



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL

SANITARIA

Curso 2021-2022



Percepción del riesgo y autoengaño en una muestra de exalcohólicos

Autora: Nieves Martínez Hernández

Tutor: Daniel Lloret Irlés

Código de la Oficina de Investigación Responsable:
TFM.MPG.DLI.NMH.211012

Convocatoria: Enero

Resumen

El consumo de alcohol en España supera la media europea. El 4.2% muestra un consumo problemático. El autoengaño tiene una importante función en el proceso de la adicción.

El consumo de drogas está mediado por la percepción de riesgo que se tenga de estas.

Objetivos: General: Analizar la percepción de riesgo y el autoengaño exalcohólicos.

Objetivos específicos: 1- Analizar la relación entre los distintos factores del autoengaño y la percepción de riesgo, 2- Analizar las diferencias de género en ambas variables, 3- Analizar las diferencias en ambas variables según el estado civil y 4- Analizar las diferencias de edad en ambas variables.

Método: La muestra de 50 exalcohólicos (54.3 años \pm 10.17; 24% mujeres) responden en única medida a un cuestionario sociodemográfico, al Inventario de Autoengaño IAM-40 y al Cuestionario de actitudes a cerca del alcohol (CAA).

Resultados: Los exalcohólicos con mayor percepción de riesgo del consumo de alcohol indicaron mayores puntuaciones de autoengaño cuando consumían. Las mujeres presentan mayor percepción de riesgo. Las personas solteras tienen más percepción de riesgo hacia drogas distintas al alcohol. Las personas con nivel de estudios de secundaria presentaron mayor percepción de riesgo hacia el consumo de alcohol y drogas. Las personas de más edad mostraron menos autoengaño y menos percepción de riesgo.

Discusión: Los datos muestran la importancia del abordaje terapéutico del autoengaño para la rehabilitación del alcoholismo. La pareja demuestra ser fuente de apoyo para la rehabilitación de adictos. Una fuerte percepción de riesgo no parece ser lo que mantiene la abstinencia.

Palabras clave: exalcohólicos, autoengaño, percepción de riesgo

Abstract

Alcohol consumption in Spain exceeds the European average. 4.2% show problematic consumption. Self-deception plays an important role in the addiction process. Drug use is mediated by drugs risk perception.

Objectives: General: To analyze the risk perception and self-deception in ex-alcoholics. Specific objectives: 1- To analyze the relationship between the different factors of self-deception and risk perception, 2- To analyze the gender differences in both variables, 3- To analyze the differences in both variables according to marital status and 4- To analyze the differences of age in both variables.

Method: The study sample consisted of 50 former alcoholics (54.3 years \pm 10.17; 24% women) who responded in a single measure to a sociodemographic questionnaire, the AMI-40 Self-deception Inventory and the Questionnaire of attitudes towards alcohol (CAA).

Results: Former alcoholics with a higher risk perception of alcohol consumption indicated higher scores of self-deception when they consumed. Women have a higher risk perception. Single people have a higher risk perception towards drugs other than alcohol. People with a high school education level presented a higher risk perception towards alcohol and other drug use. Older people showed less self-deception and less risk perception.

Discussion: The data show the importance of work in self-deception for the rehabilitation of alcoholism. Couple proves to be source of support for addiction rehabilitation. A strong risk perception doesn't seem to be what maintains abstinence.

Keywords: ex-alcoholics, self-deception, risk perception

Introducción

El alcohol es la droga psicoactiva cuyo consumo está más extendido en España, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la región del mundo cuyo nivel de consumo de alcohol es más alto es Europa con un consumo de 9.8 litros de alcohol puro por adulto al año, mientras que la media mundial se encuentra en los 6.4 litros.

En concreto España, dentro de Europa, se encuentra en un consumo per cápita mayor que la media de esta región situándose este en 10.0 litros per cápita al año en españoles mayores de los 15 años (OMS, 2018). Según el informe EDADES el 4.2% de la población española tiene un consumo problemático de esta sustancia (Ministerio de Sanidad, 2020).

El alcohol es una de las principales causas evitables de muerte prematura, enfermedad y discapacidad en España (Ministerio de Sanidad, 2020) y en el mundo (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2017).

En Europa el 79% de los adolescentes de 15 años ha probado el alcohol, y el 47% lo ha consumido en el último mes (Molinero et al., 2020). En España, en adolescentes de la misma edad, el 73.9% lo ha consumido alguna vez en la vida, mientras que el 53.6% lo hizo en los últimos 30 días (Plan Nacional sobre Drogas, 2021). El 50% de las lesiones cerebrales traumáticas en esta población está influido por el consumo de alcohol (Zeigler et al., 2005). Entre 2010 y 2017 el alcohol causó, entre los residentes en España mayores de 15 años, una media de 15960 muertes anuales (Donat, Sordo, Belza & Barrio, 2020).

Según el informe EDADES (Ministerio de Sanidad, 2020) el 0.4% de la población tiene dependencia al alcohol, lo que se traduciría en un total de 189400 personas. La frecuencia más elevada de dependencia a esta droga se encuentra en la franja de muestra correspondiente a varones de 35 a 44 años con un 0.9%.

El abuso del alcohol genera alteraciones neuropsicológicas que afectan a diversas funciones físicas y psicológicas. Según Roehrich y Goldman (1993) un 75% de alcohólicos muestra significativas disfunciones neuropsicológicas. Existen evidencias de que los alcohólicos abstinentes sufren alteraciones en: el aprendizaje verbal y no verbal, la coordinación visomotora, flexibilidad cognitiva, memoria, resolución de problemas, razonamiento, velocidad de procesamiento de la información o habilidades visoperceptivas (Garrido y Fernández-Guinea, 2004; Miglioli, Buchtel, Campanini & De Rasio, 1979).

En cuanto a las funciones sociales, el alcoholismo ha sido ampliamente estudiado como factor de alteración social, ya que reduce la autoconsciencia e interrumpe la codificación cognitiva de señales externas e internas relativas al comportamiento social idóneo (Hull, 1981). Esto produce habitualmente comportamientos agresivos derivados de la falta de control percibido (Zeichner, Alien, Giancola & Lating, 1994) y una peor autoestima que la población general (Charalampous, Ford & Skinner, 1976).

La adicción a las drogas como el alcohol se ha definido como un trastorno caracterizado por la negación, la deshonestidad y el autoengaño (Bean, 1975; Sher & Epler, 2004). Por lo tanto, no es sorprendente que las personas que abusan de sustancias muestren mayores puntuaciones en negación (Overall, 1973; Skinner, Jackson & Hoffmann, 1974) y autoengaño (Richards & Pai, 2003; Schoolar, White & Cohen, 1972) que sus pares que no las consumen.

La mentira y el autoengaño normal o fisiológico son inherentes a los seres humanos y cumplen un papel regulador en la protección psicológica (Taylor y Brown, 1994; Taylor y Hick, 2007). Mientras que mentir implica engañar a otro, el autoengaño consiste en mentirse a uno mismo; esto mantiene falsas creencias o ilusiones que son muy importantes para la construcción del yo.

Puesto que la negación y el autoengaño tienen una importante función en el proceso de la adicción, la recuperación exitosa depende de aceptar tales problemas. Los programas de ayuda mutua para la recuperación del abuso de sustancias (como programas de 12 pasos) y los hogares de recuperación autogestionados pueden disminuir el autoengaño a través de incidir en enfrentar la realidad, reglas estrictas de abstinencia y empoderar a las personas para que dirijan su propia recuperación (Ferrari, Groh, Rulka, Jason & Davis, 2008).

En comparación con los no alcohólicos, se ha demostrado que los abstemios en recuperación de más de un año obtienen puntuaciones más bajas en autoengaño (Mellor, Conroy & Masteller, 1986).

En lo referente a percepción de control, Strom & Barone (1993) constataron que estas percepciones difieren en las etapas de dependencia al alcohol, y que las creencias positivas de los alcohólicos sobre el consumo se asociaron a un alto autoengaño. Hinrichsen (1976) también argumenta en su trabajo sobre locus de control en alcohólicos que la percepción de control de estos sobre el consumo es “exagerada y poco realista”, pero indica que faltan datos sobre la percepción de riesgo de consumo en población de exalcohólicos.

En cuanto a la relación entre la percepción de riesgo y el autoengaño solo se han encontrado dos estudios: el estudio de Jasanoff (1998) en el que se constata la relación directa entre estas dos variables remarcando que esta relación es mayor en las creencias de riesgo que se consideran falsas. El segundo estudio es el artículo de Lajunen, Corry, Summala & Hartley (1997) que analizaron el riesgo que toman conductores, y encontraron a su vez que asumir mayores riesgos al conducir está relacionado con mayor nivel de autoengaño.

En lo referente a posibles diferencias de género en los niveles de autoengaño, varios estudios constatan que no existen diferencias (DePaulo & Kashy, 1998; Hrgović & Hromatko, 2019; O'Sullivan, 2008). Sin embargo, el estudio de Sheridan, Boman, Mergler & Furlong (2015) señala diferencias significativas por género en las puntuaciones de autoengaño, siendo las mujeres quienes puntuaron más alto en esta escala.

En cuanto a la relación entre la percepción de riesgo según género, los estudios indican que los varones tienen menos percepción de riesgo en el consumo de alcohol y otras drogas (Kim et al., 2018; Maričić, Sučić & Šakić, 2013; Tyler & Lichtenstein, 1997). Sin embargo, otros autores afirman que las mujeres perciben menos riesgo en el propio consumo de alcohol, pero perciben más riesgo en el consumo general de la sustancia, respecto a las puntuaciones obtenidas por los hombres (Sjöberg, 1998).

Hasta nuestro conocimiento, la relación entre las variables de percepción de riesgo o autoengaño con el estado civil no ha sido estudiada suficientemente. Solo se ha identificado un único artículo de O'Rourke & Cappeliez (2005) que señala que las personas casadas se autoengañan sobre los aspectos negativos de sus parejas. Sin embargo, la relación entre la variable percepción de riesgo y estado civil no obtuvo resultados en las búsquedas bibliográficas.

Sobre la relación entre la percepción de riesgo y la edad, también Maričić, Sučić & Šakić, (2013) indican que los adultos y los ancianos tienen mayor percepción de riesgo del consumo de alcohol y otras drogas que los jóvenes. Otros estudios, alcanzan conclusiones similares, indicando en concreto que los adolescentes presentan menor percepción de riesgo que los adultos (Cohn, Macfarlane, Yanez & Imai, 1995; Grevenstein, Nagy & Kroeninger-Jungaberle, 2015). De hecho, en el estudio ya citado de Sjöberg (1998) se detalla que los adolescentes son el grupo de edad con mayor consumo

y menor percepción de riesgo del consumo personal pero mayor percepción de riesgo del consumo de alcohol en la población general.

Por último, la relación entre el autoengaño y la edad no está clara. Trivers (2010) señala que los niños al crecer aumentan su inteligencia y con ella su capacidad de engaño y autoengaño. Según Von Hippel & Trivers (2011) los adultos mayores dependen más que los jóvenes de la atención selectiva de sus recuerdos para reparar su estado de ánimo. Al hilo de esto, también Mather et al. (2004) e Isaacowitz, Toner, Goren & Wilson (2008) encontraron que los adultos mayores se focalizan más en aspectos positivos de sus vidas, y que, de algún modo, este también es un tipo de autoengaño. Charles, Mather & Carstensen (2003) también encontraron que los adultos mayores recuerdan mejor conceptos y recuerdos positivos de sus vidas.

Tras la conceptualización del problema y la constatación de la falta de datos concluyentes acerca de cómo se relacionan la percepción de riesgo y el autoengaño en alcohólicos, el objetivo general del presente trabajo es analizar la percepción de riesgo y el autoengaño en una muestra de exalcohólicos. El estudio relaciona las características de la muestra con las variables de análisis y se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

- 1- Analizar la relación entre los distintos factores del autoengaño y de la percepción de riesgo.
- 2- Analizar las diferencias de género en ambas variables.
- 3- Analizar las diferencias en ambas variables según el estado civil.
- 4- Analizar las diferencias de edad en ambas variables.

Basándonos en la bibliografía anteriormente citada se procede a formular las distintas hipótesis sobre los posibles resultados del presente trabajo:

-Hipótesis 1-Las personas que presenten mayor autoengaño tendrán puntuaciones mayores en percepción de riesgo del consumo de alcohol y otras drogas.

-Hipótesis 2-Las mujeres presentarán mayor autoengaño y mayor percepción de riesgo.

-Hipótesis 3-Las personas casadas presentarán menor autoengaño y menor percepción de riesgo.

-Hipótesis 4-Las personas de más edad presentarán mayor autoengaño y percepción de riesgo.

Método

A raíz de la investigación previa de Martínez-Hernández & Ricarte (2019) en la cual se estudiaba la memoria autobiográfica de exalcohólicos, y utilizando la base de datos generada para ese trabajo, se procedió a investigar para el presente escrito el nivel de autoengaño y percepción de riesgo que esta muestra presentaba y los distintos factores que pueden influir en estas dos variables.

Participantes

Como se observa en la Tabla 1, fueron evaluados un total de 50 sujetos 12 mujeres y 38 hombres con una media de edad de 54.3 años y una desviación típica de 10.17 mayoritariamente casados (62%) seguido de divorciados y solteros (14%). El tipo de empleo que ejercía la mayoría era estable (44%) seguido de la situación de pensionista (30%). Respecto a la cualificación profesional más común en el grupo era media (62%) o alta (12%). El nivel de estudios finalizado fue, en su mayoría, de enseñanza primaria

(66%) seguido de la enseñanza secundaria (22%). Todos se encontraban en abstinencia entre los 6 meses y los 23 años con una media de 6 años y 4 meses y una desviación típica de 7 años y dos meses.

Tabla 1. Características de participantes (frecuencia y porcentaje)

	N	%		N	%
Género			Cualificación profesional		
Masculino	38	76%	Muy alta	1	2%
Femenino	12	24%	Alta	6	12%
Estado Civil			Media	31	62%
Casado	31	62%	Baja	4	8%
Divorciado	7	14%	Labores del hogar	3	6%
Soltero	7	14%	Otro	5	10%
Viudo	2	4%	Nivel de estudios		
Pareja de hecho	2	4%	Alfabetización básica	2	4%
Otro	1	2%	Enseñanza primaria	33	66%
Tipo de Empleo			Enseñanza secundaria	11	22%
Estable	22	44%	Estudios Universitarios	4	8%
Pensionista	15	30%			
Parado con subsidio	7	14%			
ILT	1	2%			
Tareas del hogar	3	6%			
Otro	2	4%			

Variables e instrumentos

El autoengaño como el proceso de negación o no racionalización de la relevancia, significado o importancia de la evidencia (Giannetti (2000) se midió con el Inventario de Autoengaño IAM-40 (IAM) (Sirvent & Moral, 2016) que consta de 40 afirmaciones acerca del autoengaño que el sujeto ha de responder, mediante una escala likert donde 1 corresponde a “muy en desacuerdo” y 5 a “muy de acuerdo”, poniéndose en el punto de vista de cómo se sentía y pensaba cuando todavía consumía alcohol. Este inventario consta de 5 factores: I. Insinceridad y Opacidad Comunicativa, II. Manipulación, III.

Mecanismos de Negación y Reincidencia, IV. Mistificación y Desconfianza y V. Registro de Realidad Interesado o Distorsionado (Autoengaño Clínico). El coeficiente alfa de Cronbach del total del inventario en la muestra de estudio fue de .922.

Por otro lado, la percepción de riesgo según Inman (1985) se basa menos en estadísticas que en el miedo. Cuando se habla de percepción del riesgo hay una implicación de que lo que percibimos no necesariamente concuerda con la realidad; es, según Aronson (2006) como si el riesgo fuera una especie de ilusión óptica que debemos analizar detenidamente para poder interpretarlo correctamente.

Con el objetivo de evaluar esta variable se utilizó el Cuestionario de actitudes acerca del alcohol y cuestionario de información (CAA) de Maciá (1986) en el cual los sujetos han de responder verdadero o falso a 30 afirmaciones sobre percepción de riesgo del consumo de alcohol y otras drogas. Este cuestionario a su vez consta de 3 factores: Información sobre el alcohol, Actitudes respecto al alcohol y Actitudes frente a otras drogas. El coeficiente alfa de Cronbach del total del cuestionario en la muestra de estudio fue de .861.

Además de estos instrumentos los sujetos cumplieron un cuestionario ad hoc para datos sociodemográficos (ver Anexo 1).

Procedimiento

Este trabajo se realizó partiendo de una base de datos desarrollada previamente para el trabajo de Martínez-Hernández & Ricarte (2019). Esta base de datos se construyó seleccionando una muestra de exalcohólicos que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: más de 6 meses en abstinencia, por ser el punto de la abstinencia a partir del cual las recaídas son menos habituales (López, 2014); no haber seguido el método de los

12 pasos, porque este incluye tratamiento del autoengaño (Williams, 2021) y pertenecer a asociaciones de exalcohólicos de la provincia de Alicante y Albacete.

Para realizar la recogida de datos se seleccionó la muestra de estudio contactando con cuatro asociaciones de exalcohólicos de la zona: APAEX Elche, APAEX Villena, AARE (Elda) y ARALBA (Albacete). Se informó de la investigación a realizar a los directores de las asociaciones y a los psicólogos responsables de las mismas y se concertaron reuniones para firmar los convenios de colaboración correspondientes entre la Universidad y cada una de las asociaciones y así asegurar la legalidad, seguridad y legitimidad de la investigación.

Cuando se hubieron firmado los documentos correspondientes se efectuaron reuniones con los psicólogos de las asociaciones y los usuarios para informarles del objetivo de la investigación y del horario disponible para la realización de la batería de cuestionarios que se requerían para el trabajo.

Tras estas reuniones los usuarios que, voluntariamente, quisieron participar, cumplieron un documento de consentimiento informado en el que se explicaba el objetivo de la investigación, así como los organismos implicados y el tratamiento tanto anónimo como confidencial de la información que con estos cuestionarios se obtuviese (ver Anexo 2) y la batería de pruebas anteriormente descrita (ver Anexo 1).

La cumplimentación de estos documentos se realizó de manera grupal en una sala que cada asociación habilitó para ello. Esta cumplimentación se realizó bajo la supervisión personal del investigador principal de este proyecto que solventó las diferentes cuestiones y dudas que les pudieron surgir a las personas usuarias, además de agradecer su participación y notificar que se les informaría sobre los resultados obtenidos gracias a sus datos y su participación.

Aspectos éticos

Puesto que el presente estudio se desarrolló a partir de la base de datos originada anteriormente para el trabajo de Martínez-Hernández & Ricarte (2019) y que, en este, los autores: pidieron permiso al Comité Ético correspondiente para recabar estos datos y almacenarlos para su uso en ese trabajo y posteriores, utilizaron consentimientos informados, separaron los datos personales de dichos consentimientos de los datos recogidos en las escalas y otorgaron a cada sujeto un código que impidiera su identificación; tan solo se tuvo que tramitar la solicitud al Comité Ético para utilizar los datos de dicha base.

Se tramitó la correspondiente solicitud al Comité de Ética e Integridad en la Investigación (CEII) de la Universidad Miguel Hernández. La solicitud se presentó el 12 de octubre de 2021. El día 20 de octubre el CEII dictó un informe favorable (Código de Investigación Responsable TFM.MPG.DLI.NMH.211012). Una vez obtenido el dictamen favorable se procedió utilizar la base de datos.

Tipo de diseño

Este trabajo, puesto que pretende analizar la relación entre las variables percepción de riesgo y autoengaño en una muestra de exalcohólicos, se ha de considerar un diseño empírico descriptivo según la clasificación de Ato, López-García & Benavente (2013). A su vez es transversal según la clasificación de Judd & Kenny (1981) ya que la medición de estas variables se realizó en un momento concreto en el tiempo, los datos extraídos de ese momento serán los que se utilizarán para estudiar la relación entre estas

variables, los factores internos de las mismas, así como si existen diferencias en los diversos grupos de edad, género y estado civil.

Análisis de los datos

El análisis estadístico utilizado en este trabajo se llevó a cabo mediante el programa IBM SPSS Statistics 23. Primero se realizó un análisis descriptivo de las características de la muestra mediante las respuestas obtenidas en el cuestionario sociodemográfico (Ver Tabla 1). Del mismo modo, para determinar las puntuaciones más altas y las mayores frecuencias de respuesta en los ítems del IAM se calcularon las frecuencias con medias y desviaciones típicas de las respuestas del inventario. A su vez se calculó la distribución de frecuencias (en porcentajes) de las respuestas al CAA.

Para responder al objetivo 1, que consiste en analizar el autoengaño y la percepción de riesgo, se calcularon las medias y desviaciones típicas de cada ítem y se realizó una correlación de Spearman para conocer las correlaciones entre las escalas y subescalas.

El objetivo 2, analizar las diferencias en función del género en el autoengaño y la percepción de riesgo, se estudió mediante el cálculo de contraste de medias con la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes en la cual se buscaron diferencias tanto en las puntuaciones totales de las escalas como en los distintos factores internos de estas.

Para estudiar el objetivo 3 se dicotomizó la variable de estado civil dividiéndola en dos grupos: solteros y en pareja. Las diferencias entre estos dos grupos en las medidas de autoengaño y percepción de riesgo se analizaron también con el cálculo de contraste de medias con la prueba U de Mann. Whitney para muestras independientes.

Por último, el objetivo 4, estudiar las diferencias en función de la edad en el autoengaño y la percepción de riesgo, se analizó con una correlación de Spearman con las medidas totales de las escalas y las de los distintos factores de estas.

Resultados

En respuesta al primer objetivo, analizar el autoengaño y la percepción de riesgo y la relación entre estas variables en sus distintos factores, se analizaron las puntuaciones más altas en los ítems del IAM, el nivel de acuerdo entre las respuestas y la frecuencia de las mismas en porcentajes. En lo que respecta a las puntuaciones más altas, con respuestas mayores a 4.2, como se puede ver en la Tabla 2, las tienen los ítems 1, 5, 7, 12, 16, 28 y 40. Por otro lado, los ítems de mayor acuerdo, tal y como muestra la Tabla 2, con una desviación típica menor de 1.20 fueron el 5, 7, 16, 27, 28, 37 y 40.

Tabla 2. Media y desviación típica de los ítems de mayor puntuación y acuerdo

Ítem	Media	D.T.
1. Reconozco que con mayor frecuencia de la deseada negaba o pasaba por alto un problema importante	4.40	1.069
5. Reconozco que en mi interior rechazaba o no aceptaba lo que me decían si no me gustaba, aunque fuera verdad	4.36	1.174
7. Reconozco que con frecuencia veían antes (o mejor) mis problemas otras personas que yo mismo/a	4.28	1.144
12. Creo que caía en los mismos errores en los asuntos importantes de mi vida una y otra vez	4.22	1.250
16. Francamente: engañaba más o era menos sincero/a de lo que deseaba	4.42	.950
27. Cuando notaba que querían convencerme de algo me resistía interiormente a admitirlo, aunque tuvieran razón	4.12	1.206
28. Cuando notaba que querían convencerme de algo me resistía interiormente a admitirlo, aunque tuvieran razón	4.24	1.041
37. Con cierta frecuencia afirmaba tener las cosas claras frente a los demás cuando en el fondo no era así.	4.10	1.199
40. Creo que tenía autoengaño (que me intentaba engañar a mí mismo/a	4.28	1.107

Se puede observar que los ítems 5, 7, 16, 28 y 40 cumplen ambas características, fueron de los más altos en puntuación directa y de los que mayor acuerdo tienen en la muestra, especialmente el ítem 16 que cuenta con una desviación típica de tan solo .95 y una puntuación media otorgada de 4.42.

En lo que respecta al acuerdo que existe entre las respuestas del CAA, existen 5 ítems en los que el acuerdo es absoluto, es decir, la desviación típica es de 0:

- 1- El alcohol puede producir trastornos físicos y mentales
- 13- Estaría dispuesto/a a comprar alcohol para mi uso
- 18- Estaría dispuesto/a a tomar alcohol cuantas veces fuera necesario
- 20- Estaría dispuesto/a a felicitar a alguien por dejar de beber
- 29- Estaría dispuesto/a a tomar cualquier tipo de droga

La respuesta a estos ítems fue de Verdadero salvo para los ítems 13, 18 y 29 ya que son ítems invertidos.

Para estudiar la relación entre ambas variables se realizaron correlaciones de Spearman entre los resultados de los dos inventarios. Así mismo se calculó la correlación entre los distintos factores de cada inventario. En la Tabla 3 se pueden observar las puntuaciones totales del Inventario de Autoengaño IAM-40 y los resultados de los factores de esta: Insinceridad, Manipulación, Negación, Mistificación y Autoengaño Clínico. También se observa la puntuación total del Cuestionario de actitudes acerca del alcohol y cuestionario de información (CAA) y las subescalas de Información sobre el alcohol, Actitudes respecto al alcohol y Actitudes frente a otras drogas.

En lo que respecta a las correlaciones de ambas escalas, en la Tabla 3 se puede ver que la puntuación total del IAM correlaciona de manera significativa y directamente

proporcional con la puntuación total del CAA y con los factores Información sobre el alcohol y Actitudes respecto al alcohol de este.

El factor Insinceridad del IAM correlaciona con la puntuación global del CAA y con el factor de Actitudes respecto al alcohol, pero sobre todo con el factor de Información sobre el alcohol.

En cuanto al factor Manipulación del IAM, se puede observar que tiene una correlación significativa pero débil con el factor de Información sobre el alcohol.

Para finalizar, el Autoengaño Clínico correlaciona de manera significativa y directa con la puntuación global del CAA y con sus factores: Actitudes respecto al alcohol y Actitudes frente a otras drogas.

Tabla 3. Correlaciones bivariadas entre autoengaño (IAM) y Percepción del riesgo (CAA)

	Creencias Total	Información alcohol	Actitudes alcohol	Actitudes drogas
IAM total	.373** .008	.302* .033	.319* .024	.166 .249
IAM Insinceridad	.360* .010	.401** .004	.282* .047	.084 .564
IAM Manipulación	.230 .107	.281* .048	.162 .261	.003 .985
IAM Negación	.242 .091	.192 .183	.171 .236	.154 .287
IAM Mistificación	.094 .514	-.043 .765	.162 .261	.076 .601
IAM Autoengaño Clínico	.409** .003	.194 .177	.337* .017	.282* .047

* p< .05 ** p< .01

El segundo objetivo, analizar las diferencias de género en ambas escalas, se estudió con la prueba no paramétrica denominada U de Mann-Whitney para muestras independientes y esta indicó, con una significación de .003, que la distribución de las puntuaciones globales del CAA no es igual en las dos categorías de género. Además, en los factores Actitudes respecto al alcohol y Actitudes frente a otras drogas también se encontraron diferencias significativas en ambos grupos con una significación de .023 y .002 respectivamente. Al observar la distribución de las respuestas en los dos grupos podemos afirmar que el grupo de las mujeres puntúa más alto en percepción de riesgo que los hombres tanto en la puntuación global de la escala como en los factores de Actitudes respecto al alcohol y Actitudes frente a otras drogas. La misma prueba no encontró diferencias significativas en los grupos de género para las medidas del inventario de autoengaño.

En referencia al tercer objetivo que buscaba analizar las diferencias en ambas variables según el estado civil, se encontró que existen diferencias significativas entre las personas solteras y las que tienen pareja en el factor del CAA denominado Actitudes frente a otras drogas, con una significación de .007. La distribución de las respuestas en estos dos grupos indica que el grupo de personas sin pareja tiene una percepción de riesgo significativamente superior hacia el consumo de drogas distintas al alcohol que las personas con pareja. En la variable de autoengaño no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de estado civil.

El último objetivo era analizar la relación entre la edad y las puntuaciones de autoengaño y percepción de riesgo, para ello se realizó una correlación de Spearman. Como se observa en la Tabla 4, la relación entre la edad y el autoengaño es significativa e inversa en la puntuación total de la escala y a su vez en las puntuaciones de los factores

de Insinceridad y Negación. Esta variable también correlaciona con la percepción de riesgo de manera inversa, aunque menos significativa, tanto en la puntuación total del cuestionario como en los factores internos del mismo llamados Información sobre el alcohol y Actitudes hacia otras drogas.

Tabla 4. Correlaciones entre autoengaño y percepción de riesgo con edad

<u>IAM</u>	<u>Edad</u>	<u>CAA</u>	<u>Edad</u>
Autoengaño total	-.404**	Percepción de riesgo total	-.360*
Insinceridad	-.456**	Información sobre el alcohol	-.334*
Manipulación	-.140	Actitudes hacia el alcohol	-.077
Negación	-.399**	Actitudes hacia otras drogas	-.281*
Mistificación	-.155		
Autoengaño Clínico	-.211		

* $p < .05$ ** $p < .01$

A pesar de no tratarse de un objetivo inicial del trabajo, se analizó si había relación entre la cualificación profesional y los resultados de las escalas de autoengaño y percepción de riesgo mediante la prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes. No se encontraron diferencias en la distribución de la percepción de riesgo o del autoengaño en las distintas categorías de la cualificación profesional.

De la misma manera se analizó si existía relación entre el nivel de estudios de la muestra y los resultados del IAM y del CAA mediante la prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes. Los resultados de la prueba indican que no hay diferencias significativas en la distribución de categorías de nivel de estudios para los factores de autoengaño. Sin embargo, sí existe una distribución significativamente diferente en las

categorías de nivel de estudios para la puntuación total del cuestionario de percepción de riesgo, la prueba indica una significación de .025 para rechazar la hipótesis nula. Los datos de distribución de respuestas señalan que, las personas que marcaron como nivel máximo de estudios la enseñanza secundaria, puntúan más alto en percepción de riesgo que las que cuentan con estudios superiores o inferiores a estos.

Discusión

En lo referente al principal objetivo del trabajo referido al estudio de las variables percepción de riesgo y autoengaño, la hipótesis se fundamentaba en los estudios de Jasanoff (1998) y Lajunen, Corry, Summala & Hartley (1997) que hablan de que estas dos variables tienen una relación significativa e inversamente proporcional. Nuestra hipótesis plantea que la relación será directamente proporcional porque el autoengaño medido es el que sufrían cuando todavía estaban consumiendo, es decir, que la muestra en el pasado tenía más autoengaño de sus conductas de consumo de alcohol que hoy que ya no consume y, por tanto, la percepción de riesgo que tienen ahora de dicho consumo será mayor que la que tenían cuando no estaban en abstinencia. Esta hipótesis se ve confirmada por los datos que vemos en la Tabla 3: las puntuaciones directas de ambas escalas correlacionan de manera significativa y directamente proporcional.

En cuanto a la frecuencia de respuesta, vemos que los ítems con puntuaciones más altas y con más acuerdo entre ellas de la escala IAM pertenecen a los factores de Negación (5), Autoengaño Clínico (7,28 y 40) e Insinceridad (16). Esto indica que los exalcohólicos, al recordar el nivel de autoengaño que tenían cuando todavía consumían alcohol, piensan que estaban más en negación, con mayor autoengaño y que eran menos

sinceros que en el presente. Estos datos son coherentes con los resultados del estudio de Ferrari, Groh, Rulka, Jason & Davis (2008) que se citó también en la introducción.

En el CAA se puede observar que los ítems con mayor acuerdo de respuestas pertenecen mayoritariamente al factor de Actitudes acerca del alcohol salvo por el ítem 1 y el 29 (Información sobre el alcohol y Actitudes hacia otras drogas respectivamente). En lo referente a los ítems 1 y 29, no es extraña esta desviación típica nula puesto que son ítems que también cuentan con datos similares de acuerdo en población general (Maciá, 1986). Sin embargo, el absoluto acuerdo con el que cuentan los ítems 13, 18 y 20 indica que la población de exalcohólicos tiene una percepción de riesgo hacia el consumo concreto del alcohol más alta y con mayor acuerdo en este factor interno que en población general según Maciá (1986).

El análisis de los factores internos de ambas escalas nos indica que la puntuación total del autoengaño (IAM Total) y los factores internos del CAA llamados Información sobre el alcohol y Actitudes respecto al alcohol correlacionan significativamente de forma directa, es decir, que las personas que presentaban más autoengaño cuando consumían ahora tienen más información sobre el alcohol y mayor percepción de riesgo de esta droga.

El factor Insinceridad del IAM correlacionó tanto con la puntuación global del CAA como con los factores Actitudes respecto al alcohol e Información sobre el alcohol, siendo esta última la correlación más significativa. Estos datos indican que las personas que presentaban mayores niveles de Insinceridad cuando consumían alcohol ahora tienen mayor percepción de riesgo de consumo de alcohol, así como mayor información sobre esta droga.

En lo referente al factor de Manipulación del IAM, los cálculos indican que existe una correlación significativa con el factor de Información sobre el alcohol, lo que sugiere que las personas que presentaban mayores niveles de manipulación durante su tiempo de consumo de alcohol ahora tienen más datos sobre este.

El último de los factores internos de estas escalas que tiene una correlación fuerte es el Autoengaño Clínico del IAM, que correlaciona con la puntuación total del CAA y con los factores internos de este denominados Actitudes respecto al alcohol y Actitudes frente a otras drogas. Estos datos indican que las personas que presentaban mayores puntuaciones de Autoengaño Clínico en su etapa de consumidores de alcohol ahora tienen una mayor percepción de riesgo del consumo de drogas distintas al alcohol.

Los resultados redactados en estos últimos párrafos indican que probablemente las personas exalcohólicas, al estar en abstinencia, hoy tengan niveles de autoengaño menores que los que dicen haber presentado en el pasado. La asistencia a la asociación de exalcohólicos a la que pertenecen, seguramente les habrá proporcionado más información sobre esta droga, así como una mayor percepción de riesgo de consumirla por estar expuestos en dicha asociación a historias de consumo patológico de sus compañeros de manera regular. Estos resultados son coherentes la hipótesis planteada y con los datos encontrados en los estudios de Jasanoff (1998) y Lajunen, Corry, Summala & Hartley (1997).

En cuanto al segundo objetivo referente a los análisis de diferencias de género, la segunda hipótesis predecía que existirían diferencias de género tanto en autoengaño como en percepción de riesgo, no obstante, los resultados indican que las únicas diferencias significativas entre los grupos de género son la puntuación total del CAA y los factores internos del mismo llamados Actitudes respecto al alcohol y Actitudes frente a otras drogas. En concreto la hipótesis basada en los estudios de Kim et al. (2018); Maričić,

Sučić & Šakić (2013) y Tyler & Lichtenstein (1997) suponía que las mujeres presentarían mayores puntuaciones que los hombres en percepción de riesgo y así lo confirman los resultados tanto para la puntuación global del cuestionario como en los factores de Actitudes respecto al alcohol y Actitudes frente a otras drogas. Dichos resultados vuelven a refutar los obtenidos por Sjöberg (1998). En lo referente al autoengaño, se ha refutado la hipótesis de la existencia de diferencias entre los grupos de género al no encontrar resultados significativos, esta conclusión es coherente con los estudios de De Paulo & Kashy (1998); Hrgović & Hromatko (2019) y O'Sullivan (2008) y refuta el estudio de Sheridan, Boman, Mergler & Furlong (2015) en el que sí se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de autoengaño según género.

En el estudio de las diferencias entre las categorías del estado civil en autoengaño y percepción de riesgo, se partía de la hipótesis de que las personas casadas presentarían menor autoengaño y menor percepción de riesgo que las solteras, puesto que el estudio de O'Rourke & Cappeliez (2005) así lo sugería. Los resultados indican que solo existen diferencias significativas en el factor de Actitudes frente a drogas distintas al alcohol, siendo los solteros los que puntúan una percepción de riesgo significativamente mayor hacia el consumo de drogas distintas al alcohol que las personas con pareja. Esto puede deberse a que las personas con pareja sienten que tienen un apoyo mayor y que, por tanto, si tuvieran un consumo de riesgo o patológico de alguna droga a la que no han sido adictos, tendrían ayuda de sus parejas para salir de esa situación al igual que la tuvieron para abandonar el consumo de alcohol cuando este supuso un problema. El mayor éxito en la deshabituación del alcohol en casados ha sido ampliamente demostrado: Bond, Kaskutas & Weisner (2003); Rosenblatt, Gross y Chartoff, (1969); Voegtlin y Broz, (1949) entre otros. A su vez también hay estudios que demuestran un mayor éxito para los casados en la terapia para el juego patológico (Montesinos, Lloret, Segura & Aracil,

2016) y para mantener la abstinencia en otras drogas distintas al alcohol (Ballester, 2003 y Préau et al., 2007).

En lo referente a las diferencias edad, la hipótesis planteada rezaba que cuanto más mayor fuera la persona usuaria, mayores puntuaciones de autoengaño y percepción de riesgo registraría. Esta hipótesis se basaba en los estudios de Cohn, Macfarlane, Yanez & Imai, (1995); Grevenstein, Nagy & Kroeninger-Jungaberle (2015); Maričić, Sučić & Šakić, (2013) y Sjöberg (1998). Sin embargo, los resultados indican que la relación entre la edad y el autoengaño es inversa tanto para el valor total el IAM como para los factores de Insinceridad y Negación; así mismo la edad también correlaciona de manera inversa con las puntuaciones del CAA en su valor total y en concreto en los factores de Información sobre el alcohol y Actitudes frente a otras drogas. Este dato da a entender que a mayor edad tiene el sujeto, menor autoengaño manifiesta haber presentado cuando consumía y menor percepción de riesgo del consumo de alcohol y otras drogas tiene en el presente. En lo referente al autoengaño, es posible que las personas que llevan tanto tiempo en abstinencia, al ser tan mayores, hayan relativizado su pasado en pro de un mayor entendimiento de sí mismos y de lo que ocurrió, perdonándose así sobre el autoengaño que mostraron en el pasado, tal y como indican estudios sobre las “redemption sequences” o secuencias de redención -momentos vividos inicialmente con valencia negativa pero que se redimen por ser origen de un momento de inflexión de la vida- como el de McAdams, Reynolds, Lewis, Patten & Bowman (2001). En lo referente a la relación entre la percepción de riesgo y la edad, no está claro porqué en esta muestra se refuta a la literatura previa en lo referente a este punto, ya que la percepción de riesgo parece disminuir con la edad en muestras de exalcohólicos frente a los resultados en población general. Es posible que, al inicio de su abstinencia, los alcohólicos -que también son los más jóvenes de la muestra- presenten unos niveles de percepción de

riesgo mucho mayores que sus pares de población general y que, el mantenimiento en abstinencia, iguale con el tiempo las puntuaciones de exalcohólicos con las de la población general.

Paralelamente y, pese a no ser uno de los objetivos planteados a la hora de realizar este trabajo, se detectó que existe una diferencia significativa en la distribución de las respuestas al CAA en las distintas categorías del nivel de estudios de la muestra. Los resultados indicaron que las personas que estudiaron hasta el nivel de secundaria puntuaban más alto en el total del CAA que las que tenían estudios inferiores o superiores a estos. Es posible que este resultado esté influenciado por la generación a la que pertenece la muestra con este nivel de estudios ya que, probablemente, este grupo que dejó los estudios en secundaria comparte edad, tiempo en abstinencia e historia de vida y, por tanto, acceso a una información sobre el alcohol concreta y a unos entornos de consumo similares.

En lo que respecta a las limitaciones de este trabajo, cabe destacar la reducida muestra con la que se contó para su realización. Sería conveniente un aumento significativo de la misma para poder extraer datos con una mayor representación de la población estudiada. Así mismo, es necesario decir que el mejor escenario posible sería que los usuarios rellenasen el IAM durante su etapa de alcohólicos antes de su rehabilitación y el CAA cuando ya llevasen al menos 6 meses en abstinencia. Sin embargo, por razones de acceso a la muestra y de tiempo, no fue posible realizar el estudio de este modo. Por otro lado, habría sido interesante contar con un grupo control que respondiese a ambas escalas para evaluar las diferencias entre una muestra de exalcohólicos y la población general tanto para la percepción de riesgo como para el autoengaño.

En conclusión, podemos decir que los resultados muestran una fotografía sobre cómo las personas exalcohólicas viven hoy el consumo de alcohol, mediante las medidas de percepción de riesgo, y cómo recuerdan sus comportamientos cuando todavía consumían, mediante el autoengaño que hoy afirman haber sufrido durante su alcoholismo. Los datos parecen indicar la importancia del trabajo en autoengaño para la completa rehabilitación del alcoholismo ya que, a través de este, se puede modular la percepción de riesgo del consumo tanto de alcohol como de otras drogas. Este trabajo también vuelve a sacar a colación el estado civil como factor de protección ante el consumo patológico de las drogas y la pareja como principal fuente de apoyo para la rehabilitación de adictos. Sin embargo, los datos referentes a la edad parecen señalar que no es la percepción de riesgo o el miedo al consumo lo que mantiene la abstinencia, ya que son, los alcohólicos mayores y con mayor tiempo en abstinencia, los que presentan menor percepción de riesgo. Quizá esta percepción de riesgo tan exacerbada al inicio de la abstinencia se vea igualada con el tiempo a la de la población general. Es importante estudiar los factores que mantienen la abstinencia para poder diseñar terapias de deshabitación del alcohol más eficaces ya que, al parecer, las centradas en el miedo y la percepción de riesgo del consumo, según los datos obtenidos, no serían las más eficaces para la población de alcohólicos.

Referencias

Aronson, J. K. (2006). Risk perception in drug therapy. *British journal of clinical pharmacology*, 62(2), 135. https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2006.02739_1.x

- Ato, M., López-García, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 29(3), 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Ballester, R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-comportamental para mejorar la adherencia al tratamiento y el estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA. *Psicothema*, 15, 517-523. Recuperado de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8052>
- Bean, M. E. (1975). Alcoholics anonymous: II. *Psychiatric Annals*.
- Bond, J., Kaskutas, L. A., & Weisner, C. (2003). The persistent influence of social networks and alcoholics anonymous on abstinence. *Journal of studies on alcohol*, 64(4), 579-588. <https://doi.org/10.15288/jsa.2003.64.579>
- Charalampous, K. D., Ford, B. K., & Skinner, T. J. (1976). Self-esteem in alcoholics and nonalcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 37(7), 990-994.
- Charles, S. T., Mather, M., & Carstensen, L. L. (2003). Aging and emotional memory: the forgettable nature of negative images for older adults. *Journal of Experimental Psychology: General*, 132(2), 310. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.132.2.310>
- Cohn, L. D., Macfarlane, S., Yanez, C., & Imai, W. K. (1995). Risk-perception: differences between adolescents and adults. *Health Psychology*, 14(3), 217. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.14.3.217>
- DePaulo, B. M., & Kashy, D. A. (1998). Everyday lies in close and casual relationships. *Journal of personality and social psychology*, 74(1), 63. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.1.63>

- Donat, M., Sordo, L., Belza, M. J., & Barrio, G. (2020). Mortalidad atribuible al alcohol en España. Recuperado de https://pnsd.sanidad.gob.es/ca/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2020_Mortalidad_atribuible_al_alcohol_en_Espana_2001-2017.pdf
- Ferrari, J. R., Groh, D. R., Rulka, G., Jason, L. A., & Davis, M. I. (2008). Coming to terms with reality: Predictors of self-deception within substance abuse recovery. *Addictive disorders & their treatment*, 7(4), 210. <https://doi.org/10.1097/ADT.0b013e31815c2ded>
- Garrido M.J, y Fernández-Guinea S. (2004). Déficit neuropsicológicos en alcohólicos: implicaciones para la seguridad vial. *Revista de Neurología*, 38, 277-283
- Giannetti E (2000). *Lies we Live By: the Art of Self-deception*. London: Bloomsbury
- Grevenstein, D., Nagy, E., & Kroeninger-Jungaberle, H. (2015). Development of risk perception and substance use of tobacco, alcohol and cannabis among adolescents and emerging adults: evidence of directional influences. *Substance use & misuse*, 50(3), 376-386. <https://doi.org/10.3109/10826084.2014.984847>
- Hinrichsen, J. J. (1976). Locus of control among alcoholics. Some empirical and conceptual issues. *Journal of Studies on Alcohol*, 37(7), 908-916. <https://doi.org/10.15288/jsa.1976.37.908>
- Hrgović, J., & Hromatko, I. (2019). Self-deception as a function of social status. *Evolutionary Behavioral Sciences*, 13(3), 223. <https://doi.org/10.1037/ebs0000143>
- Hull, J. G. (1981). A self-awareness model of the causes and effects of alcohol consumption. *Journal of Abnormal Psychology*, 90(6), 586.

- Inman, W. H. W. (1985). Risk: man-made hazards to man.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2017). Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results.
- Isaacowitz, D. M., Toner, K., Goren, D., & Wilson, H. R. (2008). Looking while unhappy: Mood-congruent gaze in young adults, positive gaze in older adults. *Psychological Science, 19*(9), 848-853. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02167.x>
- Jasanoff, S. (1998). The political science of risk perception. *Reliability Engineering & System Safety, 59*(1), 91-99. [https://doi.org/10.1016/S0951-8320\(97\)00129-4](https://doi.org/10.1016/S0951-8320(97)00129-4)
- Judd, C. M., & Kenny, D. A. (1981). *Estimating the effects of social intervention*. CUP Archive.
- Kim, Y., Park, I., Kang, S., Kim, Y., Park, I., & Kang, S. (2018). Age and gender differences in health risk perception. *Central European journal of public health, 26*(1). <https://doi.org/10.21101/cejph.a4920>
- Lajunen, T., Corry, A., Summala, H., & Hartley, L. (1997). Impression management and self-deception in traffic behaviour inventories. *Personality and individual differences, 22*(3), 341-353. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(96\)00221-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(96)00221-8)
- López, L. G. (2014). *Factores predictores de recaída en pacientes adictos y la importancia de la evaluación y tratamiento del insomnio para mantener la abstinencia* (Doctoral dissertation, Universitat Autònoma de Barcelona).
- McAdams, D. P., Reynolds, J., Lewis, M., Patten, A. H., & Bowman, P. J. (2001). When bad things turn good and good things turn bad: Sequences of redemption and contamination in life narrative and their relation to psychosocial adaptation in

midlife adults and in students. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(4), 474-485. <http://doi.org/10.1177/0146167201274008>

Maciá, D. (1986). Cuestionario de actitudes acerca del alcohol y cuestionario de información. En D. Maciá (Ed.), *Método conductual de prevención de la drogodependencia* (págs. 89-105). Valencia: Promolibro.

Maričić, J., Sučić, I., & Šakić, V. (2013). Risk Perception Related To (Il) licit Substance Use and Attitudes Towards Its' Use and Legalization—the Role of Age, Gender and Substance Use. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*, 22(4), 579-599. <http://doi.org/10.5559/di.22.4.02>

Martínez-Hernández, N., & Ricarte, J. (2019). Self-defining memories related to alcohol dependence and their integration in the construction of the self in a sample of abstinent alcoholics. *Memory*, 27(2), 137-146. <https://doi.org/10.1080/09658211.2018.1493128>

Mather, M., Canli, T., English, T., Whitfield, S., Wais, P., Ochsner, K., ... & Carstensen, L. L. (2004). Amygdala responses to emotionally valenced stimuli in older and younger adults. *Psychological science*, 15(4), 259-263. <https://doi.org/10.1111/j.0956-7976.2004.00662.x>

Mellor, S., Conroy, L., & Masteller, B. K. (1986). Comparative trait analysis of long-term recovering alcoholics. *Psychological reports*, 58(2), 411-418. <https://doi.org/10.2466/pr0.1986.58.2.411>

Miglioli, M., Buchtel, H. A., Campanini, T., & De Risio, C. (1979). Cerebral hemispheric lateralization of cognitive deficits due to alcoholism. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 167. <https://doi.org/10.1097/00005053-197904000-00003>

- Ministerio de Sanidad (2020). La Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España, EDADES (18). Recuperado de https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/notas/2020/pdf/14.12.2020_NP_Presentacion_Encuesta_EDADES_2019_20.pdf
- Molinaro, S., Vincente, J., Benedetti, E., Cerrai, S., Colasante, E., Arpa, S., ... & Skarupova, K. (2020). ESPAD Report 2019: Results From European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. <https://doi.org/10.2810/877033>
- Montesinos, R., Lloret, D., Segura, J. V., & Aracil, A. (2016). La percepción del apoyo social en jugadores patológicos y su relación con el éxito del tratamiento. *Clínica y Salud*, 27(1), 15-22. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.12.001>
- O'Rourke, N., & Cappeliez, P. (2005). Marital satisfaction and self-deception: reconstruction of relationship histories among older adults. *Social Behavior and Personality*, 33(3), 273. <https://doi.org/10.2224/sbp.2005.33.3.273>
- O'Sullivan, M. (2008). Deception and self-deception as strategies in short-and long-term mating. *Mating intelligence: Sex, relationships, and the mind's reproductive system*, 135-157.
- Organización Mundial de la Salud. (21 de septiembre de 2018). *Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Overall, J. E. (1973). MMPI personality patterns of alcoholics and narcotic addicts. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 34(1), 104-111. <https://doi.org/10.15288/qjsa.1973.34.104>

- Plan Nacional sobre Drogas (2021). *Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 1994-2021*. Madrid, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Préau, M., Protopopescu, C., Spire, B., Sobel, A., Dellamonica, P., Moatti, J. P., et al. (2007). Health related quality of life among both current and former injection drug users who are HIV-infected. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 175-182. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.06.012>
- Richards, H. J., & Pai, S. M. (2003). Deception in prison assessment of substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24(2), 121-128. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(02\)00356-2](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(02)00356-2)
- Roehrich, L., & Goldman, M. S. (1993). Experience-dependent neuropsychological recovery and the treatment of alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(5), 812. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.5.812>
- Rosenblatt, S. M., Gross, M. M., & Chartoff, S. (1969). Marital status and multiple psychiatric admissions for alcoholism. *Quarterly journal of studies on alcohol*, 30(2), 445-447. <https://doi.org/10.15288/qjsa.1969.30.445>
- Schoolar, J. C., White, E. H., & Cohen, C. P. (1972). Drug abusers and their clinic-patient counterparts: A comparison of personality dimensions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 39(1), 9. <https://doi.org/10.1037/h0033183>
- Sher, K. J., & Epler, A. (2004). Self-Awareness Deficits in Psychiatric Patients: Neurobiology, Assessment, and Treatment.

- Sheridan, Z., Boman, P., Mergler, A., & Furlong, M. J. (2015). Examining well-being, anxiety, and self-deception in university students. *Cogent Psychology*, 2(1), 993850. <https://doi.org/10.1080/23311908.2014.993850>
- Sirvent, C., & Moral, M. D. L. V. (2014). Evaluación del Autoengaño. *Validación del inventario IAM-40*. [Formato Web]. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Sirvent/publication/294892922_Evaluacion_del_autoengano_Validacion_del_instrumento_IAM-40/links/56c5dfdf08aef57878631536.pdf.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210815>
- Sjöberg, L. (1998). Risk perception of alcohol consumption. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 22, 277s-284s. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1998.tb04380.x>
- Skinner, H. A., Jackson, D. N., & Hoffmann, H. (1974). Alcoholic personality types: Identification and correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, 83(6), 658. <https://doi.org/10.1037/h0037469>
- Strom, J., & Barone, D. F. (1993). Self-deception, self-esteem, and control over drinking at different stages of alcohol involvement. *Journal of Drug Issues*, 23, 705–714. <https://doi.org/10.1177/002204269302300409>
- Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1994). Positive illusions and well-being revisited: separating fact from fiction. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.116.1.21>
- Taylor, R., & Hick, R. F. (2007). Believed cues to deception: Judgments in self-generated trivial and serious situations. *Legal and Criminological Psychology*, 12(2), 321-331. <https://doi.org/10.1348/135532506X116101>

- Trivers, R. (2010). Deceit and self-deception. In *Mind the gap* (pp. 373-393). Springer, Berlin, Heidelberg. http://dx.doi.org/10.1007%2F978-3-642-02725-3_18
- Tyler, J., & Lichtenstein, C. (1997). Risk, protective, AOD knowledge, attitude, and AOD behavior. Factors associated with characteristics of high-risk youth. *Evaluation and Program Planning*, 20(1), 27-45. [https://doi.org/10.1016/S0149-7189\(96\)00034-1](https://doi.org/10.1016/S0149-7189(96)00034-1)
- Voegtlin, W. L., & Broz, W. R. (1949). The conditioned reflex treatment of chronic alcoholism. X. An analysis of 3125 admissions over a period of ten and a half years. *Annals of Internal Medicine*, 30(3), 580-597. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-30-3-580>
- Von Hippel, W., & Trivers, R. (2011). The evolution and psychology of self-deception. *Behavioral and brain sciences*, 34(1), 1. <https://doi.org/10.1017/S0140525X10002669>
- Williams, I. L. (2021). An Apologetic Interpretation of Alcoholics Anonymous (AA): Timeless Wisdom, Outdated Language. *Substance Use & Misuse*, 1-16.
- Zeichner, A., Alien, J. D., Giancola, P. R., & Lating, J. M. (1994). Alcohol and aggression: Effects of personal threat on human aggression and affective arousal. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18(3), 657-663.
- Zeigler, D. W., Wang, C. C., Yoast, R. A., Dickinson, B. D., McCaffree, M. A., Robinowitz, C. B., & Sterling, M. L. (2005). The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. *Preventive medicine*, 40(1), 23-32. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.04.044>

Apéndices

Anexo1. Cuestionario

Este inventario es TOTALMENTE ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL.

Por favor cumplimente los siguientes datos:

Fecha actual: _____ Edad: _____ Género: Hombre Mujer

Estado civil:

Casado/a Divorciado Soltero/a Viudo/a Pareja de hecho Otro

Trabajo:

Estable Ocasional Parado sin subsidio Parado con subsidio

Pensionista ILT (baja laboral) Tareas del hogar Otro

Cualificación profesional:

Muy alta (médico, abogado, etc)

Alta (jefe equipo, jefe administración, etc.)

Media (oficial, especialista cualificado, etc.)

Baja (peón, ayudante, aprendiz, etc.)

Labores del hogar

Otro

Estudios:

No sabe leer ni escribir

Alfabetización básica (lee y escribe)

Enseñanza primaria o estudios básicos

Enseñanza secundaria

Estudios universitarios

Otro

1-¿Ha tenido algún problema psíquico que requiriese tratamiento (depresión, ansiedad, psicosis, etc.)?

No

Si (¿Cuál?) _____

2-¿Actualmente tiene algún problema psíquico del que esté siguiendo tratamiento (depresión, ansiedad, psicosis, etc.)?

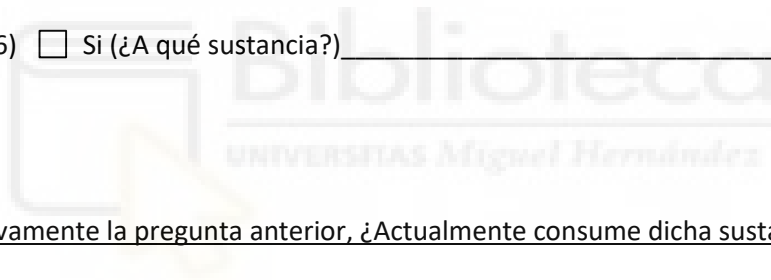
No Si (¿Cuál?) _____

3-¿Actualmente sufre alguna enfermedad física grave (diabetes, problemas cardíacos, etc.)?

No Si (¿Cuál?) _____

4-¿Ha tenido o tiene algún problema de abuso o dependencia de sustancias o alcohol?

No (pase a la pregunta 6) Si (¿A qué sustancia?) _____



5-Si ha respondido afirmativamente la pregunta anterior, ¿Actualmente consume dicha sustancia?

No (¿Cuánto tiempo lleva en abstinencia?) _____ Si

6- Ha sufrido o sufre maltrato (físico o psicológico?)

No Si (¿Sigue ocurriéndole? Descríbalo por favor) _____

Por favor lea atentamente estas breves instrucciones:

IAM-40

Lea con atención cada pregunta y rodee con un círculo la respuesta que mejor describa cómo se sentía y cómo pensaba **CUANDO TODAVÍA CONSUMÍA**

ALCOHOL. Indique su respuesta entre muy en desacuerdo (1) y muy de acuerdo (5).

Si se equivoca marque con una X la respuesta errónea y rodee con un nuevo círculo la respuesta deseada

ES IMPORTANTE QUE RESPONDA CON ABSOLUTA SINCERIDAD

- 1 Muy en desacuerdo
- 2 En desacuerdo
- 3 Inseguro
- 4 De acuerdo
- 5 Muy de acuerdo

1	Reconozco que con mayor frecuencia de la deseada negaba o pasaba por alto un problema importante	1	2	3	4	5
2	La imagen que tenían los demás de mí era parecida a la que yo tenía de mí mismo/a	1	2	3	4	5
3	Tardaba tiempo en darme cuenta de determinadas cosas de importancia que me pasaban en los asuntos fundamentales de mi vida	1	2	3	4	5

4	Me dejaba influir por los demás sin hacerme fuerte en mi postura	1	2	3	4	5
5	Reconozco que en mi interior rechazaba o no aceptaba lo que me decían si no me gustaba, aunque fuera verdad	1	2	3	4	5
6	Solía poner por delante los intereses de los demás a los míos propios	1	2	3	4	5
7	Reconozco que con frecuencia veían antes (o mejor) mis problemas otras personas que yo mismo/a	1	2	3	4	5
8	Ante un problema enseguida tomaba medidas aunque éstas no me gustasen	1	2	3	4	5
9	Solo yo me conocía, los demás no sabían cómo era realmente	1	2	3	4	5
		1 Muy en desacuerdo 2 En desacuerdo 3 Inseguro 4 De acuerdo 5 Muy de acuerdo				

10	A veces imaginaba o fantaseaba cosas que podía acabar creyéndome	1	2	3	4	5
11	Si lo necesitaba utilizaba el chantaje emocional cuando me convenía	1	2	3	4	5
12	Creo que caía en los mismos errores en los asuntos importantes de mi vida una y otra vez	1	2	3	4	5
13	Coincidía en la mayoría de opiniones que tenían sobre mí mis allegados	1	2	3	4	5
14	Parecía que no aprendía de ciertos errores importantes de mi vida	1	2	3	4	5
15	Sentía que la gente me comprendía bien	1	2	3	4	5
16	Francamente: engañaba más o era menos sincero/a de lo que deseaba	1	2	3	4	5
17	En mis conflictos solía creer que yo tenía la culpa	1	2	3	4	5
18	Con frecuencia me daba cuenta antes, de lo que le pasaba a los demás que de lo que me pasaba a mí mismo/a	1	2	3	4	5

19	Me llegaron a decir (o insinuar) que manipulo	1	2	3	4	5
IAM-40						
RECUERDE:		1 Muy en desacuerdo 2 En desacuerdo 3 Inseguro 4 De acuerdo 5 Muy de acuerdo				
ES MUY IMPORTANTE QUE RESPONDA CON ABSOLUTA SINCERIDAD						
20	En el fondo creía más en la realidad en que coincidían los demás que en la mía propia (la que yo percibía)	1	2	3	4	5
21	Con frecuencia no me daba cuenta de los efectos dañinos de algo (amistad perjudicial, relación pernicioso, etc.)	1	2	3	4	5
22	Reconozco que sentía desconfianza cuando los demás me intentaban hacer ver las cosas a su manera.	1	2	3	4	5
23	Con frecuencia pensaba demasiado en lo que me pasaban hasta darle un significado distinto al que le darían los demás.	1	2	3	4	5
24	Solía mostrar mis intenciones. Los demás las conocían de antemano.	1	2	3	4	5

25	Reconozco que -con más frecuencia de la que yo quisiera- no he enfrentado una situación comprometedora dejando que se mantenga sin solucionarla.	1	2	3	4	5
26	Sinceramente, creo que cuando me interesaba transformaba las cosas ajustándolas a mi propia conveniencia.	1	2	3	4	5

IAM-40 1 Muy en desacuerdo

RECUERDE:

2 En desacuerdo

ES MUY IMPORTANTE QUE RESPONDA CON ABSOLUTA SINCERIDAD

3 Inseguro

4 De acuerdo

5 Muy de acuerdo

27	Cuando notaba que querían convencerme de algo me resistía interiormente a admitirlo aunque tuvieran razón.	1	2	3	4	5
28	En temas importantes o que me preocupaban reconozco que muchas veces me dejaba llevar por mis ilusiones.	1	2	3	4	5
29	Quienes me conocen me decían que cuando me convenía recurría al engaño para conseguir mi propósito.	1	2	3	4	5
30	Sinceramente, solía reconocer habitualmente mis errores ante los demás.	1	2	3	4	5

31	A veces sentía que mi forma de vida era un engaño, que vivía en un engaño.	1	2	3	4	5
32	Hay personas que creen que confundía lo que me gustaba con lo que realmente me convenía.	1	2	3	4	5
33	Mi imagen exterior, la que todo el mundo veía, era mi auténtica imagen.	1	2	3	4	5

1 Muy en desacuerdo

2 En desacuerdo

3 Inseguro

4 De acuerdo

5 Muy de acuerdo



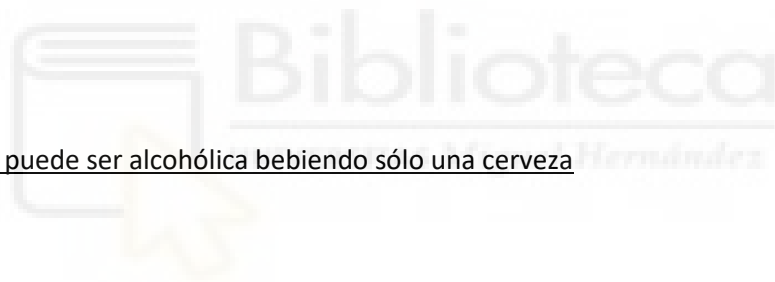
34	Me dicen que solía ser desconfiado/a (o que me costaba confiar en los demás).	1	2	3	4	5
35	Nunca recurría a la manipulación emocional.	1	2	3	4	5
36	No habría mentido ni siquiera para proteger o encubrir a una o más personas muy cercanas.	1	2	3	4	5
37	Con cierta frecuencia afirmaba tener las cosas claras frente a los demás cuando en el fondo no era así.	1	2	3	4	5
38	Me daban a entender (aunque no me lo dijeran) que estaba equivocado/a en mi vida.	1	2	3	4	5

39	Sinceramente muchas veces respondía lo que más me convenía, incluso por encima de la verdad.	1	2	3	4	5
40	Creo que tenía autoengaño (que me intentaba engañar a mí mismo/a).	1	2	3	4	5

Responde ahora sinceramente, a las siguientes preguntas sobre tus CREENCIAS a cerca del alcohol y las drogas.

1-El alcohol puede producir trastornos físicos y mentales

Verdadero Falso



2-Una persona puede ser alcohólica bebiendo sólo una cerveza

Verdadero Falso

3-El abuso de alcohol produce infelicidad a largo plazo

Verdadero Falso

4-Que tanta gente consuma alcohol, demostraría que no es tan perjudicial como se dice

Verdadero Falso

5-El alcohol es un estimulante, no un depresor

Verdadero Falso

6-La mayor parte de los alcohólicos/as proceden de clases sociales bajas

Verdadero Falso

7-Es fácil dejar de beber una vez que uno ha tomado la decisión de hacerlo

Verdadero Falso

8-No existe relación entre fumar o tomar alcohol y el consumo de otras drogas ilegales

Verdadero Falso

9-Quien toma alcohol para animarse, fácilmente buscará efectos parecidos en otras drogas

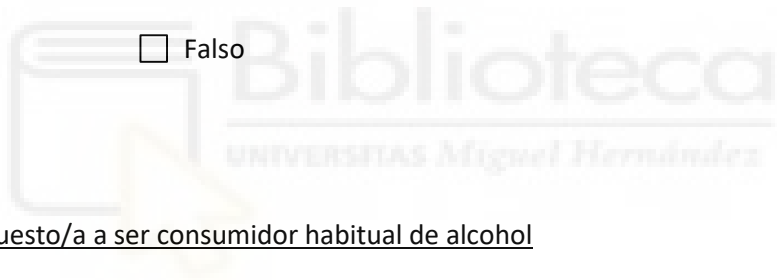
Verdadero Falso

10-Cualquier persona normal puede terminar siendo alcohólico/a

Verdadero Falso

11-Estaría dispuesto/a a dejar de frecuentar ambientes por ser sitios de consumo de alcohol

Verdadero Falso



12-Estaría dispuesto/a a ser consumidor habitual de alcohol

Verdadero Falso

13-Estaría dispuesto/a a comprar alcohol para mi uso

Verdadero Falso

14-Estaría dispuesto/a a rechazar la invitación de alguien para que tome alcohol

Verdadero Falso

15-Estaría dispuesto/a a mantener mi postura contraria en un grupo sobre el consumo de alcohol

Verdadero Falso

16-Estaría dispuesto/a a resistir la insistencia de un grupo de amigos para que bebiese alcohol

Verdadero Falso



17-Estaría dispuesto/a a tratar de convencer a alguien sobre el riesgo de alcohol

Verdadero Falso

18-Estaría dispuesto/a a tomar alcohol cuantas veces fuera necesario

Verdadero Falso

19-Estaría dispuesto/a a convencer a mis amigos para que probasen el alcohol por primera vez

Verdadero Falso

20-Estaría dispuesto/a a felicitar a alguien por dejar de beber

Verdadero Falso

21-Estaría dispuesto/a a probar las drogas por curiosidad

Verdadero Falso



22-Estaría dispuesto/a a ser consumidor habitual de drogas

Verdadero Falso

23-Estaría dispuesto/a a rechazar la invitación de alguien para que tome drogas

Verdadero Falso

24-Estaría dispuesto/a a dejar de frecuentar ambientes por ser sitios de consumo de drogas

Verdadero Falso

25-Estaría dispuesto/a a comprar drogas para mi uso

Verdadero Falso

26-Estaría dispuesto/a a mantener mi postura contraria en un grupo sobre el consumo de drogas

Verdadero Falso



27-Estaría dispuesto/a a resistir la insistencia de un grupo de amigos para que tomase droga

Verdadero Falso

28-Estaría dispuesto/a a tratar de convencer a alguien sobre el riesgo del consumo de drogas

Verdadero Falso

29-Estaría dispuesto/a a tomar cualquier tipo de droga

Verdadero

Falso

30-Estaría dispuesto/a a dejar unas compañías por consumir ellos drogas

Verdadero

Falso



¡Gracias por su colaboración!

Anexo 2. Consentimiento informado

Yo _____ con DNI. _____ en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido debidamente informado y en consecuencia autorizo a la estudiante Nieves Martínez Hernández con DNI 20054962C a que me realice una evaluación psicológica, a través de distintos tests, con el objetivo de utilizar esa información de forma TOTALMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA para la investigación y posterior presentación de trabajos y artículos.

Fdo.

Estudiante: Nieves Martínez Hernández.

Fdo.