigilar la salud del paciente, a evitar la exclusión social y a cubrir las necesidades básicas. Uno de los logros de estos

programas es la disminución de la delincuencia ya que no existe la necesidad de paliar el síndrome de abstinencia. Estos programas se suelen realizar en centros ambulatorios de baja exigencia. La otra alternativa terapéutica integraría la farmacoterapia en un contexto más amplio, combinándola con la atención psicosocial encaminada al cambio y a la normalización. Unas 20.000 personas recibieron este tipo de tratamiento en 2010 (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, OEDT, 2012).

Según los datos obtenidos para el periodo 2011-2012, en España, el consumo de heroína estaba estabilizado, el 0,6% de la población la había probado y un 0,1% la había consumido en el último año. La edad de inicio del consumo está en torno a los 20,7 años, siendo más tardía que para otras drogas (Plan Nacional sobre Drogas, 2013).

1.3.3. Epidemiología del consumo de cocaína

Se calcula que unos 16 millones de personas entre 15 y 64 años consumieron esta sustancia al menos una vez en el último año. Este dato supone entre un 0,3% y un 0,4% de la población mundial. En Europa, consumieron cocaína 8 millones de personas, entre 15 y 34 años, al menos una vez en su vida, que equivale a una media del 6,3% de la población.

Su producción está concentrada en países de la región andina sobre todo en Colombia, Perú y Bolivia. En 2010, la superficie dedicada al cultivo era de 149.000 hectáreas y se estima que produjeron entre 788 y 1.060 toneladas de cocaína pura. En 2011, esta superficie se amplió a 155.600 hectáreas, debido sobre todo a un aumento del mercado en nuevas regiones del mundo como son Asia, Oceanía, Sudamérica y el Caribe. En América Central el aumento del tráfico de cocaína es la causa de los altos niveles de violencia. La transformación de las hojas de coca a clorhidrato de cocaína se desarrolla principalmente en los tres países productores y parece que en Europa los países de entrada son España, Holanda, Portugal y Bélgica (UNODC, 2012).

Las incautaciones mundiales de cocaína en 2010 fueron 694 toneladas, siendo España el país que notificó un mayor número de ellas. En la UE, la pureza de las muestras varió entre el 27% y el 46%, habiéndose reducido la pureza en el periodo 2005-2010. El precio medio de venta, al por menor, osciló entre 49 y 74 euros por gramo (OEDT, 2012).

La cocaína es la segunda droga ilegal más consumida en Europa, 15,5 millones de europeos la han consumido al menos una vez en su vida (4,6% de la población), 4 millones lo hicieron en el último año y 1,5 millones lo hicieron en el

último mes (OEDT, 2012). El consumo, en el grupo formado por hombres entre 15 y 34 años, alcanza prevalencias entre el 4% y el 6,5%. Es especialmente intenso entre los individuos que acuden de forma regular a discotecas y a otros locales recreativos. Este consumo se suele asociar al de alcohol.

Los últimos estudios sugieren que la popularidad de la cocaína parece estar cayendo, perdiendo su condición de droga de alto nivel a la vez que aumenta la percepción de riesgo sobre ella.

Se pueden diferenciar dos grandes grupos de consumidores. El primero compuesto por personas integradas socialmente, que suelen consumir los fines de semana, en fiestas o vacaciones. El segundo grupo formado por los consumidores más compulsivos, de más riesgo, que incluyen el *crack*, pertenecientes a estratos sociales más desfavorecidos.

En la UE, la cocaína fue la causa de iniciar tratamiento en el 15% de los casos. En España la proporción de pacientes que tienen como droga principal la cocaína es del 44%. En 2010, 67.000 europeos estaban en tratamiento por dependencia a cocaína, 7.500 de ellos la usaban en forma de *crack*.

La proporción de hombres que iniciaron tratamiento fue de 5 a 1 respecto a la de mujeres, el promedio de edad rondaba los 33 años, habiéndose producido el primer consumo a los 22 años. El 65% de los pacientes la esnifan, el 27% la fuman y el 6% la consumen por vía parenteral. La mayoría de usuarios, el 64%, la consumían con otras sustancias (cannabis, heroína y otros estimulantes), especialmente con alcohol (OEDT, 2012).

En España en 2012, el 2,3% de la población había consumido cocaína en el último año. Entre jóvenes de 14 a 18 años, hay una tendencia descendente respecto al consumo de cocaína y la edad de inicio es a los 21 años (Plan Nacional sobre Drogas, 2014).

Las opciones principales de tratamiento para la dependencia a cocaína son las intervenciones psicosociales, entre las que se encuentran el refuerzo de la motivación, la terapia cognitivo-conductual, el entrenamiento en autocontrol, prevención de recaídas y el *counselling*. En consumidores más problemáticos y más desfavorecidos socialmente se trabaja la reducción del daño (OEDT, 2012).

1.3.4. Epidemiología del consumo de cannabis

Es la sustancia ilegal que más se produce y se consume del mundo. Unos 170 millones de personas consumieron cannabis al menos una vez al año, es decir, el 3,8% de la población mundial adulta. Su producción en 2008 se calculó entre 13.300 y 66.100 toneladas de hierba de cánnabis y entre 2.200 y 9.900 toneladas

de resina. El cultivo en Europa está ampliamente extendido aunque también se importa de otras regiones. Así la hierba se trae básicamente de África y referente a la resina, Afganistán es el mayor productor, seguido por Marruecos que sigue siendo el mayor proveedor de la sustancia en Europa.

En 2010 se incautaron 6.251 toneladas de hierba y 1.136 de resina en todo el mundo. España notifica la mitad de los decomisos de resina que se hacen en Europa. En lo referido a las plantas de cannabis, el número de incautaciones ha aumentado desde 2005, estimándose en 2010 en 37.000. En cuanto a las notificadas por el peso, se triplicaron entre 2005 y 2008 y luego disminuyeron ligeramente a 35 toneladas en 2010, en su mayor parte correspondientes a España (27 toneladas) y a Bulgaria (4 toneladas).

Respecto al porcentaje de THC, se estimó que la resina contenía entre el 1 y 12%, siendo en la hierba entre el 15 y 16,5%. El precio de venta varía de 3 a 17 euros por gramo de la resina, siendo de 3 a 25 euros por gramo de la hierba. En el período 2005-2010, los precios medios de venta al por menor tanto de la resina como de la hierba de cannabis se mantuvieron estables o aumentaron. Algunas fuentes de datos indican un predominio de la hierba de cannabis en toda Europa en 2009. Parece ser el producto del cannabis más utilizado en dos tercios de los treinta países que facilitaron información, mientras que lo es la resina de cannabis en el tercio restante (UNODC, 2012).

En Europa, unos 80,5 millones de europeos, de entre 15 y 64 años, han consumido cannabis al menos una vez en su vida. La prevalencia se estima entre un 10 y un 30% de los adultos, aunque varía entre países. En Australia, Canadá y EEUU la prevalencia es algo mayor a la europea, entre el 12,4 y el 32,5% de adultos. Unos 23 millones de europeos consumieron durante el último año y 12 millones lo hicieron durante el último mes.

El consumo se concentra entre los jóvenes de 15 a 24 años, siendo mayor entre los hombres que entre las mujeres, aunque hay países, como Noruega, donde esta proporción es igual. Parece existir una tendencia de estabilidad en la prevalencia, al contrario que en la década de los años 90 donde se produjo un constante aumento. En la Unión Europea (UE), hay 3 millones de personas que consumen cannabis a diario, suelen ser hombres entre 15 y 34 años.

El consumo de cannabis se asocia con frecuencia a consumos altos de alcohol. Así las personas que declaraban consumir grandes cantidades de alcohol tenían entre 2 y 6 veces más probabilidades de ser consumidores de cannabis.

De las personas que estaban en tratamiento, una cuarta parte tenían como droga principal el cannabis, ocupando el segundo lugar después de la heroína. En los tratamientos por otras dependencias fue la droga secundaria mayoritaria. A lo largo de los últimos cinco años se ha producido un incremento de los consumidores de cannabis que inician tratamiento, llegando a ser de 106.000 personas. La edad, de estos pacientes, es de media 25 años, el 50% consumen todos los días, el 21% lo hace de 2 a 6 veces por semana, el 13% una vez por semana y el 17% de forma ocasional (OEDT, 2012).

En el periodo 2011-2012, el 27,4% de los españoles había consumido cannabis alguna vez en la vida, el 9,6% lo había hecho en el último año, el 7% lo hizo en el último mes y el 1,7% consumía diariamente (Plan Nacional sobre Drogas, 2013).

En España, es la droga ilegal más consumida entre jóvenes de 14 a 18 años. Situándose el consumo diario en el 2,7%. El cannabis se asocia a peor rendimiento escolar (Plan Nacional sobre Drogas, 2014).

Las terapias para el tratamiento de la dependencia a cannabis incluyen el tratamiento por internet, el *counselling*, intervención psicosocial estructurada y el ingreso en recurso convivencial. Habitualmente se solapan las intervenciones preventivas con las intervenciones terapéuticas (OEDT, 2012).

2- FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

Actualmente la idea más aceptada es entender la dependencia como una conducta determinada por factores biológicos, psicológicos y sociales. La interacción de estos factores condicionaría la respuesta conductual (Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007). A continuación, se hará un repaso de las diferentes aproximaciones teóricas sobre las adicciones, según la rama científica que las estudie.

2.1. BIOLÓGICOS

Se conocen como modelos médicos y se centran en los aspectos orgánicos. Consideran las adicciones como una enfermedad crónica y recidivante, caracterizada por la pérdida de control sobre el consumo y el abandono de otras actividades de la vida. Inciden en la susceptibilidad del individuo, en la no recuperación total y en la no existencia del consumo controlado (Fernández-Hermida, Carballo, Secades-Villa y García-Rodríguez, 2007).

2.1.1. Modelo de la “Hipótesis de la automedicación”

Propuesto por Khantzian en 1985, propone que en el individuo dependiente existe una alteración biológica o una patología psiquiátrica, ya sea genética o adquirida, que le llevaría a consumir drogas para aliviar los síntomas que le provoca el trastorno, sería como un proceso de autotratamiento de la enfermedad, que a su vez le haría desarrollar una dependencia.

Otros enfoques dentro de este modelo, postulan la no existencia de una disfunción y si de una especial sensibilidad de los sistemas cerebrales a las drogas, que cuando entran en contacto con ellas se provocaría una grave alteración de las funciones cerebrales y a su vez el paciente volvería a consumir drogas para controlar los síntomas de la alteración neurológica (Casas, 2007).

2.1.2. Modelos basados en la predisposición genética

Los estudios biológicos han puesto de manifiesto que las adicciones, fisiológicamente, son un fenómeno complejo y que también lo son desde el punto de vista genético.

Los estudios con gemelos monocigóticos intentaron verificar que son varios genes los que estarían implicados en la adicción, los resultados de las investigaciones no permitieron confirmar esta hipótesis, por lo que se descartó que hubiera un solo gen causante del trastorno (Ibáñez, 2008). A partir de estos

hallazgos se estimó que la acción de los genes no explica por sí sola la etiología de las adicciones y que existen factores ambientales que contribuyen al desarrollo de la dependencia, por tanto, sería la interacción entre genética y ambiente la causante. La actividad genética podría ser necesaria pero no suficiente para producir la adicción.

La heredabilidad del alcoholismo ha sido una de las cuestiones más estudiadas, por una parte, hay investigaciones en gemelos monocigóticos que mostraban una concordancia del 30%, que es una cifra más baja que las que se obtuvieron para otras patologías como el trastorno bipolar y la esquizofrenia (Cuadrado, 2008).

Otros estudios genéticos caracterizaron dos tipos de alcoholismo: uno en el que el componente hereditario es mínimo, y un segundo con alta heredabilidad, inicio precoz y conductas violentas (Cloninger, Bohman y Sigvardsson, 1981).

La complejidad de las adicciones y las limitaciones de las técnicas actuales pueden ser la causa de los resultados contradictorios obtenidos en los estudios genéticos (Cuadrado, 2008).

2.1.3. Modelos basados en el circuito de recompensa (sistema dopaminérgico)

A pesar de la gran diversidad de sustancias y sus diferentes modos de acción, las evidencias científicas parecen demostrar que las drogas actúan de forma común en la vía dopaminérgica mesolímbica. Independientemente de su acción inicial, el consumo de drogas y determinadas conductas adictivas acaban provocando, directa o indirectamente, un incremento de la transmisión dopaminérgica.

El circuito de recompensa cerebral es clave para la supervivencia, regulando conductas fundamentales como la alimentación, la reproducción y el aprendizaje. El sistema dopaminérgico es la base física de este circuito y el abuso de drogas lo activa de forma intensa.

Las principales neuronas implicadas se encuentran en el área tegmental ventral (ATV), importantes son las conexiones entre ellas y las del núcleo *accumbens*, en éste las drogas producen un aumento de dopamina, entre dos y diez veces mayor que el que provocan las recompensas naturales. Otros estudios demuestran que no es sólo la dopamina la implicada en la adicción y que otros neurotransmisores como el glutamato, el ácido gamma-aminobutírico (GABA), la serotonina, los opioides y los cannabinoides son importantes en el desarrollo de la dependencia, parece que modulando el sistema dopaminérgico (Guerri, 2012).

La adicción es un proceso complejo en el que intervienen varias estructuras cerebrales. A continuación, se expondrán algunos ejemplos de cómo afecta neurológicamente el consumo de drogas:

- Provoca un desajuste en la función dopaminérgica del cortex prefrontal, aumentando los receptores D1 que incentiva el valor de los estímulos asociados a las drogas.
- Cuando el consumo es crónico puede generar cambios en los receptores dopaminérgicos del sistema mesocorticolímbico (Corominas, Roncero, Bruguera y Casas, 2007).

Dentro de este paradigma una teoría bastante aceptada, y que intenta explicar el proceso de inicio de la adicción y su mantenimiento es la *Teoría de la Espiral de Desregulación del Sistema de Recompensa Cerebral* (Koob y Le Moal, 1997; Koob et al., 2004). Según ésta, la adicción comienza con los primeros consumos que implica un proceso adaptativo por parte del organismo para contrarrestar los efectos de la droga en el sistema nervioso central, el organismo intenta mantener la homeostasis y esta respuesta hace que los circuitos cerebrales implicados no vuelvan al nivel que mantenían antes de la exposición. Este efecto que contrarresta el efecto hedónico de la droga se va intensificando, apagando el reforzador positivo. Los consumos repetidos hacen que esta respuesta vaya aumentando, exacerbando la patología (Valverde y Maldonado, 2005).

A pesar de los intentos por explicar la dependencia a sustancias por parte de la neurología, hay cuestiones que aún no quedan claras, y que necesitan más estudios, como pueden ser las recaídas, el consumo controlado, por qué la edad de inicio es un factor determinante para el desarrollo de dependencia y las diferentes vulnerabilidades individuales (Guerri, 2012).

2.2. PSICOLÓGICOS

Cada uno de los enfoques teóricos de la psicología se centra en algunos de los distintos factores implicados en el inicio y mantenimiento de las conductas adictivas. Los estudios de la influencia de estos factores se pueden agrupar en tres grandes grupos: los que prestan atención a los procesos de aprendizaje, los que se centran en la personalidad y los estudios de neuropsicología.

2.2.1. Procesos de aprendizaje

Se desarrollaran las aportaciones sobre conductas adictivas que ponen de manifiesto los procesos básicos de aprendizaje como son: El *Condicionamiento Clásico*, el *Condicionamiento Operante* y la *Teoría de la Elección Conductual*.

2.2.1.1. Condicionamiento clásico

Los dos fenómenos más estudiados desde este marco son la tolerancia condicionada y el síndrome de abstinencia condicionado. Los primeros estudios consideran que los efectos de las drogas dependían de parámetros como la dosis y la frecuencia del consumo. No se tenían en cuenta variables psicológicas. En 1965, Wikler observó varios episodios de abstinencia, respuesta incondicionada (RI), que podrían haberse apareado con estímulos ambientales, estímulos condicionados (EC). Posteriormente, la presencia de estos estímulos o pensar en ellos, en ausencia de la sustancia, podría provocar una respuesta condicionada de síndrome de abstinencia (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2003).

Existe una tolerancia denominada conductual que no depende únicamente de la experiencia directa con la sustancia, sino que está modulada por las señales ambientales presentes en el momento de la administración de la sustancia (Siegel, 1979). El proceso por el que se desarrolla esta tolerancia es el siguiente: El consumo de una droga, estímulo incondicionado (EI), produce un efecto, respuesta incondicionada (RI), que va precedida de la estimulación ambiental en que se realiza la autoadministración, estímulo condicionado (EC). La respuesta condicionada (RC) que facilita el ambiente, es de signo opuesto al efecto de la droga, en un intento de mantener el equilibrio homeostático que se desestabilizará por el efecto de la droga. Por ejemplo, en sujetos que se inyectaron morfina, se observaron respuestas de hiperalgesia en las pruebas de condicionamiento (Siegel, 1975). Si se continúan produciendo las respuestas condicionadas compensatorias, el resultado será una disminución progresiva de los efectos incondicionados que provoca la administración de drogas. Esta atenuación de los efectos de la sustancia es a lo que se denomina tolerancia condicionada. Diversos estudios han confirmado y replicado estos resultados con varias drogas (Graña y Carrobles, 1991). Incluso se demostró la condicionabilidad de las respuestas compensatorias ante estímulos interoceptivos (Greeley, Le, Poulos y Cappell, 1984).

Respecto al síndrome de abstinencia, se argumenta que puede condicionarse clásicamente. Se observó en pacientes desintoxicados que regresaban a su medio, donde experimentaban con las sustancias, que tenían una respuesta de deseo a la sustancia similar a un síndrome de abstinencia que incluía: náuseas, lagrimeo, rinorrea, taquicardia, etc. Aún pasados meses del último consumo, podían mostrar síntomas de síndrome de abstinencia cuando hablaban de sus experiencias con las drogas (Graña, 1994; Graña y Carrobles, 1991). Estos resultados se replicaron, en laboratorio, con pacientes en tratamiento con metadona

cuando se les presentaban imágenes u objetos relacionados con la droga (O'Brien, Ehrman y Termes, 1986).

Es probable que los síntomas de la dependencia dependan de las señales pre-droga, es decir, el individuo presenta respuestas que intentan compensar el desequilibrio homeostático inducido farmacológicamente. Pero si la estimulación farmacológica no se produce, el resultado es que las respuestas preparatorias provocan un desequilibrio en la homeostasis y contrario al que producen los efectos de la droga. Tales respuestas preparatorias pueden ser un componente importante del deseo por la droga (*craving*) (Graña y Carrobles, 1991). En la ausencia de droga, las señales ambientales provocarían estados afectivos negativos contrarios a los positivos que produce la sustancia. Estos estados negativos aumentarían el valor de incentivo o deseo por la droga (Poulos, Hinson y Siegel, 1981).

A partir de estos hallazgos, se postulan terapias para favorecer la abstinencia, que incluirían exposición a las señales ambientales condicionadas sin que se produzca el consumo de droga (Graña y Carrobles, 1991).

2.2.1.2. Condicionamiento operante

Este marco conceptual hace especial hincapié en los efectos positivos provenientes de la sustancia y del entorno, así como de la evitación de los estados aversivos.

Cualquier estímulo que incremente la probabilidad de una conducta operante se denomina reforzador, los efectos farmacológicos de la droga se comportan como reforzadores positivos. La autoadministración de una sustancia adictiva responde a las mismas leyes que otras conductas y que forman parte del repertorio conductual de todos los animales en las mismas situaciones (McKim, 2000).

En el estudio del refuerzo con opiáceos existen investigaciones que demuestran el papel de reforzador positivo del consumo de drogas independientemente del síndrome de abstinencia. La dependencia física no es un precursor necesario y tampoco suficiente por sí misma para explicar la conducta de autoadministración de drogas, siendo los reforzadores positivos del consumo de droga los que fundamentalmente mantienen y determinan la conducta (Schuster y Johanson, 1981).

Se han replicado los trabajos anteriores con otras sustancias, como la cocaína y otros estimulantes que no presentan dependencia física (Pickens y Thompson, 1968). Por tanto se asumiría que las drogas actúan como reforzadores positivos, independientemente del síndrome de abstinencia y de la dependencia física.

Los efectos sociales podrían desempeñar el mismo papel, siendo suficientes para originar y mantener la conducta adictiva. Estos tienen especial importancia en las fases previas del consumo. Por ejemplo, cuando se usan drogas por primera vez se suelen experimentar efectos aversivos, como son la tos o el dolor de garganta con el tabaco. A pesar de ello se mantienen los consumos. En los jóvenes, que se inician, la pertenencia al grupo de iguales y el estatus dentro del grupo, son fundamentales para el incremento de la probabilidad de volver a usar drogas (Chassin, Presson y Sherman, 1985).

En las conductas adictivas el síndrome de abstinencia ha sido uno de los pilares de la investigación en drogas, sobre todo cuando la experimentación se hacía con opiáceos. La sustancia actuaría como un reforzador negativo con el que se pueden evitar los estímulos aversivos asociados a la abstinencia. En el caso de las drogas que no tienen una dependencia física (cocaína y anfetamina), el estímulo aversivo que se eliminaría serían los estados de ánimo desagradables (Cunningham, 1998).

Conger (1956) en su teoría de la reducción de la tensión, se refiere al papel reforzador del consumo de alcohol. En ella, explica cómo el alcohol se utiliza para reducir los estados de tensión. El individuo, que se encuentra en una situación que le genera ansiedad, tiende a consumir alcohol para que desaparezca. En revisiones posteriores, se ha cuestionado la validez de esta teoría. Aunque la ansiedad no sería la única causa del consumo de alcohol, parece demostrarse una alta relación entre ambos fenómenos en poblaciones de alcohólicos (Kidorf y Lang, 1999). Cuando se administra alcohol en sujetos sometidos a tensión los efectos varían dependiendo del sujeto, de la dosis, de la forma de administración del alcohol, del tiempo transcurrido desde la administración y de la duración de las sesiones (Mayfield y Allen, 1967; Rimm, Bridell, Zimmerman y Caddy, 1981; Warren y Raynes, 1972).

2.2.1.3. Teoría de la Elección Conductual

Esta teoría de Vuchinich y Tucker (1988) analiza las conductas adictivas dentro de un contexto social. Se basaron en la ley de la igualación de Herrnstein (1961) donde se indica que las elecciones conductuales dependen de las tasas relativas de reforzamiento. Habría tres conceptos básicos que son:

- Demanda: Se refiere a la búsqueda y consumo de drogas.
- Precio: La cantidad de recursos empleados para consumir drogas (no sólo económicos) y las consecuencias negativas del propio consumo.

- Coste de oportunidad: Son los reforzadores alternativos perdidos por la conducta adictiva.

La demanda variaría en función del precio y del coste de oportunidad. Para estos autores aunque la conducta adictiva sea un potente reforzador, no es condición suficiente para explicar su elección habiendo otras conductas reforzadoras disponibles para el sujeto. Así, se encontró que el consumo de una droga es inversamente proporcional a la restricción sobre su consumo y al incremento de la disponibilidad de otros reforzadores alternativos.

En una revisión de esta teoría Bickel, Madden y Petry (1998) encontraron que las conductas adictivas decrecen proporcionalmente al aumento del número de conductas (precio) que son necesarias para obtener la droga. Desarrollar una adicción a drogas ilegales sería más difícil que a drogas legales. Las ilegales tienen un coste, no sólo económico, muy alto. Sin embargo las drogas legales, al estar fácilmente disponibles, son menos sensibles a los cambios de precio.

Respecto a los reforzadores alternativos a la conducta adictiva, establecieron un continuo que iría desde los reforzadores sustitutivos, que decrecen la conducta de consumo, a los complementarios, que incrementan el uso de la droga. Por tanto, los individuos con más probabilidades de desarrollar una conducta adictiva serían los que tienen fácil acceso a la sustancia, tienen acceso limitado a otros reforzadores sustitutivos de la droga y tienen fácil acceso a reforzadores complementarios de la droga.

Los principios de estas teorías se han empleado en todo lo relacionado al consumo de sustancias, desde los estudios de laboratorio, hasta la elaboración de políticas gubernamentales (Secades-Villa et al., 2007). Las estrategias de intervención, diseñadas dentro de este modelo, incluyen técnicas operantes como: coste de respuesta y control estimular, junto con farmacológicas como los interdictores, en lo referido al alcohol. Dentro de la prevención, las medidas restrictivas y las estrategias que reducen la aceptabilidad deberían ser métodos eficaces para disminuir el consumo de drogas (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2003).

2.2.2. Modelos cognitivo conductuales

El modelo fundamental de este enfoque es el de *Prevención de Recaídas* (Marlatt y Gordon, 1985) y está basado en la teoría del *Aprendizaje Social* de Bandura (1982). La autoeficacia es un concepto central en esta teoría, a la que define como el juicio que cada individuo hace sobre sus propias capacidades para organizar y realizar las líneas de conducta requeridas para obtener determinados resultados.

Dentro de las conductas adictivas, según el modelo de Marlatt y Gordon, la autoeficacia se refiere a la expectativa del individuo de resistirse al consumo de drogas en situaciones estresantes. En las recaídas influyen los factores de riesgo, que son aquellos que el individuo percibe como amenazantes para resistirse al consumo, incrementan la probabilidad de repetir la conducta adictiva y afectan a su percepción de autoeficacia. Los factores de riesgo dependerían de cuestiones intrapersonales e interpersonales. Las primeras serían fenómenos internos fisiológicos o emocionales, mientras que los segundos surgirían de la interacción social y de los mecanismos de presión social.

De este modo, si la persona tiene una autoeficacia alta puede realizar una respuesta de afrontamiento eficaz, evitando el consumo de drogas, y aumentando la percepción de control. Pero si la autoeficacia es baja, la probabilidad de que ocurra la conducta adictiva aumenta, disminuyendo la sensación de control sobre la situación. Se comprobaron estos resultados para varias sustancias, lo que hizo que Marlatt apoyara la hipótesis de un proceso común de recaídas en las adicciones.

A partir de este modelo, los programas terapéuticos suelen incluir entrenamiento en estrategias de afrontamiento que intentan incrementar la percepción de autoeficacia. Este entrenamiento iría encaminado a evitar las recaídas y estaría compuesto fundamentalmente por tres elementos:

- Entrenamiento en habilidades para afrontar las situaciones de riesgo, tanto conductuales como cognitivas.
- Reestructuración cognitiva que ofrece pensamientos alternativos a los pensamientos que favorecen el consumo.
- Modificación del estilo de vida para incrementar las actividades alternativas al consumo (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2003).

Existen estudios que observaron que la autoeficacia aumentaba a lo largo del tratamiento y que era un adecuado predictor de buenos resultados (DiClemente, Fairhurst y Piotrowski, 1995; Goldbeck, Myatt y Aitchison, 1997).

Otras investigaciones discrepan de estos resultados y no encuentran la capacidad predictiva de la autoeficacia sobre los resultados de la terapia cuando se controlan otras variables, dándole mayor importancia a las características de personalidad, a partir de las que se podría predecir la autoeficacia de cada individuo (Chicharro, 2005; Demmel y Rist, 2005).

Investigaciones más actuales ahondan en las diferencias de resultados, referidos a la autoeficacia. Según ellos, una baja percepción de autoeficacia favorece la implicación de los pacientes en la terapia y la consecución de una abstinencia prolongada, ya que posibilita una idea más realista ante los riesgos

(Fiorentine y Hillhouse, 2003a; 2003b; 2004). En la misma, línea otros estudios encuentran que son los pacientes con niveles de autoeficacia intermedio los que presentan mejores resultados en el tratamiento, manteniéndose abstinentes durante más tiempo. Las personas con niveles muy altos y muy bajos de autoeficacia son los que más fácilmente recaen en el consumo. También se encontró una relación importante entre autoeficacia y autoestima (Chicharro, Pedrero y Pérez, 2007).

2.2.3. Teorías de la Personalidad

Existen multitud de estudios que intentan encontrar las características de la personalidad adictiva, aunque los resultados no parecen definitivos y apuntan a varias direcciones que a veces son contradictorias. La mayor dificultad que se encuentran los estudios sobre personalidad en dependientes a sustancias, y por lo que son criticados, es conseguir diferenciar si los rasgos de personalidad son previos al consumo, concomitantes o consecuencias del mismo.

En los años cuarenta comienzan a aparecer referencias a la “personalidad alcohólica” (Levy, 1958; Selinger y Rosenberg, 1941) y se argumenta que las personas dependientes de alcohol tienen un tipo de personalidad característica, que sería suficiente para desarrollar alcoholismo.

Los primeros estudios realizados con alcohólicos emplearon el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI, Minnesota Multiphasic Personality Inventory) (McKinley y Hathaway, 1940). Los resultados no fueron muy concluyentes, aunque cabría destacar que tener depresión y vivir en un ambiente conflictivo serían factores que aumentarían la posibilidad de desarrollar alcoholismo (Hoffmann, Loper y Kammeier, 1974).

Vaillant y Milofsky (1982) estudiaron a 456 personas a lo largo de 33 años, concluyendo que el número de familiares alcohólicos y la conducta antisocial influyen de manera determinante en la aparición del alcoholismo. Aunque parece que la conducta antisocial, en muchas ocasiones, es el resultado del consumo y no la causa de este. Zucker y Gomberg (1986) revisaron los datos del estudio concluyendo que la relación entre conducta antisocial y alcoholismo había sido sobrevalorada y que se habían infravalorado los factores ambientales.

Otra investigación prospectiva, de nueve años, que comparó adictos y no consumidores, aplicó el Eysenck Personality Inventory (EPI) (Eysenck y Eysenck, 1975) y algunas escalas del MMPI, no encontrando diferencias entre los dos grupos (Schuckit, Klein, Twitchell y Smith, 1994).

La búsqueda de la personalidad adicta ha generado muchas investigaciones y muchos resultados que parecen inconsistentes, incluso contradictorios. Por lo que

los esfuerzos se han dirigido hacia los factores o combinación de factores de personalidad que pueden ser clave para desarrollar una dependencia (Pedrero y Rojo, 2008).

El *Modelo Biopsicológico de Cloninger* (Cloninger, 1996; Cloninger, Svrakic y Przybeck, 1993) también se ha aplicado en el estudio de las diferencias de personalidad entre adictos y no adictos. Propone la existencia de cuatro dimensiones de temperamento: *Búsqueda de Novedad*, *Evitación del Daño*, *Dependencia de Recompensa* y *Persistencia*. Y tres rasgos caracteriales: *Autodirección*, *Cooperatividad* y *Autotrascendencia*.

Dentro de este marco teórico, uno de los rasgos de personalidad que parece más importante para llegar a una conducta adictiva es la *Búsqueda de Novedad* que se relaciona principalmente con el inicio del consumo (Zuckerman, 1979). Siguiendo este modelo, se encontraron diferencias significativas en un grupo de consumidores de heroína siendo las puntuaciones más altas en *Búsqueda de Novedad* y *Evitación del Daño* (Barrón, Mateos y Martínez-Villate, 2004). En otros estudios se encontró que los adictos puntuaban más en las dimensiones de *Búsqueda de Novedad*, *Evitación del Daño* y *Autotrascendencia*, y menos en *Persistencia*, *Autodirección* y *Cooperatividad* (Pedrero, 2006). Cuando se controlaron variables como sexo, edad y nivel de estudios se encontraron valores mayores en *Búsqueda de Novedad* y *Autodirección*. Según Cloninger la *Impulsividad* y la *Extravagancia* son subdimensiones que conforman la dimensión de *Búsqueda de Novedad* y teóricamente la relacionó con sistema dopaminérgico. Sin embargo, para otros autores la *Impulsividad* parece estar condicionada por el sistema dopaminérgico y por el sistema serotoninérgico (Pedrero y Rojo, 2008).

2.2.4. Neuropsicología

Los modelos teóricos más recientes dentro de la neuropsicología están basados en las aportaciones de Robinson y Berridge (2001) que encontraron que las conductas adictivas están vinculadas a un proceso motivacional y no a un proceso hedónico. Es decir, “quiero” seguir consumiendo drogas aunque ya “no me guste”. Las drogas tienen la capacidad de activar los sistemas motivacionales incluso en ausencia de efectos placenteros. A este proceso de neuromodulación lo denominaron “sensibilización al incentivo”.

A partir de esta teoría surgen otros modelos que destacan la descompensación entre el sistema motivacional y el sistema ejecutivo. La primera aproximación teórica es el denominado I-RISA (*Impaired-Saliency Attribution and Response Inhibition*) (Goldstein y Volkow, 2002). Propone que la conducta adictiva

se debe a la desregulación de dos sistemas. Por un lado, el sistema motivacional encargado de valorar los refuerzos, que da un valor exagerado a los reforzadores provenientes de las drogas y también devalúa otros reforzadores naturales no relacionados con la sustancia. Además se añade la afectación del sistema inhibitorio, encargado de detener las conductas inadecuadas, por lo que no se puede inhibir la conducta reforzante de consumir drogas.

La segunda teoría es la del *Marcador Somático de las Adicciones* (Bechara, 2005; Verdejo, Pérez-García y Bechara, 2006). Esta aproximación postula que la toma de decisiones está condicionada por señales emocionales, “marcadores somáticos”, que anticipan las posibles consecuencias de las decisiones que tomamos. Cuando este sistema funciona de forma correcta, la toma de decisiones guiada por los diferentes marcadores somáticos es adaptativa y nos permite tomar decisiones correctas a corto y largo plazo (Damasio, 1994, 2000). Respecto a las conductas adictivas, los sistemas motivacionales encargados de generar estos marcadores estarían afectados por el consumo de sustancias, los reforzadores del consumo estarían excepcionalmente potenciados en detrimento de otras decisiones más adaptativas a largo plazo.

Otro modelo sería el de *Formación de Hábitos* (Everitt y Robbins, 2006). La conducta adictiva pasaría de realizarse por los efectos placenteros del consumo hasta convertirse en un hábito compulsivo, en una conducta automática e inflexible. Este cambio se produciría por la sobre estimulación que realiza la sustancia en los sistemas de motivación y de programación de conductas motoras.

Un aspecto importante para entender las conductas adictivas es la influencia de la demora temporal. Los individuos con frecuencia eligen entre consumir drogas en el presente frente a abstenerse y experimentar las consecuencias positivas en el futuro. Gray (1981) ha descrito dos sistemas motivacionales el *Sistema de Inhibición Conductual* (BIS) y el *Sistema de Activación Conductual* (BAS), que controlan la conducta aversiva y apetitiva respectivamente. A partir de esta teoría, Torrubia, Ávila, Moltó y Caseras (2001) desarrollaron un cuestionario que explora la sensibilidad al castigo y la sensibilidad a la recompensa. Se plantea que estos sistemas podrían estar alterados en las personas que consumen drogas y que la mayor actividad de un sistema u otro podría tener influencia en los resultados obtenidos en la terapia.

2.3. SOCIALES

En este contexto se podrían diferenciar dos grupos de factores que influyen en el desarrollo de las conductas adictivas. Unos serían macrosituacionales y otros

microsituacionales. Los primeros estarían relacionados con cuestiones alejadas del consumo como políticas, legislación o cultura. Y los segundos estarían más ligados al consumo como familia, grupo de iguales o nivel de estudios, etc.

Dentro de los primeros factores se ha demostrado que subir el precio del alcohol produce un descenso del consumo (Coate y Grossman, 1988). No solo el incremento del precio de las sustancias, sino también otras medidas restrictivas al consumo como son la ilegalidad de la sustancia, la limitación de horarios, de espacios para el consumo y de la publicidad son eficaces para disminuir la incidencia de las dependencias y las consecuencias de ellas. El aumento de la edad mínima legal para el consumo de alcohol reduce las tasas de consumo entre los jóvenes. La disponibilidad y su aceptación social están muy relacionadas. La disponibilidad afecta significativamente en la incidencia de los trastornos adictivos (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2003). El modelo Evolutivo de Kandel (Kandel y Raveis, 1989) postula que el primer paso hacia el consumo de drogas ilegales es el consumo de drogas legales. El desarrollo de una conducta adictiva estará condicionado por la accesibilidad a la sustancia, por la familia y por el grupo de iguales.

Los factores microsituacionales que más inciden en el inicio del consumo de drogas son el contexto familiar y el grupo de iguales. El modelo de crianza parental se vincula al consumo de drogas, en especial los estilos permisivos y los autoritarios. Al revés, el estilo democrático parece ser un factor protector de las conductas adictivas (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2003).

La *Teoría de la Socialización Primaria de Oetting* (Oetting, Deffenbacher y Donnermeyer, 1998) propone que todas las conductas sociales, incluso las disfuncionales como el consumo de drogas, son aprendidas aunque exista una base biológica. La socialización sería el aprendizaje de normas y conductas sociales, este proceso de aprendizaje se realiza a través de unas fuentes que son la familia, la escuela y el grupo de iguales.

También las actitudes y la historia de consumo de los padres son factores que pueden determinar el desarrollo de conductas adictivas por parte de los hijos. Así, disciplina inconsistente y métodos educativos incorrectos se vinculan con más índices de consumo. A su vez, el consumo de drogas legales o ilegales por parte de los progenitores se relaciona positivamente con el de los hijos (García-Pindado, 1992).

Estos modelos y aportaciones científicas se emplean fundamentalmente en el desarrollo de programas preventivos en personas jóvenes.

3- ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

3.1. EVOLUCIÓN DE LAS TERAPIAS EN CONDUCTAS ADICTIVAS

La concepción de las conductas adictivas ha condicionado sus diferentes abordajes terapéuticos. En un primer momento se consideraban las conductas adictivas como una *discapacidad moral*, los drogodependientes eran vistos como viciosos. Las primeras intervenciones vienen de la beneficencia y no desde un marco científico.

Posteriormente, *el modelo médico* ha sido hegemónico en las sociedades industrializadas, ha hecho que muchos problemas de índole social y personal, que no eran abordados por los médicos, pasaran a ser tratados por la comunidad médica. Formando una idea de que ante un problema, el consumo de cualquier producto puede solucionar dicho problema. Este modelo determina que la dependencia de una o varias drogas es una enfermedad crónica de carácter recidivante (Casas, Duro y Pinet, 2006). De este planteamiento surgen una serie de perspectivas. Una de ellas considera que sólo puede haber recuperación con tratamiento farmacológico. No se aplica el concepto de curación, ya que la supuesta vulnerabilidad biológica siempre está presente y pueden ocurrir recaídas. Tampoco hay posibilidad de mantener un contacto autocontrolado permanente con la droga. Ante la falta de resultados positivos en los tratamientos y el aumento de estudios científicos que desacreditan este modelo, se desarrollaron otras formas alternativas.

En la actualidad, el modelo para las adicciones más aceptado es el *biopsicosocial*. Entiende la drogodependencia como una conducta regulada por factores biológicos, psicológicos y sociales, de tal manera que la conducta adictiva es el resultado de la interacción de éstos en un momento dado (Secades-Villa et al., 2007). Fue descrito por Pomerleau y Pomerleau (1987) para explicar el modo en que se inicia y se mantiene la conducta de fumar. Según estos autores aunque las sustancias puedan diferir en la especificidad de su acción farmacológica, todas ellas pueden estar sujetas a la misma línea de análisis conductual. Las conductas adictivas tienen en su inicio, en su mantenimiento y en su abandono una naturaleza multidimensional donde intervienen los efectos de las sustancias, el contexto donde se da la conducta y la vulnerabilidad del sujeto que consume drogas (Secades-Villa et al., 2007). Continuando con este concepto, se organizan intervenciones terapéuticas transdisciplinares que tienen como objetivo la normalización de la persona y no solamente la abstinencia. Así se entiende que el tratamiento efectivo debe abarcar las múltiples necesidades de la persona, no solamente su uso de drogas.

3.2. MODALIDADES TERAPÉUTICAS

El abordaje de las conductas adictivas en el modelo biopsicosocial es multifactorial y tiene que atender a distintas necesidades de la persona. Así se organizan grupos de intervención compuestos por profesionales de diferentes ámbitos: psicólogos, médicos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.

Dentro de los tratamientos psicológicos habría dos líneas terapéuticas principales:

- Manejo de contingencias en los que se intenta aumentar el coste del consumo y facilitar reforzadores alternativos a la conducta adictiva. Cuando un paciente consume, durante el tratamiento, pierde reforzadores que estarían a su disposición si hubiera mantenido la abstinencia. Estos reforzadores varían desde privilegios clínicos, acceso a formación o empleo o alojamiento, dinero en metálico o descuentos o vales canjeables por bienes (Petry, Martin, Cooney y Kranzler, 2000).
- Terapias cognitivas conductuales que se centran en el entrenamiento de habilidades para responder a las situaciones, que mantienen la conducta de consumo, de forma distinta y adecuada. Principalmente, el entrenamiento en afrontamiento y en habilidades sociales destacando las habilidades interpersonales, expresión de emociones, asertividad, entrenamiento en solución de problemas, afrontamiento de situaciones de riesgo para el consumo y afrontamiento de situaciones estresantes (Monti, Rohsenow, Colby y Abrams, 1995).

El tratamiento médico estaría indicado para tratar la sintomatología del consumo (síndrome de abstinencia, ansiedad, insomnio,...). Se ha comprobado que el tratamiento psicológico acompañado del farmacológico es el más efectivo a la hora de conseguir la abstinencia.

Dentro de los tratamientos farmacológicos el más extendido es el de sustitutivos opiáceos. En Europa el fármaco que más se emplea es la metadona, seguido de la buprenorfina. Normalmente, se realiza en régimen ambulatorio y en centros penitenciarios. A su vez, las desintoxicaciones tanto hospitalarias como ambulatorias de cualquier droga favorecen el mantenimiento en los programas terapéuticos. En este marco se incluyen las intervenciones de reducción del daño, que se intensificaron con la aparición del VIH y se ocuparon de aquellos pacientes que deciden seguir consumiendo. Las actuaciones fundamentales se centran en tratamiento con sustitutivos opioides, intercambio de jeringuillas de forma gratuita

en los que se entregan al paciente nuevas jeringas por las que ya haya usado, promoción de la salud, educación sanitaria y asistencia social.

Respecto al consumo de alcohol uno de los tipos de fármacos indicados son los interdictores que evitarían cualquier posibilidad de consumo mientras el paciente tome la medicación, ya que la reacción que se provoca cuando se consume habiendo tomado el fármaco es muy desagradable incluyendo náuseas, vómitos o dolor abdominal. En ocasiones estos tratamientos se aplican directamente observados con el paciente, es decir la persona acude a su centro de referencia donde se le administra el fármaco asegurando, por profesional especializado, que la toma se hace de forma correcta.

En el aspecto social tiene especial interés la reinserción social. El nivel de exclusión social suele ser alto en determinados tipos de consumidores, en algunos casos sin hogar y con bajos niveles de estudios. En esto el desarrollo de la capacidad individual para conseguir empleo es fundamental. Igualmente el cubrir necesidades de alojamiento, alimentación, higiene y asesoría jurídica son importantes en la adhesión a los tratamientos.

3.3. CENTROS TERAPÉUTICOS

Los servicios de atención a las drogadicciones se prestan en distintos entornos:

- Unidades especializadas que pueden ser con régimen ambulatorio o con régimen convivencial.
- Unidades pertenecientes a un centro hospitalario.
- Unidades que forman parte de los dispositivos de salud mental.
- Unidades dentro de los centros penitenciarios.
- Unidades de bajo umbral.
- Unidades de medicina general.

En nuestro país y en los países europeos, en los que se puede recibir tratamiento por dependencia, la responsabilidad de estos servicios es compartida entre las instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales. También es el caso de la Comunidad de Madrid. En cuanto a la ciudad de Madrid habría dos redes públicas que se encargan de la prevención, atención y reinserción de las drogodependencias. Una constituida por la Agencia Antidroga perteneciente a la comunidad y otra el Instituto de Adicciones instaurado en el Ayuntamiento de Madrid. Dentro de la segunda se encuentran el Centro de Atención a Drogodependientes de San Blas y el de Arganzuela donde se ha desarrollado la parte de investigación de esta tesis. Los recursos públicos se combinan con

Juan Chicharro Romero

organizaciones no gubernamentales para poder desarrollar programas en los que el modelo biopsicosocial de tratamiento es la pieza principal.

4- RESUMEN Y CONCLUSIONES

Las adicciones acompañan a la humanidad casi desde sus inicios, pues en una gran mayoría de las culturas se han consumido sustancias que potencialmente podrían provocar una conducta adictiva. A día de hoy, las adicciones se distribuyen por todo el mundo, afectan a un número de personas más que considerable de su población y suponen un grave problema de salud pública. En la mayoría de los países desarrollados algunas de estas sustancias son legales, forman parte de las costumbres culturales y están fuertemente arraigadas en la sociedad. Así su fabricación, distribución y disponibilidad son muy altas, lo que hace que las posibilidades de padecer una adicción se vean multiplicadas.

Además de las adicciones asociadas a una sustancia, en nuestras sociedades modernas, han surgido otras conductas adictivas en las que no interviene ninguna sustancia. De hecho, en los manuales diagnósticos editados recientemente se pone especial atención en ellas, como ejemplo, ya se señaló que el DSM 5 incluye un apartado exclusivo para las adicciones sin sustancia en el que se encuentra el *juego patológico*. Teniendo en cuenta el empuje tan importante que han tenido las nuevas tecnologías y las redes sociales en los últimos años, las probabilidades de que una persona desarrolle una conducta adictiva sin sustancia, en el futuro, también parecen más altas.

Las adicciones afectan a casi todas las esferas vitales de las personas que las padecen, adquiriendo un papel protagonista en la vida de los adictos. La enfermedad, la depresión, la ansiedad, el abandono de tareas cotidianas, la pérdida de empleo, el fracaso escolar, el gasto económico sanitario y social, la marginalidad o la violencia son algunos ejemplos en los que las conductas adictivas están implicadas de manera significativa.

Se ha demostrado que el desarrollo de una adicción es multicausal, interviniendo en el proceso factores psicológicos (emociones, estrés, personalidad o apego), sociales (exclusión social, familia y crianza, nivel educativo o maltrato) y fisiológicos (efectos de la sustancia o patología psiquiátrica). Anteriormente se comentó que, en la actualidad, el modelo teórico y clínico más aceptado para explicar la adicción es el que formularon Pomerleau y Pomerleau (1987), el cual la considera desde un punto de vista biopsicosocial para su desarrollo, su mantenimiento y su abandono (Secades-Villa et al., 2007). Aunque los tres factores son importantes, se podría afirmar que es el factor psicológico el que tiene un mayor peso dentro de las variables que contribuyen a la conducta adictiva. Así, la adicción sería una conducta que se relaciona con el resto del repertorio de

conductas del sujeto y que se ve influenciada por los recursos de los que dispone ya sean psicológicos, físicos o sociales.

Corroborando esta cuestión, señalar que dentro de los once criterios que se emplean para diagnosticar una adicción, seis de ellos, hacen referencia a cuestiones psicológicas, entre los que destacan la falta de control de la conducta y el deseo irrefrenable de consumo. Dos criterios se refieren a cuestiones físicas como son el síndrome de abstinencia y la tolerancia, que aunque dependan básicamente de la fisiología individual también están condicionados en parte por las características psicológicas de la persona. El resto de criterios se refieren a las pérdidas derivadas por el abandono de tareas cotidianas como consecuencia del consumo.

Respecto al tratamiento de las conductas adictivas el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA, 1999) publicó trece fundamentos sobre los que se tenía que basar un tratamiento efectivo para las conductas adictivas. Estos principios fueron el resultado de recopilar los estudios sobre adicciones que se habían realizado en los treinta años anteriores. A pesar del tiempo y gracias a su base empírica, se puede decir que continúan vigentes en la actualidad.

1. *No hay un tratamiento único que sea apropiado para todos los individuos.*
2. *El tratamiento necesita estar disponible fácilmente.*
3. *El tratamiento efectivo atiende a múltiples necesidades del individuo, no sólo a su uso de drogas.*
4. *Un plan de tratamiento y de servicios individual debe ser continuamente evaluado y modificado cuando se considere necesario para asegurarse que el plan atiende las necesidades de cambio de la persona.*
5. *Permanecer en tratamiento durante un adecuado período de tiempo es crítico para la efectividad del tratamiento.*
6. *El counselling (individual y grupal) y otras terapias conductuales son componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción.*
7. *La medicación es un elemento importante del tratamiento para muchos pacientes, especialmente cuando se combina con el counselling y otras terapias conductuales.*
8. *Los individuos adictos o que abusan de drogas que presentan trastornos mentales coexistentes deberían tener tratamiento para ambos trastornos de forma integrada.*

9. *La desintoxicación médica es sólo el primer estadio del tratamiento de la adicción y, por sí misma, significa poco en lo que se refiere al uso de drogas a largo plazo.*
10. *El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo.*
11. *El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser monitorizado continuamente.*
12. *Los programas de tratamiento deberían incluir evaluación para el VIH/ SIDA, hepatitis C y B, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, así como counselling que ayude a los pacientes a modificar o cambiar las conductas que les colocan a sí mismos o a otros en riesgo de infección.*
13. *La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y, frecuentemente requiere múltiples episodios de tratamiento.*

Si se analiza lo propuesto por el NIDA, queda claro el carácter principal que tiene la intervención psicológica en el tratamiento de las adicciones. Incluso las actuaciones médicas como la desintoxicación farmacológica y los tratamientos de patologías infecciosas giran en torno a un eje central que es la intervención psicológica, ya sea para consolidar la abstinencia como para evitar conductas que ponen en riesgo la vida de los adictos. Continuando con el tratamiento de las adicciones, la intervención psicológica dirigida a modificar la conducta adictiva, de modo similar al que se realiza para cambiar otras conductas, unido a un tratamiento farmacológico que ayude a disminuir la sintomatología y malestar provocado por las drogas, es el proceso con más probabilidades de tener éxito en la búsqueda del abandono de la conducta adictiva.

Una vez que se conoce la importancia de lo psicológico en cualquier tipo de adicción y en su tratamiento, se propone en esta tesis ahondar en el conocimiento de distintas variables psicológicas y cómo intervienen en la conducta adictiva y en el tratamiento de esta. En concreto, en un primer estudio se analiza la respuesta emocional de personas adictas que han solicitado una intervención, frente a un grupo que no tienen este problema.

En el segundo estudio se analizan otros factores psicológicos como afrontamiento, afectividad, sensibilidad al castigo, sensibilidad a la recompensa, ansiedad y depresión. En la investigación se intenta analizar cómo afectan estas variables a la hora de solicitar tratamiento y cómo influyen en la evolución del mismo. Los dos trabajos se realizaron en dos centros de atención a drogodependientes del Ayuntamiento de Madrid (Centro de Atención a las

Drogodependencias de San Blas y de Arganzuela), donde los pacientes solicitaban tratamiento y se realizaba una intervención multidisciplinar y ambulatoria.

Aunque en estos centros se atiende todo tipo de adicciones, con y sin sustancia, los estudios se focalizaron en opioides, alcohol, cocaína y cánnabis ya que son las sustancias que más demanda de tratamiento presentan, a lo que ya se hizo referencia en el apartado de epidemiología, y con las que era más sencillo obtener una muestra suficientemente amplia. La segunda parte de esta tesis se dedica a exponer con detalle estos estudios

PARTE II. ESTUDIO EMPIRICO 1

1- INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE LA EMOCIÓN

En la actualidad, existe acuerdo sobre el papel que las emociones juegan en la predisposición para la acción (Lang, 1980; LeDoux 1996). Las emociones aportan información, tanto de los aspectos internos del individuo como de la situación externa (Damasio, 1994), y de esta forma condicionan el desarrollo del comportamiento y la toma de decisiones (Verdejo y Bechara, 2009). Tienen una función social que sería la de expresar y reconocer los estados de ánimo, además de una función motivacional, que facilitaría la aproximación o la evitación a los diferentes estímulos (Lang, 1985). Las personas adictas presentan grandes dificultades cuando pretenden abandonar el consumo de drogas. En este sentido, su toma de decisiones se encuentra afectada, eligiendo opciones que perjudican seriamente su calidad de vida (Redish, Jensen y Jonson, 2008). Así pues, debido a la influencia que tienen las emociones en la toma de decisiones, podrían considerarse las respuestas emotivas como uno de los factores que más influyen en el desarrollo, mantenimiento y cese de las conductas adictivas (Koob, 2009).

1.1. ESTUDIO DE LAS EMOCIONES

El desarrollo de instrumentos con los que medir las respuestas emocionales ha resultado complejo, y se ha enfrentado con serios problemas, los cuales se pueden sintetizar en las dificultades para lograr una definición consensuada de emoción; dificultades éticas y los problemas derivados de informar a los participantes en los estudios de que su estado afectivo será manipulado sin que este se vea influenciado previamente.

Respecto a los problemas relacionados con el logro de una definición consensuada de emoción, hay que resaltar que las emociones no se han estudiado con la misma profundidad que otros procesos psicológicos (Damasio, 2000). Aunque actualmente no se ha alcanzado un acuerdo científico total, al menos existe coincidencia en señalar que se trata de un fenómeno multifactorial, que afecta considerablemente a las conductas de las personas y que es una forma de adaptación al medio (Öhmann y Birbaumer, 1993). Así el estudio de las emociones se ha visto influenciado por las distintas tendencias psicológicas que han predominado en cada época, por lo que, la falta de una definición ampliamente aceptada, es lo que ha impedido el asentamiento de una teoría de la emoción (Scherer, 2000).

En este sentido, una de las divergencias más importantes en el estudio de las emociones es considerarlas bien de forma categorial, bien de forma

dimensional. Los investigadores que asumen que las emociones se pueden clasificar categorialmente, defienden que son entidades discretas y se basan en las aportaciones de Darwin, quien definió un número concreto de emociones básicas: alegría, malestar psicológico, interés, sorpresa, enojo, disgusto y vergüenza, que se observan tanto en humanos como en animales (Darwin, 1872/1984). Dichas emociones han ido apareciendo a lo largo de la evolución de las especies, pudiendo desaparecer o mantenerse dependiendo de sus funciones adaptativas (Dienstbier, 1990). Las investigaciones de esta corriente, se han centrado en la localización neuroanatómica de cada una de las emociones, esto es, cada emoción básica se produce por la activación de un circuito neural específico (Panksepp, 1982).

La otra corriente es la dimensional, que intenta explicar las emociones como dimensiones generales a partir de las que se definen estados emocionales concretos y parten de las aportaciones de James (1884). Dentro de la consideración dimensional, se puede distinguir la existencia de una única dimensión o de varias.

Los autores que defienden que las emociones están constituidas por una única dimensión, sitúan la emoción a lo largo de un punto concreto de dicha dimensión. Por una parte, los que se decantan por la activación como factor único, defienden que la diferencia entre dos estados emocionales se puede explicar por el diferente grado de activación (Duffy, 1941). Por otra, los que apoyan la valencia como única dimensión, consideran que el continuo placer-displacer es lo que facilitaría la explicación de las conductas de aproximación y de evitación (Schneirla, 1959).

Los que defienden la existencia de varias dimensiones se basan en los estudios de Wundt (1896) quien propuso que son tres las dimensiones (placer-displacer, excitación-depresión y tensión-relajación), así como en el estudio de las emociones a través de las medidas fisiológicas. Al examinar las posturas teóricas, parece bastante evidente que las dimensiones de placer-displacer y las de activación-quietud son bastante comunes a todas ellas (Palmero, Guerrero, Gómez y Carpi, 2006).

Es por ello que en la actualidad, son muchos los investigadores que han intentado integrar la propuesta dimensional y la categorial de las emociones considerando los estados emocionales específicos como divisiones subordinadas definidas en la dimensión (Lasa, 2002).

En relación con las dificultades éticas a la hora de generar emociones, existe la dificultad de estudiar algunos estímulos emocionales sin dañar la integridad o la dignidad de los participantes.

En cuanto al hecho de informar a los participantes de los estudios, de que se va a manipular su estado afectivo, nos conduce a una de las cuestiones más controvertidas de estos procedimientos, como es el efecto demanda, donde el participante aproxima sus respuestas a lo que piensa que el investigador está buscando. Este efecto es una de las críticas más frecuentes que se hacen a los métodos de inducción de emociones (Martin, 1990; Westermann, Spies, Stahl y Hesse, 1996).

Existe una gran variedad de métodos para el estudio de las emociones, cada uno con un grado de eficacia, y casi todos, con el problema de que su diseño se realizó sin el soporte de una teoría que hubiera guiado su elaboración, sino que se desarrollaron heurísticamente (Vicens y Andrés, 1997). Así, los métodos de inducción de emociones han variado desde la sugestión hipnótica, pasando por el recuerdo autobiográfico, la imaginación, etc. Para una revisión sobre el tema se puede consultar el trabajo de Lasa (2002).

1.2. TEORÍA DE LANG

Una de las teorías de la emoción que más apoyo ha recibido es el *Modelo Bioinformacional de la Emoción de Lang* (1980; 1994; 1995; Lang, Öhman y Vaitl, 1988). Este modelo defiende que las emociones predisponen para la acción y que la respuesta emocional cumple dos funciones fundamentales, una social consistente en la expresión y reconocimiento de los estados de ánimo, y otra motivacional, en función de la respuesta de aproximación o evitación que el individuo muestre ante los estímulos (Lang, 1985).

El modelo propone también que las emociones se estructuran de acuerdo a diferentes dimensiones bipolares. La primera hace referencia a la *valencia afectiva* y expresa el agrado o rechazo que produce un estímulo, es decir, si éste contribuye a la homeostasis o si por el contrario amenaza con desequilibrarla. La valencia depende de los dos sistemas motivacionales, es decir, el apetitivo y el aversivo, en función de que se dé una respuesta de aproximación o evitación respectivamente. Existen dos sistemas cerebrales para procesar las emociones, uno se encargaría de los estímulos emocionales positivos y el otro, de los estímulos emocionales aversivos. La segunda dimensión es el *arousal o activación*, que se refiere a la intensidad con la que se responde ya sea para aproximarse o evitar, dando lugar a un polo ocupado por las emociones que activan y, el polo contrario, ocupado por las emociones que relajan. Existe una fuerte relación entre estas dos dimensiones de valencia y activación. La tercera dimensión se refiere al *control o dominancia*, e

indica el grado de control sobre los diferentes estímulos que los sujetos perciben cuando están expuestos a los mismos.

En paralelo al desarrollo de la teoría, Lang y colaboradores también diseñaron en el *Center for Study of Emotion and Attention* (CSEA) de Florida, un sistema para el estudio de las emociones, conocido como *International Affective Picture System* (IAPS) (Lang, Bradley y Cuthbert, 1999). Este método consiste en una serie de estímulos emocionales en forma de imágenes fotográficas, que en la actualidad llegan hasta, aproximadamente, unas 1200 y que cubren un amplio rango de situaciones de la vida (sexo, deportes, violencia, animales, paisajes, desastres naturales, etc.). Estos estímulos son fácilmente presentables a la hora de realizar estudios y permiten controlar tanto el tiempo de exposición como el momento y lugar en el que ésta se hace. A partir de la evaluación que los individuos hacen de estas imágenes en cada una de las dimensiones emocionales, se pueden obtener puntuaciones que han permitido el estudio de las emociones de manera cuantitativa, así como la validación del instrumento. Dado que en la actualidad está considerado el sistema más fiable, y es el más empleado para el estudio de las emociones (Lang et al. 1999), se ha adaptado a distintas poblaciones, entre las que se encuentra la española (Moltó, Montañés, Poy y Segarra, 1999; Vila et al., 2001).

Tanto en los estudios realizados por el grupo de Lang (Lang et al., 1988; 1999), como en los realizados para la validación del instrumento en población española (Moltó et al., 1999; Vila et al., 2001), se ha encontrado que las imágenes que en la dimensión de valencia son evaluadas más bajo (que serían las aversivas) y más alto (o agradables), son las que también se valoran más alto en la dimensión de activación. En realidad, las imágenes aversivas se puntúan algo más alto que las agradables en esta dimensión, lo que implica que la respuesta de escape que produce un estímulo aversivo es más fuerte que la respuesta de acercamiento que produce un estímulo placentero. Por otra parte, también se ha encontrado que los estímulos que en la dimensión de valencia se evaluaban con puntuaciones intermedias (que serían los neutros) eran los que obtenían puntuaciones más bajas en la dimensión de activación. Si se construye un eje de coordenadas, con las puntuaciones obtenidas en cada imagen o ítem, en las dimensiones de valencia (en el eje de ordenadas) y activación (en el eje de abscisas), la figura que se obtiene es similar a un boomerang. En los extremos de dicho boomerang, se situarían los estímulos que activan más, que como se ha dicho, son los que tienen baja y alta valencia, o lo que es lo mismo, los estímulos aversivos y placenteros respectivamente. Dado que los estímulos con valencia negativa activan algo más que los estímulos emocionales con valencia positiva, se forma la figura del

boomerang, con un brazo ligeramente más largo que el otro. En la parte central del boomerang se colocarían los estímulos calificados como neutros, que son los que menos activan.

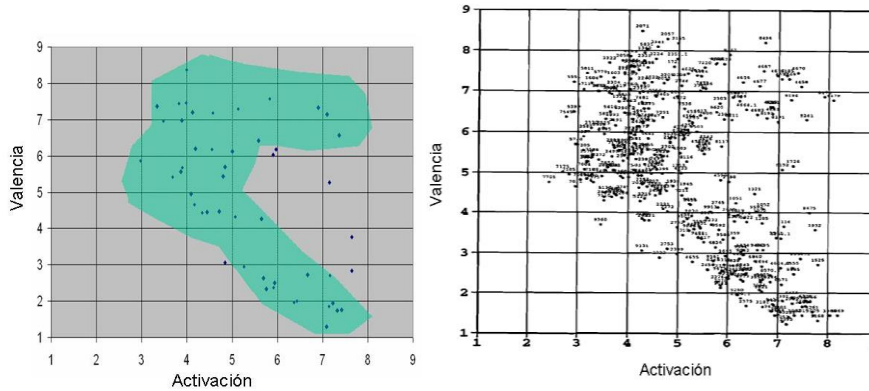


Figura 4. Eje formado por las dimensiones valencia y activación de las imágenes seleccionadas (izquierda) y de la validación española (derecha)

1.3. EMOCIONES Y CONDUCTAS ADICTIVAS

La investigación del procesamiento emocional se ha centrado en dos aspectos: La percepción de las emociones y la experiencia emocional. Ekman (1994) propuso en su teoría la existencia de seis emociones básicas universales: miedo, ira, asco, felicidad, sorpresa y tristeza. Las investigaciones se realizaron evaluando cómo los individuos eran capaces de reconocer emociones en fotografías de caras de personas que representaban las emociones básicas. Para ello, desarrolló dos instrumentos que evaluaban la percepción de emociones, siendo éstos muy empleados posteriormente en casi todos los estudios que abordan la percepción de emociones. No obstante, entre los procedimientos más actualizados cabe destacar el *Japanese and Caucasian Facial Expressions of Emotion (JACFEE)* (Biehl et al. 1997) que consiste en 58 fotografías en papel de hombres y mujeres, que expresan las seis emociones básicas descritas anteriormente. Otro procedimiento más reciente administrado por ordenador es el *Facial Expression of Emotion: Stimuli and Tests (FEEST)* (Young, Perrett, Calder, Sprengelmeyer y Ekman, 2002) que consiste en 60 imágenes.

En los estudios realizados con drogodependientes, que han sido escasos, se ha concluido que éstos mostraban diferencias cuando se trataba de percibir determinados estímulos emocionales. La reacción fue dependiente de la sustancia consumida. Así los consumidores de alcohol de larga evolución presentaban un importante deterioro a la hora de reconocer expresiones de emoción (Kornreich et

al., 2003). Otros estudios en alcohólicos han informado que esta dificultad en el procesamiento de emociones faciales sólo aparece con la emoción de miedo (Townshend y Duka, 2003). Estudios con resonancia magnética funcional han mostrado una menor actividad cerebral en alcohólicos, cuando procesaban expresiones de miedo, asco y pena (Salloum et al., 2007). Investigaciones que han empleado bajas dosis de alcohol en individuos sanos, concluyeron que se mejoraba el reconocimiento de expresiones faciales de felicidad, pero la mejora desaparecía con dosis altas (Kano et al., 2002).

Respecto a pacientes consumidores de opiáceos, aquéllos que recibieron tratamiento con metadona eran más precisos reconociendo expresiones de asco, que los exconsumidores (6 meses de abstinencia); sin embargo, eran más lentos que los individuos del grupo control (población no consumidora) en el reconocimiento de todas las emociones básicas; y más lentos que el grupo de exconsumidores, en las emociones de sorpresa, felicidad y miedo (Martin et al., 2006). Otros estudios encontraron mejores puntuaciones en el reconocimiento de emociones en el grupo control, que en el grupo de pacientes con tratamiento con metadona; y en el de pacientes desintoxicados con antecedentes de consumo de opiáceos, aunque los resultados entre las dos muestras de consumidores de opiáceos no se diferenciaron, y, a su vez, estos dos grupos, obtuvieron mejores puntuaciones que un grupo de consumidores de alcohol (Kornreich et al., 2003). En cocaína los resultados fueron contradictorios. Hay estudios que no encontraron diferencias significativas entre grupo de consumidores y grupo control en reconocimiento de todo tipo de expresiones faciales (Woicik et al., 2009). Sin embargo, otros estudios sí encontraron diferencias en el reconocimiento del miedo, en un grupo de consumidores recreacionales de cocaína (Kemmis, Hall, Kingston y Morgan, 2007). Con éxtasis o 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA), se observó que el reconocimiento de la expresión de miedo era más exacto el primer día de consumo, pero que disminuía la precisión en el cuarto día; lo cual se relacionó con los niveles de serotonina, que variaban en función del efecto farmacológico del MDMA (Hoshi, Bisla y Curran, 2004). Por último, otros estudios encontraron deterioros significativos cuando se trataba de reconocer expresiones faciales en individuos policonsumidores, a pesar de llevar 4 meses de abstinencia (Verdejo, Rivas, Vilar y Pérez-García, 2007).

En resumen, parece que la percepción de emociones en los drogodependientes podría estar alterada y que, según la sustancia, esta alteración variaría de distinta forma. Todavía los resultados no son muy concluyentes, por lo

que deberían realizarse más estudios y con muestras más amplias al objeto de clarificar estos datos.

Como ya se comentó anteriormente la metodología para estudiar la experiencia emocional ha complicado el desarrollo de investigaciones, siendo su número menor en conductas adictivas. Estudios realizados con población española han encontrado que, en una muestra de pacientes drogodependientes ingresados en una comunidad terapéutica a los que se les mostraban imágenes del IAPS, presentaban menos activación en las imágenes neutras y en las imágenes de alta activación (Aguilar et al., 2005a). También encontraron que los pacientes ingresados sentían una mayor dominancia para todo tipo de estímulos emocionales.

Los resultados obtenidos en dichos estudios estaban estrechamente relacionados con la sustancia consumida. Los consumidores de cocaína frente a los consumidores de heroína, valoraban más positivamente los estímulos positivos y más negativamente los estímulos aversivos. A su vez, en la dimensión dominancia, los consumidores de cocaína declaraban más control respecto a imágenes positivas, y menos control frente a imágenes negativas (Aguilar et al., 2005b).

En otro estudio realizado con imágenes de contenido sexual, se describió que los consumidores de sustancias presentaban menos activación y más control que la población no consumidora, apareciendo también diferencias según fuera la sustancia consumida (Aguilar et al., 2008a).

Respecto al consumo de opiáceos, se encontró que los consumidores de esta sustancia tenían una respuesta aumentada a las imágenes desagradables, y por contra una disminución de la respuesta frente a las imágenes agradables (Aguilar et al., 2008b).

Estos estudios refuerzan la teoría I-RISA (*Impaired-Saliency Attribution and Response Inhibition*) (Goldstein y Volkow, 2002), según la cual, la adicción es el resultado del fallo de dos sistemas complementarios. Por un lado, el sistema encargado de valorar y detectar la relevancia motivacional de los reforzadores, que exagera las propiedades reforzantes de las drogas, y deprecia la relevancia motivacional de otros reforzadores naturales como son la comida, el sexo, las relaciones sociales, etc. Por otro lado, el sistema de inhibición de conductas actúa de un modo disfuncional, por lo que existen muchas dificultades para inhibir conductas motivacionalmente relevantes, como puede ser para los drogodependientes el consumo de drogas.

La teoría del marcador somático en adicciones (Verdejo y Bechara, 2009), coincidiría con los resultados de los estudios anteriormente citados. En este modelo la adicción se considera una disfunción de los sistemas neuropsicológicos

implicados en la toma de decisiones, incluyendo mecanismos motivacionales, emocionales, de memoria y de selección de respuestas. Se asume que la toma de decisiones es un proceso guiado por señales emocionales denominadas “marcadores somáticos”, que anticipan los resultados de las distintas opciones de respuesta.

Los marcadores somáticos proporcionan un contexto afectivo, y guían la toma de decisiones hacia opciones de respuesta adaptativas (Damasio, 1994). Las sustancias consumidas afectan a los sistemas motivacionales y emocionales encargados de la generación de los marcadores somáticos, priorizando señales asociadas al consumo de sustancias. La experiencia emocional se ha mostrado como el primer eslabón en la cadena que establece la toma de decisiones (Damasio, 1994), y se le atribuye una importancia sustancial en las conductas adictivas (Verdejo y Bechara, 2009; Verdejo et al., 2006), ya que el consumo repetido de sustancias puede “secuestrar” los sistemas motivacional y emocional que producen los marcadores somáticos.

Los diferentes estudios coinciden en señalar que los drogodependientes muestran una experiencia emocional peculiar. Tal es el caso de los pacientes adictos a opiáceos, en los que se ha encontrado una respuesta endocrina distinta a la del grupo control, cuando se les exhibían imágenes aversivas; mientras que el grupo de drogodependientes presentaba una respuesta hormonal disminuida en referencia al grupo de individuos no consumidores de drogas, los cuales aumentaban sus niveles de hormonas al exponerse a estímulos emocionales aversivos (Gerra et al., 2003).

En resumen, en la percepción de emociones los resultados más consistentes se obtuvieron en las investigaciones que estudiaban el alcohol, mostrando que los individuos consumidores habituales presentaban deterioro en el reconocimiento de expresiones faciales. Con el resto de sustancias, aunque aparecen diferencias, los resultados no son tan significativos y debería profundizarse en ellos.

Respecto a la experiencia emocional parece que los estudios demuestran que los drogodependientes se activan menos y muestran mayor control. Los estímulos agradables tienen menos valor y los desagradables toman más relevancia en la población adicta. Todos estos resultados dependen en muchas ocasiones de la sustancia consumida.

2- OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Dentro del marco conceptual que aporta la Teoría de Lang, el objetivo principal del presente trabajo fue estudiar la respuesta emocional en un grupo de personas drogodependientes. Por una parte, y tal como se ha comentado, la experiencia emocional tiene influencia en la conducta, por lo cual el estudio de las emociones adquiere especial relevancia si se pretende entender la conducta consumidora (Verdejo y Bechara, 2009). Por otra parte, estudios previos con este colectivo han mostrado que presentan una respuesta emocional peculiar (Gerra et al., 2003; Goldstein y Volkow, 2002; Verdejo y Bechara, 2009). Sin embargo, en este área de estudio, existen algunos factores, como el sexo o la edad, que sabemos tienen efecto en el procesamiento emocional (Grühn y Scheibe, 2008; Moltó et al. 1999; Vila et al. 2001), pero que no han sido tenidos en cuenta a la hora de estudiar a este grupo, aunque podrían estar contribuyendo a una respuesta diferencial.

En cuanto a la respuesta emocional diferencial del colectivo de drogodependientes, estudios realizados en población española con muestras de pacientes drogodependientes en tratamiento, a los que se exponía a imágenes del IAPS, mostraron que éstos informaban una experiencia emocional diferente a la presentada por el grupo en el que se basó la adaptación española, pues mostraban menor activación y mayor control ante la exposición a imágenes agradables, mientras que se activaban más ante las desagradables (Aguilar et al., 2005a, 2005b, 2008a, 2008b).

Respecto a la influencia del género, algunos estudios han encontrado que hombres y mujeres difieren en la respuesta emocional. En concreto, los distintos estudios de validación del IAPS realizados con población no consumidora mostraron que las mujeres se activaban más ante imágenes de tipo aversivo (Moltó et al. 1999; Vila et al. 2001). Por ello, con el objetivo de explorar si también se mostraban estas diferencias a pesar del consumo de drogas, se optó por estudiar también una muestra de mujeres drogodependientes (Del Pozo, 2005).

En relación a la edad, se ha encontrado que tiene cierta influencia en la respuesta emocional. Así, algunos estudios han mostrado que las personas con más edad con respecto a las más jóvenes, valoran las imágenes negativas más bajo en la dimensión de valencia y más alto en la de activación, mientras que las imágenes positivas eran valoradas más alto en la dimensión de valencia y más bajo en la de activación (Grühn y Scheibe, 2008). A pesar de que la edad es una variable que tiene cierta incidencia en la respuesta emocional, los estudios realizados con drogodependientes han empleado normalmente como grupo control

de comparación el utilizado para la validación del IAPS, que tenía una edad media de 21 años, aunque el grupo de drogodependientes tuviera una edad media significativamente más elevada. Para controlar el efecto de la edad, en este estudio se compara al grupo de consumidores con otro control de edad equiparable.

Además del estudio de una muestra de mujeres drogodependientes y del control del efecto de la edad, nuestro estudio también tiene algunas diferencias con respecto a los realizados previamente. Por un lado, los participantes consumidores del presente estudio estaban en tratamiento en régimen ambulatorio, a diferencia de otros estudios en los que se encontraban ingresados en una comunidad terapéutica (Aguilar et al., 2005a, 2005b, 2008a, 2008b). Este hecho implica que probablemente los participantes de nuestro estudio tendrían un grado de adicción y deterioro cognitivo menor.

Por otra parte también se han incluido algunas modificaciones en el procedimiento de aplicación. En las validaciones del IAPS la exposición a las imágenes se hizo en grupos de entre 8 y 25 personas, proyectando en una pantalla los estímulos visuales (Moltó et al., 1999). En algunos estudios, aunque se han administrado los estímulos emocionales en grupos más reducidos, las imágenes se han presentado en un cuadernillo. En otros estudios, que han empleado neuroimagen o medidas fisiológicas, aunque se supone que la presentación de imágenes se hace de forma individual por las características de los aparatos empleados, la realidad es que no se especifica en los estudios. En el presente trabajo se aplicó el IAPS de forma individual presentando las imágenes a través de una pantalla de ordenador, evitando así las posibles interferencias de la respuesta en grupo y mejorando de esta forma la fiabilidad de los resultados.

A modo de resumen se podría decir que con el presente estudio se pretendía estudiar la respuesta emocional de un grupo de drogodependientes en tratamiento en régimen ambulatorio, teniendo en cuenta las posibles diferencias entre varones y mujeres, la comparación con un grupo control con edad equiparada y utilizando un procedimiento de exposición individual de las imágenes emocionales.

De acuerdo con los diferentes resultados presentados previamente, esperábamos que el grupo de drogodependientes, con respecto al grupo control de no consumidores, puntuaran menos en la dimensión de activación y más en la de control ante las imágenes agradables o positivas, mientras que se activarían más ante las desagradables. En relación al estudio de las diferencias en función del género, esperábamos que las mujeres, con respecto a los hombres, evaluaran más alto las imágenes aversivas en la dimensión de activación.

3- MÉTODO

3.1. PARTICIPANTES

La muestra estuvo formada por dos grupos cuyas características quedan recogidas en la Tabla 1. El primero incluía personas que solicitaban tratamiento a causa de trastornos adictivos en un Centro de Atención a Drogodependientes del Ayuntamiento de Madrid (N=57), y que cumplían los criterios de abuso o dependencia de sustancias según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002); en tanto que el segundo grupo, estaba formado por personas que nunca habían sido atendidas por consumo de drogas (N=44). En ambos casos, todas las personas que colaboraron en el estudio lo hicieron de forma voluntaria, recibieron información sobre el objetivo del estudio y firmaron una hoja de consentimiento informado. Los datos fueron recogidos en los meses de marzo, abril y mayo de 2009.

El 53,5% de la muestra total (N=101) estuvo constituida por hombres, y el 46,5% por mujeres. Dentro del grupo de consumidores de sustancias el 71,9% eran hombres y el resto mujeres, siendo una distribución similar a la de personas que solicitan tratamiento por conductas adictivas. En la población no consumidora las mujeres representaban el 70,5%. A nivel académico, el 93% de la población no consumidora tenían estudios universitarios o de formación profesional, mientras que en los consumidores el porcentaje era del 25%. Las sustancias por las que solicitaban tratamiento eran: alcohol, cocaína, heroína (se incluyeron pacientes en programa de metadona), cánnabis y otras adicciones.

Tabla 1. Descripción de los dos grupos de la muestra

	Adictos	Control
Sexo		
Varones	41(71,92%)	13(29,55%)
Mujeres	16(28,07%)	31(70,45%)
Nivel de estudios		
Sin estudios	1(1,75%)	0
Bachiller elemental	27(47,37%)	3(6,82%)
Bachiller superior	15(26,32%)	0
Formación profesional	7(12,28%)	8(18,18%)
Estudios universitarios	7(12,28%)	33(75%)
Edad		
Media	34,61	39,86
D.t.	8,6	12,98
Rango	20-52	18-73
Sustancia		
Alcohol	14(24,56%)	
Cocaína	24(42,11%)	
Heroína	14(24,56%)	
Cannabis	3(5,26%)	
Otros	2(3,51%)	

3.2. MEDIDAS Y PROCEDIMIENTO

Al principio de cada sesión se informó a los participantes de las características de la tarea que iban a realizar y se solicitó su consentimiento para participar en el estudio y utilizar sus datos con fines investigadores. Todas las sesiones se realizaron entre las 13:00 y las 18:00 horas en la misma habitación.

Los sujetos fueron entrenados en la tarea mediante una imagen de prueba y, cuando se evidenció una suficiente comprensión del procedimiento, se expusieron las imágenes en ordenador mediante una presentación en PowerPoint, estando el participante a una distancia aproximada del monitor de unos 90 cm.

Primero aparecía durante 5 segundos la diapositiva en la que se indicaba “Prepárese para evaluar la siguiente diapositiva en la línea X”. Seguidamente, durante 6 segundos se mostraba la diapositiva cuya imagen debía ser evaluada. Por último se proyectaba la diapositiva de evaluación indicando “Por favor, evalúe la imagen en las tres dimensiones” durante 15 segundos. Las imágenes se mostraron con un tamaño de 34x27 cm.

La valoración de las imágenes se realizó con el Maniquí de Autoevaluación (SAM-Self Assessment Manikin; Lang, 1980). Este instrumento, de carácter pictográfico, proporciona una medida para cada imagen en cada una de las tres dimensiones a través de cinco figuras humanoides que varían en (tamaño, forma, expresión) en correspondencia con una escala de 9 puntos (ver Figura 5).

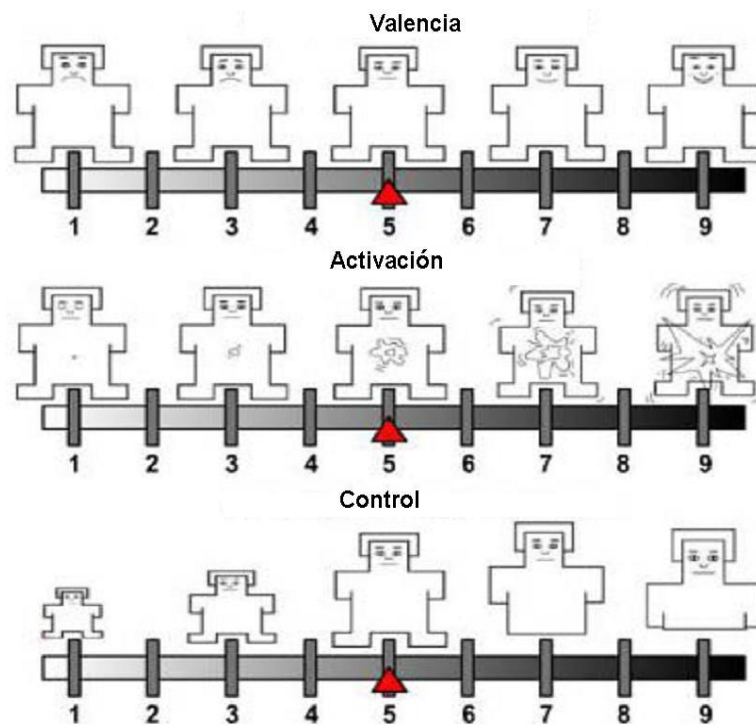


Figura 5. Maniquí de Autoevaluación (SAM-Self Assessment Manikin; Lang, 1980)

Para llevar a cabo este estudio se seleccionaron 50 imágenes del IAPS, en función de sus valores en las dimensiones de valencia y activación. Respecto a la primera, se seleccionaron imágenes con valores altos, bajos e intermedios intentando replicar la figura del boomerang que aparece en los estudios de validación del IAPS. De la segunda se eligieron aquellas que presentaban valores altos, con el fin de corroborar datos previos que informaban de menor activación en los consumidores que en la población normal (Aguilar et al., 2008a y b). Finalmente, el grupo de estímulos visuales con temática sexual se seleccionó por su relevancia motivacional, como han puesto de manifiesto estudios previos con drogodependientes (Aguilar et al., 2008b). El orden de presentación de las imágenes se dispuso de forma aleatoria. En la Tabla 2 se muestra la secuencia, la descripción de las imágenes y su numeración en el IAPS.

Tabla 2. Orden de presentación de las imágenes seleccionadas

Nº de presentación	Descripción	Nº	Nº de presentación	Descripción	Nº
Ejemplo	Niños	2224			
1	León	1731	26	Cuchillo	6555
2	Fumador	2715	27	HIV positivo	9006
3	Zapatos	7038	28	Hombre atractivo	4537
4	Mujer erótica	4141	29	Cabeza de ciervo	2981
5	Cazador/oso	2688	30	Mujeres	2595
6	Hombre en bar	2600	31	Muchachos	2388
7	Pájaros	1419	32	Drogadicto	2710
8	Tigre	1726	33	Sexo	4810
9	Enfermo de SIDA	3230	34	Niño con moscas	2095
10	Hombre erótico	4538	35	Hombre Neutro	2493
11	Edificio quemado	9471	36	Pareja romántica	4623
12	Mujer	2025	37	Hombre erótico	4503
13	Hombre en piscina	2055	38	Contaminación	9342
14	Tiburón	1932	39	Hombre Neutro	2499
15	Alcohólico	2750	40	Mujer erótica	4142
16	Pareja erótica	4676	41	Guerra	2683
17	Mujer	2399	42	Ratero	2745
18	Tren	7039	43	Pareja	4625
19	Bebé	2071	44	Sexo	4800
20	Perro	1525	45	Policía	2694
21	HIV positivo	9005	46	Columna	7161
22	Mujer erótica	4255	47	Muchachos	2387
23	Muchachos	2278	48	Tigre muerto	6415
24	Chica neutra	2441	49	Hombre	2357
25	Flores	5811	50	Familia	2299

3.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

En primer lugar, se realizó un análisis factorial en cada una de las dimensiones emocionales para estudiar la estructura subyacente a la batería de imágenes administrada, comprobando la adecuación de su utilización a través de las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin y de Barlett. En segundo lugar, con los factores obtenidos, se realizaron MANOVAs para analizar los efectos principales del sexo, del grupo o población (adictos y control) y del tipo de imágenes utilizadas, así como las interacciones entre dichas variables, para cada dimensión emocional (valencia, activación y control o dominancia), calculando el tamaño de los efectos significativos encontrados (valor de η^2). Cuando el efecto principal de la variable tipo de imagen fue significativo, se realizaron los correspondientes contrastes post-hoc entre los tres niveles considerados en la misma.

4- RESULTADOS

En la Figura 6 se recoge la distribución en el espacio bidimensional (activación y valencia) de las 50 imágenes seleccionadas para los grupos de consumidores y no consumidores, observándose en ambos la forma de boomerang. Puede indicarse de forma descriptiva que los consumidores parecen irse hacia valores más extremos en valencia, quedando los valores del grupo control contenidos en la representación de los valores del grupo de consumidores.

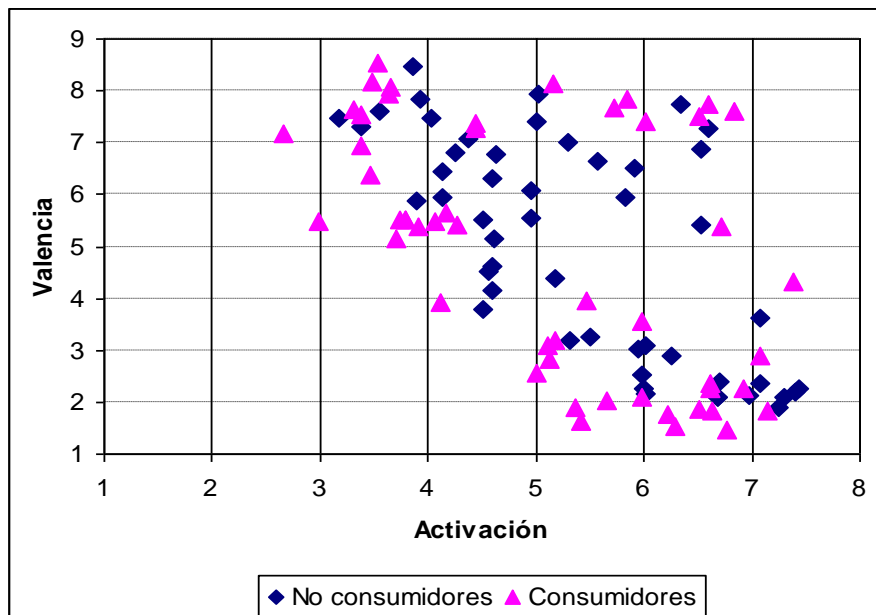


Figura 6. Eje formado por las dimensiones valencia y activación de las imágenes seleccionadas en ambas muestras de consumidores y no consumidores

Una vez comprobada la similitud de la distribución con la informada en la valoración española del IAPS (Moltó et al., 1999; Vila et al., 2001), se pasó a la agrupación de las imágenes en un número más manejable.

Las pruebas realizadas de Kaiser-Meyer-Olkin (Valencia: 0,73; Activación: 0,63; Control: 0,78) y de Bartlett (Valencia: $\chi^2(1225) = 3210,5$; $p < 0,001$; Activación: $\chi^2(1225) = 2999,59$; $p < 0,001$; Control: $\chi^2(1225) = 3652,02$; $p < 0,001$) confirmaron que la utilización del análisis factorial era un procedimiento estadístico adecuado para agrupar las imágenes en esta muestra en cada una de las dimensiones afectivas. En los análisis se aplicó el método de componentes principales y la rotación Varimax. En función de los datos obtenidos se definieron tres escalas, correspondientes a los tres factores con valores propios mayores de 1. Estas escalas estaban formadas por tres tipos de estímulos visuales: (1) Sexuales: Escala

de imágenes de sexo con alta puntuación en la dimensión valencia compuesta por las imágenes 4, 12, 22, 33, 40 y 44, con un 8,41% de la varianza en el componente valencia. (2) Ataques de animales: Escala de imágenes de ataques de animales con alta puntuación en la dimensión de activación compuesta por las imágenes 8, 14 y 20, con un 17,6% de la varianza en el componente activación. Y (3) Aversivas: Escala de imágenes con baja puntuación en la dimensión valencia compuesta por las imágenes 9, 23, 32 y 38, con un 4,64% de la varianza en el componente control. Se calculó la fiabilidad (alfa de Cronbach) en las tres dimensiones afectivas para cada una de las escalas (ver Tabla 3) obteniéndose coeficientes entre 0,64 y 0,87, que reflejan valores estadísticamente adecuados.

Tabla 3. *Fiabilidad de las escalas de imágenes (alfa de Cronbach)*

Escalas IAPS	Valencia	Activación	Control
Sexuales	0,81	0,79	0,87
Ataques de animales	0,64	0,76	0,77
Aversivas	0,81	0,71	0,77

Posteriormente, se aplicó el análisis de varianza mixto, siendo los dos primeros factores manipulados entre-sujetos (grupo y género) con dos niveles cada uno (adictos y controles, varones y mujeres, respectivamente), y el tercer factor manipulado intra-sujeto (tipo de imagen), con tres niveles (imágenes sexuales, de ataques de animales y aversivas) para cada una de las dimensiones afectivas (ver Tabla 4 y Figuras 7 y 8).

Tabla 4. *Medias (desviaciones típicas entre paréntesis) en las tres dimensiones de los tres tipos de imágenes para cada grupo y para la muestra total*

Imágenes	Control (N=44)	Consumidores (N=57)	Total (N=101)
Valencia			
Sexo	6,81 _b (1,22)	7,6 _b (1,22)	7,25 _a (1,27)
Ataque de animales	3,76 (1,36)	4,2 (1,2)	4 _a (1,74)
Aversivas	2,4 _c (1,45)	1,74 _c (1,39)	2 _a (1,45)
Activación			
Sexo	5,86 (1,22)	6 (1,75)	5,9 (1,53)
Ataque de animales	7 (1,33)	7 (1,8)	7 (1,6)
Aversivas	6,42 (1,14)	6,1 (1,9)	6,24 (1,6)
Control			
Sexo	5,7 (1,5)	5,6 (2,06)	5,63 _{d,e} (1,83)
Ataque de animales	4,06 (2,09)	4,43 (2,41)	4,27 _d (2,27)
Aversivas	4,19 (1,76)	4,14 (2,23)	4,16 _e (2,03)

Nota: subíndices iguales indican diferencias significativas entre las correspondientes medias.

Para la dimensión de valencia se obtuvo un efecto principal significativo del factor tipo de imagen [$F(2,194)= 235,169$; $p < 0,001$; $\eta=0,841$]. Análisis posteriores revelaron que los contrastes entre los tres niveles eran todos estadísticamente significativos ($p < 0,001$) obteniendo mayor puntuación las imágenes de sexo que las de ataques de animales [$F(1,100)=188,16$; $\eta=0,808$] y las aversivas [$F(1,100)=477,46$; $\eta=0,909$], y las de ataques de animales que las aversivas [$F(1,100)=105,38$; $\eta=0,716$]. Es decir, las imágenes sexuales fueron calificadas como más atractivas, en el centro se situaban las de ataques de animales, y las más desagradables o peor valoradas fueron las aversivas.

En el análisis de esta dimensión también se obtuvo una interacción significativa entre los factores grupo (drogodependientes y control) y tipo de imagen [$F(2,194)= 4,38$; $p < 0,04$; $\eta=0,207$]. Análisis más pormenorizados mostraron que los drogodependientes valoraron más positivamente que el grupo control, las imágenes de sexo (puntuación de valencia más alta) [$F(1,100)=10,29$; $p < 0,002$; $\eta=0,307$] y más negativamente las imágenes aversivas (puntuación de valencia más baja) [$F(1,100)=5,33$; $p < 0,02$; $\eta=0,226$] (ver Figura 7).

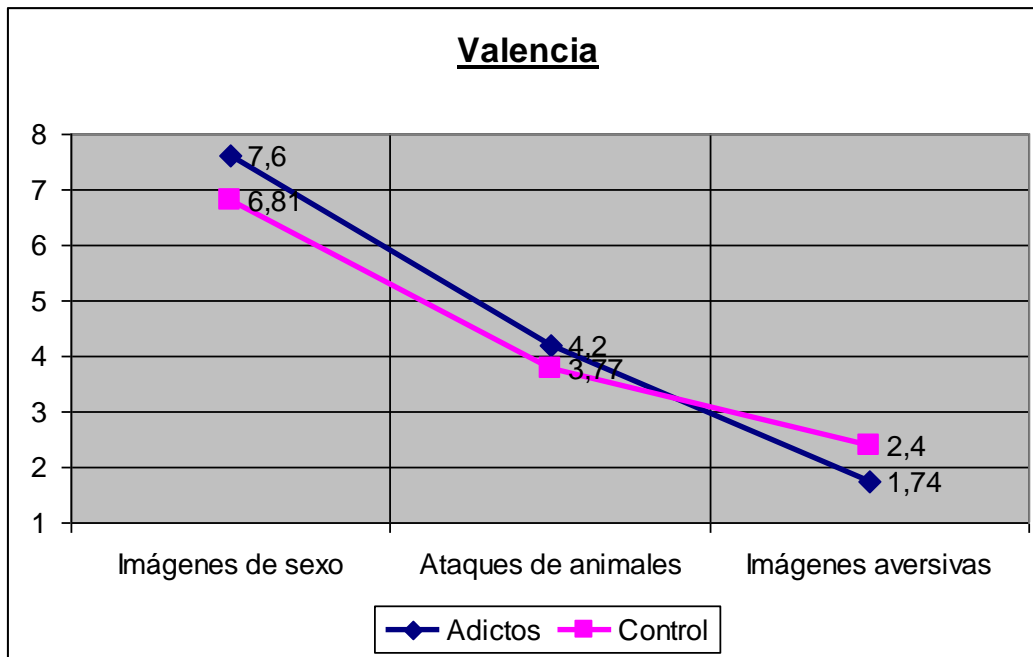


Figura 7. Interacción grupo (drogodependientes y control) x tipo de imagen (sexuales, animales y aversivas) en la dimensión de valencia

Para la dimensión de activación se obtuvo una interacción significativa entre sexo y tipo de imagen [$F(2,194)=14,36$; $p<0,001$; $\eta= 0,359$], siendo los hombres los que más se activaban ante imágenes sexuales [$F(1,100)= 18,06$; $p<0,001$; $\eta= 0,392$], y las mujeres las que tendían a responder con más intensidad ante imágenes aversivas [$F(1,100)= 3,31$; $p<0,07$; $\eta= 0,179$] (ver Figura 8).

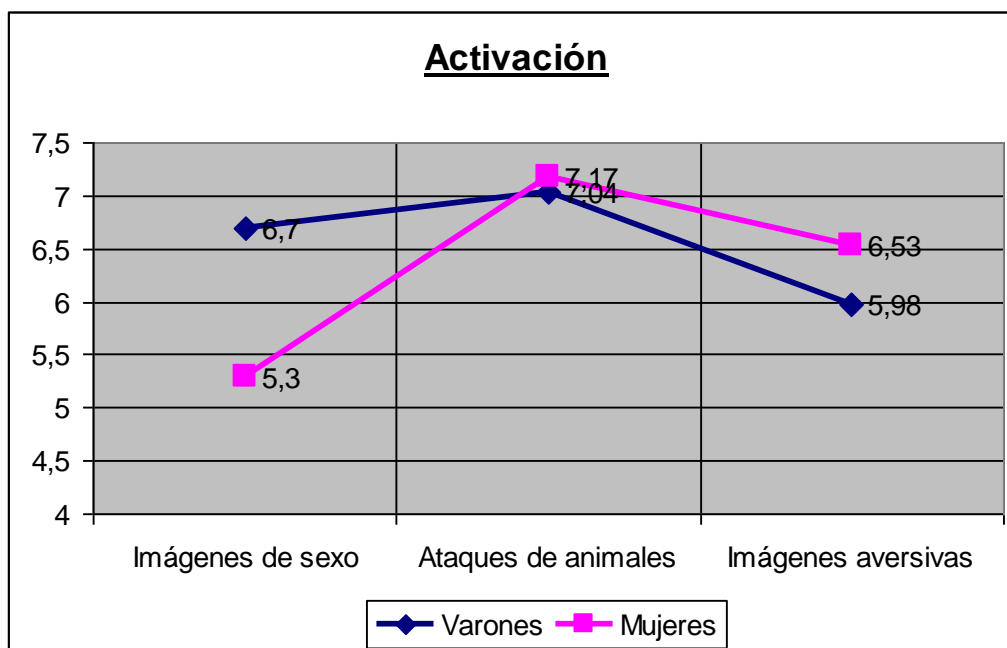


Figura 8. Interacción sexo (varones y mujeres) x tipo de imagen (sexuales, animales y aversivas) en la dimensión de activación

Finalmente, en la dimensión de control sólo se encontró un efecto principal para los diferentes tipos de estímulos [$F(2,194)=17,82$; $p<0,001$; $\eta= 0,394$], siendo más altas las puntuaciones de control en las imágenes sexuales que en las de animales [$F(1,100)=34,98$; $p<0,001$; $\eta= 0,509$] y aversivas [$F(1,100)=1035,88$; $p<0,0001$; $\eta=0,955$]. De esta forma, los estímulos considerados como más agradables, con puntuación en la dimensión de valencia más alta, fueron los que producían una mayor sensación de control; mientras que los estímulos desagradables, con puntuación de valencia más baja, eran los que provocaban una respuesta más estresante o de menor dominio o control.

5- DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue analizar la experiencia emocional en una muestra de drogodependientes y compararla con un grupo de no consumidores de edad similar. Los resultados obtenidos no corroboraron las hipótesis planteadas en cuanto a las diferencias en experiencia emocional entre adictos y no consumidores en las dimensiones de activación y control, al no encontrarse diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de las dos dimensiones. Donde sí hubo diferencias es en la dimensión de valencia, mostrando que los consumidores de sustancias, en comparación con el grupo control, valoraban los estímulos de forma más extrema, puntuando las imágenes de sexo de forma más positiva y las aversivas de forma más negativa. Si bien todos los participantes, con independencia del grupo al que pertenecían, valoraban más las imágenes de sexo, en segundo lugar las de animales y por último, las negativas; al tiempo que percibían más control sobre las imágenes más valoradas (sexuales) que sobre los otros dos tipos de imágenes. En cuanto a las diferencias de sexo, no se encontraron ni en valencia ni en control, pero sí en intensidad de la respuesta emocional, activándose más los hombres que las mujeres ante las imágenes sexuales, y las mujeres más que los hombres ante las aversivas o negativas.

La ausencia de diferencias entre drogodependientes y no consumidores en la dimensión de activación, o de intensidad de respuesta ante los estímulos visuales presentados, contradice resultados previos (Aguilar et al., 2008a y b), en los que los consumidores de sustancias se activaban significativamente menos que el grupo control ante imágenes agradables. Una posible explicación estaría en que el grupo de no consumidores del presente estudio era más similar en edad al grupo de adictos, y conociendo que la edad es una variable que influye en la experiencia emocional (Grühn y Scheibe, 2008), puede favorecer que los resultados difieran de los obtenidos en estudios previos.

En cuanto a la dimensión de dominancia se encontró que los estímulos aversivos provocaban una evaluación de menor control que los otros dos tipos de estímulos, pero de forma similar en los drogodependientes y en la población no consumidora. En estudios previos sí se habían informado diferencias en pacientes ingresados, que mostraban más control ante los estímulos visuales que el correspondiente grupo de contraste no consumidor de sustancias (Aguilar et al., 2005a). Sería posible sugerir que la falta de diferencias en esta dimensión pueda estar relacionada con características metodológicas del presente estudio, como el distinto tipo de procedimiento seguido, la aplicación individual de la prueba, la

utilización de pacientes ambulatorios, o la inclusión de un grupo control de similar edad.

Lo que sí se ha encontrado en el presente estudio es una diferencia en la dimensión de valencia, mostrando los adictos, en comparación con el grupo control, una valoración más extrema de los estímulos visuales, valorando más positivamente las imágenes positivas o de sexo y más negativamente las aversivas.

Este resultado de valoración extrema fue informado por Grün y Scheibe (2008) que compararon la respuesta emocional de dos grupos no consumidores diferenciados en edad. Estos autores encontraron que el grupo de mayores presentaba esta respuesta emocional extrema con respecto a los más jóvenes. En nuestro estudio, esta diferencia no podría ser explicada por esta variable, ya que ambos grupos tenían una edad equivalente. Puede ser que la afectación en las funciones ejecutivas en los drogodependientes, debida al consumo, y en las personas más mayores, debida a la edad (el grupo del estudio mencionado tenía una edad media de 70 años), podría producir una experiencia emocional similar.

Este mismo resultado se ha informado también cuando la muestra estaba formada por adictos a cocaína al compararse con un grupo de adictos a la heroína y otro con adicción a ambas sustancias (Aguilar et al., 2005b). En nuestro estudio, esta comparación en función de la sustancia no se pudo realizar, por el distinto número de personas, a veces muy poco representativo, adicto a cada sustancia. Sin embargo, si tenemos en cuenta que el grupo más numeroso del presente estudio, representando algo más del 42% de la muestra de adictos estaba formada por consumidores de cocaína, se apoyaría en parte el resultado anteriormente indicado.

En cuanto a las diferencias de sexo sí se confirmó la hipótesis planteada indicando que las mujeres se activarían más que los varones ante las imágenes aversivas (Lang et al., 1988; Lang et al., 1999; Moltó et al., 1999; Vila et al., 2001), con independencia del consumo o no de sustancias adictivas. Por otra parte, y aunque no se formuló inicialmente una hipótesis al respecto, se encontró que todas las mujeres se activaban menos que los hombres, con independencia del grupo al que pertenecieran, ante las imágenes sexuales. Estos resultados han sido informados previamente en la literatura científica, aunque han recibido bastantes críticas (ver Rupp y Wallen, 2008, para una revisión). La mayor intensidad en la respuesta de los hombres parece estar más directamente relacionada con el contenido del estímulo o imagen, mientras que en las mujeres esta reacción podría estar mediada o moderada no sólo por aspectos físicos como los niveles hormonales, sino también por los roles aprendidos y reforzados socialmente. En

apoyo de esta idea, análisis más pormenorizados revelaron que la imagen sexual que recibía más activación y era valorada más positivamente por las mujeres era la menos explícita sexualmente. Ante este resultado se podría sugerir que no es que las mujeres se activen menos, sino que preferirían otros estímulos sexuales (Rupp y Wallen, 2008). En futuras investigaciones deberían incluirse un número equivalente de imágenes explícitas y no explícitas para poder corroborar esta sugerencia.

En este estudio podemos señalar algunas limitaciones, unas derivadas de la composición de la muestra y otras relacionadas con la medida de las emociones. En relación con la primera, se deberían tener en cuenta en el grupo de drogodependientes distintos aspectos relacionados con el consumo, como por ejemplo, el tipo de sustancia consumida, el tiempo de consumo, o el tiempo transcurrido desde el último consumo, variables que se han revelado importantes en el análisis de la experiencia emocional de personas adictas (Aguilar et al., 2005a, 2005b, 2008a, 2008b). En el presente estudio no pudimos analizar la influencia del tipo de sustancia por no disponer de muestra suficiente para ello. De la misma forma, tampoco pudimos incluir las variables relacionadas con el tiempo de consumo o con el tiempo transcurrido desde el último consumo, porque al tratarse de pacientes en régimen ambulatorio no había suficientes garantías sobre la objetividad de los informes recogidos. Sería importante en futuras investigaciones disponer de esta información, de la manera más fiable posible, con el fin de contrastar los resultados obtenidos en funcionamiento emocional con los encontrados en muestras hospitalizadas, donde dichos registros sí se pueden obtener con las garantías necesarias.

Con respecto a la medida de las emociones utilizando el IAPS, se deberían emplear en futuros estudios diferentes tipos de imágenes dependiendo de qué se pretende analizar. Además de lo comentado anteriormente sobre las imágenes sexuales, sería conveniente emplear imágenes más relacionadas con el consumo de sustancias, lo que probablemente permitiría encontrar mayores diferencias entre el grupo de drogodependientes y la muestra no clínica. Por otra parte, parece que los diferentes procedimientos utilizados cuando se emplea el IAPS pueden estar influyendo en los resultados obtenidos. Un uso del IAPS más estandarizado podría subsanar estos errores y hacer los estudios más comparables. Podría ser útil, asimismo, complementar las imágenes del IAPS con otros escenarios donde las emociones que se faciliten sean más complejas (Damasio, 2003), ya que posiblemente las emociones que pueden mantener una conducta adictiva no son simples y no se producen ante la mera exposición a imágenes. Se deberían

plantear estudios que, manteniendo la ética, presentasen a los sujetos un nivel de estrés mayor, determinado por una mayor demanda externa y un análisis de los recursos propios para hacer frente a la misma, lo que favorecería una mayor validez ecológica en las emociones generadas.

A pesar de estas limitaciones, en el presente estudio se encontraron diferencias significativas en la experiencia emocional entre adictos y no consumidores, diferencias que pueden influir en la toma de decisiones y que pueden estar relacionadas con el mantenimiento de la conducta adictiva, aspecto que debe seguir investigándose por su interés en el abordaje de las drogodependencias. Por su parte, la dimensión de dominancia o control, a pesar de no haber ofrecido en el presente estudio resultados relevantes en función del tipo de población analizada, podría representar lo que ocurre en el procesamiento emocional y en el control de impulsos, aspecto en el que debería profundizarse en futuros estudios.

Finalmente, habría que señalar que las terapias para las conductas adictivas se han centrado primordialmente en los aspectos cognitivos de las adicciones (prevención de recaídas, afrontamiento del estrés, etc.). Podría esperarse que terapias centradas en la emoción, pudieran ser una herramienta útil en el tratamiento de los drogodependientes. Para ello, el presente trabajo, los ya realizados y los siguientes que se hagan, sobre este tema, pueden aumentar el conocimiento que se tiene del proceso de la experiencia emocional. Entendiendo mejor el procesamiento de las emociones en consumidores de drogas, se pueden encontrar soluciones a problemas aún no resueltos en la clínica de las conductas adictivas. El presente trabajo ha intentado profundizar en este conocimiento y a su vez mejorar la metodología, resaltando la importancia de su unificación cuando se emplea el IAPS como método para estudiar la experiencia emocional.

Tablas con todos los datos de los análisis realizados en el estudio, así como la publicación del mismo en la revista *Adicciones*, volumen 24 (páginas 59-68) con el título, "Respuesta emocional en adictos en tratamiento ambulatorio" (Chicharro, Pérez-García y Sanjuán, 2012), se pueden ver en los anexos 1 y 2.

PARTE III. ESTUDIO EMPIRICO 2

1- INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS RELEVANTES EN LA ADICCIÓN

La realización de una conducta por parte de un individuo es un proceso en el que intervienen factores internos, factores externos que dependen de la situación específica y la interacción entre ambos.

La adicción puede considerarse como una conducta dentro del repertorio conductual del individuo, asimismo depende de múltiples causas tanto para su inicio como para el mantenimiento y cese. Algunas de los factores que parecen tener más peso en las drogodependencias y en su tratamiento son los psicológicos. Para el análisis de la conducta es necesario profundizar en el conocimiento tanto de componentes estructurales y estables como de otros dinámicos y modificables. Dentro de los primeros, se seleccionaron para este trabajo los sistemas de activación e inhibición conductual. De los segundos, se investigaron procesos psicosociales, que hacen referencia a variables mediadoras de la conducta, caracterizadas por una mayor variabilidad y de naturaleza dinámica. En este grupo se escogieron la autoeficacia, el afrontamiento y el apoyo social. También se incluyó el estudio de los síntomas depresivos y de ansiedad como variables que pueden depender de un determinado funcionamiento de los sistemas conductuales así como el balance afectivo o bienestar emocional.

Además, se planteó que al igual que estos factores pueden determinar la adicción de una persona también podrían condicionar la solicitud de tratamiento y su evolución en el mismo por lo que se decidió evaluarlos en el momento de comenzar el tratamiento y comprobar el estado de evolución del paciente a lo largo del tiempo.

1.1. SISTEMA DE INHIBICIÓN CONDUCTUAL (BEHAVIOURAL INHIBITION SYSTEM, BIS) y SISTEMA DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL (BEHAVIOURAL ACTIVATION SYSTEM, BAS)

Gray (1981) estableció un modelo comportamental en su *Teoría de la Sensibilidad al Refuerzo*, en el que se distinguen dos sistemas biológicos para explicar la conducta. Uno sería inhibitorio y el otro, por el contrario, de activación. El *Behavioural Activation System* (BAS) se relaciona con la sensibilidad a reforzadores innatos o aprendidos, estados de ánimo positivos, con conductas de acercamiento y de exploración y con evitación activa. De otro modo, el *Behavioural Inhibition System* (BIS) está implicado en la inhibición de la conducta, incremento del estado

de alerta y de la atención a través del procesamiento de estímulos negativos o novedosos. Estos dos sistemas funcionan al mismo tiempo pero de forma independiente.

A partir de estas premisas los autores se plantearon reformular la *Teoría de la Personalidad* de Eysenck (1975), relacionando la dimensión de ansiedad con el BIS y la dimensión de impulsividad con el BAS. Así las personas que presentan más ansiedad son especialmente sensibles al castigo, a la frustración o la no recompensa y a la novedad, además tienen una mayor actividad del BIS. Cuando entra en funcionamiento se produce la supresión de la conducta, aumenta la atención y se incrementa el nivel de arousal. De este modo, si se produce una nueva conducta similar a la suspendida esta nueva será de más intensidad. En referencia al nivel de actuación cognitivo del BIS, sería como un predictor de futuros eventos en relación con los actuales, compararía unos con otros intentando discriminar qué es lo que tiene más posibilidades de ocurrir. Respecto a las estructuras cerebrales que parecen implicadas en el BIS cabría destacar el sistema septohipocámpico, sus aferentes monoaminérgicos y sus proyecciones neocorticales hacia el cortex prefrontal.

A su vez, los individuos con mayor impulsividad dependen más de la recompensa y del no castigo, siendo el BAS el sistema cerebral más activo. Este sería el responsable de las conductas de aproximación hacia estímulos positivos. Parece que su funcionamiento depende de fibras dopaminérgicas que inervan los ganglios basales, el núcleo talámico y las áreas neocorticales relacionadas con la función motora (Gray, 1987).

Revisiones posteriores de la *Teoría de la Sensibilidad al Refuerzo* han propuesto como base para las diferencias de personalidad y conductuales los distintos niveles de reactividad de estos dos sistemas, además de una forma distinta de funcionamiento de ellos. También se incluyó un nuevo sistema que es el *Fight/Flight System* (FFS) (Gray, 1987), que interviene ante la presencia de estímulos aversivos y que media en las respuestas de ataque y escape. Las personas con una alta activación de este sistema presentarán más niveles de miedo y de conductas evitativas, aunque el papel de este sistema no queda suficientemente claro por parte de los autores. De este modo, individuos con alta activación del BAS tenderían a la impulsividad y a la recompensa, mientras aquellos que tuvieran un BIS más sensible se decantarían más por conductas de evitación, preocupación y rumiación (Corr y McNaughton, 2008). Otras teorías de la personalidad, como la propuesta por Cloninger (Cloninger, 1996; Cloninger, Svrakic y Przybeck, 1993), relacionan dimensiones como *la Búsqueda de*

Novedad con la dopamina y con el BAS. Del mismo modo, la *Evitación del Daño* dependería de la serotonina y del BIS.

Diferentes estudios han encontrado relación entre la reactividad alta de estos sistemas y la psicopatología, de este modo el funcionamiento aumentado del BAS correlaciona con conductas adictivas, mientras que el del BIS lo hace con ansiedad generalizada y con el trastorno obsesivo compulsivo (Becerra, 2010). En otros estudios se halló hiperactivación del BIS y del BAS en pacientes con bulimia nerviosa (Claes, Nederkoorn, Vandereycken, Guerrieri y Vertommen, 2006; Kane, Loxton, Straiger y Dawe, 2004). En el trastorno bipolar se ha propuesto un modelo que estaría caracterizado por una hipersensibilidad del BAS, donde los episodios de manía o de depresión correlacionan con un aumento o disminución de la actividad del BAS respectivamente (Alloy et al., 2008). En los pacientes que sufrían depresión, tanto los que la padecían en ese momento como los que estaban en recuperación, presentaban un BAS hipoactivo y un BIS hiperactivo (Kasch, Rottenberg, Arnow y Gotlib, 2002; Pinto-Meza et al., 2006). A partir de estos hallazgos se ha propuesto la evaluación del BIS y el BAS como de utilidad clínica para caracterizar los diferentes trastornos mentales (Becerra, 2010).

Para el estudio de las diferencias de activación del BIS y del BAS se han desarrollado instrumentos de medida tipo autoinforme que son: La Escala de Sistemas de Inhibición Conductual/Activación Conductual (*The Behavioral Inhibition/Behavioral Activation System Scales, BIS/BAS*; Carver y White, 1994) y el Cuestionario de Sensibilidad al Refuerzo y Sensibilidad al Castigo (*The Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire, SPSRQ*; Torrubia et al., 2001).

1.1.1. BIS/BAS y conductas adictivas

Anteriormente se indicó que existen estudios relacionando las adicciones con una mayor actividad del BAS (Becerra, 2010). Otras investigaciones intentan encontrar la influencia de estos sistemas con consumo de sustancias y con características de personalidad. Parece que la poca activación del BIS y la activación excesiva del BAS influyen en el desarrollo de la adicción y en los trastornos de personalidad tipo histriónico y antisocial (Taylor, Reeves, James y Bobadilla, 2006).

En lo referente a las distintas sustancias, parece que los individuos con problemas de alcoholismo presentan una hiperactivación del BAS que se relaciona, de un modo importante, con el deseo de consumo (Franken, 2002; Martínez, Jaime, Pilatti y Cupani, 2012).

En los consumidores de heroína la impulsividad parece que está relacionada con conductas de riesgo en el consumo como: más empleo de la vía parenteral, mayor consumo de alcohol, conductas sexuales de riesgo y pocas solicitudes de tratamiento. Además una alta *búsqueda de novedad* predice una edad más temprana del inicio del consumo (Dissabandara et al., 2014).

Los adictos a cocaína también parece que presentan una mayor actividad del BAS (Balconi, Finocchiaro, y Campanella, 2014).

Respecto a las conductas adictivas sin sustancia hay algún resultado contradictorio. Parece que la mayor activación del BIS y puntuaciones altas en la subescala de *búsqueda de novedad* del BAS predicen problemas de adicción a *Internet* (Chou, Liu, Yang, Yen y Hu, 2015; Park et al., 2013). Sin embargo, en la adicción a *Facebook* se encontró una relación negativa con la activación del BAS. Los autores argumentan que este resultado podría deberse a que las noticias de *Facebook* pueden ser interpretadas como "antiguas" por lo que correlacionarían de forma negativa con la dimensión *búsqueda de novedad* (Andreassen, Torsheim, Brunborg y Pallesen, 2012).

En resumen, se podría argumentar que el funcionamiento del BIS y del BAS y especialmente los factores ligados a la impulsividad parecen tener un papel importante en el desarrollo de la adicción.

1.2. AFECTIVIDAD

La afectividad es uno de los temas que ha suscitado más investigaciones dentro de la Psicología. Su estudio es complicado ya que se ve afectado por componentes cognitivos, fisiológicos, conductuales, sociales o culturales.

Las emociones son adaptativas pues desarrollan un papel en el proceso de conservación de la especie. Así las emociones negativas surgen en respuesta a la amenaza y se relacionan con la evitación, por lo que son importantes a la hora de enfrentarse a situaciones que comprometen la supervivencia. Serían más automáticas y necesitarían menos procesos de aprendizaje que las emociones positivas. Por otra parte, las emociones positivas se relacionan con conductas de aproximación, teniendo un carácter menos instintivo que las emociones negativas y estando más influenciadas por el aprendizaje (para una revisión ver Ruíz, 2011a y b). Sin embargo, las emociones negativas cuando se perpetúan en el tiempo o su intensidad sobrepasa unos niveles funcionales pueden convertirse en desadaptativas. Por otra parte, las emociones positivas pueden amortiguar las consecuencias del estrés y además predicen consecuencias positivas a corto y largo plazo en las personas que las experimentan (Moskowitz, Epel y Acree, 2008).

Existen varias teorías que propugnan que para que se genere una experiencia emocional es necesario una evaluación de los componentes fisiológicos, conductuales y subjetivos que la conforman (para revisiones ver Fernández-Abascal, 1997; Ruíz, 2011a y b). Para abordar estas cuestiones, se propuso el estudio del afecto como pieza fundamental, ya que se refiere a tendencias de respuesta más elaboradas. El afecto sería un estado en el que se experimentan o reinterpretan las emociones, de una u otra valencia, hacia uno de los polos de cada una de las dos dimensiones que son la positiva y la negativa. El balance entre ellas definiría el tono hedónico manifestado por el grado de tristeza o felicidad que refieren las personas (Ruíz, 2011a y b). El afecto constituye el núcleo central de las emociones y está implicado en todos los fenómenos emocionales (Moriondo, De Palma, Medrano y Murillo, 2012).

Los estados emocionales influyen en los procesos cognitivos, de igual manera que los procesos cognitivos inciden en las emociones. Basándose en esta argumentación existen varios estudios que han relacionado el afecto con niveles de estrés, capacidad de afrontamiento, dolencias físicas, vida social y bienestar (Watson, Clark y Carey, 1988). Parece, por tanto, que si el tipo de afecto se relaciona con las variables anteriores también podría estar implicado en las conductas adictivas. Estos trabajos sobre los tipos de afecto y su influencia en las personas se muestran en los siguientes apartados.

1.2.1. Afecto positivo y afecto negativo

El análisis realizado por Watson y Tellegen (1985) sobre la estructura del afecto, sugiere que está compuesta por dos dimensiones que son el afecto positivo (AP) y el afecto negativo (AN). En este modelo bidimensional, aunque la nomenclatura pueda sugerir que son los dos polos opuestos de una dimensión, los dos componentes se muestran claramente independientes, ya que la correlación negativa entre ambos es baja, es decir, las puntuaciones altas en una escala no implican puntuaciones bajas en la otra. Las puntuaciones elevadas en cada uno de los dos factores representan un estado de alto afecto, sin embargo las puntuaciones disminuidas se refieren a la ausencia de implicación afectiva. De este modo, la relajación sería un factor de bajo AN y la desgana uno de bajo AP. Esta estructura bifactorial ha sido demostrada en diferentes culturas y sociedades. Estas dos dimensiones aparecieron por primera vez en estudios de autopercepción del estado de ánimo y de expresiones faciales (Diener, Larsen, Levine y Emmons, 1985; Russell, 1980; Stone, 1981; Watson, Clark y Tellegen, 1984; Zevon y Tellegen, 1982). Además se desarrolló un cuestionario en el que se pueden medir

las dos dimensiones generales del afecto que es el *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS)(Watson, Clark, y Tellegen, 1988) y del que existe una versión española (Sandín et al., 1999).

El AP está constituido por los sentimientos de entusiasmo, alerta, energía y participación gratificante y activa. Tendría la función de adaptación al medio y de supervivencia de la especie al aumentar los rangos de pensamiento y acción de las personas, permitiendo ampliar los recursos del individuo (Fredrickson, 2001) y favoreciendo el crecimiento personal y la conexión social (Moriondo et al., 2012). El AP alto sería un estado de energía alta, de concentración máxima y de compromiso placentero, por otro lado el AP bajo se caracterizaría por tristeza y letargo.

De otro modo, el AN alto se ha considerado como un rasgo de malestar, de compromiso desagradable y una sensación de desazón subjetiva que incluye estados de ánimo como disgusto, ira, culpa, miedo y nerviosismo. Un AN bajo se relacionaría con un estado de calma y tranquilidad (Watson et al., 1988). Aunque también la emotividad negativa cumpliría funciones adaptativas como el mostrar los límites y los peligros (Moriondo et al., 2012). Estas dos dimensiones podrían considerarse como disposiciones personales generales de la emocionalidad con cierta estabilidad. Dentro de las estructuras de la personalidad el AP y el AN se relacionan con extraversión y neuroticismo respectivamente (Clark, Watson y Mineka, 1994). Además el AN se ha considerado como un rasgo de malestar somatopsíquico que explica la relación entre éste y los autoinformes de estrés y quejas somáticas (Watson, 1988; Watson y Pennebaker, 1989).

Algunos investigadores señalan la posibilidad de clasificar a las personas según su disposición a experimentar emociones positivas y negativas (Avia y Sánchez, 1995). A su vez se aprecian diferencias de género a la hora de expresar emociones, siendo las mujeres más proclives a demostrar sus emociones (Brody y Hall, 2000; Fabes y Martín, 1991). Respecto a la experiencia emocional los resultados son contradictorios, encontrándose estudios en los que los hombres presentan puntuaciones más altas en AP (Moriondo et al., 2012) y otros donde son las mujeres las que experimentan más AP (Mestre, Sampur y Tur, 2008). Los niveles educativos bajos se asocian con puntuaciones más altas en la escala de afecto negativo (Moriondo et al., 2012). Seligman (2003) propone que las personas con un nivel bajo de estudios tienen más dificultades para satisfacer sus necesidades básicas lo que les lleva a experimentar más episodios de emocionalidad negativa. Respecto a la edad, las personas más jóvenes tienden a experimentar más AP aunque no se tiene una hipótesis clara del por qué sucede esto (Casullo, 2002; Moriondo et al., 2012; Seligman, 2003).

1.2.2. Ansiedad y depresión

Las diferencias entre AP y AN constituyen la base de la distinta conceptualización entre la ansiedad y la depresión. Tellegen (1985) sugiere que la ansiedad y la depresión comparten puntuaciones elevadas en AN, y que sólo la depresión está caracterizada por valores bajos en AP. De igual manera, sólo los síntomas depresivos y el diagnóstico de depresión correlacionan negativamente con el AP (Watson, Clark y Carey, 1988). Clark y Watson (1991) propusieron un *modelo tripartito* sobre ansiedad y depresión, en el que la depresión se caracteriza por un bajo AP o anhedonia (desinterés, falta de energía, sentimiento de que nada es entretenido o sentimiento de que no hay nada divertido en la vida) y por un alto AN (insomnio, cansancio, irritabilidad o baja concentración). Por otro lado, la ansiedad estaría conformada por una alta hiperactivación fisiológica (respiraciones cortas, mareo, aturdimiento, boca seca, temblores o agitación) y un alto AN. Por consiguiente, la depresión y la ansiedad comparten un componente común que sería el alto AN, y que sería el responsable de la fuerte correlación entre las medidas de ansiedad y las de depresión. Sin embargo, también habría otros componentes específicos como son el bajo AP para la depresión y la alta activación fisiológica para la ansiedad, que serían esenciales para la diferenciación entre ambos diagnósticos.

Continuando con los hallazgos que apoyan la tesis del modelo tripartito, se observó una dimensión común al afecto depresivo y al ansioso, que constituía un factor general de neuroticismo, y que incluye algunos síntomas como sentimientos de inferioridad y de rechazo e hipersensibilidad a la crítica. De igual modo, se encontró un factor que era exclusivo de la depresión, el que incluía síntomas de pérdida de interés o placer, anorexia, episodios de llanto e ideación suicida. El componente específico de la ansiedad estaba formado por tensión, agitación y pánico.

La ansiedad es un síntoma bastante general en los trastornos psicológicos y es el trastorno de ansiedad el más frecuente de todos los trastornos mentales. Además, es una de las razones principales por las que las personas acuden a su médico de atención primaria.

Existen múltiples definiciones de ansiedad, la mayoría de ellas se basan en la sintomatología subjetiva, entre las que se encuentran las que la describen como una respuesta emocional que incluye sensación de tensión, nerviosismo, preocupación y mayor activación del sistema nervioso autónomo (Spielberg, Pollans y Worden, 1984). Otras definiciones más experimentales la definen como la

reacción autónoma ante un estímulo peligroso (Wolpe, 1979). Como respuesta funcional y útil evolutivamente, cabe destacar la capacidad que tiene la ansiedad para anticipar las consecuencias ante una amenaza. Esta facultad también está en la base de la disfuncionalidad que puede presentar la ansiedad, como por ejemplo, cuando se produce la respuesta ansiosa ante un estímulo irreal o ante estímulos que no son objetivamente peligrosos. Así, la ansiedad puede ser una respuesta normal y que colabora con la supervivencia o por el contrario puede ser desadaptativa. Lo que marcaría la diferencia entre una y otra sería la intensidad de la reacción y su duración. Al igual que otras respuestas emocionales, la ansiedad se refleja a nivel subjetivo como un estado emocional de malestar, a nivel fisiológico aparecería una mayor activación del sistema autónomo (sudoración, taquipnea, tensión muscular,...) y a nivel conductual se llevarían a cabo conductas de huida o escape.

Los trastornos de ansiedad ocurren muchas veces junto con otra sintomatología psicológica, siendo la depresión uno de los trastornos con los que más coincide. También comparte síntomas con otros trastornos como pueden ser: somatoformes, psicósomáticos, disfunciones sexuales, alteraciones del sueño y conductas adictivas. De hecho, algunos autores entienden que la ansiedad es un síntoma básico en la mayoría de trastornos psicopatológicos.

Como ya se mencionó, ansiedad y depresión suelen concurrir muy frecuentemente. Hay autores que han llegado a señalar que son parte del mismo trastorno, aunque actualmente parece que hay más evidencia científica a favor de que se trata de trastornos diferentes. De hecho, alguna investigación muestra la gran comorbilidad que aparece en pacientes subclínicos y que no cumplen los criterios diagnósticos de trastorno de ansiedad o de depresión, que sin embargo acuden a consulta médica por la sensación de malestar psicológico (Katon y Roy-Byrne, 1991).

Existen estudios donde se han encontrado diferencias de género para el diagnóstico de depresión, siendo entre dos y tres veces superior en mujeres que en hombres (Klerman y Weissman, 1989). En investigaciones posteriores se informó de que no existían diferencias diagnósticas en los trastornos del estado del ánimo en los individuos que no presentan comorbilidad con trastornos de ansiedad. De otro modo, sí aparecen proporciones distintas, cuando los diagnósticos de depresión y ansiedad son comorbidos, siendo de 2 a 1 superior para las mujeres (Ochoa, Beck y Steer, 1992). Estos resultados han sido replicados en diferentes poblaciones como son la universitaria y la de pacientes psiquiátricos ingresados (Joiner, Catanzaro, Laurent, Sandín y Blalock, 1996).

Según algunos autores la ansiedad podría ser un antecedente para la depresión (Kendall, Kortlander, Chansky y Brady, 1992). Poder identificar fases previas de ansiedad permitiría intervenciones terapéuticas que evitarían el desarrollo de la depresión. De igual modo, la diferenciación conceptual entre ansiedad y depresión podría ser una herramienta útil en los abordajes cognitivo-conductuales de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad (Joiner et al, 1996).

Hay evidencia científica de que en los trastornos de ansiedad aparecen sesgos cognitivos relacionados con el procesamiento de la información. Las personas que padecen estos trastornos prestarían más atención a toda la información referida a estímulos amenazantes (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg y Van Ijzendoorn, 2007; Yiend, 2010). De igual modo, recordarían con más facilidad los estímulos negativos que los positivos o neutros (Mitte, 2008). En el caso de la depresión parece que los sesgos cognitivos se dirigen más hacia la memoria y a la recuperación de la información, con tendencia a recuperar aquella relacionada con estímulos negativos (Ruíz, 2011a y b).

1.2.3. Afecto y conductas adictivas

Una de las teorías más aceptadas es que los trastornos de la afectividad suponen un aumento del riesgo a desarrollar abuso de sustancias (Sher, 1991; Stasiewicz y Maisto, 1993). Existen modelos como el de Sher (1991), que remarcan el papel fundamental del AN en el consumo de sustancias. Las personas con problemas afectivos consumirían drogas para mejorar su estado de ánimo y no prestar atención a las emociones negativas (McCollam, Burish, Maisto y Sobell, 1980). No obstante, los resultados obtenidos en las investigaciones que intentaban confirmar la hipótesis de la relación entre trastornos del estado de ánimo y el desarrollo de conductas adictivas, no han sido del todo concluyentes. De este modo, hay estudios que hallaron que los trastornos afectivos predecían un mayor número de síntomas de abuso de alcohol (Chen, Anthony y Crum, 1999; Stice, Barrera y Chassin, 1998). Sin embargo, hay otros estudios que no encuentran que los estados de ánimo se relacionen en el futuro con aumentos de los síntomas de abuso de sustancias (Curran, White y Hansell, 2000) o de síntomas de abuso de alcohol (Clark, Parker y Linch, 1999; Costa, Jessor y Turbin, 1999). Estos estudios analizaban varias variables, y en comparación con ellas, el efecto de los trastornos de los estados de ánimo sobre las conductas adictivas no era significativo, aunque sí que aparecía comorbilidad de conductas adictivas con trastornos del estado de ánimo o ansiedad. Por ejemplo, en pacientes ludópatas un 60% presentaba también

trastorno del estado de ánimo, un 64% consumía drogas y un 40% desarrolló trastorno de ansiedad (Black y Moyer, 1998). En pacientes consumidores de cocaína, la depresión y la ansiedad fueron los diagnósticos psiquiátricos comórbidos más frecuentes (Vasconcelos, Dos Santos y Guerra, 2014).

En estudios que comparan drogodependientes con población general, hallaron que los primeros presentaban mayores niveles de ansiedad y de depresión. En este mismo sentido también tenían una menor percepción de calidad de vida. Una de las limitaciones del trabajo es que no discrimina si los niveles de malestar que presentaban los adictos eran iguales antes de consumir drogas o si aparecieron con el consumo (Fooladi, Jirdehi y Mohtasham-Amiri, 2014).

La relación de los trastornos afectivos en la adolescencia con el inicio del consumo de drogas no está debidamente explicada. Respecto a la adolescencia, el AN podría ser un rasgo de vulnerabilidad para tener problemas con el consumo de drogas (Chassin, Curran, Hussong y Colder, 1996; Cooper, Frone, Russell y Muldar, 1995), aunque no parece que esto se mantenga en la edad adulta (Chassin et al., 1996). En estudios posteriores, parece que la depresión y la ansiedad modifican la percepción del estrés y ésta a su vez influye en el consumo de cannabis (Ketcherside y Filbey, 2015).

Los síntomas depresivos podrían incrementar el riesgo de inicio del uso de drogas y esta cuestión podría tener implicaciones en la clínica ya que la prevención de la depresión en niños supondría descensos en el consumo de drogas en el futuro (Measelle, Stice y Springer, 2006). La depresión en la adolescencia se ha relacionado con incrementos del consumo de drogas cuando se analizó como única variable (Henry, Feehan y McGee, 1993; Stice et al., 1998). Sin embargo, este efecto desaparecía en los estudios realizados con múltiples variables (Stice, Burton y Shaw, 2004). Parece pues que las investigaciones deberían dirigirse hacia la interacción de las diferentes variables que puedan incrementar o disminuir las posibilidades de iniciar los abusos de sustancias.

En conductas adictivas sin sustancia, como puede ser la dependencia a internet, existen trabajos que subrayan la importancia de los estados depresivos en adolescentes para el desarrollo y mantenimiento de la adicción (Andreou y Svoli, 2013). De igual modo, se ha encontrado relación entre padres que padecen depresión y el desarrollo de adicción a internet por parte de sus hijos adolescentes (Lam, 2015). También parece que la ansiedad y en especial la ansiedad social es un factor de riesgo para desarrollar adicción a internet (Weinstein et al., 2015).

Respecto a los tratamientos de las adicciones, parece que terapias centradas en el abordaje de la ansiedad aumentan los tiempos de abstinencia en

pacientes alcohólicos (Kushner et al., 2013). Algunas investigaciones destacan el carácter antidepresivo de los opiáceos, proponiéndolos como tratamiento farmacológico de la depresión aunque también resaltan que se debería estudiar cómo reducir el riesgo de adicción (Lutz y Kieffer, 2013).

1.3. PROCESOS PSICOSOCIALES

Partiendo de los modelos interaccionistas de la personalidad, se entiende que la conducta es el producto de variables internas del individuo, de variables externas asociadas a la situación y fundamentalmente de la interacción entre ambos tipos de factores (ver Pérez-García y Bermúdez, 2011, para una revisión). Dentro de este proceso interactivo, habría una primera fase marcada por las variables personales y situacionales que afectaría a una fase siguiente donde se configura la percepción de la situación (amenaza, positiva, con recursos para hacerla frente o sin ellos...). A partir de esta valoración se provocarían cambios en el nivel de activación, es decir, hay variaciones en el estado emocional de la persona. Todos estos cambios son los que determinan la conducta, que a su vez, influye en la percepción que se tiene de la situación (Endler, 1993).

Dentro de las variables personales que afectan a la forma de percibir las situaciones se encontrarían los procesos psicosociales. En concreto, nos referimos a variables mediadoras en la consecución de la conducta, determinadas por una mayor variabilidad y de naturaleza dinámica. En este caso se escogieron para la investigación: la autoeficacia, el afrontamiento y el apoyo social.

1.3.1. Autoeficacia

En la vida diaria, las personas toman decisiones continuamente y en consecuencia desarrollan unas u otras conductas. El por qué eligen unas u otras metas, el esfuerzo que realizan para conseguirlas y el tiempo que emplean para ello, depende en gran medida de la idea que tienen sobre sus propias capacidades para hacer frente a estas tareas. Este concepto que tiene la persona sobre sus capacidades, es lo que se conoce como autoeficacia.

La percepción de autoeficacia condiciona el pensamiento, la motivación, el rendimiento y la activación emocional. De igual modo, tanto el éxito como el fracaso en una tarea pueden modificar esta idea de autoeficacia aumentándola o disminuyéndola y por lo tanto haciendo que se continúe o se abandone la tarea (ver Pérez-García, 2011a, para una revisión).

La autoeficacia es un concepto básico en la *Teoría del Aprendizaje Social* desarrollada por Bandura (1982, 1986). Para este autor es el elemento cognitivo

fundamental para la adquisición, mantenimiento y cambio de la conducta, influyendo en la motivación y en los logros del individuo. Bandura distingue dos aspectos que condicionan la conducta, por una parte la *expectativa de resultado* que es la creencia de que las acciones efectuadas conducirán al resultado deseado y por otra parte la *expectativa de eficacia* que es la valoración que la persona hace sobre la capacidad de realizar las acciones requeridas para obtener las metas propuestas. Para una determinada situación la expectativa de autoeficacia está conformada por tres dimensiones:

- Nivel: Se refiere a la dificultad o al número de tareas a las que el individuo cree que puede responder de forma adecuada. Por ejemplo, si la tarea es sencilla la percepción de autoeficacia puede ser mayor, disminuyendo según se va complicando.
- Generalidad: Varía desde una expectativa circunscrita a una única situación, a una idea generalizada sobre las capacidades para cualquier tipo de reto. Este aspecto es básico a la hora de estudiar la conducta del individuo, ya que no es lo mismo explicar lo competente que se siente alguien al hablar en público cuando lo ha hecho previamente, que entender la expectativa de eficacia ante una situación que no se ha realizado anteriormente como puede ser el abandonar el consumo de drogas.
- Intensidad: Es la fuerza con la que se mantienen las convicciones sobre las capacidades para hacer frente a una tarea. Si la percepción de autoeficacia es más intensa, la persona será más resistente a los fracasos y se comportará de forma más persistente.

La creencia de autoeficacia es multidimensional y depende del contexto, de este modo el tipo de problema y el entorno en el que se afronta la tarea la condicionan. Los individuos elaboran su idea sobre sus capacidades a partir de la información que obtienen de diversas fuentes. La más importante es la *experiencia personal*, así si se tiene éxito, se perciben mayores probabilidades de realizar una tarea similar, es decir, aumenta la creencia de la persona en la consecución de la meta, por el contrario si se fracasa, las ideas que tiene la persona sobre sus posibilidades de desarrollar una conducta parecida descienden. Otra fuente de información es la *experiencia vicaria* en la que se observan las conductas que hacen y las consecuencias que tienen otros individuos, relacionándola con sus propias expectativas. Probablemente la modificación de la autoeficacia vendría dada porque al observar a otros, nos permite un mayor grado de predictibilidad y control sobre nuestra conducta. Si las personas a las que se observa tienen mucho

en común con el observador la influencia en el espectador será mayor. La *persuasión verbal* también modula las creencias a partir de los comentarios de otros. No parece que la opinión de los demás se relacione con la autoeficacia de manera directa y sí se observa que incide en el inicio de conductas que no se hubiesen intentado de otra forma, aunque para ello la fuente de información debe tener un grado de credibilidad suficiente. Por último, los *estados emocionales y fisiológicos* asociados a una tarea pueden modificar la percepción de autoeficacia que se tiene, por ejemplo, si se asocia un fracaso con un estado fisiológico desagradable. El valorar un estado fisiológico como una vulnerabilidad incidiría en la confianza para desarrollar las tareas (Bandura, 1997, Maddux, 1999; Maddux y Volkman, 2010).

Algunos autores han planteado la autoeficacia de una forma más global, no la limitan a una situación específica, sino que la entienden como la creencia en la capacidad o la característica de personalidad relativamente estable para resolver situaciones estresantes o difíciles (Baessler y Schwarzer, 1996; Schwarzer, 1993). La autoeficacia general permitiría explicar un rango más amplio de conductas o explicarlas cuando el contexto no es tan conocido. Sería un concepto inherente en todos los individuos independientemente de la cultura que tengan y que adquiere una gran importancia en el funcionamiento humano ya que mantiene correlaciones positivas con optimismo, autoestima, autorregulación, afecto positivo y satisfacción, mientras que correlaciona negativamente con ansiedad, depresión, ira y afecto negativo (Luszczynska, Gutiérrez-Doña y Schwarzer, 2005). También correlaciona positivamente con el afrontamiento centrado en la solución de problemas (Sanjuán, Pérez-García y Bermúdez, 2000; Schwarzer, 1993) y negativamente con estrategias de afrontamiento evitativas (Sanjuán et al, 2000; Smith, Wallston y Smith, 1995).

A partir de lo explicado previamente, se ha corroborado que las personas que tienen una alta percepción de autoeficacia, se diferencian de los que tienen una baja percepción porque eligen metas más difíciles, realizan más esfuerzo y más persistencia, obtienen mejor rendimiento, su estado de ánimo es más favorable para realizar la tarea y afrontan mejor el estrés (Bermúdez, Pérez-García y Sanjuán, 2003; Maddux, 1999). En general, una alta percepción de autoeficacia se relaciona con bienestar físico y psicológico, lo que a su vez favorece un estilo de vida saludable (Pérez-García, 2011a) y parece de gran importancia en la prevención de enfermedades siendo muy relevante en la tenencia de un estilo de vida saludable (Rueda y Pérez-García, 2004). Las personas con autoeficacia alta tienden a elegir tareas más desafiantes, se ponen metas más elevadas y son

capaces de ser más persistentes para conseguir sus objetivos (Sanjuán et al., 2000). La percepción de incapacidad para resolver situaciones aversivas produciría ansiedad y la ineficacia para conseguir los resultados deseados podría provocar depresión. Las personas con una expectativa de autoeficacia baja tienden a tener una baja autoestima y sentimientos negativos hacia sí mismos (López-Torrecillas, Salvador, Verdejo y Cobo, 2002).

1.3.1.1. Autoeficacia y conductas adictivas

La Teoría del Aprendizaje Social se podría aplicar a las adicciones. La conducta adictiva se iniciaría y mantendría por modelado, por refuerzo social, por las expectativas del consumo y por el refuerzo aversivo o positivo de los efectos de la sustancia. La decisión última de consumir una droga estaría en función de la autoeficacia y de la situación en que se encuentra la persona, siendo los factores cognitivos los que condicionan la interacción del individuo y el ambiente (López-Torrecillas et al., 2002).

De acuerdo con estas ideas, Schippers (1991) estableció que la adicción está mediada por las expectativas sobre los efectos del consumo. Estas cogniciones se van acumulando durante la evolución a través de la interacción social y de los efectos fisiológicos y psicológicos de la sustancia. El cese del consumo estaría supeditado al desarrollo de conductas alternativas y a las expectativas que se tienen sobre ellas.

Para Marlatt y Gordon (1985) las expectativas de autoeficacia y de logro influyen en las conductas de la persona para afrontar la situación de riesgo de consumo, si las expectativas del consumo son positivas la probabilidad de recaída es mucho mayor. Sin embargo, la creencia de ser capaz de superar el deseo de la droga y por tanto no consumir podría ser una de las variables con más importancia en el tratamiento de las conductas adictivas (Torrecilla, 2002). Parece que esta cognición favorece la participación activa en el tratamiento, el afrontamiento centrado en el problema, el esfuerzo y la persistencia. Existen estudios que encontraron una relación positiva entre autoeficacia y buena evolución en el tratamiento (Annis y Davis, 1988; Solomon y Annis, 1990). Así, los consumidores de cocaína, que están en tratamiento y que presentan unos niveles más altos de autoeficacia, parecen tener una mayor protección frente a las recaídas (Hervás y del Pozo, 2012). Otras investigaciones que valoraban la intervención terapéutica con adicciones, encontraron que la autoeficacia parece ser un potente predictor de resultados o un mediador importante en los efectos del tratamiento (Kadden y Litt, 2011). Como ya se mencionó, la sintomatología depresiva parece influir en el

descenso de la autoeficacia en pacientes que se encuentran en tratamiento residencial (Greenfield, Venner, Kelly, Slaymaker y Bryan, 2012).

Por el contrario, otros estudios hallaron que una elevada autoeficacia puede ser un factor de riesgo para las recaídas (Burling, Reilly, Moltzen y Ziff, 1989), o no encontraron diferencias en el resultado de su tratamiento en función de la autoeficacia de los pacientes (Mayer y Koeningsmark, 1991).

Otras investigaciones concluyen que los consumidores en tratamiento que mejores resultados conseguían eran los que tenían una autoeficacia intermedia, obteniendo peores resultados aquellos que tenían una autoeficacia extrema, es decir, muy alta o muy baja. Estos resultados se referían exclusivamente a la autoeficacia percibida para resistirse a una situación de probable consumo. Podrían ser distintos si la medida de autoeficacia fuera más global, ya que se implicaría a más factores de personalidad (Chicharro et al., 2007). Siguiendo con esta argumentación, estudios que diferencian entre los distintos tipos de autoeficacia muestran que en adolescentes el consumo problemático de alcohol se asocia con una autoeficacia social alta y con una baja autoeficacia emocional y académica (McKay, Sumnall, Cole y Percy, 2012).

También se ha asociado una baja autoeficacia para no consumir con un mayor riesgo de suicidio en pacientes dependientes de alcohol (Jiménez, Carballo, Cano y Marín-Vil, 2014). Continuando con el alcohol, parece que las mujeres y las personas que tienen mayor nivel de estudios presentan puntuaciones más altas en la autoeficacia percibida para resistirse a su consumo (Hinojosa-García, Alonso-Castillo y Castillo-Muraira, 2012).

En lo que se refiere a adolescentes, parece que una alta autoeficacia para resistirse al consumo y la aplicación de normas se relacionan con un descenso del abuso de cánnabis, lo que podría tener importantes repercusiones en la prevención de la adicción (Walker, Neighbors, Rodriguez, Stephens y Roffman, 2011).

1.3.2. Afrontamiento

El *Modelo de Afrontamiento* propuesto por Lazarus y Folkman (1984/1986) se basa en la interacción de la persona con su medio. Para ellos, el estrés y el afrontamiento surgen a partir de la evaluación que el sujeto hace de su entorno y de cómo actúa respecto a esa evaluación. Cuando la persona valora el requerimiento del medio como algo amenazante y que además supera sus recursos aparece el estrés que sería un estado de malestar interno. Según estos autores el afrontamiento se define como *“aquellos esfuerzos cognitivos y/o conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas*

específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986, pg. 164).

La valoración que el individuo hace de la situación incluye dos tipos: la *evaluación primaria* y la *evaluación secundaria*. Mediante la *evaluación primaria* el individuo cataloga la situación de riesgo o no en función del modo en que compromete a su bienestar. Una situación es irrelevante cuando no puede modificar el equilibrio o es beneficiosa cuando produce ganancias y genera bienestar. Por el contrario, es estresante cuando se relaciona con pérdidas, amenazas o retos. A través de la *evaluación secundaria* la persona analiza los recursos que tiene para enfrentarse a la situación. Si en el análisis, el individuo considera que tiene recursos suficientes, la realidad se percibirá como un reto que puede superar y al revés, si considera que no tiene capacidades para hacer frente, el escenario será percibido como una amenaza, lo que generaría ansiedad y malestar. Estos procesos valorativos e interdependientes dependen de la situación y de las características individuales, entre las que destacan: la jerarquía de metas y valores, el nivel de autoestima, o las expectativas generales sobre el locus de control y la competencia personal (Lazarus y Folkman, 1987). De forma habitual, cuando se cree tener las capacidades para hacer frente a la situación, el afrontamiento será eficaz. Este tipo de *evaluación secundaria* se asocia con autoestima alta, optimismo, bienestar emocional y resiliencia (Chesney, Neilands, Chambers, Taylor y Folkman, 2006; Karademas y Kalantzi-Aziri, 2004).

A partir de la valoración de una situación como estresante, por lo general, los esfuerzos se dirigen a neutralizarla y restablecer el equilibrio. Esta vuelta a la normalidad se puede hacer eliminando el factor estresante o reduciendo el malestar emocional que provoca la situación. Cuando las conductas y los pensamientos se emplean para la modificación o eliminación de la situación estresante hablamos de *afrontamiento dirigido al problema*. En general, este tipo de afrontamiento se realiza cuando el individuo considera que existe la posibilidad de cambiar el entorno. Si por el contrario, se intenta regular la experiencia emocional del individuo provocada por la circunstancia estresante se trata de *afrontamiento dirigido a la emoción*, que se pondría en práctica cuando no puede modificarse el evento estresor. Los dos tipos de afrontamiento pueden ocurrir ante una misma situación, pues no son excluyentes (ver Rueda, 2011, para una revisión).

La valoración cognitiva y las estrategias de afrontamiento median en la relación entre la persona y el ambiente. Las situaciones de estrés, las evaluaciones de las mismas y las distintas estrategias de afrontamiento son fenómenos dinámicos, varían a lo largo del tiempo, de las personas e incluso en la misma

persona. El individuo puede influir en su entorno y éste, a su vez, puede influir en el individuo, por lo que se trata de una relación bidireccional (Lazarus y Folkman, 1986).

El afrontamiento se puede conceptualizar como un proceso o como un estilo. Entender el afrontamiento como un proceso implica considerar las acciones que comienzan tanto a nivel cognitivo como conductual ante las situaciones concretas de estrés. Los estilos implican la tendencia a emplear un tipo u otro de estrategias de forma predominante en diferentes situaciones de la vida (Morales-Rodríguez et al., 2012). Se podría afirmar que las personas muestran un estilo general para usar determinadas estrategias frente a sucesos estresantes (Monnier, Hobfoll, Dunahoo, Hulsizer y Johnson, 1998). Esta disposición a actuar de determinada manera, como explica Bandura en su Teoría del Aprendizaje Social (1982), es un aprendizaje desarrollado a partir de las leyes del condicionamiento clásico, operante y vicario.

De esta forma, puede decirse que en el análisis del afrontamiento concurren dos conceptualizaciones, una que lo entiende como un proceso, en el que existe variación intraindividual en las estrategias empleadas y que éstas también varían dependiendo de la situación. La otra idea sobre el afrontamiento entiende que es una disposición con variación interindividual, es decir, cada persona tendría un estilo de afrontamiento que es el que emplea de forma general ante las diferentes situaciones de estrés. Así habría múltiples formas de reaccionar en una situación, pero pueden reducirse a un número de categorías básicas por la tendencia de la persona a emplear un modo similar de afrontamiento (Parker y Endler, 1996).

La efectividad de las estrategias de afrontamiento se muestra como un problema complejo y que ha recibido mucho interés por parte de la comunidad científica. De esta forma, la efectividad depende de la naturaleza del estresor, del grado de control de la situación y de la duración del proceso de afrontamiento (Lazarus, 1999). Un afrontamiento podría ser adaptativo cuando promueve un ajuste físico, psicológico y social adecuado para cada situación, aunque también puede ser desadaptativo si las consecuencias de su empleo son negativas (Lazarus, 1993). Referente a la consecución de la adaptación a través de los distintos afrontamientos se piensa que la combinación de ambos tipos de afrontamiento, tanto el centrado en el problema como el enfocado en la emoción, podría ser la respuesta más efectiva. Es decir, en el momento de enfrentarse a un acontecimiento importante, sería positivo realizar estrategias de distanciamiento o desvinculación de aquellos elementos que no pueden ser modificados, a la vez que

se intentan cambiar los factores que se pueden transformar (Folkman y Lazarus, 1985; Skinner, Edge, Altman y Sherwood, 2003).

Parece que cuando el suceso estresante es controlable, las estrategias centradas en el problema son más adaptativas que las centradas en la emoción. Si por el contrario la situación aparece como incontrolable, son las estrategias que manejan la emoción las que se muestran más efectivas. La funcionalidad o adaptabilidad del afrontamiento debe evaluarse en función de las consecuencias que tengan las estrategias para el individuo. De este modo, resulta complicado a priori calificar las estrategias de afrontamiento como procesos buenos o malos para la supervivencia (Rueda, 2011). Aunque no exista unanimidad en el criterio para definir el afrontamiento adaptativo, sí que se han propuesto algunas características que debería tener: Resolución del conflicto, reducción de las respuestas fisiológicas, reducción del nivel de activación, disminución del malestar psicológico, adecuación en el funcionamiento social, promoción del bienestar, mantenimiento de la autoestima, retorno a las actividades previas a la situación de estrés y percepción subjetiva de efectividad del afrontamiento (Zeidner y Saklofske, 1996).

La flexibilidad en el afrontamiento sería la capacidad de emplear una variedad de estrategias de afrontamiento con el fin de manejar los distintos acontecimientos. Para ello el individuo debe ser capaz de valorar las diferentes situaciones de estrés, poseer las estrategias y conseguir un buen ajuste entre las que se ponen en práctica y las demandas situacionales (Cheng y Cheung, 2005; Fresco, Williams y Nugent, 2006). Las personas flexibles poseerían un estilo de pensamiento abierto y dialéctico que les permite percibir los cambios de la realidad desde diferentes puntos de vista (Cheng, 2009). Podría decirse que para un manejo efectivo del estrés habría que realizar una evaluación realista de la situación y de los recursos personales disponibles, ser flexible para generar planes de afrontamiento para los diferentes eventos y, por último, ser capaz de anticipar las consecuencias de las estrategias de afrontamiento empleadas (Rueda, 2011).

A partir de intentar conocer qué tipo de afrontamiento emplea una determinada persona y cuáles de ellos son funcionales o disfuncionales se comenzaron a desarrollar instrumentos que permitieran profundizar en este conocimiento. Folkman y Lazarus (1985) diseñaron un cuestionario para medir el afrontamiento al que se conoce como *Ways of Coping Questionnaire* (WCQ), que recoge un listado de estrategias empleadas ante situaciones de estrés. Para los autores y por los resultados que obtuvieron en el análisis factorial, los elementos se pueden agrupar en ocho subescalas que incluyen:

- Dos subescalas dirigidas a la solución del problema que son el "*afrentamiento confrontativo*" o intento agresivo por cambiar la situación y la "*planificación y solución del problema*" que consiste en elaborar un plan y seguirlo.

- Las otras seis subescalas se refieren al manejo de las emociones y son: "*el distanciamiento*" desvincularse de la situación; "*el autocontrol*" controlar la conducta y la expresión de emociones; "*la aceptación de la responsabilidad*" asumir que se forma parte de la solución del evento negativo; "*el escape-evitación*" conducta de huida o deseo de que desaparezca el elemento estresante; "*la reevaluación positiva*" transformar el acontecimiento obteniendo un significado positivo del mismo; y la "*búsqueda de apoyo social*" conseguir posibles soluciones de los demás.

Este instrumento ha recibido críticas a su validez ya que resulta difícil replicar su estructura cuando se emplean muestras o situaciones estresantes distintas (Parker y Endler, 1992).

Algunos autores (Carver y Connor-Smith, 2010; Carver, Scheier y Weintraub, 1989), señalan que la división propuesta por Lazarus y Folkman entre afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción puede resultar limitada. En este sentido, y fundamentalmente en el afrontamiento centrado en la emoción, se incluyen diferentes tipos de estrategias que parecen cumplir funciones y tener resultados distintos. Así, por ejemplo, mientras que el uso de las estrategias de evitación suele incrementar el malestar emocional, el empleo de una reevaluación positiva lo disminuye sensiblemente. Por ello, Carver y su equipo propusieron una clasificación alternativa con categorías menos amplias y que recogieron en el *Coping Orientation to Problems Experienced* (COPE) (Carver et al., 1989). Los 14 tipos de estrategias de afrontamiento que recoge el cuestionario son las siguientes:

- *Afrontamiento activo*: Realizar las acciones y mantener el esfuerzo para eliminar, cambiar o reducir el impacto negativo del estresor.

- *Planificación*: Pensar en las opciones más adecuadas que se pueden llevar a cabo para solucionar el problema.

- *Supresión de actividades interferentes*: Posponer otras actividades y evitar la distracción, centrándose en resolver el problema.

- *Autocontrol*: Impedir una respuesta impulsiva, a la espera de que se dé la situación adecuada para actuar. Tendría un componente activo que sería el manejo del estrés y un componente pasivo que sería no actuar.

- *Búsqueda de apoyo social instrumental*: Buscar ayuda o información en los demás para resolver el conflicto.

- *Búsqueda de apoyo social emocional*: Búsqueda de empatía y cariño en otras personas.

- *Reinterpretación positiva*: Obtener un significado positivo a partir del estresor. Si bien estaría dentro del afrontamiento centrado en la emoción, también colaboraría a resolver el compromiso.

- *Aceptación*: Asumir la existencia del estresor sin que interfiera en el funcionamiento de la persona. Entra en acción cuando no hay alternativa de que la situación cambie.

- *Uso de la religión*: Acudir a la religión para disminuir el malestar o para encontrar un significado positivo al escenario negativo.

- *Ventilación de las emociones*: Expresar el malestar provocado por la realidad adversa. Aunque beneficiosa en momentos puntuales puede entorpecer la resolución del problema si se mantiene de forma continua.

- *Negación*: Actuar como si el estresor no existiera. Del mismo modo que la anterior estrategia, puede ser útil al principio del conflicto pero dificultar que se resuelva si se perpetúa en el tiempo.

- *Desvinculación conductual*: Reducir el esfuerzo por afrontar la situación complicada o renunciar a las metas que obstaculiza el estresor.

- *Desvinculación mental*: Evitar pensar en el estresor o en las interferencias que produce para conseguir las metas establecidas.

- *Uso de drogas y alcohol*: Consumir sustancias para no pensar en el estresor.

Los análisis factoriales llevados a cabo por los autores con los distintos tipos de estrategias contemplados en el cuestionario arrojaron dos categorías más amplias. En una se incluirían las estrategias que teóricamente podrían funcionar de manera más adaptativa y funcional como son: el afrontamiento activo, la planificación, la reinterpretación positiva y la búsqueda de apoyo instrumental y emocional. En la segunda categoría saturarían las estrategias más disfuncionales como: la negación, la desvinculación conductual y mental, la ventilación emocional y el uso de drogas y alcohol. El uso de la religión no se incluyó en ninguno de los dos grupos por no presentar correlaciones significativas. Así hay estudios que proponen que las estrategias de solución de problemas cargan en un único factor (Carver et al. 1989; Litman y Lunsford, 2009; Yi-Frazier et al. 2010; Sanjuán y Magallares, 2014). Sin embargo, hay otros que consideran que deben ser tratados separadamente (Skinner et al. 2003)

Otros estudios han encontrado que las dos subescalas de apoyo social conforman un factor independiente (Arrogante, Pérez-García y Aparicio-Zaldívar,

2015; Vallejo y Pérez-García, 2015). Por otra parte, otros trabajos muestran que el afrontamiento activo y la planificación forman un factor, mientras que la reevaluación positiva y la aceptación saturarían en otro diferente (Pérez-García, Oliván y Bover, 2014).

1.3.2.1. Afrontamiento y conductas adictivas

Ante situaciones estresantes las personas responden de formas diferentes, tomando decisiones que intentan restaurar el equilibrio. Parece que en los drogodependientes gran parte de estas decisiones y sus conductas correspondientes, no consiguen restablecer la homeostasis, son desadaptativas, perpetúan la situación estresante o incluso la agravan incrementando la sensación de malestar, por lo que en muchas ocasiones la respuesta que intenta paliar este sufrimiento es el consumo de drogas.

El estilo de afrontamiento puede ser un factor protector para las adicciones cuando se centra en la resolución del problema, o un factor predisponente cuando se centra en la reducción de las señales de malestar interno provocado por la situación estresante (Wills y Hirky, 1996). Las expectativas que la persona tiene sobre el resultado del consumo de drogas se muestran fundamentales en el uso de ellas. Así, si piensa que el consumo de drogas es útil para manejar el estrés tiene muchas más posibilidades de convertirse en adicto (Willsy, Cleary, 1995; Wills, Sandy y Shinar, 1999).

Las personas que desarrollan problemas con las conductas adictivas parece que emplean sistemáticamente estrategias de afrontamiento desadaptativas y que no consiguen el objetivo de disminuir el estrés. Con el consumo se trataría de escapar de la situación estresante o de las sensaciones de malestar interno generadas por las dificultades a las que se tiene que hacer frente. No parece que el consumo cumpla una función de automedicación, ya que no se encuentran diferencias en los distintos tipos de drogas, a pesar de los diferentes efectos. Se podría relacionar con el hábito de consumir que estaría integrado en un estilo de afrontamiento (Pedrero, Rojo y Puerta, 2008). Se han encontrado diferencias en las estrategias de afrontamiento entre las personas en tratamiento por drogodependencias y la población general. Los primeros emplearían estrategias fundamentalmente indirectas, evitativas, instintivas, agresivas y antisociales. Los segundos utilizarían más estrategias activas, cautelosas y prosociales (Pedrero, 2007a).

La psicopatología previa que pudiera existir y que correlaciona en gran medida con la adicción, se ve incrementada por el consumo y media en el empleo

de afrontamientos que facilitan y mantienen la adicción (Franken, Hendriks, Haffmans y Van de Meer, 2001). Igualmente, el consumo de alcohol o de tabaco como estrategia de afrontamiento para regular estados de ánimo negativos influye de forma notable en el desarrollo de la adicción (Gilson et al., 2013; Watson, VanderVeen, Lee, DeMarree y Morrell, 2012). Estos tipos de afrontamiento en los que se incluye el consumo de alcohol aumentan la ideación suicida en jóvenes (González y Hewell, 2012). Los estilos de afrontamiento funcionales se han asociado a una mayor adherencia a los tratamientos para las adicciones en general y especialmente en comunidades terapéuticas (Hernández y Londoño, 2012).

A pesar de que trabajos anteriores confirman la relación de los estilos de afrontamiento con la adicción, hay otros estudios que no encuentran esta concordancia, aunque se refieren a conductas adictivas sin sustancia (Jiménez-Albiar et al., 2012). Continuando con esta línea de argumentación, tampoco se han encontrado diferencias de afrontamiento entre pacientes alcohólicos con riesgo suicida y sin riesgo suicida que recibían tratamiento ambulatorio de prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985), por lo que podría ser que el suicidio dependiera más de la impulsividad que de los estilos de afrontamiento (Jiménez et al., 2014).

Según Lazarus (1991), las estrategias de afrontamiento son elementos variables de nuestra forma de ser, lo que se refleja en que la persona emplea unas u otras dependiendo de la situación y de cuál sea su preferida. Es decir, estas estrategias son modificables mediante aprendizaje. A partir de esta premisa surgen acciones terapéuticas en el campo de las adicciones.

Los programas terapéuticos centrados en el *Modelo de Prevención de Recaídas* (Marlatt y Gordon, 1985) se basan en el adiestramiento de los drogodependientes para hacer frente a las situaciones de riesgo que les pueden llevar al consumo. Esta preparación va encaminada a que el individuo mejore la autoeficacia percibida para resolver de forma correcta la situación estresante y así mantener la abstinencia. Una primera parte del programa se focalizaría en la *evaluación primaria* de la situación, llegando a reconocer cuales son aquellas que amenazan la abstinencia para cada uno de los pacientes. Una segunda parte, centrada en la *evaluación secundaria*, trata de aumentar los recursos y la percepción que el individuo tiene de los mismos mediante el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, en resolución de problemas y en asertividad. Algunos estudios encuentran que tener las habilidades de afrontamiento no es suficiente para emplearlas ante circunstancias de riesgo (Allsop y Saunders, 1989) y que sin embargo la eficacia percibida de las estrategias para ponerlas en práctica es un elemento que influye en la consecución de la abstinencia (Litman, Stapleton,

Oppenheim, Peleg y Jackson, 1984). Estos programas comenzaron empleándose en alcohólicos aunque en la actualidad se desarrollan para la dependencia a cualquier tipo de sustancia.

1.3.3. Apoyo social

En general, el apoyo social se podría definir como "*los recursos proporcionados por otras personas*" (Cohen y Syme, 1985, pg.4) y que permiten al individuo: disminuir la percepción de amenaza, tener mayor competencia ante situaciones estresantes y disminuir las consecuencias negativas cuando suceden acontecimientos negativos (ver Pérez-García, 2011b, para una revisión). También en el *Modelo Multiaxial de Afrontamiento* (Hobfoll y Dunahoo, 1991) se propone que las personas presentan una forma o estilo característico para solventar las situaciones estresantes. Entre los nueve tipos de estrategias que distingue se encontraría la búsqueda de apoyo social, que sería recabar recursos ajenos para la resolución del conflicto cuando los propios son insuficientes.

Los grupos y redes sociales a los que pertenecen los individuos pueden tener la función de actuar como moduladores del estrés, disminuyendo los efectos negativos de éste. Así las personas vinculadas a sistemas sociales perciben menos estrés y consecuentemente enferman menos (Cassel, 1976; Dean y Lin, 1977; Kaplan, Cassel y Gore, 1977; Pérez-García, 2011b), la recuperación de la enfermedad es más rápida (Kulik y Mahler, 1989) y su mortalidad es más baja en caso de enfermedad grave (Adler y Matthews, 1994; Barth, Schneider y von Kännel, 2010).

Dentro del concepto de apoyo social habría que distinguir entre su estructura y su función. Así, cuando hablamos de estructura se hace referencia a la red de personas con las que cuenta el individuo. Para valorarla se emplearían índices como: estado civil, número de amigos, grupos o asociaciones a las que se pertenece... De otro modo, la función se refiere al tipo de apoyo proporcionado por la red con la que cuenta el individuo. Existen múltiples definiciones sobre el apoyo funcional, una de las más relevantes es la que hizo House (1981) en la que se entiende como una transacción interpersonal con cuatro modalidades distintas:

- 1- *Apoyo emocional*: recibir muestras de empatía, amor o confianza.
- 2- *Apoyo instrumental*: conductas orientadas a la solución del problema de la persona que recibe el apoyo. Incluye el apoyo económico.
- 3- *Apoyo informativo*: recibir información de utilidad para resolver el conflicto.

4- *Apoyo valorativo*: proporcionar información válida para la autoevaluación o para la comparación social sin que intervenga la parte afectiva.

La búsqueda de apoyo social cumpliría dos funciones por un lado intentaría conseguir recursos para solucionar el problema y por otro lado, a través del afecto de los demás, pretendería reducir el malestar emocional (Carver et al. 1989).

Para el estudio del apoyo social es importante tener en cuenta la percepción que tiene la persona que recibe dicho apoyo. Así, el apoyo funcional percibido sería la valoración que hace el individuo respecto al grado de ajuste entre la cantidad y el tipo de apoyo necesitado con la cantidad y el tipo disponible, además incluye la idea de si el apoyo estaría disponible en caso de necesitarlo (Lett et al., 2005). Otros factores que influyen en la percepción de apoyo social son las características de la persona y las características de la situación. Se habla de *impacto indirecto* cuando los otros miembros de la red sólo se ven afectados en que tienen que ayudar a otro individuo; y de *impacto directo* cuando los miembros también se tienen que enfrentar a la situación (Pérez-García, 2011b).

En lo relacionado a la salud, se plantea que el apoyo social influiría de dos formas distintas: (1) siempre es bueno independientemente del estrés que provoca la situación. Este modo estaría implicado en la adquisición de hábitos saludables (dejar de fumar, menos consumo de alcohol,..) (Krantz, Grunberg y Baum, 1985); o sin embargo (2) sólo es beneficioso cuando las situaciones son de alto estrés, amortiguando los efectos negativos y por lo tanto disminuyendo la reactividad fisiológica que provoca el evento (O'Donovan y Hughes, 2009).

Uno de los factores que ha recibido más atención ha sido la existencia de una pareja estable. Parece que el hecho de tener pareja disminuye las tasas de mortalidad por cualquier causa, independientemente de la edad, del sexo y de la raza (Kraus y Lilienfeld, 1959). Aunque otros autores indican que este factor protector de la pareja es considerablemente mayor para los hombres que para las mujeres (Ortemeyer, 1974).

1.3.3.1. Apoyo social y conductas adictivas

Existen estudios que sugieren que altos niveles de apoyo social percibido reducirían las posibilidades de iniciarse en el consumo de sustancias (Cohen y Wills, 1985). Una persona con AN podría desarrollar estrategias de afrontamiento no adaptativas y una de ellas podría ser el consumo de sustancias, pero disponer de un adecuado apoyo social podría impedir el consumo (Pierce, Frone, Russell, Cooper y Mudar, 2000). Si una persona puede recurrir a su familia o a sus amigos

para recibir ayuda práctica o emocional, probablemente, reducirá los síntomas depresivos y las posibilidades de rumiación sobre los problemas, de esta forma no tendría que recurrir al consumo de sustancias para aliviar su sensación de malestar (Wills y Cleary, 1995).

La falta de apoyo social podría suponer directamente un aumento del riesgo de comenzar con abuso de sustancias (Baumrind, 1991; Windle 1992). Déficits en el apoyo social parental se relacionan con el aumento de los problemas a consecuencia de las conductas adictivas (Stice et al., 1998; Windle, 1992). Los adictos no emplearían estrategias de búsqueda de apoyo social probablemente por el aislamiento que provoca la dependencia, lo que dificulta recurrir a otros (Franken et al., 2001). La adicción a la cocaína, de forma crónica, conlleva al aislamiento y al deterioro de las redes sociales de la persona (Verdejo, 2014).

La relación entre apoyo social y problemas con el consumo de alcohol ha recibido múltiples estudios. La mayoría de ellos coinciden en la afirmación de que tener apoyo social correlaciona negativamente con la adicción al alcohol (Lindenberg, Gendrop y Reiskin, 1993; Maton y Zimmerman, 1992; Windle, 1992) y positivamente con conseguir y mantener la abstinencia en alcohólicos (Billings y Moos, 1983; Havassy, Hall y Wasserman, 1991; Longabaugh, Beattie, Noel, Stout y Malloy, 1993). Estudios más actuales resaltan el papel fundamental de la percepción de apoyo social con el consumo de alcohol sin desarrollar adicción (Brutovská, Orosová, Kalina, Petkeviciene y Lukács, 2013).

Los fumadores de tabaco en tratamiento consiguen más tiempo de abstinencia cuando perciben apoyo social (Becoña, 2004). Cuando el tratamiento se dirige a un gran número de personas de forma simultánea se consiguen más cambios en la conducta y más duraderos (Flay, 1987). También si se tiene el apoyo del cónyuge es más sencillo abandonar la conducta de fumar (Mermelstein, Cohen, Lichtenstein, Baer y Kamarck, 1986).

Respecto a los riesgos del consumo de drogas, parece que en mujeres adictas a sustancias por vía parenteral el apoyo social disminuye la probabilidad de muerte por sobredosis (Pabayo, Alcantara, Kawachi, Woody y Kerr, 2013).

Una de las alternativas terapéuticas clásicas para las conductas adictivas son los grupos de apoyo que son iniciados y dirigidos por un terapeuta, también empleados en enfermedades crónicas (obesidad, hipertensión, diabetes...), y los grupos de autoayuda conducidos por pacientes. En estos grupos se informa sobre la patología, y se comparten experiencias y emociones con personas que tienen los mismos problemas (Gottlieb, 1981, 1983; Pérez-García, 2011b).

2- OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Se considera que la adicción es una conducta y que su inicio, mantenimiento y abandono dependen de múltiples variables de tipo biológico, psicológico y social (Pomerleau y Pomerleau, 1987; Secades-Villa et al., 2007). Así mismo, dentro de los determinantes de la adicción, parece que los psicológicos son los que más influyen en la consecución o en la finalización de la conducta adictiva (Becoña et al., 2008; NIDA, 1999). Dentro de este marco, el objetivo que se planteó en este trabajo fue el análisis de algunos factores psicológicos, que han mostrado tener un mayor peso en la adicción. Así, se prestó especial atención a las cuestiones psicológicas que podrían influir en la adherencia a un tratamiento para conductas adictivas. La elección de las diferentes variables se decidió a partir de la revisión bibliográfica, de la evidencia científica y de la experiencia del doctorando en el tratamiento de las adicciones.

En primer lugar se seleccionaron para la investigación el *Sistema de Inhibición Conductual* (BIS) y el *Sistema de Activación Conductual* (BAS) (Gray, 1981). En los estudios sobre estos sistemas, presentados previamente, se observa un funcionamiento particular de ellos en los drogodependientes (Balconi et al., 2014; Becerra, 2010; Franken, 2002; Martínez et al. 2012; Taylor et al., 2006), que parecen tener un mayor nivel de actividad del BAS y menor del BIS. Aunque podría ocurrir que un incremento del funcionamiento del BIS, y por tanto un aumento del estado de alerta, de ansiedad y de malestar, indujera al consumo de sustancias con el fin de aliviarlo. De este modo, podría haber un grupo de consumidores en los que primara calmar la sensación de malestar, aunque esta condición podría no ser suficiente para conseguir desarrollar una adicción y debería ir acompañada de un componente de impulsividad. Por ende, se podrían diferenciar dos grupos de adictos, uno en el que la impulsividad determina el consumo y otro en el que el malestar acompañado de *búsqueda de novedad* marcan la adicción (Chou et al., 2015; Park et al., 2013). A este tenor, se espera que estas variables influyan en el mantenimiento en el tratamiento y en la consecución de la abstinencia, así un BAS muy activo, que determina una mayor impulsividad, sería causa de un mayor número de abandonos ya que el tratamiento está dirigido a metas a largo plazo, muy al contrario de la inmediatez de consecución de resultados que experimentan los individuos impulsivos. Siguiendo con este argumento, un BIS muy activo hace que las personas presenten más síntomas de ansiedad y por tanto de malestar, por lo que se espera que esta sintomatología retenga a los individuos en el tratamiento debido a la necesidad de encontrarse bien.

En la primera parte de esta tesis, se estudió la emoción de forma concreta y presentada ante una situación específica, como era valorar diferentes imágenes presentadas una a una. Los hallazgos más significativos respecto a los drogodependientes fueron que presentan una tendencia a valorar los estímulos de forma más extrema, es decir, lo bueno es más bueno y lo malo es más malo. En esta segunda parte se decidió intentar ampliar este conocimiento, y se propuso el análisis de la afectividad concibiéndola como un estilo para experimentar un determinado tipo de emociones de forma más general. También se intentó conocer si esta disposición emocional puede determinar el cese del consumo de sustancias. Así, a partir de la evaluación del *afecto positivo* y el *afecto negativo* se analizó el *balance afectivo*, que se deriva de sustraer el segundo del primero. También se consideraron los síntomas de *ansiedad* y los de *depresión*. Se encontraron publicaciones donde la relación de los trastornos afectivos con los problemas de adicción no queda suficientemente clara. De este modo, hay trabajos que presentan una influencia del afecto en la adicción (Chen et al., 1999; McCollam et al., 1980; Sher, 1991; Stice et al., 1998), mientras que otros apuntan a que no existe relación entre ellos (Clark, et al. 1999; Costa et al., 1999; Curran et al., 2000). Por otra parte, los pacientes adictos a sustancias en comparación con el resto de la población presentan más grado de depresión y ansiedad (Fooladi et al., 2014). Otras investigaciones apuntan que la depresión es un factor de riesgo para iniciarse en el consumo de drogas (Measelle et al., 2006). La presencia de depresión y/o de ansiedad modificarían la percepción que se tiene del estrés por lo que facilitarían el consumo de sustancias que mitigaran esta sensación.

En lo referente a la adherencia al tratamiento, se espera encontrar que síntomas depresivos o un bajo AP (lo que se traduciría en un bajo balance afectivo) hagan abandonar más fácilmente la terapia, ya que a las personas les sería difícil acudir y cumplir las propuestas de los profesionales, debido a su estado afectivo y todo lo que ello conlleva (desesperanza, apatía, anhedonia,...). Por el contrario, síntomas de ansiedad o un alto AN (lo que implicaría un bajo balance afectivo), como ya se mencionó antes, determinarían una mayor adherencia al tratamiento debido a la necesidad de aliviar el malestar que se siente.

Otros factores que se escogieron por su posible influencia sobre las conductas adictivas fueron los procesos psicosociales y entre ellos: la *autoeficacia*, el *afrontamiento* y el *apoyo social*. Los niveles de autoeficacia para resistirse al consumo se han presentado, por algunos autores, como pieza clave en el abordaje terapéutico de la adicción. De este modo, parece que niveles altos previenen las recaídas y favorecen la buena evolución del tratamiento (Annis y Davis, 1988;

Marlatt y Gordon, 1985; Solomon y Annis, 1990; Torrecilla, 2002). Por el contrario, otros trabajos no encontraron esta relación (Burling et al., 1989; Chicharro et al., 2007; Mayer y Koeningsmark, 1991). Además, argumentaron que quizás los hallazgos que se obtuvieron dependían de que la medición que se hizo de la autoeficacia, se circunscribía únicamente a una situación de consumo. Mientras que si se analizaba la autoeficacia de una forma más general y global los resultados podrían ser distintos (Chicharro et al., 2007). En este trabajo se examinó la autoeficacia general, de esta manera, se espera que personas con autoeficacia alta puedan llevar a cabo un tratamiento de manera más efectiva.

El manejo del estrés y en consecuencia los diferentes tipos de afrontamiento se presentan como elementos importantes para las adicciones. De esta manera, los adictos tenderían a presentar modos de afrontamiento indirectos, evitativos, agresivos y antisociales (Pedrero, 2007a). Dentro de estos estilos evitativos se encontraría el empleo de drogas que resulta básico para el desarrollo de la adicción (Gilson et al., 2013; Watson et al., 2012). Por el contrario, el afrontamiento funcional colaborará en los buenos resultados de los tratamientos en adicciones (Hernández y Londoño, 2012). Así también, es de suponer que personas con este último tipo de afrontamiento sean más capaces de abandonar el consumo y por tanto de cumplir con las indicaciones terapéuticas, disminuyendo, de este modo, la tasa de abandonos.

La percepción de tener apoyo social supone reducir las probabilidades de recurrir al consumo de drogas (Cohen y Wills, 1985), igualmente, creer que no se tiene este soporte determina en gran medida el desarrollar una conducta adictiva (Baumrind, 1991; Wills y Cleary, 1995; Windle, 1992). Así pues, es de esperar que las personas que perciben un entorno social más accesible y protector presenten, también, más facilidades para mantenerse en tratamiento.

Del mismo modo que se espera que las variables psicológicas seleccionadas influyan en la adherencia al tratamiento, también podría haber variables sociodemográficas que tengan un papel importante en el proceso terapéutico para abandonar las conductas adictivas como son el nivel académico, la actividad laboral, el grado de integración social, el estado civil, el tipo de residencia y las personas con las que convive. Todas aquellos valores que impliquen un entorno más protector e integrado socialmente es de esperar que faciliten la continuidad en el tratamiento.

Este segundo estudio pretende, en definitiva, ahondar más en el análisis de las emociones, ya iniciado en el estudio primero de esta tesis. Así, el balance afectivo y los síntomas de depresión y de ansiedad deberían relacionarse con las

variables psicológicas seleccionadas. De la misma forma, sería esperable que un BIS extremo influya en los anteriores. Lo mismo sucederá con los afrontamientos evitativos, la baja autoeficacia y la percepción de no tener apoyo social. Igualmente, un BAS sensiblemente activo debería relacionarse con más probabilidades de presentar síntomas depresivos. Las relaciones que se establecerían serían tanto positivas como negativas, actuando algunos valores de las variables como protectores frente a los síntomas de depresión, los síntomas de ansiedad y el bajo balance afectivo y otras como precursoras. Igualmente, las variables afectivas es de esperar que estén relacionadas con los factores sociodemográficos de la muestra, como son: el nivel académico, el grado de integración social, la disponibilidad de un empleo o el tener una red social estructurada.

En resumen, la adherencia al tratamiento de los pacientes drogodependientes es de esperar que se relacione con las variables psicológicas elegidas para el estudio. Así, la sensibilidad a la recompensa, referida a la impulsividad, debería ser un factor que determinara el fracaso de la terapia. También, los factores sociodemográficos, citados anteriormente, se espera que tengan un papel importante respecto a la adherencia al tratamiento. Otras variables a tener en cuenta también serían el no disponer de un entorno social en algunos casos contribuiría al fracaso del proceso terapéutico, pero en otros favorecería la continuidad ya que desde el tratamiento se tendría acceso a mínimos necesarios como son casa, alimentación, seguimiento médico o posibilidad de inserción laboral.

Una vez expuesta las argumentaciones sobre las que se sustenta este trabajo, se hará un resumen de los objetivos principales y de las distintas hipótesis que se desprenden de ellos.

El *primer objetivo*, que se propone, es el análisis de las relaciones entre las distintas variables psicológicas elegidas (sensibilidad al castigo, sensibilidad a la recompensa, balance afectivo, síntomas de depresión y de ansiedad, autoeficacia general, tipos de afrontamiento y percepción de apoyo social) y que influyen en las conductas adictivas. A partir de estos resultados se pretende ahondar en el conocimiento de la experiencia emocional en drogodependientes. De esta manera, se analizaron las relaciones entre las variables psicológicas más estructurales y estables (sensibilidad al castigo y sensibilidad a la recompensa) y las que tienen un carácter más dinámico (autoeficacia, afrontamiento y apoyo social percibido) con factores que conforman la afectividad (balance afectivo, síntomas de depresión y síntomas de ansiedad). Estos objetivos se concretan en las siguientes siete hipótesis:

- *Hipótesis 1:* Se espera que la sensibilidad al castigo se relacione de forma positiva con los síntomas de ansiedad y el afrontamiento de evitación.
- *Hipótesis 2:* La sensibilidad al castigo debería relacionarse de forma negativa con balance afectivo, autoeficacia general, afrontamiento de resolución de problemas y de reestructuración cognitiva positiva (RP y RCP), y con el apoyo social percibido.
- *Hipótesis 3:* Se espera que la sensibilidad a la recompensa contribuya al desarrollo de síntomas depresivos y a un balance afectivo más negativo.
- *Hipótesis 4:* Se piensa que el balance afectivo correlacionará en sentido positivo con afrontamiento de RP y RCP y con percepción de autoeficacia.
- *Hipótesis 5:* El balance afectivo estará relacionado de forma negativa con utilizar en mayor medida el afrontamiento evitativo. Por el contrario, la relación entre balance afectivo y afrontamiento de RP y RCP tendrá un sentido positivo.
- *Hipótesis 6:* Es de prever que los síntomas de ansiedad y depresión se relacionen en sentido positivo con afrontamientos de tipo evitativo y de búsqueda de apoyo social.
- *Hipótesis 7:* Se espera que la autoeficacia generalizada se relacione de forma negativa con los síntomas de depresión y de ansiedad. Igualmente, la autoeficacia se relacionará de forma positiva con afrontamiento de RP y RCP.

El *segundo objetivo* es estudiar las posibles relaciones entre las variables psicológicas, citadas anteriormente, y factores sociodemográficos (el nivel académico, la actividad laboral, el grado de integración social, el estado civil, el tipo de residencia y las personas con las que convive) que se han mostrado importantes en el desarrollo y mantenimiento de las adicciones. Respecto a este objetivo se desarrolla la siguiente hipótesis:

- *Hipótesis 8:* Se espera que el hecho de tener una red social pobre y un mayor grado de exclusión social, es decir, bajo nivel académico, no trabajar, no estar integrado socialmente, tener un alojamiento precario y vivir solo, se relacionen con la probabilidad de padecer síntomas depresivos y de ansiedad y con un balance afectivo negativo. Del mismo modo, la percepción de apoyo social debería disminuir cuando la precariedad social aumenta.

Combinando el primer y el segundo objetivo, planteamos la siguiente *pregunta de investigación*: ¿la intensidad de la relación de las variables de

naturaleza más estructural (sensibilidad al castigo y sensibilidad a la recompensa) con los criterios emocionales analizados (balance afectivo, síntomas de ansiedad y síntomas de depresión) se verá afectada al tener en cuenta los factores sociodemográficos (sexo, edad, nivel, número de hijos, número de hermanos, sustancia consumida, patología orgánica, estado civil, integración social, nivel escolar, tipo de residencia, actividad y personas con las que convive) y los procesos psicosociales (autoeficacia, afrontamiento y apoyo social percibido)?

El *tercer objetivo* concierne al estudio de la adherencia a un tratamiento ambulatorio de adicciones y cómo las características psicológicas y las sociodemográficas determinan la continuidad o el abandono del mismo. Sobre este objetivo, se plantean las siguientes ocho hipótesis:

- *Hipótesis 9:* La sensibilidad al castigo se asociará con un mayor abandono del tratamiento.
- *Hipótesis 10:* La sensibilidad a la recompensa se asociará positivamente con el tiempo que el paciente se mantiene en tratamiento.
- *Hipótesis 11:* El balance afectivo se asociará positivamente con la adherencia a la terapia.
- *Hipótesis 12:* Los síntomas de depresión se asociarán positivamente con mayor abandono de la terapia.
- *Hipótesis 13:* Los pacientes con más síntomas de ansiedad se mantendrán más tiempo en la terapia.
- *Hipótesis 14:* Cuanto mayores sean la autoeficacia general, el afrontamiento de RP y RCP y el apoyo social percibido mayor será la adherencia al tratamiento.
- *Hipótesis 15:* Si los afrontamientos de tipo evitativo son los predominantes, será mayor la tasa de abandono.
- *Hipótesis 16:* Un entorno social protector y un mayor nivel de inclusión social son factores que contribuirán a una mayor adherencia al tratamiento.

3- MÉTODO

3.1. PARTICIPANTES

La muestra estuvo formada por pacientes cuyas características quedan recogidas en las Tablas 5 y 6. Estaba constituida por personas que solicitaban tratamiento por trastornos adictivos en un Centro de Atención a Drogodependientes del Ayuntamiento de Madrid (N=101), y que cumplían los criterios de abuso o dependencia de sustancias según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002). Hubo tres personas que no volvieron después de la primera cita y que no devolvieron los cuestionarios cumplimentados, así que se tomó la decisión de contabilizarlos como abandono de tratamiento pero no se incluyeron dentro de la muestra total, ya que había datos sociodemográficos y de consumo que no se pudieron recoger. Las personas que colaboraron en el estudio lo hicieron de forma voluntaria, recibieron información sobre el objetivo del estudio y firmaron una hoja de consentimiento informado. Todos los datos fueron recogidos entre 2011 y 2013.

Tabla 5. *Características clínicas de la muestra*

		Pacientes
Sustancia		
	Alcohol	59(56,7%)
	Cocaína	24(23,1%)
	Heroína	6(5,8%)
	Metadona	9(8,7%)
	Cannabis	3(2,9%)
Patología orgánica		
	VIH	1(1%)
	Hepatitis	9(8,7%)
	VIH y hepatitis	2(1,9%)
	Otros	13(12,5%)
	Ninguna	76(73,1%)

Un cuarto de la muestra fueron mujeres y tres cuartos hombres, siendo una distribución similar a la de personas que solicitan tratamiento por conductas adictivas. Las sustancias por las que requerían tratamiento eran: alcohol, cocaína, heroína (se incluyeron pacientes en programa de metadona) y cannabis. La droga por la que se recibieron más solicitudes de tratamiento fue el alcohol, coincidiendo con los datos epidemiológicos que se presentaron anteriormente. La sustancia ilegal con más demanda de asistencia fue la cocaína y no el cannabis, aunque se estime que el THC es la droga ilegal más consumida, parece que el deterioro provocado por la cocaína es más acusado, por lo que se registran más peticiones de tratamiento de ésta última.

Dentro de los consumidores de opioides, se diferenci6 entre aquellos que solicitaban desintoxicaci6n o mantenimiento con metadona de los que, aunque usaban heroína, no querían un tratamiento con sustitutivos opiáceos.

Tres cuartos de los pacientes no presentaban ninguna patología orgánica. A todas las personas se les solicit6 analítica de sangre que incluía hemograma, bioquímica y serología de VIH y hepatitis.

Tabla 6. *Características sociodemográficas de la muestra.*

		Pacientes
Sexo	Varones	78(75%)
	Mujeres	23(22,1%)
Edad	Media	40,62
	D.t.	11,17
	Rango	19-60
Nivel académico	Enseñanza primaria incompleta	2(1,9%)
	Enseñanza primaria completa	32(30,8%)
	Enseñanza secundaria	48(46,2%)
	Estudios universitarios	19(18,3%)
Actividad laboral	Con trabajo	43(41,3%)
	Parado	48(46,2%)
	Incapacidad o pensionista	5(4,8%)
	Estudiante	4(3,8%)
	Labores del hogar	1(1%)
Nivel de integración social	Socialmente integrado	96(92,3%)
	Sin hogar	2(1,9%)
	Mandato judicial	2(1,9%)
	Salud mental	1(1%)
Estado civil	Soltero	44(42,3%)
	Casado	18(17,3%)
	Divorciado	15(14,4%)
	Pareja de hecho	21(20,2%)
	Viudo	3(2,9%)
Residencia actual	Casa, piso o apartamento	98(94,2%)
	Alojamiento precario	1(1%)
	Pensión, hotel u hostel	1(1%)
	Otras instituciones	1(1%)
Personas con las que convive	Únicamente con la pareja	24(23,1%)
	Únicamente con los hijos	2(1,9%)
	Con la pareja e hijos	21(20,2%)
	Con familia de origen	30(28,8%)
	Hijos y familia de origen	4(3,8%)
	Amigos	4(3,8%)
	Solo	16(15,4%)

3.2. MEDIDAS Y PROCEDIMIENTO

A los individuos que participaron en este estudio, durante la primera cita de valoración, se les entregó un cuadernillo en el que se incluían sus datos personales y los distintos cuestionarios que tenían que cumplimentar. Del mismo modo, se les

informó de cómo tenían que completar los autoinformes y de que tenían que entregarlo la siguiente vez que acudieran al centro. Además, los pacientes recibieron un consentimiento informado para participar en la investigación. El cuadernillo entregado se puede ver en el Anexo 3.

Posteriormente y a través de la historia clínica se registró si los pacientes continuaban en tratamiento, si habían abandonado o si seguían acudiendo a terapia. Estas medidas se hicieron a los 3 y 6 meses de haber tenido la primera cita. Los cuestionarios elegidos para realizar las mediciones fueron:

1) *Escala de Autoeficacia Generalizada* (Schwarzer, 1993; Baessler y Schwarzer, 1996). Este constructo hace referencia a la creencia firme que tiene la persona sobre sus posibilidades para manejar situaciones estresantes de la vida cotidiana. Este cuestionario tiene una versión en castellano, que está validada en población española (Sanjuán et al., 2000), con una consistencia interna (α) de 0,87. La escala está compuesta por 10 ítems que miden la expectativa que se tiene acerca de la capacidad para afrontar adecuadamente cualquier situación problemática. El formato de respuesta empleado en este trabajo oscila entre 0 (Nada) y 5 (Mucho). Una puntuación alta indica una mayor percepción de autoeficacia general.

2) *Subescala de Apoyo Social del Cuestionario de Calidad de Vida* (Ruíz y Baca, 1993). La escala completa se compone de 39 ítems, organizados en cuatro áreas: apoyo social, bienestar físico y psicológico, satisfacción personal y tiempo libre. No obstante, en la presente investigación sólo se aplicó la subescala de apoyo social que está constituida por 13 ítems. Dado que 5 de estos 13 ítems hacen referencia a la vida sexual y de pareja, los autores señalan que esta subescala puede emplearse tanto en su versión de 13 como de 8 ítems, en función de los objetivos del estudio y las características de la muestra. Para los propósitos de nuestro estudio se empleó la versión de 8 ítems. La consistencia interna (α) de la escala sin incluir los ítems de pareja fue de 0,89. Aunque el formato de respuesta original de la escala es de cinco puntos (1=Nada y 5=Mucho), en este trabajo se empleó una escala de seis puntos (entre el 0 y el 5) con el fin de homogeneizar, en la medida de lo posible, los formatos de respuesta de las diferentes medidas aplicadas.

3) *Escala de Afecto Positivo y Negativo (Positive and Negative Affect Schedule: PANAS; Watson et al., 1988; versión para población española de Sandín et al., 1999)*. Comprende dos escalas, de 10 ítems cada una, dirigidas a medir las dimensiones primarias del estado de ánimo, es decir, el afecto positivo y el afecto negativo. Los ítems pueden tener un valor entre 0=Nada y 5=Mucho. Además de

obtenerse puntuaciones en los dos afectos por separado, puede calcularse un índice de balance afectivo restando el afecto negativo del positivo (Myers y Diener, 1995), por lo que cuanto más altas sean estas puntuaciones mayor será la preponderancia del afecto positivo sobre el negativo. Los datos que obtuvieron los autores sobre consistencia interna (α) están entre 0,86 y 0,90 para la escala de AP y entre 0,84 y 0,87 para el AN. La última versión validada para población española (Sandín et al., 1999), confirma la estructura bifactorial para el afecto propuesta por los primeros autores, para ello se realizaron análisis estructurales basados en las estimaciones paramétricas de las ecuaciones de medida y en el coeficiente path entre las variables latentes que confirmaron el modelo propuesto. Además, se obtuvieron valores altos en los coeficientes alfa de las dos subescalas: 0,89 para AP y 0,91 para AN en el grupo de hombres y 0,87 para AP y 0,89 para AN en el grupo de mujeres.

4) *COPE Abreviado* (Carver, 1997) Este cuestionario consta de 28 ítems y está basado en el COPE (Carver et al., 1989). En este estudio se empleó la versión de Pérez-García (2008). La versión abreviada del COPE proporciona a los investigadores una forma rápida de evaluar respuestas de afrontamiento potencialmente importantes, unas adaptativas y otras más problemáticas. Este cuestionario consta de 14 subescalas: *Afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental, uso de apoyo emocional, autodistracción, desahogo, desconexión conductual, reinterpretación positiva, negación, aceptación, religión, uso de sustancias, humor y autoinculpción*. Cada una de las escalas está compuesta por dos ítems. Carver (1997) indica que los investigadores pueden seleccionar aquellas escalas que tengan más interés de acuerdo con las muestras que se vayan a analizar o los objetivos concretos del estudio. El formato de respuesta es de escalas de frecuencia de 4 puntos (entre 0 y 3). En la versión situacional y retrospectiva iría desde “no he hecho esto en absoluto” a “he hecho esto en gran medida”. Cambiando los tiempos verbales puede convertirse en un formato de “estilo de afrontamiento”, de carácter disposicional, o en una forma situacional concurrente. Las instrucciones que se dieron para cumplimentar el cuestionario fueron de carácter general, intentando analizar el estilo de afrontamiento ante las dificultades.

5) *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale: HAD*; Zigmond y Snaith, 1983; validación en población española por Quintana et al., 2003). Incluye dos subescalas, de 7 ítems cada una, que miden ansiedad y depresión en población no psiquiátrica. Las respuestas para este trabajo se puntúan en escalas de frecuencia de 6 puntos, entre 0=Nada y 5=Mucho,

indicando las altas puntuaciones mayores niveles de ansiedad, depresión, o considerados conjuntamente, malestar emocional o estado de ánimo negativo. El cuestionario para población española, empleado en este estudio, presentó una fiabilidad test-retest alta con unos coeficientes de correlación por encima de 0,85. Del mismo modo la consistencia interna también fue alta, siendo para la escala de ansiedad de 0,86 y para la escala de depresión de 0,86 (Quintana et al., 2003).

6) *Cuestionario de Sensibilidad al Castigo y Sensibilidad a la Recompensa (CSCSR)*. Se utilizó la versión en castellano (R. Torrubia, comunicación personal, 19 de abril de 2005), de la versión en inglés publicada por los autores (Torrubia et al., 2001). Es un autoinforme de 48 ítems, que se responde ante dos opciones (sí-no), y es aplicable a personas de 16 años de edad en adelante. Se compone de dos escalas: Sensibilidad al Castigo como medida de BIS (*Behavioral Inhibition System*, o Sistema de Inhibición Conductual), y Sensibilidad a la Recompensa, como medida de BAS (*Behavioral Activation System*, o Sistema de Activación Conductual). Las correlaciones que los autores obtuvieron para ambas escalas fueron altas. Los datos de estabilidad de la escala (test-retest) variaron entre 0,89 a los tres meses y 0,57 a los tres años para la escala de sensibilidad al castigo y de 0,87 a 0,61 en la de sensibilidad a la recompensa. En cuanto a la fiabilidad, la escala de sensibilidad al castigo obtuvo un α de 0,83 para hombres y de 0,82 para mujeres. La escala de sensibilidad a la recompensa mostró un α de 0,78 para hombres y de 0,75 para mujeres (Torrubia et al., 2001).

3.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Una vez recogidos todos los datos se procedió a su análisis con el paquete estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Primeramente, se obtuvieron los descriptivos de la muestra que quedan reflejados en las Tablas 5 y 6. Posteriormente, los descriptivos pertenecientes a los resultados de los distintos autoinformes. El número de participantes que completaron cada prueba puede variar ya que algunos de ellos dejaron en blanco ítems lo que llevó a invalidar las correspondientes pruebas en dichos sujetos.

Las exploraciones preliminares se iniciaron con un análisis factorial del cuestionario *Brief COPE*, prescindiendo de los ítems relacionados con consumo de drogas y alcohol debido a las características de la población, para comprobar su estructura.

En segundo lugar, para analizar las relaciones entre las variables psicológicas, las afectivas y las sociodemográficas se obtuvieron los índices de correlación de Pearson entre ellas. Para continuar con el estudio de las variables

emocionales (balance afectivo, síntomas de ansiedad y depresivos), se realizó un análisis de regresión jerárquico tomando como variables criterio las antes mencionadas y como variables predictoras el resto de las psicológicas, a las que se añadieron las variables sociodemográficas que correlacionaron significativamente con cada criterio considerado.

En una tercera parte, con el fin de comprobar la influencia de las variables psicológicas en la adherencia al tratamiento, se obtuvieron las frecuencias de los abandonos de tratamiento. Una vez hallados estos datos, para estudiar las relaciones entre el abandono y las variables psicológicas se calcularon las correlaciones entre ellas. A partir de estos valores se hizo un análisis de regresión por pasos sucesivos donde la variable criterio fue la adherencia al tratamiento.

Como último paso para estudiar si existían diferencias entre los pacientes que continúan en terapia y los que abandonan se realizó la prueba t para muestras independientes con los valores de los que abandonaban antes de los 6 meses y los que a los 6 meses continuaban en tratamiento o habían recibido el alta.

4- RESULTADOS

Dentro de este apartado se incluyen distintos epígrafes en el mismo orden en el que se llevaron a cabo. Así, primero se realizaron los análisis preliminares, posteriormente los estudios sobre afectividad y síntomas depresivos y de ansiedad y por último se exploraron las cuestiones referentes a la adherencia al tratamiento.

4.1. ANÁLISIS PRELIMINARES

En primer lugar se decidió comprobar la estructura del cuestionario *Brief COPE*. No se incluyeron en el análisis las escalas de consumo de sustancias, debido a las características de la muestra del estudio (una muestra de pacientes que solicitan tratamiento por consumo de sustancias), humor y religión, ya que ambas saturaban de forma única presentando un funcionamiento diferente a las otras estrategias, y autodistracción, porque no siempre tiene el mismo sentido positivo en todas las ocasiones. Con las diez restantes, se corroboró que la utilización del análisis factorial era un método adecuado a partir de las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin (0,638) y de Bartlett ($\chi^2_{(45)}=292,647$; $p<0,001$). Después, se aplicó el método de componentes principales y la rotación Varimax, obteniendo tres factores que explicaban conjuntamente el 61,65% de la varianza (ver Tabla 7).

Al Factor 1 se le denominó afrontamiento de *resolución de problemas y de reestructuración cognitiva positiva* (RP y RCP) en el que saturaban las subescalas de *afrontamiento activo, planificación, reevaluación positiva y aceptación*. Explicaba el 28,09% de la varianza.

Al Factor 2, se le designó afrontamiento de *búsqueda de apoyo*, en éste saturaban las subescalas de *apoyo instrumental y uso de apoyo emocional*. Este factor explica el 20,49% de la varianza.

Al Factor 3, se le llamó afrontamiento *evitativo* y estaba constituido por las subescalas de *negación, desahogo, abandono y autoculpa*. Es el factor que menos varianza explica con un 13,06%. Los resultados se pueden ver en la Tabla 7.

Tabla 7. *Factores Brief COPE*

	RP y RCP	Afrontamiento de búsqueda de apoyo	Afrontamiento evitativo
Activo	0,75	0,13	-0,12
Planificación	0,79	-0,04	0,17
Reevaluación positiva	0,80	0,16	-0,05
Aceptación	0,53	0,18	-0,25
Apoyo emocional	0,09	0,92	0,09
Apoyo instruccional	0,28	0,88	-0,02
Negación	0,14	0,16	0,76
Desahogarse	-0,15	0,41	0,65
Abandono	-0,19	-0,30	0,60
Autoculpa	-0,06	-0,03	0,63

Nota: RP y RCP= resolución de problemas y de reestructuración cognitiva positiva.

Para comprobar la fiabilidad de los instrumentos de medida se calcularon los coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) para cada variable, obteniéndose valores adecuados, entre 0,68 y 0,90 (ver Tabla 8).

Tabla 8. *Análisis descriptivos y de fiabilidad de las variables psicológicas*

Variables	Medias	Desv.Tip.	Valor		α
			Mínimo	Máximo	
Sensibilidad al castigo	12,62	6,59	0	38	0,68
Sensibilidad a la recompensa	11,48	4,50	1	22	0,77
Balance afectivo	2,46	17,71	-38	50	0,70
Ansiedad	16,56	8,08	0	34	0,80
Depresión	16,46	6,84	3	35	0,72
Autoeficacia general	30,96	8,62	8	50	0,90
Afrontamiento de RP y RCP	3,37	0,77	1,13	5	0,76
Afrontamiento evitación	2,44	0,93	0,38	4,75	0,70
Afrontamiento apoyo social	3,01	1,24	0	5	0,86
Apoyo social percibido	23,69	8,69	0	40	0,86

Nota: RP y RCP= resolución de problemas y de reestructuración cognitiva positiva.

4.2. PREDICCIÓN DE LA AFECTIVIDAD Y DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Una vez comprobada la fiabilidad de las variables psicológicas medidas en el estudio, se decidió corroborar si existía alguna relación entre ellas y las variables demográficas, para ello se realizaron las correlaciones correspondientes. En la Tabla 9 se muestran sólo las variables sociodemográficas en las que aparecieron correlaciones significativas con las variables psicológicas analizadas.

Tabla 9. *Correlaciones entre variables psicológicas y afectivas con las sociodemográficas*

	Convivencia	Socialmente integrado	Edad	Nivel académico
Sensibilidad al castigo	-0,08	-0,11	-0,16	-0,23*
Sensibilidad a la recompensa	0,01	0,03	-0,17	-0,01
Balance afectivo	0,14	0,10	-0,00	-0,08
Ansiedad	-0,23*	-0,18	0,01	-0,06
Depresión	-0,24*	-0,06	-0,07	0,08
Autoeficacia general	0,29**	-0,04	0,05	0,03
Afrontamiento de RP y RCP	0,25*	-0,05	0,16	-0,20*
Afrontamiento evitación	-0,01	-0,07	-0,06	-0,06
Afrontamiento apoyo social	0,10	0,25*	-0,21*	-0,31**
Apoyo social percibido	0,10	0,16	-0,24*	-0,03

Notas: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. Convivencia: 1= sólo; 2= con gente (pareja, familia, hijos, amigos). Socialmente integrado: 1= No (sin hogar, mandato judicial y salud mental); 2= Sí. Nivel académico: 1= Enseñanza primaria incompleta; 2= Enseñanza primaria completa; 3= Enseñanza secundaria; 4= Estudios universitarios. RP y RCP= resolución de problemas y de reestructuración cognitiva positiva.

Así, el hecho de vivir acompañado parece un protector frente a la ansiedad y la depresión. Del mismo modo, también vivir acompañado podría relacionarse con una mayor percepción de autoeficacia y con el afrontamiento de resolución de problemas.

No formar parte de población marginal y estar socialmente integrado influye en la búsqueda de apoyo para resolver situaciones conflictivas. Además, parece que pertenecer a un tipo de población con menos integración estaría relacionado con incremento de síntomas de ansiedad o de malestar

A su vez, parece que las personas de más edad perciben menos apoyo social y emplean menos el tipo de afrontamiento de apoyo social. También, a mayor nivel de estudios la sensibilidad al castigo disminuye, igualmente ocurre con el

afrontamiento de apoyo social, y de forma no esperada, con el afrontamiento de resolución de problemas y de reestructuración cognitiva positiva.

Posteriormente, se estudiaron las correlaciones (ver Tabla 10) entre las distintas variables psicológicas y las afectivas o emocionales (balance afectivo y síntomas depresivos y de ansiedad).

Tabla 10. *Correlaciones entre variables psicológicas y variables afectivas*

	Ansiedad	Depresión	Balance afectivo
Sensibilidad al castigo	0,28**	0,20 ⁰	-0,46***
Sensibilidad a la recompensa	0,28**	0,37***	-0,20 ⁰
Autoeficacia general	-0,29**	-0,30**	0,59***
Afrontamiento RP y RCP	-0,24*	-0,24*	0,42***
Afrontamiento evitación	0,40***	0,34***	-0,51***
Afrontamiento apoyo social	0,03	0,00	0,14
Apoyo social percibido	-0,13	-0,19*	0,48***

Notas: ⁰ p<0,06; * p < 0,05; ** p < 0,01; ***p<0,001. RP y RCP= resolución de problemas y de reestructuración cognitiva positiva.

La sensibilidad al castigo se asocia significativamente con informar síntomas de ansiedad, tener un estado afectivo negativo, y de forma marginalmente significativa, con síntomas depresivos. Del mismo modo, la sensibilidad a la recompensa y el afrontamiento de evitación parecen estar relacionados con síntomas de ansiedad y de depresión, y negativamente con el balance afectivo (de forma muy significativa en el caso de la evitación, y próximo a la significación en la sensibilidad a la recompensa).

En otro sentido, la autoeficacia general y el afrontamiento de resolución de problemas y de reestructuración cognitiva positiva parecen proteger frente a la ansiedad y la depresión, favoreciendo un balance afectivo positivo. Igual ocurre con la percepción de tener apoyo social, aunque en este caso la relación negativa en el caso de la ansiedad no alcanza la significación.

Finalmente y para estudiar las relaciones entre las variables psicológicas se calcularon las diferentes correlaciones (ver Tabla 11).

Tabla 11. *Correlaciones entre las variables psicológicas*

	Sensib. castigo	Sensib. recompensa	Autoeficacia general	Afrontam. RP y RCP	Afrontam. evitación	Afrontam. apoyo social
Sensibilidad al castigo	--					
Sensibilidad a la recompensa	0,26*	--				
Autoeficacia general	-0,37***	-0,14	--			
Afrontamiento de RP y RCP	-0,26*	-0,20	0,48***	--		
Afrontamiento de evitación	0,39***	0,36***	-0,21*	-0,15	--	
Afrontamiento apoyo social	-0,21*	-0,04	0,09	0,32***	0,11	--
Apoyo social percibido	-0,36***	-0,35***	0,21*	0,17	-0,36***	0,48***

Notas: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. RP y RCP= resolución de problemas y de reestructuración cognitiva positiva.

La sensibilidad al castigo correlacionaba positivamente con sensibilidad a la recompensa y el afrontamiento de evitación, y de forma negativa con la autoeficacia, afrontamiento de RP y RCP, afrontamiento de búsqueda de apoyo social y con apoyo social percibido, todas ellas de forma significativa.

La sensibilidad a la recompensa se relaciona positiva y significativamente con el afrontamiento de evitación y de manera negativa con la percepción de apoyo social. Además, la autoeficacia correlaciona positivamente con afrontamiento de RP y RCP y con el apoyo social percibido y en sentido negativo con afrontamiento de evitación, siendo todas ellas estadísticamente significativas. La última correlación significativa y negativa es entre el apoyo social percibido y el afrontamiento de evitación.

Continuando con el estudio de la afectividad en drogodependientes, se realizaron diversos *análisis de regresión jerárquicos* en los que se tomaron como variables criterio el balance afectivo, los síntomas de ansiedad y los síntomas de depresión.

En el primer paso se consideraron las variables sociodemográficas con correlaciones significativas con el criterio analizado (ver Tabla 9), por lo que en el análisis del balance afectivo no se consideró ninguna (no hubo ninguna correlación

significativa), mientras que en los de los síntomas de ansiedad y de depresión se incluyó la forma de convivencia (sólo o con otras personas), significativa en ambos casos.

En el paso siguiente (primero para el balance afectivo, y segundo para los síntomas de ansiedad y de depresión), se incluyeron las variables sensibilidad al castigo y a la recompensa, por su carácter más estable y estructural.

Finalmente, en el siguiente paso (segundo para el balance afectivo y tercero para los síntomas de ansiedad y depresión) se incluyeron en el análisis el resto de variables psicológicas (Autoeficacia general, Afrontamiento de RP y RCP, Afrontamiento de evitación, Afrontamiento de búsqueda de apoyo social y Apoyo social percibido), más dinámicas, psicosociales y por ello, más susceptibles de modificación e intervención.

En el análisis del **balance afectivo** (ver Tabla 12) se encontró que la sensibilidad al castigo (paso 1) es un predictor significativo que explica el 21% de esta variable. No obstante, al incluir (paso 2) las demás variables analizadas, deja de serlo, apareciendo como significativas la autoeficacia, la utilización de afrontamiento de resolución de problemas y reestructuración cognitiva positiva (RP y RCP), la percepción de mayor apoyo social, y una baja utilización de afrontamiento evitativo. Este modelo explica un 60% del balance afectivo, dato que indica que las variables más procesuales añaden un 39% de explicación a lo aportado por las más estables incluidas en el paso primero del análisis jerárquico. Podría decirse que la autoeficacia general, la percepción de apoyo social y un afrontamiento adecuado (mayor uso del adaptativo –RP y RCP- y menor de la evitación), actuarían como variables que atenuarían el efecto de la sensibilidad al castigo sobre el balance afectivo.

Tabla 12. *Análisis de regresión jerárquico con el balance afectivo como variable criterio*

	β	t	$F(gl)$	R^2 Ajustada
<i>Paso 1</i>				
Sensibilidad al castigo	-0,45	-4,59***	12,80(2,85)***	0,21
Sensibilidad a la recompensa	-0,09	-0,90		
<i>Paso 2</i>				
Sensibilidad al castigo	-0,10	-1,23	19,65(7,80)***	0,60
Sensibilidad a la recompensa	0,13	1,66		
Autoeficacia general	0,29	3,23**		
Afrontamiento RP y RCP	0,17	1,97*		
Afrontamiento evitación	-0,38	-4,37***		
Afrontamiento apoyo social	0,02	0,23		
Apoyo social percibido	0,26	2,78**		

Notas: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. RP y RCP= resolución de problemas y de reestructuración cognitiva positiva.

En el análisis de regresión jerárquica sobre los **síntomas de ansiedad** (ver Tabla 13), se siguió la estrategia previamente comentada, aunque en esta ocasión (igual que ocurrirá después en el análisis de los síntomas depresivos), el análisis tuvo un paso más por la significación de la variable sociodemográfica de convivencia (vivir sólo o con otras personas). Esta variable sociodemográfica explicó de manera significativa ($p < 0,05$) el 3% de la varianza, explicación que subió significativamente ($p < 0,01$) al 13% al incluir las dos variables más estables en el paso 2, de forma que los síntomas de ansiedad se asociaban con mayor sensibilidad al castigo y a la recompensa, y con el hecho de vivir sólo. En el paso 3, incluyendo el resto de variables psicológicas, la explicación subía al 17% y, aun siendo significativo el modelo, no lo fue el cambio de la R^2 ($p = 0,10$). En este modelo final, los síntomas de ansiedad se asociaban significativamente con la utilización de un afrontamiento desadaptativo o evitativo, y, de manera marginal, con el tipo de convivencia, siendo perjudicial el estar sólo.

En resumen, los resultados obtenidos indican que los síntomas de ansiedad se asocian positivamente con vivir sólo, con mayor sensibilidad al castigo y a la recompensa (paso 2), y con la utilización de la evitación como estilo de afrontamiento (paso 3).

Tabla 13. *Análisis de regresión jerárquico con los síntomas de ansiedad como variable criterio*

	β	t	$F(gl)$	R^2 Ajustada
<i>Paso 1</i>				
<i>Convivencia</i>	-0,21	-1,94*	3,77(1,86)*	0,03
<i>Paso 2</i>				
<i>Convivencia</i>	-0,20	-1,95*	5,22(3,84)**	0,13
Sensibilidad al castigo	0,21	1,99*		
Sensibilidad a la recompensa	0,22	2,13*		
<i>Paso 3</i>				
<i>Convivencia</i>	-0,17	-1,72^o	3,26(8,79)**	0,17
Sensibilidad al castigo	0,10	0,87		
Sensibilidad a la recompensa	0,13	1,20		
Autoeficacia general	-0,07	-0,53		
Afrontamiento RP y RCP	-0,06	-0,53		
Afrontamiento evitación	0,28	2,27**		
Afrontamiento apoyo social	0,08	0,62		
Apoyo social percibido	0,01	0,07		

Notas: ^o p<0,08; * p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001. Convivencia: 1= sólo; 2= con gente (pareja, familia, hijos, amigos). RP y RCP= resolución de problemas y de reestructuración cognitiva positiva.

La última regresión que se realizó fue la que tenía como variable criterio los **síntomas de depresión**. Se siguió la misma estructura de los análisis anteriores, y con tres pasos como en el caso de la ansiedad.

Los resultados (ver Tabla 14) indicaron que el hecho de vivir sólo explica, de forma significativa (p<0,05) un 4% de los síntomas depresivos mostrados por los drogodependientes de la muestra. La explicación de estos síntomas sube significativamente (p<0,001) al 17% al incluir en el paso 2 del análisis las variables más estables, indicando que la sensibilidad a la recompensa, lo mismo que vivir sólo, se asocian con más presencia de síntomas depresivos. Estas dos variables siguen siendo significativas en el modelo final (paso 3) al añadir el resto de recursos psicosociales analizados, subiendo en 6 puntos (p<0,05) la explicación de la

varianza de los síntomas depresivos informados (23%). Estos síntomas también se ven aumentados, como ocurría con los de ansiedad, por la utilización de un afrontamiento de carácter evitativo (aunque en este caso, la beta es marginalmente significativa).

Tabla 14. *Análisis de regresión jerárquico con los síntomas de depresión como variable criterio*

	β	<i>t</i>	<i>F</i> (<i>gl</i>)	R^2 Ajustada
<i>Paso 1</i>				
<i>Convivencia</i>	-0,23	-2,22**	4,94(1,86)*	0,04
<i>Paso 2</i>				
<i>Convivencia</i>	-0,23	-2,34*	6,98(3,84)***	0,17
Sensibilidad al castigo	0,09	0,92		
Sensibilidad a la recompensa	0,35	3,42***		
<i>Paso 3</i>				
<i>Convivencia</i>	-0,20	-2,10*	4,28(8,79)***	0,23
Sensibilidad al castigo	-0,04	-0,34		
Sensibilidad a la recompensa	0,21	1,94*		
Autoeficacia general	0,00	0,02		
Afrontamiento RP y RCP	-0,13	-1,13		
Afrontamiento evitación	0,22	1,85^o		
Afrontamiento apoyo social	0,12	0,97		
Apoyo social percibido	-0,20	-1,54		

Notas: ^o $p < 0,06$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Convivencia: 1= sólo; 2= con gente (pareja, familia, hijos, amigos). RP y RCP= resolución de problemas y de reestructuración cognitiva positiva.

4.3. FACTORES RELEVANTES EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

El siguiente objetivo del trabajo fue analizar la influencia de las distintas variables psicológicas en la adherencia a un tratamiento por drogodependencias. Se emplearon las medidas recogidas a los 3 y a los 6 meses. Las frecuencias de estas variables se pueden ver en la Tabla 15.

Tabla 15. *Adherencia al tratamiento*

		Pacientes
Menos tres meses		
	Abandonan	23 (22,1%)
	Continúan o finalizan	81 (78,9%)
Entre tres y seis meses		
	Abandonan	12 (11,5%)
	Continúan o finalizan	69 (66,3%)

A los tres meses de comenzar el tratamiento no acudían al centro 23 pacientes de los 104 que lo habían iniciado. Cuando a los seis meses se realizó la misma comprobación habían abandonado 12 personas más para hacer un total de 35 pacientes que dejaban el tratamiento. Por el contrario, eran 69 individuos los que continuaban o habían sido dados de alta a los seis meses.

A continuación, se analizaron las relaciones entre las variables psicológicas escogidas para el estudio y continuar o finalizar tratamiento. Del mismo modo, se tuvieron en cuenta las variables de género y de edad para comprobar si tenían alguna influencia en el abandono o en la continuidad del tratamiento, aunque el resultado fue que no la tenían.

La variable adherencia al tratamiento se categorizó inicialmente con tres valores: abandona antes de los tres meses, abandona entre los tres y seis meses y finaliza o continúa tratamiento a partir de los seis meses. Se tomaron estos tres valores para dar más continuidad a la variable al tener dos momentos de seguimiento, 3 y 6 meses, lo que se traduce en abandonos antes de los 3 meses, entre los 3 y 6 meses, y continuidad (o finalización, por encima de los 6 meses). Los resultados aparecen en la Tabla 16.

Tabla 16. *Adherencia al tratamiento y variables psicológicas*

	Adherencia al tratamiento
Sensibilidad al castigo	-0,05
Sensibilidad a la recompensa	-0,27**
Balance afectivo	0,04
Ansiedad	-0,01
Depresión	-0,23**
Autoeficacia general	-0,01
Afrontamiento RP y RCP	0,07
Afrontamiento evitación	-0,11
Afrontamiento apoyo social	0,10
Apoyo social percibido	0,15

Notas: **p<0,01. Adherencia al tratamiento: 0=abandona antes de los 3 meses; 1=abandona entre 3 y 6 meses; 2=sigue o termina a los 6 meses. RP y RCP= resolución de problemas y de reestructuración cognitiva positiva.

Los resultados obtenidos muestran que la sensibilidad a la recompensa y tener síntomas de depresión se asocian a que los pacientes abandonen el tratamiento.

A continuación se realizó un análisis de regresión, aunque debido al tamaño de la muestra y a las múltiples variables se efectuó un estudio preliminar por pasos sucesivos para buscar qué variables aportan significación al modelo y predicen la adherencia. El modelo final obtenido (ver Tabla 17), explicando el 17% de la varianza, indicaba que la mayor adherencia se asociaba positivamente con ansiedad y negativamente con depresión.

Tabla 17. *Modelo final del análisis de regresión por pasos sucesivos con la adherencia al tratamiento como variable criterio*

	β	t	F(2,77)	R^2 Ajustada
Ansiedad	0,33	2,43*	8,81***	0,17
Depresión	-0,57	-4,18***		

Nota: * p <0,05; *** p <0,001.

Combinando los datos de ambos análisis (correlaciones y regresión múltiple) puede señalarse que hay tres variables especialmente relevantes o significativas para la adherencia al tratamiento de los drogodependientes. Estas variables son: la sensibilidad a la recompensa, obtenida en los análisis correlacionales, la ansiedad (obtenida en el análisis de regresión por pasos) y la depresión (significativa en ambos análisis).

A partir de estos datos, se realizó un análisis de regresión múltiple incluyendo los tres predictores, ya que ese número de predictores sería perfectamente adecuado para el N de la muestra (ver Tabla 18). Con un 12% de la varianza explicada, se obtuvo un modelo significativo por el que se puede decir que la adherencia o continuación en el tratamiento se asocia positivamente con ansiedad y negativamente con depresión y con sensibilidad a la recompensa.

Tabla 18. *Análisis de regresión con las variables psicológicas de interés en la presente muestra tomando la adherencia al tratamiento como variable criterio*

	β	t	F(3,85)	R^2 Ajustada
Sensibilidad a la recompensa	-0,21	-1,92*	5,06**	0,12
Ansiedad	0,29	2,24*		
Depresión	-0,37	-2,77**		

Nota: * p <0,05; ** p <0,01.

Finalmente, y con el fin de obtener datos no sólo basados en la correlación, se realizaron los análisis dando dos únicos valores (para que cada grupo tuviera un N adecuado -al menos 25 casos por nivel- para un análisis más representativo) a la variable adherencia, uno sería *abandona tratamiento* y el otro *continúa o finaliza tratamiento a los seis meses* (ver Tabla 19).

Las diferencias entre los grupos (adherencia/abandono) en las variables analizadas se contrastaron mediante la prueba t de Student para muestras independientes, obteniéndose resultados significativos para la sensibilidad a la recompensa [$t_{(100)} = 2,57$; $p < 0,01$] y para la depresión [$t_{(89)} = 1,962$; $p < 0,05$]. Los drogodependientes del grupo que hemos denominado como adherente al tratamiento presentaban valores más bajos en sensibilidad a la recompensa y menos síntomas depresivos que los drogodependientes del grupo que abandonaba el tratamiento antes de los 6 meses.

Tabla 19. Puntuaciones en las variables psicológicas de las personas que abandonan o continúan tratamiento

	Adherencia	N	Media	Desviación típica
Sensibilidad al castigo	Abandona	27	13,11	7,54
	Continúa	64	12,41	6,20
Sensibilidad a la recompensa	Abandona	27	12,89	4,69
	Continúa	64	10,89	4,32
Balance afectivo	Abandona	35	1,57	16,67
	Continúa	67	2,93	18,33
Ansiedad	Abandona	34	16,44	6,85
	Continúa	68	16,62	8,68
Depresión	Abandona	34	18,85	6,58
	Continúa	68	15,26	6,69
Autoeficacia	Abandona	35	30,94	10,01
	Continúa	69	30,97	7,91
Afrontamiento RP y RCP	Abandona	35	3,25	0,71
	Continúa	68	3,44	0,79
Afrontamiento de evitación	Abandona	35	2,56	0,77
	Continúa	68	2,38	1
Afrontamiento de apoyo social	Abandona	35	2,80	1,27
	Continúa	68	3,12	1,22
Apoyo social percibido	Abandona	35	22,03	10,37
	Continúa	69	24,54	7,74

Nota: RP y RCP= resolución de problemas y de reestructuración cognitiva positiva.

5- DISCUSIÓN

Uno de los objetivos principales que propusimos en este trabajo fue el estudio de algunas variables psicológicas que están implicadas en las conductas adictivas. De este modo, se intentó profundizar en el conocimiento de las relaciones existentes entre ellas, para a partir de los resultados obtenidos, poder presentar algunas pautas en el tratamiento de las adicciones. Así, dentro de las variables seleccionadas se establecieron distintos grupos, de este modo, uno está constituido por las más estructurales y menos modificables como son la *sensibilidad a la recompensa* y la *sensibilidad al castigo*. En un segundo grupo se encuentran los procesos psicosociales, que se encargan de interpretar las situaciones, entre las que están la *autoeficacia general*, la *percepción de apoyo social*, el *afrontamiento de resolución de problemas* y de *reestructuración cognitiva positiva*, el *afrontamiento evitativo* y el *afrontamiento de búsqueda de apoyo social*. Finalmente, el último grupo lo determinan variables afectivas, ya mencionadas en la primera parte de esta tesis, que pensamos que son determinantes en el éxito del tratamiento y que podrían ser diana de la terapia, este grupo lo forman *el balance afectivo*, *los síntomas de depresión* y *los de ansiedad*.

La sensibilidad al castigo y a la recompensa nos ayudan a evaluar el BIS y el BAS respectivamente. El BIS se relaciona con un estado de alerta al que se llega a través del incremento de la ansiedad (Gray, 1981; 1987), del mismo modo las personas con mayor activación de este sistema tienden a conductas evitativas y a estados afectivos negativos (Becerra, 2010; Corr y McNaughton, 2008; Gray 1981; 1987). A partir de estos datos se propone la primera hipótesis que se confirma con los valores de correlación obtenidos. Por lo tanto, al igual que en población general, en población drogodependiente la sensibilidad al castigo se relaciona con síntomas de ansiedad y afrontamiento de evitación. Es decir, tener un BIS más sensible genera en los drogodependientes un aumento del malestar, con aumentos de los síntomas de ansiedad, además de favorecer conductas de afrontamiento evitativo, que también incidirían sobre la desazón que sienten las personas. Dentro de este tipo de afrontamiento se incluiría el consumo de drogas como hábito (Pedrero 2007a; Pedrero et al., 2008). Estas cuestiones predispondrían a un mayor consumo de drogas y a que este uso se convirtiera en conducta adictiva con toda la problemática que conlleva, aunque esta suposición escapa a los resultados de nuestro trabajo, y debería ser tratada en investigaciones futuras que compararan muestras de población no consumidora o no adicta con drogodependientes. Otro aspecto a tener en cuenta es si un BIS más activo en adictos responde a factores

genéticos o si proviene del aprendizaje y del estrés, además sería interesante comprobar si este incremento en el funcionamiento del BIS está potenciado por el consumo de sustancias. Estos últimos planteamientos no se incluyen en nuestro trabajo, aunque sería interesante su estudio en futuras investigaciones de tipo longitudinal.

La segunda hipótesis propuesta también se confirmó a partir de la obtención de las correlaciones entre las variables psicológicas. La sensibilidad al castigo correlaciona de forma negativa con balance afectivo, autoeficacia general, afrontamiento de RP y RCP y con el apoyo social percibido. Además se halló una relación negativa y significativa con afrontamiento de búsqueda de apoyo social. Un hecho importante sería el saber qué implicaciones tendría el entrenamiento en afrontamiento funcional o en autoeficacia a la hora de limitar los efectos adversos de un BIS hiperactivo. Estas cuestiones ya han sido revisadas en lo referente al consumo de drogas, aunque los resultados no son del todo claros, apareciendo datos en ambos sentidos (Chou et al., 2015; Franken, 2002; Martínez et al., 2012; Park et al., 2013 Taylor et al., 2006). Así, puede ser que estas variables influyan en el consumo, pero puede haber otras o acontecimientos vitales críticos que determinen la adicción. Así, sufrir maltrato continuo, no tener formación, vivir solo, la pérdida de empleo o un duelo determinarían una sensación de malestar que a su vez condicionaría con mucha más fuerza el consumo de drogas que la protección que otorgarían factores como la autoeficacia o el afrontamiento de RP y RCP.

La tercera hipótesis se refiere a la sensibilidad a la recompensa y su relación con los síntomas depresivos. En estudios anteriores ya aparecía una implicación positiva entre ellas tanto en drogodependientes como en población general (Becerra, 2010; Kasch et al., 2002; Pinto-Meza et al., 2006). En nuestro trabajo se corrobora esta hipótesis y además se encontró relación, en el mismo sentido que la anterior, con padecer síntomas de ansiedad. Por otra parte, y aunque la significación sólo fue marginal, la sensibilidad a la recompensa se relacionó de forma inversa con balance afectivo. Por tanto, las emociones negativas (síntomas de depresión y ansiedad, balance afectivo más negativo) que presentan los pacientes drogodependientes tendrían que ver con la sensibilidad a la recompensa.

Es conocida la analogía entre BAS e impulsividad (Cloninger, 1996; Cloninger, Svarakic y Przybeck, 1993; Eysenck y Eysenck, 1975; Pickering y Gray, 1999), ésta última suele ser una característica común en los drogodependientes. La necesidad de resultados inmediatos y de conductas poco reflexivas conforman el día a día de las terapias frente a las adicciones (Gullo y Dawe, 2008; Pedrero, 2009a; Perry y Carroll, 2008; Verdejo, Lawrence y Clark, 2008). Para estos

tratamientos sería interesante conocer si esta impulsividad puede ser modificada a través de entrenamiento, por ejemplo en resolución de problemas. Además, también sería útil saber si es previa al consumo y si se potencia con los efectos de las drogas.

La cuarta hipótesis propuesta hace referencia a la reciprocidad entre las variables psicosociales y la afectividad. Los resultados confirman la hipótesis de que el balance afectivo se relaciona de manera positiva con autoeficacia general y con afrontamiento de RP y RCP. Estos resultados en población drogodependiente confirman los obtenidos en estudios anteriores en muestras de población general (Bermúdez et al., 2003; Maddux, 1999; Sanjuán et al., 2000; Schwarzer, 1993). De esta manera, el afrontamiento de RP y RCP es una estrategia funcional y que facilita la adaptación, ya que se corresponde con un balance afectivo positivo, es decir, con optimismo y bienestar.

La quinta hipótesis propuesta complementa la anterior y queda confirmada con los datos obtenidos, así el balance afectivo se relaciona negativamente con afrontamiento evitativo y positivamente con afrontamiento de RP y RCP en una muestra de drogodependientes, corroborando los resultados obtenidos en población general (Sanjuán et al., 2000; Smith et al., 1995). Por tanto, el afrontamiento evitativo es una estrategia disfuncional y que genera malestar en forma de mayor preponderancia de afecto negativo.

La sexta hipótesis hace referencia a la sintomatología ansiosa y depresiva, y los datos obtenidos confirman parte de la hipótesis, en este sentido, ambos síntomas se relacionan de forma positiva con afrontamiento evitativo y de forma negativa con el afrontamiento de RP y RCP, remarcando una vez más el carácter disfuncional de un tipo de afrontamiento y funcional del otro. Pero la parte que se refiere al afrontamiento de búsqueda de apoyo social no se confirma, ya que no se encontró relación significativa entre las variables. Este dato nos hace proponer la idea de que puede que el afrontamiento de búsqueda de apoyo social sea funcional en algunas ocasiones, por ejemplo, cuando no se tienen los recursos suficientes, pero puede ser disfuncional si se convierte en un hábito (Rueda, 2011). Del mismo modo, podría ser que los síntomas de ansiedad y de depresión estén más ligados a la idea que la persona tiene de sí mismo, al autoconcepto y a la identidad por lo que cuestiones resueltas con apoyos externos no incidan en dicha sintomatología. De todas formas, creemos que estudios futuros deberían ahondar más en el conocimiento del afrontamiento de búsqueda de apoyo social.

La séptima hipótesis continúa analizando la relación entre variables psicosociales y variables afectivas. En este caso se propone que la autoeficacia

general se relaciona negativamente con síntomas de ansiedad y depresión, confirmando los resultados esta hipótesis. Así que la idea de tener recursos suficientes y validos a la hora de enfrentarse a cualquier posible circunstancia incide en el bienestar (Luszczynska et al., 2005; Sanjuán et al., 2000; Schwarzer, 1993; Smith et al., 1995).

Una vez estudiadas las correspondencias entre variables psicológicas y afectivas se propone el estudio de dichas variables con otras de tipo sociodemográfico. Formulamos que los síntomas de ansiedad y los de depresión serían mayores cuanto peor fueran las circunstancias sociales, se confirmó respecto a la variable convivencia, puesto que los datos señalan que vivir sólo es un factor predisponente para padecer síntomas de depresión y ansiedad. También se relaciona en sentido contrario con afrontamiento de RP y de RCP y con autoeficacia general. Cuando se realizaron los análisis de regresión, el vivir sólo contribuía al desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión y cuando se incluían otras variables procesuales en los análisis esta aportación se mantenía. Esta cuestión podría ser fundamental a la hora del tratamiento de psicopatologías como la ansiedad y la depresión e incluso de las drogodependencias, evitar la soledad y dotar de recursos para que no suceda debería ser el primer paso en los tratamientos. Otras variables sociodemográficas que corroboraron la hipótesis fueron el estar socialmente integrado, la edad y el nivel académico. De esta manera, estar integrado correlaciona positivamente con el afrontamiento de apoyo social, así, parece que las personas que conocen los recursos sociales hacen más uso de ellos. En otros apartados ya citados, se corresponde tener más edad con un mayor aislamiento, es decir, los ancianos tienen una percepción de apoyo social menor y también emplean menos el afrontamiento de búsqueda de apoyo social.

Un resultado no esperado y que merece una mención es la relación, en sentido contrario, encontrada entre nivel académico y sensibilidad al castigo, es decir, a mayor grado de estudios menos sensibilidad al castigo. A partir de aquí nos planteamos dos cuestiones, que nos parecen atractivas y dignas de estudios más profundos, el nivel de estudios podría ser un factor protector frente a síntomas de ansiedad, afecto negativo y consumo de drogas. La segunda cuestión es que si se relacionan nivel de estudios con sensibilidad al castigo esta última sería modificable a través de la experiencia y dependería más de factores de aprendizaje que de cuestiones genéticas.

El grado de estudios adquiridos también correlaciona negativamente con afrontamiento de RP y RCP y con el de búsqueda de apoyo social. El resultado referente al afrontamiento de RP y RCP es un hallazgo no esperado y para el que

no tenemos una explicación en la vida cotidiana, la significación no es muy grande por lo que merecería un mayor estudio para corroborar los datos. A su vez, el nivel de estudios está relacionado de forma negativa con la búsqueda de apoyo social, esto podría tener que ver con los recursos obtenidos durante la formación que fomentarían una mayor autoeficacia y afrontamientos funcionales ya que se tienen los recursos y se piensa que son suficientes para resolver las situaciones, sin tener que solicitar ayuda al exterior.

En los análisis de regresión realizados para predecir cada una de las variables afectivas consideradas y en los que se incluyeron todas las demás variables como predictores, pudimos comprobar que el efecto que la sensibilidad al castigo tenía sobre el balance afectivo se perdía, siendo las percepciones de autoeficacia y de apoyo social, así como el uso de un afrontamiento efectivo y el no uso del afrontamiento de evitación, los que predecían el balance afectivo. De la misma manera, la relación que sensibilidad al castigo y la recompensa mantenían con los síntomas de ansiedad, se perdió al incluir las variables psicosociales, siendo el uso del afrontamiento de evitación el único predictor significativo. Por el contrario, la asociación que la sensibilidad a la recompensa tenía con los síntomas depresivos, no se perdió al tener en consideración las variables procesuales, siendo el afrontamiento de evitación el único que contribuía al desarrollo de estos síntomas, aunque sólo de forma marginal. Por lo tanto, excepto para los síntomas depresivos, que sí parecen recibir una influencia directa de la sensibilidad a la recompensa, para el resto de variables afectivas, es decir, para el balance afectivo y los síntomas de ansiedad, los efectos derivados de la sensibilidad al castigo parecen que están mediados por algunas variables procesuales. Dichas variables, al ser de carácter más dinámico son más susceptibles de modificación, por lo que deberían ser la vía por la que se encamine la intervención.

En resumen, los datos de estudios anteriores sobre las variables psicológicas propuestas se corroboran en nuestro estudio para una muestra de drogodependientes. A partir de ellos podemos inferir algunas recomendaciones para el abordaje de las drogodependencias. Asimismo, parece que dentro de la prevención trabajar para evitar el abandono escolar podría favorecer el no desarrollar sintomatología afectiva y por tanto ser más fuerte a la hora de no desarrollar una drogodependencia. Del mismo modo, favorecer medidas que faciliten el no vivir sólo y el desarrollo de familias, de cualquier tipo, que posibiliten vivir acompañado podría ser un factor protector frente a síntomas de ansiedad y de depresión y por añadidura de conductas adictivas. Del mismo modo, pacientes de más edad, como por ejemplo los que se mantienen en programas de sustitutivos

opiáceos desde los años noventa, puede que necesiten un mayor grado de atención y seguimiento para que perciban un entorno protector que facilitará la consecución de los objetivos terapéuticos. Por otra parte, incidir sobre la percepción de autoeficacia, favorecer el apoyo social y el uso de afrontamiento centrado en la solución de los problemas y en reestructuración cognitiva positiva de las situaciones, así como el no uso del afrontamiento de evitación sería también muy recomendable para lograr un estado emocional satisfactorio.

Otro resultado que puede ser de interés, aunque esté fuera de los objetivos de esta investigación, es que el análisis factorial que se hizo sobre la estructura del *Brief COPE*, en una muestra clínica, es similar a la obtenida en otras validaciones de la prueba, con una muestra de población general (Carver, 1997; Pérez-García, 2008).

El último objetivo trata de encontrar cuales son las variables psicológicas y afectivas estudiadas que pueden determinar la adherencia a un tratamiento ambulatorio para conductas adictivas. A partir de este objetivo se intentan corroborar varias hipótesis. Una de ellas es la novena hipótesis de este trabajo, que propone que la sensibilidad al castigo se relaciona con el abandono del tratamiento, hipótesis que no fue confirmada. Por tanto, la sensibilidad al castigo no se relaciona con el mantenimiento o el abandono del tratamiento, parece que es más una variable que no facilita la toma de decisiones y probablemente son otros factores los que tienen más peso en este aspecto.

Por el contrario, la hipótesis diez sí fue confirmada, de este modo a más sensibilidad a la recompensa más abandono de tratamiento. Ya se hizo referencia a la correspondencia entre sensibilidad a la recompensa y la impulsividad, también es conocido que una de las características más comunes entre drogodependientes es la necesidad de tener resultados a corto plazo y que esta sintomatología se exagera con el consumo de drogas. Consecuentemente, parece que una atención lo más rápida posible, en la que se eviten listas de espera, favorecerá la retención en el tratamiento. Por ejemplo, un paciente que solicita tratamiento por consumo de heroína, al que se le atiende en las primeras 24 horas y que se le incluye en una terapia o en una desintoxicación con sustitutivos opiáceos, evitando de este modo el síndrome de abstinencia, tiene más probabilidades de seguir en tratamiento que uno al que se tardan dos semanas en incluir en los mismos tratamientos. Estas conclusiones se pueden apuntar a partir de nuestros resultados, aunque serían necesarios más estudios longitudinales y que compararan dos muestras para confirmarlos.

Las siguientes hipótesis propuestas giran en torno a las variables afectivas y en cómo pueden determinar la adherencia al tratamiento. La número once propone que el balance afectivo positivo favorece la adherencia frente a un balance afectivo negativo que proporcionará más abandonos. Los resultados obtenidos no pueden confirmarla, de esta forma parece que el hecho de que predomine el afecto positivo o el negativo no interfiere en seguir en tratamiento. Así, el pesimismo no tendría influencia en la consecución de los objetivos hasta que se transforma en sintomatología psicopatológica, como se corroborará en la próxima hipótesis.

La hipótesis número doce propone que la sintomatología depresiva incide negativamente en la adherencia al tratamiento. Los resultados confirman la misma, de forma que los pacientes con más síntomas depresivos tendrán más posibilidades de abandonar la terapia. Parece que la sensación de desesperanza es una dificultad importante para cumplir con las metas propuestas. En analogía con la *Teoría de la Indefensión Aprendida* (Seligman, 1975), los pacientes deprimidos dejan de luchar para salir adelante igual que lo hace el perro cuando percibe inevitable el recibir una descarga eléctrica. Para una mayor efectividad de la intervención esta cuestión debería ser tomada en cuenta, así los tratamientos deberían considerar a la persona de forma global y no sólo centrar la terapia en la abstinencia. Parece complicado que una persona esté abstinentemente si no tiene trabajo, no tiene ingresos, se siente aislado y no encuentra solución a estos problemas. De este modo, el abordaje biopsicosocial aparece como primordial para favorecer el cese de la conducta adictiva. Si la persona tiene perspectiva de poder salir adelante, de recuperar lo perdido e incluso de incrementar sus recursos personales, llevando a cabo una terapia, tiene muchas más posibilidades de tener éxito que si a pesar de dejar el consumo el resto de problemas no se pueden solucionar. Prosiguiendo con variables afectivas, en la hipótesis trece se propone que los síntomas de ansiedad facilitan continuar en tratamiento, los resultados permiten confirmar la hipótesis. Así, el malestar y la necesidad de suprimirlo ayudan a mantenerse en terapia, este malestar puede ser similar a lo que en otras teorías de la adicción, como en el modelo transteórico (Prochaska y DiClemente, 1982) o en la práctica clínica, se denomina “conciencia de problema” y que facilita el paso de una etapa a otra del proceso. Así los síntomas de ansiedad ayudarían a cumplir los objetivos, es decir y uniendo con la hipótesis anterior, el malestar ayuda a comenzar la acción, mantenerla y a la toma de decisiones, sin embargo, la desesperanza actuaría como freno ya que no se ve posible el revertir la situación.

Las hipótesis catorce y quince hacen referencia a los procesos psicosociales (afrentamiento, autoeficacia y percepción de apoyo social), y los resultados no

confirman ninguna de ellas. Así, no existen relaciones entre las variables psicosociales y la adherencia al tratamiento. Estos factores no tienen tanto peso en la adherencia como otras variables mencionadas anteriormente, de este modo, parece que cuestiones más estructurales como la impulsividad o psicopatológicas como la sintomatología depresiva o ansiosa son más determinantes en el mantenimiento en la terapia. De este modo, padecer una depresión impediría acudir a tratamiento aunque habitualmente la persona emplee un afrontamiento de RP y RCP. Igualmente, si el grado de malestar es grande (síntomas de ansiedad), la necesidad de disminuirlo facilitará que el paciente acuda a tratamiento aunque usualmente utilice un afrontamiento evitativo. Estos resultados no implican que estos factores no sean diana de las terapias, parece que hay circunstancias más importantes en un tratamiento ambulatorio. Nuestros resultados anteriores muestran que existen relaciones de los procesos psicosociales con otras variables psicológicas y afectivas, por lo que las terapias que fomentan el cambio de afrontamiento a otros más funcionales y el aumento de autoeficacia proporcionarían herramientas protectoras frente al desarrollo de adicciones o recaídas, ya que tratan de desechar el consumo de sustancias como alternativa, aunque estas terapias no deberían perder de vista los factores que sí tienen relación con la continuidad en tratamiento.

Resumidamente, la afectividad y la impulsividad aparecen relacionadas con el éxito en el tratamiento ambulatorio frente a las adicciones. A su vez, ellas están relacionadas de forma positiva y negativa con otras variables psicosociales y sociodemográficas, y estas últimas podrían actuar como factores predisponentes o protectores para el desarrollo y mantenimiento de una conducta adictiva. Parece que las variables, que determinan que la terapia funcione adecuadamente, son también importantes para no desarrollar una conducta adictiva, de este modo las variables psicosociales que tienen una relación negativa con psicopatología actuarían como protectores mientras que las que su relación es positiva participarán como agentes predisponentes. Acerca de la afectividad ya se indicó en el primer estudio que los drogodependientes presentaban una experiencia emocional particular y tendente a los extremos, con lo que aumentan sus posibilidades de padecer psicopatología afectiva que incrementaría la probabilidad de consumo. Por lo tanto la prevención debería favorecer los procesos psicosociales que fomentan bienestar.

Dentro de las limitaciones de este trabajo se encuentra lo que se entiende como consecución de metas en el tratamiento. A nuestro entender el control del consumo debería ser más exhaustivo, monitorizando la variable consumo con

controles toxicológicos y que en este trabajo sólo se comprobó el mantenerse en tratamiento a través de la historia clínica. Respecto a esta última cuestión, puede que el abandono de tratamiento no siempre sea un fracaso y que personas con una adicción que no sea muy severa, se beneficien de algunas pocas sesiones y consigan abandonar el consumo. Otros estudios futuros tendrían que hacer un seguimiento de todos los pacientes para comprobar si realmente han recaído o por el contrario han dejado de consumir.

Otra cuestión que nos parece importante es comparar la muestra de drogodependientes con población general. En esta segunda parte se empleó una única muestra, y el hecho de comparar podría identificar los factores diferenciales entre unos y otros y que podrían ser objetivos del tratamiento.

En lo que se refiere a la prevención, sería importante desarrollar estudios longitudinales que tuvieran en cuenta las variables psicosociales y comprobar si el entrenamiento en estas áreas posibilita una mayor resistencia al consumo de drogas.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Las adicciones y la humanidad casi siempre han caminado juntas, considerándose en las sociedades industrializadas actuales, un problema de salud pública. Tradicionalmente, han sido las *conductas adictivas relacionadas con sustancias* las que han generado más alarma social, incluyendo desde sustancias legales como el tabaco y el alcohol hasta ilegales como la cocaína y el cannabis. En los últimos años, además de los problemas que generan las sustancias, están apareciendo otros nuevos en referencia con las *conductas adictivas sin sustancia* (juego patológico, internet, redes sociales...), aunque su magnitud real todavía la desconocemos.

La relación que han tenido los seres humanos con las sustancias adictivas ha ido cambiando con el tiempo. El alcohol está presente en todas las sociedades y durante toda la historia, a excepción de las culturas árabes. Los opiáceos y en especial la morfina tuvieron su auge en el siglo XIX. En los años 70 fueron las anfetaminas y los alucinógenos los que marcaron los movimientos sociales y culturales de las sociedades occidentales. En la década de los 80, fue la heroína la que tuvo un papel preponderante, determinando el inicio de políticas asistenciales para los drogodependientes y en especial con la aparición del SIDA. En los años 90, fue la cocaína la que apareció con mayor fuerza llegando a ser un distintivo de clase social alta. A partir del año 2000 son las drogas de diseño las que aparecen como alternativa de ocio entre los jóvenes. En el futuro, como señalábamos previamente, las conductas adictivas sin sustancia parece que serán la nueva batalla para los países desarrollados.

Al igual que cambian las sustancias, también lo hace la consideración social que se tiene de las conductas adictivas. Desde ser apreciadas y tener una connotación de estatus elevado, a pensar que son un vicio y una debilidad moral. Desde creer que la genética es determinante, a pensar que son conductas aprendidas. Desde considerarlas como una enfermedad que necesita un tratamiento, hasta un enfoque biopsicosocial en el que las variables que determinan la adicción son múltiples y necesitan ser tenidas en cuenta para el abordaje terapéutico. En la actualidad, parece que la idea de que los factores psicológicos son los más determinantes, dentro de una concepción biopsicosocial de la conducta adictiva, se va imponiendo a pesar de los esfuerzos denodados, por parte de las sociedades médicas y los laboratorios farmacológicos, para que se considere como una enfermedad mental y crónica susceptible de recibir tratamiento farmacológico.

La última publicación del manual diagnóstico de la APA, el DSM-5, retiró los términos de abuso y dependencia. Eran muchas las dificultades para establecer uno u otro en la práctica clínica y han sido sustituidos por una graduación de la gravedad de la adicción. Del mismo modo, se incluyó un apartado de adicciones sin sustancia destacando de este modo, desconocemos si de forma intencionada o por casualidad, el carácter preponderante de las variables psicológicas en la adicción.

En la actualidad, 1 de cada 20 individuos, entre 15 y 64 años, ha consumido alguna sustancia ilegal. Casi la mitad de la población mundial ha consumido alcohol en el último mes, y de todas estas personas las que desarrollarán una adicción, aproximadamente, 2 tercios serán hombres y 1 tercio serán mujeres. En el mundo, el cannabis es la droga ilegal más consumida seguida por la cocaína. En España, de las personas que solicitan tratamiento para las adicciones la mitad lo hacen por alcohol, seguidas por los pacientes que lo solicitan por consumo de cocaína. El control de las enfermedades infecciosas, SIDA y hepatitis, y el aumento de la supervivencia de los adictos por vía parenteral hacen que los drogodependientes a opiáceos, en la ciudad de Madrid donde se han recogido los datos para esta disertación, sean la mayoría de los atendidos.

El modelo biopsicosocial de las adicciones es el preponderante actualmente. Este modelo entiende la drogodependencia como una conducta regulada por factores biológicos, psicológicos y sociales. De estos factores, son los psicológicos los que mayor peso tienen en el inicio, desarrollo y mantenimiento de la adicción. A partir de esta concepción se desarrollan tratamientos multidisciplinarios con los que se intentan abordar las adicciones. También, desde este presupuesto se ha planteado esta tesis, en la que se ha intentado ahondar en el conocimiento de las variables psicológicas, que subyacen en la adicción y en su forma de condicionar los resultados de los tratamientos.

Así en la primera parte se planteó el estudio de las emociones en personas que solicitaban tratamiento para drogodependencias. Dentro de los trabajos que analizan las emociones, una parte de ellos lo hacen con el reconocimiento de emociones y la otra parte con la experiencia emocional. Los resultados en los primeros son controvertidos, dependiendo el reconocimiento de las emociones de las sustancias objeto de la adicción y de la cantidad consumida entre otras. Respecto a la experiencia emocional, resumiendo los resultados, parece que los drogodependientes se activan menos con los estímulos emocionales y muestran una mayor sensación de control frente a ellos, además estos resultados están influenciados por la sustancia consumida. Tomando como referente la Teoría de Lang de la emoción, se abordó el estudio de la experiencia emocional presentada

ante estímulos concretos en adictos en tratamiento ambulatorio, para lo que se compararon dos muestras. Una era de personas que habían solicitado tratamiento (N=57) y otra de población general (N=44). Para esta comparación se emplearon las herramientas de evaluación desarrolladas por Lang y sus colaboradores, el IAPS, que es un conjunto de imágenes a las que se les atribuye un valor emocional y el SAM con el que se puede registrar y evaluar la experiencia emocional. Los resultados mostraron que si bien los adictos no mostraban diferencias con respecto a la población general en la activación suscitada y el control presentado ante los distintos estímulos emocionales, sí que existían marcadas diferencias en las valoraciones de la valencia de dichos estímulos. De acuerdo con estas diferencias se podría decir que los adictos tienen una experiencia emocional más extrema, es decir, los estímulos considerados como positivos lo hacen en mayor grado, al igual que los negativos. Así, lo bueno es más bueno y lo malo es más malo, independientemente de la sustancia consumida. Este primer estudio ha quedado recogido en un artículo publicado en la revista *Adicciones* (Volumen 24, páginas 59-68) con el título “Respuesta emocional en adictos a sustancias en tratamiento ambulatorio”.

En la segunda parte se ha abordado el estudio de la emoción, no ya ante estímulos concretos, sino como el estado afectivo que presentan los pacientes, así como éste se ve afectado por ciertas variables psicológicas que están relacionadas con las conductas adictivas. En este sentido, se analizó la relación entre dichas variables y su influencia en la adherencia al tratamiento para las adicciones. Los factores escogidos fueron, unos de tipo más estructural y estable como el sistema de activación conductual y el sistema de inhibición conductual. El primero de ellos relacionado con la impulsividad y con la sensibilidad a la recompensa y el segundo con la ansiedad, la evitación y la sensibilidad al castigo. El segundo grupo de factores está constituido por factores psicosociales como la autoeficacia, el afrontamiento y la percepción de apoyo social. Estas variables son más modificables y pueden ser aprendidas en programas que se empleen en el tratamiento de las adicciones. En el último grupo estaban las variables emocionales como el balance afectivo y los síntomas de ansiedad y depresión. Para llevar a cabo este estudio se contó con una muestra de personas (N=101) que solicitaban tratamiento por trastornos adictivos en un Centro de Atención a Drogodependientes del Ayuntamiento de Madrid.

Los resultados obtenidos mostraron que, en general, los sistemas de activación y de inhibición conductual se relacionaban positivamente con el uso de un afrontamiento basado en la evitación, así como con informe de síntomas de

ansiedad y de depresión, y de forma negativa con percepción de autoeficacia, uso de un afrontamiento funcional y balance afectivo. Los resultados obtenidos también sugieren que las variables psicosociales de carácter más procesual actuarían como mediadoras en la relación entre los factores estructurales y los emocionales, ya que las relaciones que mantienen la sensibilidad al castigo y la recompensa con las variables emocionales se pierden cuando se consideran las variables psicosociales de forma conjunta. En concreto, las percepciones de autoeficacia y apoyo social, el uso de un afrontamiento efectivo y el menor uso de estrategias de afrontamiento evitativo mediarían la relación entre sensibilidad al castigo y la recompensa por un lado, y el balance afectivo por otro. En el caso de la ansiedad, sería el uso del afrontamiento basado en la evitación el que mediaría entre la sensibilidad al castigo y la recompensa y este tipo de síntomas. Por otra parte, la sensibilidad a la recompensa mantuvo su relación positiva con los síntomas depresivos, aun teniendo en cuenta las variables psicosociales, lo que indicaría su efecto no mediado en estos síntomas. Otro factor de carácter sociodemográfico y que se mostró importante fue el vivir solo, que tenía un efecto en el desarrollo de síntomas de depresión y ansiedad.

También se analizaron qué factores determinaban la adherencia a un tratamiento ambulatorio de drogodependencias, realizando el seguimiento a los 3 y a los 6 meses de haber comenzado la terapia. Encontramos que la impulsividad o sensibilidad a la recompensa y los síntomas depresivos se relacionaban con el abandono (33,6% de las personas abandonaron durante los 6 primeros meses), mientras que el malestar o síntomas de ansiedad fueron determinantes para mantenerse en él.

En resumen, la afectividad es un factor importante en las conductas adictivas. Parece que los drogodependientes tienen una sensibilidad afectiva más desarrollada, lo que les hace ser más vulnerables para tener una adicción. Así, la tendencia a valorar de forma extrema provocaría una mayor necesidad de volver al equilibrio del modo que sea y, en su caso, empleando drogas. Por otro lado, los procesos psicosociales, como la autoeficacia generalizada y el afrontamiento funcional median para disminuir los efectos de la mayor sensibilidad que presentan estos pacientes.

Además, los programas biopsicosociales de tratamiento parecen los más indicados para las conductas adictivas. De este modo, evitar la desesperanza aportando posibilidades de salir adelante, sin centrarse exclusivamente en la abstinencia, hará que los pacientes se mantengan en tratamiento.

Por otro lado, los programas preventivos deberían tener en cuenta cómo los factores afectivos determinan ciertas conductas no saludables y, además, que el entrenamiento en estrategias adaptativas de afrontamiento y en percepción de autoeficacia y competencia ante las dificultades, deberían aumentar la resistencia a desarrollar una adicción.

REFERENCIAS

- Adler, N. y Mathews, K. (1994). Health psychology: Why do some people get sick and some stay healthy? *Annual Review of Psychology*, *45*, 229-259.
- Aguilar, F., Verdejo, A., Ceverino, A., Montanez, M., López-Juárez, E., Sánchez-Barrera, M.,... PEPSA team (2008a). Dysregulation of emotional response in current and abstinent heroin users: negative heightening and positive blunting. *Psychopharmacology*, *198*, 159-166.
- Aguilar, F., Verdejo, A., López-Jiménez, A., Montañez, M., Gómez-Juárez, E., Arráez, F. y Pérez-García, M. (2008b). Cambios en la respuesta emocional ante estímulos visuales de contenido sexual en adictos a las drogas. *Adicciones*, *20*, 117-124.
- Aguilar, F., Verdejo, A., Peralta, M. I., Sánchez-Barrera, M. y Pérez-García, M. (2005a). Experience of emotions in substance abusers exposed to images containing neutral, positive, and negative affective stimuli. *Drug & Alcohol Dependence*, *78*, 159-167.
- Aguilar, F., Verdejo, A., Sánchez-Barrera, M. B., López-Jiménez, A. y Pérez-García, M. (2005b). Perfil emocional de los consumidores de “revuelto” en comparación con consumidores de heroína y de cocaína. *Adicciones*, *17*, 131-138.
- Agulló, V., Castellano, M. y Vidal, A. (2006). Epidemiología del consumo de heroína. En Sociedad Española de Toxicomanías (Ed.), *Tratado SET de trastornos adictivos* (pp. 300-304). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Álamo, C., López-Muñoz, B., Martín, E. y Cuenca, E. (2000). Farmacología del Etanol. En Rubio, G. y Santo-Domingo, J. (Eds.), *Guía práctica de intervención en el alcoholismo* (pp. 85-113). Madrid: Nilo.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Walshaw, P. D., Cogswell, A., Grandin, L. D., Hughes, M. E.,... y Hogan, M. E. (2008). Behavioral approach system and behavioral inhibition system sensitivities and bipolar spectrum disorders: prospective prediction of bipolar mood episodes. *Bipolar disorders*, *10*, 310-322.
- Allsop, S. y Saunders, B. (1989). Relapse and alcohol problems. En M. Gossop et al. (Eds.), *Relapse and addictive behavior* (pp. 11-40). London, England U.K.: Tavistock/Routledge.
- Álvarez-González, F. J. y del Río, C. (2003). Farmacología del alcohol. En Sociedad Española de Toxicomanías (Ed.), *Manual SET de alcoholismo* (pp. 109-129). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Álvarez, Y. y Farré, M. (2005). Farmacología de los opioides. *Adicciones*, *17*, 21-40.

- Ambrosio, E. (2003). Neurobiología del alcohol. En Sociedad Española de Toxicomanías (Ed.), *Manual SET de alcoholismo* (pp. 98-107). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM 5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Pub.
- Andreassen, C. S., Torsheim, T., Brunborg, G. S. y Pallesen, S. (2012). Development of a facebook addiction scale 1, 2. *Psychological Reports, 110*, 501-517.
- Andreou, E. y Svoli, H. (2013). The association between internet user characteristics and dimensions of internet addiction among Greek adolescents. *International Journal of Mental Health and Addiction, 11*, 139-148.
- Annis, H. M. y Davis, C. S. (1988). Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: Initial findings from a treatment trial. En T. B. Baker y D. S. Cannon (Eds.), *Assessment and treatment of addictive disorders* (pp. 88-112). New York: Praeger.
- Anthony, J. C. y Helzer, J. E. (2002). *Epidemiology of drug dependence*. En: Psychiatric epidemiology. New York: John Wiley and Sons.
- Arquiola, E., Martínez, J. y González A. (1989). Historia de las drogas: del éxtasis divino a la enfermedad y el delito I y II. *Jano, 36*, 383-424 y 961-1013.
- Arrogante, O., Pérez-García, A. M, y Aparicio-Zaldívar, E. G. (2015). Bienestar psicológico en enfermería: relaciones con resiliencia y afrontamiento. *Enfermería Clínica, 25*, 73-80.
- Avia, M. D. y Sánchez, M. L. (1995). *Personalidad: aspectos cognitivos y sociales*. Madrid: Pirámide.
- Baessler, J. y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés, 2*, 1-8.
- Balcells, M. (2000). Toxicología del cannabis. *Adicciones, 12(2)*, 169-174.
- Balconi, M., Finocchiaro, R. y Campanella, S. (2014). Reward Sensitivity, Decisional Bias, and Metacognitive Deficits in Cocaine Drug Addiction. *Journal of addiction medicine, 8(6)*, 399-406.
- Bandura, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall: Englewood Cliffs.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J. y Van Ijzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and non anxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133, 1–24.
- Barona, J. L. (2003). La evolución histórica y conceptual del alcoholismo. En Sociedad Española de Toxicomanías (Ed.), *Manual SET del Alcoholismo* (pp. 1-15). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Barrón, E., Mateos, M. y Martínez-Villate, I. (2004). Temperamento y carácter en adictos a cocaína ya opiáceos. *Adicciones*, 16, 287-294.
- Barth, J., Schneider, S. y von Känel, R. (2010). Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 72, 229-238.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The Journal of Early Adolescence*, 11, 56-95.
- Becerra, J. A. (2010). Actividad de los sistemas de aproximación e inhibición conductual y psicopatología. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 6, 61-65.
- Bechara, A. (2005) Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective. *Nature Neuroscience*, 8, 1458-1463.
- Bechara, A., Dolan, S. y Hindes, A. (2002). Decision-making and addiction (part II): myopia for the future or hypersensitivity to reward? *Neuropsychologia*, 40, 1690-1705.
- Bechara, A. y Damasio, A. R. (2005). The somatic marker hypothesis: A neural theory of economic decision. *Games and Economic Behavior*, 52, 336–372.
- Becoña, E. (2004). Tratamiento psicológico del tabaquismo. *Adicciones*, 16, 237-263.
- Becoña, E. y Martín, E. (2004). *Manual de Intervención en Drogodependencias*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E.J., Fernández, J. R., Casete, L., Bermejo, M.P., Secades, R. y Tomás, V. (2008). *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Bermúdez, J., Pérez-García, A. M. y Sanjuán, P. (2003). *Psicología de la personalidad. Teoría e investigación. Volúmenes I y II*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Berridge V. (2009). Heroin prescription and history. *The New England Journal of Medicine*, 361, 820-821.
- Bickel, W. K., Madden, G. J. y Petry, N. M. (1998). The price of change: The behavioral economics of drug dependence. *Behavior Therapy*, 29, 545-565.

- Biehl, M., Matsumoto, D., Ekman, P., Hearn, V., Heider, K., Kudoh, T. y Ton, V. (1997). Matsumoto and Ekman's Japanese and Caucasian Facial Expressions of Emotion (JACFEE): Reliability data and cross-national differences. *Journal of Nonverbal Behavior*, 21, 3-21.
- Billings, A. G. y Moos, R. H. (1983). Psychosocial processes of recovery among alcoholics and their families: Implications for clinicians and program evaluators. *Addictive Behaviors*, 8, 203-218.
- Bischof, G., Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C. y John, U. (2000). Maintenance factors of recovery from alcohol dependence in treated and untreated individuals. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24, 1773-1777.
- Bischof, G., Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C. y John, U. (2002). Remission from alcohol dependence without help: how restrictive should our definition of treatment be? *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 229-236.
- Black, D. W. y Moyer, T. (1998). Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatric Services*, 49, 1434-1439.
- Bobes, J., Saiz, P. A., González, M. P. y Bascarán, M.T. (2001). Epidemiología del uso/abuso de cocaína. *Adicciones*, 13, 23-36.
- Bohn, M. J., Babor, T. F. y Kranzler, H. R. (1995). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 423-432.
- Bonson, K. R., Grant, S. J., Contoreggi C. S., Links, J. M., Metcalfe, J., et al. (2002). Neural systems and cue-induced cocaine craving. *Neuropsychopharmacology*, 26, 376-86.
- Blomqvist, J. (1999). Treated and untreated recovery from alcohol misuse: environmental influences and perceived reasons for change. *Substance Use & Misuse*, 34, 1371-1406.
- Brody, L. R. y Hall, J. A. (2000). Gender, emotion and expresion. En M. Lewis y J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 338-349). New York: Guilford Press.
- Broner, R. K., Schmidt, C. W. Jr. y Herbst, J. H. (2002). Personality trait characteristics of opioid abusers with and without comorbid personality disorders. En P. T. Costa Jr. y A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the Five-Factor model of personality* (2ª Ed.) (pp. 249-268). Washington: American Psychological Association.
- Brunner, T. F. (1973). Marijuana in ancient Greece and Rome?. The literary evidence. *Bulletin of the History of Medicine*, 47, 344-348.

- Brutovská, M., Orosová, O., Kalina, O., Petkeviciene, J. y Lukács, A. (2013). Normative beliefs, social support and alcohol consumption among non/risk alcohol consumers. A longitudinal study. *Psychology & Health*, 28, 178-183.
- Bueno, A. M. y Buceta, J. M. (1997). Tratamiento psicológico del infarto de miocardio: Estudios de caso, 211-213. Madrid: Dykinson.
- Burling, T. A., Reilly, P. M., Moltzen, J. O. y Ziff D. C. (1989). Self-efficacy and relapse among inpatient drug and alcohol abusers: a predictor of outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 354-360.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Carver, C. S. y Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual review of psychology*, 61, 679-704.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Carver, C. S. y White, T. L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: the BIS/BAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 67, 319-333.
- Casas, M., Duro, P., y Pinet, C. (2006). Otras Drogodependencias. En J. Vallejo Ruiloba (Ed.), *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* (p. 620). Barcelona: Masson S.A.
- Casas, M. (2007). Hipótesis de la automedicación en drogodependencias. *Psiquiatría.com*, 11.
- Casullo, M. M. (2002). *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*. Buenos Aires: Paidós.
- Cassel, J. C. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- Chassin, L., Curran, P. J. y Hussong, A. M. y Colder, C. R. (1996). The relation of parent alcoholism to adolescent substance use: A longitudinal follow-up study. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 70-80.
- Chassin, L., Pillow, D. R., Curran, P. J., Molina, B. S. y Barrera, M. Jr. (1993). Relation of parental alcoholism to early adolescent substance use: A test of three mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 3-19.
- Chassin, L. A., Presson, C. C. y Sherman, S. J. (1985). Stepping backward in order to step forward: an acquisition-oriented approach to primary prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 612-622.

- Chen C. Y. y Anthony, J. C. (2004). Epidemiological estimate of risk to become dependent upon cocaine: cocaine hydrochloride powder vs. crack cocaine. *Psychopharmacology*, 172, 78–86.
- Chen, L. S., Anthony, J. C. y Crum, R. M. (1999). Perceived cognitive competence, depressive symptoms, and the incidence of alcohol-related problems in urban school children. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 8, 37-53.
- Cheng, C. (2009). Dialectical thinking and coping flexibility: A multimethod approach. *Journal of Personality*, 77(2), 471-494.
- Cheng, C. y Cheung, M. W. (2005). Cognitive processes underlying coping flexibility: Differentiation and integration. *Journal of personality*, 73, 859-886.
- Chesney, M. A., Neilands, T. B., Chambers, D. B., Taylor, J. M. y Folkman, S. (2006). A validity and reliability study of the coping self-efficacy scale. *British journal of health psychology*, 11, 421-437.
- Chicharro, J. (2005). Variables indicadoras del tratamiento y evolución en pacientes drogodependientes. Su relación con rasgos de personalidad. *Psicologia.com*, 9. Disponible en URL [consultado 05/08/2006]: <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/150/>
- Chicharro, J., Pedrero, E. y Pérez, M. (2007). Autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias como predictora de resultados de tratamiento y su relación con variables de personalidad: estudio de una muestra de adictos con el DTCQ, el VIP y el MCMI-II. *Adicciones*, 19, 141-152.
- Chicharro, J., Pérez-García, A. y Sanjuán, P. (2012). Respuesta emocional en adictos en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*, 24, 59-68.
- Chou, W. J., Liu, T. L., Yang, P., Yen, C. F. y Hu, H. F. (2015). Multi-dimensional correlates of Internet addiction symptoms in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry research*, 225, 122-128.
- Claes, L., Nederkoorn, C., Vandereycken, W., Guerrieri, R. y Vertommen, H. (2006). Impulsiveness and lack of inhibitory control in eating disorders. *Eating Behaviors*, 7, 196-203.
- Clark, D. B., Parker, A. M. y Lynch, K. G. (1999). Psychopathology and substance-related problems during early adolescence: A survival analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 333-341.
- Clark, L. A., y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.

- Clark, L. A., Watson, D. y Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of abnormal psychology, 103*, 103-116.
- Cloninger, C. R. (1996). The genetics and psychobiology of the seven factor model of personality. En R.S. Kenneth (Ed.), *Biology of personality disorders* (pp. 63–92). Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Cloninger, C. R., Bohman, M. y Sigvardsson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse: Cross-fostering analysis of adopted men. *Archives of general psychiatry, 38*, 861-868.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. y Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of general psychiatry, 50*, 975-990.
- Coate, D. y Grossman, M. (1988). Effects of alcoholic beverage prices and legal drinking ages on youth alcohol use. *Journal of Law and Economics, 31*, 145-171.
- Cohen, S. y Syme, S. L. (1985). Issues in the study and application of social support. En S. Cohen y S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 3-22). New York: Academic Press.
- Cohen, S. y Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*, 310-357.
- Conde, V. y Franch, J. J. (1984). Escalas de evaluación comportamental de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid: Upjohn.
- Conger, J. J. (1956). Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 17*, 296–305.
- Contel, M., Gual, A. y Colom, J. (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones, 11*, 337- 347.
- Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M. y Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: Amotivational model of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 990-1005.
- Corominas, M., Roncero, C., Bruguera, E., y Casas, M. (2007). Sistema dopaminérgico y adicciones. *Revista de Neurología, 44*, 23-31.
- Corr, P. J. y McNaughton, N. (2008). Reinforcement sensitivity theory and personality. En P. J. Corr (Ed.), *The reinforcement sensitivity theory of personality* (pp. 155–187). Cambridge: Cambridge University Press
- Costa, F. M., Jessor, R. y Turbin, M. S. (1999). Transition into adolescent problem drinking: The role of psychosocial risk and protective factors. *Journal of Studies on Alcohol, 60*, 480-490.

- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1990). Personality disorders and the Five factor Model of Personality. *Journal of Personality Disorders*, 4, 362-371.
- Crespo, M. y Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: Adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 797-830.
- Cunningham, C. L. (1998). Drug conditioning and drug-seeking behavior. En W. O'Donohue, (Ed.), *Learning and Behavior Therapy* (pp. 518-544). Boston: Allyn and Bacon.
- Curran, G. M., White, H. R. y Hansell, S. (2000). Personality, environment, and problem drug use. *Journal of Drug Issues*, 30, 375-406.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason and the human brain*. New York: Grosset/Putnam.
- Damasio, A. R. (2000). *La sensación de lo que ocurre: Cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia*. Barcelona: Editorial Debate.
- Damasio, A. R. (2003). *Looking for Spinoza: Joy, Sorrow, and the Feeling Brain*. New York: A Harvest Book/Harcourt.
- Darwin, C. (1872/1984). *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*. Madrid: Alianza.
- Dean, A. y Lin, N. (1977). The stress-buffering role of social support. *Journal of Mental Disease*, 165, 403-417.
- Del Pozo, J. (2005). Retos y perspectivas sobre las drogodependencias y género. *Health and drugs*, 5, 117-136.
- Demmel, R. y Rist, F. (2005). Prediction of treatment outcome in a clinical sample of problem drinkers: self-efficacy and coping style. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 4, 5-10.
- DiClemente, C. C., Fairhurst, S. K. y Piotrowski, N.A. (1995). Self-efficacy and addictive behaviors. En J. E. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application* (pp. 109-141). Nueva York: Plenum Press.
- Diener, E., Larsen, R. J., Levine, S. y Emmons, R. A. (1985). Intensity and frequency: dimensions underlying positive and negative affect. *Journal of personality and social psychology*, 48, 1253-1265.
- Dienstbier, R. A. (1990). Role of emotion in moral socialization. En C. E. Izard, J. Kagan y R. B. Zajonc (Eds.), *Emotions, Cognition, and Behavior* (pp. 485-513). Nueva York: Cambridge University Press.

- Dissabandara, L. O., Loxton, N. J., Dias, S. R., Dodd, P. R., Daghli, M. y Stadlin, A. (2014). Dependent heroin use and associated risky behaviour: The role of rash impulsiveness and reward sensitivity. *Addictive behaviors*, 39, 71-76.
- Duffy, E. (1941). An explanation of "emotional" phenomena without the use of the concept "emotion". *Journal of General Psychology*, 25, 283-293.
- Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica*, 32, 65-74.
- Edward, G. y Gross, M. N. (1976). Alcohol dependence: provisional description of clinical syndrome. *British Medical Journal*, 1, 1058-1061.
- Eisenstat, S. A. y Bancroft, L. (1999). Domestic violence. *The New England Journal of Medicine*, 16, 886-892.
- Ekman, P. (1994). Are these basic emotions? En P. Ekman y R. J. Davidson (Eds.). *The nature of emotions: Fundamental questions*. Oxford: Oxford University Press.
- Endler, N. S. (1993). Personality: An interactional perspective. En J. Hettema e I. J. Deary (Eds.), *Foundations of personality (pp. 251-268)*. Netherlands: Kluwer Academic Press.
- Escohotado A. (1998). *Historia General de las Drogas*. Madrid, Espasa.
- Everitt, B. J. y Robbins, T. W. (2005). Neural systems of reinforcement for drug addiction: from actions to habits to compulsion. *Nature neuroscience*, 8, 1481-1489.
- Eysenck H. J. y Eysenck S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder & Stoughton.
- Fabes, R. y Martin, C. (1991). Gender and age stereotypes of emotionality. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 532-540.
- Fernández-Abascal, E. G. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En E. G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.), *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción (pp. 189-206)*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Hermida, J. R., Carballo, J. L., Secades-Villa, R. y García-Rodríguez, O. (2007). Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. Análisis de la relación y consecuencias. *Papeles del Psicólogo* 28, 2-10.
- Fiorentine, R. y Hillhouse, M. P. (2003a). When low self-efficacy is efficacious: toward an addicted-self model of cessation of alcohol- and drug-dependent behaviour. *American Journal on Addictions*, 12, 346-364.
- Fiorentine, R. y Hillhouse, M. P. (2003b). Replicating the Addicted-Self Model of recovery. *Addictive Behaviors*, 28, 1063-1080.

- Fiorentine, R. y Hillhouse, M. P. (2004). The addicted-self model of addictive behaviour cessation: does it predict recovery for gender, ethnic, age and drug preference populations?. *American Journal on Addictions*, 13, 268-280.
- Flay, B. R. (1987). Mass media and smoking cessation: a critical review. *American Journal of Public Health*, 77(2), 153-160.
- Flórez, J. (2003). Fármacos Analgésicos Opioides. En J. Flórez, J. A. Armijo y A. Mediavilla (Eds.), *Farmacología Humana*, 4ª edición (pp. 461-478). Barcelona: Masson.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Fooladi, N., Jirdehi, R. y Mohtasham-Amiri, Z. (2014). Comparison of Depression, Anxiety, Stress and Quality of Life in Drug Abusers with Normal Subjects. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 159, 712-717.
- Formukong, E. A., Evans, A. T. y Evans, F. J. (1989). The medicinal uses of cannabis and its constituents. *Phytotherapy Research*, 3, 219-231.
- Franken, I. H. A. (2002). Behavioral approach system (BAS) sensitivity predicts alcohol craving. *Personality and Individual Differences*, 32, 349-355.
- Franken, I. H. A., Hendriks, V. M., Haffmans, P. M. J. y Van der Meer, C. W. (2001). Coping style of substance abuse patients: Effects of anxiety and mood disorders on coping change. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 299-306.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Fresco, D. M., Williams, N. L. y Nugent, N. R. (2006). Flexibility and negative affect: Examining the associations of explanatory flexibility and coping flexibility to each other and to depression and anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 201-210.
- Gaoni, Y. y Mechoulam, R. (1964). Isolation, structure, elucidation and partial synthesis of an active constituent of hashish. *Journal of the American Chemical Society*, 86, 1646-1647.
- García-Pindado, G. (1992). Determinantes familiares del consumo adolescente de droga. Factores ambientales y genéticos. *Psiquis*, 13, 39-48.
- Gerra, G., Baldaro, B., Zaimovic, A., Moi, G., Bussandri, M., Raggi, M. A. y Bambrilla, F. (2003). Neuroendocrine responses to experimentally induced emotions among abstinent opioid-dependent subjects. *Drug & Alcohol Dependence*, 71, 25-35.

- Gilson, K., Bryant, C., Bei Bei, Komiti, A., Jackson, H. y Judd, F. (2013). Validation of the Drinking Motives Questionnaire (DMQ) in older adults. *Addictive Behaviors*, 38, 2196–2202.
- Goldbeck, R., Myatt, P. y Aitchison, T. (1997). End of treatment self-efficacy: a predictor of abstinence. *Addiction*, 92, 313-324.
- Goldstein, R. Z. y Volkow, N. D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: Neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1642-1652.
- Goldstein, R. Z., Alia-Klein, N., Leskovjan, A. C., Fowler, J. S., Wang, G. J., Gur, R. C., Hitzemann, R. y Volkow, N. D. (2005). Anger and depression in cocaine addiction: Association with the orbitofrontal cortex. *Psychiatry Research*, 138, 13-22.
- González, V. M. y Hewell, V. M. (2012). Suicidal ideation and drinking to cope among college binge drinkers. *Addictive Behaviors*, 37, 994–997.
- Gottlieb, B. H. (1981). *Social networks and social support*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Gottlieb, B. H. (1983). *Social support strategies*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Graña, J. L. y Carrobes, J. A. (1991). Condicionamiento clásico en la adicción. *Psicothema*, 3, 87-96.
- Graña, J. L. (1994). Teorías explicativas de las drogodependencias. En J. L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 47-94). Madrid: Debate.
- Gray, J. A. (1981). A critique of Eysenck's theory of personality. En H. J. Eysenck (Ed.), *A model for personality* (pp. 246–276). New York: Springer.
- Gray, J. A. (1987). The neuropsychology of emotion and personality. En S. M. Stahl, S. D. Iversen y E. C. Goodman (Eds.), *Cognitive neurochemistry* (pp. 92-112). New York: Oxford University Press.
- Greeley, J., Le, D. A., Poulos, C. y Cappell, H. (1984). Alcohol is an effective cue in the conditional control of tolerance to alcohol. *Psychopharmacology*, 83, 159–162.
- Greenfield, B. L., Venner, K. L., Kelly, J. F., Slaymaker, V. y Bryan, A. D. (2012). The impact of depression on abstinence self-efficacy and substance use outcomes among emerging adults in residential treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26, 246.
- Grinspoon, L. y Bakalar, J. B. (1995). Marihuana as medicine. A plea for reconsideration. *Journal of American Medical Association*, 273, 1875–1876.
- Grühn, D. y Scheibe, S. (2008). Age-related differences in valence and arousal ratings of pictures from the International Affective Picture System (IAPS): Do

- ratings become more extreme with age?. *Behavior Research Methods*, 40(2), 512-521.
- Guerri, C. (2012). Bioquímica de las adicciones. *Sociedad Española de Bioquímica y Biología Molecular*, 172, 1-7.
- Gullo, M. J. y Dawe, S. (2008). Impulsivity and adolescent substance use: Rashly dismissed as «all-bad»? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32, 1507-1518.
- Gutstein, H. B. y Akil, H. (2001). Opioid analgesics. En J. G. Hardman y L. E. Limbird (Eds.), *Goodman and Gilman's: the Pharmacological Basis of Therapeutics*, 10th ed. (pp. 569–619). New York: McGraw-Hill.
- Havassy, B. E., Hall, S. M. y Wasserman, D. A. (1991). Social support and relapse: Commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 16, 235-246.
- Heath, D. (1995). An anthropological view of alcohol and culture in international perspective. En D. Heath (Ed.), *International handbook on alcohol and culture* (pp. 328-347). Westport, Ct. y London: Greenwood Press.
- Henry, B., Feehan, M. y McGee R. (1993). The importance of conduct problems and depressive symptoms in predicting adolescent substance use. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 469-480.
- Hernández, M. A. y Londoño, N. (2012). Factores psicosociales, cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento en comunidades terapéuticas. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, 29, 47-63.
- Herrero, R. (2006). Alcohol y Coca, una historia actual que tiene mucho más de 30 años. *Revista española de las drogodependencias*, 31, 247-253.
- Herrnstein, R. J. (1961). Relative and absolute strength of response as a function of frequency of reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 4, 267-272.
- Hervás, E. S. y Del Pozo, J. M. L. (2012). Recaídas en la adicción a cocaína: una revisión. *Adicciones: Revista de soci drog alcohol*, 24, 269-280.
- Higgins, S. T., Bickel, W. K. y Hughes, J. R. (1994). Influence of an alternative reinforcer on human cocaine self-administration. *Life Sciences*, 55, 179-187.
- Hinojosa-García, L., Alonso-Castillo, M. M. y Castillo-Muraira, Y. (2012). Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 20, 19-25.
- Hobfoll, S. E. y Dunahoo, C. L. (1991). *Dual axis model of coping*. Manuscrito no publicado.

- Hoffmann, H., Loper, R. G. y Kammeier, M. L. (1974). Identifying future alcoholics with MMPI alcoholism scales. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35, 490-498.
- House, J. S. (1981). *Work, stress and social support*. Reading, MA: Addison Wesley.
- Hoshi, R., Bisla, J. y Curran, H. V., (2004). The acute and sub-acute effects of 'ecstasy' (MDMA) on processing of facial expressions: Preliminary findings. *Drug & Alcohol Dependence*, 76, 297-304.
- Ibáñez, A., (2008). Genética de las adicciones. *Adicciones*, 20, 103-110.
- Iraurgi, I., Landabaso, M., Jiménez-Lerma, J. M., Larrazabal, A. y Gutierrez-Fraile, M. (2006). Trastorno por consumo de sustancias: dependencia y abuso. En Sociedad Española de Toxicomanías (Ed.), *Tratado SET de trastornos adictivos* (pp. 145-152). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- James, W. (1884). What is an emotion?. *Mind*, 9, 188-205.
- Jiménez, K., Carballo, J. L., Cano, M. Á. y Marín-Vila, M. (2014). Relación entre el riesgo de suicidio, estrategias de afrontamiento y autoeficacia en dependientes del alcohol. *Health and Addictions*, 14, 121-129.
- Jiménez-Albiar, M. I., Piqueras, J. A., Mateu-Martínez, O., Carballo, J. L., Orgilés, M. y Espada, J. P. (2012). Diferencias de sexo, característica de personalidad y afrontamiento en el uso de internet, el móvil y los videojuegos en la adolescencia. *Salud y Drogas*, 12, 61-82
- Joiner, T. E., Catanzaro, S. J., Laurent, J., Sandín, B. y Blalock, J. A. (1996). Modelo tripartito sobre el afecto positivo y negativo, la depresión y la ansiedad: evidencia basada en la estructura de los síntomas y en diferencias sexuales. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 1, 27-34.
- Jones, R., Benowitz, N. y Bachman, J. (1976). Clinical studies of cannabis tolerance and dependence. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 282, 221–239.
- Jones, R. T. (1998). Pharmacokinetics of cocaine: considerations when assessing cocaine use by urinalysis. *NIDA Research Monographs*, 175, 221-234.
- Kadden, R. M. y Litt, M. D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive behaviors*, 36, 1120-1126.
- Kalivas, P. W. y Volkow, N. D. (2005). The neural basis of addiction: A pathology of motivation and choice. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1403-1413.
- Kandel D. B. y Raveis V. H. (1989) Cessation of illicit drug in young adulthood: Periods of risk for initiation, continued use and discontinuation. *American Journal of Public Health*, 74, 660-666.

- Kane, T. A., Loxton, N. J., Staiger, P. K. y Dawe, S. (2004). Does the tendency to act impulsively underlie binge eating and alcohol use problems? An empirical investigation. *Personality and individual differences*, 36, 83-94.
- Kano, M., Gyoba, J., Kamachi, M., Mochizuki, H., Hongo, M. y Yanai, K., (2002). Low doses of alcohol have a selective effect on the recognition of happy facial expressions. *Human Psychopharmacology*, 18, 131-139.
- Kaplan, B. H., Cassel, J. C. y Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care*, 15, 47-58.
- Karademas, E. C. y Kalantzi-Azizi, A. (2004). The stress process, self-efficacy expectations, and psychological health. *Personality and individual differences*, 37, 1033-1043.
- Kasch, K. L., Rottenberg, J., Arnow, B. A. y Gotlib, I. H. (2002). Behavioral activation and inhibition systems and the severity and course of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 589–597.
- Katon, W. y Roy-Byrne, P. P. (1991). Mixed anxiety and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 337.
- Kemmis, L., Hall, J. K., Kingston, R. y Morgan, J. (2007). Impaired fear recognition in regular recreational cocaine users. *Psychopharmacology*, 194, 151–159.
- Kendall, P. C, Kortlander, E., Chansky, T. E., y Brady, E. U. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Treatment implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 869-880.
- Ketcherside, A. y Filbey, F. (2015). Mediating Processes Between Stress and Problematic Marijuana Use. *Addictive Behaviors*, 45, 113-118.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American journal of psychiatry*, 142, 1259-1264.
- Kidorf, M. y Lang, A. R. (1999). Effects of social anxiety and alcohol expectancies on stress induced drinking. *Psychology of Addictive Behaviors*. 13, 134-142.
- Klerman, G. L, y Weisstnan, M. M. (1989). Increasing rates of depression. *Journal of the American Medical Association*, 261, 2229-2235.
- Koob, G. F., (2009). Neurobiological substrates for the dark side of compulsivity in addiction. *Neuropharmacology* 56, 18–31.
- Koob, G. F., Ahmed, S. H., Boutrel, B., Chen, S. A., Kenny, P. J., Markou, A. y Sanna, P. P. (2004). Neurobiological mechanisms in the transition from drug use to drug dependence. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27, 739-749.

- Koob, G. F., y Le Moal, M. (1997). Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation. *Science*, 278, 52-58.
- Kornreich, C., Foisy, M., Philippot, P., Dan, P., Tecco, J., Noel, X. et al. (2003). Impaired emotional facial expression recognition in alcoholic, opiate dependent subjects, methadone maintenance subjects, and mixed alcohol-opiate antecedent subjects compared with normal controls. *Psychiatry Research*, 119, 251–260.
- Krantz, D. S., Grunberg, N. E. y Baum, A. (1985). Health psychology. *Annual review of psychology*, 36, 349-383.
- Kraus, A. S. y Lilienfeld, A. M. (1959). Some epidemiologic aspects of the high mortality rate in the young widowed group. *Journal of Chronic Diseases*, 10, 207-217.
- Kulik, J. A. y Mahler, H. I. M. (1989). Social support and recovery from surgery. *Health Psychology*, 8, 221-238.
- Kushner, M. G., Maurer, E. W., Thuras, P., Donahue, C., Frye, B., Menary, K. R. y Van Demark, J. (2013). Hybrid cognitive behavioral therapy versus relaxation training for co-occurring anxiety and alcohol disorder: A randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81, 429-442.
- Lam, L. T. (2015). Parental mental health and internet addiction in adolescents. *Addictive behaviors*, 42, 20-23.
- Lang, P. J. (1980). Behavioral treatment and bio-behavioral assessment: Computer applications. En J. B. Sadowski, J. H. Johnson y T. A. Williams (Eds.), *Technology in mental care delivery systems* (pp. 119-137). Norwood, N. J.: Ablex.
- Lang, P. J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: fear and anxiety. En A. H. Tuma y J. Mase (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 131-170). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lang, P. J. (1994). The motivational organization of emotion: Affect-reflex connections. En S. H. M. Van Goozen, N. Van de Poll y J. A. Sergeant (Eds.), *Emotions: Essays on emotion theory* (pp. 61-69). Hillsdale, N. Y.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lang, P. J. (1995). The emotion probe: Studies of motivation and attention. *American Psychologist*, 50, 372-385.
- Lang, P. J., Bradley, M. M., y Cuthbert, B. N. (1999). International Affective Picture System (IAPS): *Technical manual and affective ratings*. Gainesville, Florida: University of Florida, Center for Research in Psychophysiology.

- Lang, P. J., Öhman, A. y Vaitl, D., (1988). *The International Affective Picture System (Photographic slides)*. Gainesville, Florida: University of Florida, Center for Research in Psychophysiology.
- Lasa, A. (2002). Métodos tradicionales versus multidimensionales en la inducción de la emoción. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 5(10).
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. Nueva York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984/1986). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon and Schuster.
- Lett, H. S., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Strauman, T. J., Robins, C. y Sherwood, A. (2005). Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosomatic medicine*, 67, 869-878.
- Levy, R. I. (1958). The psychodynamic functions of alcohol. *Quarterly journal of studies on alcohol*, 19, 649-659.
- Leza, J. C. y Lorenzo, P. (2000). Efectos farmacológicos de los cannabinoides. *Adicciones*, 12(2), 109-116.
- Lindenberg, C. S., Gendrop, S. C. y Reiskin, H. K. (1993). Empirical evidence for the social stress model of substance abuse. *Research in Nursing and Health*, 16, 351-362.
- Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheim, A. N., Peleg, M. y Jackson, P. (1984). The relationship between coping behaviours, their effectiveness and alcoholism relapse and survival. *British Journal of Addiction*, 79, 283-291.
- Litman, J. y Lunsford, G. (2009). Frequency of use and impact of coping strategies assessed by the COPE Inventory and their relationships to post-event health and well-being. *Journal of Health Psychology*, 14, 982-991.
- Lizasoain, I., Moro, M. A. y Lorenzo, P. (2002). Cocaína: aspectos farmacológicos. *Adicciones*, 14, 57-64.
- Longabaugh, R., Beattie, M., Noel, N., Stout, R. y Malloy, P. (1993). The effect of social investment on treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 465-478.

- López-Torrecillas, F., Salvador, M. M., Verdejo, A. y Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas: una revisión. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2, 33-51.
- Lorenzo, P. y Leza, J. C. (2000). Utilidad terapéutica del Cannabis y derivados. *Adicciones*, 12(2), 149-168.
- Luszczynska, A., Gutiérrez- Doña, B. y Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40, 80-89.
- Lutz, P. E. y Kieffer, B. L. (2013). Opioid receptors: distinct roles in mood disorders. *Trends in neurosciences*, 36, 195-206.
- Madrid Salud (2012). *Memoria anual*. Instituto de Adicciones. Ayuntamiento de Madrid.
- Maddux, J. E. (1999). Expectancies and the social-cognitive perspective: Basic principles, processes, and variables. En I. Kirsh (Ed.), *How expectancies shape experience* (pp. 17-39). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Maddux, J. E. y Volkmann, J. (2010). *Self-Efficacy: Handbook of personality and self-regulation*. En R. H. Hoyle (Ed.). United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Martin, L., Clair, J., Davis, P., O’Ryan, D., Hoshi, R. y Curran, H. V., (2006). Enhanced recognition of facial expressions of disgust in opiate users receiving maintenance treatment. *Addiction*, 101, 1598-1605.
- Martin, M. (1990). On induction of mood. *Clinical Psychology Review*, 10, 669-697.
- Martín, M. (2007). Psicología y atención a la drogodependencia en España: Una visión histórica. Fundamentos psicológicos del tratamiento en drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28, 41-48.
- Martínez, M. V., Jaime, M. F. Z., Pilatti, A. y Cupani, M. (2012). Adaptación del Cuestionario de Personalidad BIS BAS IPIP a una muestra de estudiantes universitarios argentinos y análisis de su relación con patrones de consumo de alcohol. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30, 304-316.
- Maton, K. I. y Zimmerman, M. A. (1992). Psychosocial predictors of substance use among urban Black male adolescents. *Drugs and Society*, 6, 79-113.
- Mayer, J. E. y Koeningsmark, C. S. (1991). Self efficacy, relapse and the possibility of posttreatment denial as a stage in alcoholism. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8, 1-16.

- Mayfield, D. y Allen, D. (1967). Alcohol and Affect: A psychopharmacological study. *The American Journal of Psychiatry*, 123, 1346-1351.
- Mayfield, D., McLeod, G. y Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123.
- McCollam, J. B., Burish, T. G., Maisto, S. A. y Sobell, M. B. (1980). Alcohol's effects on physiological arousal and self reported affect and sensations. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 224-233.
- McKay, M. T., Sumnall, H. R., Cole, J. C. y Percy, A. (2012). Self-esteem and self-efficacy: Associations with alcohol consumption in a sample of adolescents in Northern Ireland. *Drugs: education, prevention and policy*, 19, 72-80.
- McKim, W. A. (2000). *Drugs and behavior. An introduction to behavioral pharmacology*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- McKinley, J. C. y Hathaway, S. R. (1940). A multiphasic personality Schedule (Minnesota): II. A differential study of hypochondriasis. *Journal of Psychology*, 10, 255-268.
- Measelle, J. R., Stice, E. y Springer, D. W. (2006). A prospective test of the negative affect model of substance abuse: Moderating effects of social support. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 225-233.
- Mermelstein, R., Cohen, S., Lichtenstein, E., Baer, J. S. y Kamarck, T. (1986). Social support and smoking cessation and maintenance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54, 447-453.
- Mestre, M., Sampur, P. y Tur, A. (2008). Empatía y conducta prosocial. En M. Casullo (Ed.), *Prácticas en Psicología Positiva* (pp. 231-268). Buenos Aires: Lugar.
- Mitte, K. (2008). Memory bias for threatening information in anxiety and anxiety disorders: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 134, 886-911.
- Moltó, J., Montañés, S., Poy, R., Segarra, P., Pastor, M. C., Irún, M. P. T... y Vila, J. (1999). Un método para el estudio experimental de las emociones: el International Affective Picture System (IAPS). *Adaptación española. Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 52, 55-87.
- Monnier, J., Hobfoll, S. E., Dunahoo, C. L., Hulsizer, M. R., y Johnson, R. (1998). There's more than rugged individualism in coping. Part 2: Construct validity and further model testing. *Anxiety, Stress, and Coping*, 11, 247-272.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. R., Colby, S. M. y Abrams, D. B. (1995). Coping and social skills training. En R. K. Hester y W. R. Miller (Eds.), *Handbook of*

- alcoholism treatment approaches. Effective alternatives* (pp. 221-241). Needham Heights, Massachusetts: Allyn y Bacon.
- Morales-Rodríguez, F. M., Trianes, M. V., Blanca, M. J., Miranda, J., Escobar, M. y Fernández-Baena, F. J. (2012). Escala de Afrontamiento para Niños (EAN): propiedades psicométricas. *Anales de Psicología*, 28, 475-483.
- Moriondo, M., De Palma, P., Medrano, L. y Murillo, P. (2012). Adaptación de la Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS) a la población de Adultos de la ciudad de Córdoba: Análisis Psicométricos Preliminares. *Universitas Psychologica*, 11, 187-196.
- Moskowitz, J. T., Epel, E. S. y Acree, M. (2008). Positive affect uniquely predicts lower risk of mortality in people with diabetes. *Health Psychology*, 27, 73–82.
- Myers, D. G. y Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science*, 6, 10-19.
- Nader, M. A. y Woolverton, W. L. (1992). Effects of increasing response requirement on choice between cocaine and food in rhesus monkeys. *Psychopharmacology*, 108, 295-300.
- Nathan, P. E. (1988). The Addictive personality is the behavior of the addict. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 56, 183-188.
- Netzahualcoyotzi, C., Muñoz, G., Martínez, I., Florán, B. y Limón, I. D. (2009). La marihuana y el sistema endocanabinoide: De sus efectos recreativos a la terapéutica. *Revista Biomédica*, 20, 128-153.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment*. Disponible en URL [consultado 16/04/2008.]: <http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODATIndex.html>.
- O'Brien, C. P., Ehrman, R. N., y Temes, J. W. (1986). Classical conditioning in human opioid dependence. En S. R. Goldberg y I. P. Stolerman (Eds.), *Behavioral analysis of drug dependence* (pp. 329-356). Orlando, Florida: Academic Press.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) (2012). *El problema de la drogodependencia en Europa*. Luxemburgo: Oficina de publicaciones oficiales de las comunidades europeas.
- Ochoa, L., Beck, A. T., y Steer, R. A. (1992). Gender differences in comorbid anxiety and mood disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1409-1410.
- O'Donovan, A. y Hughes, B. M. (2009). Access to social support in life and in the laboratory. Combined impact on cardiovascular reactivity to stress and state anxiety. *Journal of Health Psychology*, 13, 1147-1156.

- Oetting, E. R., Deffenbacher, J. L. y Donnermeyer, J. F. (1998). Primary Socialization theory: the role played by personal traits in the etiology of drug use and deviance. II. *Substance use and misuse*, 33, 1337-1366.
- Öhmann, A. y Birbaumer, N. (1993). Psychophysiological and cognitive-clinical perspectives on emotion: Introduction and overview. En N. Birbaumer y A. Öhmann (Eds.), *The structure of emotion. Psychophysiological, cognitive, and clinical aspects* (pp. 3-17). Seattle: Hogrefe y Huber Publishers.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). *Alcohol in the European Union*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- Ortemeyer, C. F. (1974). Variations in mortality, morbidity, and health care by marital status. En L. L. Erhardt y J. E. Berlin (Eds.), *Mortality and Morbidity in the United States* (pp. 159–184). Cambridge Mass: Harvard University Press.
- Pabayo, R., Alcantara, C., Kawachi, I., Wood, E. y Kerr, T. (2013). The role of depression and social support in non-fatal drug overdose among a cohort of injection drug users in a Canadian setting. *Drug and alcohol dependence*, 132, 603-609.
- Palmero, F., Guerrero, C., Gómez, C. y Carpi, A. (2006). Certezas y controversias en el estudio de la emoción. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 9, 23-24.
- Panksepp, J. (1982). Toward a general psychobiological theory of emotions. *Behavioral and Brain Sciences*, 5, 407-467.
- Paris, M. y Nahas, G. (1984). Botany: the unstabilized species. En G. Nahas (Ed.), *Marihuana in science and medicine*. New York: Raven Press.
- Park, S. M., Park, Y. A., Lee, H. W., Jung, H. Y., Lee, J. Y. y Choi, J. S. (2013). The effects of behavioral inhibition/approach system as predictors of internet addiction in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 54, 7-11.
- Parker, J. D. y Endler, N. S. (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality*, 6, 321-344.

- Parker, J. D. y Endler, N. S. (1996). Coping and defense: A historical overview. En M. Zeidner y N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 3-23). New York: Wiley.
- Pascual, J. y Rubio, G. (2002). Historia general de las drogas. En M. Martínez y G. Rubio (Eds.), *Manual de drogodependencias para enfermería*, (pp. 7-18). Madrid: Díaz de Santos.
- Pedrero, E. (2006). TCI-140: propiedades psicométricas, relación con el TCI-R y con variables de personalidad. Estudio de una muestra de adictos en tratamiento. *Trastornos adictivos*, 8, 155-167.
- Pedrero, E. (2007a). Adaptación española de la Escala Multiaxial de Afrontamiento-Disposicional (Strategic Approach to Coping Scale-Dispositional Form; SACS-D) a población general y adictos a sustancias. Tesis no publicada. Madrid: UNED.
- Pedrero, E. (2007b). El modelo de cinco factores y la estructura dimensional de los trastornos de la personalidad: estudio de una muestra de adictos a sustancias con el BFQ y el MCMI-II. *Trastornos Adictivos*, 9, 116-125.
- Pedrero, E. (2009a). TCI-R-67: versión abreviada del TCI-R de Cloninger. Proceso de creación y administración a una muestra de adictos a sustancias en tratamiento. *Trastornos Adictivos*, 11, 12-23.
- Pedrero, E. (2009b). Evaluación de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias mediante el Inventario de Dickman. *Psicothema*, 21, 585-591.
- Pedrero, E. y Rojo, G. (2008). Diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población general. Estudio con el TCI-R de casos clínicos con controles emparejados. *Adicciones*, 20, 251-261.
- Pedrero, E., Rojo, G. y Puerta, C. (2008). Estilos de afrontamiento del estrés y adicción. *Revista Española de Drogodependencias*, 33, 256-270.
- Perez-Bouchard, L., Johnson, J. L. y Ahrens, A. H. (1993). Attributional style in children of substance abusers. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19, 475-489.
- Pérez-García, A. M. (2008). *Versión española de la escala Brief-COPE de Carver (1997)*. Documento del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Madrid: UNED.
- Pérez-García, A. M. (2011a). Factores cognitivos y personalidad. En En J. Bermúdez, A. Pérez-García, J. A. Ruíz, P. Sanjuán y B. Rueda (Eds.), *Psicología de la Personalidad* (pp. 335-396). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

- Pérez-García, A. M. (2011b). Personalidad y enfermedad. En J. Bermúdez, A. Pérez-García, J. A. Ruíz, P. Sanjuán y B. Rueda (Eds.), *Psicología de la Personalidad* (pp. 635-700). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Pérez-García, A. M. y Bermúdez, J. (2011). Introducción al estudio de la personalidad: unidades de análisis. En J. Bermúdez, A. Pérez-García, J. A. Ruíz, P. Sanjuán y B. Rueda (Eds.), *Psicología de la Personalidad* (pp. 25-68). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Pérez-García, A. M., Oliván, S. y Bover, R. (2014). Subjective well-being in heart failure patients: Influence of coping and depressive symptoms. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21, 258-265.
- Perry, J. L. y Carroll, M. E. (2008). The role of impulsive behavior in drug abuse. *Psychopharmacology*, 200, 1-26.
- Petry, N. M., Martin, B., Cooney, J. L., y Kranzler, H. R. (2000). Give them prizes and they will come: Contingency management for treatment of alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 250-257.
- Pickens, R. y Thompson, T. (1968). Cocaine-reinforced behavior in rats: Effects of reinforcement magnitude and fixed-ratio size. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 161, 122-129.
- Pierce, R., Frone, M., Russell, M., Cooper M. y Mudar P. (2000). A longitudinal model of social contact, social support, depression, and alcohol use. *Health Psychology*, 91, 28-38.
- Pinto-Meza, A., Caseras, X., Soler, J., Puigdemont, D., Pérez, V. y Torrubia, R. (2006). Behavioural inhibition and behavioural activation systems in current and recovered major depression participants. *Personality and Individual Differences*, 40, 215-226.
- Plan Nacional sobre Drogas (2013). *Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2011/2012)*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Plan Nacional sobre Drogas (2014). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES 2012/2013)*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Pomerleau, O. F. y Pomerleau, C. S. (1987). A biobehavioral view of substance abuse and addiction. *Journal of Drug Issues*, 17, 111-131.
- Ponce, G., Jiménez-Arriero, M. A. y Rubio, G. (2003). Aspectos médicos de la evaluación de la dependencia alcohólica. Indicadores clínicos y medidas

- fisiológicas. En Sociedad Española de Toxicomanías (Ed.), *Manual SET de Alcoholismo* (pp. 243-258). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Poulos, C. X., Hinson, R. E. y Siegel, S. (1981). The role of Pavlovian processes in drug tolerance and dependence: Implications for treatment. *Addictive Behaviors*, 6, 205-211.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 161-173.
- Quintana, J. M., Padierna, A., Esteban, C., Arostegui, I., Bilbao, A. y Ruíz, I. (2003). Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depresión scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 216-221.
- Quiroga, M. (2000). Cannabis: efectos nocivos sobre la salud física. *Adicciones*, 12, 117-133.
- Ramos-Atance, J. A. y Fernández-Ruíz, J. (2000a). Uso de los cannabinoides a través de la historia. *Adicciones*, 12, 19-30.
- Ramos-Atance, J. A. y Fernández-Ruíz J. (2000b). Canabinoides: propiedades químicas. *Adicciones*, 12, 41-58.
- Ramos-Atance, J. A. y Fernández-Ruíz, J. (2000c). Sistema cannabinoide endógeno: ligandos y receptores acoplados a mecanismos de transducción de señales. *Adicciones*, 12, 59-82.
- Redish, A. D., Jensen, S. y Johnson, A. (2008). A unified framework for addiction: Vulnerabilities in the decision process. *Behavioral and Brain Sciences*, 31, 415-487.
- Rimm, D., Bridell, D., Zimmerman, M. y Caddy, G. (1981). The effects of alcohol and the expectancy of alcohol on snake fear. *Addictive Behaviors*, 6, 47-51.
- Robinson, T. E. y Berridge, K. C. (2001) Incentive-sensitization and addiction. *Addiction*, 96, 103-114.
- Robledo de Dios, T. (2006). Epidemiología. En Sociedad Española de Toxicomanías (Ed.), *Tratado SET de trastornos adictivos*, (pp. 158-167). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Rodríguez-Martos, A., Navarro, R. M., Vecino, C. y Pérez, R. (1986). Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol*, 11, 132-139.
- Romaní, O. (1997). Etnografía y drogas: Discurso y prácticas. *Revista Nueva Antropología*, 16, 39-66.

- Romero, J., García-Palomero, E., Castro, J. G., García-Gil, L., Ramos, J. A. y Fernández-Ruíz, J. J. (1997). Effects of chronic exposure to Δ^9 -tetrahydrocannabinol on cannabinoid receptor binding and mRNA levels in several rat brain regions. *Molecular Brain Research*, 46, 100–108.
- Rubio, G., López-Trabada, J. R., Pascual, J. y Santo-Domingo, J. (1998). Utilización de las drogas de abuso en el tratamiento de las enfermedades mentales. En F. López-Múñoz y C. Álamo (Eds.), *Historia de la psicofarmacología* (pp. 325-334). Madrid: Eurobook.
- Rueda, B. (2011). El Proceso Adaptativo. En J. Bermúdez, A. Pérez-García, J. A. Ruíz, P. Sanjuán y B. Rueda (Eds). *Psicología de la Personalidad* (pp. 443-492). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Rueda, B. y Pérez-García, A. (2004). Personalidad y percepción de autoeficacia: influencia sobre el bienestar y el afrontamiento de los problemas de salud. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 205-219.
- Ruíz, J. A. (2011a). Afectividad negativa y personalidad. En J. Bermúdez, A. Pérez-García, J. A. Ruíz, P. Sanjuán y B. Rueda (Eds). *Psicología de la Personalidad* (pp. 249-290). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Ruíz, J. A. (2011b). Afectividad positiva y personalidad. En J. Bermúdez, A. Pérez-García, J. A. Ruíz, P. Sanjuán y B. Rueda (Eds). *Psicología de la Personalidad* (pp. 291-334). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Ruíz, M. A. y Baca, E. (1993). Design and validation of the “Quality of Life Questionnaire”: A generic health-related quality of life instrument. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 19-32.
- Ruíz, J. M., Pedrero, E., Llanero, M., Rojo, G., Olivar, A., Bouso, J. C. y Puerta, C. (2009). Perfil neuropsicológico en la adicción a la cocaína: consideraciones sobre el ambiente social próximo de los adictos y el valor predictivo del estado cognitivo en el éxito terapéutico. *Adicciones*, 21, 119-132.
- Rupp, H. A. y Wallen, K. (2008). Sex differences in response to visual sexual stimuli: A review. *Archives of Sexual Behavior*, 37, 206-218.
- Russell, J. A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 1161-1178.
- Saah, T. (2005). The evolutionary origins and significance of drug addiction. *Harm Reduction Journal*, 2, 1-7.
- Salazar, M., Peralta, C. y Pastor J. (2006). *Manual de psicofarmacología*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.

- Salloum, J. B., Ramchandani, V. A., Bodurka, J., Rawlings, R., Momenan, R., George, D. *et al.* (2007). Blunted rostral anterior cingulate response during a simplified decoding task of negative emotional facial expressions in alcoholic patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31, 1490-1504.
- Sánchez, L., Pérez, B., Castellano, M. y del Río, C. (2003). Epidemiología del alcoholismo: prevalencia y patrones de consumo. En Sociedad Española de Toxicomanías (Ed.), *Manual SET de Alcoholismo* (pp. 49-88). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., y Valiente, R. (1999). Escalas Panas de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.
- Sanjuán, P. y Magallares, A. (2007). Estilos explicativos y estrategias de afrontamiento. *Clínica y Salud*, 18, 83-98.
- Sanjuán, P. y Magallares, A. (2014). Coping strategies as mediating variables between self-serving attributional bias and subjective well-being. *Journal of Happiness Studies*, 15, 443-453.
- Sanjuán, P., Pérez-García, A. M. y Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12, 509-513.
- Santo-Domingo, J., Rubio, G., Marín, J. J., Martínez, M. I. y Arnalich, F. (1997). Transferrina pobre en hidratos de carbono y otros marcadores de consumo de alcohol en un hospital general. *Revista Clínica Española*, 197, 627-630.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R. y Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88, 791-804.
- Scherer, K. R. (2000). Psychological models of emotion. En J. C. Borod (Ed.), *The neuropsychology of emotion* (pp. 137-162). Nueva York: Oxford University Press.
- Schippers, G. M. (1991). Introduction. En G. M. Schippers, S. M. M. Lammers y C. P. D. R. Schaap (Eds.), *Contributions to the psychology of addiction* (pp. 7-14). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Schneirla, T. C. (1959). An evolutionary and developmental theory of biphasic processes underlying approach and withdrawal. En M. R. Jones (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation*, vol. 7, (pp. 1-42). Lincoln: University of Nebraska Press.

- Schuckit, M. A., Klein, J., Twitchell, G. y Smith, T. (1994). Personality test scores as predictors of alcoholism almost a decade later. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1038-1042.
- Schumacher, M. A., Basbaum, A. I. y Way, W. L. (2004). Opioid analgesic and antagonists. En B. G. Katzung (Ed.), *Basic and clinical pharmacology* (pp. 497-516). New York: McGrawHill.
- Schuster, C. R. y Johanson, C. E. (1981). An analysis of drug-seeking behavior in animals. *Neuroscience and Bio-behavioral Reviews*, 5, 315–323.
- Schwarzer, R. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy. Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin: Freie Universit.
- Secades-Villa, R. y Fernández-Hermida, J. R. (2003). Modelos de adicción. En Sociedad Española de Toxicomanías (Ed.), *Manual SET de alcoholismo* (pp.19-47). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. R. y Carballo, J. L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento en drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28, 29-40.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. W. H. Freeman/Times Books/Henry Holt & Co.
- Seligman, M. (2003). *La Auténtica Felicidad*. España: Ediciones B, S. A..
- Selinger, R. V. y Rosenberg, S. J. (1941). Personality of the alcoholic. *Medical Record*, 54, 418-421.
- Sher, K. J. (1991). Psychological characteristics of children of alcoholics: Overview of research methods and findings. En M. Galanter y H. Begleiter (Eds.), *Recent developments in alcoholism, Vol 9: Children of alcoholics* (pp. 301–326). New York: Plenum Press.
- Siegel, S. (1975). Evidence from rats that morphine tolerance is a learned response. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 89, 498-506.
- Siegel, S. (1979). The role of conditioning in drug tolerance and addiction. En J. D. Keehan (Ed.). *Psychopathology in Animals*. New York: Academic Press.
- Silverman, K. (2004). Exploring the limits and utility of operant conditioning in the treatment of drug addiction. *The Behavior Analyst*, 27, 209-230.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216-269.
- Smith, M. S., Wallston, K. A. y Smith, C. A. (1995). The development and validation of the Perceived Health Competence Scale. *Health Education Research*, 10, 51-64.

- Solomon, K. E. y Annis, H. M. (1990). Outcome and efficacy expectancy in the prediction of post-treatment drinking behaviour. *British Journal of Addiction*, 85, 659-665.
- Spielberger, C. D., Pollans, C. H., y Worden, T. J. (1984). Anxiety disorders. En S. M. Turner y M. Hersen (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (pp. 263-303). Nueva York: Wiley.
- Stasiewicz P. R. y Maisto S. A. (1993). Two-factor avoidance theory: The role of negative affect in the maintenance of substance use and substance use disorder. *Behavior Therapy*, 24, 337-356.
- Stahl, S. M. (2002). *Psicofarmacología esencial*. Barcelona: Ed. Ariel.
- Stice, E., Barrera, M. Jr. y Chassin, L. (1998). Prospective differential prediction of adolescent alcohol use and problem use: Examining mechanisms of effect. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 616-628.
- Stice, E., Burton, E. y Shaw, H. (2004). Prospective relations between bulimic pathology, depression, and substance abuse: Unpacking comorbidity in adolescent girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 62-71.
- Stone, A. A. (1981). The association between perceptions of daily experiences and self and spouse rated mood. *Journal of Research in Personality*, 5, 510-522.
- Stout, J. C., Busemeyer, J. R., Lin, A., Grant, S. J. y Bonson, K. R. (2004). Cognitive modeling analysis of decision-making processes in cocaine abusers. *Psychonomic Bulletin & Review*, 4, 742-747.
- Stout, J. C., Rock, S. L., Campbell, M. C., Busemeyer, J. R. y Finn, P. R. (2005). Psychological processes underlying risky decisions in drug abusers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, 148-157.
- Taylor, J., Reeves, M., James, L. y Bobadilla, L. (2006). Disinhibitory trait profile and its relation to cluster B personality disorder features and substance use problems. *European Journal of Personality*, 20, 271-284.
- Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with emphasis on self-report. En A. H. Turna y D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 681-706). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Torrecilla, M. (2002). Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. *Atención Primaria*, 30, 310-317.
- Torres-Hernández, M. A., Horcajadas, M. H. y Mangado, O. (2000). Efectividad de la Naltrexona entre pacientes alcohólicos. *Adicciones*, 12, 177-185.
- Torrubia, R. (2005). Cuestionario de Sensibilidad al Castigo y Sensibilidad a la Recompensa; R. Torrubia, comunicación personal, 9 de abril de 2005.

- Torrubia, R., Ávila, C., Moltó, J. y Caseras, X. (2001). The Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (SPSRQ) as a measure of Gray's anxiety and impulsivity dimensions. *Personality and Individual Differences*, 31, 837-862.
- Townshend, J. M. y Duka, T. (2003). Mixed emotions: Alcoholics' impairment in the recognition of specific facial expressions. *Neuropsychologia*, 41, 773–782.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2012). *World drug report 2012*. Viena, Austria: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
- Vaillant, G. E. y Milofsky, E. S. (1982). The etiology of alcoholism. A prospective viewpoint. *American Psychologist*, 37, 494-503.
- Valverde, O. y Maldonado, R. (2005). Neurobiología de la adicción a opiáceos- *Adicciones*, 17, 41-56.
- Vallejo, B. y Pérez-García, A. M. (2015). The role of personality and coping in adjustment disorder. *Clinical Psychologist*. doi:10.1111/cp.12064.
- Van Etten, M. L. y Anthony, J. C. (1999). Comparative epidemiology of initial drug opportunities and transitions to first use: marijuana, cocaine, hallucinogens and heroin. *Drug and Alcohol Dependence*, 54, 117-125.
- Vasconcelos, S. C., Dos Santos, A. R. y Guerra, A. L. A. G. (2014). Psychiatric Disorders in Crack and Cocaine Addicts. *American Journal of Nursing*, 2, 31-37.
- Verdejo, A. (2014). Social cognition in cocaine addiction. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111, 2406-2407.
- Verdejo, A. y Bechara, A. (2009). A somatic marker theory of addiction. *Neuropharmacology*, 56, 48-62.
- Verdejo, A., Lawrence, A. J., y Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance use disorders: Review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32, 777-810.
- Verdejo, A., Pérez-García, M. y Bechara, A. (2006) Emotion, decision-making and substance dependence: A somatic-marker model of addiction. *Current Neuropharmacology*, 4, 17-31.
- Verdejo, A., Rivas, C., Vilar, R. y Pérez-García, M., (2007). Strategic self-regulation, decision-making and emotion processing in poly-substance abusers in their first year of abstinence. *Drug & Alcohol Dependence*, 86, 139-146.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16, 274-282.

- Vicens, P. y Andrés, A. (1997). Procedimientos de inducción del estado de ánimo y personalidad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 50, 145-157.
- Vila, J., Sánchez, M., Ramírez, I., Fernández, M. C., Cobos, P., Rodríguez, S.... y Poy, R. (2001). El sistema internacional de imágenes afectivas (IAPS): Adaptación española. Segunda parte. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54, 635-657.
- Volkow, N. D., Fowler, J. S., Wang, G. J. y Swanson, J. M. (2004). Dopamine in drug abuse and addiction: Results from imaging studies and treatment implications. *Molecular Psychiatry*, 9, 557-569.
- Volkow, N. D., y Li, T. K., (2005). The neuroscience of addiction. *Nature Neuroscience*, 8, 1429-1430.
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Ma, Y., Fowler, J. S., Wong, C., Ding, Y. S., Hitzemann, R., Swanson, J. M. y Kalivas, P. (2005). Activation of orbital and medial prefrontal cortex by methylphenidate in cocaine-addicted subjects but not in controls: Relevance to addiction. *Journal of Neuroscience*, 25, 3932-3939.
- Vuchinich, R. E. y Tucker, J. A. (1988) Contributions from behavioral theories of choice to an analysis of alcohol abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 181-195.
- Walker, D. D., Neighbors, C., Rodriguez, L. M., Stephens, R. S. y Roffman, R. A. (2011). Social norms and self-efficacy among heavy using adolescent marijuana smokers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25, 727-732.
- Warren, G. H. y Raynes, A. E. (1972). Mood changes during three conditions of alcohol intake. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 33, 979-989.
- Watson, D. (1988). Intraindividual and interindividual analyses of Positive and Negative Affect: Their relation to health complaints, perceived stress, and daily activities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1020-1030.
- Watson, N., VanderVeen, J. W., Lee, M. C., DeMarree, K. G. y Morrell, H. E. R. (2012). Examining the interrelationships between social anxiety, smoking to cope and cigarette craving. *Addictive Behaviors*, 37, 986-989.
- Watson, D., Clark, L. A. y Carey, G. (1988). Positive and Negative Affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346-353.
- Watson, D., Clark, L. A., y Tellegen, A. (1984). Cross-cultural convergence in the structure of mood: A Japanese replication and a comparison with U.S. findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 127-144.

- Watson, D., Clark, L. A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Watson, D. y Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Watson, R. P. (1938). Marihuana America's New Drug Problem. En J. B. Lippincott (Ed.). Philadelphia: Recoge los datos de Ebn-Beitar.
- Weinstein, A., Dorani, D., Elhadif, R., Bukovza, Y., Yarmulnik, A. y Dannon, P. (2015). Internet addiction is associated with social anxiety in young adults. *Annals of Clinical Psychiatry*, 27, 2-7.
- Westermann, R., Spies, K., Stahl, G. y Hesse, F. W. (1996). Relative effectiveness and validity of mood induction procedures: A meta-analysis. *European Journal of Social Psychology*, 26, 557-580.
- Wikler, A. (1965). Conditioning factors in opiate addiction and relapse. En D. I. Wilner y G. G. Kassebaum (Eds.), *Narcotics* (pp. 85-100). New York: McGraw-Hill.
- Wills, T. A. y Cleary, S. D. (1995). Stress-coping model for alcohol-tobacco interactions in adolescence. En J. B. Fertig y J. P. Allen (Eds.), *Alcohol and Tobacco: from Basic Science to Clinical Practice* (pp. 107-128). Bethesda: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Wills, T. A. y Hirky, A. E. (1996). Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence. En T. H. Ollendick y R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (pp. 91-132). New York: Wiley.
- Wills, T. A., Sandy, J. M. y Shinar, O. (1999). Cloninger's constructs related to substance use level and problems in late adolescence. A mediational model based on self-control and coping motives. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 7, 122-134.
- Windle, M. (1992). A longitudinal study of stress buffering for adolescent problem behaviors. *Developmental Psychology*, 28, 522-530.
- Woicik, P. A., Moeller, S. J., Alia-Klein, N., Maloney, T., Lukasik, T. M., Yeliosof O., et al. (2009). The neuropsychology of cocaine addiction: Recent cocaine use masks impairment. *Neuropsychopharmacology*, 32, 1112-1122.
- Wolpe, J. (1979). The experimental model and treatment of neurotic depression. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 555-565.
- Wundt, W. (1896). *Grundriss der Psychologie* (Outlines of Psychology). Leipzig: Entgelmann.

- Yanagita, T. (1973). An experimental framework for evaluation of dependence liability of various types of drugs in monkeys. *Bulletin of Narcotics*, 25, 57-64.
- Yiend, J. (2010). The effects of emotion on attention: A review of attentional processing of emotional information. *Cognition and Emotion*, 24, 3-47.
- Yi-Frazier, J., Smith, R., Vitaliano, P., Yi, J., Mai, S., Hillman, M., et al. (2010). A person-focused analysis of resilience resources and coping in patients with diabetes. *Stress and Health*, 26, 51–60.
- Young, A., Perrett, D., Calder A., Sprengelmeyer R. y Ekman P. (2002). *Facial Expression of Emotion: Stimuli and Test (FEEST)*. Suffolk, England: Thames Valley Test Company.
- Zeidner, M. y Saklofske, D. (1996). Adaptive and maladaptive coping. En M. Zeidner y N. S. Edler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 505-531). New York: Wiley & Sons.
- Zevon, M. A. y Tellegen, A. (1982). The structure of mood change: An idiographic/nomothetic analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 111-122.
- Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Zucker, R. y Gomberg, E. (1986). Etiology of alcoholism reconsidered: The case for biopsychosocial process. *American Psychologist*, 41, 783-793.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: Beyond the original level of arousal*. Hillsdale, Illinois: Lawrence Erlbaum.

Acrónimos

ACTH: Hormona Adrenocorticotropa.

ADH: Enzima Alcohol Deshidrogenasa.

ALDH: Enzima Aldehído Deshidrogenasa.

AN: Afecto Negativo.

ANOVA: Analysis Of Variance.

AP: Afecto Positivo.

APA: American Psychiatric Association.

ATV: Área Tegmental Ventral.

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test.

BAS: Behavioral Activation System.

BIS: Behavioral Inhibition System.

CAGE: Have you felt the need to **C**ut down drinking?

Have you ever felt **A**nnoyed by criticism of drinking?

Have you had **G**uilty feelings about drinking?

Do you ever take a morning **E**ye opener (a drink first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover)?

CB1: Receptor Cannabinoide de tipo 1.

CB2: Receptor Cannabinoide de tipo 2.

CDT: Transferrina Deficiente en Carbohidratos.

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

COPE: Coping Orientations to Problems Experienced.

CSCSR: Cuestionario de Sensibilidad al Castigo y Sensibilidad a la Recompensa.

EC: Estímulo Condicionado.

EEUU: Estados Unidos de América.

Juan Chicharro Romero

EI: Estímulo Incondicionado.

EPI: Eysenck Personality Inventory.

ESTUDES: Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias.

FEEST: Facial Expression of Emotion: Stimuli and Tests.

FFS: Fight Flight System.

GABA: Ácido Gamma Aminobutírico.

GGT: Gammaglutamiltranspeptidasa.

HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale.

IAPS: International Affective Pictures System.

I-RISA: Impaired-Salience Attribution and Response Inhibition.

JACFEE: Japanese and Caucasian Facial Expressions of Emotion.

MANOVA: Multivariate Analysis Of Variance.

MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory.

NIDA: National Institute on Drug Abuse.

OEDT: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PANAS: Positive and Negative Affect Schedule.

PIB: Producto Interior Bruto.

RC: Respuesta Condicionada.

RI: Respuesta Incondicionada

RP y RCP: Resolución de Problemas y Reestructuración Cognitiva Positiva.

SAM: Self-Assessment Manikin.

SIDA: Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida.

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences.

THC: Delta-9-tetrahidrocannabinol.

TSH: Hormona Estimulante de la Tiroides.

UBE: Unidad de Bebida Estándar.

UE: Unión Europea.

UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime.

VCM: Volumen corpuscular medio.

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

WCQ: Ways of Coping Questionnaire.

ANEXO 1

Respuesta emocional en adictos a sustancias en tratamiento ambulatorio

Emotional responsiveness of substance abusers under outpatient treatment

JUAN CHICHARRO*, ANA M. PÉREZ-GARCÍA**,
PILAR SANJUÁN**.

* CAD 4 San Blas. Instituto de Adicciones. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.
** Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.

Enviar correspondencia a:
Juan Chicharro Romero
CAD IV (San Blas). C/ Alcalá, 527. 28027 Madrid.
Email: chicharroj@madrid.es
Tlf: 917434771

recibido: Julio 2011
aceptado: Noviembre 2011

Resumen

Las emociones predisponen para la acción proporcionando información tanto del ambiente interno como del externo. Hay evidencia de que la respuesta emocional en pacientes drogodependientes es distinta a la de la población no consumidora. El presente trabajo analizó las emociones en drogodependientes en tratamiento ambulatorio (N=57), siguiendo la teoría de la emoción de Lang, con las dimensiones de valencia, activación y dominancia o control, a través del International Affective Picture System (IAPS), aplicado de forma individual. Se contrastaron sus respuestas con un grupo control de personas no consumidoras (N=44) de similar edad, variable que afecta a la experiencia emocional. De la misma forma se analizó la influencia del sexo, dadas las posibles diferencias en experiencia emocional entre varones y mujeres.

Los resultados pueden resumirse en los siguientes puntos: (1) Hubo diferencias significativas entre adictos a sustancias y no consumidores en la dimensión de valencia, valorando los consumidores los estímulos emocionales de forma más extrema (los agradables como mejores y los desagradables como peores); (2) No hubo diferencias entre ambos grupos en las dimensiones de activación y de dominancia; y (3) Las mujeres se activaban más ante imágenes de tipo aversivo y menos ante las sexuales que los varones, con independencia de que fueran o no consumidoras de sustancias.

Finalmente, se sugiere la necesidad de profundizar en el estudio de las diferencias de sexo, en las imágenes analizadas, así como en la utilidad de las terapias centradas en la emoción para el tratamiento de las drogodependencias.

Palabras clave: Drogodependientes, emoción, International Affective Picture System (IAPS), Lang, tratamiento ambulatorio, diferencias de sexo.

Abstract

The emotions predispose to action providing information from both internal and external environment. There is evidence indicating that the emotional response in drug-dependent patients is different from that of the not consuming population. The present work analyzed the emotions of drug-dependent under ambulatory treatment (N=57), following the Lang's theory of emotion, considering the dimensions of valence, arousal and dominance or control, across the International Affective Picture System (IAPS), individually applied. The results were contrasted with a control group of not consuming persons (N=44) of similar age, since this variable concerns emotional experience. The influence of sex was also analyzed, considering the possible differences between men and women in emotional experience.

The results can be summarized in the following points: (1) There were significant differences between substance abusers and not consumers in the dimension of valence, valuing the consumers the emotional stimuli of the most extreme form (the agreeable ones as better, and the disagreeable ones as worse); (2) there were no differences between both groups in the arousal and dominance dimensions; and (3) women reported more arousal before aversive images, and less before the sexual ones, than males, independently of they were or not substance abusers.

Finally, it is suggested the need to deep into the analysis of sex differences and into the images selected, as well as into the usefulness of the emotion centred therapies for the treatment of drug-dependency.

Key words: Drug-dependent, emotion, International Affective Picture System (IAPS), Lang, outpatient treatment, sex differences.

En la actualidad existe bastante acuerdo sobre el papel que las emociones juegan en la predisposición para la acción (Lang, 1980; LeDoux 1996). Las emociones aportan información, tanto de los aspectos internos del individuo como de la situación externa (Damasio, 1994), por lo cual tienen un rol importante en el desarrollo del comportamiento y la toma de decisiones (Verdejo y Bechara, 2009).

Una de las teorías de la emoción que más apoyo ha recibido es el modelo bioinformacional de la emoción de Lang (1980; 1994; 1995) (Lang, Öhman y Vaitl, 1988). Este modelo defiende que las emociones predisponen para la acción y que la respuesta emocional cumple dos funciones fundamentales, una social consistente en la expresión y reconocimiento de los estados de ánimo, y otra motivacional, en función de la respuesta de aproximación o evitación que el individuo muestre ante los estímulos (Lang, 1985).

El modelo propone también que las emociones se estructuran de acuerdo a diferentes dimensiones bipolares. La primera hace referencia a la *valencia afectiva*, y expresa el agrado o rechazo que produce un estímulo, es decir, si éste contribuye a la homeostasis o si por el contrario amenaza con desequilibrarla. La valencia depende de los dos sistemas motivacionales, es decir, el apetitivo y el aversivo, en función de que se de una respuesta de aproximación o evitación respectivamente. La segunda dimensión es el *arousal o activación*, que se refiere a la intensidad con la que se responde ya sea para aproximarse o evitar. La tercera dimensión se refiere al *control o dominancia*, e indica el grado de control sobre los diferentes estímulos que los sujetos perciben cuando están expuestos a los mismos.

En paralelo al desarrollo de la teoría, Lang y colaboradores también diseñaron en el *Center for Study of Emotion and Attention* (CSEA) de Florida, un sistema para el estudio de las emociones, conocido como *International Affective Picture System* (IAPS) (Lang, Bradley y Cuthbert, 1999). Este método consiste en una serie de estímulos emocionales en forma de imágenes fotográficas, que en la actualidad llegan hasta, aproximadamente, unas 1200 y que cubren un amplio rango de situaciones de la vida (sexo, deportes, violencia, animales, paisajes, desastres naturales, etc.). Estos estímulos son fácilmente presentables a la hora de realizar estudios y permiten controlar tanto el tiempo de exposición como el momento y lugar en el que ésta se hace. A partir de la evaluación que los individuos hacen de estas imágenes en cada una de las dimensiones emocionales, se pueden obtener puntuaciones que han permitido el estudio de las emociones de manera cuantitativa, así como la validación del instrumento. Dado que en la actualidad está considerado el sistema más fiable, y es el más empleado para el estudio de las emociones (Lang et al. 1999), se ha adaptado a distintas poblaciones, entre las que se encuentra la española (Moltó, Montañés, Poy y Segarra, 1999; Vila, Sánchez y Ramírez, 2001).

Tanto en los estudios realizados por el grupo de Lang (Lang et al., 1988; 1999), como en los realizados para la validación del instrumento en población española (Moltó et al., 1999; Vila et al., 2001), se ha encontrado que las imágenes que en la dimensión de valencia son evaluadas más bajo (que serían las aversivas) y más alto (o agradables), son las que

también se valoran más alto en la dimensión de activación. En realidad, las imágenes aversivas se puntúan algo más alto que las agradables en esta dimensión, lo que implica que la respuesta de escape que produce un estímulo aversivo es más fuerte que la respuesta de acercamiento que produce un estímulo placentero. Por otra parte, también se ha encontrado que los estímulos que en la dimensión de valencia se evaluaban con puntuaciones intermedias (que serían los neutros) eran los que obtenían puntuaciones más bajas en la dimensión de activación. Si se construye un eje de coordenadas, con las puntuaciones obtenidas en cada imagen o ítem, en las dimensiones de valencia (en el eje de ordenadas) y activación (en el eje de abscisas), la figura que se obtiene es similar a un boomerang. En los extremos de dicho boomerang, se situarían los estímulos que activan más, que como se ha dicho, son los que tienen baja y alta valencia, o lo que es lo mismo, los estímulos aversivos y placenteros respectivamente. Dado que los estímulos con valencia negativa activan algo más que los estímulos emocionales con valencia positiva, se forma la figura del boomerang, con un brazo ligeramente más largo que el otro. En la parte central del boomerang se colocarían los estímulos calificados como neutros, que son los que menos activan.

Dentro de este marco conceptual, el objetivo principal del presente trabajo fue estudiar la respuesta emocional en un grupo de personas drogodependientes. Por una parte, y tal como se ha comentado, la experiencia emocional tiene influencia en la conducta, por lo cual el estudio de las emociones adquiere especial relevancia si se pretende entender la conducta consumidora (Verdejo y Bechara, 2009). Por otra parte, estudios previos con este colectivo han mostrado que presentan una respuesta emocional peculiar (Gerra et al., 2003; Goldstein y Volkow, 2002; Verdejo y Bechara, 2009). Sin embargo, en este área de estudio, existen algunos factores, como el sexo o la edad, que sabemos tienen efecto en el procesamiento emocional (Grünn y Scheibe, 2008; Moltó et al. 1999; Vila et al. 2001), pero que no han sido tenidos en cuenta a la hora de estudiar a este grupo, aunque podrían estar contribuyendo a esa respuesta diferencial.

En cuanto a la respuesta emocional diferencial del colectivo de drogodependientes, estudios realizados en población española con muestras de pacientes drogodependientes en tratamiento, a los que se exponía a imágenes del IAPS, mostraron que éstos informaban una experiencia emocional diferente a la presentada por el grupo de la adaptación española, pues mostraban menor activación y mayor control ante la exposición a imágenes agradables, mientras que se activaban más ante las desagradables (Aguilar et al., 2005a, 2005b, 2008a, 2008b).

Respecto a la influencia del género, algunos estudios han encontrado que hombres y mujeres difieren en la respuesta emocional. En concreto, los distintos estudios de validación del IAPS realizados con población no consumidora mostraron que las mujeres se activaban más ante imágenes de tipo aversivo (Moltó et al. 1999; Vila et al. 2001). Por ello, con el objetivo de explorar si también se mostraban estas diferencias a pesar del consumo de drogas, se optó por estudiar también una muestra de mujeres drogodependientes (Del Pozo, 2005).

En relación a la edad, se ha encontrado que tiene cierta influencia en la respuesta emocional. Así, algunos estudios han mostrado que las personas con más edad con respecto a las más jóvenes, valoran las imágenes negativas más bajo en la dimensión de valencia y más alto en la de activación, mientras que las imágenes positivas eran valoradas más alto en la dimensión de valencia y más bajo en la de activación (Grühn y Scheibe, 2008). A pesar de que la edad es una variable que tiene cierta incidencia en la respuesta emocional, los estudios realizados con drogodependientes han empleado normalmente como grupo control de comparación el utilizado para la validación del IAPS, que tenía una edad media de 21 años, aunque el grupo de drogodependientes tuviera una edad media significativamente más elevada. Para controlar el efecto de la edad, en este estudio se compara al grupo de consumidores con otro control de edad equiparable.

Además del estudio de una muestra de mujeres drogodependientes y del control del efecto de la edad, nuestro estudio también tiene algunas diferencias con respecto a los realizados previamente. Por un lado, los participantes consumidores del presente estudio estaban en tratamiento en régimen ambulatorio, a diferencia de otros estudios en los que se encontraban ingresados en una comunidad terapéutica (Aguilar et al., 2005a, 2005b, 2008a, 2008b). Este hecho implica que probablemente los participantes de nuestro estudio tendrían un grado de adicción y deterioro cognitivo menor.

Por otra parte también se han incluido algunas modificaciones en el procedimiento de aplicación. En las validaciones del IAPS la exposición a las imágenes se hizo en grupos de entre 8 y 25 personas, proyectando en una pantalla los estímulos visuales (Moltó et al., 1999). En algunos estudios, aunque se han administrado los estímulos emocionales en grupos más reducidos, las imágenes se han presentado en un cuadernillo. En otros estudios, que han empleado neuroimagen o medidas fisiológicas, aunque se supone que la presentación de imágenes se hace de forma individual por las características de los aparatos empleados, la realidad es que no se especifica en los estudios. En el presente trabajo, por el contrario, se aplicó el IAPS de forma individual presentando las imágenes a través de una pantalla de ordenador, evitando así las posibles interferencias de la respuesta en grupo y mejorando de esta forma la fiabilidad de los resultados.

A modo de resumen se podría decir que con el presente estudio se pretendía estudiar la respuesta emocional de un grupo de drogodependientes en tratamiento en régimen ambulatorio, teniendo en cuenta las posibles diferencias entre varones y mujeres, la comparación con un grupo control con edad equiparada y utilizando un procedimiento de exposición individual de las imágenes emocionales.

De acuerdo con los diferentes resultados presentados previamente, esperábamos que el grupo de drogodependientes, con respecto al grupo control de no consumidores, puntuaran menos en la dimensión de activación y más en la de control ante las imágenes agradables o positivas, mientras que se activarían más ante las desagradables. Adicionalmente, queríamos explorar si estos patrones de respuesta se mantenían cuando se comparaban con un grupo de no consumidores de edad similar. En relación al estudio de las dife-

rencias en función del género, esperábamos que las mujeres, con respecto a los hombres, evaluaran más alto las imágenes aversivas en la dimensión de activación.

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por dos grupos cuyas características quedan recogidas en la Tabla 1. El primero incluía personas que solicitaban tratamiento a causa de trastornos adictivos en un Centro de Atención a Drogodependientes del Ayuntamiento de Madrid (N=57), y que cumplían los criterios de abuso o dependencia de sustancias según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002); en tanto que el segundo grupo, estaba formado por personas que nunca habían sido atendidas por consumo de drogas (N=44). En ambos casos, todas las personas que colaboraron en el estudio lo hicieron de forma voluntaria, recibieron información sobre el objetivo del estudio y firmaron una hoja de consentimiento informado. Los datos fueron recogidos en los meses de marzo, abril y mayo de 2009.

El 53,5% de la muestra total (N=101) estuvo constituida por hombres, y el 46,5% por mujeres. Dentro del grupo de consumidores de sustancias el 71,9% eran hombres y el resto mujeres, siendo una distribución similar a la de personas que solicitan tratamiento por conductas adictivas. En la población no consumidora las mujeres representaban el 70,5%. A nivel académico, el 93% de la población no consumidora tenían estudios universitarios o de formación profesional, mientras que en los consumidores el porcentaje era del 25%. Las sustancias por las que solicitaban tratamiento eran: alcohol, cocaína, heroína (se incluyeron pacientes en programa de metadona), cánnabis y otras adicciones.

Tabla 1. Descripción de los dos grupos de la muestra.

	Adictos	Control
Sexo		
Varones	41(71,92%)	13(29,55%)
Mujeres	16(28,07%)	31(70,46%)
Nivel de estudios		
Sin estudios	1(1,75%)	0
Bachiller elemental	27(47,37%)	3(6,82%)
Bachiller superior	15(26,32%)	0
Formación profesional	7(12,28%)	8(18,18%)
Estudios universitarios	7(12,28%)	33(75%)
Edad		
Media	34,61	39,86
D.t.	8,6	12,98
Rango	20-52	18-73
Sustancia		
Alcohol	14(24,56%)	
Cocaína	24(42,11%)	
Heroína	14(24,56%)	
Cannabis	3(5,26%)	
Otros	2(3,51%)	

Medidas y procedimiento

Al principio de cada sesión se informó a los participantes de las características de la tarea que iban a realizar y se solicitó su consentimiento para participar en el estudio y utilizar sus datos con fines investigadores. Todas las sesiones se realizaron entre las 13:00 y las 18:00 horas en la misma habitación.

Los sujetos fueron entrenados en la tarea mediante una imagen de prueba y, cuando se evidenció una suficiente comprensión del procedimiento, se expusieron las imágenes en ordenador mediante una presentación en PowerPoint, estando el participante a una distancia aproximada del monitor de unos 90 cm.

Primero aparecía durante 5 segundos la diapositiva en la que se indicaba "Prepárese para evaluar la siguiente diapositiva en la línea X". Seguidamente, durante 6 segundos se mostraba la diapositiva cuya imagen debía ser evaluada. Por último se proyectaba la diapositiva de evaluación indicando "Por favor, evalúe la imagen en las tres dimensiones" durante 15 segundos. Las imágenes se mostraron con un tamaño de 34x27 cm.

La valoración de las imágenes se realizó con el Maniquí de Autoevaluación (SAM -Self Assessment Manikin; Lang,

1980). Este instrumento, de carácter pictográfico, proporciona una medida para cada imagen en cada una de las tres dimensiones a través de cinco figuras humanoides que varían en intensidad (tamaño, forma, expresión) con una escala de 9 puntos (ver Figura 1)

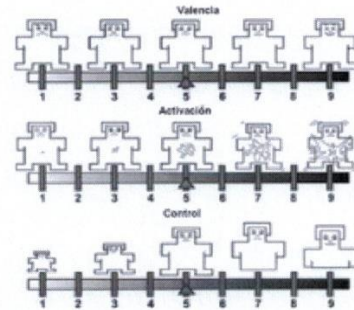


Figura 1. Maniquí de Autoevaluación (SAM -Self Assessment Manikin; Lang, 1980)

Tabla 2. Orden de presentación de las imágenes seleccionadas.

Nº de presentación	Descripción	Conjunto	Nº	Nº de presentación	Descripción	Conjunto	Nº
Ejemplo	Niños	14	2224				
1	León	14	1731	26	Cuchillo	13	6555
2	Fumador	13	2715	27	HIV positivo	7	9006
3	Zapatos	13	7038	28	Hombre atractivo	13	4537
4	Mujer erótica	14	4141	29	Cabeza de ciervo	14	2981
5	Cazador/oso	14	2688	30	Mujeres	14	2595
6	Hombre en bar	3	2600	31	Muchachos	13	2388
7	Pájaros	13	1419	32	Drogadicto	4	2710
8	Tigre	14	1726	33	Sexo	5	4810
9	Enfermo de SIDA	3	3230	34	Niño con moscas	14	2095
10	Hombre erótico	14	4538	35	Hombre Neutro	13	2493
11	Edificio quemado	14	9471	36	Pareja romántica	13	4623
12	Mujer	14	2025	37	Hombre erótico	14	4503
13	Hombre en piscina	13	2055	38	Contaminación	14	9342
14	Tiburón	13	1932	39	Hombre Neutro	13	2499
15	Alcohólico	6	2750	40	Mujer erótica	13	4142
16	Pareja erótica	13	4676	41	Guerra	13	2683
17	Mujer	14	2399	42	Ratero	13	2745
18	Tren	13	7039	43	Pareja	14	4625
19	Bebé	14	2071	44	Sexo	6	4800
20	Perro	13	1525	45	Policia	13	2694
21	HIV positivo	8	9005	46	Columna	13	7161
22	Mujer erótica	13	4255	47	Muchachos	13	2387
23	Muchachos	14	2278	48	Tigre muerto	13	6415
24	Chica neutra	13	2441	49	Hombre	14	2357
25	Flores	13	5811	50	Familia	13	2299

Para llevar a cabo este estudio se seleccionaron 50 imágenes del IAPS, en función de sus valores en las dimensiones de valencia y activación. Respecto a la primera, se seleccionaron imágenes con valores altos, bajos e intermedios intentando replicar la figura del boomerang que aparece en los estudios de validación del IAPS. De la segunda se eligieron aquellas que presentaban valores altos, con el fin de corroborar datos previos que informaban de menor activación en los consumidores que en la población normal (Aguilar et al., 2008a y b). Finalmente, el grupo de estímulos visuales con temática sexual se seleccionó por su relevancia motivacional, como han puesto de manifiesto estudios previos con drogodependientes (Aguilar et al., 2008b). El orden de presentación de las imágenes se dispuso de forma aleatoria. En la Tabla 2 se muestra la secuencia y la descripción de las imágenes, el conjunto al que pertenecen y su numeración en el IAPS.

Análisis estadísticos

En primer lugar, se realizó un análisis factorial en cada una de las dimensiones emocionales para estudiar la estructura subyacente a la batería de imágenes administrada, comprobando la adecuación de su utilización a través de las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin y de Bartlett. En segundo lugar, con los factores obtenidos, se realizaron MANOVAs para analizar los efectos principales del sexo, del grupo o población (adictos y control) y del tipo de imágenes utilizadas, así como las interacciones entre dichas variables, para cada dimensión emocional (valencia, activación y control o dominancia), calculando el tamaño de los efectos significativos encontrados (valor de eta). Cuando el efecto principal de la variable tipo de imagen fue significativo, se realizaron los correspondientes contrastes post-hoc entre los tres niveles considerados en la misma.

Resultados

En la Figura 2 se recoge la distribución en el espacio bidimensional (activación y valencia) de las 50 imágenes seleccionadas para los grupos de consumidores y no consumidores, observándose en ambos la forma de boomerang. Puede indicarse de forma descriptiva que los consumidores parecen irse hacia valores más extremos en valencia, quedando los valores del grupo control contenidos en la representación de los valores del grupo de consumidores.

Una vez comprobada la similitud de la distribución con la informada en la valoración española del IAPS (Moltó et al., 1999; Vila et al., 2001), se pasó a la agrupación de las imágenes en un número más manejable.

Las pruebas realizadas de Kaiser-Meyer-Olkin (Valencia: 0,73; Activación: 0,63; Control: 0,78) y de Bartlett (Valencia: $\chi^2_{(1225)} = 3210,5$; $p < 0,001$; Activación: $\chi^2_{(1225)} = 2999,59$; $p < 0,001$; Control: $\chi^2_{(1225)} = 3652,02$; $p < 0,001$) confirmaron que la utilización del análisis factorial era un procedimiento estadístico adecuado para agrupar las

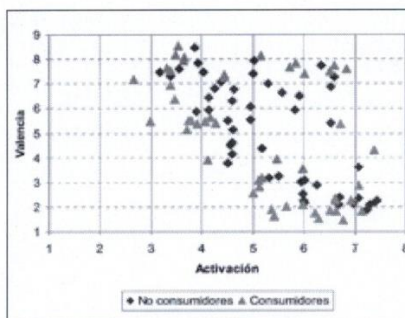


Figura 2. Eje formado por las dimensiones valencia y activación de las imágenes seleccionadas en ambas muestras de consumidores y no consumidores

imágenes en esta muestra en cada una de las dimensiones afectivas. En los análisis se aplicó el método de componentes principales y la rotación Varimax. En función de los datos obtenidos se definieron tres escalas, correspondientes a los tres factores con valores propios mayores de 1. Estas escalas estaban formadas por tres tipos de estímulos visuales. (1) Sexuales: Escala de imágenes de sexo con alta puntuación en la dimensión valencia compuesta por las imágenes 4, 12, 22, 33, 40 y 44, con un 8,41% de la varianza en el componente valencia. (2) Ataques de animales: Escala de imágenes de ataques de animales con alta puntuación en la dimensión de activación compuesta por las imágenes 8, 14 y 20, con un 17,6% de la varianza en el componente activación. Y (3) Aversivas: Escala de imágenes con baja puntuación en la dimensión valencia compuesta por las imágenes 9, 23, 32 y 38, con un 4,64% de la varianza en el componente control. Se calculó la fiabilidad (alfa de Cronbach) en las tres dimensiones afectivas para cada una de las escalas (ver Tabla 3) obteniéndose coeficientes entre 0,64 y 0,87, que reflejan valores estadísticamente adecuados.

Tabla 3. Fiabilidad de las escalas de imágenes (alfa de Cronbach)

Escalas IAPS	Valencia	Activación	Control
Sexuales	0,81	0,79	0,87
Ataques de animales	0,64	0,76	0,77
Aversivas	0,81	0,71	0,77

Posteriormente, se aplicó el análisis de varianza mixto, siendo los dos primeros factores manipulados entre-sujetos (grupo y género) con dos niveles cada uno (adictos y controles, varones y mujeres, respectivamente), y el tercer factor manipulado intra-sujeto (tipo de imagen), con tres niveles (imágenes sexuales, de ataques de animales y aversivas) para cada una de las dimensiones afectivas (ver Tabla 4 y Figuras 3 y 4).

Tabla 4. Medias (desviaciones típicas entre paréntesis) en las tres dimensiones de los tres tipos de imágenes para cada grupo y para la muestra total.

	Imágenes	Control (N=44)	Consumidores (N=57)	Total (N=101)
Valencia	Sexo	6,81 ₁ (1,22)	7,6 ₁ (1,22)	7,25 ₁ (1,27)
	Ataque de animales	3,76 (1,36)	4,2 (1,2)	4 ₁ (1,74)
	Aversivas	2,4 ₁ (1,45)	1,74 ₁ (1,39)	2 ₁ (1,45)
Activación	Sexo	5,86 (1,22)	6 (1,75)	5,9 (1,53)
	Ataque de animales	7 (1,33)	7 (1,8)	7 (1,6)
	Aversivas	6,42 (1,14)	6,1 (1,9)	6,24 (1,6)
Control	Sexo	5,7 (1,5)	5,6 (2,06)	5,63 ₄₄ (1,83)
	Ataque de animales	4,06 (2,09)	4,43 (2,41)	4,27 ₄ (2,27)
	Aversivas	4,19 (1,76)	4,14 (2,23)	4,16 ₄ (2,03)

Nota: subíndices iguales indican diferencias significativas entre las correspondientes medias.

Para la dimensión de valencia se obtuvo un efecto principal significativo del factor tipo de imagen [$F_{(2,194)} = 235,169$; $p < 0,001$; $\eta = 0,841$]. Análisis posteriores revelaron que los contrastes entre los tres niveles eran todos estadísticamente significativos ($p < 0,001$) obteniendo mayor puntuación las imágenes de sexo que las de ataques de animales [$F_{(1,100)} = 188,16$; $\eta = 0,808$] y las aversivas [$F_{(1,100)} = 477,46$; $\eta = 0,909$], y las de ataques de animales que las aversivas [$F_{(1,100)} = 105,38$; $\eta = 0,716$]. Es decir, las imágenes sexuales fueron calificadas como más atractivas, en el centro se situaban las de ataques de animales, y las más desagradables o peor valoradas fueron las aversivas.

En el análisis de esta dimensión también se obtuvo una interacción significativa entre los factores grupo (drogodependientes y control) y tipo de imagen [$F_{(2,194)} = 4,38$; $p < 0,04$; $\eta = 0,207$]. Análisis más pormenorizados mostraron que los drogodependientes valoraron más positivamente que el grupo control, las imágenes de sexo (puntuación de valencia más alta) [$F_{(1,100)} = 10,29$; $p < 0,002$; $\eta = 0,307$] y más negativamente las imágenes aversivas (puntuación de valencia más baja) [$F_{(1,100)} = 5,33$; $p < 0,02$; $\eta = 0,226$] (ver Figura 3).

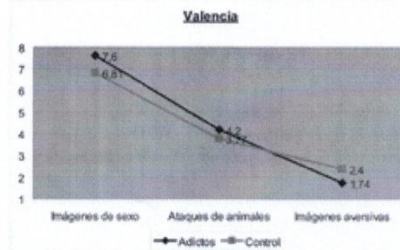


Figura 3. Interacción grupo (drogodependientes y control) x tipo de imagen (sexuales, animales y aversivas) en la dimensión de valencia.

Para la dimensión de activación se obtuvo una interacción significativa entre sexo y tipo de imagen [$F_{(2,194)} = 14,36$; $p < 0,001$; $\eta = 0,359$], siendo los hombres los que más se activaban ante imágenes sexuales [$F_{(1,100)} = 18,06$; $p < 0,001$; $\eta = 0,392$], y las mujeres las que tendían a responder con más intensidad ante imágenes aversivas [$F_{(1,100)} = 3,31$; $p < 0,07$; $\eta = 0,179$] (ver Figura 4).

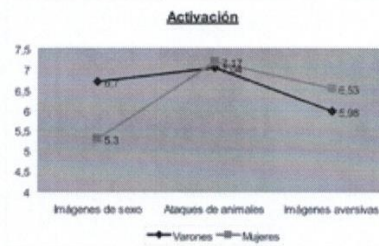


Figura 4. Interacción sexo (varones y mujeres) x tipo de imagen (sexuales, animales y aversivas) en la dimensión de activación

Finalmente, en la dimensión de control sólo se encontró un efecto principal para los diferentes tipos de estímulos [$F_{(2,194)} = 17,82$; $p < 0,001$; $\eta = 0,394$], siendo más altas las puntuaciones de control en las imágenes sexuales que en las de animales [$F_{(1,100)} = 34,98$; $p < 0,001$; $\eta = 0,509$] y aversivas [$F_{(1,100)} = 1035,88$; $p < 0,0001$; $\eta = 0,955$]. De esta forma, los estímulos considerados como más agradables, con puntuación en la dimensión de valencia más alta, fueron los que producían una mayor sensación de control; mientras que los estímulos desagradables, con puntuación de valencia más baja, eran los que provocaban una respuesta más estresante o de menor dominio o control.

Discusión

El objetivo de este estudio fue analizar la experiencia emocional en una muestra de drogodependientes y compararla con un grupo de no consumidores de edad similar. Los resultados obtenidos no corroboraron las hipótesis planteadas en cuanto a las diferencias en experiencia emocional entre adictos y no consumidores en las dimensiones de activación y control, al no encontrarse diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de las dos dimensiones. Donde sí hubo diferencias es en la dimensión de valencia, mostrando que los consumidores de sustancias, en comparación con el grupo control, valoraban los estímulos de forma más extrema, puntuando las imágenes de sexo de forma más positiva y las aversivas de forma más negativa. Si bien todos los participantes, con independencia del grupo al que pertenecían, valoraban más las imágenes de sexo, en segundo lugar las de animales y por último, las negativas; al tiempo que percibían más control sobre las imágenes más valoradas (sexuales) que sobre los otros dos tipos de imágenes. En cuanto a las diferencias de sexo, no se encontraron ni en valencia ni en control, pero sí en intensidad de la respuesta emocional, activándose más los hombres que las mujeres ante las imágenes sexuales, y las mujeres más que los hombres ante las aversivas o negativas.

La ausencia de diferencias entre drogodependientes y no consumidores en la dimensión de activación, o de intensidad de respuesta ante los estímulos visuales presentados, contradice resultados previos (Aguilar et al., 2008a y b), en los que los consumidores de sustancias se activaban significativamente menos que el grupo control ante imágenes agradables. Una posible explicación estaría en que el grupo de no consumidores del presente estudio era más similar en edad al grupo de adictos, y conociendo que la edad es una variable que influye en la experiencia emocional (Grühn y Scheibe, 2008), puede favorecer que los resultados difieran de los obtenidos en estudios previos.

En cuanto a la dimensión de dominancia se encontró que los estímulos aversivos provocaban una evaluación de menor control que los otros dos tipos de estímulos, pero de forma similar en los drogodependientes y en la población no consumidora. En estudios previos sí se habían informado diferencias en pacientes ingresados, que mostraban más control ante los estímulos visuales que el correspondiente grupo de contraste no consumidor de sustancias (Aguilar et al., 2005a). Sería posible sugerir que la falta de diferencias en esta dimensión pueda estar relacionada con características metodológicas del presente estudio, como el distinto tipo de procedimiento seguido, la aplicación individual de la prueba, la utilización de pacientes ambulatorios, o la inclusión de un grupo control de similar edad.

Lo que sí se ha encontrado en el presente estudio es una diferencia en la dimensión de valencia, mostrando los adictos, en comparación con el grupo control, una valoración más extrema de los estímulos visuales, valorando más positivamente las imágenes positivas o de sexo y más negativamente las aversivas.

Este resultado de valoración extrema fue informado por Grühn y Scheibe (2008) que compararon la respuesta emocional de dos grupos no consumidores diferenciados en edad. Estos autores encontraron que el grupo de mayores presentaba esta respuesta emocional extrema con respecto a los más jóvenes. En nuestro estudio, esta diferencia no podría ser explicada por esta variable, ya que ambos grupos tenían una edad equivalente. Puede ser que la afectación en las funciones ejecutivas en los drogodependientes, debida al consumo, y en las personas más mayores, debida a la edad (el grupo del estudio mencionado tenía una edad media de 70 años), podría producir una experiencia emocional similar.

Este mismo resultado se ha informado también cuando la muestra estaba formada por adictos a cocaína al compararse con un grupo de adictos a la heroína y otro con adicción a ambas sustancias (Aguilar et al., 2005b). En nuestro estudio, esta comparación en función de la sustancia no se pudo realizar, por el distinto número de personas, a veces muy poco representativo, adictas a cada sustancia. Sin embargo, si tenemos en cuenta que el grupo más numeroso del presente estudio, representando algo más del 42% de la muestra de adictos estaba formada por consumidores de cocaína, se apoyaría en parte el resultado anteriormente indicado.

En cuanto a las diferencias de sexo sí se confirmó la hipótesis planteada indicando que las mujeres se activarían más que los varones ante las imágenes aversivas (Lang et al., 1988; Lang, Bradley y Cuthbert, 1997; Moltó et al., 1999; Vila et al., 2001), con independencia del consumo o no de sustancias adictivas. Por otra parte, y aunque no se formuló inicialmente una hipótesis al respecto, se encontró que todas las mujeres se activaban menos que los hombres, con independencia del grupo al que pertenecieran, ante las imágenes sexuales. Estos resultados han sido informados previamente en la literatura científica, aunque han recibido bastantes críticas (ver Rupp y Wallen, 2008, para una revisión). La mayor intensidad en la respuesta de los hombres parece estar más directamente relacionada con el contenido del estímulo o imagen, mientras que en las mujeres esta reacción podría estar mediada o moderada no sólo por aspectos físicos como los niveles hormonales, sino también por los roles aprendidos y reforzados socialmente. En apoyo de esta idea, análisis más pormenorizados revelaron que la imagen sexual que recibía más activación y era valorada más positivamente por las mujeres era la menos explícita sexualmente. Ante este resultado se podría sugerir que no es que las mujeres se activen menos, sino que preferirían otros estímulos sexuales (Rupp y Wallen, 2008). En futuras investigaciones deberían incluirse un número equivalente de imágenes explícitas y no explícitas para poder corroborar esta sugerencia.

En este estudio podemos señalar algunas limitaciones, unas derivadas de la composición de la muestra y otras relacionadas con la medida de las emociones. En relación con la primera, se deberían tener en cuenta en el grupo de drogodependientes distintos aspectos relacionados con el consumo, como por ejemplo, el tipo de sustancia consumida, el tiempo de consumo, o el tiempo transcurrido desde el último consumo, variables que se han revelado importantes en el análisis de la experiencia emocional de personas adictas (Aguilar et

al., 2005a, 2005b, 2008a, 2008b). En el presente estudio no pudimos analizar la influencia del tipo de sustancia por no disponer de muestra suficiente para ello. De la misma forma, tampoco pudimos incluir las variables relacionadas con el tiempo de consumo o con el tiempo transcurrido desde el último consumo, porque al tratarse de pacientes en régimen ambulatorio no había suficientes garantías sobre la objetividad de los informes recogidos. Sería importante en futuras investigaciones disponer de esta información, de la manera más fiable posible, con el fin de contrastar los resultados obtenidos en funcionamiento emocional con los encontrados en muestras hospitalizadas, donde dichos registros sí se pueden obtener con las garantías necesarias.

Con respecto a la medida de las emociones utilizando el IAPS, se deberían emplear en futuros estudios diferentes tipos de imágenes dependiendo de qué se pretende analizar. Además de lo comentado anteriormente sobre las imágenes sexuales, sería conveniente emplear imágenes más relacionadas con el consumo de sustancias, lo que probablemente permitiría encontrar mayores diferencias entre el grupo de drogodependientes y la muestra no clínica. Por otra parte, parece que los diferentes procedimientos utilizados cuando se emplea el IAPS pueden estar influyendo en los resultados obtenidos. Un uso del IAPS más estandarizado podría subsanar estos errores y hacer los estudios más comparables. Podría ser útil, asimismo, complementar las imágenes del IAPS con otros escenarios donde las emociones que se eliciten sean más complejas (Damasio, 2003), ya que posiblemente las emociones que pueden mantener una conducta adictiva no son simples y no se producen ante la mera exposición a imágenes. Se deberían plantear estudios que, manteniendo la ética, presentasen a los sujetos un nivel de estrés mayor, determinado por una mayor demanda externa y un análisis de los recursos propios para hacer frente a la misma, lo que favorecería una mayor validez ecológica en las emociones generadas.

A pesar de estas limitaciones, en el presente estudio se encontraron diferencias significativas en la experiencia emocional entre adictos y no consumidores, diferencias que pueden influir en la toma de decisiones y que pueden estar relacionadas con el mantenimiento de la conducta adictiva, aspecto que debe seguir investigándose por su interés en el abordaje de las drogodependencias. Por su parte, la dimensión de dominancia o control, a pesar de no haber ofrecido en el presente estudio resultados relevantes en función del tipo de población analizada, podría representar lo que ocurre en el procesamiento emocional y en el control de impulsos, aspecto en el que debería profundizarse en futuros estudios.

Finalmente, habría que señalar que las terapias para las conductas adictivas se han centrado primordialmente en los aspectos cognitivos de las adicciones (prevención de recaídas, afrontamiento del estrés, etc.). Podría esperarse que terapias centradas en la emoción, pudieran ser una herramienta útil en el tratamiento de los drogodependientes. Para ello, el presente trabajo, los ya realizados y los siguientes que se hagan, sobre este tema, pueden aumentar el conocimiento que se tiene del proceso de la experiencia emocional. Entendiendo mejor el procesamiento de las emociones

en consumidores de drogas, se pueden encontrar soluciones a problemas aún no resueltos en la clínica de las conductas adictivas. El presente trabajo ha intentado profundizar en este conocimiento y a su vez mejorar la metodología, resaltando la importancia de su unificación cuando se emplea el IAPS como método para estudiar la experiencia emocional.

Conflicto de intereses

Los autores del artículo manifiestan no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Aguilar, F., Verdejo, A., Ceverino, A., Montañez, M., Lopez-Juarez, E., Sanchez-Barrera, M.,... PEPSA team (2008a). Dysregulation of emotional response in current and abstinent heroin users: negative heightening and positive blunting. *Psychopharmacology* 198, 159-166.
- Aguilar, F., Verdejo, A., López-Jiménez, A., Montañez, M., Gómez-Juárez, E., Arráez, F. y Pérez-García, M. (2008b). Cambios en la respuesta emocional ante estímulos visuales de contenido sexual en adictos a las drogas. *Adicciones*, 20, 117- 124.
- Aguilar, F., Verdejo, A., Peralta, M. I., Sánchez-Barrera, M. y Pérez-García, M. (2005a). Experience of emotions in substance abusers exposed to images containing neutral, positive, and negative affective stimuli. *Drug & Alcohol Dependence*, 78, 159-167.
- Aguilar, F., Verdejo, A., Sánchez Barrera, M. B., López Jiménez, A. y Pérez-García, M. (2005b). Perfil emocional de los consumidores de "revuelto" en comparación con consumidores de heroína y de cocaína. *Adicciones*, 17, 131-138.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason and the human brain*. NY: Grosset/Putnam.
- Damasio, A. R. (2003). *Looking for Spinoza: Joy, sorrow, and the feeling brain*. NY: A Harvest Book/Harcourt.
- Del Pozo, J. (2005). Retos y perspectivas sobre las drogodependencias y género. *Salud y Drogas*, 5, 117-135.
- Gerra, G., Baldaro, B., Zaimovic, A., Moi, G., Bussandri, M., Raggi, M.A. y Bambrilla, F. (2003). Neuroendocrine responses to experimentally-induced emotions among abstinent opioid-dependent subjects. *Drug & Alcohol Dependence*, 71, 25-35.
- Goldstein, R. Z. y Volkow, N. D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: Neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1642-1652.
- Grühn, D. y Scheibe, S. (2008). Age-related differences in valence and arousal ratings of pictures from the International Affective Picture System (IAPS): Do ratings become more extreme with age? *Behavior Research Methods*, 40, 512-521.
- Lang, P. J. (1980). Behavioral treatment and bio-behavioral assessment: Computer applications. En J. B. Sadowski, J. H. Johnson y T. A. Williams (Eds.), *Technology in mental care delivery systems* (pp. 119-137). Norwood, NJ: Ablex.

- Lang, P.J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: fear and anxiety. En A. H. Tuma y J. Mase (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lang, P. J. (1994). The motivational organization of emotion: Affect-reflex connections. En S. H. M. Van Goozen, N. Van de Poll y J. A. Sergeant (Eds.), *Emotions: Essays on emotion theory* (pp. 61-39). Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lang, P. J. (1995). The emotion probe: Studies of motivation and attention. *American Psychologist*, 50, 372-385.
- Lang, P. J., Bradley, M. M. y Cuthbert, B. N., (1997). Motivated attention: Affect, activation an action. En P. J. Lang, P. J. Simons y M. Balaban (Eds.), *Attention and orienting: Sensory and motivational process* (pp. 97-135). Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lang, P. J., Bradley, M. M., y Cuthbert, B. N. (1999). *International Affective Picture System (IAPS): Technical manual and affective ratings*. Gainesville: The Center for Research in Psychophysiology, University of Florida.
- Lang, P. J.; Öhman, A. y Vaitl, D., (1988). *The International Affective Picture System (Photographic slides)*. Gainesville, FL: University of Florida, Center for Research in Psychophysiology.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon and Schuster.
- Moltó, J., Montañes, S., Poy, R. y Segarra, P. (1999). Un nuevo método para el estudio de las emociones: El International Affective Picture System (IAPS) adaptación española. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 52, 55-87.
- Rupp, H.A., Wallen, K. (2008). Sex differences in response to visual sexual stimuli: A review. *Archives of Sexual Behavior*, 37, 206-218.
- Verdejo, A. y Bechara, A. (2009). A somatic marker theory of addiction. *Neuropharmacology*, 56, 48-62.
- Vila, J., Sánchez, M. y Ramírez, I. (2001). El sistema internacional de imágenes afectivas (IAPS): Adaptación española. Segunda parte. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54, 635-657.

ANEXO 2**1. Tablas descriptivos muestrales.**

	Consumidores	Edad	Desviación Típica
Hombres	41	33,51	8,73
Mujeres	16	37,44	7,88

	Normal	Edad	Desviación Típica
Hombres	13	44,08	14,86
Mujeres	31	38,1	11,76

	Consumidores				
	Sin estudios	Bachiller elemental	Bachiller superior	Formación profesional	Estudios universitarios
Hombres	1	23	10	3	4
Mujeres	0	4	5	4	3
	No Consumidores				
	Sin estudios	Bachiller elemental	Bachiller superior	Formación profesional	Estudios universitarios
Hombres	0	1	0	3	9
Mujeres	0	2	0	5	24

	Sustancia				
	Alcohol	Cocaína	Heroína	Cannabis	Otros
Hombres	10	19	7	4	1
Mujeres	4	5	7	0	1

2. Análisis Factorial.

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,73
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	3210,50
	gl	1225
	Sig.	P < 0,001

Resultados para la dimensión valencia.

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,63
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	2999,59
	gl	1225,00
	Sig.	P < 0,001

Resultados para la dimensión activación.

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,78
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	3652,02
	gl	1225,00
	Sig.	P < 0,001

Resultados para la dimensión control.

Varianza total explicada						
COMPONENTE VALENCIA	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	12,59	25,18	25,18	9,93	19,85	19,85
2	4,21	8,41	33,59	3,00	6,00	25,85
3	2,72	5,44	39,03	2,80	5,59	31,44
4	2,26	4,53	43,55	2,38	4,75	36,19

5	2,12	4,25	47,80	2,20	4,40	40,59
6	1,94	3,89	51,69	2,11	4,22	44,81
7	1,87	3,73	55,42	1,99	3,99	48,80
8	1,59	3,18	58,60	1,97	3,94	52,75
9	1,52	3,04	61,64	1,92	3,83	56,58
10	1,46	2,92	64,56	1,88	3,77	60,34
11	1,33	2,67	67,22	1,78	3,57	63,91
12	1,26	2,51	69,73	1,71	3,41	67,32
13	1,16	2,33	72,06	1,52	3,04	70,36
14	1,07	2,15	74,21	1,50	3,00	73,36
15	1,02	2,05	76,26	1,45	2,90	76,26

Análisis factorial de la dimensión valencia.

Varianza total explicada						
COMPONENTE ACTIVACION	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	8,80	17,60	17,60	5,92	11,83	11,83
2	5,13	10,27	27,87	3,96	7,93	19,76
3	4,08	8,16	36,03	3,41	6,82	26,58
4	3,39	6,78	42,81	3,11	6,22	32,80
5	2,07	4,14	46,95	2,85	5,69	38,50
6	1,85	3,69	50,64	2,51	5,02	43,51
7	1,77	3,55	54,19	2,36	4,73	48,24
8	1,59	3,18	57,37	1,91	3,83	52,07
9	1,48	2,96	60,33	1,83	3,66	55,73
10	1,33	2,67	62,99	1,75	3,49	59,22
11	1,23	2,46	65,45	1,73	3,46	62,68
12	1,22	2,44	67,89	1,72	3,45	66,13
13	1,12	2,23	70,12	1,64	3,27	69,40
14	1,09	2,19	72,31	1,46	2,91	72,31

Análisis factorial de la dimensión activación.

Varianza total explicada						
COMPONENTE CONTROL	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	14,71	29,43	29,43	9,37	18,74	18,74
2	5,36	10,72	40,15	5,31	10,61	29,35
3	3,51	7,01	47,16	5,10	10,20	39,55
4	2,32	4,64	51,80	2,49	4,97	44,53
5	1,90	3,81	55,61	2,44	4,89	49,41
6	1,71	3,42	59,03	1,99	3,98	53,40
7	1,52	3,05	62,08	1,97	3,94	57,33
8	1,38	2,76	64,84	1,92	3,84	61,18
9	1,22	2,45	67,29	1,80	3,60	64,78
10	1,16	2,33	69,62	1,79	3,59	68,37
11	1,11	2,21	71,83	1,73	3,46	71,83

Análisis factorial de la dimensión control.

3. Análisis de componentes principales con el método de rotación Varimax para cada dimensión.

	Componente														
	Valencia														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
item32	0,84	-0,19	-0,02	0,00	-0,13	0,06	0,09	-0,06	0,05	-0,02	0,06	0,08	0,06	0,09	0,22
item25	-0,81	-0,06	-0,07	-0,13	0,08	-0,11	0,00	0,15	0,05	0,06	-0,03	-0,05	0,17	-0,08	0,19
item7	-0,79	0,13	0,07	0,00	0,22	-0,01	-0,08	-0,03	0,05	-0,04	-0,10	0,04	0,12	0,09	-0,11
item43	-0,79	0,01	0,37	0,13	0,04	-0,17	-0,01	0,18	0,15	-0,03	0,01	0,12	-0,01	0,06	-0,05
item34	0,79	-0,05	-0,17	-0,02	-0,08	0,00	0,23	-0,03	0,00	-0,01	-0,18	0,05	0,16	0,03	0,09
item41	0,74	0,12	-0,33	-0,07	-0,02	0,23	-0,01	0,00	-0,09	0,04	0,02	-0,08	0,02	0,01	0,11
item31	-0,72	-0,01	0,28	0,19	0,14	-0,17	0,02	0,14	0,18	0,11	0,15	-0,09	-0,07	0,04	-0,23
item16	-0,72	0,17	0,12	0,11	0,02	-0,03	0,02	-0,02	0,14	-0,29	-0,08	0,05	0,02	0,31	0,06
item26	0,71	-0,20	-0,04	0,06	-0,15	0,20	0,05	-0,23	-0,03	0,01	0,24	0,01	0,01	0,12	0,04
item23	0,68	-0,17	0,05	0,06	-0,06	0,05	0,22	0,16	0,10	0,27	-0,03	0,28	0,00	0,01	0,06
item13	-0,66	0,09	0,04	0,24	0,14	0,19	-0,07	0,16	-0,07	0,07	-0,09	0,08	-0,01	-0,08	0,06
item38	0,65	0,02	-0,46	-0,02	-0,12	-0,11	0,07	0,16	0,07	0,07	-0,02	-0,20	0,01	-0,01	-0,04
item9	0,64	-0,26	-0,02	0,09	0,22	0,09	-0,03	-0,01	0,15	-0,07	0,12	0,33	-0,21	0,09	0,13
item5	0,51	-0,14	0,02	0,04	-0,44	-0,03	0,04	-0,13	-0,19	0,21	0,23	-0,16	0,15	-0,05	0,16
item49	-0,49	0,25	0,07	0,05	0,12	-0,21	0,07	-0,07	0,42	0,27	0,15	0,10	-0,20	0,01	0,09
item46	0,47	0,08	0,23	0,25	0,24	0,18	-0,03	0,32	0,27	0,23	-0,09	0,21	-0,03	-0,03	-0,13
item17	0,41	-0,31	-0,33	-0,10	-0,24	0,19	0,19	0,11	0,22	0,21	-0,05	0,05	-0,03	-0,14	-0,14
item22	-0,08	0,76	0,11	-0,13	0,10	-0,06	0,18	0,16	-0,08	0,15	0,07	0,08	-0,01	-0,09	0,06
item44	-0,02	0,75	-0,01	0,11	-0,11	0,02	0,03	0,19	0,22	-0,36	-0,10	-0,11	0,09	0,02	-0,02
item40	-0,41	0,60	0,37	-0,19	0,18	-0,05	0,19	-0,05	-0,03	0,07	0,06	0,04	0,00	-0,06	-0,07
item12	-0,28	0,53	-0,04	0,11	0,20	-0,14	-0,20	0,06	0,09	0,21	-0,18	0,13	0,11	0,15	-0,36
item4	-0,35	0,47	0,20	-0,24	-0,01	-0,01	0,12	-0,34	0,14	-0,15	-0,04	0,26	0,19	-0,08	0,04
item33	-0,40	0,47	0,37	0,16	0,00	0,02	-0,03	0,22	0,38	-0,22	0,06	-0,04	-0,02	0,09	0,01
item50	-0,26	0,07	0,75	-0,08	-0,12	-0,08	0,08	0,21	0,19	-0,02	-0,11	0,20	-0,01	0,08	-0,08
item45	0,17	-0,20	-0,71	-0,15	-0,04	-0,08	0,11	-0,05	0,06	0,01	0,10	-0,01	0,06	0,13	-0,04
item48	0,33	-0,01	-0,45	-0,03	-0,20	0,15	0,14	-0,23	-0,07	0,25	-0,09	0,34	-0,30	0,11	-0,11
item28	-0,08	0,02	0,12	0,87	0,02	-0,01	0,13	0,15	0,11	0,14	0,06	0,00	0,01	0,01	-0,12
item10	-0,10	-0,15	0,00	0,80	0,09	0,09	0,06	-0,03	0,15	-0,07	-0,03	0,12	0,01	0,07	0,21
item18	-0,19	0,14	-0,06	0,14	0,69	-0,11	0,00	-0,06	0,07	0,12	0,18	0,16	-0,02	0,05	-0,12
item29	0,45	0,16	-0,10	0,10	-0,59	0,18	0,05	-0,01	0,03	0,25	0,07	0,09	-0,18	0,08	-0,21
item19	-0,32	0,06	0,11	0,05	0,56	-0,16	0,11	0,29	-0,05	-0,15	-0,09	0,11	-0,09	-0,29	0,05
item20	0,20	-0,10	-0,07	0,07	-0,05	0,74	-0,12	-0,22	0,19	-0,11	0,08	-0,08	0,11	-0,04	0,07
item8	-0,04	0,00	0,06	0,09	-0,11	0,74	0,00	0,19	-0,31	0,24	0,10	-0,02	-0,10	0,15	-0,14
item14	0,38	-0,05	0,02	-0,02	-0,14	0,65	0,27	0,03	0,20	0,04	-0,07	0,06	0,04	-0,07	-0,05
item27	0,05	0,10	0,10	0,08	0,05	0,06	0,88	-0,09	-0,06	0,06	-0,03	0,02	0,09	0,06	0,02
item21	0,27	0,09	-0,21	0,09	-0,04	-0,04	0,78	-0,01	0,03	-0,05	0,05	0,01	0,07	0,06	-0,05
item36	-0,29	0,22	0,17	0,08	-0,05	-0,04	-0,15	0,72	0,27	-0,06	-0,05	0,01	0,17	-0,01	0,00
item47	-0,22	0,18	0,34	0,18	0,28	0,00	0,00	0,57	0,01	-0,01	0,07	-0,09	0,03	-0,12	-0,21
item39	0,00	0,06	0,02	0,23	0,01	0,07	-0,02	0,17	0,76	0,19	-0,02	0,06	-0,04	0,07	-0,10
item35	-0,23	0,09	0,23	0,37	0,29	0,21	-0,20	-0,15	0,44	-0,01	0,09	0,13	-0,03	-0,39	-0,02
item3	0,06	-0,07	-0,13	0,01	-0,13	0,02	-0,03	-0,05	0,11	0,74	0,08	0,06	0,13	-0,04	-0,04
item24	0,09	0,13	0,19	0,19	0,23	0,15	0,19	0,09	0,22	0,58	-0,26	-0,27	0,10	0,09	0,18
item2	0,02	0,04	-0,06	0,05	0,03	0,08	0,03	-0,04	-0,03	0,01	0,85	0,07	-0,04	0,18	0,01
item11	0,55	-0,22	-0,06	-0,05	0,13	-0,02	-0,04	0,05	0,16	0,04	0,58	-0,03	0,14	0,00	-0,01
item6	0,07	0,10	-0,20	-0,12	-0,13	0,03	-0,06	0,37	-0,05	0,00	0,44	0,38	-0,31	-0,16	0,23
item30	0,01	0,07	0,16	0,14	0,19	-0,06	0,03	-0,03	0,09	0,01	0,09	0,79	0,05	0,03	0,07

item1	-0,03	0,09	-0,04	-0,01	0,00	0,04	0,14	0,04	-0,06	0,15	-0,02	0,01	0,86	0,09	-0,06
item37	0,23	0,11	-0,05	0,41	-0,13	0,09	0,11	0,22	-0,01	0,02	-0,02	0,35	0,43	-0,33	-0,03
item42	0,00	-0,02	-0,05	0,06	-0,04	0,04	0,10	-0,05	0,05	-0,01	0,16	0,03	0,06	0,86	0,07
item15	0,19	0,00	-0,01	0,07	-0,02	-0,07	-0,04	-0,05	-0,06	0,03	0,03	0,08	-0,06	0,09	0,85

Análisis componentes principales, método de rotación Varimax para la valencia.

	Componente Activación													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
item26	0,83	0,06	0,02	0,05	-0,11	-0,08	-0,05	-0,03	0,04	0,09	0,18	0,13	0,11	0,03
item20	0,80	0,12	0,13	0,10	-0,01	0,06	0,13	0,09	-0,04	-0,14	0,10	0,10	0,01	-0,05
item8	0,71	0,00	0,22	0,10	0,08	-0,04	-0,17	0,06	-0,20	-0,07	0,05	-0,26	-0,16	-0,09
item29	0,68	0,38	0,17	0,00	-0,19	-0,07	0,17	-0,11	0,07	0,24	0,10	0,09	-0,09	0,03
item44	0,65	-0,01	0,10	0,40	-0,07	0,18	-0,30	0,09	0,07	-0,16	-0,04	-0,03	0,22	0,04
item11	0,63	0,05	0,10	-0,20	0,03	-0,04	0,35	0,25	0,23	0,07	-0,22	0,12	-0,04	-0,03
item17	0,61	0,30	0,08	-0,06	-0,07	0,16	0,04	0,16	0,04	-0,02	-0,15	-0,12	0,31	0,19
item42	0,48	0,12	0,06	0,14	-0,12	0,20	0,13	0,38	-0,08	0,04	0,20	0,02	0,08	0,18
item14	0,47	0,11	-0,01	0,08	0,04	0,04	0,15	0,27	-0,06	-0,38	0,35	-0,15	0,04	-0,35
item33	0,44	0,10	0,22	0,41	-0,07	0,33	-0,21	0,20	-0,05	-0,28	-0,11	-0,18	0,04	-0,14
item48	0,01	0,76	-0,02	-0,12	-0,04	0,02	-0,12	0,11	0,08	0,02	0,04	0,08	-0,05	0,00
item41	0,30	0,75	0,03	0,02	0,04	0,04	0,16	0,00	-0,13	-0,15	-0,07	0,03	-0,06	-0,09
item38	0,23	0,66	0,09	0,00	0,18	-0,08	0,34	-0,06	-0,03	0,00	-0,10	-0,02	0,26	0,10
item27	-0,01	0,57	0,03	0,15	0,16	0,00	0,08	-0,03	0,06	0,05	0,23	0,45	-0,10	-0,07
item32	0,06	0,53	0,05	-0,10	-0,12	0,16	0,32	0,19	-0,06	0,04	0,16	-0,22	0,34	0,15
item45	0,21	0,46	0,09	0,36	0,21	0,05	0,01	0,04	-0,15	-0,07	0,32	0,10	-0,32	-0,14
item34	0,44	0,46	-0,08	-0,11	0,05	0,15	0,35	-0,03	-0,04	0,06	-0,01	0,25	0,19	0,32
item46	0,15	0,09	0,80	0,03	-0,02	0,09	0,07	0,10	-0,05	0,09	0,04	0,05	-0,02	-0,12
item35	0,40	0,13	0,69	-0,04	0,14	-0,01	-0,11	0,12	0,16	0,07	0,09	-0,11	0,18	-0,04
item37	0,32	0,17	0,61	-0,08	0,16	0,12	-0,03	0,09	0,40	0,18	0,27	0,07	0,02	0,06
item13	-0,05	-0,06	0,59	0,22	0,09	0,11	0,22	-0,11	0,19	-0,29	-0,02	0,05	0,07	0,27
item49	0,00	-0,11	0,49	-0,06	-0,06	0,32	0,12	-0,07	-0,15	0,23	0,19	0,38	0,25	0,01
item22	0,20	-0,17	0,04	0,77	-0,16	0,01	-0,07	-0,01	0,01	0,02	-0,15	-0,08	0,04	-0,09
item40	0,02	-0,01	0,06	0,75	0,02	0,08	-0,15	0,15	0,05	0,13	-0,06	0,14	0,05	0,03
item4	0,14	-0,01	-0,24	0,75	-0,08	0,07	0,14	-0,01	-0,02	-0,10	0,08	0,03	-0,18	-0,16
item12	-0,32	0,19	0,22	0,63	0,05	0,06	0,08	-0,14	0,00	-0,16	0,12	0,15	0,09	0,14
item7	0,03	0,15	-0,08	-0,01	0,81	-0,08	-0,02	-0,04	0,00	0,14	-0,07	-0,09	0,03	0,10
item47	-0,28	0,12	0,32	0,02	0,60	0,27	0,20	-0,14	-0,05	0,12	-0,02	0,08	-0,26	-0,09
item18	-0,07	-0,09	0,30	-0,13	0,59	0,08	0,06	0,09	0,00	-0,21	0,09	0,25	0,09	0,09
item25	-0,25	-0,02	-0,03	-0,14	0,55	0,21	0,08	0,19	-0,04	0,11	0,01	0,27	0,12	0,14
item19	0,13	-0,32	0,32	-0,07	0,42	0,15	0,15	-0,10	0,03	0,16	-0,12	-0,07	0,29	0,16

Factores psicosociales y conductas adictivas

item43	-0,06	0,06	0,16	0,09	0,12	0,80	0,08	0,11	-0,12	0,03	0,03	0,06	0,00	0,00
item16	0,32	-0,01	-0,04	0,29	-0,07	0,62	-0,15	-0,16	0,20	-0,21	-0,08	-0,12	-0,02	0,03
item36	-0,11	0,25	0,10	0,04	0,23	0,56	-0,06	0,35	0,11	0,14	0,12	0,10	-0,30	-0,12
item50	0,25	-0,26	0,44	0,06	0,12	0,46	-0,01	-0,20	-0,07	0,08	-0,03	0,04	0,12	-0,06
item9	-0,02	0,14	0,09	-0,04	0,08	-0,04	0,81	0,06	0,05	-0,02	0,19	-0,08	0,05	0,02
item23	0,14	0,31	-0,05	-0,09	0,32	0,03	0,52	0,01	-0,17	0,22	-0,03	0,35	-0,11	-0,08
item15	0,18	0,39	0,24	0,01	-0,02	0,10	0,47	0,46	-0,09	-0,08	0,03	-0,09	-0,04	0,04
item6	0,37	-0,03	0,02	0,06	0,02	0,00	0,02	0,74	-0,11	0,06	-0,05	0,16	0,00	0,04
item30	-0,24	0,24	0,04	0,03	0,34	0,23	0,24	0,42	0,24	0,04	-0,11	0,31	0,18	0,05
item2	0,09	0,12	-0,06	-0,11	0,07	0,09	0,02	0,12	-0,85	0,01	0,03	-0,10	0,03	0,14
item28	0,41	0,01	0,32	-0,15	0,21	0,31	0,06	0,12	0,44	0,13	0,31	-0,04	0,15	0,06
item10	0,31	0,02	0,13	-0,31	-0,06	0,39	0,04	0,04	0,43	-0,05	0,30	0,04	0,01	0,13
item31	0,03	-0,13	0,33	0,01	0,36	0,16	0,26	0,03	-0,13	0,56	-0,06	0,08	-0,14	0,02
item39	0,02	0,12	0,31	0,02	0,32	-0,05	0,06	0,30	-0,01	0,52	0,19	-0,11	0,07	0,06
item5	0,10	0,47	0,06	0,06	-0,01	0,04	0,22	0,04	-0,25	-0,51	-0,03	0,13	-0,19	0,05
item3	0,13	0,05	0,14	-0,08	-0,08	0,01	0,14	-0,03	0,04	0,04	0,83	0,04	0,10	0,04
item21	0,13	0,23	0,09	0,20	0,13	0,00	-0,13	0,21	0,17	-0,12	-0,02	0,71	-0,03	0,01
item24	0,20	-0,02	0,26	0,08	0,18	-0,09	0,00	0,02	0,00	0,01	0,21	0,04	0,71	-0,25
item1	0,06	0,00	-0,02	-0,10	0,21	-0,04	0,01	0,08	-0,10	0,01	0,05	-0,01	-0,11	0,84

Análisis componentes principales, método de rotación Varimax para la activación.

	Componente Control										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
item47	0,84	0,09	0,08	-0,04	-0,02	-0,13	-0,02	-0,01	0,10	0,10	0,29
item50	0,80	0,16	0,03	-0,09	-0,01	0,02	-0,04	0,12	0,03	0,02	0,32
item49	0,78	-0,03	0,06	0,14	0,27	-0,01	0,00	-0,07	0,15	0,04	-0,03
item31	0,75	0,03	0,14	0,02	-0,19	-0,02	0,25	0,23	0,19	0,04	0,10
item30	0,73	0,10	0,03	0,34	0,11	0,21	0,22	0,01	-0,02	-0,07	-0,01
item39	0,73	0,23	-0,06	0,21	-0,02	0,14	0,19	-0,07	0,02	0,10	-0,08
item19	0,67	0,22	0,21	-0,02	-0,27	0,23	-0,16	0,09	-0,02	0,22	-0,01
item18	0,67	-0,02	0,11	0,09	0,03	0,42	0,07	0,14	0,07	0,17	-0,13
item25	0,66	0,07	0,43	-0,02	0,11	-0,11	0,02	0,14	-0,07	0,13	-0,15
item46	0,65	-0,08	0,14	0,17	0,22	0,25	0,03	-0,08	0,20	0,23	-0,08
item43	0,64	0,20	0,33	0,02	0,23	0,02	0,13	-0,12	-0,32	-0,02	0,08
item36	0,62	0,25	0,42	-0,06	0,12	-0,02	-0,15	0,16	0,11	-0,02	0,14
item28	0,60	0,08	0,29	0,04	0,16	0,22	-0,24	-0,08	0,30	-0,11	-0,18
item7	0,59	-0,01	0,37	0,00	-0,05	0,00	-0,20	-0,17	-0,01	0,36	0,06
item13	0,56	0,11	0,25	-0,18	0,02	0,26	0,31	-0,14	-0,05	0,26	0,01
item10	0,56	-0,02	0,15	-0,07	0,17	0,28	-0,02	-0,24	0,41	0,06	-0,20
item6	0,46	0,15	-0,10	0,33	0,08	0,00	0,29	0,07	0,09	-0,20	-0,18
item34	0,07	0,82	0,03	0,25	-0,08	0,09	0,05	0,01	0,13	-0,01	0,03
item48	0,10	0,78	0,15	0,05	-0,03	-0,09	0,13	0,04	-0,20	0,05	-0,09
item26	0,10	0,75	0,07	0,14	0,10	0,19	0,08	0,04	0,20	0,15	0,07
item41	0,05	0,74	0,15	0,08	0,13	-0,09	0,09	0,33	0,13	0,00	-0,02
item29	0,05	0,69	0,11	0,15	0,22	0,09	-0,07	0,11	-0,12	0,02	-0,11
item27	0,30	0,58	-0,08	0,11	0,07	0,27	0,17	-0,08	0,03	0,00	0,24

item45	0,28	0,52	0,15	0,08	0,08	-0,05	0,05	0,39	0,39	-0,18	-0,16
item44	0,08	0,15	0,78	0,15	0,28	-0,10	0,07	0,05	0,15	0,08	0,03
item40	0,15	0,13	0,73	0,00	-0,02	-0,05	0,05	0,06	0,07	0,05	0,28
item16	0,28	0,07	0,72	-0,08	0,11	0,39	0,04	0,04	-0,06	0,06	-0,14
item4	-0,01	0,18	0,68	-0,04	-0,05	-0,05	0,42	-0,09	0,01	0,18	-0,01
item12	0,23	-0,14	0,64	0,08	-0,05	0,23	0,07	0,08	0,07	0,32	0,24
item33	0,29	0,30	0,64	0,09	0,24	-0,12	-0,23	0,13	0,19	-0,04	-0,06
item22	0,29	0,24	0,51	0,13	-0,02	-0,04	0,49	0,20	-0,10	0,03	0,18
item42	0,27	-0,16	0,50	0,20	0,35	0,09	0,01	-0,02	0,04	-0,12	0,34
item9	0,02	0,44	0,06	0,66	0,04	-0,04	0,00	-0,02	-0,18	-0,02	0,05
item32	0,04	0,40	0,07	0,65	0,06	0,08	-0,13	-0,17	0,15	0,00	0,08
item23	0,16	0,21	0,19	0,60	0,01	0,16	-0,34	0,21	0,05	0,32	0,10
item38	0,08	0,20	0,00	0,57	0,14	0,30	0,07	0,36	0,21	0,11	-0,05
item20	-0,07	0,48	0,08	0,17	0,65	-0,08	0,03	0,26	-0,01	-0,07	0,12
item35	0,44	-0,01	0,20	0,04	0,62	0,10	-0,11	-0,07	-0,03	0,41	0,07
item37	0,52	0,02	0,29	-0,02	0,56	0,15	0,21	0,00	0,11	0,09	-0,10
item14	0,01	0,36	0,16	0,05	0,53	0,13	-0,06	0,22	-0,02	-0,05	0,34
item11	0,25	0,22	-0,11	0,22	0,17	0,59	0,04	0,27	-0,10	0,12	0,04
item15	0,32	0,41	0,06	0,29	-0,13	0,47	0,10	-0,06	0,02	0,01	0,15
item1	0,15	0,22	0,21	-0,17	0,03	0,12	0,71	0,18	0,15	-0,02	0,07
item5	-0,05	0,20	0,11	0,03	0,09	0,15	0,09	0,71	-0,08	-0,03	0,10
item8	0,04	0,36	0,14	-0,02	0,41	-0,08	0,40	0,47	-0,09	0,19	0,03
item3	0,26	0,11	0,15	0,11	-0,04	-0,10	0,14	-0,13	0,70	0,20	0,17
item21	0,22	0,02	0,41	0,07	0,01	0,44	-0,06	0,13	0,47	-0,04	0,29
item24	0,41	0,06	0,27	-0,01	0,13	0,16	-0,01	-0,16	0,09	0,64	0,25
item17	0,30	0,15	0,17	0,34	0,04	-0,01	0,13	0,22	0,19	0,57	-0,05
item2	0,00	-0,02	0,27	0,06	0,14	0,03	0,08	0,07	0,10	0,12	0,74

Análisis componentes principales, método de rotación Varimax para la control.

4. Estadísticos descriptivos de los tres tipos de imágenes para las tres dimensiones.

VALENCIA					
	Población	Sexo	Media	Desv. típ.	N
Imágenes de Sexo	Normal	Hombres	7,4505	1,51393	13
		Mujeres	6,5438	,98314	31
		Total	6,8117	1,22029	44
	Consumidores	Hombres	7,6376	1,10937	41
		Mujeres	7,4911	1,49918	16
		Total	7,5965	1,21882	57
	Total	Hombres	7,5926	1,20594	54
		Mujeres	6,8663	1,25265	47
		Total	7,2546	1,27481	101
Imágenes de Ataques de Animales	Normal	Hombres	3,4872	1,46954	13
		Mujeres	3,8817	1,33208	31
		Total	3,7652	1,36887	44
	Consumidores	Hombres	4,2033	1,83769	41
		Mujeres	4,1875	2,37259	16
		Total	4,1988	1,97992	57

Factores psicosociales y conductas adictivas

	Total	Hombres	4,0309	1,77009	54
		Mujeres	3,9858	1,73617	47
		Total	4,0099	1,74576	101
Imágenes Aversivas	Normal	Hombres	2,4615	1,60028	13
		Mujeres	2,3710	1,41550	31
		Total	2,3977	1,45406	44
	Consumidores	Hombres	1,7866	1,38920	41
		Mujeres	1,6250	1,42595	16
		Total	1,7412	1,38870	57
	Total	Hombres	1,9491	1,45643	54
		Mujeres	2,1170	1,44825	47
		Total	2,0272	1,44780	101

ACTIVACION					
	Población	Sexo	Media	Desv. típ.	N
Imágenes de Sexo	Normal	Hombres	7,0879	1,01776	13
		Mujeres	5,3548	,90039	31
		Total	5,8669	1,22247	44
	Consumidores	Hombres	6,3136	1,65005	41
		Mujeres	5,1786	1,79303	16
		Total	5,9950	1,75233	57
	Total	Hombres	6,5000	1,54953	54
		Mujeres	5,2948	1,25865	47
		Total	5,9392	1,53827	101
Imágenes de Ataques de Animales	Normal	Hombres	7,1538	1,28823	13
		Mujeres	6,9462	1,37463	31
		Total	7,0076	1,33815	44
	Consumidores	Hombres	6,9350	1,62996	41
		Mujeres	7,3750	2,17690	16
		Total	7,0585	1,79076	57
	Total	Hombres	6,9877	1,54589	54
		Mujeres	7,0922	1,67923	47
		Total	7,0363	1,60201	101
Imágenes Aversivas	Normal	Hombres	5,9808	1,20096	13
		Mujeres	6,6048	1,08738	31
		Total	6,4205	1,14472	44
	Consumidores	Hombres	5,9695	1,90328	41
		Mujeres	6,4375	1,84504	16
		Total	6,1009	1,88264	57
	Total	Hombres	5,9722	1,74944	54
		Mujeres	6,5479	1,37390	47
		Total	6,2401	1,60426	101

CONTROL					
	Población	Sexo	Media	Desv. típ.	N
Imágenes de Sexo	Normal	Hombres	5,1978	1,53146	13
		Mujeres	5,9309	1,48134	31
		Total	5,7143	1,51656	44
	Consumidores	Hombres	5,6655	2,13752	41
		Mujeres	5,4107	1,90872	16
		Total	5,5940	2,06222	57
	Total	Hombres	5,5529	2,00501	54
		Mujeres	5,7538	1,63743	47
		Total	5,6464	1,83688	101
Imágenes de Ataques de Animales	Normal	Hombres	4,0256	2,68556	13
		Mujeres	4,0860	1,85186	31
		Total	4,0682	2,09907	44
	Consumidores	Hombres	4,5203	2,44955	41
		Mujeres	4,2292	2,37493	16
		Total	4,4386	2,41125	57
	Total	Hombres	4,4012	2,49139	54
		Mujeres	4,1348	2,02002	47
		Total	4,2772	2,27697	101
Imágenes Aversivas	Normal	Hombres	4,3846	1,80166	13
		Mujeres	4,1129	1,76758	31
		Total	4,1932	1,76106	44
	Consumidores	Hombres	4,2805	2,30027	41
		Mujeres	3,8125	2,08267	16
		Total	4,1491	2,23300	57
	Total	Hombres	4,3056	2,17494	54
		Mujeres	4,0106	1,86352	47
		Total	4,1683	2,03135	101

ANEXO 3

Este CAD junto con la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Educación a distancia, estamos llevando a cabo una investigación para analizar en profundidad el papel de determinadas variables y factores psicológicos en el consumo de diferentes sustancias adictivas.

Por favor, lea atentamente las instrucciones antes de contestar y tenga en cuenta que no hay respuestas buenas o malas. Lo que le pedimos es que conteste lo que usted piensa, siente o cree de la forma más sincera posible.

La información que nos proporcione será tratada de forma completamente anónima. Sólo podrá ser utilizada para estudios científicos en las condiciones que exigen las leyes españolas sobre protección de datos personales.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Firmado:.....

Juan Chicharro Romero

FICHA DE REGISTRO

Clave RAD:.....

Fecha de alta:.....

Fecha de entrada en el centro:.....

Fecha de realización:.....

Edad:

Sexo:(1) Hombre. (2) Mujer.

Nº de hijos:

Nº de hermanos:

Sustancia: (1) Alcohol. (2) Cocaína. (3) Heroína. (4) Cannabis. (5) Benzodiazepinas. (6) Otros.

Patología orgánica: (1) VIH. (2) Hepatitis. (3) VIH y hepatitis. (4) Otros. (5) Ninguna.

Estado civil: (1) Soltero. (2) Casado. (3) Divorciado. (4) Pareja de hecho. (5) Viudo.

Población: (1) Socialmente integrado. (2) Sin hogar. (3) Penitenciaria. (4) Mandato judicial. (5) Salud mental.

Nivel escolar: (1) Sin estudios. (2) Enseñanza primaria incompleta. (3) Enseñanza primaria completa. (4) Enseñanza secundaria. (5) Estudios universitarios.

Residencia actual: (1) Casa, piso, apartamento. (2) Alojamiento precario. (3) Pensión, hotel, hostel. (4) Prisión. (5) Otras instituciones.

Actividad actual: (1) Con trabajo. (2) Parado. (3) Incapacidad permanente, pensionista. (4) Estudiante. (5) Labores del hogar.

Personas con las que convive: (1) Únicamente con la pareja. (2) Únicamente con los hijos. (3) Con la pareja e hijos. (4) Con familia de origen. (5) Hijos y familia de origen. (6) Amigos. (7) Solo.

CCV_AS

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de preguntas que hacen referencia a diversos aspectos relacionados con la vida cotidiana. En cada pregunta rodee con un círculo el número que refleje mejor su **situación personal en este momento**.

	Nada				Totalmente	
1. ¿Mantiene relaciones satisfactorias con las personas con las que convive?.....	0	1	2	3	4	5
2. ¿Siente que le quieren las personas que le importan?...	0	1	2	3	4	5
3. ¿Tiene buenas relaciones con su familia?.....	0	1	2	3	4	5
4. ¿Tiene amigos con los que contar en caso necesario?.....	0	1	2	3	4	5
5. ¿Cree que tiene a quien recurrir cuando necesita la compañía o el apoyo de alguien?.....	0	1	2	3	4	5
7. ¿Tiene con quien compartir su tiempo libre y sus aficiones?....	0	1	2	3	4	5
8. ¿Está satisfecho con los amigos que tiene?.....	0	1	2	3	4	5
9. ¿Le satisface la vida social que hace?.....	0	1	2	3	4	5

PANAS

INSTRUCCIONES: A continuación se indican una serie de palabras que describen **diversos sentimientos y emociones**. Lea cada palabra y **rodee con un círculo** el número que mejor refleje **CÓMO SE SIENTE USTED GENERALMENTE**.

Nada Mucho

0 1 2 3 4 5

1. Interesado/a	0	1	2	3	4	5	11. Irritable	0	1	2	3	4	5		
2. Tenso (Malestar)	0	1	2	3	4	5	12. Alerta (Despierto/a)	0	1	2	3	4	5		
3. Estimulado/a	0	1	2	3	4	5	13. Avergonzado/a	0	1	2	3	4	5		
4. Disgustado/a	0	1	2	3	4	5	14. Inspirado/a	0	1	2	3	4	5		
5. Fuerte (Enérgico/a)	0	1	2	3	4	5	15. Nervioso/a	0	1	2	3	4	5		
6. Culpable	0	1	2	3	4	5	16. Decidido/a	0	1	2	3	4	5		
7. Asustado/a	0	1	2	3	4	5	17. Atento/a	0	1	2	3	4	5		
8. Hostil	0	1	2	3	4	5	18. Miedoso/a	0	1	2	3	4	5		
9. Entusiasmado/a	0	1	2	3	4	5	19. Activo/a	0	1	2	3	4	5		
10. Orgullosa/a	0	1	2	3	4	5	20. Temeroso/a (Atemorizado/a)	0	1	2	3	4	5		

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de frases que recogen formas de pensar y/o actuar. Su tarea consiste en rodear con un círculo el número de la escala que mejor recoja el grado en que cada frase le es aplicable. No hay contestaciones buenas o malas. Trate de dar la respuesta que mejor indique el grado en que cada enunciado describe **su modo habitual de comportarse, reaccionar y/o sentir.**

1. Puedo encontrar la forma de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga..... 0 1 2 3 4 5
 2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente..... 0 1 2 3 4 5
 3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas..... 0 1 2 3 4 5
 4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados... 0 1 2 3 4 5
 5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas..... 0 1 2 3 4 5
 6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles..... 0 1 2 3 4 5
 7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo..... 0 1 2 3 4 5
 8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario..... 0 1 2 3 4 5
 9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer... 0 1 2 3 4 5
 10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.....0 1 2 3 4 5
-

COPE

INSTRUCCIONES: Las frases que aparecen a continuación recogen distintas formas en que las personas reaccionan ante situaciones difíciles, estresantes o preocupantes. Su tarea consiste en rodear con un círculo el número del 0 al 5 que mejor indique **en qué medida suele usted desarrollar cada una de estas actividades cuando se encuentra ante una situación difícil, estresante o preocupante.**

1. Concentro mis esfuerzos en hacer algo para solucionar la situación en la que estoy.....0 1 2 3 4 5
 2. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.....0 1 2 3 4 5
 3. Intento verlo de forma diferente para que parezca más positivo.....0 1 2 3 4 5
 4. Acepto la realidad de lo que sucede.....0 1 2 3 4 5
 5. Hago bromas sobre ello.....0 1 2 3 4 5
 6. Intento encontrar consuelo en mi religión o en mis creencias espirituales.....0 1 2 3 4 5
 7. Consigo apoyo emocional de los demás.....0 1 2 3 4 5
 8. Intento conseguir consejo o ayuda de otras personas sobre qué hacer.....0 1 2 3 4 5
 9. Me vuelco en el trabajo o en otras actividades para mantener mi mente ocupada con otras cosas.....0 1 2 3 4 5
 10. Me digo a mí mismo "esto no es real".....0 1 2 3 4 5
 11. Digo cosas que permitan aflorar mis sentimientos más desagradables.....0 1 2 3 4 5
 12. Bebo alcohol o tomo drogas para sentirme mejor.....0 1 2 3 4 5
 13. Renuncio a intentar tratar con ello.....0 1 2 3 4 5
 14. Me critico a mí mismo.....0 1 2 3 4 5
 15. Llevo a cabo alguna acción que mejore la situación.....0 1 2 3 4 5
 16. Medito profundamente acerca de qué pasos tomar.....0 1 2 3 4 5
 17. Trato de buscar algo bueno en lo que está sucediendo.....0 1 2 3 4 5
 18. Aprendo a vivir con ello.....0 1 2 3 4 5
 19. Me río de la situación.....0 1 2 3 4 5
 20. Rezo o medito.....0 1 2 3 4 5
 21. Consigo consuelo y comprensión de alguien.....0 1 2 3 4 5
 22. Consigo ayuda y consejo de otras personas.....0 1 2 3 4 5
 23. Hago algo que me mantenga distraído, como ir al cine, ver la tele, leer, soñar despierto, dormir o ir de compras.....0 1 2 3 4 5
 24. Me niego a creer que esto ha sucedido.....0 1 2 3 4 5
 25. Expreso mis sentimientos negativos.....0 1 2 3 4 5
 26. Bebo alcohol o tomo drogas para ayudarme a superarlo.....0 1 2 3 4 5
 27. Abandono cualquier intento de hacer frente al problema.....0 1 2 3 4 5
 28. Me culpo por las cosas que me suceden.....0 1 2 3 4 5
-

HADS

INSTRUCCIONES: Piense **cómo se sintió a lo largo de la semana pasada**. A continuación, marque con un círculo la forma que mejor describa cómo se encontró en ese momento.

1. Me sentí tenso o nervioso.....0	1	2	3	4	5
2. Seguí disfrutando con lo que antes me gustaba.....0	1	2	3	4	5
3. Tuve una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.....0	1	2	3	4	5
4. Pude reírme y ver el lado divertido de las cosas.....0	1	2	3	4	5
5. Tuve mi mente llena de preocupaciones.....0	1	2	3	4	5
6. Me sentí alegre.....0	1	2	3	4	5
7. Pude sentirme relajado.....0	1	2	3	4	5
8. Sentí que cada día estaba más lento.....0	1	2	3	4	5
9. Tuve una sensación extraña, como de "hormigqueo" en el estómago.....0	1	2	3	4	5
10. Perdí interés por mi aspecto personal..... 0	1	2	3	4	5
11. Me sentí inquieto, como si no pudiera parar de moverme0	1	2	3	4	5
12. Me sentí optimista respecto del futuro.....0	1	2	3	4	5
13. Me asaltaron sentimientos repentinos de pánico.....0	1	2	3	4	5
14. Me divertí con un buen libro, la radio o un programa de televisión.....0	1	2	3	4	5

SPSRQ

INSTRUCCIONES: A continuación, conteste marcando con un círculo, en el sí o en el no, según esté de acuerdo o en desacuerdo, con las siguientes preguntas.

- | | | | |
|-----|--|-----------|-----------|
| 1. | ¿A menudo deja de hacer cosas por miedo a que puedan ser ilegales?..... | SI | NO |
| 2. | ¿La perspectiva de conseguir dinero es capaz de motivarlo fuertemente a hacer cosas?..... | SI | NO |
| 3. | ¿Prefiere no pedir una cosa si no está seguro de que se la darán?..... | SI | NO |
| 4. | ¿La posibilidad de conseguir el reconocimiento público de sus méritos le estimula frecuentemente a actuar?..... | SI | NO |
| 5. | ¿Las situaciones nuevas o inusuales le producen miedo a menudo?..... | SI | NO |
| 6. | ¿Frecuentemente encuentra personas que le parecen físicamente atractivas?.... | SI | NO |
| 7. | ¿Le cuesta llamar por teléfono a personas que no conoce?..... | SI | NO |
| 8. | ¿Le gusta tomar algunas drogas por el efecto de placer que producen?..... | SI | NO |
| 9. | ¿A menudo prefiere renunciar a sus derechos antes que enfrentarse con alguna persona u organismo?..... | SI | NO |
| 10. | ¿A menudo hace cosas para que le alaben?..... | SI | NO |
| 11. | De pequeño, ¿le preocupaba mucho que le pudiesen castigar en casa o en la escuela?..... | SI | NO |
| 12. | ¿Le gusta que la gente esté pendiente de usted en una fiesta o reunión social?.. | SI | NO |
| 13. | En las tareas para las que no está preparado, ¿valora mucho la posibilidad de fracasar?..... | SI | NO |
| 14. | ¿Dedica una parte importante de su tiempo a conseguir una buena imagen?..... | SI | NO |
| 15. | ¿Las situaciones difíciles le dejan fácilmente sin capacidad de reacción?..... | SI | NO |
| 16. | ¿Necesita que los demás le demuestren su afecto todo el tiempo?..... | SI | NO |
| 17. | ¿Es usted una persona vergonzosa?..... | SI | NO |
| 18. | Cuándo está con un grupo, ¿muchas veces intenta que sus opiniones sean las más inteligentes o divertidas?..... | SI | NO |
| 19. | Siempre que puede, ¿evita hacer demostración de sus habilidades por miedo al ridículo?..... | SI | NO |
| 20. | ¿A menudo aprovecha las ocasiones que se le presentan para establecer relaciones con personas que le parecen atractivas? | SI | NO |
| 21. | Cuando está con un grupo de personas, ¿le cuesta escoger un tema adecuado de conversación?..... | SI | NO |
| 22. | De pequeño, ¿hacía muchas cosas para conseguir el reconocimiento de los demás?..... | SI | NO |
| 23. | ¿A menudo le cuesta conciliar el sueño pensando en las cosas que ha hecho o que ha de hacer?..... | SI | NO |
| 24. | ¿La posibilidad de obtener prestigio social le motiva a hacer cosas aunque ello implique no jugar limpio?..... | SI | NO |
| 25. | ¿Se lo piensa mucho antes de reclamar, si en un restaurante le dan comida en malas condiciones?..... | SI | NO |

Factores psicosociales y conductas adictivas

26.	¿Acostumbra a dar prioridad a aquellas actividades que suponen una ganancia inmediata?.....	SI	NO
27.	¿Le costaría volver a un comercio a reclamar, si se da cuenta de que le han devuelto mal el cambio?.....	SI	NO
28.	¿Tiene problemas normalmente para resistir la tentación de hacer cosas prohibidas?.....	SI	NO
29.	¿Siempre que puede, evita ir a lugares desconocidos?.....	SI	NO
30.	¿Le gusta competir y hacer todo lo que pueda por ganar?.....	SI	NO
31.	¿Se preocupa muchas veces por las cosas que hace o que dice?.....	SI	NO
32.	¿Suele asociar sabores y olores a los acontecimientos agradables?.....	SI	NO
33.	¿Le resultaría difícil pedir aumento de sueldo a sus superiores?.....	SI	NO
34.	¿Recuerda muchas cosas o sensaciones de las situaciones agradables vividas?.	SI	NO
35.	Siempre que puede, ¿evita hablar en público?.....	SI	NO
36.	¿Le resulta difícil parar una vez que ha empezado a jugar en una máquina tragaperras?.....	SI	NO
37.	¿Muchas veces, piensa que podría hacer muchas más cosas si no fuera por su inseguridad o miedo?.....	SI	NO
38.	¿Muchas veces hace cosas pensando en las ganancias inmediatas?.....	SI	NO
39.	Comparándose con la gente que conoce, ¿tiene miedo de muchas cosas?.....	SI	NO
40.	¿Se distrae fácilmente de su trabajo en presencia de un desconocido atractivo?.	SI	NO
41.	¿Frecuentemente hay cosas que le preocupan y que le hacen bajar su rendimiento en las actividades intelectuales?.....	SI	NO
42.	¿Le motiva el dinero hasta el punto de ser capaz de hacer trabajos arriesgados .	SI	NO
43.	¿A menudo deja de hacer cosas que le agradarían por no recibir el desprecio o la desaprobación de los demás?.....	SI	NO
44.	¿Le gusta introducir elementos competitivos en todas sus actividades?.....	SI	NO
45.	¿Generalmente está más pendiente de las amenazas que de las cosas agradables de la vida?.....	SI	NO
46.	¿Le gustaría llegar a ser una persona socialmente poderosa?.....	SI	NO
47.	¿A menudo, deja de hacer cosas que le gustan para no hacer el ridículo?.....	SI	NO
48.	¿Le gusta demostrar sus habilidades físicas aun corriendo algún peligro?.....	SI	NO