

Prejuicio de los estudiantes de Psicología sobre las personas con adicción a sustancias: el estigma en los futuros profesionales sanitarios

Psychology students' prejudice about people with substance addiction: Stigma in future healthcare professionals

José M. Ruiz Sánchez de León¹, Patricia Piquero Sampedro² y Eduardo J. Pedrero Pérez¹

¹ Dpto. Psicología Experimental, Procesos Cognitivos y Logopedia. Universidad Complutense de Madrid

² Dpto. Psicología Biológica y de la Salud. Universidad Autónoma de Madrid

ORCID José M. Ruiz Sánchez de León: <https://orcid.org/0000-0003-2834-0827>

ORCID Patricia Piquero Sampedro: <https://orcid.org/0000-0001-7088-6327>

ORCID Eduardo J. Pedrero Pérez: <https://orcid.org/0000-0002-3940-5609>

Recibido: 27/03/2023 · Aceptado: 30/06/2023

Cómo citar este artículo/citation: Ruiz Sánchez de León, J. M., Piquero Sampedro, P. y Pedrero Pérez, E. J. (2023). Prejuicio de los estudiantes de Psicología sobre las personas con adicción a sustancias: el estigma en los futuros profesionales sanitarios. *Revista Española de Drogodependencias*, 48(3), 59-77. <https://doi.org/10.54108/10058>

Resumen

El estigma social de las personas con adicción es un tema que ha suscitado un gran interés en los últimos años. El presente trabajo pretende analizar la precisión con la que los estudiantes de Psicología estiman la presencia de sintomatología prefrontal en las personas que imaginan tener que tratar por adicciones en su futuro profesional. Esa estimación se compara con la sintomatología declarada por personas reales con adicción que inician un tratamiento. Se reclutaron 262 estudiantes de Grado en Psicología y de Máster en Psicofarmacología y Drogas de Abuso a los que se administró consecutivamente dos versiones del Inventario de Síntomas Prefrontales (ISP-20): una autodeclarada y otra heteroestimada, en la que cada participante respondió acerca de una persona adicta imaginaria. Por otro lado, se utilizó una base de datos de 790 personas que se encontraban en tratamiento por adicción a sustancias que habían cumplimentado el ISP-20. Se observó cómo los estudiantes de psicología aplican una sobreestimación de síntomas de mal funcionamiento prefrontal en las personas adictas. Esa sobreestimación no está modelada por variables como el sexo o la edad. Se alerta sobre el potencial prejuicio que presentan los participantes en la medida en que son potenciales profesionales de la Psicología.

Palabras clave

Estigma; Inventario de Síntomas Prefrontales; Modelo de enfermedad cerebral de la adicción; Modelo biopsicosocial de la adicción; Prejuicio.

Correspondencia:

José María Ruiz Sánchez de León

Email: jm.ruiz.sdl@psi.ucm.es



Abstract

The social stigma of people with addictions is a topic that has aroused great interest in recent years. The present study aims to analyze the accuracy with which Psychology students estimate the presence of prefrontal symptomatology in people they imagine having to treat for addictions in their professional future. That estimate is compared with the symptomatology reported by real people with addiction who start outpatient treatment. To this end, 262 undergraduate students in Psychology and Master's students in Psychopharmacology and Drugs of Abuse were recruited and consecutively administered two versions of the Prefrontal Symptom Inventory (ISP-20): one self-reported and one hetero-reported, in which each participant answered about an imaginary addict who personalizes his or her image of addicts in general. On the other hand, a database of 790 people in treatment for substance addiction who had completed the ISP-20 was used. Psychology students applied an unequivocal overestimation of symptoms of prefrontal malfunctioning in addicted people. This overestimation was not affected by variables such as sex or age. We warn about the potential bias presented by the participants, as they are potential Clinical or Health Psychology professionals, and we discuss the possible sources of the derived stigma.

Keywords

Biopsychosocial model of addiction; Brain disease model of addiction; Prefrontal Symptom Inventory; Prejudice; Stigma.

INTRODUCCIÓN

Según el Informe Mundial Sobre las Drogas 2021, publicado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2021), alrededor de 275 millones de personas en todo el mundo utilizaron drogas durante el año precedente, mientras que más de 36 millones sufrieron trastornos por consumo de sustancias. Además de todas las consecuencias negativas que enfrentan las personas que abusan de las drogas (económicos, judiciales, biomédicos, psicológicos, sociales, etc.), deben soportar otro problema que dificulta su recuperación: el estigma social. Este concepto alude al hecho de que quedar atrapado en el consumo de drogas conlle-

va una categorización, de modo que toda la realidad de una persona queda subsumida en ese atributo por el cual un individuo es clasificado y etiquetado de manera negativa (Goffman, 1963; 1968). Pero, además, esa categorización negativa es asumida por la propia persona (Matthews et al., 2017), tanto más cuando procede de profesionales de la salud, generando un autoestigma que influye negativamente en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (van Boekel et al., 2013). En la misma medida se ha mostrado cómo los estudiantes de ciencias de la salud tienden a prejuizar a las personas con conductas adictivas como inmorales, débiles de voluntad, poco inteligentes, incultos, peligrosos, desmotivados y culpables de su condición (Ballon y Skinner, 2008).



Actualmente puede considerarse que existen, al menos, dos maneras de entender la adicción y, por tanto, su estigma: Por un lado, el modelo de enfermedad cerebral de la adicción (del inglés, *brain disease model of addiction*, BDMA) propone la adicción como una enfermedad cerebral crónica y recidivante (Leshner, 1997) y sostiene -sin haberlo demostrado- que considerar a las personas con adicción como enfermos mentales o cerebrales les ayuda a reducir su estigma, desplazando la etiología fuera del control del sujeto. Por otro lado, el modelo biopsicosocial de la adicción (del inglés, *biopsychosocial model of addiction*, BPSMA) propone la adicción como un hábito desadaptativo, un comportamiento aprendido por repetición que se instaura por condicionamiento clásico y se mantiene por condicionamiento operante (Heather, 2022). Desde esta otra manera de entender la adicción, la etiología del problema reside en el historial de aprendizaje, en interacción con el ambiente, inmerso en una determinada cultura, que puede modificarse y, por tanto, resulta posible la recuperación. Una obra muy reciente compendia los argumentos de una y otra perspectiva, así como modelos alternativos o de consenso (Heather et al., 2022).

Uno de los primeros trabajos orientados a conocer si, en efecto, la creencia de que la adicción es una enfermedad reduce el estigma fue realizado por Meurk et al. (2014), que mostró que la creencia de que la adicción es una enfermedad no reduce en ninguna medida el estigma. Recientemente Rundle et al. (2021) han vuelto a mostrar cómo la aceptación del BDMA no se relaciona con menor estigma, siendo la creencia en el BPSMA lo que predice menores niveles de rechazo. Sin embargo, varios trabajos han

mostrado cómo los pacientes y, en mayor medida, la población general, creen más en el BDMA, mientras que los profesionales tienden a creer en el BPSMA (Richards et al., 2021; Vederhus et al., 2016).

Rise y Halkjelsvik (2019) analizaron la relación entre las creencias en los modelos de la adicción y las inferencias de los legos sobre la responsabilidad moral. Los resultados mostraron que las atribuciones de responsabilidad moral eran menores cuando la adicción se relacionaba con enfermedades y trastornos, como procesos disfuncionales en el cerebro, y mayores cuando la adicción se asociaba con el aprendizaje de conductas adictivas. Este hecho es relevante en la medida en que se ha mostrado que quienes adoptan una perspectiva biológica de la adicción apoyan más las políticas de tratamiento farmacológico crónico y las sanciones menos punitivas, mientras que quienes muestran una visión más moralista apoyan menos las iniciativas farmacológicas y más la ampliación de las sanciones (Murphy y Russell, 2021). También se ha evidenciado que las etiquetas psiquiátricas de corte neurobiológico afectan a las percepciones de los jurados populares en los tribunales de justicia: Berryessa y Krenzer (2020) mostraron cómo las personas tienden a percibir a los delincuentes adictos, especialmente si creen que la adicción es una enfermedad cerebral, como individuos con más probabilidad de tener problemas recurrentes con la justicia. Algunos estudios denuncian que este enfoque estigmatiza aún más a los pacientes, al considerar que las personas con adicción tienen, además, uno o varios trastornos psicopatológicos concurrentes -diagnóstico dual-, hecho que impide que



sean recibidos con normalidad en los servicios de salud mental; los profesionales “esperan” ciertas conductas de difícil manejo y rechazan trabajar con este tipo de pacientes (Guest y Holland, 2011).

En este sentido, se ha propuesto que las explicaciones genéticas o neurobiológicas de los trastornos mentales aparentan tener algunos beneficios, dado que reducen la culpa de los enfermos y su entorno, pero también favorecen la aversión, la percepción de peligrosidad por incontrolabilidad y se asocian con un mayor pesimismo sobre la recuperación, que puede llevar al nihilismo terapéutico (Racine et al., 2017). El deseo de distanciamiento social es sistemáticamente mayor para las personas con problemas por abuso de drogas que con otros trastornos mentales (Kilian et al., 2021). Por ello, algunos autores han propuesto que la transferencia a la sociedad del conocimiento aportado por la investigación desde el BDMA puede tener implicaciones preocupantes sobre el estigma social de la población, en la medida en que, aunque los hallazgos no son intrínsecamente estigmatizantes, sí pueden llegar a provocar ese efecto en la población general (Loughman y Haslam, 2018).

Entre las variables que modulan la magnitud del estigma se ha encontrado que las personas jóvenes y con estudios universitarios presentan menos estigma, aunque existe una controversia sobre si son los hombres (Goodyear y Chavanne, 2020) o las mujeres las que lo presentan en menor medida (Sattler et al., 2017). Por el contrario, la edad avanzada y una ideología política liberal predicen significativamente el apoyo a la creencia de que la adicción es una enfermedad e incrementan la mag-

nitud del estigma (Lytle et al., 2020). Estos mismos autores también mostraron que tener un familiar o amigo con adicción también parece modular favorablemente la expresión del estigma (Lytle et al., 2020). Por último, cabe destacar que las características de la persona con adicción que recibe un mayor estigma incluyen el sexo masculino, adicción a los opioides y ser presentado como un “drogadicto” frente a tener un “trastorno por abuso de sustancias” (Goodyear et al., 2018). En definitiva, cada sociedad elabora de forma intuitiva, a partir de las informaciones que recibe de los medios de comunicación, las imágenes sociales que guían su percepción y conducen a la estigmatización de determinados colectivos sociales, como sucede en el caso de las personas con conductas adictivas (Gómez Ciriano, 2019).

El problema de estudiar los prejuicios sobre determinadas poblaciones es que las preguntas directas favorecen el sesgo de deseabilidad (Stocké y Hunkler, 2007), incluso en profesionales sanitarios (Van Boekel et al., 2014). Por ello, son más adecuados los métodos de evaluación indirecta que minimicen este riesgo (Cullen, 2020; Tadesse, Abate y Zewdie, 2020).

Una de las características nucleares de la adicción, que queda bien recogida en todos los modelos neuropsicológicos, es la pérdida de control que la corteza prefrontal ejerce sobre la conducta (Ceceli et al., 2022) a través de lo que llamamos funciones ejecutivas, además de otros procesos motivacionales y de control emocional en la toma de decisiones (Ardila, 2008; Dixon et al., 2017; Kouneiher, et al., 2009). Esta alteración se traduce en un conjunto heterogéneo de errores



durante el desempeño en las actividades de la vida diaria (Wesson et al., 2016) que ha intentado recogerse y cuantificarse con cuestionarios autoadministrados, como el Cuestionario Disejecutivo (DEX; Burgess et al., 1998), la Escala de Comportamiento de los Sistemas Frontales (FrSBe; Grace y Malloy, 2001) o el Inventario de Síntomas Prefrontales (ISP; Ruiz-Sánchez de León et al., 2012).

El presente trabajo pretende analizar la precisión con la que los estudiantes de Psicología estiman la presencia de sintomatología prefrontal en las personas que imaginan tener que tratar por adicciones en su futuro profesional al compararlas con la percepción que tienen de su propio funcionamiento. Adicionalmente, esa estimación puede compararse con la sintomatología declarada por personas reales con conductas adictivas que inician un tratamiento, antes de beneficiarse de él, siendo el momento más próximo a su (mal) funcionamiento en la vida real. En primer lugar, se hipotetiza que la formación académica específica en la adicción debe permitir contrastar las imágenes sociales distorsionadas con las evidencias científicas disponibles, atenuando la magnitud del estigma. Por otro lado, los participantes son jóvenes universitarios, hecho que debería reducir el error en la estimación de la sintomatología (Goodyear y Chavanne, 2020; Sattler et al., 2017). Por último, los participantes son potenciales profesionales de la Psicología Clínica o Sanitaria, que deberían modular favorablemente la expresión del prejuicio y situar su posicionamiento profesional por encima de las imágenes sociales del resto (Richards et al., 2021; Vederhus et al., 2016).

MÉTODO

Participantes

Se reclutó una muestra de 262 estudiantes del Grado en Psicología y del Máster en Psicofarmacología y Drogas de Abuso de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Los estudiantes de grado estaban cursando asignaturas del itinerario Psicología de la Adicción, a saber, “Aspectos neurobiológicos y cognitivos de las adicciones” o “Perspectivas epidemiológicas, clínicas y sociales de las adicciones”, ya fuera como asignaturas obligatorias de ese itinerario o como asignaturas optativas fuera de sus respectivos itinerarios. Los estudiantes de máster cursaban la asignatura “Procesos cognitivos, psicofármacos y drogas”. En la Tabla I se muestran los descriptivos de esta muestra.

Adicionalmente, se utilizó una base de datos de 790 personas que se encontraban iniciando un tratamiento por adicción a sustancias en diversos centros de tratamiento públicos de la ciudad de Madrid, y que fue utilizada en estudios previos. Todos ellos habían recibido el diagnóstico de Trastorno por Uso de Sustancias, según criterios DSM-5 y se encontraban en la fase inicial de tratamiento, dentro del primer mes y en situación de abstinencia reciente. En la Tabla I se exponen también los estadísticos descriptivos de esta muestra.

Instrumentos

Se utilizó el Inventario de Síntomas Prefrontales (ISP; Ruiz-Sánchez de León et al., 2012), autoinforme de 46 ítems que se responden en una escala de tipo Likert (0: nun-



Tabla 1. Descriptivos de las muestras de estudiantes y personas con conductas adictivas en tratamiento

Estudiantes		Personas con conductas adictivas en tratamiento	
Sexo	n (%)	Sexo	n (%)
Hombres	95 (36,3 %)	Hombres	574 (72,7 %)
Mujeres	167 (63,7 %)	Mujeres	216 (27,3 %)
Edad (años)		Edad (años)	
Media	22,9	Media	38,3
Desv. Típ.	3,8	Desv. Típ.	10,2
Ocupación		Droga principal	
Sólo estudia	71,8 %	Heroína	80 (10,1 %)
Estudia y trabaja	28,2 %	Cocaína	322 (40,8 %)
Conocimiento sobre la adicción (autoestimación sobre 10)		Alcohol	309 (39,1 %)
Cannabis			67 (8,5 %)
Media	5,33	Benzodiacepinas	4 (0,5 %)
Desv. Típ.	1,61	Otras	8 (1,0 %)

ca o casi nunca; 1: pocas veces; 2: a veces sí y a veces no; 3: muchas veces; 4: siempre o casi siempre). Los ítems exploran síntomas de mal funcionamiento en la vida diaria que se relacionan con alteraciones neuropsicológicas atribuibles a la corteza prefrontal (p. ej., el ítem 11, 'Me distraigo con facilidad'; el ítem 30, 'Repito los mismos errores. No aprendo de la experiencia'; o el ítem 38, 'Tengo ganas de hacer algunas cosas, pero luego no las hago'). El estudio factorial halló una solución de tres factores: problemas en el control comportamental, problemas en el control emocional y problemas en la conducta social. El primer factor se desdobló a su vez en tres subfactores: problemas motivacionales, problemas atencionales y problemas ejecutivos. La validación tanto

en población general como en adictos en tratamiento informó de adecuados valores de consistencia interna ($0,87 > \alpha > 0,81$), adecuados indicadores de ajuste para la solución factorial y validez concurrente con pruebas similares. Se dispone también de una versión abreviada de 20 ítems (ISP-20; Pedrero-Pérez y Ruiz-Sánchez de León, 2019), con similares indicadores de fiabilidad y validez que ha sido baremada para población española, así como una versión heteroinformada, en la que los ítems están formulados en tercera persona, que ha sido validada para ser administrada a familiares y cuidadores de pacientes (Ruiz-Sánchez de León et al., 2015).

Se solicitaron algunos datos sociodemográficos de los participantes, como sexo,



edad y ocupación laboral simultánea a los estudios, si existiera. Adicionalmente, se pidió que los participantes estimaran, en una escala entre 0 puntos (“No sé nada sobre eso”) y 10 puntos (“Lo sé todo sobre eso”), su nivel de conocimiento sobre la adicción ya fuere por la formación universitaria recibida o por su experiencia vital (Tabla 1).

Procedimiento

El protocolo estuvo formado por dos administraciones consecutivas del ISP: autodeclarada y heteroestimada. Todos los participantes universitarios fueron informados del objetivo del estudio, rellenaron un consentimiento informado y, a continuación, cumplieron el protocolo de cuestionarios en el contexto de una sesión de prácticas con el objeto de analizar la precisión de sus estimaciones. En primer lugar, cada participante debía responder de la manera habitual cada uno de los ítems que configuran el inventario (Ruiz-Sánchez de León et al., 2012); esto es, marcando en la escala de tipo Likert qué frecuencia de aparición de un síntoma representa mejor su propia vida cotidiana. Posteriormente, se solicitaba volver a cumplimentar el inventario marcando *“la opción que mejor represente a un adicto estándar que personalice, bajo su punto de vista, a la población de adictos en general”*. En esta segunda administración se utilizó la versión de informadores en la medida en que la formulación en tercera persona facilita interpretar que se trata de la estimación de un tercero (Ruiz-Sánchez de León et al., 2015). Ambos inventarios, junto con el cuestionario *ad-hoc* con información sociodemográfica, se cumplieron en las aulas de la Facultad de Psicología, bajo la supervisión de un profesor no implicado en el estudio, duran-

te el transcurso de sesiones de prácticas de asignaturas de grado o máster relacionadas con la adicción, pero sin haber recibido previamente ninguna información sobre las hipótesis ni haber analizado el estigma en ninguna medida. La participación no fue bonificada ni los resultados obtenidos podían modificar la calificación de los participantes en su asignatura.

El estudio y los protocolos fueron aprobados por el Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Madrid (CEI-123- 2501) de acuerdo con los Principios Éticos para la Investigación Médica en Seres Humanos adoptados en la Declaración de Helsinki por la Asociación Médica Mundial (64th WMA General Assembly, Fortaleza, Brazil, October 2013), la Recomendación nº R(97)5 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre la Protección de Datos Médicos (1997), y la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos (LOPD).

La muestra de personas en tratamiento por adicción se reclutó en diferentes centros específicos de tratamiento de conductas adictivas de la ciudad de Madrid. Durante las primeras semanas, desde la incorporación al tratamiento, se administró una batería de pruebas psicológicas y neuropsicológicas con objeto de evaluar a cada persona de cara a formular un proyecto individualizado de tratamiento. En algunos casos, se había interrumpido el consumo y en otros persistían consumos esporádicos, pero se garantizó que las personas no se encontraran bajo los efectos de las sustancias en el momento de la evaluación mediante pruebas de detección de metabolitos en muestras de orina o aire espirado. Los resultados quedaron registrados en una base de datos anonimizada para su uso en estudios posteriores. Todas



las personas en tratamiento por adicción fueron informadas del doble objetivo de su evaluación, tanto clínico como de investigación, y firmaron un consentimiento para el uso anonimizado de sus datos.

Análisis de datos

Se obtuvieron, en primer lugar, los descriptivos de ambas muestras. Se trabajó principalmente con la puntuación total del ISP para las comparaciones entre subgrupos, aunque también se obtuvieron los valores medios y de dispersión de las subescalas. Se estimó la consistencia interna del ISP de la muestra de estudiantes mediante el alfa de Cronbach, considerando como aceptables valores superiores a $\alpha = 0,70$ e inferiores a $\alpha = 0,95$. Para garantizar que la muestra de estudiantes podía considerarse representativa de su contexto social de referencia, se compararon las puntuaciones con los baremos publicados de la prueba (Pedrero-Pérez y Ruiz-Sánchez de León, 2019). Se distinguió entre puntuaciones autodeclaradas (las que obtuvieron los estudiantes sobre sí mismos), heteroestimadas (las que los estudiantes estimaron en los adictos) y las de las personas con conductas adictivas (cuando cumplimentaron el inventario pensando en sí mismos). Para comparar las dos primeras, y puesto que era la misma persona la que proporcionaba las puntuaciones autodeclaradas y heteroestimadas, se utilizó una prueba *t* de Student para muestras relacionadas. Para comparar las puntuaciones obtenidas por los adictos y las otras dos, y para las comparaciones entre subgrupos, se aplicó una prueba *t* de Student para muestras independientes. Cuando algunos subgrupos quedaban constituidos por pocos sujetos se prefirió utilizar la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. Como estimador del tamaño

del efecto se empleó la *d* de Cohen, aplicando para su interpretación las *rules of thumb* propuestas por este autor (Cohen, 1988): 0,2 tamaño bajo, 0,5 tamaño medio y 0,8 tamaño alto. Para estudiar las correlaciones entre puntuaciones continuas se aplicó la *r* de Pearson, considerando el resultado como estimador del tamaño del efecto: entre 0,10 y 0,30 tamaño del efecto pequeño, entre 0,30 y 0,50 tamaño del efecto medio y si es mayor de 0,50 tamaño del efecto grande. Para todos los análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS® 25.

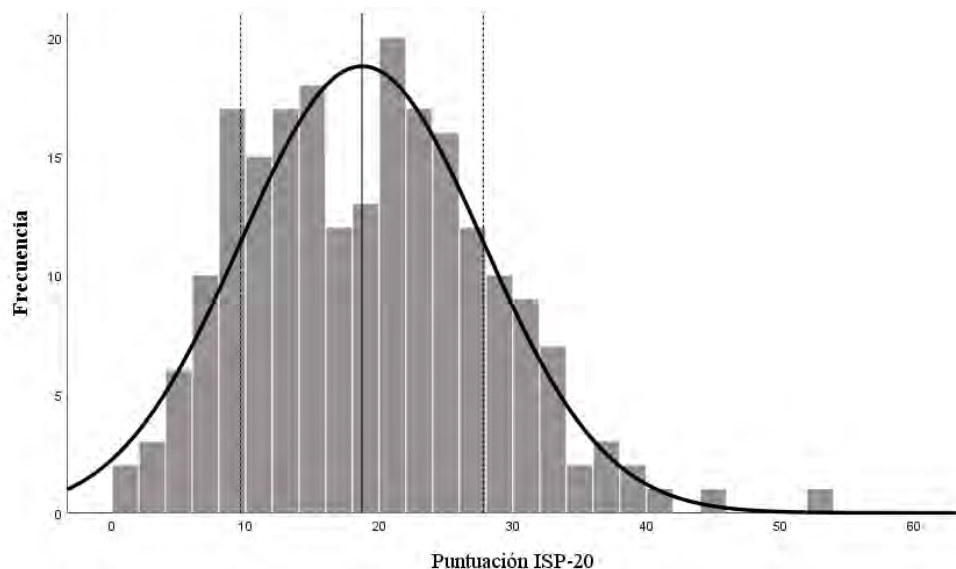
RESULTADOS

Para conocer si las puntuaciones obtenidas por la muestra de estudiantes podían ser consideradas normales en relación con los baremos aplicados a su población, se extrajeron los 20 ítems que componen la versión reducida ISP-20 y se compararon las puntuaciones autoestimadas con los baremos poblacionales (Pedrero-Pérez y Ruiz-Sánchez de León, 2019). En la Figura 1 se presenta la distribución de puntuaciones obtenida por la muestra de estudiantes en el ISP-20. Estas puntuaciones ($M = 18,7$; $DT = 9,1$) deben ser consideradas como normales en relación con los baremos predeterminados. Tanto las puntuaciones autodeclaradas como las heteroestimadas mostraron adecuados valores de consistencia interna ($\alpha = 0,92$ y $\alpha = 0,94$, respectivamente).

En la Tabla 2 se observan las puntuaciones medias y de dispersión obtenidas en las subescalas y la puntuación total obtenida por los estudiantes cuando la aplican a sí mismos (autodeclarada), cuando estiman lo que respondería una persona con adicción a drogas (heteroestimada). Mediante una



Figura 1. Distribución de las puntuaciones autodeclaradas por los estudiantes en los 20 ítems que componen la versión abreviada ISP-20



prueba para muestras relacionadas se obtiene la *t* de Student y la *d* de Cohen (como estimador del tamaño del efecto). Se observa que todas las diferencias son significativas para $p < 0,001$ y con un tamaño del efecto muy grande (*d* de Cohen).

En la misma Tabla 2 se incluyen a la derecha las puntuaciones obtenidas en el ISP-20 por la muestra de personas que inician un tratamiento por adicción a sustancias. Al comparar a la muestra real con la muestra imaginada por los estudiantes se observa una diferencia significativa entre ambas puntuaciones ($p < 0,001$) y con un tamaño del efecto muy grande (*d* de Cohen). Las puntuaciones de todas las muestras se presentan en forma de gráfico (Figura 2).

Puede observarse que la puntuación real de las personas en tratamiento por conduc-

tas adictivas se sitúa entre las otras dos, pero mucho más próxima a la obtenida por los propios estudiantes que a la estimada por ellos. Por tanto, se constata una sobreestimación de fallos en la conducta vinculados al funcionamiento de la corteza prefrontal en la muestra imaginada de adictos (Figura 3).

A continuación, se trató de encontrar factores que pudieran influir en esta sobreestimación. En cuanto al sexo de los estudiantes, no se aprecian diferencias significativas ($t_1 = 0,23$; $p = 0,82$) entre la puntuación estimada para los adictos por los varones ($M = 113,8$; $DT = 26,6$) y por las mujeres ($M = 114,5$; $DT = 21,0$). Tampoco existe una correlación significativa entre la edad y la puntuación estimada ($r = 0,002$; $p = 0,97$). El hecho de trabajar, además de estudiar, tampoco influye en la estimación de síntomas en los adictos ($t_1 = 0,13$; $p = 0,90$).



Tabla 2. Puntuaciones medias y de dispersión de las puntuaciones obtenidas en el ISP por la muestra de estudiantes (Autodeclarada; $n = 262$), la puntuación estimada para las personas con conductas adictivas en tratamiento (Heteroestimada; $n = 262$) y la obtenida por la muestra real de personas con adicción que inician tratamiento (Adictos; $n = 790$)

	Autodeclarada		Heteroestimada		t_r	d	Personas con conductas adictivas en tratamiento			
	M	DT	M	DT			M	DT	t_i	d
Problemas motivacionales	7,8	4,3	18,4	4,0	30,4*	2,6	10,7	6,0	45,6*	1,5
Problemas del control ejecutivo	12,4	6,4	31,6	6,7	35,4*	2,9	17,5	8,6	67,7*	1,8
Problemas atencionales	8,0	4,0	17,8	4,1	29,5*	2,4	9,9	5,3	46,6*	1,7
Problemas en el control de la conducta social	7,0	5,4	24,8	8,1	30,8*	2,6	10,8	6,9	61,2*	1,9
Problemas en el control emocional	8,4	5,3	21,7	5,0	31,6*	2,6	12,1	6,3	52,0*	1,7
Puntuación total de síntomas prefrontales	43,5	20,2	114,3	23,2	40,2*	3,3	61,1	26,7	135,5*	2,1

NOTA: * significativo $p < 0,001$; $t =$ estadístico t de Student para muestras relacionadas (t_r) y para muestras independientes (t_i); $d =$ estimador d de Cohen del tamaño del efecto.

Para encontrar la relación entre el conocimiento sobre los procesos adictivos auto-estimado por los estudiantes y la puntuación heteroestimada para los adictos, se dividió a los estudiantes en tres grupos: bajo conocimiento (puntuación entre 0 y 3; $n = 42$), conocimiento medio (entre 4 y 6; $n = 158$) y conocimiento alto (entre 6 y 10; $n = 62$). Tras ello, y aplicando la prueba de Kruskal-Wallis, tampoco aparecieron diferencias significativas ($H = 0,89$; $p = 0,64$).

Estos resultados parecen sugerir que la propia autodeclaración de síntomas podría influir en la heteroestimación para los adictos. Para estudiarlo, se dividió a la muestra de estudiantes en tres grupos, según el grado de sintomatología prefrontal autodeclarada: normal (puntuación total del ISP entre 0 y 33,3;

$n = 89$), leve (ISP entre 33,4 y 53,3; $n = 87$) y moderada (ISP mayor de 53,3; $n = 86$). Si bien quienes declaran más síntomas propios estiman más síntomas en los adictos ($M = 118,1$; $DT = 18,0$) que quienes declaran síntomas leves ($M = 112,9$; $DT = 21,7$) y estos más que quienes declaran pocos síntomas ($M = 111,9$; $DT = 28,3$). No obstante, no se observaron diferencias significativas entre los tres grupos ($H = 2,8$; $p = 0,25$). Se observa una correlación negativa, significativa y con gran tamaño del efecto en la diferencia entre la puntuación autodeclarada por los estudiantes y la heteroestimada por cada uno de ellos a los adictos ($r = -0,59$), de modo que cuantos menos síntomas de mal funcionamiento prefrontal declaran los estudiantes, mayor es la diferencia que estiman con el funcionamiento de los adictos.



Figura 2. Gráfico de los resultados obtenidos por la muestra de estudiantes (Autoaplicada; $n= 262$), la puntuación estimada para las personas con conductas adictivas en tratamiento (Heteroestimada; $n= 262$) y la obtenida por la muestra real de las personas con conductas adictivas que inician tratamiento (Personas con adicción; $n= 790$), en las subescalas del ISP

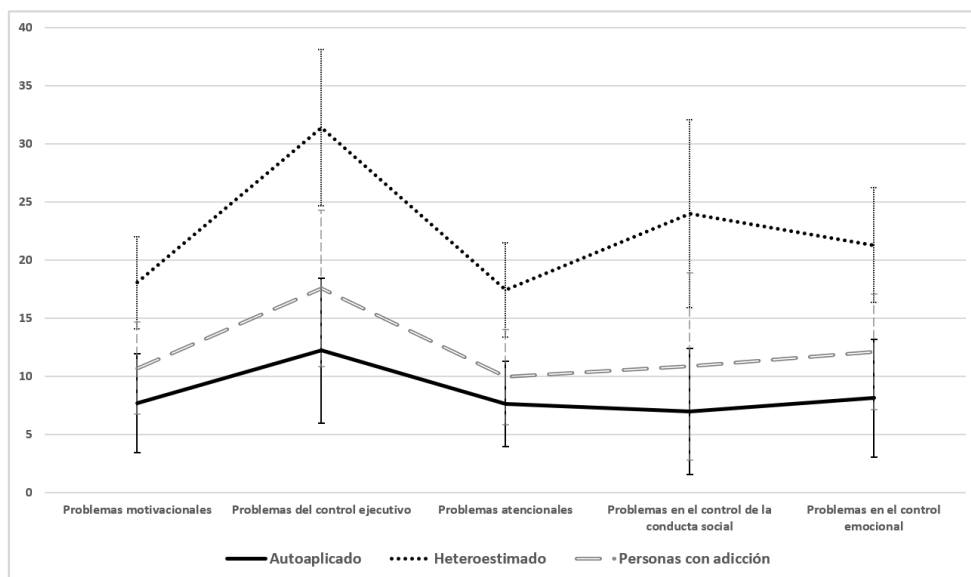
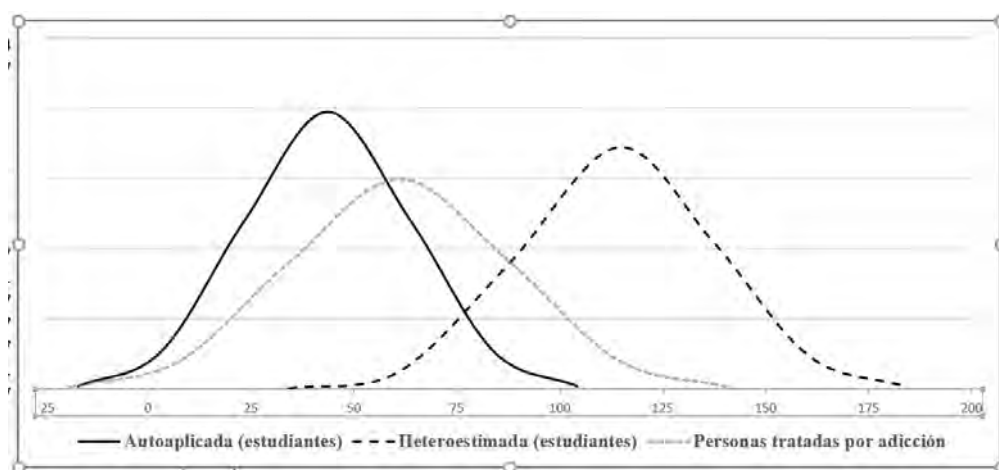


Figura 3. Curva normal de las tres estimaciones de síntomas prefrontales: autodeclarada, heteroestimada y la obtenida en personas con conductas adictivas que inician tratamiento





DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos muestran que los estudiantes de psicología aplican una inequívoca sobreestimación de síntomas de mal funcionamiento prefrontal en las personas adictas, a partir de la imagen que tienen de ellas. Además, esta sobreestimación no está afectada por variables como el sexo, la edad o ciertas condiciones sociales. En consecuencia, la consideración de que las personas adictas tienen un funcionamiento prefrontal irrealmente deficiente -que se traduce en un comportamiento extraordinariamente patológico en la vida diaria- es una idea generalizada, aunque muy alejada de la realidad. Esta sobreestimación de la sintomatología resulta especialmente desalentadora cuando pensamos, como se comentaba antes, que los participantes son potenciales profesionales de la Psicología Clínica o Sanitaria. Cabe pensar, a la hora de interpretar estos resultados, que la formación universitaria en psicología de la adicción no siempre se imparte por profesorado con experiencia profesional en el ámbito socio-sanitario, sino que muchos de ellos pertenecen a otras disciplinas básicas, como Biología o Farmacia, por lo que ofrecen su docencia desde un punto de vista académico basado en el estudio de modelos animales. Esto puede estar dificultando el acercamiento de los estudiantes a la idiosincrasia del trabajo clínico real con seres humanos que, en lo esencial, piensan, sienten y se comportan de manera idéntica a nosotros, salvo porque nos necesitan para ayudarles a controlar una conducta.

Muchos estudios coinciden en observar que las personas con adicción a sustancias presentan olvidos, errores o despistes en

su vida cotidiana que son correlatos de su disfunción prefrontal, tanto en su vertiente ejecutiva como en el control emocional (Verdejo-García et al., 2006). Sin embargo, esta alteración prefrontal está mucho más próxima a la normalidad que a los valores atribuidos por la muestra de este estudio como prueban, no sólo los datos de personas con adicción utilizados en el presente trabajo, sino multitud de estudios realizados sobre esta población; ya sea mediante autoinformes o utilizando métodos de neuroimagen o pruebas neuropsicológicas de ejecución (Rojo-Mota et al., 2021; Verdejo et al., 2006). Estos fallos en el funcionamiento prefrontal tienden a remitir con la abstinencia, aunque pueden persistir incluso más allá de fases tempranas (Ellis et al., 2016), lo que podría indicar que tales déficits pueden ser persistentes o irreversibles, pero también que no son consecuencia de la adicción, sino condiciones previas que favorecieron su instauración y mantenimiento. Algún estudio encuentra que tal disfunción prefrontal puede encontrarse en personas que, sin consumir drogas, comparten contexto social con los adictos, lo que apuntaría a que las condiciones ambientales son vulnerabilizadoras (Ruiz-Sánchez de León et al., 2009).

La diferencia entre la disfunción prefrontal estimada y la que realmente declaran las personas que inician tratamiento debe atribuirse en buena medida a una distorsión cognitiva derivada de la imagen social de los adictos. En efecto, los medios de comunicación tienden a presentar a las personas con adicciones con un deterioro extremo, incluso cuando llevan años en abstinencia. Al hablar de “la droga” inmediatamente se asocian imágenes extraídas de noticias, reportajes, películas, novelas, de muerte,



atracos y violencia, etc.; y si, además, encontramos una actitud pseudocientífica de los medios de comunicación que aportan presuntas “pruebas” irrefutables de la identificación droga-delincuencia, la opinión pública ve reforzada esa imagen estereotipada, masivamente difundida de forma explícita o implícita (Serena, 2010). Cuando se incluye un sujeto que tiene o tuvo conductas adictivas, la caricatura es la de un sujeto con el cerebro dañado, con dificultades para leer, hablar, comprender y relacionarse. Estas caricaturas inciden en sustentar un estereotipo que degrada a la persona y se generaliza en el ideario social (Marco et al., 2021).

Autores como Trujols y Allende (2018), entre muchos otros, atribuyen la responsabilidad del fomento del estigma al modelo de enfermedad cerebral de la adicción, promovido desde el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) estadounidense. Allan Leshner (1997), entonces director del NIDA, publicó un trabajo cuya tesis principal era que *“la adicción a las drogas es una enfermedad crónica y recurrente que resulta de los efectos prolongados de las drogas en el cerebro”* (p. 45). Este autor afirmaba que considerar “enfermos” a los adictos facilitaría la desaparición del estigma vinculado a la consideración moral del adicto como “vicioso”. Sin embargo, como se alertó desde el principio, es difícil que etiquetar algo como “enfermedad” -especialmente si tal enfermedad afecta al cerebro- pueda reducir el estigma; desde entonces, se ha evidenciado cómo, de hecho, el problema se ha agudizado notablemente (Barry et al., 2014; Fraser et al., 2017), incrementando el rechazo social, la percepción de peligro y el pesimismo hacia los tratamientos, tendiendo a hacer crónicos los problemas, sin reducir el sentimiento de

culpa de los afectados (Loughman y Haslam, 2018). Como afirman Erickson y White (2009): *“en la mente de la gente la línea entre un cerebro enfermo, un cerebro desquiciado y un cerebro peligroso puede ser muy delgada. La gente puede tener una mayor simpatía por una persona con un cerebro enfermo, pero puede no ser más propensa a tener a esa persona como amigo, vecino o empleado”* (p. 343).

CONCLUSIONES

¿Por qué los estudiantes de Grado en Psicología o Máster en Psicofarmacología presentan un prejuicio tan marcado si presumiblemente reciben formación científica que les permitiría contrastar la imagen social del adicto con la realidad objetiva? Porque resulta muy complicado, incluso dentro del mundo académico, llegar a extraer un puñado de evidencias objetivas a partir de los datos si desde el profesorado universitario, las sociedades científicas y los medios de comunicación se ofrece continuamente información sesgada o, en muchos casos, sencillamente falsa. Sirva el presente trabajo para documentar una vez más la necesidad de que todos los organismos públicos y privados involucrados revisen concienzudamente la imagen social de la persona con adicción que proyectan a la sociedad. Los datos revelan que poseer conocimiento académico sobre los principios de la conducta humana no es suficiente para contrarrestar las imágenes sociales dominantes y persistentemente difundidas por los medios de comunicación. Las universidades y las sociedades científicas deben ser centros de acumulación, divulgación y transferencia del conocimiento, no cajas de resonancia de propaganda que perpetúen sesgos que incrementen el estigma.



Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- Ardila, A. (2008). On the evolutionary origins of executive functions. *Brain and Cognition*, 68(1), 92-99. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2008.03.003>
- Ballon, B. C. y Skinner, W. (2008). "Attitude is a little thing that makes a big difference": reflection techniques for addiction psychiatry training. *Academic Psychiatry*, 32(3), 218-224. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.32.3.218>
- Barry, C. L., McGinty, E. E., Pescosolido, B. A. y Goldman, H. H. (2014). Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy: Public views about drug addiction and mental illness. *Psychiatric Services*, 65(10), 1269-1272. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400140>
- Berryessa, C. M. y Krenzer, W. L. D. (2020). The stigma of addiction and effects on community perceptions of procedural justice in drug treatment courts. *Journal of Drug Issues*, 50(3), 303-328. <https://doi.org/10.1177/0022042620918950>
- Burgess, P. W., Alderman, N., Evans, J. O. N., Emslie, H. y Wilson, B. A. (1998). The ecological validity of tests of executive function. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 4(6), 547-558. <https://doi.org/10.1017/S1355617798466037>
- Ceceli, A. O., Bradberry, C. W., & Goldstein, R. Z. (2022). The neurobiology of drug addiction: cross-species insights into the dysfunction and recovery of the prefrontal cortex. *Neuropsychopharmacology*, 47(1), 276-291. <https://doi.org/10.1038/s41386-021-01153-9>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Erlbaum.
- Cullen, C. (2020). Method matters: Underreporting of intimate partner violence in Nigeria and Rwanda. *World Bank Policy Research Working*, 9274. <https://ssrn.com/abstract=3624515>
- Dixon, M. L., Thiruchselvam, R., Todd, R. y Christoff, K. (2017). Emotion and the prefrontal cortex: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 143(10), 1033. <https://doi.org/10.1037/bul0000096>
- Ellis, C., Hoffman, W., Jaehnert, S., Plagge, J., Loftis, J. M., Schwartz, D. y Huckans, M. (2016). Everyday problems with executive dysfunction and impulsivity in adults recovering from methamphetamine addiction. *Addictive Disorders & their Treatment*, 15(1), 1. <https://doi.org/10.1097/ADT.0000000000000059>
- Erickson, C. K. y White, W. L. (2009). The neurobiology of addiction recovery. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 27(3), 338-345. <https://doi.org/10.1080/07347320903014255>
- Fraser, S., Pienaar, K., Dilkes-Frayne, E., Moore, D., Kokanovic, R., Treloar, C. y Dunlop, A. (2017). Addiction stigma and the biopolitics of liberal modernity: A qualitative analysis. *International Journal of Drug Policy*, 44, 192-201. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.02.005>
- Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu Editores.



- Goffman, E. (1968). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon & Schuster, Inc.
- Gómez Ciriano, E. J. (2019). *Imagen, estigma y derechos humanos: claves para abordar la vulnerabilidad y la exclusión social desde el trabajo social y la comunicación*. Ed. Tirant Lo Blanch.
- Goodyear, K. y Chavanne, D. (2020). Socio-demographic Characteristics and the Stigmatization of Prescription Opioid Addiction. *Journal of Addiction Medicine*, 14(2), 150-155. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000552>
- Goodyear, K., Haass-Koffler, C. L. y Chavanne, D. (2018). Opioid use and stigma: The role of gender, language and precipitating events. *Drug and Alcohol Dependence*, 185, 339-346. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.12.037>
- Grace, J. y Malloy, P. F. (2001). *Frontal Systems Behavior Scale: Professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Guest, C. y Holland, M. (2011). Co-existing mental health and substance use and alcohol difficulties—why do we persist with the term “dual diagnosis” within mental health services?. *Advances in Dual Diagnosis*, 4(4), 162-172. <https://doi.org/10.1108/17570971111197175>
- Heather, N. (2022). A paradigm shift for addiction science?. *Revista Española de Drogodependencias*, 47(1), 229-242. <https://doi.org/10.54108/10014>
- Heather, N., Field, M., Moss, A. C. y Satel, S. (eds.) (2022). *Evaluating the Brain Disease Model of Addiction*. Routledge.
- Kilian, C., Manthey, J., Carr, S., Hanschmidt, F., Rehm, J., Speerforck, S. y Schomerus, G. (2021). Stigmatization of people with alcohol use disorders: An updated systematic review of population studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 45(5), 899-911. <https://doi.org/10.1111/acer.14598>
- Kouneiher, F., Charron, S. y Koechlin, E. (2009). Motivation and cognitive control in the human prefrontal cortex. *Nature Neuroscience*, 12(7), 939-945. <https://doi.org/10.1038/nn.2321>
- Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278(5335), 45-7. <https://doi.org/10.1126/science.278.5335.45>
- Loughman, A. y Haslam, N. (2018). Neuroscientific explanations and the stigma of mental disorder: A meta-analytic study. *Cognitive Research: Principles and Implications*, 3, 43. <https://doi.org/10.1186/s41235-018-0136-1>
- Lytle, A., Apriceno, M. B. y Kowal, M. (2020). How intergroup contact and demographic factors influence attitudes toward and perceptions of addiction. *Addiction Research & Theory*, 28(5), 425-432. <https://doi.org/10.1080/16066359.2019.1680647>
- Marco, A., Segovia-Minguet, O., Calvo, F. y Carbonell, X. (2021). El estereotipo de “heroínómano” como chivo expiatorio del consumo de drogas normalizado: estigma y personas con drogodependencias. *RES, Revista de Educación Social* Número, 32, enero-junio de 2021.
- Matthews, S., Dwyer, R. y Snoek, A. (2017). Stigma and self-stigma in addiction. *Journal*



- nal of Bioethical Inquiry*, 14(2), 275-286. <https://doi.org/10.1007/s11673-017-9784-y>
- Meurk, C., Carter, A., Partridge, B., Lucke, J. y Hall, W. (2014). How is acceptance of the brain disease model of addiction related to Australians' attitudes towards addicted individuals and treatments for addiction? *BMC Psychiatry*, 14, 373. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0373-x>
- Murphy, J. y Russell, B. (2021). Police Officers' addiction frameworks and policy attitudes. *Addictive Behaviors*, 122, 107007. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107007>
- Pedrero-Pérez, E. J. y Ruiz-Sánchez de León, J. M. (2019). Síntomas prefrontales en la vida diaria: normalización y estandarización del inventario de síntomas prefrontales abreviado en población española. *Revista de Neurología*, 68(11), 459-467. <https://doi.org/10.33588/rn.6811.2018394>
- Racine, E., Sattler, S. y Escande, A. (2017). Free will and the brain disease model of addiction: The not so seductive allure of neuroscience and its modest impact on the attribution of free will to people with an addiction. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01850>
- Richards, S. N., Broadus, A. D. y Yelderman, L. A. (2021). Treatment and non-treatment professionals in Texas: Race, sex, age, and level of education influencing attitudes about addiction. *Journal of Drug Issues*, 51(1), 218-235. <https://doi.org/10.1177/0022042620971857>
- Rise, J. y Halkjelsvik, T. (2019). Conceptualizations of Addiction and Moral Responsibility. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01483>
- Rojo-Mota, G., Pedrero-Pérez, E. J., Verdugo-Cuartero, I., Blanco-Elizo, A. B., Aldea-Poyo, P., Alonso-Rodríguez, M., León-Frade, I. y Morales-Alonso, S. (2021). Reliability and validity of the Spanish version of the Executive Function Performance Test (EFPT) in assessing people in treatment for substance addiction. *American Journal of Occupational Therapy*, 75(2), 7502205080. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.041897>
- Ruiz-Sánchez de León, J. M., Pedrero-Pérez, E. J., Llanero-Luque, M., Rojo-Mota, G., Olivar-Arroyo, Á., Bouso-Saiz, J. C. y Puerta-García, C. (2009). Perfil neuropsicológico en la adicción a la cocaína: consideraciones sobre el ambiente social próximo de los adictos y el valor predictivo del estado cognitivo en el éxito terapéutico. *Adicciones*, 21(2), 119-132. <https://doi.org/10.20882/adicciones.239>
- Ruiz-Sánchez de León, J. M., Pedrero-Pérez, E. J., Gálvez, S., Fernández-Méndez, L. M., Lozoya-Delgado, P. y Departamento de Neuropsicología del Centro de Tratamiento de la Lesión Cerebral LESCER (2015). Utilidad clínica y propiedades psicométricas del inventario de síntomas prefrontales (ISP) en el daño cerebral adquirido y las demencias degenerativas. *Revista de Neurología*, 61(9), 387-394. <https://doi.org/10.33588/rn.6109.2015252>



- Ruiz-Sánchez de León, J. M., Pedrero-Pérez, E. J., Lozoya-Delgado, P., Llanero-Luque, M., Rojo-Mota, G. y Puerta-García, C. (2012). Inventario de síntomas prefrontales para la evaluación clínica de las adicciones en la vida diaria: proceso de creación y propiedades psicométricas. *Revista de Neurología*, 54(11), 649-663. <https://doi.org/10.33588/rn.5411.2012019>
- Rundle, S.M., Cunningham, J.A., Hendershot, C.S. (2021). Implications of addiction diagnosis and addiction beliefs for public stigma: A cross-national experimental study. *Drug and Alcohol Review*, 40(5), 842-846. <https://doi.org/10.1111/dar.13244>
- Sattler, S., Escande, A., Racine, E. y Göritz, A. S. (2017). Public stigma toward people with drug addiction: A factorial survey. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 78(3), 415-425. <https://doi.org/10.15288/jsad.2017.78.415>
- Serena, F. (2010). Cuando los medios de comunicación hablan de drogas. *II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-031/284>
- Stocké, V. y Hunkler, C. (2007). Measures of desirability beliefs and their validity as indicators for socially desirable responding. *Field Methods*, 19(3), 313-336. <https://doi.org/10.1177/1525822X07302102>
- Tadesse, G., Abate, G. T. y Zewdie, T. (2020). Biases in self-reported food insecurity measurement: A list experiment approach. *Food Policy*, 92, 101862. <https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2020.101862>
- Trujols, J. y Allende, S. (2018). La adicción como enfermedad: ¿mitigando o alimentando el estigma? *Adicciones*, 30(3), 225-226. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1082>
- UNODOC (2021). *World Drug Report 2021*. <https://www.unodc.org/unodc/>
- Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., Van Weeghel, J. y Garretsen, H. F. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1-2), 23-35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
- Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J. y Garretsen, H. F. (2014). Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. *Drug and Alcohol Dependence*, 134, 92-98. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.09.012>
- Vederhus, J. K., Clausen, T. y Humphreys, K. (2016). Assessing understandings of substance use disorders among Norwegian treatment professionals, patients and the general public. *BMC Health Services Research*, 16, 52. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1306-9>
- Verdejo-García, A., Bechara, A., Recknor, E. C. y Perez-Garcia, M. (2006). Ex-



cutive dysfunction in substance dependent individuals during drug use and abstinence: an examination of the behavioral, cognitive and emotional correlates of addiction. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 12(3), 405-415. <https://doi.org/10.1017/S1355617706060486>

Wesson, J., Clemson, L., Brodaty, H. y Ropermund, S. (2016). Estimating functional cognition in older adults using observational assessments of task performance in complex everyday activities: A systematic review and evaluation of measurement properties. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 68, 335-360. <https://doi.org/10.1016/j.neubio-rev.2016.05.024>