ADICCIONES

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



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

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

ADICCIONES

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

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

EDITOR

José Luis Carballo
Universidad Miguel Hernández de Elche

ASISTENTE TÉCNICO

Andrea López

EDITORES EJECUTIVOS

Maite Cortés
Universidad de Valencia

Sergio Fernández-Artamendi
Universidad de Sevilla

Hugo López Pelayo
Hospital Clínic de Barcelona, España

EDITORES ASOCIADOS

Susana Al-Halabí
Universidad de Oviedo

Francisco Arias
Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid

Ainhoa Coloma Carmona
Universidad Miguel Hernández de Elche

Albert Espelt
Universidad Autónoma de Barcelona

Eduardo Fonseca
Universidad de La Rioja, CIBERSAM

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

Moisés García-Arencibia
Universidad de la Laguna

Patricia Motos Sellés
Universitat de València

Carla López Núñez
Universidad de Sevilla

Marta Rodríguez Arias
Universitat de València

Antonio Verdejo
Monash University (Australia)

Joan Ramón Villalbí
Agència de Salut Pública de Barcelona

CONSEJO EDITORIAL

Ana Adan Puig
Universidad de Barcelona

Emilio Ambrosio Flores
Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid

Peter Anderson
Public Health Consultant. Hellerup, Dinamarca

Mark Bellis
John Moores University. Liverpool, Reino Unido

Mats Berglund
Lund University. Malmö, Suecia

Ana Bermejo Barrera
Universidad Santiago de Compostela

Julio Bobes
Universidad de Oviedo – CIBERSAM, ISPA, Oviedo

Colin Brewer
The Staplefor Centre. Londres, Reino Unido

Angel Carracedo
Universidad de Santiago de Compostela

Miguel Casas
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

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

Mª Isabel Colado
Universidad Complutense, Madrid

Magí Farré
Institut Municipal d'Investigació Mèdica, Barcelona

Luis de la Fuente
Instituto de Salud Carlos III, Madrid

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

Gerardo Flórez Menéndez
Unidad de Conductas Adictivas, CIBERSAM, Ourense

Gloria Garcia Fernández
Universidad de Oviedo

Mª Paz García-Portilla
Universidad de Oviedo – CIBERSAM, ISPA, Oviedo

Norman Giesbrecht
Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canadá

Ana González Menéndez
Universidad de Oviedo

Ana González-Pinto
Universidad del País Vasco – CIBERSAM, Alava

Antoni Gual Solé
Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic, IDIBAPS, Barcelona

Consuelo Guerri
Centro de Investigación Príncipe Felipe, Valencia

Miguel Gutiérrez
Universidad del País Vasco – CIBERSAM, Alava

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

Nick Heather
Norhumbria University. Newcastle Upon Tyne, Reino Unido

Karol L. Kumpfer
University of Utah. Estados Unidos

Ronaldo Laranjeira
Brazilian Society of Addiction. Sao Paulo, Brasil

Francisco Javier Laso
Universidad de Salamanca

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

Olatz López Fernández
Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Manuel López-Rivadulla
Universidad de Santiago de Compostela

Rafael Maldonado López
Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

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

Iván Montoya
National Institute on Drug Abuse, Washintgton, Estados Unidos

Enriqueta Ochoa
Hospital Ramón y Cajal, Madrid

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

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

José Antonio Ramos
Universidad Complutense, Madrid

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

Fernando Rodríguez de Fonseca
IMABIS. Hospital Carlos Haya, Málaga

Jesús Rodríguez Marín
Universidad Miguel Hernández de Elche

Stephen Rollnick
University of Wales. Llanedeyrn, Reino Unido

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

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

Roberto Secades
Universidad de Oviedo, Oviedo

Kaija Seppä
University of Tampere, Finlandia

Néstor Szerman
Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid

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

Miguel Ángel Torres Hernández
Ex-Presidente de Socidrogalcohol, Valencia

Mª Paz Viveros
Universidad Complutense, Madrid

COMITÉ DE EXPERTOS

Carlos Alonso
Servicio Drogodependencias Castilla La Mancha

Miquel Amengual Munar
Consell de Mallorca, Palma de Mallorca

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

Vicent Balanzá
Universitat de València – CIBERSAM, Valencia

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

Gregorio Barrio
Instituto Carlos III, Madrid

Jesús Bedate Villar
Universidad de Valencia

Hilario Blasco
Hospital Universitario Puerta de Hierro, CIBERSAM, Madrid

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

Fran Calvo
Universitat de Girona

Xavier Castells
Departamento de Ciencias Médicas. Universitat de Girona

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

Sara Domínguez-Salas
Universidad Loyola Andalucía

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

Xavier Ferrer Pérez
Fundación Salud y Comunidad, Barcelona.

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

Dolores Franco
Universidad de Sevilla

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

José Antonio García del Castillo
Universidad Miguel Hernández de Elche

Marina Garriga
Hospital Clinic de Barcelona, CIBERSAM, Barcelona.

Jose Antonio Giménez Costa
Univesitat de València

Lucas Giner
Universidad de Sevilla, Sevilla

Jose Manuel Goikolea
Hospital Clínic, CIBERSAM, Barcelona

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

Alba González de la Roz
Universidad de Oviedo

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

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

Montse Juan Jerez
Irefrea, Palma de Mallorca

Miguel Angel Landabaso
Centro de Drogodependencias, Barakaldo, Vizcaya

Mª Angeles Lorenzo Lago
Hospital Gil Casares, Santiago de Compostela

Oscar M. Lozano Rojas
Universidad de Huelva

Juan José Llopis Llácer
Unidad de Conductas Adictivas, Castelló

Victor Martínez Loredo
Universidad de Oviedo

José Martínez-Raga
Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia

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

José Miñarro
Universidad de Valencia

Sonia Moncada
Plan Nacional sobre Drogas, Madrid

Miquel Monrás
Unidad de Alcohología. Hospital Clínic de Barcelona

Alfonso Palmer Pol
Universitat Illes Balears, Palma de Mallorca

Francisco Pascual Pastor
Conselleria de Sanitat, Valencia

Eduardo J. Pedrero Pérez
CAD 4 Ayuntamiento de Madrid

César Pereiro
Plan de Galicia sobre Drogas. A Coruña

Bartolomé Pérez Gálvez
Hospital Universitario de San Juan, Alicante

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

Juan Luis Recio
Universidad Complutense, Madrid

Carlos Roncero
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

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

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

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

Antonio Terán Prieto
Centro Ambulatorio de Atención a Drogodependientes "San Juan de Dios", Palencia

Judit Tirado
IMIM – Hospital del Mar, Barcelona

Joan Trujols i Albet
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

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

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

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

2026 ■ VOL. 38 ■ N. 3
ADICCIONES

ÍNDICE / INDEX

EDITORIAL

Desacreditar los estudios transversales debilita la investigación en salud pública
Undermining cross-sectional studies undermines public health research
Albert Espelt, Marina Bosque-Prous, Carles Muntaner, Esteve Fernández. 151

ORIGINALES / ORIGINALS

Cuidadores bajo presión: Sobrecarga, estrategias de afrontamiento y consumo de alcohol
Caregivers under pressure: Burden, coping strategies, and alcohol consumption
Mariana Vargas-Beltrán, Lorena Chaparro-Diaz, Francisco Rafael Guzmán-Facundo 155

Mortalidad prematura registrada por trastornos por uso de sustancias en España según registros de defunción: Diferencias por sexo y tipo de sustancia
Premature mortality recorded with mention of substance use disorders in Spain according to death records: Sex- and substance-specific differences
José María Rosales-Crespo,Carolina Lagares-Franco, José Almenara-Barrios, Antonio Linares-Cobacho, Cristina O´Ferrall-González..... 165

El verdadero significado del concepto de «consumo responsable» o «consumo moderado» en los jóvenes: Un estudio experimental
The true meaning behind the concept of "drink responsibly" or "moderate consumption" in young people: An experimental study
Albert Espelt, Xisca Sureda, Iñaki Galán, Aina Lafon Guasch, Ester Teixidó-Compañó, Ester Colillas-Malet, Núria Obradors-Rial, Marina Bosque-Prous 175

Resultados al año del tratamiento hospitalario del trastorno por consumo de alcohol: Un programa de siete semanas en la República Checa
One-year outcomes of inpatient treatment for alcohol use disorder: A seven-week programme in the Czech Republic
Tomáš Skorkovský, Milan Beniš, Jiří Podlipný, Petr Hošek, Michal Miovský, Jan Vevera..... 185

CARTAS AL EDITOR / LETTERS TO THE EDITOR

Factores sociales y familiares asociados a la exposición accidental a drogas ilícitas en pacientes pediátricos
Social and family factors associated with accidental exposure to illicit drugs in pediatric patients
Tania Esperanza Hernández Tobías, Víctor García Olmos, Carlos Sánchez García 199

Retos en la identificación de fentanilo y sus análogos en México: Implicaciones para la salud pública
Challenges in the identification of fentanyl and its analogues in Mexico: Implications for public health
Rafael Uriel González Lozano 203

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

FINANCIADO POR:
MINISTERIO DE SANIDAD

ADICCIONES

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

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

■ DATOS PERSONALES:

Nombre y apellidos .....

NIF..... Profesión .....

Dirección ..... Nº ..... Piso .....

Tel. ..... Población ..... C.P. ..... Provincia .....

E-mail .....

■ SUSCRÍBANME A: *ADICCIONES*. AÑO 2025

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

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

■ PAGARÉ:

A) **Por domiciliación bancaria (rellenar para ello la orden de pago que está a continuación y enviarnos el original por correo).**

B) Mediante cheque nº. ..... que adjunto a nombre de «Adicciones».

C) Transferencia bancaria a BANCO SABADELL ATLÁNTICO - Ag. Ganduxer, Vía Augusta, 246 - Barcelona
IBAN: ES81 0081 0653 7300 0116 0017
(Es importante que en la orden de transferencia conste claramente el ordenante de la transferencia para poderla identificar adecuadamente).

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

(Firma)

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACION BANCARIA

Nombre del titular de la cuenta .....

Nombre del Banco o Caja de Ahorros .....

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

Entidad ☐☐☐☐ *Oficina* ☐☐☐☐ *D.C.* ☐☐ *Nº* ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Dirección Banco o C.A.:

Calle o Pza. .....

Código Postal ..... *Población* ..... *Provincia* .....

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

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

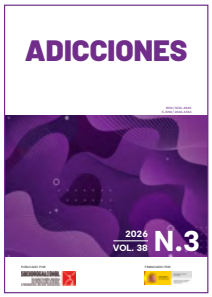
Atentamente (firma del titular)

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

LA REVISTA ES GRATUITA PARA LOS SOCIOS DE SOCIDROGALCOHOL

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

ADICCIONES
2026 ■ VOL. 38 ■ N. 3 ■ PÁGS. 151–154
www.adicciones.es



EDITORIAL

Desacreditar los estudios transversales debilita la investigación en salud pública

Undermining cross-sectional studies undermines public health research

Albert Espelt*,**; Marina Bosque-Prous*,**; Carles Muntaner***,****,*****; Esteve Fernández******,*******,********,*********,**********.

* Departamento de Psicobiología y Metodología de las Ciencias de la Salud, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), 08193 Bellaterra, España.
** Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), 28029 Madrid, España.
*** Chinese Medical University, Hangzhou, República Popular China.
**** BFON, University of Toronto.
***** Centro de Políticas Públicas de la Universitat Pompeu Fabra y Barcelona School of Management (BSM), España.
****** Secretaría de Salud Pública, Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España.
******* Unidad de Control del Tabaco, Centro Colaborador de la OMS para el Control del Tabaco, Instituto Catalán de Oncología (ICO), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España.
******** Grupo de Investigación en Control del Tabaco, Institut d'Investigació Mèdica de Bellvitge—IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España.
********* Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Campus de Bellvitge, Universitat de Barcelona, Barcelona, España.
********** Centro de Investigación Biomédica en Enfermedades Respiratorias (CIBER de Enfermedades Respiratorias, CIBERES), Madrid, España.

Un estudio transversal es un estudio observacional en el que se recopilan datos de una población en un único momento temporal, incluyendo personas que pueden presentar o no el resultado o evento de interés. Aunque los datos se recogen una única vez, las variables pueden hacer referencia a acontecimientos pasados, situaciones actuales o intenciones futuras. Por ejemplo, en la investigación sobre adicciones, las personas participantes pueden informar sobre la edad de inicio del consumo de tabaco, su situación actual respecto al tabaquismo, su intención de fumar en el futuro o información retrospectiva sobre el consumo de tabaco o alcohol por parte de sus progenitores durante la infancia (Aonso-Diego et al., 2024). Habitualmente, los datos se recopilan mediante cuestionarios o encuestas estandarizadas, aunque los estudios transversales también pueden basarse en fuentes de datos secundarias, como historias clínicas electrónicas, bases de datos administrativas, registros de enfermedades u otros conjuntos de datos recogidos de forma rutinaria (Puspa Zuleika & Legiran, 2022). A pesar de su importante papel en la identificación de problemas de salud a nivel poblacional y en la exploración de asociaciones entre factores conductuales y relacionados con la salud, especialmente relevantes en el ámbito de las adicciones, los estudios transversales son cada vez más cuestionados en la publicación epidemiológica, principalmente debido a las limitaciones percibidas para establecer relaciones causales. Esta situación puede explicarse por la tendencia de algunas críticas a confundir las limitaciones inherentes al diseño con deficiencias en su implementación, ignorando que el valor científico de la investigación transversal depende fundamentalmente de la claridad de la pregunta de inves-

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ **Enviar correspondencia a:**
Marina Bosque-Prous. Departamento de Psicobiología y Metodología de las Ciencias de la Salud, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Carrer de la Fortuna, Campus de la UAB, 08193 Bellaterra, España. E-mail: marina.bosque@uab.cat

tigación y del rigor metodológico con el que se desarrolla (Bono & McNamara, 2011; Dávila-Mendoza & López-Ortiz, 2025). La publicación científica se ha convertido en un pilar central del sistema académico moderno, en el que participan no solo investigadores y personal académico, sino también estudiantes y un público más amplio que va más allá de los círculos académicos tradicionales. El aumento constante de las publicaciones científicas ha dado lugar a un incremento de los envíos, lo que ha llevado a las revistas a adoptar políticas editoriales más restrictivas o, en algunos casos, enfoques más permisivos impulsados por incentivos económicos.

En este contexto, las decisiones editoriales iniciales, en particular la de enviar o no un manuscrito a revisión por pares, han adquirido una importancia fundamental. Una de las principales razones de rechazo en esta fase temprana es el carácter transversal del estudio (Bono & McNamara, 2011; Dávila-Mendoza & López-Ortiz, 2025). De hecho, varias revistas han implementado políticas explícitas que excluyen los estudios transversales de la consideración para su publicación. Un estudio publicado en una revista médica informó de que el 98,7 % de los manuscritos rechazados correspondían a estudios observacionales, de los cuales 138 (92,6 %) eran estudios transversales (Dávila-Mendoza & López-Ortiz, 2025). Esta tendencia también se refleja en las prácticas de revisión por pares. Por ejemplo, en un estudio que examinaba la asociación entre las políticas de control del tabaco en hospitales y el consumo de tabaco entre profesionales sanitarios de 60 hospitales y más de 10 000 participantes, un revisor reconoció que «el amplio conjunto de datos es un punto fuerte clave», al tiempo que afirmaba que «la naturaleza transversal del estudio es una limitación clave». En otro caso, un estudio poblacional que incluía a más de 8000 adolescentes, lo que representaba más del 65 % de la población adolescente en cada territorio, fue criticado por ser «contrario a la ciencia» debido a su diseño transversal y a la inclusión de múltiples variables en el cuestionario, a pesar de que los análisis estaban guiados por un marco conceptual claro. Estos ejemplos reflejan una jerarquía epistemológica profundamente arraigada en la enseñanza de la epidemiología y la metodología de la investigación, donde los diseños de estudio se evalúan principalmente en función de su capacidad para la inferencia causal, el control de la variable independiente y la selección de la muestra. Dentro de esta jerarquía, los diseños experimentales se consideran los de mayor nivel, seguidos de los estudios longitudinales, mientras que los diseños transversales ocupan una posición inferior (Bosque-Prous & Espelt, 2022; Portell & Vives, 2024).

Centrarse exclusivamente en la inferencia causal, es decir, en los métodos utilizados para establecer relaciones de causa-efecto, puede oscurecer el propio concepto de causalidad, entendido como la forma en que los procesos operan en el mundo real (Muntaner, 2013). Los enfoques que reducen la causalidad a asociaciones estadísticas corren el riesgo de pasar por alto elementos clave como los mecanismos subyacentes, la dinámica de los sistemas, el contexto y la estabilidad. Como resultado, los hallazgos pueden funcionar como relaciones de «caja negra» que identifican asociaciones causales, pero ofrecen una capacidad explicativa limitada o escasa orientación para intervenciones efectivas (Muntaner & Dunn, 2019). Por ejemplo, el bien documentado gradiente social en salud en estudios longitudinales muestra que basarse únicamente en métodos estadísticos no es suficiente para comprender plenamente por qué se producen las desigualdades en salud. Estos patrones están determinados por factores sociales y estructurales más amplios que no siempre se captan mediante los enfoques analíticos estándar. Además, uno de los marcos más utilizados para evaluar la causalidad se basa en comparar lo que ocurrió con lo que habría ocurrido en circunstancias diferentes. Sin embargo, estos escenarios alternativos no pueden observarse directamente ni someterse a prueba empírica dentro de un único diseño de estudio. Por esta razón, y como se analiza más adelante, los enfoques tradicionales que dan prioridad a ciertos métodos de inferencia causal no deben considerarse el único, ni el más elevado, estándar para evaluar las relaciones causales (Muntaner & Dunn, 2019).

Es ampliamente reconocido y comúnmente aceptado que las relaciones causales no pueden inferirse a partir de estudios transversales, ya que estos no permiten establecer un orden temporal entre las variables, lo que se considera una de sus principales limitaciones. Por esta razón, la mayoría de los estudios transversales tienen como objetivo describir determinantes de salud individuales o contextuales y evaluar asociaciones entre variables de resultado (dependientes) y de exposición (independientes), más que establecer relaciones causales (Kesmodel, 2018; Puspa Zuleika & Legiran, 2022). Sin embargo, esta limitación debe interpretarse con cautela. En muchos casos, preguntas de investigación bien formuladas y medidas adecuadamente diseñadas pueden respaldar un orden temporal plausible, incluso dentro de un diseño transversal. Por ejemplo, los análisis de la edad de inicio en el consumo de una sustancia en relación con la dependencia posterior permiten una interpretación temporal lógica (aunque cautelosa). Del mismo modo, está conceptualmente bien establecido que la relación entre el nivel educativo de los progenitores y los patrones alimentarios o el consumo de drogas de los hijos o hijas tiene una dirección temporal plausible basada en datos transversales. Por lo tanto, no es automáticamente cierto que los estudios longitudinales y experimentales sean intrínsecamente más adecuados para establecer relaciones causales. Además, la validez externa de los estudios experimentales y longitudinales puede verse afectada por factores como la pérdida de seguimiento, criterios de inclusión restrictivos, datos incompletos y muestras no representativas (Szklo & Nieto, 2012). Por último, cabe señalar

que los diseños de estudio considerados más aptos para la inferencia causal suelen definirse, en parte, por su capacidad para manipular la variable independiente, una opción que no es viable en los estudios observacionales (Deaton & Cartwright, 2018). Sin embargo, este criterio no debe interpretarse como un indicador inherente de mayor calidad metodológica. En muchos casos, la imposibilidad de manipular la variable independiente refleja restricciones éticas o prácticas, más que limitaciones del propio diseño del estudio. Además, los estudios experimentales se llevan a cabo con frecuencia en condiciones altamente controladas, lo que puede limitar la validez externa de sus hallazgos en contextos reales. Por estas razones, la cuestión fundamental no es el diseño del estudio en sí, sino si el diseño elegido es adecuado para la pregunta de investigación y se lleva a cabo con rigor metodológico.

Es importante destacar que las percepciones negativas de la investigación transversal suelen verse reforzadas por la difusión de estudios metodológicamente débiles. Esto puede explicarse en parte por el hecho de que la relativa simplicidad y el menor coste de los diseños transversales, aunque constituyen ventajas importantes, también pueden representar posibles debilidades. Si no se diseñan cuidadosamente, esta facilidad de implementación puede conducir a un uso inapropiado y, en última instancia, a la devaluación del diseño. Entre los problemas habituales se incluyen análisis basados en tamaños muestrales insuficientes, una cobertura poblacional inadecuada cuando se requiere representatividad, y una precisión y potencia estadísticas limitadas. Más críticamente, una proporción significativa de los estudios transversales aporta escaso conocimiento adicional al replicar asociaciones bien establecidas sin abordar cuestiones pendientes, mejorar la medición, ampliar las poblaciones u ofrecer nuevas perspectivas conceptuales. Dicha redundancia añade un valor científico limitado y puede atribuirse erróneamente a defectos del propio diseño, en lugar de atribuirse a deficiencias en la justificación del estudio, la originalidad o la estrategia analítica (Spector, 2019).

Al igual que ocurre con otros diseños de estudio, aunque quizá con mayor énfasis debido a su frecuente infravaloración, la investigación transversal de alta calidad requiere no solo estrategias de muestreo sólidas y bien aplicadas, y métodos de recogida de datos validados que se ajusten a los objetivos del estudio, sino también una documentación clara y exhaustiva de los mismos, junto con un marco analítico bien articulado que incluya diagramas causales (Shahar & Shahar, 2013). Cuando se cumplen estas condiciones, los estudios transversales resultan muy valiosos para describir la distribución de fenómenos relacionados con la salud, así como asociaciones plausibles, tanto causales como no causales, incluidos posibles factores de confusión. En este sentido, debido a su simplicidad y parsimonia, y a que son más fáciles de comunicar al público y de replicar a lo largo del tiempo, representan una herramienta fundamental para la investigación, la planificación y la toma de decisiones en salud pública (Gibson, 2010). Descartar los estudios transversales también implica descuidar la evaluación de la magnitud y la distribución de las condiciones de salud y los comportamientos, especialmente a lo largo de los ejes de desigualdad social (Espelt et al., 2016; Muntaner, 2019). Esto, a su vez, aleja a la investigación de la validez externa y de una comprensión más integral de la salud poblacional. Dado que todos los diseños de estudio tienen limitaciones inherentes, la evaluación crítica debería centrarse en el diseño y la implementación del estudio, más que en las etiquetas de diseño.

Cuando se diseñan y ejecutan adecuadamente, los estudios transversales no debilitan el método científico; por el contrario, refuerzan su capacidad para generar evidencia significativa y relevante para las políticas públicas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses. Albert Espelt es editor de *Adicciones*. No participó en el proceso editorial ni en la toma de decisiones relativas a la revisión y aceptación de este manuscrito.

Inteligencia artificial (IA)

Se utilizó una herramienta de inteligencia artificial (IA) para ayudar a mejorar el lenguaje y la claridad del manuscrito en inglés. Todas las sugerencias generadas por la IA fueron revisadas cuidadosamente y se incorporaron los cambios pertinentes cuando se consideró oportuno. Los autores asumen plenamente la responsabilidad del contenido final del manuscrito.

Financiación

La investigación está parcialmente financiada por el Ministerio de Universidades e Investigación de la Generalitat de Catalunya (número de subvención: 2021SGR00906) y por el Plan Nacional sobre Drogas (2025|079).

Referencias

Aonso-Diego, G., Secades-Villa, R., García-Pérez, Á., Weidberg, S., & Fernández-Hermida, J. R. (2024). Association between e-cigarette and conventional cigarette use among Spanish adolescents. *Adicciones*, *36*(2), 199-206. https://doi.org/10.20882/adicciones.1797

Bono, J., & McNamara, G. (2011). From the Editors publishing in AMJ - Part 2: Research design. *Academy of Management Journal*, *54*(4), 657-660.

Bosque-Prous, M., & Espelt, A. (2022). *Introducció a l'epidemiologia i la salut pública*. FUOC.

Dávila-Mendoza, R., & López-Ortiz, G. (2025). Frequent Reasons for Rejection of Original Manus-

cripts Submitted to a Medical Journal. *Atención Familiar*, *32*(3), 187-194. https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2025.3.91620

Deaton, A., & Cartwright, N. (2018). Reflections on Randomized Control Trials. *Social Science & Medicine*, *210*, 86-90. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.04.046

Espelt, A., Continente, X., Domingo-Salvany, A., Domínguez-Berjón, M. F., Fernández-Villa, T., Monge, S., Ruiz-Cantero, M. T., Perez, G., & Borrell, C. (2016). Monitoring social determinants of health. *Gaceta Sanitaria*, 38-44.

Gibson, P. (2010). *Measuring Population Health Outcomes*. *7*(4), 11.

Kesmodel, U. S. (2018). Cross-sectional studies – what are they good for? *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *97*(4), 388-393. https://doi.org/10.1111/aogs.13331

Muntaner, C. (2013). Invited Commentary: On the Future of Social Epidemiology--A Case for Scientific Realism. *American Journal of Epidemiology*, *178*(6), 852-857. https://doi.org/10.1093/aje/kwt143

Muntaner, C. (2019). Whither Occupational Class Health Gradients?: Why We Need More Social Class Theory, Mechanisms, Indicators, and Scientific Realism. *Epidemiology*, *30*(3), 445-448. https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000000994

Muntaner, C., & Dunn, J. (2019). How Epidemiology's Counterfactual Causal Inference Revolution Upholds Class, Race and Gender Inequities. En J. Vallverdú, A. Puyolá, & A. Estany, *Philosophical and Methodological Debates in Public Health*. Cham: Springer.

Portell, M., & Vives, J. (2024). *Investigación en Psicologia y Logopedia. Introducción a los diseños experimentales, causiexperimentales y ex post facto*. Manuals de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Puspa Zuleika & Legiran. (2022). Cross-Sectional Study as Research Design in Medicine. *Archives of The Medicine and Case Reports*, *3*(2), 256-259. https://doi.org/10.37275/amcr.v3i2.193

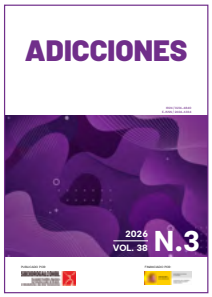
Shahar, E. & Shahar. (2013). Causal diagrams and the cross-sectional study. *Clinical Epidemiology*, 57. https://doi.org/10.2147/CLEP.S42843

Spector, P. E. (2019). Do Not Cross Me: Optimizing the Use of Cross-Sectional Designs. *Journal of Business and Psychology*, *34*(2), 125-137. https://doi.org/10.1007/s10869-018-09613-8

Szklo, M., & Nieto, J. (2012). *Epidemiology: Beyond the Basics* (3 edition). Jones & Bartlett Learning.

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

ADICCIONES
2026 ■ VOL. 38 ■ N. 3 ■ PÁGS. 155–164
www.adicciones.es



ORIGINAL

Cuidadores bajo presión: Sobrecarga, estrategias de afrontamiento y consumo de alcohol

Caregivers under pressure: Burden, coping strategies, and alcohol consumption

Mariana Vargas-Beltrán*; Lorena Chaparro-Diaz**; Francisco Rafael Guzmán-Facundo***.

* Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua, México.

** Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, Grupo de investigación cuidado de enfermería al paciente crónico, Colombia.

*** Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Resumen

Las altas exigencias físicas, emocionles y sociales de cuidar a una persona con cáncer puede inducir altos niveles de sobrecarga en los cuidadores familiares, repercutiendo en la salud mental y en las conductas de autocuidado. En este sentido, pueden haber cuidadores que ante la dificultad de cuidar y el sufrimiento adoptan algunos estilos de afrontamiento que implican conductas de riesgo como el consumo de alcohol. *Objetivo:* Determinar la relación entre el nivel de sobrecarga del cuidador, los estilos de afrontamiento y el consumo de alcohol en cuidadores de personas con cáncer. *Método.* Estudio descriptivo y correlacional, con una muestra de 172 cuidadores principales. *Resultados.* El consumo de alcohol mostró una correlación positiva y significativa con el nivel de sobrecarga (rs=,160, p=,027) y una correlación negativa con los estilos de afrontamiento centrado en la emoción (rs= -,190, p=,013) y disfuncional (rs= -,206, p=,007). *Conclusión.* El consumo de alcohol en cuidadores se asocia con altos niveles de sobrecarga. Se requieren intervenciones de afrontamiento saludable que prevengan conductas de riesgo con enfoque cultural al contexto familiar latinoamericano en donde los rituales de tejido social y afectivo están mediados por el consumo de alcohol.

Palabras clave: cuidadores, carga del cuidador, habilidades de afrontamiento, consumo de bebidas alcohólicas, conductas de riesgo para la salud, consumo de alcohol, neoplasias

Abstract

The high physical, emotional, and social demands of caring for a person with cancer can lead to elevated levels of burden among family caregivers, negatively impacting their mental health and self-care behaviors. In this context, some caregivers may respond to the challenges and emotional distress of caregiving by adopting coping styles that involve risky behaviors, such as alcohol consumption. *Objective:* To determine the relationship between caregiver burden, coping styles, and alcohol use among caregivers of individuals with cancer. *Method:* Descriptive and correlational study with a sample of 172 primary caregivers**.** *Results:* Alcohol consumption showed a positive and significant correlation with the level of caregiver burden (rs = .160, p = .027), and a negative correlation with emotion-focused coping (rs = −.190, p = .013) and dysfunctional coping (rs = −.206, p = .007). *Conclusion:* Alcohol consumption in caregivers is associates with high leves of burden. There is a need for culturally sensitive interventions that promote healthy coping strategies and prevent risk behaviors, especially in Latin American family contexts where social and emotional bonds are often mediated through alcohol-related rituals.

Keywords: caregivers, caregiver burden, coping skills, alcohol drinking, health risk behaviors, neoplasms

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

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ **Enviar correspondencia a:**
Lorena Chaparro-Diaz. Carrera 30 No. 45-03, Bogotá, Colombia Edificio 228 Nelly Garzón Alarcón, oficina 301, Código postal: 111321.
Tel.: +573214519822. Email: olchaparrod@unal.edu.co

El cáncer constituye uno de los principales desafíos sanitarios globales. En 2020 se registraron aproximadamente 20 millones de nuevos casos y 10 millones de muertes, y se proyecta un incremento sostenido en las próximas décadas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022). Los avances terpéuticos han mejorado la supervivencia, pero tambien han desplazado una parte del cuidado importante al ámbito domiciliario, donde los cuidadores familiares asumen responsabilidades complejas que abarcan apoyo físico, emocional, social y espiritual (Sánchez Ramírez & Silva Espín, 2024).

La evidencia muestra que este rol se asocia a una sobrecarga significativa, manifestada en estrés emocional, deterioro físico, carga financiera, alteraciones en la calidad de vida y cambios en los comportamientos de salud (Albrecht et al., 2022; Johnston et al., 2024; Sánchez Ramírez & Silva Espín, 2024; Son et al., 2023; Soriano et al., 2022). Revisiones sistemática en oncología confirman que la carga del cuidador se relaciona con mayor distres psicológico, necesidades no satisfechas y disminución del bienestar general (Molassiotis & Wang, 2022; Thana et al., 2021). Factores como ser mujer, vínculo conyugal o filial, mayor número de horas de cuidado, problemas financieros, escaso apoyo psicosocial y familias disfuncionales se asocian consistentemente con mayores niveles de sobrecarga (Sánchez Ramírez & Silva Espín, 2024).

Aunque la literatura oncológica ha documentado ampliamente las consecuencias emocionales del cuidado, ha prestado menos atención a las conductas de riesgo adoptadas por los cuidadores como respuesta al estrés crónico Kent et al. (2016) señalaron la necesidad de ampliar la investigación hacia los comportamientos de salud del cuidador, incluido el consumo de alcohol, debido a su impacto potencial en la salud del cuidador y en la calidad del cuidado brindado.

Estudios en cuidadores de personas con cáncer muestran que una proporción relevante presenta consumo problemático de alcohol y que este se asocia con mayores niveles de sobrecarga. En un estudio multicéntrico en Reino Unido, el 8% de los cuidadores presentó tamizaje positivo en el AUDIT, y quienes reportaron consumo problemático mostraron puntajes significativamente más altos en sobrecarga (Webber et al., 2020). Sin embargo, estos estudios no modelaron de forma integrada la interacción entre sobrecarga y estilos de afrontamiento.

La literatura generada sobre el ser cuidador (caregiving) aporta elementos explicativos adicionales. Rospenda et al. (2010) demostraron que las dimensiones de sobrecarga social y emocional - más que la carga física objetiva - se asocian con consumo problemático de alcohol (Rospenda et al., 2010). Estos hallazgos sugieren que la experiencia subjetiva del estrés, particularmente la tensión relacional y emocional, podría activar estrategias de afrontamiento basadas en el uso del alcohol. De forma consistente, investigaciones recientes indican que estilos de afrontamiento disfuncionales, como la evitación y la desregulación emocional, incrementan la probabilidad de consumo peligroso en cuidadores expuestos a alta demanda emocional (Hernández-Chilatra et al., 2024).

En situaciones de crisis, como la pandemia por COVID-19, se observó un aumento del consumo de sustancias como mecanismo de afrontamiento entre cuidadores, especialmente en presencia de insomnio, ansiedad y depresión (Varma et al., 2024). Estos hallazgos refuerzan la hipótesis de que el consumo de alcohol puede constituirse en una respuesta conductual ante la sobrecarga sostenida.

La evidencia ha mostrado que la morbilidad en cuidadores familiares se incrementa conforme aumenta el nivel de sobrecarga experimentada, lo que no solo impacta su bienestar emocional y físico, sino que también puede constituirse en un factor de riesgo para la adopción o recurrencia de conductas no saludables, como el consumo de alcohol (Kassem et al., 2022). En el contexto oncológico, Webber et al. (2020) encontraron que los puntajes más elevados en escalas de sobrecarga se asociaron de manera significativa con mayor frecuencia y severidad del consumo de alcohol, lo que sugiere que la experiencia sostenida de carga podría actuar como un factor desencadenante o amplificador de patrones de uso problemático.

No obstante, persisten vacíos relevantes. Primero, la investigación oncológica ha priorizado variables como depresión, calidad de vida y apoyo social, pero ha integrado escasamente la tríada sobrecarga, afrontamiento y consumo de alcohol en un modelo analítico. Segundo, aunque existen estudios en Europa y Norteamérica, la evidencia en contextos latinoamericanos es limitada, pese a que el consumo de alcohol puede estar culturalmente normalizado como forma de socialización y regulación emocional. Tercero, faltan estudios correlacionales que permitan examinar estas asociaciones y generar hipótesis verificables que orienten intervenciones preventivas.

En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo determinar la relación entre el nivel de sobrecarga del cuidador, los estilos de afrontamiento y el consumo de alcohol en cuidadores de personas con cáncer. Con base en la literatura revisada, se plantean las siguientes hipótesis: mayores niveles de sobrecarga se asocian con mayor consumo de alcohol; los estilos de afrontamiento disfuncionales se asocian positivamente con el consumo de alcohol; y la combinación de alta sobrecarga y afrontamiento disfuncional se asocia con mayor probabilidad de consumo problemático.

Método

Diseño del estudio y participantes

El diseño de este estudio fue descriptivo y correlacional. La población estuvo conformada por cuidadores de personas con diagnóstico de cualquier tipo de cáncer de ambos sexos

del estado de Chihuahua. Se utilizó un muestreo probabilístico sistemático con intervalo k = 3. El marco muestral estuvo conformado por los cuidadores potenciales identificados en las salas de espera de instituciones públicas de segundo y tercer nivel durante el periodo de recolección. Los posibles participantes se incorporaron en un listado consecutivo conforme se detectaron y cumplieron criterios de elegibilidad en orden temporal de llegada (Polit & Beck, 2017). Se seleccionó un orden aleatorio y posteriormente se invitó a participar a uno de cada tres cuidadores elegibles hasta completar el tamaño muestral de 172 participantes con base a los criterios de inclusión: ser cuidador familiar principal de una persona con diagnóstico de cáncer, tener 18 años o más y no recibir remuneración por el cuidado.

La participación voluntaria se consideró un requisito ético adicional y no sustituyó el cumplimiento de los criterios de inclusión. Solo los cuidadores que cumplieron los criterios fueron invitados a participar; posteriormente, quienes aceptaron firmaron el consentimiento informado. No se incluyeron participantes que, aún mostrando interés, no cumplieran con los criterios previamente establecidos, rechazaron participar o entregaron cuestionarios con datos faltantes en los instrumentos.

Intrumentos

Se utilizó la ficha de caracterización de la diada cuidador-persona con enfermedad crónica GCPC-UN-D (Chaparro et al., 2014), que contiene 42 ítems organizados en tres dimensiones: condiciones de la diada incluido su perfil socio demográfico, percepción de carga y apoyo, y medios de información y comunicación con que cuenta la diada. Esta ficha contiene dos secciones, una para la persona enferma y otra para el cuidador, para este estudio solo se aplicó la sección del cuidador, la cual está integrada por 11 ítems de identificación de sus condiciones y su perfil personal y sociodemográfico tales como sexo, edad, años de escolaridad, procedencia, lugar de residencia, estado marital, ocupación, estrato socioeconómico, si cuida o no a la persona a su cargo desde el momento de su diagnóstico y religión. De igual forma para este estudio, se incluyó 1 ítem que correspondía al consumo actual de alcohol con opciones de respuesta de si, no y ocasionalmente.

Escala de sobrecarga de Zarit (Marín et al., 1996) consta de 22 ítems con patrón de respuesta escala tipo Likert de 5 opciones (1= *Nunca* a 5=*casi siempre*) cuya puntuación va desde 22 a 110 puntos y los resultados se interpretan en tres categorías: Ausencia de sobrecarga menor o igual a 46 puntos, sobrecarga ligera de 47 a 55 puntos y sobrecarga intensa mayor o igual a 56 puntos. Este instrumento se ha utilizado en cuidadores primarios informales de niños con alguna enfermedad crónica degenerativa en México, con un alfa de Cronbach de 0,84 (Pardo et al., 2014) y para el presente estudio se tuvo un valor de ,90. Así como en cuidadores primarios de pacientes con cáncer con un rango de edad de 18 a 82 años del Hospital Juárez de México (Valencia et al., 2017).

El Brief COPE (*Coping Orientation to Problems Experienced Inventory*) de Carver (1997) consta de 28 ítems distribuidos en 14 subescalas: autodistracción, afrontamiento activo, negación, uso de sustancias, uso de apoyo emocional, uso de apoyo instrumental, desconexión conductual, desahogo, reencuadre positivo, planificación, humor, aceptación, religión y autoculpabilización. Contiene cuatro opciones de respuesta referidas a la frecuencia con que la persona lleva a cabo una acción o tiene un pensamiento, en una escala ordinal tipo Likert que va de 0 = *nunca* a 3 = *siempre*. El instrumento permite clasificar tres estilos de afrontamiento: afrontamiento centrado en el problema, afrontamiento centrado en la emoción y afrontamiento disfuncional. Este instrumento ha sido ampliamente utilizado para evaluar estrategias de afrontamiento y ansiedad en cuidadores de pacientes con cáncer paliativo (Álvarez Pérez & Parra Rodríguez, 2019), capacidad de cuidado, carga, estrés y afrontamiento en cuidadores familiares de personas en tratamiento de cáncer (Coppetti et al., 2019), así como estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores de pacientes con cáncer (Long et al., 2020), con un alfa de Cronbach de α = ,93. En el presente estudio, el alfa de Cronbach fue de α = ,78.

El Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT; *Alcohol Use Disorders Identification Test*) de Babor et al. (2001) consta de 10 ítems en escala tipo Likert de 0 a 4 puntos, con una puntuación total de 0 a 40; a mayor puntuación, mayor consumo de alcohol. Se utilizaron los puntos de corte recomendados: 0–7, consumo de bajo riesgo o abstinencia; 8–15, consumo de riesgo; 16–19, consumo perjudicial; y ≥ 20, probable dependencia. El AUDIT se ha validado en el contexto mexicano con un alfa de Cronbach de α = ,81 (Villamil et al., 2009). En el presente estudio, el alfa de Cronbach fue de α = ,89.

Procedimiento y ética

Se contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México, con el número de registro FAEN-D-1761, así como con el aval de los directivos de las instituciones de atención en cáncer de la ciudad de Chihuahua. Los datos fueron recolectados entre febrero y mayo de 2022 en salas de espera de instituciones públicas de salud de segundo y tercer nivel de atención. Como parte del proceso de consentimiento informado, se informó a todos los participantes sobre el objetivo del estudio, sus derechos y la posibilidad de retirarse en el momento que lo consideraran. El estudio se apegó a las consideraciones éticas establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México (Secretaría de Salud, 1987).

Análisis de los datos

Se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21 para Windows. Para el analisis descriptivo se calcularon frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y dispersión. La prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors indicó que los datos seguían una distribución normal, por lo cual se optó por utilizar pruebas no paramétricas. Para comparar las variables según el consumo de alcohol, se aplicó la prueba de U de Mann-Whitney. Así mismo, para analizar la relación entre las variables, se empleó el coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados

Características sociodemograficas de los cuidadoras de personas con cáncer

El perfil fue de una mayor proporcion de mujeres cuidadoras (73,3%), con un promedio de edad de 39 años (DE=12,8), 47,1% casadas, 32% solteras. En cuanto a la ocupación el 63,4% eran empleadas, el 20,9% se dedica al hogar y 11,6% trabajan de manera independiente. La mayoría de las cuidadoras son de religión católica (85,5%), los principales parentescos con la persona con cáncer son ser hijas(os) (37,2%), madres (19,2%) y hermanos (16,9%). En relación con el tiempo de cuidado en promedio fue de 12,5 meses (DE=14,2) y 9,7 horas de cuidado por día (DE=8,17). Las mayoría de las personas con cáncer a cargo de los cuidadores eran mujeres (75%) mayores de 50 años. Los tipos de cáncer más frecuentes fueron: mama (38%), cervicouterino (13%), próstata (8%) y estómago (7%). Predominaron vínculos cercanos como ser madres (24%), hijas (23%), hermanas (10%) de sus cuidadoras; y cuidaban desde el diagnóstico, con un tiempo entre uno y siete años.

Sobrecarga, estilos de afrontamiento y consumo de alcohol

Con base en los puntos de corte del instrumento, el 75% de las cuidadoras presentaron un nivel de sobrecarga intenso, mientras que el 25% reportó una sobrecarga ligera. De manera específica, los ítems que muestran mayor carga tenían relación con que *piensan que podrian cuidar mejor a su familiar* (29,1%), que n*o tiene suficientes ingresos económicos para cuidar a su familiar* (17,4%), que *tienen miedo sobre el futuro de su familiar* (17,4%), que *siente que su vida social se ha visto afectada* (16,9%), y que *desean poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona* (15,1%).

En términos generales, los cuidadores presentaron una mayor tendencia al afrontamiento centrado en el problema con una media de 50,8 (DE=21,1), seguido del afrontamiento centrado en la emoción, con una media de 46,7 (DE=17,5) y en menor medida del afrontamiento disfuncional, con una media de 39 (DE=36,1).

Al analizar los ítems específicos de afrontamiento centrado en el problema, el 45,3% de las cuidadoras *toman medidas para mejorar la situación*; el 37,2% *concentra sus esfuerzos en actuar sobre el problema*; el 36,6% i*ntenta desarrollar una estrategia sobre qué hacer*, y el 34,9% *reflexiona cuidadosamente sobre los pasos a seguir*.

Respecto al afrontamiento centrado en la emoción, el 29,7% de las cuidadoras *trata de encontrar algo positivo en la experiencia*, un porcentaje similiar afirma que *ha aprendido a vivir con la situación*. Además, el 27,3% *busca orientación o consejo*, y el 21,5% *obtiene apoyo emocional de otras personas*.

En cuanto al afrontamiento disfuncional, el 33,7% *recurre al trabajo u otras actividades para distraerse*, el 30,2% *expresa abiertamente sus emociones negativas*, el 28,5% *busca evadir la situación mediante entretenimiento (cine o televisión)*, el 21,5% *tiende a la autocrítica*, mientras que un 22,1% *utiliza alcohol u otras drogas para sentirse mejor* y un 17,4% *lo hace con el proposito específico de sobrellevar la situación*.

Respecto al consumo de alcohol, el 36% de los cuidadores indicó que consume actualmente bebidas alcoholica (IC 95% [29, 43]). De acuerdo a la clasificación de tipos de consumo, el 32% (IC 95% [25, 39]) presentó un consumo de riesgo, el 22% (IC95% [15, 28]) mostró signos de dependencia y el 16% (IC 95% [10, 21]) fue clasificado como consumo perjudicial. En relación con el número de bebidas consumidas en un día típico 20% consume entre 1 o 2 bebidas, 32,3% entre 3 a 4 bebidas, 23,1% entre 5 a 6 bebidas y 24,7% consume más de 7 bebidas.

Comparación de niveles de sobrecarga y afrontamiento entre consumidores y no consumidores de alcohol

La prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney evidenció diferencias estadísticamente significativas entre los entre cuidadores con consumo actual de alcohol (sí) y sin consumo actual (no). En particular, los cuidadores que reportaron consumo de alcohol mostraron mayores niveles de sobrecarga y una mayor tendencia a utilizar estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y disfuncionales, en comparación con quienes no consumen alcohol (Tabla 1).

Correlaciones entre sobrecarga, afrontamiento y consumo de alcohol

Según los resultados de analisis de correlación de Spearman presentados en la Tabla 2, se identificó una relación positiva y significativa entre la sobrecarga y el consumo de alcohol, evaluado evaluado por la puntuación total del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (rs=,168, p=,027), lo que indica que a mayor nivel de sobrecarga, mayor consumo de alcohol reportado por los cuidadores. En contraste, se observaron correlaciones negativas significativas entre el consumo de alcohol y dos estilos de afrontamiento: el afrontamiento centrado en la emoción (rs= -,190, p=,013) y el afrontamiento disfuncional (rs= -,206,

Tabla 1
Contraste de medianas de sobrecarga y estilos de afrontamiento según consumo actual de alcohol (prueba U de Mann-Whitney)

Variable	Consumo de alcohol	*n*	x̄=	*Mdn*	*DE*	*U*	*Valor de p*
Síndrome de Sobrecarga	No	110	62,05	61,00	9,88	2736,0	,031
	Si	62	65,08	63,00	9,04		
Afrontamiento centrado al problema	No	110	53,88	52,77	18,91	2749,0	,034
	Si	62	45,51	44,44	23,86		
Afrontamiento centrado en la emoción	No	110	49,72	50,00	15,62	2594,0	,009
	Si	62	41,55	38,33	19,70		
Afrontamiento disfuncional	No	110	41,01	38,88	12,73	2551,0	,006
	Si	62	35,48	33,33	13,21		

Nota. $\bar{x}$= media, Mdn= mediana, DE = desviación estándar, U= U de Mann Whitney, p= significancia, n=total de observaciones. $\bar{x}$

Tabla 2
Matriz de Correlación de Spearman para las variables de síndrome de sobrecarga, estilos de afrontamiento y consumo de alcohol (AUDIT)

Variable	Consumo de alcohol	*Valor de p*
Síndrome de sobrecarga	r_s=,168*	,027
Afrontamiento centrado al problema	r_s =-,130	,090
Afrontamiento centrado en la emoción	r_s =-,190*	,013
Afrontamiento disfuncional	r_s =-,206*	,007

Nota. *Coeficientes de correlación significativos (p=0,05), r_s= Coeficiente de correlación de Speraman.

p=,007). Estos hallazgos sugieren que a mayor uso de estrategias emocionales o disfuncionales de afrontamiento, menor es el consumo de alcohol en esta muestra de cuidadores. Estos resultados indican que en todo el grupo de cuidadores, quienes usan afrontamiento emocional no necesariamente tienen mayor severidad en el AUDIT.

Discusión

El estudio pretendía determinar la relación entre el nivel de sobrecarga de cuidadores de personas con cáncer y consumo de alcohol, los estilos de afrontamiento y el consumo de alcohol en cuidadores de personas con cáncer. Los resultados muestran que una proporción elevada de cuidadores presentaba sobrecarga intensa y que el consumo actual es frecuente en esta población, con una fracción relevante clasificada dentro de niveles de riesgo, dependencia o consumo perjudicial. De manera consistente con la hipotesis planteada, se identificó una asociación positiva entre mayor sobrecarga y mayor consumo de alcohol. Asi mismo, se observaron diferencias significativas en los niveles de sobrecarga y en el uso de determinadas estrategias de afrontamiento entre cuidadores consumidores. En conjunto, estos hallazgos sugieren que el consumo de alcohol podría estar vinculado a la experiencia subjetiva de carga del cuidado y a los repertorios de afrontamiento utilizados por los cuidadores, aportando evidencia empírica inicial sobre esta triada en el contexto oncológico.

En esta muestra predominaron mujeres, en su mayoría casadas, con empleo remunerado o dedicadas al hogar, quienes asumían el cuidado durante periodos prolongados y por más de ocho horas diarias. Este perfil coincide con la caracterización ampliamente descrita del cuidador informal en oncología, donde el sexo femenino y el parentesco cercano -hijas, madres o cónyuges- concentran la responsabilidad del cuidado y se asocian con mayores niveles de carga emocional (Sánchez Ramírez & Silva Espín, 2024). La evidencia internacional confirma que ser mujer, ser cónyuge o familiar cercano, y combinar el trabajo remunerado con el cuidado se asocian con mayor sobrecarga y sintomatología psicológica (Chavarri Guerra et al., 2022; Combita & Chaparro, 2021; Ignat et al., 2025; Son et al., 2023). En conjunto, estos factores estructurales refuerzan la vulnerabilidad diferencial de las cuidadoras frente al desgaste asociado al rol.

Uno de los factores asociados con la sobrecarga del cuidador es el número de horas dedicadas al cuidado. En la muestra analizada, los cuidadores reportaron un promedio de 9.7 horas diarias de atención, lo que equivale aproximadamente a 68 horas semanales. Esta intensidad horaria implica una exposición sostenida a demandas físicas y emocionales que pueden incrementar el desgaste acumulativo. La carga se intensifica particularmente cuando los tratamientos oncológicos requieren hospitalizaciones o atención ambulatoria frecuente, dado que el cuidador debe mantener vigilancia constante de los síntomas, acompañar a consultas especializadas y participar activamente en procesos terapéuticos y de rehabilitación (Semere et al., 2021).

Los resultados de este estudio muestran que más de la mitad de los cuidadores se encuentran experimentando un nivel de sobrecarga de intensa, esto se debe a que un cuidador de una persona con cáncer tiene alta carga aso-

ciada al tratamiento que implica esfuerzo físico y mental y los niveles de incertidumbre inciden en la falta de esperanza, (Guan et al., 2021). Esto coincide con estudios que reportan síndrome de sobrecarga severa en cuidadores de adultos mayores con cáncer en estadios avanzados presenten consecuencias potencialmente negativas para su salud física y mental (Faronbi, 2018; Soriano et al., 2022).

En relación con la interacción entre sobrecarga y afrontamiento, Faronbi (2018) reportó que la carga del cuidador se asocia con distintos estilos de afrontamiento -centrado en el problema, centrado en la emoción y disfuncional- lo que respalda la noción de que el incremento de las demandas del cuidado puede activar diversos repertorios adaptativos y desadaptativos. En nuestra muestra, predominó el afrontamiento centrado en el problema, seguido del centrado en la emoción y, en menor medida, del disfuncional, patrón consistente con la literatura. No obstante, al analizar su relación con el consumo de alcohol, se observó una asociación negativa entre el uso de estrategias centradas en la emoción y estrategias disfuncionales, y la puntuación en el AUDIT. Este hallazgo sugiere que, en esta muestra, el mayor uso de estos estilos no se traduce necesariamente en mayor consumo de alcohol, y coincide con lo señalado por Bravo Bravo y Zuloaga Castellanos (2019), quienes identificaron que el uso de sustancias fue una de las estrategias de afrontamiento menos reportadas por los cuidadores. Estos resultados divergentes confirman la necesidad de seguir estudiando la relación entre las variables de la tríada, dado que los hallazgos aún no son concluyentes.

El consumo de alcohol suele clasificarse dentro de las estrategias de afrontamiento disfuncionales; no obstante esta categoría incluye un conjunto más amplio de respuestas evitativas o desadaptativas que no necesariamente implican el uso de sustancias (Long et al., 2020). Por lo tanto, el afrontamiento disfuncional no debe equipararse exclusivamente con consumo de alcohol, sino entederse como un repertorio conductual diverso frente al estrés. Además, factores sociales y culturales pueden influir en la forma en que los cuidadores gestionan la sobrecarga y en la probabilidad de recurir al consumo de sustancias. La disponibilidad de redes de apoyo podrían modular estas conductas. En contextos de mayor vulnerabilidad emocional tambien se han documentado la coexistencia o desplazamiento hacia otras sustancias como tabaco, canabis u opioides, lo que subraya la necesidad de un aboradaje integral de riesgo (Varma et al., 2024).

Por lo tanto, el hallazgo de que quienes usan el afrontamiento emocional no necesariamente tiene consumo problemático de alcohol indica que los cuidadores tambien enfrentan la sobrecarga mediante otras formas adaptativas, como la desvinculación conductual, la negación, la autodistracción, la autoculpabilización y el desahogo. Estas estrategias, si bien no incluyen necesariamente el uso de sustancias, pueden afectar negativamente el bienestar psicologico del cuidador. En este sentido, el estudio de Huertas et al. (2021) encontró que los cuidadores tienden a emplear afrontamientos desadaptativos y disfuncionales caracterizados por una menor búsqueda de apoyo social y una reducción de actividades recreativas o de ocio, lo cual puede profundizar el aislamiento y la carga emocional.

Aunque no todos los cuidadores desarrollaron dependencia por consumo de alcohol, la evidencia sugiere que el estrés asociado al rol puede incrementar la vulnerabilidad a su uso como estrategia de afrontamiento. Kassem et al. (2022) reportaron prevalencias relativamente bajas de trastorno por consumo de alcohol en cuidadores; sin embargo, estudios recientes muestran que en contextos de alta demanda emocional, como la pandemia por COVID-19, cerca del 20% de los cuidadores inició o aumentó el consumo de sustancias para afrontar el estrés (Varma et al., 2024). De forma consistente, Rospenda et al. (2010) y Hernández-Chilatra et al. (2024), encontraron que la carga emocional elevada y las dificultades de regulación emocional se asocian con mayor probabilidad de consumo peligroso de alcohol, y que este puede tener repercusiones en la dinámica cuidador-paciente (Ignat et al., 2025). En conjunto, estos hallazgos respaldan la necesidad de integrar el tamizaje del consumo y el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento adaptatitva dentro de los programas de apoyo a cuidadores.

De acuerdo con los resultados del presente estudio, se identificó una relación positiva y significativa entre el síndrome de sobrecarga y consumo de alcohol: a mayor sobrecarga mayor el consumo. En concreto, el 38% de los cuidadores reportaron consumo actual de alcohol, de los cuales un 22% presentó signos de dependencia y un 16% fue clasificado con consumo perjudicial. Estos hallazgos evidencian que el hábito de consumo de alcohol no solo está presente en la población cuidadora, sino que se asocia directamente con los niveles elevados de sobrecarga emocional y física derivados del rol de cuidado.

Esta relación es consistente con lo reportado por Webber et al. (2020), quienes encontraron que los puntajes de sobrecarga eran significantemente más altos en cuidadores que presentaban transtornos por consumo de alcohol, lo que refuerza la hipotesis del consumo como una estrategia de afrontamiento disfuncional ante el desgaste prolongado del cuidado.

Es importante mencionar que si bien esta relación de dos dimensiones tuvieron una asociación positiva entre la sobrecarga y el consumo de alcohol, realmente esta indicando que ambos fenómenos coexisten de manera significativa en esta muestra de cuidadores.

Ahora bien, dada la naturaleza transversal y correlacional del estudio del diseño, estos resultados no permiten establecer direccionalidad ni causalidad. La relación observada puede comprenderse como parte de un entramado más amplio de factores individuales y contextuales que influyen en la experiencia del cuidado. En contextos latinoamericnos, donde el cuidado suele asumirse como respon-

sabilidad familiar y el consumo de alcohol forma parte de prácticas socialmente normalizadas, es posible que dichos marcos culturales modulen la manera en que los cuidadores gestionan la sobrecarga.

Estas consideraciones deben entenderse como hipótesis interpretativas que requieren confirmación mediante estudios longitudinales o analíticos más robustos. Como señala la Murillo-Rojas (2021), el consumo de alcohol ha estado históricamente ligado a rituales, celebraciones y momentos colectivos, incluso en contextos de crisis social o pérdida de referentes culturales. En su estudio, advierte que la ausencia de entornos protectores y la normalización del consumo de alcohol en eventos familiares pueden facilitar tanto el inicio como la permanencia del consumo de sustancias psicoactivas. Además, al concebir la familia como un sistema donde los roles, afectos y normas interactúan, la cultura familiar puede legitimar o restringir ciertos comportamientos, incluido el consumo de alcohol. En este marco, el uso de bebidas alcohólicas en cuidadores podría estar influenciado no solo por la sobrecarga emocional del rol, sino también por una estructura cultural que integra el alcohol como parte del tejido social y afectivo, especialmente en celebraciones, duelos y rutinas compartidas.

Estos hallazgos resaltan la necesidad de desarrollar estrategias de intervención que reconozcan el rol de la cultura en los patrones de consumo de los cuidadores, en caso de que lo haya y tenga impacto en su calidad de vida. Es clave comprender su dimensión simbólica, afectiva y relacional dentro del sistema familiar. Las intervenciones en salud mental dirigidas a cuidadores deben incorporar enfoques culturales pertinentes, que no solo promuevan el afrontamiento saludable, sino de forma respetuosa aborde las prácticas normalizadas.

Estos resultados constituyen una aproximación inicial al fenómeno del consumo de alcohol en cuidadores de personas con cáncer. En esta muestra, la sobrecarga se asoció de manera positiva con la severidad del consumo de alcohol, lo que sugiere que ambos fenómenos coexisten en una proporción relevante de cuidadores. Asi mismo, se observaron diferencias en los estilos de afrontamiento y severidad del consumo que no mostró un patron lineal consistente. Dado el carácter descriptivo y correlacional del estudio, estos hallazgos no permiten establecer direccionalidad, pero sí señalan la importancia de incluir el tamizaje del consumo de alcohol y la evaluación de la sobrecarga dentro de los programas de acompañamiento a cuidadores. En este sentido, fortalecer las estrategias de afrontamiento adaptatitivas y brindar apoyo psicosocial oportuno puede contribuir a abordar integralemente las dimensiones emocionales y conductuales en el cuidado en contextos de cronicidad.

Implicaciones

Entre las implicaciones prácticas de los resultados del presente estudio se destaca la necesidad de visibilizar el consumo de alcohol como posible factor de riesgo dentro de los programas y políticas de cuidado, especialmente en contextos familiares donde el rol del cuidador está atravesado por altos niveles de sobrecarga emocional. Aunque los hallazgos no permiten establecer conclusiones definitivas, sí abren una línea de análisis relevante sobre los componentes culturales asociados al consumo de alcohol, particularmente en relación con los procesos de duelo que experimentan tanto el cuidador como la persona a su cargo. Esta dimensión simbólica del consumo ha sido escasamente abordada en la literatura científica, por lo que se requiere profundizar en investigaciones que exploren estos vínculos desde un enfoque culturalmente contextualizado. Asimismo, es importante señalar que los resultados obtenidos en esta muestra no son generalizables a otras poblaciones y deben ser interpretados como un primer acercamiento que invita a validar y contrastar estos hallazgos en estudios futuros, particularmente en el contexto latinoamericano.

Limitaciones

Es importante señalar que este estudio presenta limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En particular, el uso de instrumentos autoaplicados pudo haber influido en la precisión de las respuestas, debido a posibles sesgos de deseabilidad social, errores de recuerdo o autopercepción, lo que podría afectar la estimación tanto del consumo de alcohol como del nivel de sobrecarga reportado por los participantes.

Adicionalmente, el carácter transversal del estudio limita la posibilidad de establecer relaciones causales entre las variables analizadas, permitiendo únicamente identificar asociaciones estadísticas en el momento de la medición. Estas consideraciones deben tomarse en cuenta al extrapolar los hallazgos a otros contextos o poblaciones.

Se recomienda que futuras investigaciones empleen diseños longitudinales y múltiples fuentes de información para fortalecer la validez de los hallazgos.

Conclusiones

Los resultados muestran que la mayoría de los cuidadores presentan sindrome de saobrecarga intensa y que el 36% reporta consumo de alcohol. En cuanto a los estilos de afrontamiento, se identificó una mayor tendencia al afrontamiento centrado en el problema, seguido de afrontamiento centrado en la emoción. En línea con el objetivo planteado, se encontró que a mayor nivel de sobrecarga, mayor es el consumo de alcohol, mientras que a un mayor uso de estrategias centradas en la emoción y afrontamiento disfuncional se asoció con menor severidad de consumo de alcohol.

Estos hallazgos ofrecen insumos relevantes para el diseño de intervenciones preventivas dirigidas a reducir la sobrecarga del cuidado, y abordar de manera oportuna el consumo de alcohol en este grupo. Asimismo, resaltan la

necesidad de profundizar en la comprensión de los estilos de afrontamiento disfuncionales utilizados por cuidadores principales de personas con cáncer, como parte de una respuesta compleja al desgaste emocional.

Conflicto de intereses

Las autoras y el autor declara la inexistencia de conflicto de intereses.

Contribución y autoría

MVB: Conceptualización, analisis formal, metodología, administracion del proyecto, recursos, redacción- borrador orginal.
LCHD: Supervisión, redacción – revisión y edición.
FRGF: Conceptualización, metodología, supervisión.

Declaración

Todas las ideas originales son de los autores del manuscrito. Se utilizó apoyo en el mejoramiento de la redacción y traducción del resumen mediante Inteligencia Artificial (IA) generativa con chatGPT 4º versión plus.

Referencias

Albrecht, T. A., Hoppe, R., & Winter, M. A. (2022). How caregivers cope and adapt when a family member is diagnosed with a hematologic malignancy: Informing supportive care needs. *Cancer Nursing*, *45*(6), E849–E855. https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001063

Álvarez Pérez, M. Y., & Parra Rodríguez, M. D. (2019). *Estrategias de afrontamiento en cuidadores primarios de niños(as) con cáncer de la Fundación Soñar en la ciudad de Cúcuta* [Trabajo de grado, Universidad de Pamplona].

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: Pautas para su utilización en atención primaria*. Organización Mundial de la Salud. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/AUDIT_spa.pdf

Bravo Bravo, L. Y., & Zuloaga Castellanos, K. M. (2019). *Sobrecarga y estrategias de afrontamiento al estrés en cuidadores de pacientes hospitalizados, de un nosocomio nivel II-2 de Chiclayo, agosto-diciembre 2018* [Tesis de licenciatura, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. Repositorio USAT. http://hdl.handle.net/20.500.12423/2245

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*(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

Chaparro, L., Sánchez, B., & Carrillo, G. M. (2014). Encuesta de caracterización del cuidado de la díada cuidador familiar-persona con enfermedad crónica. *Revista Ciencia y Cuidado*, *11*(2), 31–45.

Chavarri Guerra, Y., Ramos-Lopez, W. A., Sánchez-Román, S., Quiroz, P., Covarrubias-Gómez, A., Alcocer, N., Morales Alfaro, A., Jiménez Sotomayor, M. R., Gonzalez Salazar, R., Carrillo Bedoya, A., Jimenez Cruz, A. M., Carrillo, M., & Soto Pérez de Celis, E. (2022). (2022). Caregiver burden of patients with advanced cancer in Mexico [Abstract]. *Journal of Clinical Oncology*, *40* (28_suppl), 181. https://doi.org/10.1200/JCO.2022.40.28_suppl.181

Combita Zambrano, Á. M., & Chaparro Díaz, L. (2021). Vínculo de la persona con cáncer-cuidador familiar (díada) durante la hospitalización: Teoría fundamentada. *Duazary*, *18*(1), 45–56. https://doi.org/10.21676/2389783X.3830

Coppetti, L. de C., Girardon-Perlini, N. M. O., Andolhe, R., Silva, L. M. C. da, Dapper, S. N., & Noro, E. (2019). Caring ability, burden, stress and coping of family caregivers of people in cancer treatment. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *72*(6), 1541–1546. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0605

Faronbi, J. O. (2018). Correlate of burden and coping ability of caregivers of older adults with chronic illness in Nigeria. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *32*(4), 1288–1296. https://doi.org/10.1111/scs.12572

Guan, T., Qan'ir, Y., & Song, L. (2021). Systematic review of illness uncertainty management interventions for cancer patients and their family caregivers. *Supportive Care in Cancer*, *29*(8), 4623–4640. https://doi.org/10.1007/s00520-020-05931-x

Hernandez-Chilatra, J. A., Browning, W. R., Yildiz, M., Sullivan, T. P., & Pickering, C. E. (2024). Emotion regulation, coping strategies, and hazardous drinking among family caregivers of people with Alzheimer's disease and related dementias. *Research in Gerontological Nursing*, *17*(2), 81–90. https://doi.org/10.3928/19404921-20240229-02

Huertas-Domingo, C., Márquez-González, M., Cabrera, I., Barrera-Caballero, S., Pedroso-Chaparro, M. del S., Romero-Moreno, R., & Losada-Baltar, A. (2021). Sociocultural influences on the feeling of loneliness of family caregivers of people with dementia: The role of kinship. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(9), 4700. https://doi.org/10.3390/ijerph18094700

Ignat, L. A., Tipa, R. O., Cehan, A. R., & Bacârea, V. C. (2025). Caregiver-patient dynamics in alcohol use disorders: A cross-sectional study. *Cureus*, *17*(8), e91272. https://doi.org/10.7759/cureus.91272

Johnston, E. A., Collins, K. E., Vicario, J. N., Sibthorpe, C., Ireland, M. J., & Goodwin, B. C. (2024). Changes in rural caregivers' health behaviors while supporting someone with cancer: A qualitative study. *Cancer Medicine*, *13*(7), e7157. https://doi.org/10.1002/cam4.7157

Kassem, M., Rahme, C., Hallit, S., & Obeid, S. (2022). Is the presence of a psychiatric patient at home associated with higher addictions (alcohol, cigarette, and waterpipe dependence) in caregivers? The role of work fatigue, mental illness, spirituality, and religiosity. *Perspectives in Psychiatric Care*, *58*(1), 383–394. https://doi.org/10.1111/ppc.12804

Kent, E. E., Rowland, J. H., Northouse, L., Litzelman, K., Chou, W.-Y. S., Shelburne, N., Timura, C., O'Mara, A., & Huss, K. (2016). Caring for caregivers and patients: Research and clinical priorities for informal cancer caregiving. *Cancer*, *122*(13), 1987–1995. https://doi.org/10.1002/cncr.29939

Long, N. X., Ngoc, N. B., Phung, T. T., Linh, D. T. D., Anh, T. N., Hung, N. V., Thang, N. T., Lan, N. T. M., Trang, V. T., Thuong, N. H., Van Hieu, N., & Van Minh, H. (2020). Coping strategies and social support among caregivers of patients with cancer: A cross-sectional study in Vietnam. *AIMS Public Health*, *8*(1), 1–14. https://doi.org/10.3934/publichealth.2021001

Marín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L. C., Rico, J. M., Lanz, P., & Taussing, M. I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista multidisciplinaria de Gerontología*, 6(4), 338–346.

Molassiotis, A., & Wang, M. (2022). Understanding and supporting informal cancer caregivers. *Current Treatment Options in Oncology*, *23*(4), 494–513. https://doi.org/10.1007/s11864-022-00955-3

Montero Pardo, X., Jurado Cárdenas, S., Valencia Cruz, A., Méndez Venegas, J., & Mora Magaña, I. (2014). Escala de carga del cuidador de Zarit: Evidencia de validez en México. *Psicooncología*, *11*(1), 71–85. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44918

Murillo-Rojas, G. L. (2021). *Familia y consumo de sustancias psicoactivas: Un análisis de la dinámica relacional familiar desde el enfoque sistémico* [Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Familia, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio Institucional Universidad Pontificia Bolivariana. https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/11362

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Nota descriptiva Día Mundial contra el Cáncer 2022: Por unos cuidados más justos*. https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-contra-cancer-2022-por-unos-cuidados-mas-justos

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.

Rospenda, K. M., Minich, L. M., Milner, L. A., & Richman, J. A. (2010). Caregiver burden and alcohol use in a community sample. *Journal of Addictive Diseases*, *29*(3), 314–324. https://doi.org/10.1080/10550887.2010.489450

Sánchez Ramírez, I. del P., & Silva Espín, E. S. (2024). Factores asociados a sobrecarga emocional en cuidadores primarios informales de pacientes oncológicos en etapa terminal: Una revisión de la literatura. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, *5*(2), 424–450. https://doi.org/10.56712/latam.v5i2.1886

Secretaría de Salud. (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud*. https://salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html

Semere, W., Althouse, A. D., Rosland, A.-M., White, D., Arnold, R., Chu, E., Smith, T. J., & Schenker, Y. (2021). Poor patient health is associated with higher caregiver burden for older adults with advanced cancer. *Journal of Geriatric Oncology*, *12*(5), 771–778. https://doi.org/10.1016/j.jgo.2021.01.002

Son, H., Dionne-Odom, J. N., & Demark-Wahnefried, W. (2023). The self-care practices of family caregivers of persons with poor prognosis cancer: Differences by varying levels of caregiver well-being and preparedness. *Psycho-Oncology*, *32*(7), 1038–1047. https://doi.org/10.1007/s00520-017-3650-7

Soriano-Ursúa, I. G., Castrejón-Salgado, R., Ávila-Jiménez, L., León-Mazón, M. A., Toledano-Jaimes, C. D., Albavera-Hernández, C., Medina-Galicia, C. N., & Espín-Paredes, E. (2022). Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con cáncer terminal. *Atención Familiar*, *29*(2), 85–90. https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2022.2.82030

Thana, K., Lehto, R., Sikorskii, A., & Wyatt, G. (2021). Informal caregiver burden for solid tumour cancer patients: A review and future directions. *Psychology & Health*, *36*(12), 1514–1535. https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1867136

Valencia, M. C., Meza-Osnaya, G., Pérez-Cruz, I., Cortes-Campero, N., Hernández-Ovalle, J., Hernández-Paredes, P., Juárez-Romero, K., Chino-Hernández, B., & Romero-Figueroa, M. S. (2017). Factores que intervienen en la sobrecarga del cuidador primario del paciente con cáncer. *Revista de Calidad Asistencial*, *32*(4), 221–225. https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.11.003

Varma, P., DePadilla, L., Czeisler, M. É., Rohan, E. A., Weaver, M. D., Quan, S. F., Robbins, R., Patel, C. G., Melillo, S., Drane, A., Winnay, S. S., Lane, R. I., Czeisler, C. A., Howard, M. E., Rajaratnam, S. M. W., & Matjasko, J. L. (2024). Substance use and help seeking as coping behaviors among parents and unpaid caregivers of adults in the United States during the COVID-19 pandemic. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *50*(6), 851–863. https://doi.org/10.1080/00952990.2024.2394970

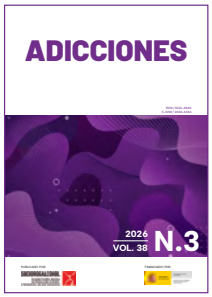
Villamil Salcedo, V., Valencia Collazos, M., Medina-Mora Icaza, M. E., & Juárez García, F. (2009). Validación de la Prueba de Identificación de Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol (AUDIT) en pacientes mexi-

canos con esquizofrenia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *26*(4), 283–289. https://doi.org/10.1590/S1020-49892009001000001

Webber, K., Davies, A. N., Leach, C., & Bradley, A. (2020). Alcohol and drug use disorders in patients with cancer and caregivers: Effects on caregiver burden. *BMJ Supportive & Palliative Care*, *10*(2), 242–247. https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-002127

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

ADICCIONES
2026 ■ VOL. 38 ■ N. 3 ■ PÁGS. 165–174
www.adicciones.es



ORIGINAL

Mortalidad prematura registrada por trastornos por uso de sustancias en España según registros de defunción: Diferencias por sexo y tipo de sustancia

Premature mortality recorded with mention of substance use disorders in Spain according to death records: Sex- and substance-specific differences

José María Rosales-Crespo*; Carolina Lagares-Franco**; José Almenara-Barrios***; Antonio Linares-Cobacho*; Cristina O´Ferrall-González****.

* Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental, Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz, España.

** Departamento de Estadística e Investigación Operativa, Universidad de Cádiz, Cádiz, España.

***Departamento de Biomedicina, Biotecnología y Salud Pública, Universidad de Cádiz, Cádiz, España.

**** Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Cádiz, Cádiz, España.

Resumen

Los trastornos por uso de sustancias (TUS) son una causa relevante de muerte prematura, aunque su impacto suele subestimarse cuando se valora solo el número de defunciones. Este estudio empleó tres indicadores de mortalidad prematura —Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP), promedio de APVP por defunción (APVPM) y esperanza de vida al fallecimiento (EV)— para cuantificar la mortalidad prematura registrada con mención de TUS en los certificados de defunción y analizar las diferencias por sexo y tipo de sustancia en España entre 2016 y 2020. Se realizó un estudio observacional retrospectivo utilizando los registros nacionales de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística, incluyendo las defunciones en las que figuró, en cualquier posición del certificado, algún código CIE-10 correspondiente a TUS (F10–F19). La mortalidad prematura se estimó mediante los APVP, que expresan los años de vida no vividos respecto a una edad límite, y se calcularon también el APVPM y la EV, estratificados por sexo y tipo de sustancia. Se registraron 13.772 defunciones con mención de TUS (75,1% en hombres), que concentraron 184.158 APVP, con una media de 17,3 años perdidos por fallecimiento. Las drogas ilegales y el policonsumo presentaron valores más elevados de APVPM y menor EV, mientras que alcohol y tabaco concentraron una carga mayor, aunque a edades más avanzadas. La EV fue de 66,6 años, inferior a la población general. Los resultados describen una elevada carga de mortalidad prematura en defunciones con mención de TUS y patrones diferenciados por sexo y sustancia. El uso de indicadores como los APVP puede ser útil para complementar la vigilancia epidemiológica y orientar la planificación preventiva y asistencial.

Palabras clave: trastornos por uso de sustancias, mortalidad prematura, años potenciales de vida perdidos, esperanza de vida, diferencias de sexo, España

Abstract

Substance use disorders (SUDs) are a significant cause of premature death, although their impact is often underestimated when only the number of deaths is considered. This study used three premature mortality indicators—Potential Years of Life Lost (PYLL), mean PYLL per death (mPYLL), and life expectancy at death (LE)—to quantify premature mortality with documented mention of substance use disorders on death certificates and to analyze differences by sex and substance type in Spain between 2016 and 2020. A retrospective observational study was conducted using national mortality records from the Spanish National Statistics Institute, including deaths in which an ICD-10 code corresponding to substance use disorders (F10–F19) appeared anywhere on the death certificate. Premature mortality was estimated using PYLL, which represent the years of life not lived relative to an age limit, and mPYLL and LE were also calculated, stratified by sex and substance type. A total of 13,772 deaths with mention of substance use disorders (75.1% in men), accounting for 184,158 PYLL, with a mean of 17.3 years lost per death. Illegal drugs and polydrug use showed higher mPYLL and lower LE values, whereas alcohol and tobacco accounted for a higher overall burden but at older ages. LE was 66.6 years, lower than that of the general population. The findings describe a high burden of premature mortality recorded with mention of substance use disorders, with distinct patterns by sex and substance. The use of indicators such as potential years of life lost may help strengthen epidemiological surveillance and inform prevention and care strategies.

Keywords: substance use disorders, premature mortality, potential years of life lost, life expectancy, sex differences, Spain

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

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ **Enviar correspondencia a:**
Carolina Lagares Franco. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Avda. Ana de Viya, 52: 11009, Cádiz.
Email: carolina.lagares@uca.es

Los trastornos por uso de sustancias (TUS) constituyen un problema de salud pública con importantes repercusiones sociales, sanitarias y económicas, además de un claro aumento de la morbimortalidad (World Health Organization [WHO], 2024). El consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas se asocia tanto con muertes directas por intoxicación o complicaciones médicas, como con un mayor riesgo de traumatismos, conductas violentas y enfermedades crónicas no transmisibles (Degenhardt et al., 2018; WHO, 2021).

A nivel mundial, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) estima que 296 millones de personas consumieron drogas en 2021, lo que equivale al 5,8% de la población global. El cannabis es la sustancia más utilizada, seguida de las anfetaminas y la cocaína (UNODC, 2023). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud calcula que el alcohol es responsable de unos 3 millones de muertes anuales (5,3% del total), mientras que el tabaco provoca más de 8 millones de fallecimientos cada año, incluyendo a más de un millón de personas no fumadoras expuestas al humo ajeno (WHO, 2021; WHO, 2024).

En Europa, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) registró 6.392 muertes por sobredosis en la Unión Europea en 2022, frente a 6.166 en 2021. Los opioides estuvieron presentes en aproximadamente el 74% de estos casos, aunque también se observa un incremento de fallecimientos vinculados al consumo de cocaína y al policonsumo, especialmente en personas de 40 a 59 años (EMCDDA, 2024).

En España, se estima que el 38,9% de la población adulta ha consumido alguna sustancia psicoactiva a lo largo de su vida (EMCDDA, 2024). Según el Observatorio Español de Drogas y Adicciones (OEDA), en 2022 se produjeron 800 muertes por sobredosis y más de 3.000 relacionadas con alcohol. Asimismo, el 25% de las muertes en accidentes de tráfico se produjeron bajo la influencia de drogas. En este contexto, el alcohol y el tabaco siguen siendo las sustancias con mayor impacto en términos de consumo y mortalidad, mientras que la cocaína continúa siendo la droga ilegal más extendida (OEDA, 2023).

Más allá de las cifras de consumo y mortalidad general, resulta esencial evaluar su impacto en términos de mortalidad prematura. Las personas con TUS presentan un riesgo mayor de fallecer a edades tempranas en comparación con la población general (Kim et al., 2025; Yukhnenko et al., 2023). A nivel global, se estima que los TUS causan cada año alrededor de 128.000 muertes y más de 18 millones de años de vida saludable perdidos (Global Burden of Disease [GBD], 2024; UNODC, 2023). Este exceso de mortalidad se atribuye a sobredosis, infecciones, complicaciones cardiovasculares y respiratorias, suicidio y otras consecuencias derivadas de conductas de riesgo (Rehm et al., 2017).

En este sentido, aunque los estudios internacionales han puesto de relieve el impacto de los TUS en la mortalidad prematura (Kim et al., 2025; Svensson et al., 2022), en España la evidencia sigue siendo escasa y, en su mayoría, anterior a 2016. Los estudios disponibles se han centrado en estimar la prevalencia, las cifras de mortalidad general o analizar sustancias y ámbitos geográficos concretos (De la Fuente et al., 2014; Fierro et al., 2010; Guitart et al., 2011; Marí-Dell'Olmo et al., 2015). Además, apenas existen análisis que examinen diferencias por sexo y tipo de sustancia, a pesar de que la literatura internacional muestra de forma consistente que los patrones de consumo y sus consecuencias difieren notablemente entre hombres y mujeres (EMCDDA, 2024; WHO, 2024).

Por todo lo anterior, este estudio analiza la mortalidad prematura registrada con mención de TUS en los certificados de defunción en España durante el periodo 2016–2020. Para ello se emplean indicadores específicos —Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP), promedio de APVP (APVPM) y Esperanza de Vida (EV)— estratificados por sexo y tipo de sustancia. El objetivo es aportar evidencia sobre la magnitud y las características de esta mortalidad registrada, con potencial utilidad para la vigilancia epidemiológica y la planificación en salud pública.

Método

Se realizó un estudio observacional retrospectivo basado en los registros de defunción ocurridos en España entre 2016 y 2020, proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Este periodo se seleccionó por corresponder a los datos más recientes disponibles con información completa y homogénea en el momento del análisis, y por permitir estimaciones más estables de los indicadores de mortalidad prematura mediante el uso de un intervalo multianual.

Se incluyeron todas las defunciones en las que, en alguna de las 42 causas de muerte codificadas en cada registro, figuraba un diagnóstico correspondiente a los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas, según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión (CIE-10) (WHO, 1992), concretamente los códigos F10-F19. Este grupo comprende los trastornos relacionados con alcohol (F10), opioides (F11), cannabinoides (F12), sedantes e hipnóticos (F13), cocaína (F14), otros estimulantes (F15), alucinógenos (F16), tabaco (F17), disolventes volátiles (F18) y consumo múltiple u otras sustancias (F19). Este enfoque incluye tanto la causa básica de defunción como las causas contribuyentes registradas en el certificado, lo que permite una mayor captación de casos, aunque introduce heterogeneidad en la atribución de la causa de muerte.

La elección de los códigos F10–F19 respondió a un criterio de especificidad, con el objetivo de identificar las defunciones en las que los TUS figuran explícitamente consignados en los certificados de defunción. Este enfoque

evita inferir su presencia a partir de causas potencialmente relacionadas en las que no puede confirmarse el trastorno, aunque no incluye todas las muertes atribuibles al consumo de sustancias. Por ello, los resultados deben interpretarse como mortalidad registrada con mención explícita de TUS en los certificados de defunción, y no como mortalidad atribuible total al consumo de sustancias.

Las variables analizadas fueron sexo, edad y tipo de sustancia. La mortalidad prematura se cuantificó mediante tres indicadores: Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) —años de vida no vividos respecto a una edad límite, que reflejan la pérdida global por muertes tempranas—, promedio de APVP por defunción (APVPM) —media de años perdidos por cada fallecimiento— y Esperanza de Vida (EV) —edad promedio que una persona podría alcanzar según las tasas de mortalidad observadas—. Para el cálculo de los APVP se estableció como intervalo de edad el comprendido entre 1 y 79 años, siguiendo los criterios metodológicos del INE, que define este indicador para dicho rango con el objetivo de estimar la mortalidad prematura y garantizar la comparabilidad entre causas de muerte. La utilización de este mismo intervalo permitió, además, calcular los indicadores de forma homogénea para el conjunto de las grandes causas de muerte incluidas en el análisis (INE, 2024).

Los APVP y APVPM se calcularon aplicando las fórmulas clásicas para estos indicadores (Gardner y Sanborn, 1990). Este procedimiento consiste en restar la edad de fallecimiento a la edad límite predefinida (79 años) y sumar posteriormente todas las diferencias. Este enfoque permite estimar tanto el total como el promedio de años de vida potencial perdidos, proporcionando una medida sensible del impacto real de la mortalidad prematura. La EV se estimó mediante el método de Sullivan, un procedimiento indirecto ampliamente utilizado en salud pública que combina las tasas de mortalidad específicas por edad con la estructura poblacional en tablas de vida. Este método ofrece una medida sintética de la esperanza de vida ajustada a la distribución real de la mortalidad, aportando una visión más precisa del efecto de los TUS sobre la duración media de la vida en la población afectada (Sullivan, 1971).

Los indicadores se calcularon estratificando por sexo y tipo de sustancia. Además, se compararon con los correspondientes a las 17 grandes causas de muerte definidas por el INE para el mismo periodo (INE, 2024), lo que permitió situar la carga de mortalidad prematura registrada por TUS en relación con el resto de causas de fallecimiento a nivel nacional. El análisis se planteó con un enfoque descriptivo orientado a caracterizar los valores observados en los registros nacionales de defunción.

Dado que el presente estudio analiza el conjunto de los registros nacionales de defunción con mención de trastornos por uso de sustancias en España durante el periodo 2016–2020, los resultados deben interpretarse como descripciones de un registro poblacional exhaustivo y no como estimaciones derivadas de una muestra. En coherencia con el objetivo descriptivo del estudio, no se aplicaron pruebas de inferencia estadística ni se calcularon intervalos de confianza o contrastes entre grupos, ya que el análisis se orientó a describir los valores observados de APVP, APVPM y EV en dicho registro, más que a extrapolar resultados muestrales a una población.

El análisis estadístico se realizó con el programa Epidat 4.2 (Consellería de Sanidade, Organización Panamericana de la Salud, & Universidad CES de Colombia, 2016).

Resultados

Entre 2016 y 2020 se registraron en España 13.772 defunciones con mención de TUS (F10–F19), lo que equivale a una tasa media anual de 5,9 defunciones por 100.000 habitantes. La mortalidad afectó predominantemente a los hombres (75,1%), frente a las mujeres (24,9%). La edad media al fallecimiento fue de 65,9 años (DE: 13,6), con una mediana de 67 años y un rango intercuartílico de 18 años, como se muestra en la Tabla 1.

En cuanto a la distribución por tipo de sustancia, el tabaco (51,8%) y el alcohol (43,5%) concentraron la mayoría de los fallecimientos, mientras que el policonsumo y otras sustancias representaron un 3,3% del total. El resto de sustancias mostró un peso marginal (<1% cada una), aunque con diferencias de género destacables: en los opioides, las mujeres representaron el 39,8% de los fallecimientos, proporción más elevada que en alcohol (29,0%) o tabaco (21,8%).

La Tabla 2 presenta los indicadores de mortalidad prematura en España durante el periodo 2016–2020, desglosados por sexo. En total se acumularon 184.158 APVP, lo que supone un promedio de 17,3 años perdidos por defunción. Los hombres concentraron la mayor parte de esta carga, con 148.356 APVP y un APVPM de 17,0 años, mientras que en las mujeres se registraron 35.802 APVP y un APVPM de 17,6 años. Estos resultados muestran que, en el periodo analizado, aunque los hombres acumulan un mayor número absoluto de años perdidos, el valor de APVPM observado fue superior en las mujeres. La EV al fallecimiento en personas con TUS fue de 66,6 años, sin encontrar diferencias relevantes por sexo.

Como se muestra en la Figura 1, la EV en el conjunto de la población española durante el periodo 2016–2020 fue de 83,1 años, frente a los 66,6 años en quienes fallecieron por TUS, lo que supone una diferencia de 16,5 años. Esta brecha se mantuvo al desagregar por sexo: en los hombres, la diferencia fue de 13,8 años (80,3 frente a 66,5), mientras que en las mujeres alcanzó los 19 años (85,7 frente a 66,7).

Tras analizar las diferencias globales por sexo, se exploró la distribución de la mortalidad prematura en función del tipo de sustancia consumida (Tabla 3). El tabaco

Tabla 1
Características generales de las defunciones por trastornos por uso de sustancias en España, 2016–2020

Estadísticos descriptivos			
Estadístico	**Total**	**Hombres**	**Mujeres**
Número total de defunciones	13.772	10.338 (75,1%)	3.434 (24,9%)
Media (años)	65,94	65,93	65,97
Desviación estándar (años)	13,63	14,83	13,33
Mediana (años)	67	66	67
Rango intercuartílico (años)	18	18	19
Distribución por sustancia			
Estadístico	**Total**	**Hombres**	**Mujeres**
Alcohol (F10)	5.997 (43,5%)	4.260 (71,0%)	1.737 (29,0%)
Opioides (F11)	103 (0,8%)	62 (60,2%)	41 (39,8%)
Cannabis (F12)	3	2	1
Sedantes e hipnóticos (F13)	33 (0,2%)	17 (51,5%)	16 (48,5%)
Cocaína (F14)	47 (0,3%)	36 (76,6%)	11 (23,4%)
Alucinógenos (F16)	1	1	0
Tabaco (F17)	7.130 (51,8%)	5.578 (78,2%)	1.552 (21,8%)
Policonsumo / otras sustancias (F19)	458 (3,3%)	382 (83,4%)	76 (16,6%)

Nota. Los códigos F15 (otros estimulantes) y F18 (disolventes volátiles) no registraron defunciones en el periodo analizado. Las categorías con muy pocos casos (cannabis y alucinógenos) se presentan por completitud, aunque su peso relativo es marginal.
Fuente. INE. Elaboración propia, 2025.

Tabla 2
Indicadores de mortalidad prematura por trastornos por uso de sustancias en España, 2016–2020, según sexo

Año	APVP			APVPM			EV		
	Hombre	**Mujer**	**Total**	**Hombre**	**Mujer**	**Total**	**Hombre**	**Mujer**	**Total**
2016	29.607	11.188	40.795	19,8	18,7	19,44	63,8	67,1	64,8
2017	28.580	5.720	34.300	16,6	17,8	16,8	67,2	66,2	67,0
2018	28.668	5.736	34.403	16,6	17,8	16,8	67,4	65,6	67,1
2019	27.549	5.977	33.526	16,2	16,8	16,3	67,3	67,3	67,3
2020	33.953	7.182	41.134	16,4	16,4	16,4	66,7	66,6	66,7
Total	**148.356**	**35.802**	**184.158**	**17,0**	**17,6**	**17,3**	**66,5**	**66,7**	**66,6**

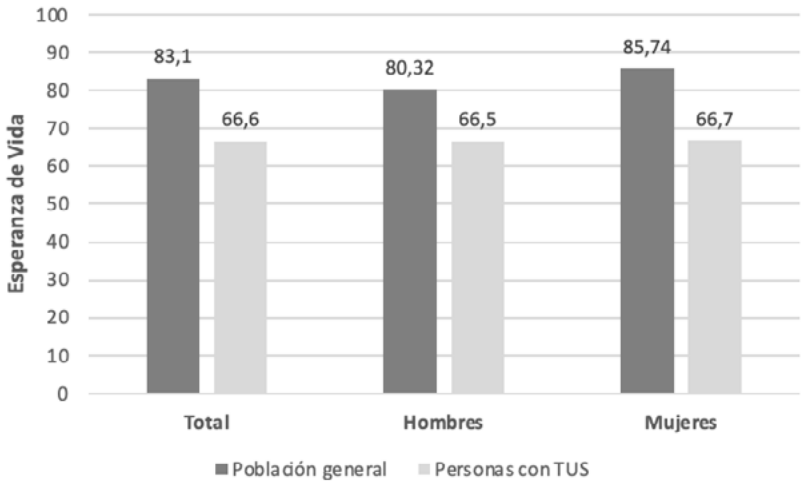
Nota. APVP = Años Potenciales de Vida Perdidos; APVPM = promedio de Años Potenciales de Vida Perdidos por defunción; EV = Esperanza de Vida.
Fuente. INE. Elaboración propia, 2025.

Tabla 3
Indicadores de mortalidad prematura por trastornos por uso de sustancias en España, 2016–2020, según tipo de sustancia

Sustancia consumida	APVP			Razón APVP Hombre /Mujer	APVPM			EV
	Hombre	**Mujer**	**Total**		**Hombre**	**Mujer**	**Total**	
Alcohol (F10)	62.225	27.350	89.575	2,3	16,6	18,8	17,2	65,8
Opioides (F11)	1.126	412	1.538	2,7	22,1	17,2	20,5	67,2
Sedantes e hipnóticos (F13)	320	176	496	1,8	29,1	17,6	23,6	68,0
Cocaína (F14)	1.067	305	1.372	3,5	29,6	30,5	29,8	51,5
Tabaco (F17)	73.399	21.650	95.049	3,4	16,2	16,7	16,3	67,7
Policonsumo / otras sustancias (F19)	10.125	1.752	11.877	5,8	27,4	26,6	27,3	54,6

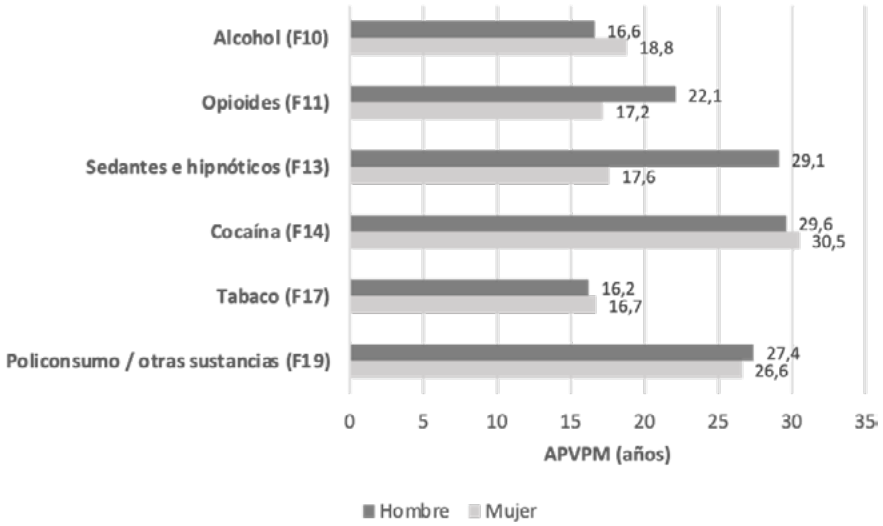
Nota 1. Las categorías con un número muy reducido de casos (cannabis, otros estimulantes, alucinógenos y disolventes volátiles) no se muestran en la tabla por su escaso peso relativo (<0,05% de los APVP).
Nota 2. APVP = Años Potenciales de Vida Perdidos; APVPM = promedio de Años Potenciales de Vida Perdidos por defunción; EV = Esperanza de Vida.
Fuente. INE. Elaboración propia, 2025.

Figura 1
Esperanza de vida al fallecimiento en la población general y en personas con trastornos por uso de sustancias en España, 2016–2020, total y por sexo



Fuente. INE. Elaboración propia, 2025.

Figura 2
Promedio de Años Potenciales de Vida Perdidos por defunción (APVPM) según tipo de sustancia y sexo en España, 2016–2020



Fuente. INE. Elaboración propia, 2025.

y el alcohol concentraron la mayor carga absoluta de años perdidos, con 95.049 y 89.575 APVP, respectivamente, seguidos a gran distancia por el policonsumo/otras sustancias (11.877 APVP), los opioides (1.538 APVP), la cocaína (1.372 APVP) y los sedantes e hipnóticos (496 APVP).

Al comparar por sexo, los hombres acumularon sistemáticamente la mayor parte de la carga, con razones APVP hombre/mujer que oscilaron entre 1,8 en los sedantes e hipnóticos y 5,8 en el policonsumo. En alcohol y tabaco, las razones fueron de 2,3 y 3,4, respectivamente, mientras que en otras sustancias los valores más altos se alcanzaron en opioides (2,7) y cocaína (3,5). Sin embargo, el valor de APVPM observado fue mayor en las mujeres en alcohol, cocaína y tabaco. La distribución del APVPM según tipo de sustancia y sexo se presenta de forma visual en la Figura 2.

En cuanto a la EV al fallecimiento, se observaron variaciones según la sustancia: los valores más bajos correspondieron a la cocaína (51,5 años) y al policonsumo (54,6 años), mientras que el tabaco y el alcohol registraron 67,7 años y 65,8 años, respectivamente.

Se compararon las cifras de mortalidad prematura obtenidas con las 17 grandes causas de mortalidad en España durante el periodo de estudio (tabla 4). En términos absolutos, los TUS acumularon 184.158 APVP, situándose por

Tabla 4
Indicadores de mortalidad prematura por trastornos por uso de sustancias y grandes causas de muerte en España, 2016–2020

Grupo diagnóstico	APVP	Grupo diagnóstico	APVPM	Grupo diagnóstico	EV
II. Tumores	4.745.281	XV. Embarazo, parto y puerperio	44,25	XV. Embarazo, parto y puerperio	36,07
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	2.079.010	XVI. Afecciones originadas en el periodo perinatal	41,55	XVI. Afecciones originadas en el período perinatal	37,61
XX. Causas externas de mortalidad	1.253.736	XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	29,90	XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	54,87
X. Enfermedades del sistema respiratorio	658.878	XX. Causas externas de mortalidad	26,40	**TUS**	**66,57**
XI. Enfermedades del sistema digestivo	616.171	XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	19,02	XX. Causas externas de mortalidad	67,17
VI-VIII. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	432.606	**TUS**	**17,33**	II. Tumores	74,12
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	429.525	III. Enfermedades sangre y de órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad	15,01		
XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	303.789	I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	14,80		
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	228.017	XI. Enfermedades del sistema digestivo	14,07		
TUS	184.158	II. Tumores	13,88		
XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	106.415	IX. Enfermedades del sistema circulatorio	12,15		
V. Trastornos mentales y del comportamiento	98.350	VI-VIII. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	11,96		
XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	75.659	IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	11,38		
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	50.441	XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	10,95		
III. Enfermedades sangre y de órganos hematopoyéticos	43.382	X. Enfermedades del sistema respiratorio	10,74	XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	84,65
XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	14.558	XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	9,12	XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	84,89
XVI. Afecciones originadas en el periodo perinatal	5.650	XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	8,67	XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	85,01
XV. Embarazo, parto y puerperio	2.253	V. Trastornos mentales y del comportamiento	7,88	V. Trastornos mentales y del comportamiento	86,57

Nota. APVP = Años Potenciales de Vida Perdidos; APVPM = promedio de Años Potenciales de Vida Perdidos por defunción; EV = Esperanza de Vida.
Fuente. INE. Elaboración propia, 2025.

debajo de causas como las externas (1.253.736 APVP), los tumores (4.745.281 APVP) o las enfermedades del sistema circulatorio (2.079.010 APVP). Sin embargo, al analizar el promedio de años perdidos por defunción, los TUS presentaron 17,3 APVPM, una de las cifras más elevadas, superior a la observada en causas de alta mortalidad como tumores (13,9 años) o enfermedades circulatorias (12,2 años), y solo por debajo de grupos que concentran muertes a edades muy tempranas, como el embarazo, parto y puerperio (44,3 años) o las afecciones perinatales (41,6 años).

En cuanto a la EV al fallecimiento, las personas con TUS alcanzaron un valor medio de 66,6 años, inferior al registrado en tumores (74,1 años) o enfermedades digestivas (78,5 años), y similar al de las causas externas (67,2 años).

Discusión

El presente estudio analiza la mortalidad prematura registrada con mención de TUS en los certificados de defunción en España entre 2016–2020, empleando indicadores específicos como los APVP, APVPM, y EV, estratificados por sexo y tipo de sustancia. Los resultados muestran que, aunque los TUS representan una proporción limitada de las defunciones en términos absolutos, presentan valores elevados de APVPM (17,3 años) y menor EV (66,6 años) que otras causas de alta prevalencia.

No obstante, estos hallazgos deben interpretarse considerando el enfoque metodológico empleado. La identificación de casos se basó en la presencia de códigos F10–F19 en los certificados de defunción, lo que permite una alta especificidad diagnóstica pero conlleva una infraestimación relevante de la mortalidad asociada al consumo de sustancias. La comparación con sistemas de vigilancia como el OEDA evidencia que en 2020 se registraron 872 muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas, con presencia de cocaína en el 52,9% de los casos, aproximadamente 460 defunciones anuales (OEDA, 2022), frente a las 47 muertes por cocaína identificadas en los registros de defunción en el periodo completo del estudio. Esta discrepancia pone de manifiesto la dificultad de los certificados de defunción para captar el policonsumo y los casos en los que la sustancia no se consigna explícitamente. En este sentido, los resultados deben interpretarse como una estimación conservadora de la mortalidad registrada con mención explícita de TUS, y no como la mortalidad atribuible total al consumo.

En cuanto a la distribución por sustancias, el tabaco y el alcohol concentraron la mayor carga absoluta de APVP, en consonancia con la literatura que destaca su contribución a la mortalidad prematura y a la carga global de enfermedad (López et al., 2006; Rehm et al., 2017; WHO, 2024). Por el contrario, las drogas ilegales, especialmente cocaína, opioides y situaciones de policonsumo, presentaron valores más elevados de APVPM. Este patrón coincide con los informes internacionales y los sistemas de vigilancia toxicológica, donde el policonsumo está presente en la mayoría de las muertes por reacción aguda, lo que dificulta su adecuada captación en registros basados exclusivamente en certificación clínica (EMCDDA, 2024; OEDA, 2022; UNODC, 2023).

El análisis por sexo muestra que los hombres concentran la mayor carga absoluta de mortalidad prematura en términos de APVP, con una proporción de 4:1 con respecto a las mujeres en consonancia con el Estudio de Carga Global de Enfermedades de 2024 (GBD, 2024). En las mujeres, el APVPM global fue ligeramente superior al observado en los hombres, aunque las diferencias en edad media y mediana de fallecimiento fueron pequeñas. Este hallazgo descriptivo puede contextualizarse a la luz de estudios internacionales que han señalado posibles diferencias por sexo en estigmatización, acceso al tratamiento y evolución clínica en personas con TUS (Apsley et al., 2023; Molina-Fernández et al., 2024; Meyers et al., 2021; Webb et al., 2022; Pinedo et al., 2020).

Los resultados son consistentes con lo descrito en la literatura internacional, que sitúa la reducción de la EV en personas con TUS entre 10 y 20 años (Kim et al., 2025; Yukhnenko et al., 2023) y los APVPM entre 15 y 25 años (Glei y Preston, 2020; Rehm, 2020). Estudios como el de Degenhardt et al. (2018) han señalado además el elevado riesgo de mortalidad prematura asociado al consumo de opioides y estimulantes, especialmente en edades jóvenes. Estas comparaciones deben interpretarse con cautela, dado que muchos de estos estudios estiman mortalidad atribuible, mientras que el presente trabajo analiza mortalidad registrada con diagnóstico explícito.

En comparación con otras grandes causas de muerte, los TUS registrados muestran una carga absoluta menor en APVP, pero indicadores compatibles con una mayor concentración de defunciones en edades relativamente más tempranas, en línea con lo descrito en la literatura internacional (Jalal et al., 2020; Shiels et al., 2019; Svensson et al., 2022). Estos resultados deben interpretarse con cautela, ya que, aunque los indicadores se han calculado de forma homogénea a partir de los certificados de defunción, existen diferencias en la captación de las causas, y los TUS tienden a estar infrarrepresentados en comparación con otras causas como los tumores o las enfermedades cardiovasculares.

Desde una perspectiva de salud pública, estos resultados apoyan la utilidad de incorporar indicadores de mortalidad prematura a la vigilancia epidemiológica y sugieren la conveniencia de reforzar las estrategias de prevención, reducción de daños y acceso al tratamiento, con atención a las diferencias por sexo y sustancia.

Entre las principales limitaciones, destaca el uso exclusivo de códigos F10–F19 para identificar los casos, lo que probablemente infraestima la mortalidad asociada al consumo de sustancias, especialmente en comparación con otros sistemas de información que emplean criterios más amplios, como los registros toxicológicos y forenses (OEDA, 2022). Además, la inclusión de estos códigos en cualquier posición del certificado, sin distinguir entre causa básica y causas contribuyentes, introduce heterogeneidad en la atribución de la causa de muerte. En consecuencia, los resultados deben interpretarse como una estimación conservadora de la mortalidad registrada con mención de TUS. Asimismo, no se calcularon medidas de incertidumbre ni se realizaron contrastes estadísticos, por lo que las diferencias observadas deben interpretarse en términos descriptivos. Aunque el estudio se basa en un registro poblacional exhaustivo y no está sujeto a error de muestreo, la precisión de los resultados puede verse afectada por otras fuentes de incertidumbre, como la calidad de la codificación, la cumplimentación de los certificados de defunción y la heterogeneidad derivada de la inclusión de causas básicas y contribuyentes.

En conclusión, la mortalidad registrada con mención de TUS muestra una carga relevante de mortalidad prematura en España, con patrones diferenciados según sexo y tipo de sustancia. Estos hallazgos refuerzan el interés de incorporar indicadores de mortalidad prematura en la vigilancia epidemiológica y pueden ser de utilidad para orientar la planificación preventiva y asistencial.

Reconocimientos

Los autores agradecen al Instituto Nacional de Estadística (INE) por el acceso a los datos de mortalidad utilizados. Asimismo, se reconoce la colaboración del Observatorio Español de Drogas y Adicciones (OEDA) por la información complementaria empleada en la contextualización del estudio. El trabajo no ha recibido financiación específica, competitiva ni no competitiva, para su elaboración.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses.

Contribución de los autores

José María Rosales-Crespo: Conceptualización, Metodología, Análisis formal, Curación de datos, Visualización, Redacción del borrador original, Redacción – revisión y edición, Administración del proyecto.
Carolina Lagares-Franco: Metodología, Validación, Supervisión, Redacción – revisión y edición.
José Almenara-Barrios: Conceptualización, Validación, Supervisión, Redacción – revisión y edición.
Antonio Linares-Cobacho: Recursos, Redacción – revisión y edición.
Cristina O'Ferrall-González: Validación, Supervisión, Redacción – revisión y edición.

Declaración sobre el uso de inteligencias generativas

Durante la revisión del manuscrito se utilizó una herramienta de inteligencia artificial generativa como apoyo para tareas de mejora lingüística, revisión de redacción y estilo. Los autores revisaron, editaron y validaron íntegramente la versión final del manuscrito y asumen plena responsabilidad sobre su contenido.

Referencias

Apsley, H., Martin, G., Staiger, P. K., Hall, K., Greenwood, C., & Lubman, D. I. (2023). Non-engagement in substance use treatment among women: The role of family, social, and individual factors. *Drug and Alcohol Dependence, 244,*109755. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109755

Consellería de Sanidade, Organización Panamericana de la Salud (OPS), & Universidad CES de Colombia. (2016). *Epidat 4.2: Programa para análisis epidemiológico de datos*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Recuperado de https://www.sergas.es/Saude-publica/EPIDAT

De la Fuente, L., Saavedra, P., Barrio, G., Royuela, L., & Vicente, J. (2014). Mortality risk factors and excess mortality in a cohort of cocaine users admitted to drug treatment in Spain. *Journal of Substance Abuse Treatment, 46*(2), 219–226. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.08.019

Degenhardt, L., Charlson, F., Ferrari, A., Santomauro, D., Erskine, H., Mantilla-Herrara, A., et al. (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis. *The Lancet Psychiatry, 5*(12), 987–1012. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30337-7

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2024). *European drug report 2024: Trends and developments*. Publications Office of the European Union. https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en

Fierro, I., Yáñez, J. L., & Álvarez, F. J. (2010). Mortalidad prematura y años potenciales de vida perdidos relacionados con el consumo de alcohol en España y en las comunidades autónomas en el año 2004. *Atención Primaria, 42*(2), 95–101. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.04.002

Gardner, J. W., & Sanborn, J. S. (1990). Years of potential life lost (YPLL)—What does it measure? *Epidemiology, 1*(4), 322–329. https://doi.org/10.1097/00001648-199007000-00012

Glei, D.A., & Preston, S.H. (2020). Estimating the impact of drug use on US mortality, 1999-2016. *Plos One*, 15(1), e0226732. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226732

Global Burden of Disease [GBD]. (2024). *Global Burden of Disease Study 2021 results*. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/

Guitart, A. M., Espelt, A., Castellano, Y., Bartroli, M., Villalbí, J. R., & Domingo-Salvany, A. (2011). Impacto del trastorno por consumo de alcohol en la mortalidad: ¿Hay diferencias según la edad y el sexo? *Gaceta Sanitaria, 25*(5), 385–390. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.01.004

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2024). *Defunciones según la causa de muerte. Metodología*. Madrid: INE. Recuperado de
https://www.ine.es/daco/daco42/sanitarias/metodologia_00.pdf

Jalal, H., Burke, D. S., & Ghitza, U. E. (2020). Analysis of age–period–cohort effects on drug overdose mortality in the United States. *Science Advances, 6*(39), eabc1340. https://doi.org/10.1126/sciadv.abc1340

Kim, S., Kim, H., Choi, J., Lee, S., & Park, S. (2025). Global, regional, and national trends in drug use disorder mortality rates across 73 countries from 1990 to 2021, with projections up to 2040. *The Lancet eClinicalMedicine*, 80, 102202. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102202

López, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T., & Murray, C. J. L. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: Systematic analysis of population health data. *The Lancet, 367*(9524), 1747–1757. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68770-9

Marí-Dell'Olmo, M., Gotsens, M., Palència, L., Burström, B., Corman, D., Costa, C., Deboosere, P., Díez, E., Domínguez-Berjón, F., Dzúrová, D., Gandarillas, A., Hoffmann, R., Kovács, K., Martikainen, P., Demaria, M., Pikhart, H., Rodríguez-Sanz, M., Saez, M., Santana, P., Schwierz, C., Tarkiainen, L., & Borrell, C. (2015). Socioeconomic inequalities in cause-specific mortality in 15 European cities. *Journal of Epidemiology & Community Health, 70*(10), 973–981. https://doi.org/10.1136/jech-2016-206126

Meyers, S. A., Earnshaw, V. A., D'Ambrosio, B., Courchesne, N., Werb, D., & Smith, L. R. (2021). The intersection of gender and drug use-related stigma: A mixed methods systematic review and synthesis of the literature. *Journal of Substance Abuse Treatment, 129*, 108402. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108402

Molina-Fernández, A., Herrero-Huete, A., Álvarez-Fernández, C., & Romero-Sánchez, J. M. (2024). Gender perspective and women drug users: Specific needs and vulnerabilities. *Social Sciences, 5*(4), 64. https://doi.org/10.3390/socsci5040064

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2022). *Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
https://pnsd.sanidad.gob.es/eu/profesionales/publicaciones/informes/

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2023). *Informe 2023. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
https://pnsd.sanidad.gob.es/eu/profesionales/publicaciones/informes/

Pinedo, M., Zemore, S., & Rogers, S. (2020). Women's barriers to specialty substance abuse treatment: A qualitative exploration of racial/ethnic differences. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse, 19*(4), 529–546.
https://doi.org/10.1080/15332640.2018.1479907

Rehm J. (2020). Alcohol use is a key factor in recent decreases of life expectancy in the United States. *Alcohol Clin Exp Res*, 44(2), 404-406.
https://doi.org/10.1111/acer.14300.

Rehm, J., Shield, K. D., Gmel, G., Gual, A., & Rehm, M. X. (2017). The impact of alcohol use on the burden of disease in Spain. *Adicciones, 29*(3), 199–208. https://doi.org/10.20882/adicciones.954

Shiels, M. S., Freedman, N. D., Thomas, D., & de González, A. B. (2019). Trends in premature mortality in the USA by sex, race, and ethnicity from 1999 to 2014: An analysis of death certificate data. *The Lancet Public Health, 4*(2), e76–e86. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30208-1

Sullivan, D. F. (1971). A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Reports, 86*(4), 347–354. https://doi.org/10.2307/4594169

Svensson, J., Bergström, J., Kåberg, M., & Becker, P. (2022). Patterns of mortality risk among patients with substance use disorder: An opportunity for proactive patient safety?. *BMC Psychiatry*, 22, 770. https://doi.org/10.1186/s12888-022-04437-6

United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). *World drug report 2023*. Vienna: United Nations. https://www.unodc.org/res/wdr2023

Webb, C., Davis, C., & Gilchrist, G. (2022). Editorial: Women and substance use: Specific needs and challenges. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 1078605. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1078605

World Health Organization. (1992). *The International Classification of Diseases, 10th Revision*. World Health Organization.

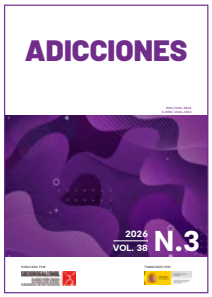
World Health Organization. (2021). *WHO report on the global tobacco epidemic 2021: Addressing new and emerging products*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240032095

World Health Organization. (2024). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745

Yukhnenko, D., Sridhar, S., Patel, V., Fusar-Poli, P., & Fazel, S. (2023). Association of substance use and other psychiatric disorders with premature death among people given community sentences: a nationwide cohort study. *The Lancet Regional Health – Europe*, 29, 100652. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100652

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

ADICCIONES
2026 ■ VOL. 38 ■ N. 3 ■ PÁGS. 175–184
www.adicciones.es



ORIGINAL

El verdadero significado del concepto de «consumo responsable» o «consumo moderado» en los jóvenes: Un estudio experimental

The true meaning behind the concept of "drink responsibly" or "moderate consumption" in young people: An experimental study

Albert Espelt*,**; Xisca Sureda***, ****,*****,******; Iñaki Galán*******; Aina Lafon Guasch********; Ester Teixidó-Compañó*********; Ester Colillas-Malet*********; Núria Obradors-Rial*********; Marina Bosque-Prous*,**.

* Departament de Psicobiologia i de Metodologia de les Ciències de la Salut, Universitat Autònoma de Barcelona. ** Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España. *** Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Madrid, España. **** Grupo de Investigación en Salud Pública y Epidemiología, Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá. ***** Departamento de Epidemiología y Bioestadística, Graduate School of Public Health & Health Policy, City University of New York. ****** Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Madrid, España. ******* Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España. ******** Cooperativa APLICA, Madrid, España. ********* Facultad de Ciencias de la Salud, Universitat de Vic–Universitat Central de Catalunya, Barcelona, España.

Resumen

Objetivo: El objetivo de este estudio era examinar las percepciones de los jóvenes y los umbrales que estos asocian con el consumo de alcohol «responsable», «moderado» y «de riesgo». *Métodos:* Llevamos a cabo un estudio experimental basado en viñetas con 242 estudiantes universitarios asignados aleatoriamente a uno de cinco escenarios: (A) consumo responsable de alcohol en general, (B) consumo moderado de alcohol en general, (C) consumo responsable de alcohol en el contexto de una fiesta, (D) consumo moderado de alcohol en el contexto de una fiesta y (E) consumo de riesgo. Se proporcionó a los participantes material estandarizado (por ejemplo, botellas, vasos, hielo) y se les pidió que representaran la cantidad de alcohol correspondiente al escenario que se les había asignado. A continuación, medimos el contenido de alcohol de cada representación y lo convertimos en gramos de alcohol. *Resultados:* Los participantes atribuyeron una mediana de 26,4 gramos de alcohol al consumo responsable o moderado en un contexto general. Estas cantidades aumentaron en entornos de fiesta, alcanzando medianas de 33,5 gramos para el consumo responsable y de 48,5 gramos para el consumo moderado. La cantidad mediana considerada de riesgo fue de 102,8 gramos por ocasión. Los participantes clasificados como bebedores de riesgo (AUDIT-C) informaron sistemáticamente de umbrales percibidos más altos en todos los escenarios. *Conclusiones:* Los jóvenes interpretan que el consumo «responsable» y «moderado» de alcohol implica cantidades que superan las recomendaciones de salud pública, especialmente en contextos sociales. Estos hallazgos ponen de relieve las limitaciones de los mensajes impulsados por la industria y respaldan la necesidad de estrategias de comunicación más claras y basadas en la evidencia, desarrolladas por profesionales de la salud pública.

Palabras clave: alcohol, adulto joven, beber con responsabilidad, consumo moderado, gramos de alcohol, estudiantes universitarios

Abstract

Aims: The objective of this study was to examine young people's perceptions and perceived thresholds of "responsible", "moderate", and "risky" alcohol consumption. *Methods:* We conducted an experimental vignette-based study with 242 university students randomly assigned to one of five scenarios: (A) responsible drinking in general, (B) moderate drinking in general, (C) responsible drinking in a party context, (D) moderate drinking in a party context, and (E) risky drinking. Participants were provided with standardized materials (e.g., bottles, glasses, ice) and asked to represent the amount of alcohol corresponding to their assigned scenario. We then measured the alcohol content of each representation and converted it into grams of alcohol. *Results:* Participants attributed a median of 26.4 grams of alcohol to responsible or moderate drinking in a general context. These amounts increased in party settings, reaching medians of 33.5 grams for responsible drinking and 48.5 grams for moderate drinking. The median amount considered risky was 102.8 grams per occasion. Participants classified as hazardous drinkers (AUDIT-C) consistently reported higher perceived thresholds across all scenarios. *Conclusions:* Young people interpret "responsible" and "moderate" drinking as involving alcohol quantities that exceed public health recommendations, particularly in social contexts. These findings highlight the limitations of industry-led messages and support the need for clearer, evidence-based communication strategies developed by public health professionals.

Keywords: alcohol, young adult, drink responsibly, moderate consumption, grams of alcohol, college students

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

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ **Enviar correspondencia a:**
Albert Espelt. Facultat de Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona, 08193-Cerdanyola del Vallès, Barcelona, España.
Email: albert.espelt@uab.cat

El consumo de alcohol entre las personas adolescentes y las adultas jóvenes representa una importante preocupación de salud pública, ya que se asocia con una amplia gama de consecuencias adversas para la salud y problemas sociales que pueden dificultar una transición satisfactoria a la edad adulta (Ellickson et al., 2003; Schulenberg & Maggs, 2002). En España, entre las personas de 15 a 24 años, aproximadamente el 62% declaró haber consumido alcohol en el último mes, el 1,3% declaró un consumo diario y alrededor del 10% realizó un consumo de riesgo (Plan Nacional Sobre Drogas, 2021).

El consumo de alcohol entre las personas jóvenes viene determinado por una compleja interacción de factores ambientales, sociales e individuales, entre los que se incluyen las normas sociales, la influencia de los compañeros, el contexto familiar, los factores emocionales, los entornos de ocio y la disponibilidad y accesibilidad del alcohol (Ares-Maneiro et al., 2026; Teixidó-Compañó et al., 2023). En particular, la amplia disponibilidad del alcohol contribuye no solo al aumento del consumo, sino también a su normalización social (Sureda et al., 2017, 2018).

El marketing y la publicidad del alcohol constituyen otro factor clave tanto de los procesos de consumo como de normalización (Pastor et al., 2022; Villalbí et al., 2019). Un conjunto sustancial de pruebas, que incluye estudios longitudinales y revisiones sistemáticas, ha demostrado que la exposición a la publicidad del alcohol se asocia con un inicio más temprano, mayores niveles de consumo y patrones de consumo más peligrosos entre las personas jóvenes (Anderson et al., 2009; Ellickson et al., 2005; Smith & Foxcroft, 2009). En respuesta a estas preocupaciones, la industria del alcohol ha implementado estrategias de autorregulación, a menudo promoviendo mensajes como «bebe con responsabilidad» o «consumo moderado». Sin embargo, estos mensajes suelen ser ambiguos y no se ha demostrado que reduzcan el consumo de alcohol (Jones et al., 2017). Esto puede reflejar conflictos de intereses inherentes, por los que los mensajes de la industria tienden a normalizar el consumo al tiempo que lo presentan como seguro, difuminando así la distinción entre el consumo moderado y el consumo de riesgo (van Schalkwyk et al., 2022).

Al mismo tiempo, los jóvenes suelen mostrar una percepción reducida del riesgo asociado al consumo de alcohol. Investigaciones previas muestran que una proporción considerable de personas adolescentes percibe el consumo regular o esporádico de alcohol como algo que supone un riesgo mínimo o nulo para la salud (Moral-Jiménez et al., 2011) y esta percepción de bajo riesgo se ha identificado como un factor clave tanto en el inicio como en el mantenimiento del consumo de alcohol (Pons & Buelga, 2011). Desde esta perspectiva, la forma en que las personas jóvenes interpretan los mensajes normativos sobre el consumo de alcohol cobra especial relevancia.

A pesar del uso generalizado de términos como "bebe con responsabilidad" en la publicidad del alcohol, hay una escasez de evidencia sobre la forma en que las personas jóvenes interpretan estos mensajes en términos concretos. Hay una escasez de investigación sobre cómo estos conceptos abstractos se traducen en cantidades percibidas como aceptables de consumo de alcohol, lo que en última instancia puede influir en los comportamientos de consumo. El objetivo de este estudio fue examinar las percepciones de las personas jóvenes y los umbrales percibidos de consumo de alcohol "responsable", "moderado" y "de riesgo".

Métodos

Diseño del estudio y participantes

Para este estudio empleamos un diseño experimental basado en viñetas para examinar cómo las personas jóvenes operacionalizan los conceptos de consumo de alcohol "responsable", "moderado" y "de riesgo". Se seleccionaron escenarios experimentales como enfoque metodológico adecuado, ya que permiten la estandarización de las señales contextuales (p. ej., mensajes publicitarios, entornos de consumo) al tiempo que captan interpretaciones subjetivas de conceptos socialmente construidos (Visser et al., 2022).

Los cinco escenarios se diseñaron para reflejar dos dimensiones clave identificadas en la literatura:

1. Tipo de mensaje normativo (consumo responsable frente a consumo moderado), comúnmente utilizado en la autorregulación de la industria del alcohol, y
2. Contexto de consumo (entorno general frente a entorno festivo), dada la evidencia de que las normas de consumo de alcohol varían según el entorno social.

Los escenarios planteados fueron

- Escenario A: «En general, ¿qué cantidad de alcohol crees que constituye un consumo responsable, excluyendo condiciones de salud, conducción, embarazo, etc.?».
- Escenario B: «En general, ¿cuánto alcohol crees que constituye un consumo moderado, excluyendo condiciones de salud, conducción, embarazo, etc.?».
- Escenario C: «Cuando vas a una fiesta y quieres consumir alcohol de forma responsable, ¿cuánto bebes?»
- Escenario D: «Cuando vas a una fiesta y quieres beber con moderación, ¿cuánto bebes?».
- El escenario E abordaba la percepción de los participantes sobre los niveles de consumo de alcohol considerados de riesgo, definidos como aquellos que podrían dañar su salud durante una sola sesión de consumo, excluyendo condiciones de salud, conducción y embarazo.

El estudio incluyó a 242 personas estudiantes universitarias matriculadas en carreras de ciencias de la salud y ciencias sociales. Las personas participantes fueron asignadas aleatoriamente a una de las cinco condiciones experimenta-

les (aproximadamente n ≈ 50 por grupo) utilizando sobres precodificados para garantizar el ocultamiento de la asignación. Se utilizó la aleatorización para minimizar el sesgo de selección y garantizar la comparabilidad entre los grupos. Se evaluaron las características iniciales de los grupos y no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables sociodemográficas o de comportamiento, lo que respalda la validez interna del diseño experimental.

Procedimiento experimental

El escenario experimental se diseñó para simular una representación realista, aunque controlada, del consumo de alcohol. A las personas participantes se les proporcionaron materiales estandarizados que representaban diferentes bebidas alcohólicas (agua coloreada etiquetada como cerveza, vino o licores), cristalería y hielo. Cada persona recibió un guion escrito y se le indicó que construyera físicamente su interpretación de la situación de consumo asignada utilizando los materiales proporcionados. Se eligió este enfoque de representación conductual para mejorar la validez ecológica y reducir la dependencia de los autoinformes puramente abstractos. Las personas participantes trabajaron de forma independiente y se les indicó explícitamente que no interactuaran con los demás para evitar el sesgo de influencia social. No se proporcionó ninguna aclaración adicional durante la tarea para preservar la integridad de las interpretaciones individuales.

Una vez finalizada la tarea, las personas participantes indicaron que estaban listas. A continuación, una persona del equipo investigador cualificada registró la configuración de las bebidas utilizando una hoja de recopilación de datos estandarizada. Posteriormente, se midieron los volúmenes utilizando cilindros graduados calibrados y se convirtieron en gramos de alcohol utilizando tablas de equivalencia estándar. Las personas participantes abandonaron la sala inmediatamente después de finalizar para evitar la contaminación.

Figura 1
Organización de la situación experimental



La participación en el estudio fue voluntaria y se obtuvo el consentimiento informado de todas las personas participantes antes de su inclusión. Los datos se recopilaron de forma anónima y se trataron de manera confidencial. El protocolo del estudio recibió una evaluación favorable de viabilidad ética por parte del Departamento de Investigación de la Fundació Universitària del Bages.

Medidas

La variable dependiente principal fue la cantidad de alcohol (en gramos) atribuida por las participantes a cada categoría conceptual (consumo responsable, moderado o de riesgo). Es importante destacar que esta variable capta los umbrales normativos percibidos, más que el comportamiento de consumo real. Concretamente, refleja la cantidad de alcohol que las personas participantes consideran apropiada o típica en cada escenario. Esta operacionalización es coherente con la investigación sobre normas sociales y percepción del riesgo, donde los umbrales subjetivos son determinantes clave del comportamiento. El uso de una tarea de representación conductual (en lugar de la estimación verbal) mejora la validez de constructo al anclar las respuestas en cantidades concretas.

Se obtuvieron variables adicionales mediante un cuestionario estructurado administrado tras la tarea experimental. Este cuestionario recopiló información sobre características sociodemográficas y patrones de consumo de alcohol. El consumo de riesgo se evaluó utilizando el test validado Alcohol Use Disorders Identification Test–Consumption (AUDIT-C).

Análisis de datos

El consumo de alcohol (gramos) se resumió utilizando medianas debido a las distribuciones no normales. Las diferencias en las características categóricas de la muestra entre los distintos escenarios se examinaron mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson. Las diferencias entre grupos en el consumo de alcohol se evaluaron mediante pruebas no paramétricas, concretamente la prueba U de Mann–Whitney para comparaciones entre dos grupos y la prueba de Kruskal–Wallis para comparaciones que implicaban más de dos grupos, según correspondiera. Se realizaron análisis adicionales estratificados por consumo de riesgo y sexo. La significación estadística se definió como $p < ,05$. Todos los análisis se realizaron con Stata (versión 17).

Resultados

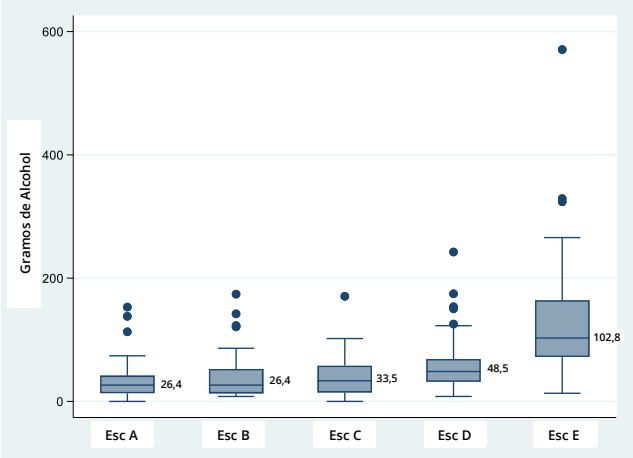
La muestra final estuvo compuesta por 242 personas estudiantes universitarias que fueron asignadas aleatoriamente a cada uno de los escenarios experimentales (con aproximadamente 50 participantes por escenario). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (valor $p > 0,05$) en cuanto a sexo, lugar de nacimiento, es-

Tabla 1
Características de la muestra por escenario

	Escenario	A	B	C	D	E	
	n	50	48	48	48	48	
		%	%	%	%	%	valor p
Género	Chicas	54	67	75	67	56	0,185
Lugar de nacimiento	Cataluña	53	49	46	51	46	0,940
Nivel socioeconómico	Mejor que los demás	26	27	31	35	29	0,862
Grado	Ciencias de la Salud	82	81	81	79	79	0,995
Curso	Primer o segundo	74	83	85	83	85	0,560
Empleados	Sí	32	35	40	42	35	0,874
Actividad física	Sí	80	88	88	90	77	0,362
Consumo de cannabis alguna vez	Sí	66	54	50	63	50	0,367
AUDITC	Consumidor de riesgo	28	29	40	40	31	0,594

Nota. A = Escenario A (consumo responsable de alcohol); B = Escenario B (consumo moderado de alcohol); C = Escenario C (consumo responsable de alcohol al salir de fiesta); Escenario D (consumo moderado de alcohol al salir de fiesta) y Escenario E (consumo de riesgo [y, por lo tanto, perjudicial] para la salud).

Figura 2
Medianas, percentiles 25 y 75 del consumo de alcohol autoevaluado por escenario. A = Escenario A (consumo responsable de alcohol); B = Escenario B (consumo moderado de alcohol); C = Escenario C (consumo responsable de alcohol al salir de fiesta); D = Escenario D (consumo moderado de alcohol al salir de fiesta) y E = Escenario E (consumo de riesgo [y, por lo tanto, perjudicial] para la salud)



Nota. *No se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los escenarios A y B (p = 0,44), mientras que se observó una diferencia significativa entre C y D (p = 0,012), con un mayor consumo de alcohol en D. En general, la prueba de Kruskal-Wallis indicó diferencias significativas entre los escenarios A, B, C y D (p = 0,0004), impulsadas principalmente por los valores más altos del escenario D.

tatus socioeconómico, carrera, curso académico, situación laboral, actividad física semanal, consumo de cannabis o comportamiento de consumo de alcohol de riesgo (véase la Tabla 1).

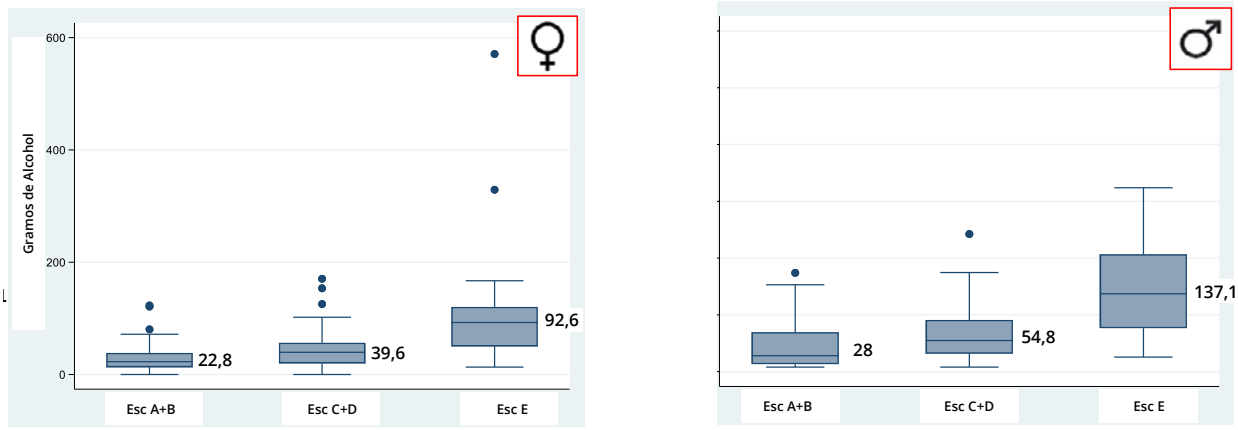
El consumo medio de alcohol atribuido al consumo responsable y moderado (escenarios A y B) fue de 26,4 gramos para el conjunto de la muestra. Esta cantidad aumentó cuando el consumo responsable o moderado se producía en un entorno de ocio nocturno (escenarios C y D), con medias de 33,5 y 48,5 gramos, respectivamente. En respuesta a la pregunta sobre la cantidad de alcohol correspondiente a un consumo de riesgo (escenario E), los participantes atribuyeron 102,8 gramos al consumo de riesgo (Figura 2).

Al analizar los datos por género, combinando los escenarios similares A+B y C+D, se observó que los participantes chicos tendían a atribuir un mayor número de gramos al consumo responsable o moderado en todos los escenarios. Concretamente, para los chicos, la mediana de atribución para el consumo de riesgo fue de 137,1 gramos por ocasión, mientras que, para las participantes chicas, la mediana fue de 92,6 gramos por ocasión (figura 3).

En todos los escenarios, el consumo de alcohol (gramos) fue sistemáticamente mayor entre las personas clasificadas como bebedores de riesgo según el AUDIT-C en comparación con los bebedores no de riesgo. Este patrón fue más pronunciado en los escenarios combinados A+B y C+D, donde las personas bebedoras de riesgo mostraron un consumo mediano significativamente mayor que las personas que no eran bebedoras de riesgo (A+B: 44,4 frente a 23,8 gramos, p = ,0057; C+D: 52,8 frente a 30,1 gramos, p = ,0001), observándose tendencias similares tanto en las chicas como en los chicos. Las diferencias fueron menos consistentes en el escenario E, donde, aunque el consumo medio siguió siendo mayor entre las personas con un consumo de riesgo de alcohol, las diferencias no fueron estadística-

Figura 3

Medianas, percentiles 25 y 75 del consumo de alcohol autoevaluado por escenario y género. A+B = Escenarios A+B (consumo responsable de alcohol o consumo moderado de alcohol); C+D = Escenarios C+D (consumo responsable de alcohol o consumo moderado de alcohol al salir de fiesta) y Escenario E (consumo de riesgo (y, por lo tanto, perjudicial) para la salud)



Nota. * En comparación con los grupos A+B y C+D, se observaron diferencias significativas tanto en las chicas (p = 0,0045) como en los chicos (p = 0,0311), con un mayor consumo de alcohol en los escenarios C+D.

Tabla 2

Medianas e intervalos de confianza del 95 % de los gramos de alcohol por escenario y teniendo en cuenta si la persona es un bebedor de riesgo o no, medido mediante el test AUDIT-C

	Chicas			Chicos			Total		
	n	Mediana	Valor p	n	Mediana	valor p	n	Mediana	valor p
Escenario A+B									
Consumidor de riesgo	12	29,4	,1010	16	61,5	,0518	28	44,4	,0057
No bebedor de riesgo	47	22,4		23	26,4		70	23,8	
Escenario C+D									
Consumidor de riesgo	27	52,2	,0009	11	76,7	,0255	38	52,8	,0001
No bebedor de riesgo	41	28,4		17	45,8		58	30,1	
Escenario E									
Consumidor de riesgo	10	99,7	,3933	5	160,9	,5913	15	104	,2661
No bebedor de riesgo	17	85,5		16	126,4		33	92,6	

Nota. A = Escenario A (consumo responsable de alcohol); B = Escenario B (consumo moderado de alcohol); C = Escenario C (consumo responsable de alcohol al salir de fiesta); D = Escenario D (consumo moderado de alcohol al salir de fiesta) y E = Escenario E (consumo de riesgo (y, por lo tanto, perjudicial) para la salud).

mente significativas. En general, el consumo de alcohol aumentó a lo largo de los escenarios, desde A+B hasta C+D, y fue mayor en el escenario E, con valores sistemáticamente más altos en los chicos que en las chicas.

Discusión

Nuestro estudio arrojó varios hallazgos clave. En primer lugar, las cantidades de alcohol que las personas jóvenes perciben como consumo moderado y responsable serían consideradas de riesgo por la Organización Mundial de la Salud (20 gramos para las chicas y 40 gramos para los chicos). En segundo lugar, estas cantidades de consumo moderado o responsable aumentan cuando se representan en un entorno de fiesta. En tercer lugar, la cantidad mediana de alcohol que los jóvenes consideran consumo de riesgo es de 102 gramos por ocasión de consumo. Por último, los bebedores de riesgo tienden a percibir el consumo responsable o moderado como algo que implica mayores cantidades de alcohol en comparación con los bebedores sin riesgo, especialmente en un entorno festivo.

Antes de profundizar en el análisis, es esencial destacar los puntos fuertes y las limitaciones del estudio. Entre los puntos fuertes, es importante señalar que este es el primer estudio que examina el verdadero significado del consumo moderado y responsable de alcohol. Además, el estudio

utiliza un diseño experimental con cinco grupos asignados aleatoriamente y mediciones objetivas del consumo de alcohol (en gramos). En cuanto a las limitaciones del estudio, cabe señalar que la investigación abarcó un total de 242 participantes, todos ellos estudiantes universitarios. Esta restricción puede comprometer la generalización de los resultados, ya que el consumo de alcohol y el conocimiento sobre sus consecuencias pueden variar entre las personas que no se encuentran en edad universitaria.

La evidencia científica indica una relación entre la publicidad del alcohol y el aumento del consumo de alcohol en la sociedad, especialmente entre los jóvenes (Anderson et al., 2009; Bosque-Prous et al., 2014; Ellickson et al., 2005; Smith & Foxcroft, 2009). El objetivo principal de cualquier industria es vender sus productos, un objetivo que a menudo entra en conflicto con las estrategias de salud pública, especialmente cuando el producto puede ser perjudicial para la salud. Para mitigar las consecuencias adversas del consumo de alcohol, es necesario reducir su consumo (Madden & McCambridge, 2021). La industria del alcohol emplea diversas estrategias para promocionar sus productos, una de las cuales consiste en potenciar el atractivo del alcohol asociándolo con experiencias positivas. A través de la publicidad del alcohol, la industria cultiva una imagen del alcohol asociada a emociones positivas, deportes, amistad y otras experiencias deseables, condicionando así a los consumidores a asociar el alcohol con estos sentimientos (Connor et al., 2014).

Cuando la industria se dedica a la autorregulación, a menudo utiliza mensajes que promueven el consumo moderado o responsable de alcohol. Sin embargo, nuestro estudio reveló que las personas jóvenes perciben estos conceptos como algo que implica grandes cantidades de alcohol, lo que se clasificaría como consumo de riesgo. Esto sugiere que confiar en que las personas jóvenes definan su propia comprensión del consumo moderado y responsable de alcohol puede no ser la estrategia más eficaz para la prevención sanitaria. Este hallazgo concuerda con las conclusiones de otros estudios sobre el etiquetado y los mensajes de salud en los envases de alcohol promovidos por la industria. Cuando la industria se autorregula, las normativas de etiquetado suelen presentar importantes deficiencias (Tinawi et al., 2018).

La promoción de mensajes variados es imprescindible, dada su capacidad para influir en la percepción del riesgo y en el comportamiento de consumo de alcohol de las personas jóvenes. La evidencia actual subraya la importancia de promover un etiquetado que incorpore información nutricional y mensajes relacionados con la salud (Martin-Moreno et al., 2013). No obstante, la información relativa a las bebidas estándar y al tamaño de las raciones solo resulta eficaz cuando se integra en iniciativas de educación sanitaria integrales (Jones & Gregory, 2009; Martin-Moreno et al., 2013). Es imprescindible reconocer la profunda normalización social del alcohol, lo que requiere el diseño y la implementación meticulosos de mensajes de prevención por parte de expertos en la materia. La eficacia de estos mensajes depende de las características individuales, como lo demuestran las investigaciones que evidencian la variabilidad en la respuesta a mensajes idénticos (Aiken et al., 2018; Noel et al., 2018). En el Reino Unido, por ejemplo, las investigaciones indican que solamente aproximadamente un tercio de las personas recuerda haber visto información relacionada con el producto, mensajes de salud o advertencias en los envases de alcohol durante el último mes (Critchlow et al., 2020).

Un hallazgo destacado del presente estudio es la variabilidad de las percepciones sobre el consumo moderado, responsable y de riesgo de alcohol, que depende de los patrones de consumo individuales. Este fenómeno puede atribuirse a las experiencias de las personas jóvenes en las horas posteriores al consumo de alcohol (Merrill et al., 2018). En este contexto, la tolerancia al alcohol surge como un factor potencialmente sustancial. La tolerancia se define como el fenómeno por el cual una persona necesita una mayor cantidad de alcohol para provocar los mismos efectos fisiológicos a lo largo del tiempo (Elvig et al., 2021). Si las personas jóvenes evalúan el consumo problemático de alcohol basándose en las consecuencias más inmediatas, esto podría conducir a resultados adversos en el futuro, dada la posibilidad de que aumente la tolerancia. Estos hallazgos concuerdan con investigaciones previas realizadas en universidades estadounidenses (Noel et al., 2018) y entre personas adultas en Canadá (Sanchez-Ramirez et al., 2018), los cuales encontraron una menor percepción de los daños relacionados con el alcohol en personas con mayores niveles de consumo.

El reto de combatir la normalización del consumo de alcohol se debe a la profunda integración del alcohol en las normas sociales. El alcohol es omnipresente y fácilmente accesible, como demuestran numerosos estudios (Ares-Maneiro et al., 2026; Martin-Turrero et al., 2026; Sureda et al., 2018). En consecuencia, las estrategias más eficaces se deben centrar en reducir su accesibilidad y asequibilidad. Es necesario implementar medidas que dificulten la obtención del alcohol, al tiempo que se debe hacer hincapié en estrategias destinadas a desnormalizar su consumo (Hobday et al., 2017; Knai et al., 2015; Villalbí et al., 2014). Además, es crucial reconocer que el consumo de alcohol está influenciado por múltiples factores, y las estrategias preventivas deben abordar los factores de riesgo conocidos específicos de las poblaciones jóvenes. Por ejemplo, se ha demostrado que las características del lugar de residencia de una persona influyen significativamente en el entorno del alcohol, lo que a su vez determina los comportamientos de consumo (Ares-Maneiro et al., 2026; Font-Ribera et al., 2013; Molina-de la Fuente et al., 2021; Obradors-Rial et al., 2020).

Conclusiones

Nuestros hallazgos sugieren que las personas jóvenes interpretan los mensajes que promueven el consumo moderado y responsable de alcohol como el consumo de grandes cantidades de alcohol. Por lo tanto, es crucial que los mensajes preventivos sobre el consumo de sustancias no se dejen a la discreción de la industria, sino que sean guiados y supervisados por profesionales especializados en la prevención de las adicciones.

Declaración de intereses

Los autores de este manuscrito declaran no tener conflictos de interés. Albert Espelt es editor asociado de la *Addictions Journal*, pero no participó en el proceso editorial de este trabajo. Xisca Sureda ocupa actualmente el cargo de Delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas de España. Su cargo actual no influyó en la decisión de financiación, el diseño del estudio, la recogida de datos, el análisis, la interpretación de los resultados ni en la decisión de publicar este trabajo. La investigación se llevó a cabo con plena independencia científica, y la autora declara no tener conflictos de interés relacionados con su posición institucional.

Financiación

Esta investigación no recibió financiación externa.

Declaración del Comité de Ética

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universitat Oberta de Catalunya (con el código 20190320_mbosquep_alcohol).

Consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes incluidos en el estudio.

Contribuciones

Albert Espelt e Iñaki Galán contribuyeron a la conceptualización y metodología del estudio. Aina Lafon-Guasch fue responsable de la fase piloto de investigación y de la administración del proyecto, con contribuciones de Ester Teixidó-Compañó, Marina Bosque-Prous y Albert Espelt. Marina Bosque-Prous, Ester Teixidó-Compañó, Ester Colillas-Malet, Núria Obradors-Rial y Albert Espelt contribuyeron a la metodología, la investigación, los recursos y la administración del proyecto, incluida la coordinación del trabajo de campo y la recogida de datos. Albert Espelt realizó el análisis formal, curó los datos, preparó el borrador original del manuscrito y supervisó la integración de los comentarios y contribuciones de todos los coautores durante el proceso de revisión. Xisca Sureda y todos los coautores contribuyeron a la validación y a la redacción – revisión y edición de las sucesivas versiones del manuscrito. Todos los autores aprobaron la versión final del manuscrito y aceptaron ser responsables de todos los aspectos del trabajo. Este estudio se desarrolló dentro del Grupo de Trabajo de Alcohol de la Sociedad Española de Epidemiología.

Inteligencia artificial generativa

Se utilizó inteligencia artificial generativa para mejorar la redacción en inglés del manuscrito. Concretamente, se empleó el software DeepL para la edición y el refinamiento del idioma inglés.

Agradecimientos

Agradecemos al Centro Joven de Sant Hipòlit de Voltregà por facilitar amablemente el espacio para la realización del estudio piloto. La fase piloto fue esencial para refinar los procedimientos del estudio y el diseño experimental, y contribuyó a garantizar la viabilidad y la solidez metodológica del estudio presentado en este manuscrito. Agradecemos especialmente a las personas voluntarias que generosamente ofrecieron su tiempo y apoyo durante la fase piloto. También agradecemos sinceramente a A. Solà, J. Crosas, I. Camparero, J. Icart, M. Andreu y a todas las demás personas que contribuyeron con sus perspectivas y apoyo, ayudando a hacer posible tanto el estudio como la fase piloto.

Referencias

Aiken, A., Lam, T., Gilmore, W., Burns, L., Chikritzhs, T., Lenton, S., Lloyd, B., Lubman, D., Ogeil, R., & Allsop, S. (2018). Youth perceptions of alcohol advertising: Are current advertising regulations working? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, *42*(3), 234-239. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1753-6405.12792

Anderson, P., de Bruijn, A., Angus, K., Gordon, R., & Hastings, G. (2009). Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: A systematic review of longitudinal studies. *Alcohol Alcohol*, *44*(3), 229-243. https://doi.org/https://doi.org/ 10.1093/alcalc/agn115

Ares-Maneiro, S., Espelt, A., Antelo-Iglesias, L., Teixidó-Compañó, E., Bosque-Prous, M., Colomeda-Cortada, È., Moure-Rodríguez, L., & Díaz-Geada, A. (2026). Social and Experiential Drivers of Adolescent Alcohol Use: Evidence from an Exploratory Concept Mapping Study. *Children*, *13*(3), 426. https://doi.org/10.3390/children13030426

Bosque-Prous, M., Espelt, A., Guitart, A. M., Bartroli, M., Villalbí, J. R., & Brugal, M. T. (2014). Association be-

tween stricter alcohol advertising regulations and lower hazardous drinking across European countries. *Addiction*, *109*(10), 1634-1643. https://doi.org/10.1111/add.12562

Connor, J. P., Kavanagh, D. J., Andrade, J., May, J., Feeney, G. F. X., Gullo, M. J., White, A. M., Fry, M.-L., Drennan, J., Previte, J., & Tjondronegoro, D. (2014). Alcohol consumption in young adults: The role of multisensory imagery. *Addictive Behaviors*, *39*(3), 721-724. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.11.023

Critchlow, N., Jones, D., Moodie, C., MacKintosh, A. M., Fitzgerald, N., Hooper, L., Thomas, C., & Vohra, J. (2020). Awareness of product-related information, health messages and warnings on alcohol packaging among adolescents: A cross-sectional survey in the United Kingdom. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, *42*(3), e223-e230. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz080

Ellickson, P. L., Collins, R. L., Hambarsoomians, K., & McCaffrey, D. F. (2005). Does alcohol advertising promote adolescent drinking? Results from a longitudinal assessment. *Addiction*, *100*(2), 235-246.

Ellickson, P. L., Tucker, J. S., & Klein, D. J. (2003). Ten-year prospective study of public health problems associated with early drinking. *Pediatrics*, *111*(5), 949-955. https://doi.org/https://doi.org/10.1542/peds.111.5.949

Elvig, S. K., McGinn, M. A., Smith, C., Arends, M. A., Koob, G. F., & Vendruscolo, L. F. (2021). Tolerance to alcohol: A critical yet understudied factor in alcohol addiction. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, *204*, 173155. https://doi.org/10.1016/j.pbb.2021.173155

Font-Ribera, L., Garcia-Continente, X., Pérez, A., Torres, R., Sala, N., Espelt, A., & Nebot, M. (2013). Driving under the influence of alcohol or drugs among adolescents: The role of urban and rural environments. *Accid Anal Prev*, *60*, 1-4. https://doi.org/10.1016/j.aap.2013.07.031

Hobday, M., Lensvelt, E., Gordon, E., Liang, W., Meuleners, L., & Chikritzhs, T. (2017). Distance travelled to purchase alcohol and the mediating effect of price. *Public Health*, *144*, 48-56. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.11.019

Jones, S. C., & Gregory, P. (2009). The impact of more visible standard drink labelling on youth alcohol consumption: Helping young people drink (ir)responsibly? *Drug and Alcohol Review*, *28*(3), 230-234. https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2008.00020.x

Jones, S. C., Hall, S., & Kypri, K. (2017). Should I drink responsibly, safely or properly? Confusing messages about reducing alcohol-related harm. *PloS One*, *12*(9), e0184705. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184705

Knai, C., Petticrew, M., Durand, M. A., Eastmure, E., & Mays, N. (2015). Are the Public Health Responsibility Deal alcohol pledges likely to improve public health? An evidence synthesis: Evidence underpinning the RD alcohol pledges. *Addiction*, *110*(8), 1232-1246. https://doi.org/10.1111/add.12855

Madden, M., & McCambridge, J. (2021). Alcohol marketing versus public health: David and Goliath? *Globalization and Health*, *17*(1), 45. https://doi.org/10.1186/s12992-021-00696-2

Martin-Moreno, J. M., Harris, M. E., Breda, J., Møller, L., Alfonso-Sanchez, J. L., & Gorgojo, L. (2013). Enhanced labelling on alcoholic drinks: Reviewing the evidence to guide alcohol policy. *European Journal of Public Health*. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt046

Martin-Turrero, I., Prieto-Merino, D., Valiente, R., Espelt, A., & Sureda, X. (2026). Alcohol availability around schools and adolescent consumption: A case study in Madrid, Spain. *Health & Place*, *99*, 103669. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2026.103669

Merrill, J. E., Rosen, R. K., Boyle, H. K., & Carey, K. B. (2018). The influence of context in the subjective evaluation of "negative" alcohol-related consequences. *Psychology of Addictive Behaviors*, *32*(3), 350-357. https://doi.org/10.1037/adb0000361

Molina-de la Fuente, I., Pastor, A., Conde, P., Sandín Vázquez, M., Ramos, C., Bosque-Prous, M., Franco, M., & Sureda, X. (2021). Residents perceptions of the alcohol environment: A participatory photovoice project in two districts with different socio-economic status in a large city. *Health & Place*, *69*, 102566. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2021.102566

Moral-Jiménez, M. de la V., de la Villa, M., & Ovejero Bernal, A. (2011). Improper Consumption of Alcohol in Spanish Teenagers: Emergent Trends and Perceptions of Risk. *Universitas Psychologica*, *10*(1), 71-87.

Noel, J. K., Xuan, Z., & Babor, T. F. (2018). Perceptions of Alcohol Advertising among High Risk Drinkers. *Substance Use & Misuse*, *53*(9), 1403-1410. https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1409765

Obradors-Rial, N., Ariza, C., Continente, X., & Muntaner, C. (2020). School and town factors associated with risky alcohol consumption among Catalan adolescents. *Alcohol*, *82*, 71-79. https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2019.04.005

Pastor, A., Espelt, A., Villalbí, J. R., Moure, L., Fuentes, S., Shortt, N. K., Valiente, R., Borrell, L. N., Franco, M., & Sureda, X. (2022). Availability and promotion of alcohol across different outlet typologies and under different area-level socioeconomic status. *Adicciones*, *16*(34), 23-36. https://doi.org/10.20882/adicciones.1367

Plan Nacional Sobre Drogas. (2021). *Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 1994-2021*. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.

Pons, J., & Buelga, S. (2011). Factores Asociados al Consumo Juvenil de Alcohol: Una Revisión desde una Pers-

pectiva Psicosocial y Ecológica | Elsevier Enhanced Reader. *Psychosocial Intervention*, *20*(1), 75-94. https://doi.org/10.5093/in2011v20n1a7

Sanchez-Ramirez, D. C., Franklin, R. C., & Voaklander, D. (2018). Perceptions About Alcohol Harm and Alcohol-control Strategies Among People With High Risk of Alcohol Consumption in Alberta, Canada and Queensland, Australia. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, *51*(1), 41-50. https://doi.org/10.3961/jpmph.17.112

Schulenberg, J. E., & Maggs, J. L. (2002). A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol. Supplement*, (14), 54-70. https://doi.org/https://doi.org/10.15288/jsas.2002.s14.54

Smith, L. A., & Foxcroft, D. R. (2009). The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: Systematic review of prospective cohort studies. *BMC Public Health*, *9*, 51. https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-51

Sureda, X., Carreño, V., Espelt, A., Villalbí, J. R., Pearce, J., & Franco, M. (2018). Alcohol in the city: Wherever and whenever. *Gaceta Sanitaria*, *32*(2), 172-175. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.06.008

Sureda, X., Villalbí, J. R., Espelt, A., & Franco, M. (2017). Living under the influence: Normalisation of alcohol consumption in our cities. *Gaceta Sanitaria*, *31*(1), 66-68. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.018

Teixidó-Compañó, E., Sureda, X., Bosque-Prous, M., Villalbí, J. R., Puigcorbé, S., Colillas-Malet, E., Franco, M., & Espelt, A. (2023). Understanding how alcohol environment influences youth drinking: A concept mapping study among university students. *Adicciones*, *1*(35), 469-482. https://doi.org/https://doi.org/10.20882/adicciones.1705

Tinawi, G., Gray, T., Knight, T., Glass, C., Domanski, N., Wilson, N., Hoek, J., & Thomson, G. (2018). Highly deficient alcohol health warning labels in a high-income country with a voluntary system. *Drug and Alcohol Review*, *37*(5), 616-626. https://doi.org/10.1111/dar.12814

van Schalkwyk, M. C. I., Petticrew, M., Maani, N., Hawkins, B., Bonell, C., Katikireddi, S. V., & Knai, C. (2022). Distilling the curriculum: An analysis of alcohol industry-funded school-based youth education programmes. *PLOS ONE*, *17*(1), e0259560. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259560

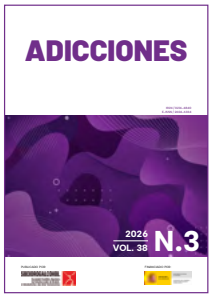
Villalbí, J. R., Bosque-Prous, M., Gili-Miner, M., Espelt, A., & Brugal, M. T. (2014). [Policies to prevent the harm caused by alcohol]. *Revista Española de Salud Pública*, *88*(4), 515-528. https://doi.org/10.4321/S1135-57272014000400006

Villalbí, J. R., Espelt, A., Sureda, X., Bosque-Prous, M., Teixidó-Compañó, E., Puigcorbé, S., Franco, M., & Brugal, M. T. (2019). The urban environment of alcohol: A study on the availability, promotion and visibility of its use in the neighborhoods of Barcelona. *Adicciones*, *31*(1), 33-40. https://doi.org/10.20882/adicciones.950

Visser, L. N. C., Van Der Velden, N. C. A., Smets, E. M. A., Van Der Lelie, S., Nieuwenbroek, E., Van Vliet, L. M., & Hillen, M. A. (2022). Methodological choices in experimental research on medical communication using vignettes: The impact of gender congruence and vignette modality. *Patient Education and Counseling*, *105*(6), 1634-1641. https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.10.015

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

ADICCIONES
2026 ■ VOL. 38 ■ N. 3 ■ PÁGS. 185–198
www.adicciones.es



ORIGINAL

Resultados al año del tratamiento hospitalario del trastorno por consumo de alcohol: Un programa de siete semanas en la República Checa

One-year outcomes of inpatient treatment for alcohol use disorder: A seven-week programme in the Czech Republic

Tomáš Skorkovský*; Milan Beniš*; Jiří Podlipný*; Petr Hošek**; Michal Miovský***; Jan Vevera*,****.

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine in Pilsen, Charles University and University Hospital in Pilsen, Pilsen, Czech Republic.

** Biomedical Center, Faculty of Medicine in Pilsen, Charles University, Pilsen, Czech Republic.

*** Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Prague, Czech Republic.

**** Department of Psychiatry, Institute for Postgraduate Medical Education, Prague, Czech Republic.

Resumen

Los resultados a largo plazo del tratamiento hospitalario del trastorno por consumo de alcohol (TCA) siguen siendo insuficientemente estudiados en Europa Central y Oriental. Este estudio examinó los resultados a los 12 meses posteriores al tratamiento tras un programa psicoterapéutico hospitalario de siete semanas en el Hospital Universitario de Plzeň y analizó los factores asociados con la abstinencia y la recaída. Se evaluó una cohorte prospectiva de un solo grupo compuesta por 62 pacientes (41,9 % mujeres) diagnosticados con dependencia del alcohol o consumo perjudicial (CIE-10) mediante instrumentos estandarizados (WHOQOL-BREF, EuropASI), con seguimiento a los 6 y 12 meses y verificación colateral. Se observó abstinencia continua durante un año en 23 pacientes (37,1 %), mientras que otros 5 (8,1 %) informaron un único episodio puntual de consumo; la abstinencia puntual al cabo de un año fue del 56,5 %. Las recaídas ocurrieron predominantemente durante los primeros seis meses. El inicio de la atención de seguimiento en un programa hospitalario especializado dentro del primer mes tras el alta se asoció con resultados más favorables, mientras que una mayor gravedad inicial del consumo de alcohol se relacionó con una recaída más temprana. La calidad de vida, medida mediante el WHOQOL-BREF, mejoró con el tiempo, y una mayor calidad de vida en el seguimiento a los 6 meses se asoció con resultados de abstinencia más favorables. Estos hallazgos sugieren que el período temprano posterior al tratamiento representa una fase particularmente vulnerable de la recuperación y que la participación en cuidados de seguimiento, la gravedad de la dependencia y la calidad de vida pueden ser correlatos relevantes de los resultados del tratamiento.

Palabras clave: trastorno por consumo de alcohol, tratamiento hospitalario, abstinencia, recaída, calidad de vida, resultados del tratamiento

Abstract

Long-term outcomes of inpatient treatment for alcohol use disorder (AUD) remain insufficiently studied in Central and Eastern Europe. This study examined 12-month post-treatment outcomes following a seven-week inpatient psychotherapeutic programme at Pilsen University Hospital and analysed factors associated with abstinence and relapse. A single-group prospective cohort of 62 patients (41.9% women) diagnosed with alcohol dependence or harmful use (ICD-10) was assessed using standardised instruments (WHOQOL-BREF and EuropASI) and followed up at the 6-month and 12-month follow-ups, with collateral informant verification. Continuous one-year abstinence was observed in 23 patients (37.1%), with an additional 5 (8.1%) reporting a single lapse; point abstinence at one year was 56.5%. Relapse occurred predominantly during the first 6 months after discharge. Initiation of facility-based aftercare within one month after discharge was associated with more favourable outcomes, while higher baseline alcohol severity was associated with earlier relapse. Quality of life, as measured by the WHOQOL-BREF, improved over time, and higher quality of life at the 6-month follow-up was associated with more favourable abstinence outcomes. These findings suggest that the early post-treatment period represents a particularly vulnerable phase of recovery and that aftercare participation, dependence severity, and quality of life may be relevant correlates of treatment outcomes.

Keywords: alcohol use disorder, inpatient treatment, abstinence, relapse, quality of life, treatment outcomes

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

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ **Enviar correspondencia a:**
Tomáš Skorkovský. Department of Psychiatry, University Hospital in Pilsen, Alej Svobody 80, Pilsen, Czech Republic.
Tel: +420 604 285 318. E-mail: skorkovskyt@fnplzen.cz

Con un consumo anual per cápita de 13,3 litros de alcohol puro, la República Checa se encuentra entre los países con mayor consumo de alcohol de la Unión Europea, donde el promedio en 2019 fue de 11,0 litros (World Health Organization, 2023). Según la Encuesta Nacional de 2024, el 7,4 % de los adultos checos se encuentra en la categoría de consumo perjudicial de alcohol (Králíková et al., 2024). Además, el alcohol contribuye anualmente a entre 6.000 y 7.000 muertes, lo que representa aproximadamente el 6 % de la mortalidad por todas las causas en la República Checa (National Monitoring Centre for Drugs and Addiction, 2024).

La evidencia neurobiológica actual respalda la conceptualización de los trastornos por consumo de sustancias (TCS), incluido el trastorno por consumo de alcohol (TCA), como afecciones crónicas y recurrentes. En consecuencia, se concede cada vez mayor importancia a la atención continuada y a largo plazo (modelo de atención a enfermedades crónicas, *Chronic Care Model*), integrando el tratamiento de las afecciones mentales y físicas comórbidas (Volkow et al., 2017). Los hallazgos previos, incluidos los nuestros, indican que los pacientes con TCA presentan un mayor riesgo de recaída y mortalidad durante los primeros años posteriores al tratamiento en comparación con los consumidores de drogas ilegales (Dawson et al., 2007; Tibenská et al., 2016; Volkow et al., 2017). La calidad de vida se reconoce cada vez más como un resultado importante orientado a la recuperación (Laudet, 2011).

El sistema de tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias en la República Checa comprende atención ambulatoria, desintoxicación y atención hospitalaria, incluidas las comunidades terapéuticas. Estos servicios conforman una red integrada en la que los programas hospitalarios de duración media, que suelen prolongarse entre 5 y 14 semanas, desempeñan un papel fundamental (Miovský et al., 2013). A pesar de la amplia variedad de servicios disponibles, hasta el 93 % de las personas con TCA grave no recibe ningún tipo de tratamiento. Por tanto, la brecha de tratamiento continúa siendo extremadamente elevada (Kågström et al., 2019).

La evaluación sistemática de los resultados del tratamiento hospitalario del TCA en la República Checa sigue siendo limitada. Existen pocos estudios y presentan heterogeneidad metodológica, especialmente en lo relativo a las definiciones de abstinencia, los procedimientos de seguimiento y el manejo de las pérdidas durante el seguimiento (Skorkovský et al., 2023). A escala internacional se han observado limitaciones similares, en particular el reducido número de estudios, las elevadas tasas de abandono y la falta de uniformidad en los intervalos de seguimiento, tal como se puso de manifiesto en una revisión sistemática sobre la eficacia de las comunidades terapéuticas (Suárez-Castro et al., 2024).

La investigación internacional sugiere que los resultados posteriores al tratamiento del trastorno por consumo de alcohol se asocian principalmente con la gravedad inicial de los problemas relacionados con el alcohol, la continuidad asistencial tras el alta y un funcionamiento más amplio relacionado con la recuperación, incluida la calidad de vida. Una mayor gravedad clínica se ha asociado con un peor pronóstico y una recaída más temprana (López-Goñi et al., 2012; Stohs et al., 2019), mientras que la continuidad asistencial y una mayor retención en el tratamiento se asocian con resultados más favorables a largo plazo (Blevins et al., 2017; Dacosta-Sánchez et al., 2022; McKellar et al., 2003). También se ha prestado cada vez mayor atención a los indicadores de recuperación centrados en el paciente, en particular a la calidad de vida, que puede reflejar no solo el resultado del tratamiento, sino también la estabilidad de la remisión y la capacidad para mantener el cambio conductual a lo largo del tiempo (Carlon et al., 2022; Dayal et al., 2024; Laudet, 2011).

El objetivo del presente estudio prospectivo fue examinar los resultados a los 12 meses posteriores al tratamiento de pacientes con trastorno por consumo de alcohol tras su participación en un programa residencial especializado en la República Checa, prestando especial atención a los resultados relativos a la abstinencia, el momento de la recaída, la participación en los cuidados posteriores al tratamiento y la calidad de vida. Basándonos en investigaciones previas, planteamos las hipótesis de que: (1) el riesgo de recaída sería mayor durante los primeros 6 meses posteriores al tratamiento; (2) una mayor gravedad inicial del consumo de alcohol se asociaría con peores resultados; (3) la participación en el programa de cuidados posteriores proporcionado por el propio centro se asociaría con resultados más favorables en términos de abstinencia; y (4) la calidad de vida, medida mediante el cuestionario WHOQOL-BREF, mejoraría durante el seguimiento y se asociaría con resultados más favorables en términos de abstinencia.

Método

Se llevó a cabo un estudio longitudinal de un solo grupo con diseño pretest-postest para examinar los resultados a los 12 meses tras un programa de tratamiento hospitalario de siete semanas. Los datos de seguimiento se recopilaron mediante entrevistas telefónicas con los pacientes y sus informantes colaterales en dos momentos: a los 6 y a los 12 meses. La tasa de respuesta para los datos de abstinencia fue del 96,8 %. Las principales medidas de resultado fueron la tasa de abstinencia y la calidad de vida. Utilizamos el término «consumo puntual» (*single lapse*) para referirnos a un único episodio de consumo de alcohol, limitado en el tiempo y seguido de un retorno a la abstinencia, mientras que «recaída» (*relapse*) hace referencia al consumo repetido o sostenido de alcohol más allá de un único episodio puntual. Se utilizó un diseño de

un solo grupo debido a restricciones éticas y organizativas. En este contexto sanitario, los tiempos de espera para recibir tratamiento hospitalario por trastorno por consumo de alcohol son considerablemente inferiores al periodo de seguimiento de 12 meses, lo que hace inviable utilizar un grupo de control en lista de espera. Además, no proporcionar o retrasar un tratamiento indicado con fines de investigación plantearía problemas éticos dada la morbilidad y mortalidad asociadas al trastorno por consumo de alcohol no tratado.

Participantes

El estudio incluyó a todos los pacientes adultos (≥ 18 años) que estuvieron hospitalizados durante ≥ 3 días en la Unidad de Tratamiento de Adicciones del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de Pilsen entre marzo de 2022 y febrero de 2024 y que cumplían los criterios de la CIE-10 para F10.1 (consumo perjudicial de alcohol) o F10.2 (síndrome de dependencia del alcohol). Los pacientes que presentaban en ese momento consumo perjudicial o dependencia de otras sustancias (p. ej., estimulantes u opioides; F19.1/F19.2) no eran elegibles para su inclusión en el estudio, aunque podían ser ingresados en la unidad. Los pacientes con antecedentes de otros trastornos por consumo de sustancias que, en el momento del ingreso, únicamente cumplían los criterios diagnósticos de consumo perjudicial o dependencia del alcohol eran elegibles para su inclusión.

El 96,9 % de los pacientes elegibles a los que se propuso participar aceptaron hacerlo. No se aplicaron criterios de exclusión específicos del estudio.

La unidad aplica las contraindicaciones clínicas habituales para el ingreso en el programa psicoterapéutico hospitalario, entre ellas enfermedad física grave que requiera atención urgente, psicosis aguda (F2X.X según la CIE-10) que requiera tratamiento prioritario, trastornos cerebrales orgánicos (F01.X, F02.X, F03, F04 según la CIE-10) y discapacidad intelectual (F70.X según la CIE-10), dado que estas afecciones limitan la idoneidad para una psicoterapia grupal intensiva.

Los trastornos psiquiátricos comórbidos distintos de los trastornos psicóticos no constituyeron criterios de exclusión para el ingreso ni para la participación en el estudio y fueron evaluados como parte del examen psiquiátrico inicial.

Durante el periodo de estudio, ningún paciente que cumpliera los criterios de inclusión fue excluido de la participación, ni por motivos relacionados con el estudio ni debido a estas contraindicaciones clínicas.

Informantes colaterales

Casi todos los pacientes (90,3 %) identificaron a un informante colateral para verificar telefónicamente los datos de seguimiento. Por lo general, se trataba de familiares, principalmente parejas (50,8 %), progenitores (24,6 %) o hijos adultos (14,8 %); con menor frecuencia, eran familiares más lejanos o amigos cercanos (9,8 %). Si las circunstancias vitales de los pacientes cambiaban durante el seguimiento, el informante colateral podía ser sustituido por otra persona de contacto adecuada. Los informes de estos informantes se utilizaron como fuente alternativa de datos cuando no fue posible contactar con los pacientes o como medio para verificar la información autoinformada.

Recogida de datos durante la hospitalización

Durante la primera semana del programa de tratamiento, todos los pacientes incluidos fueron sometidos a una evaluación inicial mediante instrumentos estandarizados. La calidad de vida se evaluó mediante el cuestionario WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1998), del que se obtuvo una puntuación global que reflejaba la calidad de vida percibida por los participantes.

La evaluación multidimensional de los problemas relacionados con el consumo de sustancias se realizó mediante el instrumento EuropASI (adaptación europea del *Addiction Severity Index*, 5.ª edición) (Kokkevi & Hartgers, 1995; Kubička & Csémy, 1998). Aunque el instrumento evalúa diversos ámbitos (estado médico, situación laboral/apoyo, consumo de alcohol, situación legal, relaciones familiares y sociales y estado psiquiátrico), el presente estudio se centró específicamente en el ámbito de consumo de alcohol. Para este ámbito se obtuvieron dos indicadores:

- *Puntuación compuesta (Composite Score, CS):* indicador cuantitativo de la gravedad en el ámbito correspondiente, calculado a partir de determinados ítems del cuestionario que combinan indicadores objetivos y la percepción subjetiva de los pacientes. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 1, y los valores más altos indican una mayor gravedad.
- *Valoración de gravedad del entrevistador (Interviewer Severity Rating, ISR):* valoración clínica de la gravedad en el ámbito correspondiente en una escala de 0 a 9, basada en una combinación de los datos recopilados durante la entrevista, la autoevaluación subjetiva del paciente y el juicio profesional del clínico.

La evaluación inicial también incluyó el análisis de los datos procedentes del examen psiquiátrico, centrándose en los antecedentes de consumo de sustancias, las intervenciones terapéuticas previas y la presencia de diagnósticos psiquiátricos comórbidos según la CIE-10.

Seguimiento

Tras el alta, se contactó telefónicamente con los pacientes en dos momentos de seguimiento: a los 6 y a los 12 meses. Se administró nuevamente el cuestionario WHOQOL-BREF, junto con un cuestionario estructurado que abordaba la abstinencia, la continuidad asistencial, el funcionamiento psicosocial y variables relacionadas con el tratamiento. Se eligió el formato telefónico para maximizar la tasa de respuesta y permitir aclarar las respuestas de los participantes. En los mismos momentos de seguimiento también se con-

tactó con los informantes colaterales, a quienes se pidió que cumplimentaran una versión abreviada del mismo cuestionario relativa a la abstinencia y la continuidad asistencial.

La abstinencia se definió como la ausencia completa de consumo de alcohol durante el periodo de seguimiento correspondiente, diferenciándose el consumo puntual de la recaída. La abstinencia puntual se definió como la abstinencia de alcohol durante al menos un mes (30 días) antes de las evaluaciones de seguimiento de los 6 y 12 meses. Siempre que fue posible, la abstinencia autoinformada se verificó mediante los informantes colaterales; en caso de discrepancia, se utilizó para el análisis la información menos favorable. No se realizó ninguna verificación biológica (p. ej., mediante biomarcadores); por tanto, los resultados relativos a la abstinencia se basan en autoinformes estructurados corroborados mediante información colateral.

Todas las entrevistas telefónicas de seguimiento fueron realizadas por el primer autor, un médico que participaba en el programa de tratamiento. El entrevistador conocía la información clínica inicial; no obstante, todas las evaluaciones se basaron en cuestionarios estructurados con una formulación estandarizada para minimizar el sesgo relacionado con el entrevistador. Los informantes colaterales no fueron informados de las respuestas de los pacientes y proporcionaron sus informes de manera independiente.

Descripción del centro

La Unidad de Tratamiento de Adicciones del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de Pilsen ofrece un programa hospitalario de siete semanas destinado a hombres y mujeres diagnosticados de trastorno por consumo de alcohol (TCA), trastorno por consumo de sustancias (TCS) o juego patológico. Los pacientes ingresan después de haber realizado una desintoxicación en la unidad de desintoxicación del departamento o, con menor frecuencia, son derivados directamente a la unidad de tratamiento de adicciones si pueden acreditar un mínimo de tres semanas de abstinencia.

El programa se basa en psicoterapia grupal abierta, con especial énfasis en el plan terapéutico individual y en el trabajo sobre los objetivos personales de tratamiento del paciente. El tamaño óptimo del grupo es de diez pacientes. La modalidad principal consiste en un grupo de psicoterapia abierto (de incorporación continua), con una rotación semanal limitada (habitualmente entran o salen entre 0 y 2 pacientes por semana), lo que permite mantener la continuidad de los procesos grupales al tiempo que se conserva la flexibilidad en los ingresos. El enfoque terapéutico combina elementos de terapia cognitivo-conductual, técnicas motivacionales y el modelo de los 12 pasos (Alcoholics Anonymous World Services, 2001), complementados con sesiones familiares, entrenamiento en técnicas de relajación, terapia ocupacional, fisioterapia y, cuando está indicado, administración de medicación psiquiátrica (incluidos disulfiram y fármacos anticraving). Además de las sesiones grupales, los pacientes realizan una serie de tareas terapéuticas estructuradas (p. ej., formulación de una solicitud inicial de tratamiento, elaboración de una lista más detallada de problemas y objetivos terapéuticos, un ejercicio de balance motivacional, identificación de situaciones de alto riesgo y estrategias de afrontamiento y un contacto estructurado con una persona significativa, generalmente el familiar más cercano). En el programa se integran determinados elementos del enfoque de los 12 pasos (en particular, los pasos 1 y 4). Cuando resulta apropiado y se acuerda con el paciente, pueden utilizarse como componente opcional estrategias para el manejo del craving (incluida la exposición en imaginación).

El programa se caracteriza por un menor número de elementos estructurados basados en rutinas, en particular por la ausencia de un sistema de puntos y de sanciones colectivas, y pone el énfasis en la cooperación activa de los pacientes y en su motivación intrínseca. Cuando existe un contrato terapéutico individual claramente formulado, la duración del tratamiento puede ampliarse hasta diez semanas, con áreas objetivo y tareas previamente definidas.

En el contexto checo, el programa de siete semanas representa un formato hospitalario de corta duración en comparación con los programas de duración media, más habituales, que se prolongan aproximadamente entre 3 y 4 meses. En comparación con los modelos hospitalarios más tradicionalmente estructurados utilizados en la República Checa, el presente programa se caracteriza por un mayor énfasis en el trabajo psicoterapéutico y en el establecimiento de objetivos individuales, así como por una menor dependencia de elementos rígidos basados en el régimen institucional o de sistemas de sanciones.

Tras el alta, se anima a los pacientes a participar en los grupos de cuidados posteriores al tratamiento (*aftercare*) proporcionados por el mismo centro. Estos grupos se organizan como sesiones semanales de psicoterapia grupal dirigidas principalmente a pacientes abstinentes que han completado el programa hospitalario, aunque también pueden asistir pacientes que hayan completado un tratamiento hospitalario en otros centros. Antes de cada sesión, la abstinencia suele verificarse mediante una prueba de alcoholemia. El programa de cuidados posteriores constituye la modalidad de continuidad asistencial más habitual ofrecida por el departamento y tiene como objetivo favorecer el mantenimiento de la abstinencia, la prevención de recaídas y la continuidad del trabajo terapéutico tras finalizar el tratamiento hospitalario.

Aprobación ética

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario de Pilsen y la Facultad de Medicina de la Universidad Carolina en Pilsen (aprobación n.º 408/21; 4 de noviembre de 2021). Todos los participantes recibieron información oral y escrita sobre el estudio, y quienes aceptaron participar firmaron un consentimiento informado. Los par-

ticipantes también proporcionaron su consentimiento por escrito para la participación de los informantes colaterales.

Análisis estadístico

Como resultado principal del estudio, la abstinencia se evaluó de tres formas: 1) abstinencia continuada durante 12 meses (variable dicotómica): los pacientes permanecieron completamente abstinentes durante 12 meses o experimentaron una recaída (es decir, consumo de alcohol más allá de un único consumo puntual; los pacientes con un único consumo puntual fueron excluidos de este análisis); 2) tiempo hasta la primera recaída (análisis de tiempo hasta el evento, similar a un análisis de supervivencia, de la proporción de pacientes libres de recaída a lo largo del seguimiento): número de meses inmediatamente posteriores al alta durante los cuales el paciente permaneció continuamente abstinente (redondeado hacia abajo a meses completos; los intervalos expresados como 30 días o 4 semanas se consideraron equivalentes a 1 mes); y 3) abstinencia puntual en el seguimiento de los 12 meses (variable dicotómica): si el paciente había permanecido abstinente durante al menos un mes antes de la evaluación de seguimiento de los 12 meses. La abstinencia continuada y la abstinencia puntual se analizaron mediante la prueba U de Mann-Whitney (en relación con variables cuantitativas, la mayoría de las cuales presentaban distribuciones no normales) y la prueba exacta de Fisher (en relación con variables categóricas y también para comparar las tasas de recaída entre la primera y la segunda mitad del periodo de seguimiento). El tiempo hasta la primera recaída se evaluó mediante métodos de análisis de supervivencia, concretamente un modelo univariable de riesgos proporcionales de Cox (variables continuas) y análisis de Kaplan-Meier con la prueba de Gehan-Wilcoxon para dos o múltiples muestras (variables categóricas).

Dado que los cuidados posteriores al tratamiento (*aftercare*; programa proporcionado por la Unidad de Tratamiento de Adicciones del Hospital Universitario de Pilsen) solo se inician tras el alta y que su inicio está intrínsecamente vinculado al mantenimiento de la abstinencia, un análisis de supervivencia simple destinado a evaluar su asociación con los resultados generaría un posible sesgo de tiempo inmortal (*immortal time bias*). Para evitarlo, se utilizó un enfoque de punto de referencia (*landmark approach*), estableciendo un periodo de un mes posterior al alta para el inicio de los cuidados posteriores y comenzando el análisis de supervivencia a partir de dicho punto de referencia (incluyendo únicamente a los pacientes que permanecían abstinentes en ese momento). No se exigió una participación regular en el programa de cuidados posteriores del centro para ser incluido en el grupo de «cuidados posteriores» (es decir, bastaba con haber iniciado dichos cuidados una sola vez), con el fin de reducir el sesgo derivado de la asociación intrínseca entre la abstinencia continuada y la participación constante en la continuidad asistencial. Los participantes que asistían a Alcohólicos Anónimos u otros programas externos de continuidad asistencial fueron excluidos de este análisis porque no se disponía del momento en que habían iniciado su participación, lo que impedía incluirlos en el diseño de punto de referencia.

El resultado secundario fue el cambio en la puntuación del WHOQOL-BREF, calculado restando la puntuación inicial de la obtenida en el seguimiento de los 12 meses. La comparación de la calidad de vida entre la evaluación inicial y los seguimientos de los 6 y 12 meses se realizó mediante la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas (sin corrección de Bonferroni para las dos pruebas).

Para explorar si la ausencia de datos era compatible con el supuesto MCAR (*missing completely at random*; datos completamente ausentes al azar), se crearon indicadores de ausencia de datos para cada variable con datos incompletos y se analizaron sus asociaciones con las características iniciales observadas en su totalidad mediante pruebas U de Mann-Whitney para las variables continuas y pruebas de chi-cuadrado o exacta de Fisher para las variables categóricas. Los datos ausentes se concentraron en las variables de seguimiento, especialmente en la puntuación del WHOQOL-BREF a los 12 meses (19,4 %) y a los 6 meses (17,7 %), y mostraron asociaciones con las características iniciales, particularmente con la gravedad de la dependencia, lo que sugiere que era poco probable que los datos estuvieran completamente ausentes al azar. Los datos ausentes se omitieron individualmente de cada prueba mediante eliminación por pares (*pairwise deletion*).

Para evaluar la tasa de falsos descubrimientos (FDR, *false discovery rate*), se aplicó el procedimiento de Benjamini-Hochberg al conjunto de todas las pruebas estadísticas realizadas durante el análisis de los datos. Con un nivel de significación inicial de $\alpha = 0{,}05$, la FDR estimada es del 26 % y, para alcanzar una FDR conservadora real del 5 %, el umbral de significación de cada prueba individual debe reducirse a 0,004.

Todos los valores de *p* presentados son bilaterales y el nivel de significación se estableció en $\alpha = 0{,}05$. El análisis estadístico se realizó mediante STATISTICA (versión 11Cz, TIBCO Software Inc., Palo Alto, CA, EE. UU.).

Resultados

Características de la muestra y completitud del seguimiento

La muestra del estudio estuvo compuesta por 62 pacientes. Se dispuso de datos sobre abstinencia de 60 participantes (96,8 %) gracias al uso de informantes colaterales. Cuatro pacientes (6,5 %) fallecieron durante el periodo de seguimiento, todos ellos tras haber recaído. Se dispuso de datos del WHOQOL-BREF del 90,3 % de los pacientes en el seguimiento de los 6 meses y del 88,7 % en el seguimiento de los 12 meses.

La muestra presentó una distribución equilibrada entre hombres y mujeres (41,9 % de mujeres), con una edad media de 47,8 años. El consumo medio diario de alcohol fue de 122,2 g/día, con una variabilidad considerable entre los participantes. Las características sociodemográficas y de consumo detalladas se presentan en las Tablas 1 y 2.

Las discrepancias entre los informes de los pacientes y los de los informantes colaterales fueron poco frecuentes (6,5 %), lo que sugiere una fiabilidad aceptable de los resultados autoinformados.

Tabla 1
Características sociodemográficas de la muestra (N = 62)

Variable	Valor
Número de pacientes	62
Género – hombre	36 (58,1%)
Género – mujer	26 (41,9%)
Media de edad (todos)	47,8 años
Rango de edad	23–71 años
Media de edad – hombre	47,9 años
Media de edad – mujer	47,6 años
Antecedentes familiares de consumo de alcohol (al menos uno de los padres)	35 (56,5%)
Duración del consumo excesivo de consumo de alcohol	Media 6 años
Número de pacientes con interrupción prematura del tratamiento	4 (6,5%)
Número de pacientes en el primer episodio de tratamiento	41 (66,1%)
Media de edad de los pacientes en el primer episodio de tratamiento	46,6 años
Número de pacientes con episodios de tratamiento previos	21 (33,9%)
Número medio de episodios de tratamiento (muestra completa)	1,76
Número máximo de episodios de tratamiento	8

Tabla 2
Consumo diario de alcohol (30 días antes del ingreso en tratamiento)

Consumo diario de alcohol	g/día
Media	122,2
Cota inferior de IC del 95%	97,7
Cota superior de IC 95%	146,8
Mediana	59,5
Mínimo	0,0
Máximo	390,0
>200 g/día (m) o >140 g/día (w)	15 (24,2%)
120–200 g/día (m) o 80–140 g/día (w)	20 (32,3%)
<120 g/día (m) o <80 g/día (w)	27 (43,5%)

Resultados de abstinencia, recaída y predictores

Se observó abstinencia continuada durante un año en 23 pacientes (37,1 %; IC del 95 %: 25,9–49,8 %), y otros 5 pacientes (8,1 %; IC del 95 %: 3,0–18,2 %) informaron de un único consumo puntual. El 56,5 % de los participantes alcanzó la abstinencia puntual en el seguimiento de los 12 meses (es decir, abstinencia mantenida durante al menos un mes en el momento del seguimiento al año).

De los 60 pacientes de los que se disponía de datos sobre abstinencia, 30 experimentaron una recaída durante los primeros 6 meses posteriores al tratamiento (50,0 %; IC del 95 %: 45,9–72,6 %), frente a solo 2 de los 30 pacientes restantes (6,7 %) durante el segundo periodo de 6 meses ($p < 0{,}001$; diferencia de proporciones: 43,3 puntos porcentuales; IC del 95 %: 24,2–56,5 %). Este patrón temporal también se refleja en el análisis de Kaplan-Meier, que muestra un pronunciado descenso inicial de la supervivencia libre de recaída (Fig. 1a).

Figura 1
Proporción de pacientes sin recaída tras el tratamiento. Se muestra para el conjunto de la muestra (a) y en función de la participación en los cuidados posteriores al tratamiento (grupos AOD = grupos de cuidados posteriores para trastornos por consumo de alcohol y otras drogas), iniciados durante el primer mes tras el alta (b)

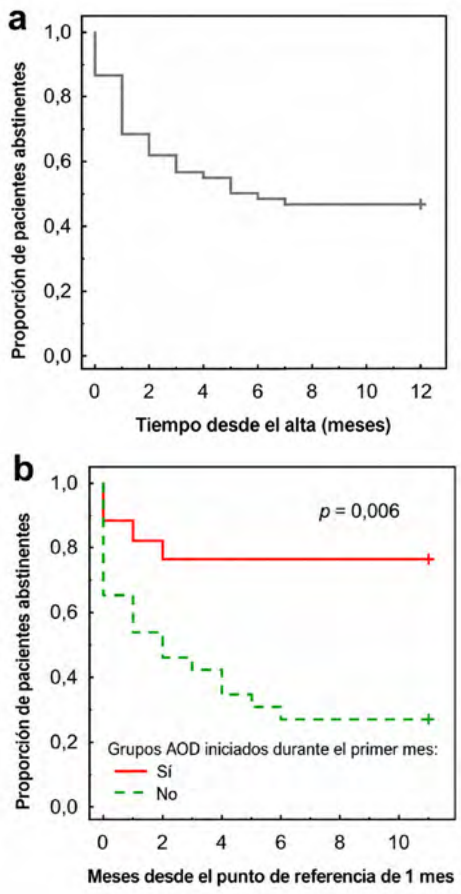


Figura 2
Puntuaciones del WHOQOL-BREF en las diferentes fases del estudio (a), puntuaciones del WHOQOL-BREF en el seguimiento de los 6 meses en función de la abstinencia continuada (b) y cambio en las puntuaciones del WHOQOL-BREF en el seguimiento de los 12 meses en función del número de episodios de tratamiento previos (c)

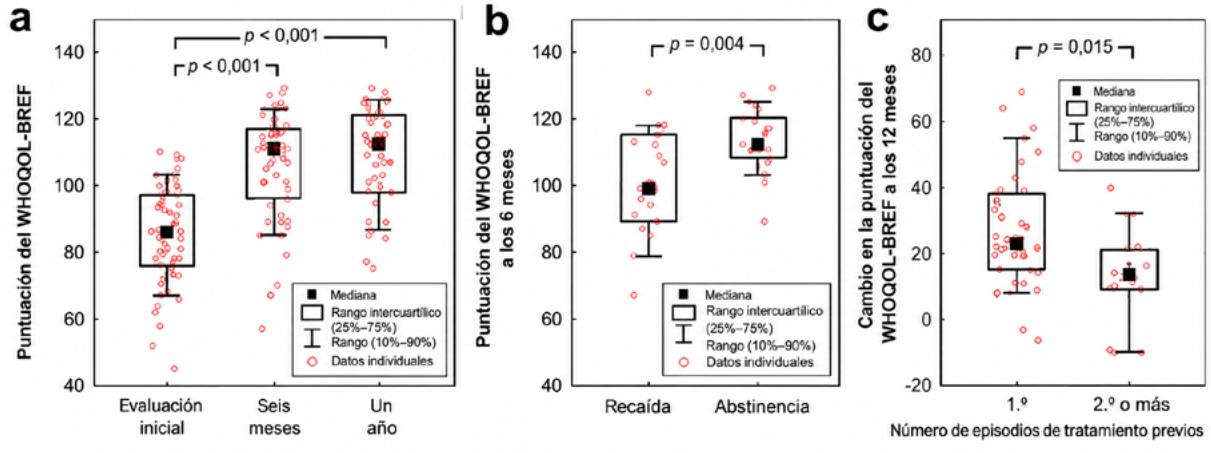


Figura 3
Relación entre la gravedad de la dependencia, medida mediante la ISR (EuropASI, dominio de Alcohol), y la abstinencia continuada durante 12 meses

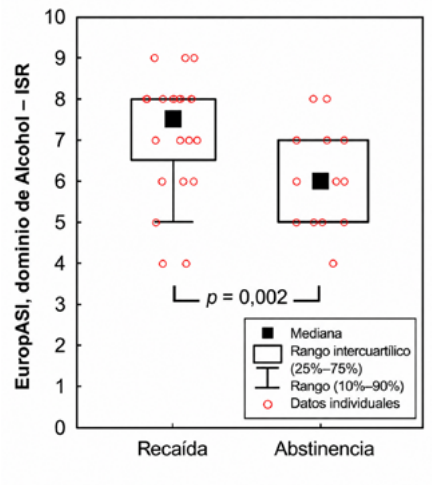
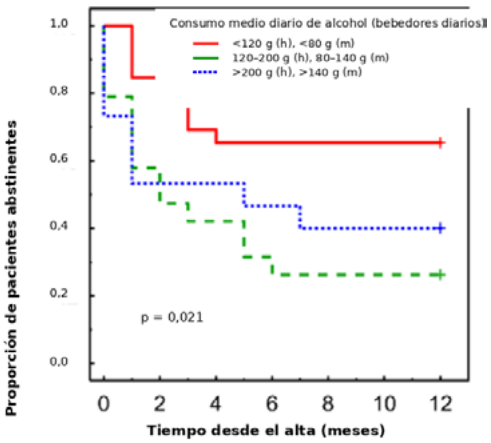


Figura 4
Proporción de pacientes sin recaída a lo largo del tiempo tras el alta en relación con el consumo medio diario de alcohol, categorizado según los umbrales individuales para hombres (h) y mujeres (m)



Una mayor gravedad inicial en el dominio de Alcohol del EuropASI, evaluada mediante la Valoración de Gravedad del Entrevistador (ISR), se asoció con un menor tiempo hasta la recaída (p = 0,001). Se observaron asociaciones similares para la abstinencia puntual y la abstinencia continuada durante 12 meses (p = 0,007 y p = 0,002, respectivamente; Fig. 3). Las asociaciones correspondientes a la Puntuación Compuesta mostraron una dirección similar, aunque fueron, en general, más débiles y menos consistentes entre los distintos resultados.

Un mayor consumo medio diario de alcohol se asoció débilmente con un menor tiempo hasta la recaída (p = 0,021; Fig. 4), mientras que la duración autoinformada del consumo excesivo de alcohol no se asoció con los resultados de abstinencia.

Los pacientes que iniciaron los cuidados posteriores al tratamiento (*aftercare*) durante el primer mes tras el alta (en el mismo centro de tratamiento) mostraron un tiempo significativamente mayor hasta la primera recaída que aquellos que no los iniciaron (p = 0,006; Fig. 1b). La abstinencia puntual en el seguimiento de los 12 meses también fue notablemente mayor en el grupo que recibió cuidados posteriores: 16/16 pacientes (100 %; IC del 95 %: 76,6–100 %) permanecieron abstinentes, frente a 8/23 pacientes (34,8 %; IC del 95 %: 18,5–55,6 %) que no iniciaron estos cuidados (p < 0,001; diferencia: 65,2 puntos porcentuales; IC del 95 %: 37,1–81,2). Los pacientes que recayeron durante el primer mes (n = 8) o que asistieron únicamente a programas externos (n = 11) fueron excluidos de este análisis. Los participantes que fallecieron durante el seguimiento (n = 4) se incluyeron únicamente en el análisis de supervivencia mediante el enfoque de punto de referencia (*landmark*).

Calidad de vida y su asociación con la abstinencia

La calidad de vida, medida mediante la puntuación total del WHOQOL-BREF, mejoró significativamente tanto en el seguimiento de los 6 meses como en el de los 12 meses

en comparación con la evaluación inicial (todos los valores de $p < 0{,}001$; Fig. 2a). Una mejor calidad de vida en el seguimiento de los 6 meses se asoció con un mayor tiempo hasta la primera recaída ($p = 0{,}009$; la ocurrencia de recaída disminuyó un 3,0 %; IC del 95 %: 0,8–5,3 %, por cada punto de incremento en la puntuación del WHO-QOL-BREF), así como con la abstinencia continuada durante todo el seguimiento de un año ($p = 0{,}004$; Fig. 2b) y con la abstinencia puntual en el seguimiento de los 12 meses ($p = 0{,}031$). No se observó dicha asociación para la calidad de vida evaluada en el seguimiento de los 12 meses. Los pacientes con múltiples episodios de tratamiento previos mostraron mejoras menores en la calidad de vida que los pacientes que recibían tratamiento por primera vez ($p = 0{,}015$; diferencia en el cambio mediano: 9,5 puntos; IC del 95 %: 0,5–21; Fig. 2c).

Discusión

Abstinencia continuada, riesgo de recaída temprana y mortalidad

En el seguimiento a los 12 meses, algo más de un tercio de los pacientes alcanzó la abstinencia continuada, mientras que casi la mitad permaneció abstinente cuando se incluyeron también los pacientes que informaron de un único consumo puntual durante el periodo de estudio. Estos hallazgos coinciden con los resultados de nuestro trabajo previo, en el que revisamos los estudios checos disponibles sobre la efectividad del tratamiento hospitalario de duración media para pacientes con dependencia del alcohol y encontramos tasas de abstinencia al año que oscilaban entre el 34 % y el 60 % (Skorkovský et al., 2023).

Dado que la mayoría de las recaídas observadas en este estudio se produjeron durante los primeros 6 meses tras el alta, este periodo puede considerarse una fase especialmente vulnerable de la recuperación. Esta asimetría temporal es coherente con los hallazgos de investigaciones previas (Dawson et al., 2007; Rolová et al., 2023; Tibenská et al., 2008) y probablemente refleja las dificultades a las que se enfrentan los pacientes al pasar de un entorno hospitalario protegido a contextos cotidianos asociados con señales condicionadas relacionadas con el alcohol, malestar y una menor estructura externa. Esta interpretación es coherente con la evidencia actual que muestra que la reactividad a las señales y el *craving* desempeñan un papel importante en el retorno al consumo de sustancias y en los procesos de recaída (Vafaie & Kober, 2022), así como con los hallazgos que indican que el *craving* de alcohol predice la recaída tras el tratamiento residencial (Stohs et al., 2019). Desde una perspectiva clínica, nuestros hallazgos respaldan la consideración de los primeros meses posteriores al alta como un periodo crítico para la intervención, que requiere una estrecha supervisión y un acceso rápido a la continuidad asistencial tras el alta.

Esta interpretación se ve respaldada, además, por la asociación observada entre el inicio temprano de los cuidados posteriores al tratamiento (*aftercare*) y unos resultados de abstinencia más favorables. Los pacientes que iniciaron estos cuidados durante el primer mes tras el alta mostraron un tiempo significativamente mayor hasta la recaída y tasas considerablemente más altas de abstinencia puntual en el seguimiento de los 12 meses en comparación con quienes no los iniciaron. Se han descrito hallazgos similares en estudios previos que destacan la importancia de la continuidad asistencial tras el tratamiento hospitalario, ya sea mediante grupos de cuidados posteriores, servicios especializados en adicciones, psicoterapia individual o grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos (Blevins et al., 2017; McKellar et al., 2003; Rolová et al., 2023; Tibenská et al., 2008). En el presente estudio, el análisis se centró específicamente en los grupos de cuidados posteriores proporcionados por el mismo centro de tratamiento, ya que esto permitió determinar con precisión si se había iniciado la participación y en qué momento. No obstante, solo alrededor de un tercio de los pacientes de nuestra muestra inició esta modalidad estructurada de cuidados posteriores, mientras que aproximadamente la mitad no participó en ningún tipo de continuidad asistencial tras el alta.

Aunque el enfoque de punto de referencia de un mes (*landmark approach*) utilizado en este análisis reduce el posible sesgo de tiempo inmortal al separar el periodo destinado al inicio de los cuidados posteriores del periodo posterior de observación de las recaídas, la asociación observada debe interpretarse con cautela. Los pacientes que inician los cuidados posteriores pueden diferir sistemáticamente de quienes no los inician, lo que podría contribuir en parte a su mayor probabilidad de alcanzar una abstinencia continuada. Las investigaciones previas sugieren que la implicación y la retención en el tratamiento están determinadas por una compleja interacción de factores motivacionales, clínicos y contextuales, entre ellos la disposición al cambio, la relevancia percibida del tratamiento, la estabilidad social y la calidad de la relación terapéutica (Brorson et al., 2013; Zemore et al., 2021). Por tanto, la asociación observada entre el inicio temprano de los cuidados posteriores y unos resultados más favorables no debe interpretarse en términos causales, sino como parte de un proceso más amplio de implicación en el tratamiento y recuperación.

La mortalidad observada durante el seguimiento subraya aún más la relevancia clínica de la recaída. En la presente muestra, cuatro pacientes (6,5 %) fallecieron durante el año posterior al tratamiento y, en todos los casos, el fallecimiento estuvo precedido por una recaída. Tibenská et al. (2016) comunicaron hallazgos similares en un seguimiento de cinco años de pacientes tras un tratamiento residencial, en el que se observaron 28 fallecimientos (13 % de la muestra), de los cuales solo dos no estuvieron precedidos por una recaída. Estas observaciones respaldan la idea de que la re-

caída no debe conceptualizarse simplemente como un fracaso en alcanzar la abstinencia continuada, sino como un acontecimiento clínicamente grave asociado con un riesgo para la salud considerablemente mayor y con la necesidad de una intervención oportuna.

Gravedad de la dependencia, calidad de vida y resultados relacionados con la recuperación

Nuestro análisis mostró que una mayor gravedad de los problemas relacionados con el alcohol, evaluada mediante el dominio de Alcohol del EuropASI, se asociaba con peores resultados posteriores al tratamiento. En particular, las puntuaciones más altas en la Valoración de Gravedad del Entrevistador (ISR) se asociaron significativamente con un menor tiempo hasta la primera recaída. Se observó una tendencia similar, aunque únicamente próxima a la significación estadística, para la Puntuación Compuesta (CS). También se obtuvieron resultados consistentes para los resultados categóricos de abstinencia, en los que una mayor gravedad se asoció con una menor probabilidad de abstinencia mantenida durante un año y de abstinencia puntual. Estos hallazgos son coherentes con estudios previos que indican que la gravedad evaluada clínicamente constituye un correlato importante de los resultados posteriores al tratamiento (López-Goñi et al., 2012; Stohs et al., 2019) y que las valoraciones de gravedad realizadas por el entrevistador pueden presentar una mayor validez predictiva que los indicadores compuestos por sí solos.

Por el contrario, la duración autoinformada del consumo excesivo de alcohol no se asoció con los resultados de abstinencia, lo que sugiere que las estimaciones retrospectivas de la historia de consumo pueden aportar menos información sobre el riesgo de recaída que una evaluación estructurada de la gravedad actual. Se observó una asociación débil entre un mayor consumo medio diario de alcohol y un menor tiempo hasta la recaída, lo que concuerda con los hallazgos previos, que han sido heterogéneos respecto al valor predictivo de los indicadores basados en el consumo (Blevins et al., 2017).

La calidad de vida, evaluada mediante el WHO-QOL-BREF, mejoró significativamente tanto en el seguimiento de los 6 meses como en el de los 12 meses en comparación con los niveles iniciales. Este hallazgo respalda la idea de que el tratamiento hospitalario se asocia no solo con cambios en la conducta de consumo de sustancias, sino también con mejoras más amplias en el bienestar subjetivo y el funcionamiento psicosocial. En consonancia con la literatura previa, estos resultados refuerzan la conceptualización de la calidad de vida como un resultado importante orientado a la recuperación en el trastorno por consumo de alcohol (Andersson & Nordfjærn, 2020; Carlon et al., 2022; Kirouac et al., 2017; LoCastro et al., 2009).

Es importante señalar que una mejor calidad de vida en el seguimiento de los 6 meses se asoció con resultados de abstinencia más favorables, entre ellos un mayor tiempo hasta la recaída y una mayor probabilidad de mantener la abstinencia durante el seguimiento de un año. Por el contrario, no se observaron asociaciones significativas entre la calidad de vida evaluada en el seguimiento de los 12 meses y los resultados de abstinencia. Una posible explicación es que la calidad de vida durante la fase temprana posterior al alta podría reflejar el grado de estabilización psicosocial y adaptación al funcionamiento cotidiano después del tratamiento hospitalario, lo que, a su vez, podría favorecer el mantenimiento de la abstinencia. Por el contrario, es más probable que la calidad de vida evaluada en el seguimiento de los 12 meses represente el resultado global del proceso de recuperación y no un predictor del riesgo posterior de recaída. No obstante, dado el carácter exploratorio de estos análisis y el reducido tamaño de la muestra, estas interpretaciones deben considerarse provisionales.

En conjunto, estos hallazgos sugieren que la gravedad clínica inicial y la calidad de vida durante la fase temprana posterior al tratamiento pueden reflejar aspectos diferentes pero complementarios de las trayectorias de recuperación en el trastorno por consumo de alcohol. Mientras que la gravedad parece reflejar principalmente la vulnerabilidad a la recaída temprana, la calidad de vida podría estar más estrechamente relacionada con la estabilización psicosocial durante el periodo inicial de recuperación.

Naturaleza del programa de tratamiento y factores subjetivos de éxito

En la República Checa, el tratamiento hospitalario de las adicciones ha estado históricamente influido por modelos altamente estructurados y basados en un régimen institucional, caracterizados por una organización jerárquica del entorno terapéutico, rutinas fijas y sistemas de sanciones. En este contexto, el programa descrito representa un formato hospitalario relativamente breve, con un mayor énfasis en la psicoterapia, el establecimiento de objetivos individuales y la cooperación activa de los pacientes. En lugar de depender principalmente de la estructura externa y del control conductual, el programa pone un mayor énfasis en la motivación intrínseca, la implicación terapéutica y la planificación individualizada de la recuperación.

Esta distinción puede ser relevante a la hora de interpretar la retención en el tratamiento y los resultados de abstinencia. Investigaciones previas han mostrado de forma consistente que el abandono del tratamiento de las adicciones es frecuente y se asocia generalmente con peores resultados, aunque la magnitud de esta asociación varía entre los distintos contextos de tratamiento y las poblaciones con consumo de sustancias (Bottlender & Soyka, 2005; Brorson et al., 2013; Csémy et al., 2012; Haver et al., 2001; Lappan et al., 2019; Stark, 1992). Al mismo tiempo, la retención en el tratamiento por sí sola no debe interpretarse como un indicador suficiente de la efectividad del tratamiento,

ya que los resultados pueden reflejar en parte la retención selectiva de los pacientes con mayor capacidad o disposición para adaptarse a las exigencias del programa (Dacosta-Sánchez et al., 2022; Kubička & Skála, 1982; Skorkovský et al., 2023).

La investigación actual conceptualiza cada vez más el abandono no como un acontecimiento aislado, sino como un proceso multifactorial y dinámico determinado por la interacción de factores individuales, relacionados con el tratamiento y contextuales. Los hallazgos cualitativos sugieren que el abandono suele desarrollarse gradualmente a medida que los pacientes valoran las exigencias y la relevancia percibida del tratamiento frente a su carga psicológica, su motivación y sus circunstancias personales (Ormbostad et al., 2021). Este proceso puede implicar vías tanto más deliberadas como más impulsivas, dependiendo de las fluctuaciones en la motivación, los estresores situacionales y la calidad de la relación terapéutica (Cooper et al., 2023). Del mismo modo, modelos teóricos más amplios destacan el papel de factores modificables como la motivación, la relevancia percibida del tratamiento, las barreras estructurales y la alianza terapéutica, en lugar de centrarse únicamente en características estáticas de los pacientes (Csémy et al., 2012; Kubička & Skála, 1982; Sirvent-Ruiz et al., 2025).

Desde esta perspectiva, la participación en los cuidados posteriores al tratamiento puede representar una continuación de los mismos procesos motivacionales y relacionales que influyen en la retención durante la fase hospitalaria. Por tanto, los presentes hallazgos no deben interpretarse como evidencia de que un determinado modelo hospitalario sea universalmente superior. Más bien, sugieren que los resultados del tratamiento pueden depender del ajuste entre las características del programa, las necesidades del paciente y la continuidad asistencial tras el alta. En este contexto, la heterogeneidad de los programas hospitalarios puede facilitar la individualización de la atención, aunque al mismo tiempo limita la comparabilidad directa de los resultados entre distintos contextos de tratamiento. No obstante, el presente programa sugiere que un enfoque psicoterapéutico más breve y menos basado en un régimen institucional puede asociarse con resultados clínicamente relevantes en un grupo seleccionado de pacientes.

Fortalezas y limitaciones

Este estudio constituye uno de los pocos estudios observacionales prospectivos que examinan un programa de tratamiento residencial para el trastorno por consumo de alcohol en la República Checa. Entre sus principales fortalezas se encuentran la elevada tasa de seguimiento, favorecida por la utilización de informantes colaterales, y el uso de instrumentos validados para evaluar la abstinencia, la recaída y la calidad de vida (WHOQOL-BREF, EuropASI). Entre sus limitaciones se encuentran el tamaño relativamente reducido de la muestra, la ausencia de un grupo de control y el posible sesgo de selección relacionado con la participación voluntaria en el tratamiento. Otra limitación es el número relativamente elevado de análisis exploratorios en relación con el tamaño de la muestra, aunque varias variables de resultado representan operacionalizaciones alternativas de los mismos constructos subyacentes, en lugar de hipótesis independientes. En concreto, la abstinencia continuada, la abstinencia puntual y el tiempo hasta la recaída representan operacionalizaciones diferentes pero complementarias de la recuperación, más que resultados completamente independientes. Lo mismo se aplica al uso de múltiples indicadores de gravedad (ISR y CS) en el cuestionario EuropASI. Estos factores deben tenerse en cuenta al interpretar los hallazgos. No obstante, el estudio proporciona datos útiles para continuar evaluando y optimizando los programas de tratamiento hospitalario para el trastorno por consumo de alcohol.

Conclusión

Este estudio observacional prospectivo examinó los resultados a los 12 meses posteriores al tratamiento tras un programa residencial de siete semanas para el trastorno por consumo de alcohol. Se observó abstinencia continuada en el seguimiento de los 12 meses en el 37,1 % de los pacientes, porcentaje que aumentó hasta el 45,2 % cuando se incluyeron los consumos puntuales. Una menor gravedad inicial de los problemas relacionados con el alcohol, la participación en los cuidados posteriores al tratamiento y una mayor calidad de vida durante la fase temprana posterior al tratamiento se asociaron con resultados más favorables, mientras que la calidad de vida mejoró a lo largo del tiempo.

Los hallazgos ponen de manifiesto la naturaleza multifactorial de la recuperación en el trastorno por consumo de alcohol y la posible importancia de la continuidad asistencial y de una evaluación multidimensional de los resultados. Sin embargo, dado el diseño observacional y la ausencia de un grupo de control, no pueden establecerse interpretaciones causales.

Agradecimientos

Este trabajo recibió financiación de la Grant Agency of Charles University (GA UK, Proyecto n.º 452122); Specific University Research at Charles University (SVV 260631); el Cooperatio Programme (área de investigación SURG); EXCELES – National Institute for Cancer Research (NICR), Proyecto n.º LX22NPO5102, financiado por la Unión Europea – Next Generation EU; y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER), proyecto «Application of Modern Technologies in Medicine and Industry» (CZ.02.1.01/0.0/0.0/17_048/0007280).

Conflictos de intereses

Los autores no declaran ningún conflicto de intereses asociado con el presente estudio.

Contribuciones de los autores

Tomáš Skorkovský: Conceptualización, Metodología, Investigación, Curación de datos, Análisis formal, Redacción – borrador original, Visualización, Obtención de financiación.

Milan Beniš: Investigación, Recursos, Redacción – revisión y edición.

Jiří Podlipný: Metodología, Validación, Redacción – revisión y edición.

Petr Hošek: Análisis formal, Software, Visualización, Redacción – revisión y edición.

Michal Miovský: Conceptualización, Metodología, Validación, Redacción – revisión y edición, Obtención de financiación.

Jan Vevera: Conceptualización, Metodología, Supervisión, Validación, Redacción – revisión y edición.

Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial generativa

Las herramientas de inteligencia artificial se utilizaron exclusivamente como apoyo para la edición lingüística y el perfeccionamiento del manuscrito. El uso de estas herramientas se limitó a mejorar la claridad, la gramática, la redacción y la coherencia estilística de determinadas partes del manuscrito. La inteligencia artificial generativa no se utilizó para la generación de datos, el análisis estadístico, la interpretación de los resultados ni la formulación de conclusiones científicas. Todas las contribuciones realizadas con ayuda de inteligencia artificial fueron revisadas y editadas exhaustivamente por los autores, quienes asumen plena responsabilidad por el contenido final.

Referencias

Alcoholics Anonymous World Services. (2001). *Alcoholics anonymous: The story of how thousands of men and women have recovered from alcoholism* (4th ed.). Alcoholics Anonymous World Services.

Andersson, H. W., & Nordfjærn, T. (2020). Factors associated with quality of life trajectories among inpatients treated for alcohol use disorders: A prospective cohort study. *Addictive behaviors reports*, *12*, 100285. https://doi.org/10.1016/j.abrep.2020.100285

Blevins, C. E., Abrantes, A. M., Kurth, M. E., Gordon, A. L., & Stein, M. D. (2017). Alcohol treatment outcomes following discharge from a partial hospital program. *Journal of substance use*, *22*(6), 643–647. https://doi.org/10.1080/14659891.2017.1296041

Bottlender, M., & Soyka, M. (2005). Impact of different personality dimensions (NEO Five-Factor Inventory) on the outcome of alcohol-dependent patients 6 and 12 months after treatment. *Psychiatry research*, *136*(1), 61–67. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.07.013

Brorson, H. H., Ajo Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clinical psychology review*, *33*(8), 1010–1024. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007

Carlon, H. A., Hurlocker, M. C., & Witkiewitz, K. (2022). Mechanisms of quality-of-life improvement in treatment for alcohol use disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, *90*(8), 601–612. https://doi.org/10.1037/ccp0000750

Cooper, A. A., Kline, A. C., Baier, A. L., & Feeny, N. C. (2023). Rethinking Research on Prediction and Prevention of Psychotherapy Dropout: A Mechanism-Oriented Approach. *Behavior modification*, *47*(6), 1195–1218. https://doi.org/10.1177/0145445518792251

Csémy, L., Pecinovská, O., Heller, J., Přikrylová, L., & Popov, P. (2012). Komplexní program léčby závislosti na alkoholu u žen v Apolináři: analýza výsledků léčby po 12 měsících a třech letech [Comprehensive treatment programme for alcohol dependent women in apolinarius clinic: Treatment outcome after twelve months and three years]. Alkoholizmus a drogové závislosti, 47(4), 195-204. https://www.adzpo.sk/images/articles/adzpo-2012-47-4-195-204.pdf

Dacosta-Sánchez, D., González-Ponce, B. M., Fernández-Calderón, F., Sánchez-García, M., & Lozano, O. M. (2022). Retention in treatment and therapeutic adherence: How are these associated with therapeutic success? An analysis using real-world data. International journal of methods in psychiatric research, 31(4), e1929. https://doi.org/10.1002/mpr.1929

Dawson, D. A., Goldstein, R. B., & Grant, B. F. (2007). Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: a 3-year follow-up. *Alcoholism, clinical and experimental research*, *31*(12), 2036–2045. https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00536.x

Dayal, P., & Kaloiya, G. S. (2024). Quality of Life in Alcohol Use Disorder: Exploration of Predictive Factors in a Cross-Sectional Study. *Psychiatry International*, *5*(1), 101-120. https://doi.org/10.3390/psychiatryint5010008

Haver, B., Dahlgren, L., & Willander, A. (2001). A 2-year follow-up of 120 Swedish female alcoholics treated early in their drinking career: prediction of drinking outcome. *Alcoholism, clinical and experimental research*, *25*(11), 1586–1593. https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2001.tb02165.x

Kagstrom, A., Alexova, A., Tuskova, E., Csajbók, Z., Schomerus, G., Formanek, T., Mladá, K., Winkler, P., & Cermakova, P. (2019). The treatment gap for mental disorders and associated factors in the Czech Republic. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, *59*, 37–43. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.04.003

Kirouac, M., Stein, E. R., Pearson, M. R., & Witkiewitz, K. (2017). Viability of the World Health Organization quality of life measure to assess changes in quality of life following treatment for alcohol use disorder. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, *26*(11), 2987–2997. https://doi.org/10.1007/s11136-017-1631-4

Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). EuropASI: European Adaptation of a Multidimensional Assessment Instrument for Drug and Alcohol Dependence. *European Addiction Research, 1*, 208-210. https://doi.org/10.1159/000259089

Králíková, E., Csémy, L., Chomynová, P., Sadílek, P., & Nechanská, B. (2024). *Národní výzkum užívání tabákových výrobků a alkoholu v České republice 2024* [National survey on tobacco and alcohol use in the Czech Republic 2024]. Státní zdravotní ústav. https://www.szu.cz/uploads/Epidemiologie/CHOPN/Narodni_vyzkum_uzivani_tabakovych_vyrobku_a_alkoholu_2024.pdf

Kubička, L., & Skála, J. (1982). *Sborník studií o abúzu alkoholu a jiných návykových látek* [Collection of studies on alcohol and other substance abuse]. Výzkumný ústav psychiatrický.

Kubička, L., & Csémy, L. (1998). Validita české verze EuropASI [Validity of the Czech version of the EuropASI]. *Alkoholizmus a drogové závislosti, 33*(5), 307–315. https://www.adzpo.sk/images/articles/adzpo-1998-33-5-307-315.pdf

Lappan, S. N., Brown, A. W., & Hendricks, P. S. (2020). Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: a systematic review and meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, *115*(2), 201–217. https://doi.org/10.1111/add.14793

Laudet, A. B. (2011). The case for considering quality of life in addiction research and clinical practice. *Addiction Science & Clinical Practice, 6*(1), 44–55.

LoCastro, J. S., Youngblood, M., Cisler, R. A., Mattson, M. E., Zweben, A., Anton, R. F., & Donovan, D. M. (2009). Alcohol treatment effects on secondary nondrinking outcomes and quality of life: the COMBINE study. *Journal of studies on alcohol and drugs*, *70*(2), 186–196. https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.186

López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., & Arteaga, A. (2012). Predictive validity of the EuropASI: clinical diagnosis or composite scoring?. *Journal of substance abuse treatment*, *42*(4), 392–399. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.09.011

McKellar, J., Stewart, E., & Humphreys, K. (2003). Alcoholics anonymous involvement and positive alcohol-related outcomes: cause, consequence, or just a correlate? A prospective 2-year study of 2,319 alcohol-dependent men. *Journal of consulting and clinical psychology*, *71*(2), 302–308. https://doi.org/10.1037/0022-006x.71.2.302

Miovský, M. (Ed.). (2013). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice (verze 4.7)* [The concept of a network of specialized addiction services in the Czech Republic (version 4.7)] [Teaching text]. Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP; Česká asociace adiktologů. https://www.adiktologie.cz/file/375/koncepce-siti-blok-online.pdf

National Monitoring Centre for Drugs and Addiction. (2024). *Summary of the report on alcohol in the Czech Republic 2024 (Annex 1 to the press release of 20 March 2025).* Office of the Government of the Czech Republic. https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/35688/1352/TZ%202025-03-20_P%C5%98%C3%8DLOHA%2001_Souhrn%20Zpr%C3%A1vy%20o%20alkoholu%20v%20%C4%8CR%202024_fin.pdf

Ormbostad, H. A. K., Otterholt, E., & Stallvik, M. (2021). Investigating patients' perceptions of residential substance use treatment: Is drop out a deliberate or impulsive act? Journal of Social Work Practice in the Addictions, 21(3), 255–272. https://doi.org/10.1080/1533256X.2021.1933850

Rolová, G., Lukavská, K., Ghaisová Tibenská, A., Skorkovský, T., Miovský, M., Vevera, J., & Gabrhelik, R. (2023). Factors associated with abstinence in addiction inpatient treatment cohort: a five-year follow-up. *Journal of Substance Use*, *30*(1), 10–16. https://doi.org/10.1080/14659891.2023.2226204

Sanvisens, A., Zuluaga, P., Rubio, G., Short, A., Gual, A., Álvarez, F. J., Torrens, M., Rodríguez de Fonseca, F., Muga, R., & Estudio CohRTA, - (2020). DSM-5 in patients seeking their first treatment for alcohol use disorder. Sex differences in the multicenter CohRTA study. DSM-5 en pacientes que solicitan el primer tratamiento del trastorno por uso de alcohol. Diferencias de sexo en el estudio multicéntrico CohRTA. *Adicciones*, *32*(2), 136–144. https://doi.org/10.20882/adicciones.1177

Sirvent-Ruiz, C. M., Miranda, M., & Moral-Jiménez, M. V. (2025). Prediction of therapeutic dropout in patients with addictions: Development and validation of the Predictors of Dropout from Addiction Treatment (PDAT) scale. *PloS one*, *20*(6), e0326853. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0326853

Skorkovský, T., Vevera, J., Beniš, M., Miovský, M., & Popov, P. (2023). Evaluating and comparing success rates for inpatient treatment of alcohol addiction in the Czech Republic. Central European journal of public health, 31(3), 198–203. https://doi.org/10.21101/cejph.a7905

Stark, M. J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review, 12*(1), 93–116. https://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90092-M

Stohs, M. E., Schneekloth, T. D., Geske, J. R., Biernacka, J. M., & Karpyak, V. M. (2019). Alcohol Craving Predicts Relapse After Residential Addiction Treatment. Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire), 54(2), 167–172. https://doi.org/10.1093/alcalc/agy093

Suárez-Castro, D., Moreira, D., Azeredo, A., & Dias, P. C. (2024). Relapse rates after treatment in Therapeutic Communities: A systematic review. Tasas de recaída tras un tratamiento en Comunidades Terapéuticas: Una revisión sistemática. *Adicciones*, *36*(4), 379–388. https://doi.org/10.20882/adicciones.1898

The WHOQOL Group (1998). *Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychological Medicine, 28*(3), 551–558. https://doi.org/10.1017/S0033291798006667

Tibenská, A., Čížek, J., Martinek, C., & Libiger, J. (2008). Katamnestické sledování účinnosti odvykací léčby [Catamnestic observation of the efficacy of substance dependence treatment program]. *Česká a slovenská psychiatrie*, *104*(5), 230-235. https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-slovenska-psychiatrie/2008-5/katamnesticke-sledovani-ucinnosti-odvykaci-lecby-1055

Tibenská, A., Martinek, C., & Libiger, J. (2016). Katamnestické sledování pacientů se závislostí po 5 letech od ukončení odvykací léčby [The outcome of addiction treatment programme: 5 years follow-up]. *Česká a slovenská psychiatrie*, *112*(4), 159-164. https://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2016_4_159_164.pdf

Vafaie, N., & Kober, H. (2022). Association of Drug Cues and Craving With Drug Use and Relapse: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA psychiatry, 79(7), 641–650. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.1240

Volkow, N. D., Poznyak, V., Saxena, S., Gerra, G., & UNODC-WHO Informal International Scientific Network (2017). Drug use disorders: impact of a public health rather than a criminal justice approach. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *16*(2), 213–214. https://doi.org/10.1002/wps.20428

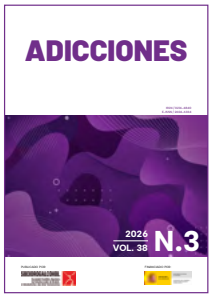
World Health Organization (1998). *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. Social Science & Medicine, 46*(12), 1569–1585. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00009-4

World Health Organization (2023). *Alcohol health warning labels: A public health perspective for Europe (fact sheet)*. In *Alcohol, health and policy response in the WHO European Region.* World Health Organization, Regional Office for Europe. https://www.who.int/docs/librariesprovider2/default-document-library/24-10-16_who-eur_factsheetonalcoholconsumption.pdf

Zemore, S. E., Ware, O. D., Gilbert, P. A., & Pinedo, M. (2021). Barriers to retention in substance use treatment: Validation of a new, theory-based scale. *Journal of substance abuse treatment*, *131*, 108422. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108422

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

ADICCIONES
2026 ■ VOL. 38 ■ N. 3 ■ PÁGS. 199–202
www.adicciones.es



CARTA AL EDITOR

Factores sociales y familiares asociados a la exposición accidental a drogas ilícitas en pacientes pediátricos

Social and family factors associated with accidental exposure to illicit drugs in pediatric patients

Tania Esperanza Hernández Tobías*; Víctor García Olmos*; Carlos Sánchez García*.

* Hospital del Niño "Dr. Federico Gómez Santos", Saltillo, Coahuila, México.

Las intoxicaciones accidentales por drogas ilícitas en pediatría representan un problema emergente cuya dimensión social ha sido escasamente explorada en Latinoamérica. En México, más del 70% de las intoxicaciones pediátricas se atribuyen a medicamentos; sin embargo, la exposición a drogas ilícitas permanece insuficientemente caracterizada, en particular en lo que respecta a los factores familiares y sociales asociados (Olguin et al., 2011).

Sin embargo, podemos inferir una prevalencia con base en un estudio realizado en un servicio de urgencias de un hospital del occidente de México entre 2016 y 2020; se documentaron 328 casos de intoxicación por diversas sustancias en pacientes menores de 16 años; el 4,8% correspondió a drogas adictivas, si bien los autores no especifican si la exposición fue accidental en todos los casos (Robledo-Aceves et al., 2024).

En este contexto, consideramos relevante compartir nuestra experiencia clínica con el objetivo de aportar evidencia que contribuya a la comprensión de este fenómeno desde una perspectiva social. Enfatizamos que este trabajo es un estudio exploratorio o piloto; no obstante, los resultados visibilizan el problema y sientan las bases para incentivar la realización de investigaciones más amplias.

Realizamos un estudio transversal que incluyó a pacientes menores de 15 años hospitalizados con diagnóstico de intoxicación accidental por drogas ilícitas entre enero de 2021 y enero de 2025. El estudio fue aprobado por el comité de ética en investigación; no se incluyeron datos que permitieran identificar individualmente a cada paciente.

Se analizaron variables demográficas, el tipo de sustancia implicada y las características del entorno familiar, incluyendo el nivel socioeconómico, la escolaridad y la edad materna, la estructura familiar y las condiciones vida.

Las variables cuantitativas se describieron como media y desviación estándar (DE), y las variables cualitativas, como número total y porcentaje.

Se analizaron 18 pacientes con una edad media de 2,5 años (DE 2,0). El 88,8% correspondió a lactantes mayores y preescolares. La sustancia más frecuentemente involu-

■ *Recibido: Marzo 2026; Aceptado: Mayo 2026.*

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ **Enviar correspondencia a:**
Carlos Sánchez García. Hospital del Niño "Dr. Federico Gómez Santos". Boulevard Eje 5 No. 549, Col Nuevo Centro Metropolitano, CP 25022. Saltillo, Coahuila, México. Tel: +52 844 175 72 44. Email: sanchez.carlos8516@gmail.com

crada fueron las anfetaminas (72,2%), seguida de opioides (22,2%) y en tercer lugar cannabis (5,6%).

Desde el punto de vista social, identificamos un perfil consistente de vulnerabilidad: 77,8% pertenecía a nivel socioeconómico bajo y 83,3% de las madres tenía solo escolaridad básica; la edad materna promedio fue de 25,3 años (DE 5,7). En el 33,3 % de los casos, el padre se encontraba fuera del núcleo familiar. El promedio de habitantes por vivienda fue de 5,3 (DE 2,5), lo que sugiere condiciones de hacinamiento. De manera particularmente relevante, en el 72,2 % de los casos se documentó el consumo intradomiciliario de drogas ilícitas (Tabla 1).

Nuestros hallazgos delinean un entorno caracterizado por la pobreza, la baja escolaridad materna, las estructuras familiares vulnerables y la exposición directa en el hogar.

A diferencia de series internacionales en las que predominan el cannabis u los opioides, en nuestra muestra destacaron las anfetaminas, lo que podría reflejar patrones locales de disponibilidad y consumo (Azkunaga et al., 2017; Oral et al., 2011). Este hallazgo subraya la importancia de comprender el fenómeno desde una perspectiva regional y no extrapolar automáticamente datos de otros contextos.

Tabla 1
Características de los pacientes hospitalizados por intoxicación accidental por drogas ilícitas

Características	
Edad [años], media (DE)	2,5 (2,0)
Grupo de edad	
1 mes a 1 año, n (%)	1 (5,6)
1 a 2 años, n (%)	6 (33,3)
3 a 5 años, n (%)	10 (55,6)
6 a 12 años, n (%)	1 (5,6)
13 a 15 años, n (%)	0 (0)
Femenino, n (%)	9 (50)
Tipo de droga implicada	
Anfetaminas, n (%)	13 (72,2)
Opioides, n (%)	4 (22,2)
Cannabis, n (%)	1 (5,6)
Nivel socioeconómico	
Bajo, n (%)	14 (77,8)
Medio, n (%)	4 (22,2)
Alto, n (%)	0 (0)
Edad materna [años], media (DE)	25,3 (5,7)
Escolaridad materna	
Educación básica, n (%)	15 (83,3)
Educación media-superior, n (%)	3 (16,7)
Padre fuera del núcleo familiar, n (%)	6 (33,3)
Número total de habitantes en el domicilio, media (DE)	5,3 (2,5)
Consumo intradomiciliario de drogas ilícitas, n (%)	13 (72,2)

Nota. N=18. DE: desviación estándar.

La distribución etaria, con predominio de preescolares y lactantes mayores, coincide con el periodo de mayor vulnerabilidad y curiosidad exploratoria, y una limitada capacidad para reconocer peligros (Schmertmann et al., 2013; Wood et al., 2018).

La edad materna promedio de 25,3 años refleja el perfil de madres jóvenes vulnerables, similar a lo reportado en España y Estados Unidos (Azkunaga et al., 2017). La baja escolaridad materna se relaciona inversamente con el riesgo de intoxicaciones, mediada por un menor conocimiento preventivo y una menor comprensión de la peligrosidad de las sustancias (Olguin et al., 2011).

La ausencia paterna es indicativa de estructuras monoparentales, asociadas a una mayor vulnerabilidad social y a una menor supervisión, asimismo, el hacinamiento representa un factor crítico que incrementa el riesgo al limitar los espacios seguros para el almacenamiento y dificultar la supervisión constante de múltiples niños en espacios reducidos (Gallagher et al., 2025).

La elevada proporción de consumo intradomiciliario observada es especialmente preocupante, ya que implica no solo la disponibilidad física de la sustancia, sino también la normalización del consumo en presencia de menores.

En este sentido, la intoxicación accidental podría interpretarse como la manifestación más visible de un entorno de riesgo más amplio.

Hasta donde sabemos, esta es una de las primeras descripciones en México que integra de manera sistemática variables familiares y sociales en casos de intoxicación pediátrica por drogas ilícitas, más allá del evento clínico agudo. Nuestros datos sugieren que estas intoxicaciones pueden constituir un marcador centinela de vulnerabilidad social y de riesgo intrafamiliar.

Si bien nuestro estudio presenta limitaciones —principalmente el tamaño muestral reducido y el diseño transversal—, consideramos que aporta información relevante para la práctica clínica y la salud pública.

Es importante realizar este tipo de estudios ante el alto subregistro para documentar epidemiológicamente estas exposiciones accidentales, visibilizar una causa grave de morbilidad prevenible y fundamentar protocolos de detección y prevención.

La detección no estigmatizante del consumo parental durante la consulta pediátrica, la educación sobre el almacenamiento seguro y las intervenciones dirigidas a familias en situación de vulnerabilidad podrían constituir estrategias preventivas clave.

La intoxicación accidental por drogas ilícitas en niños no debe entenderse exclusivamente como un accidente doméstico aislado, sino como un fenómeno que refleja desigualdades sociales, condiciones habitacionales adversas y dinámicas familiares complejas. Reconocer estos eventos

como indicadores de riesgo social podría permitir intervenciones tempranas y multisectoriales orientadas a la protección infantil.

Consideramos que visibilizar este problema es fundamental para generar políticas de prevención contextualizadas y basadas en evidencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos no tener conflictos de interés.

Contribuciones de los autores

De acuerdo con la taxonomía CReDIT, las contribuciones de los autores se distribuyeron de la siguiente manera:

Tania Esperanza Hernández Tobías: Conceptualización, Metodología, Análisis formal, Investigación, Redacción - Borrador original.

Víctor García Olmos: Conceptualización, Validación, Curación de datos, Software, Supervisión, Redacción – Revisión y edición.

Carlos Sánchez García: Conceptualización, Metodología, Curación de datos, Análisis formal, Validación, Visualización, Redacción - Revisión y edición.

Uso de inteligencia artificial

ChatGPT fue utilizado en la revisión gramatical y ortográfica del manuscrito, no en algún otro aspecto de la realización del mismo.

Referencias

Azkunaga, B., Crespo, E., Oliva, S., Humayor, J. & Mangione, L. (2017). Intoxicaciones por droga ilegal en niños de corta edad en los servicios de urgencias pediátricos españoles. *Anales de Pediatria, 86*(1), 47-49. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.03.018

Gallagher, L., Curran, E., Rosato, M. & Leavey, G. (2025). Socioeconomic circumstances, ethnicity, migration and unintentional early childhood injuries: an analysis of the UK millennium cohort study. *Injury Epidemiology*, *12*(1), Article 54. https://doi.org/10.1186/s40621-025-00603-y

Olguin, H. J., Garduño, L. B., Pérez, J. F. & Pérez, C. F. (2011). Unintentional poisoning with drugs in a Mexican pediatric population. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, *18*(1), e156-e160.

Oral, R., Bayman, L., Assad, A., Wibbenmeyer, L., Buhrow, J., Austin, A. & Bayman, E. O. (2011). Ilicit drug exposure in patients evaluated for alleged child abuse and neglect. *Pediatric Emergency Care*, *27*(6),490-495. https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e31821d860f

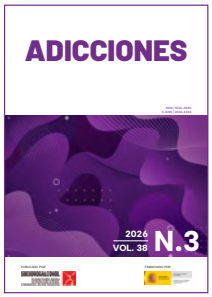
Robledo-Aceves, M., Corona-Gutiérrez A. A., Camarena-Pulido, E. E., Barrón-Balderas, A., Meza-López, C., Ramos-Gutierrez, R. Y. & Gutierrez-Rojas, J. (2024). Epidemiología de la intoxicación aguda infantile en urgencias de pediatria del occidente de México. *Boletin del Hospital Infantil de México, 81*(5), 287-293. https://doi.org/10.24875/bmhim.23000183

Schmertmann, M., Williamson, A., Black, D. & Wilson, L. (2013). Risk factors for unintentional poisoning in children aged 1-3 years in NSW Australia: a case-control study. *BMC Pediatrics*, *13*, Article 88. https://doi.org/10.1186/1471/2431-13-88

Wood, K. E., McCarthy, P. J. & Krasowski, M. D. (2018). A case series involving young children presenting with accidental ingestion of amphetamine based stimulants. *Toxicology Reports*, *5*,1129-1133. https://doi.org/10.1016/j.toxrep.2018.11.001

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

ADICCIONES
2026 ■ VOL. 38 ■ N. 3 ■ PÁGS. 203–204
www.adicciones.es



CARTA AL EDITOR

Retos en la identificación de fentanilo y sus análogos en México: Implicaciones para la salud pública

Challenges in the identification of fentanyl and its analogues in Mexico: Implications for public health

Rafael Uriel González Lozano*.

* Fiscalía General de la República, México.

En los últimos años, el fentanilo ha dejado de ser una sustancia de uso clínico acotado para convertirse en un componente cada vez más frecuente en el mercado ilícito. Este cambio no solo ha modificado los patrones de consumo, sino que también ha introducido nuevas dificultades para su detección e interpretación, especialmente en contextos donde las sustancias circulan en mezclas y bajo presentaciones variables (UNODC, 2023; CDC, 2024).

Una de las principales complicaciones deriva de la aparición constante de análogos de fentanilo. Estas sustancias presentan variaciones estructurales que pueden modificar significativamente su potencia y perfil toxicológico, al mismo tiempo que dificultan su identificación mediante técnicas analíticas convencionales (Armenian et al., 2018; EMCDDA, 2024). A diferencia de otras drogas con composiciones relativamente estables, el fentanilo y sus derivados forman parte de un mercado dinámico en el que la sustitución y combinación de compuestos ocurre con rapidez.

En la práctica, la identificación analítica no siempre es un proceso directo. Aunque técnicas como la espectroscopía infrarroja y la cromatografía acoplada a espectrometría de masas siguen siendo herramientas fundamentales, su interpretación puede verse limitada cuando las muestras contienen mezclas complejas o adulterantes. Es frecuente encontrar indicios que contienen múltiples sustancias activas, junto con compuestos que pueden enmascarar la señal analítica o modificar su interpretación (SWGDRUG, 2021). Esta situación adquiere especial relevancia en el caso de opioides de alta potencia, donde pequeñas variaciones en la composición pueden traducirse en cambios importantes en el riesgo de sobredosis (O'Donnell et al., 2020).

A ello se suma la dificultad asociada al muestreo. En condiciones reales, las sustancias aseguradas no siempre presentan homogeneidad, por lo que una muestra representativa puede no reflejar completamente la composición del total. Este aspecto, ampliamente reconocido en el ámbito forense, tiene implicaciones directas en la interpreta-

■ *Recibido: Abril 2026; Aceptado: Mayo 2026.*

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ **Enviar correspondencia a:**
Rafael Uriel González Lozano. Fiscalía General de la República. Boulevard Cuauhnáhuac núm. 103, Colonia Ricardo Flores Magón, C.P. 62370, Cuernavaca, Morelos, México. Email: rugl@uaem.mx

ción de resultados y en la estimación del riesgo asociado al consumo (UNODC, 2009).

Desde la perspectiva de la salud pública, estas limitaciones analíticas tienen consecuencias relevantes. La presencia inadvertida de fentanilo o de alguno de sus análogos en otras drogas incrementa de forma considerable el riesgo para los usuarios, quienes en muchos casos desconocen la composición real de lo que consumen (Ciccarone, 2021). Este fenómeno ha sido documentado en distintos contextos internacionales, donde el aumento de muertes por sobredosis se ha vinculado con la incorporación de opioides sintéticos en diversas sustancias (CDC, 2024).

En el contexto mexicano, algunos reportes recientes han señalado la complejidad asociada a la identificación de estas sustancias emergentes, así como la variabilidad en su presentación y composición, lo que refuerza la necesidad de fortalecer las capacidades analíticas y los sistemas de vigilancia (González Lozano et al., 2024).

Por otra parte, la velocidad con la que emergen nuevos análogos plantea retos adicionales en el ámbito regulatorio. La inclusión de estas sustancias en listados normativos suele ir por detrás de su aparición en el mercado, generando vacíos temporales que dificultan su control. En este escenario, más que una respuesta exclusivamente normativa, se requiere una aproximación integral que articule capacidades analíticas, vigilancia epidemiológica y estrategias de reducción de daños.

En conjunto, el fentanilo y sus análogos no solo representan un desafío por su potencia, sino por la complejidad que introducen en su identificación y control. Reconocer estas limitaciones permite dimensionar mejor el problema y avanzar hacia respuestas más eficaces, en las que la información generada en el ámbito técnico contribuya de manera directa a la toma de decisiones en salud pública, particularmente en un escenario donde la rápida evolución de estas sustancias exige respuestas técnicas y coordinadas.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflictos de intereses relacionados con el contenido de este manuscrito.

Nota institucional

Las opiniones y conclusiones expresadas en este artículo son responsabilidad exclusiva del autor y no representan necesariamente la postura institucional de la Fiscalía General de la República.

Referencias

Armenian, P., Vo, K. T., Barr-Walker, J., & Lynch, K. L. (2018). Fentanyl, fentanyl analogs and novel synthetic opioids: A comprehensive review. *Neuropharmacology, 134*, 121–132. https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2017.10.016

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024). Overdose prevention. https://www.cdc.gov

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2024). *European Drug Report 2024*.

Gonzalez Lozano, R. U., Morales Zárate, J. I., & Rebollar López, E. J. (2024). Revisión documental de fentanilo. *Revista Mexicana de Ciencias Penales*, *7(22)*, 29–48. https://doi.org/10.57042/rmcp.v7i22.657

O'Donnell, J., Gladden, R. M., Goldberger, B. A., Mattson, C. L., & Kariisa, M. (2020). Notes from the Field: Opioid-Involved Overdose Deaths with Fentanyl or Fentanyl Analogs Detected—28 States and the District of Columbia, July 2016–December 2018. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report, 69(10)*, 271–273. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6910a4

O'Donnell, J. K., Gladden, R. M., & Seth, P. (2020). Trends in deaths involving heroin and synthetic opioids. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report, 69*, 290–297.

Scientific Working Group for the Analysis of Seized Drugs (SWGDRUG). (2021). *Recommendations*. https://www.swgdrug.org

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2009). *Guidelines on Representative Drug Sampling. United Nations.*

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2023). *World Drug Report 2023*.

DIRECTRICES PARA AUTORES

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

Adicciones publica artículos originales en el campo de las adicciones, incluyendo publicaciones sobre el tratamiento, la prevención, estudios básicos y descriptivos procedentes de distintas disciplinas (medicina, psicología, investigación básica, investigación social, etc.). Todos los artículos son seleccionados después de pasar un proceso de revisión anónimo realizado por expertos en cada tema.

Adicciones publica 4 números al año en marzo, junio, septiembre y diciembre. La revista cuenta con cinco tipos de publicaciones: editorial, artículos originales, artículos de revisión y cartas al director.

Con el fin de facilitar la lectura y no incurrir en posibles errores gramaticales, las referencias que en estas normas se hacen a autor y autores, revisor, revisores, editor, editores, deben entenderse hechas respectivamente a autor o autora, autores o autoras, revisor o revisora, revisores o revisoras, editor o editora, editores o editoras.

1. CONSIDERACIONES GENERALES

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

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

Idiomas

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

Política de originalidad, autoría, y contribuciones

Los artículos deben ser originales y no haber sido publicados previamente. Los autores deben asegurar que ninguna parte significativa del material aportado ha sido publicado con anterioridad. En caso de duda debe aportar lo presentado o publicado en otras revistas antes de poder ser considerado el artículo para su revisión.

Únicamente deben ser considerados autores aquellos que han hecho sustanciales contribuciones: 1) a la concepción y diseño, adquisición de datos, o el análisis e interpretación de datos; 2) a la redacción del artículo o a su revisión crítica; y 3) que ha dado su aprobación de la versión final que se publicará. Todos los autores aceptarán la autoría y deberán declarar que han participado activamente en la elaboración del manuscrito, y que tanto el borrador como la versión final han sido leídos y aprobados por cada uno de ellos. En el manuscrito se deberá incluir en un apartado de "Contribución y autoría" la contribución de cada autor siguiendo la taxonomía CReDiT: **https://credit.niso.org/**

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

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

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

Conflictos de intereses y principios éticos

La política de la revista exige que en todos los artículos y editoriales conste expresamente la existencia o no de conflicto de intereses en el apartado correspondiente. Todos los conflictos de interés son importantes, pero especial cuidado hay que poner en el caso de haber recibido para el estudio financiación de la industria farmacéutica, alcoholera, tabaquera, del juego, etc. Tener conflicto de intereses no significa no poder publicar el artículo. En caso de duda sobre esta cuestión se debe contactar con el Comité Editorial.

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

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

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

Política de corrección y retractación

En el caso, de que los autores quisieran proponer alguna modificación o rectificación, una vez publicados los artículos deben comunicarlo a la dirección de la revista. Además, la revista se reserva el derecho a aceptar dichos cambios o a retirar cualquier publicación que pudiese contener información errónea o fruto de mala conducta investigadora. Los posibles cambios en autoría deben ser comunicados a la dirección de la revista. No se admitirán cambios en el número de autores (inclusión o eliminación de autores) ni en el orden de éstos, una vez haya sido aceptado el artículo para su publicación.

Política de manejo de reclamaciones

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

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

Política Open Access

Adicciones es una revista open Access comprometida con la ciencia abierta, por lo tanto anima a los autores a publicar preprints y postprints de sus manuscritos. Cuando estos manuscritos sean publicados y cuenten con una versión final, deberán indicar que la versión final de dichos documentos se encuentra en la web de la revista adicciones, añadiendo el enlace que corresponda a su artículo, así como el DOI.

2. PREPARACIÓN DE MANUSCRITOS

Los autores deben seguir exclusivamente para la presentación de sus manuscritos las Normas de publicación de la American Psychological Association, 7ª edición (2020) (**www.apastyle.org**).

La Revista Adicciones respeta y favorece la diversidad. Los autores deben utilizar lenguaje inclusivo que esté exento de sesgos y estereotipos. Siguiendo la declamación DORA, no existe un límite exacto de palabras ni límite de referencias bibliográficas para los trabajos que se presenten. De todos modos, toda la información que se incluya debe ser estrictamente la necesaria y se recomienda brevedad y síntesis.

Los artículos deben ser de gran interés para la comunidad científica del campo de las adicciones, suponiendo un impacto significativo en su ámbito de investigación y ofreciendo conclusiones e implicaciones claramente novedosas. Se evitarán trabajos que se refieran a realidades muy concretas o situaciones muy particulares, o que sean básicamente descriptivos –a menos, que se trate de algo muy novedoso. Se recomienda en la preparación de manuscritos seguir las guías para cada tipo de investigación en adicciones de la ISAJE: **https://www.isaje.net/reporting-guidelines.html** y de las guías de los tipos de investigaciones recogidas en la Equator network **https://www.equator-network.org/**

Tipos de artículos

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

Artículos originales
Serán preferentemente trabajos de investigación clínicos o experimentales en el campo de las adicciones. Se valorarán especialmente artículos de carácter empírico con muestras amplias y metodologías sólidas adecuadas a los objetivos perseguidos.

Artículos de revisión
Presentarán la actualización de un tema de forma rigurosa y exhaustiva. En líneas generales, únicamente se aceptarán revisiones sistemáticas y metaanálisis. Estas revisiones deberán regirse por métodos sistematizados (p. ej., criterios PRISMA) y estar registrados en bases de protocolos de revisión (p. ej., PROSPERO).

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

3. PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

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

Estructura de los trabajos enviados a la revista

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

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

B) *Documento de revisión por parte de todos los autores*. Todo manuscrito enviado para su consideración de publicación a la revista ***Adicciones*** vendrá acompañado de una carta firmada por todos los autores o por el autor de correspondencia con autorización del resto de autores.

En este documento se indicará literalmente lo siguiente:

Documento de revisión por parte de todos los autores

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

1. **Originalidad:** El manuscrito es original y no ha sido previamente publicado, completo o en parte, ni está siendo considerado para su publicación en otra revista.
2. **Conflicto de intereses:** La financiación que ha recibido el estudio realizado (directa o indirecta) ha sido indicada y se recoge si tiene conexiones por ejemplo con la industria del tabaco, alcohol, cannabis o industria farmacéutica, juego u otras relaciones que puedan llevar a un conflicto de intereses.
3. **Autoría y contribución de los autores:** El manuscrito ha sido realizado, leído (tanto el borrador como la versión final) y aprobado por todos los autores tal como se envía el mismo, y que la autoría le corresponde a todos y todas los y las firmantes. En el manuscrito se incluye la contribución de cada autor siguiendo la taxonomía CReDiT. Se recoge además la declaración de uso de inteligencias generativas, en el caso de haberlas utilizado.
4. **Ética:** Que se cuenta con aprobación de comités de ética (y se incluye la información en el artículo) y que se han cumplido todos los principios éticos en relación a la protección de las personas o de los pacientes, o de los animales, cuando se trate de experimentación animal.
5. **Permisos material:** Que se acompañan todos los permisos correspondientes para reproducir material previa-

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

6. **Correspondencia:** Que la correspondencia referente al manuscrito remitido para su publicación se realizará con el autor de correspondencia del que se indicará el nombre, dirección, teléfono y correo electrónico y que éste se encargará a su vez de ponerse en contacto con el resto de autores y autoras para la revisión y aprobación final del artículo.
7. **Copyright:** En caso de ser publicado en la revista Adicciones se transferirán los derechos de copyright del artículo a la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, Alcoholismo y las otras Toxicomanías- SOCIDROGALCOHOL.
8. **Licencia:** La revista Adicciones publica bajo licencias Creative Commons Atribution-NonCommercial-NoDerivates 4.0 Internacional. Los artículos pueden copiarse, utilizarse y difundirse siempre que se cite la autoría y fuente de la publicación correctamente, no se utilicen con fines comerciales, ni se modifiquen.

Firmado
Autores o Autor de correspondencia en su caso

C) Página de título. Se indicarán, en el orden que aquí se cita, los siguientes datos:

- Título del artículo, en minúsculas (en castellano e inglés) excepto la letra inicial.
- Nombre de autores completo (no sólo iniciales), y uno o dos apellidos del/los autor/es (p. ej., Miguel García o Miguel García Rodríguez o bien Miguel García-Rodríguez, teniendo en cuenta que la forma que hayan utilizado los autores es la que se enviará a las bases de datos). Se deben escribir en minúsculas, excepto la letra inicial. Los distintos autores vendrán separados por punto y coma. Detrás del apellido de cada autor, sin espacio intermedio y en superíndice, deberá ir un asterisco de llamada (1 asterisco para el primero, 2 para el segundo, etc.). Estos asteriscos son necesarios para indicar en el siguiente punto la filiación de autores y autoras.
- Precedidos por un asterisco o los que fuesen necesarios –según el punto anterior– se indicarán el nombre/s del centro/s donde se ha realizado el trabajo o donde trabajan.

Al final de esta página (no como 'nota al pie') se colocará este texto: "Enviar correspondencia a: ...", indicando el nombre, la dirección postal, correo electrónico u otra información del autor de correspondencia, al cual la secretaría se dirigirá durante el proceso de revisión.

D) *Manuscrito*
Todas las hojas deberán ir numeradas correlativamente en la parte superior derecha. El orden de presentación seguido en el manuscrito será el siguiente:

1. En la primera página del manuscrito se indicará:
   - Título del artículo, en minúsculas (en castellano e inglés) excepto la letra inicial.
2. La segunda hoja del artículo incluirá:
   - Resumen del trabajo presentado, tanto en español como en inglés. Dicho resumen tendrá alrededor de 250 palabras. Siguiendo las normas de publicación APA, el resumen debe especificar los objetivos del estudio o investigación; una breve descripción del método utilizado; los principales resultados; y las conclusiones más importantes y/o novedosas. El resumen debe redactarse en uno o varios párrafos siguiendo las normas de publicación de la APA, **sin** necesidad de incluir referencia explícita a las divisiones de introducción, método, etc.
   - Listado de entre 5 y 7 palabras clave en español y sus equivalentes en inglés (Key words) en minúsculas y separadas por comas que, a ser posible, se adapten a las normalmente utilizadas en los índices al uso (p. ej., términos MESH).
3. La tercera hoja dará inicio al texto del artículo. Dado que el proceso de revisión será anónimo, confidencial y ciego, se recomienda que los autores eliminen cualquier información que consideren pudiera ayudar a identificarlos, como por ejemplo, lugar de selección de participantes, institución de pertenencia del Comité Ético que ha aprobado el estudio, etc. Esta información puede ser ocultada mediante la sustitución de la misma por la expresión "[AUTHORS]" o similares. Se recomienda la redacción del texto en impersonal. Conviene dividir claramente los trabajos en apartados, siguiendo, siempre que sea posible por las características del estudio, el esquema general siguiente: Introducción (no obstante la palabra introducción no se pondrá, pues se da por supuesta), Método, Resultados, Discusión, Reconocimientos, Conflicto de intereses, Contribución y Autoría, y Referencias.

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

Introducción

Será breve y deberá proporcionar sólo la explicación necesaria para que el lector pueda comprender el texto que sigue a continuación. No debe contener tablas ni figuras, a menos que sean imprescindibles para la comprensión del texto. Debe incluir un último párrafo en el que se exponga de forma clara el o los objetivos del trabajo.

Método

Se describirá claramente el método empleado (selección de la muestra, como se recogieron los datos, instrumentos de recogida de datos o de evaluación, procedimiento, etc.). Se deben identificar los instrumentos de evaluación, tratamientos, fármacos utilizados, aparatos, sistema de evaluación, pruebas estadísticas, etc. Debe especificarse el tipo de estudio (descriptivo, epidemiológico, experimental, ensayo clínico, etc.).

Todos los trabajos que se presenten deben indicar el cumplimiento de los principios éticos necesarios para llevar a cabo la investigación y la referencia del comité de ética u oficina de investigación que haya evaluado la adecuación de dichas investigaciones al marco ético y legal correspondiente.

Es importante que estudios experimentales y ensayos clínicos estén registrados y se indique el número de registro en base de ensayos (p. ej., Clinicaltrials.gov), o su protocolo haya sido publicado previamente en otras revistas científicas. Deben especificarse los análisis estadísticos utilizados. Cuando estos sean muy novedosos deben describirse con detalle, e indicar el paquete estadístico utilizado con la referencia oportuna. Se recomienda encarecidamente indicar, cuando sea posible, el dato de significación exacta obtenido en los resultados (frente a fórmulas como $p < .05$ o $p < .01$) así como incluir, también cuando sea posible, estadísticos de tamaño del efecto.

Resultados

Los resultados deben presentarse en una secuencia lógica en el texto, tablas y figuras, y acorde al procedimiento descrito en el apartado del método. Se deben utilizar sólo aquellas tablas y figuras estrictamente necesarias, que expresen claramente los resultados del estudio. No se deben duplicar los datos en tablas y figuras, ni tampoco repetir en el texto todos los datos de las tablas y figuras, sólo los más importantes. Es conveniente enfatizar y resumir sólo las observaciones más importantes.

Los ensayos clínicos aleatorizados y diseños experimentales deben adecuarse a las guías CONSORT (**www.consort-statement.org**) y los estudios con diseños

no experimentales a guías internacionales (p. ej., STROBE, **https://www.strobe-statement.org/**) para la mayor claridad de la lectura y revisión del trabajo. Igualmente, se presentarán los estadísticos del tamaño del efecto correspondiente. En el caso de las revisiones sistemáticas y meta-análisis deberán ajustarse a guías PRISMA (**https://www.prisma-statement.org/**)

Discusión
Se debe comenzar con el objetivo general del estudio. Enfatizará los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que se derivan del mismo. No se deben repetir en detalle los resultados presentados en la sección anterior, ni en la introducción. Se ha de destacar lo más importante y controvertido y relacionarlo con otros estudios relevantes sobre el tema. No se deben presentar suposiciones si no se ven apoyadas por los datos o la evidencia previa. Cuando sea apropiado pueden incluirse recomendaciones. Se deben indicar las implicaciones de los hallazgos y las posibles limitaciones (estas preferiblemente formarán un párrafo al final del artículo).

Reconocimientos
Este apartado se situará al final del texto del artículo y justo antes del apartado de Conflicto de intereses. Cuando se considere necesario se citará a las personas, centros o entidades que hayan colaborado o apoyado la realización del trabajo. Pueden incluirse todas aquellas personas que hayan ayudado en la preparación del artículo, pero no con la intensidad requerida para ser considerados autores. Si el trabajo ha sido financiado se indicarán las entidades financiadoras, convocatoria y referencia de dicha financiación, indicando si es competitiva o no.

Conflicto de intereses
Todos los manuscritos (artículos, revisiones, editoriales, cartas) que se publican en la revista estarán acompañados por una declaración sobre los posibles o reales conflictos de interés o una declaración de que los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

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

Referencias
Seguirán de forma estricta las Normas de publicación de la American Psychological Association, 7ª edición (2020) (**www.apastyle.org**).

Tablas y figuras
Irán al final del texto, numeradas, y cada una en una página distinta, siguiendo el diseño propio de la APA. Se indicará en el texto del manuscrito en qué lugar deben ir situadas. Tanto tablas como figuras deben remitirse en formato que puedan ser modificables en el proceso de edición de los artículos.

Gestión de datos y material suplementario
Adicciones es una revista open Access, y por tanto, comprometida con la ciencia abierta. Se anima a los autores a compartir los conjuntos de datos utilizados en el trabajo de investigación y el material suplementario en repositorios institucionales o temáticos de acceso abierto, federados en la European Open Science Cloud (EOSC). Esto permitirá que los datos sean localizables, accesibles, interoperables y reutilizables de acuerdo con los principios FAIR. En el caso de contar con conjuntos de datos o materiales en algún repositorio se deben proporcionar los enlaces web a dichos archivos o datos así como los permisos y condiciones de uso de esos datos. Estos enlaces quedarán recogidos en un apartado de la revista denominado "Gestión de datos y material suplementario". El material suplementario será revisado por el comité editorial de la revista y no podrá ser modificado una vez publicado el artículo, quedando una copia registrada en la propia revista. Los autores pueden solicitar que el material sea publicado en la plataforma de la revista también.

4. POLÍTICA Y PROCESO DE REVISIÓN DEL MANUSCRITO

Los artículos son enviados a la revista a través de la **www.adicciones.es**. Los autores y resto de coautores deben registrarse en la plataforma web de la revista para poder enviar sus manuscritos. A continuación, recibirán unas claves para poder entrar en la web y revisar la situación de su artículo. No obstante, el editor de la revista enviará un mensaje cuando tenga una decisión tomada o quiera aclarar alguna cuestión. Una vez recibido el manuscrito en la Redacción de la Revista Adicciones empezará el proceso de revisión.

Todo el proceso de recepción y remisión de artículos sigue un proceso ciego controlado por el Editor jefe. El Editor puede desestimar de entrada un artículo que entienda que claramente no reúne la calidad suficiente o no entra dentro de las prioridades de la revista. El editor puede rechazar de entrada aquellos artículos que no cumplan estrictamente la normativa de la revista (APA), sin pasarlo a revisión por expertos.

Durante el proceso de envío se le solicitará a los autores que aporten el nombre de al menos dos posibles revisores para su artículo (nombre, institución, correo electrónico y ORCID). Los revisores propuestos deberán ser expertos en el tema y no estar ligados a la investigación que se desarrolla en el trabajo presentado. Tampoco podrán pertenecer al actual Comité Editorial de Adicciones. La revista se reserva la decisión de utilizar o no dichos revisores propuestos.

Los manuscritos serán enviados por el Editor a dos o más expertos en el tema (revisores), que harán los comentarios pertinentes sobre el mismo y que requerirán aquellos cambios que estimen necesarios. También pueden dar su opinión sobre la aceptación o rechazo del artículo. La última decisión, basada en el informe de los revisores, será tomada por el Editor de la revista. El proceso de revisión será "doble ciego". En todo el proceso de revisión se mantendrá el principio de confidencialidad por parte de los revisores hacia el trabajo que revisan, así como la confidencialidad de los nombres de los revisores entre ellos o ante los autores del manuscrito. En este sentido las revisiones serán anónimas, confidenciales y ciegas también para los revisores que no conocerán el nombre de los autores en ningún momento. El comité editorial velará por evitar posibles conflictos de intereses en el proceso de revisión, seleccionando revisores que no pertenezcan a la misma institución y/o que no hayan publicado recientemente con los autores. En el caso de detectarse algún conflicto de interés, deberá ser declarado y evaluado por la dirección de la revista.

El resultado de la revisión del manuscrito será enviado al autor de correspondencia indicando la decisión editorial. Los autores, si es el caso, deberán hacer los cambios señalados por editor y/o revisores, en un plazo máximo de dos meses, enviando:

- Una copia del manuscrito revisado resaltando los cambios.
- Una copia del manuscrito definitivo.
- Un documento de respuesta a revisores, donde se expongan de forma detallada las principales modificaciones efectuadas, así como sus propios comentarios sobre los principales aspectos de la revisión.

5. PROCESO DE PUBLICACIÓN
Una vez aceptado el artículo, se seguirá el siguiente proceso:

1. Se les remitirá una versión con posibles correcciones de formato y estilo, a la que deberán responder en un máximo de 10 días.
2. Una vez recibida respuesta por parte de los autores, se les informará de una estimación de las páginas que ocupará la versión final del artículo en la revista, y del coste de publicación del mismo.
3. Una vez se haya efectuado el pago, el artículo será traducido al inglés o español, dependiendo del idioma original.
4. Los autores firmarán un acuerdo de cesión de derechos y licencia para el manuscrito.

5. Se generará un documento final o galerada que los autores también revisarán.
6. Se asignará un DOI al mismo y se publicará en avance online, hasta que se asignen páginas dentro de un volumen concreto en el que finalmente serán publicados los manuscritos.

En el caso de que los autores compartan sus trabajos en servidores de pre-print y post-print, y sus manuscritos sean aceptados para su publicación en la revista Adicciones, los autores deberán indicar que la versión final de dichos documentos se encuentra en la web de la revista Adicciones, añadiendo el enlace que corresponda a su artículo, el DOI y la referencia correcta.

Los autores son totalmente responsables de la versión final que se publique. Las opiniones vertidas en la revista Adicciones no son necesariamente las de la *Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas o las del Ministerio de Sanidad, ni tampoco de Socidrogalcohol*. Los autores pueden hacer el uso que crean pertinente para la difusión del artículo, siempre que quede clara toda la información necesaria acerca de la revista donde ha sido publicado. En el caso, de que los autores quisieran proponer alguna modificación o rectificación, una vez publicados los artículos deben comunicarlo a la dirección de la revista. Además, la revista se reserva el derecho a aceptar dichos cambios o a retirar cualquier publicación que pudiese contener información errónea o fruto de mala conducta investigadora.

Costes de publicación

La Revista Adicciones es *Open Access*, es decir, de acceso abierto, por lo que una vez publicados los artículos estarán disponibles a través de la web y las distintas plataformas de búsqueda de forma gratuita, pudiendo ser enviados y compartidos a toda la comunidad científica. Esto supone que se deben cubrir una serie de gastos de edición, maquetación y derechos de difusión que conllevan asociados unos costes para los autores de los manuscritos. El proceso de publicación Open Access cumple con los requisitos y recomendaciones establecidos por las convocatorias de financiación científica más actuales como la Horizon 2020 y la Ley de Ciencia del Ministerio de Ciencia e Innovación de España, que promueven el acceso abierto a la ciencia.

La publicación de nuevos artículos está sujeta al pago de 50€ (IVA incluido) por página, con un descuento del 30% si el primer autor es socio de Socidrogalcohol. Para los casos en los que al menos un 50% de los autores pertenezcan a países en desarrollo según World Bank, se aplicará un descuento del 50%. Excepcionalmente, si existen dificultades graves de financiación y ante artículos de gran calidad, se podrá negociar una tarifa de publicación.

Políticas de conservación digital de documentos a largo plazo

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

6. COPYRIGHT

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

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

Permiso para la reproducción de artículos

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

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

NonCommercial: No podrán ser usados para usos lucrativos o comerciales

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

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

Los manuscritos podrán ser enviados y formar parte de repositorios públicos e institucionales siempre y cuando incluyan el enlace al manuscrito publicado en la revista, la correcta referencia y se informe al Editor de la revista Adicciones:
revistaadicciones@socidrogalochol.org

2026 ■ VOL. 38 ■ N. 3
ADICCIONES

EDITORIAL

Desacreditar los estudios transversales debilita la investigación en salud pública
Undermining cross-sectional studies undermines public health research
Albert Espelt, Marina Bosque-Prous, Carles Muntaner, Esteve Fernández. 151

ORIGINALES / ORIGINALS

Cuidadores bajo presión: Sobrecarga, estrategias de afrontamiento y consumo de alcohol
Caregivers under pressure: Burden, coping strategies, and alcohol consumption
Mariana Vargas-Beltrán, Lorena Chaparro-Diaz, Francisco Rafael Guzmán-Facundo 155

Mortalidad prematura registrada por trastornos por uso de sustancias en España según registros de defunción: Diferencias por sexo y tipo de sustancia
Premature mortality recorded with mention of substance use disorders in Spain according to death records: Sex- and substance-specific differences
José María Rosales-Crespo,Carolina Lagares-Franco, José Almenara-Barrios, Antonio Linares-Cobacho, Cristina O´Ferrall-González..... 165

El verdadero significado del concepto de «consumo responsable» o «consumo moderado» en los jóvenes: Un estudio experimental
The true meaning behind the concept of "drink responsibly" or "moderate consumption" in young people: An experimental study
Albert Espelt, Xisca Sureda, Iñaki Galán, Aina Lafon Guasch, Ester Teixidó-Compañó, Ester Colillas-Malet, Núria Obradors-Rial, Marina Bosque-Prous 175

Resultados al año del tratamiento hospitalario del trastorno por consumo de alcohol: Un programa de siete semanas en la República Checa
One-year outcomes of inpatient treatment for alcohol use disorder: A seven-week programme in the Czech Republic
Tomáš Skorkovský, Milan Beniš, Jiří Podlipný, Petr Hošek, Michal Miovský, Jan Vevera..... 185

CARTAS AL EDITOR / LETTERS TO THE EDITOR

Factores sociales y familiares asociados a la exposición accidental a drogas ilícitas en pacientes pediátricos
Social and family factors associated with accidental exposure to illicit drugs in pediatric patients
Tania Esperanza Hernández Tobías, Víctor García Olmos, Carlos Sánchez García 199

Retos en la identificación de fentanilo y sus análogos en México: Implicaciones para la salud pública
Challenges in the identification of fentanyl and its analogues in Mexico: Implications for public health
Rafael Uriel González Lozano 203

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

FINANCIADO POR:
MINISTERIO DE SANIDAD