

EL PAPEL DEL MALTRATO, LA PERSONALIDAD Y
LOS MOTIVOS EN EL CONSUMO DE ALCOHOL:
UN ESTUDIO PROSPECTIVO DE CINCO AÑOS EN
ADULTOS JÓVENES



Tesis doctoral

Laura Mezquita Guillamón





UNIVERSITAT
JAUME·I

EL PAPEL DEL MALTRATO, LA PERSONALIDAD Y
LOS MOTIVOS EN EL CONSUMO DE ALCOHOL:
UN ESTUDIO PROSPECTIVO DE CINCO AÑOS
EN ADULTOS JÓVENES

TESIS DOCTORAL

Presentada por Laura Mezquita Guillamón

Dirigida por Manuel Ignacio Ibáñez Ribes y Generós Ortet i Fabregat

Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología

Universitat Jaume I

AGRADECIMIENTOS

La presente tesis doctoral ha sido financiada a través de diversos proyectos de investigación otorgados por el Ministerio de Ciencia e Innovación (PSI2008-05988), Ministerio de Sanidad y Política Social (Plan Nacional Sobre Drogas) y la Fundación Bancaja-UJI (E-2009-05, E-2010-12).

AGRADECIMIENTOS PERSONALES

Quisiera dar las gracias a mis directores de tesis, a Nacho y Generós por hacer la función de LM test y Walt test, y ayudarme a ajustar esta tesis doctoral. Sin vuestro continuo feedback y apoyo no habría sido posible correlacionar tantos errores.

Jorge, Helena, Ana, Laura C., y todas aquellas personas que aunque en la actualidad no están presentes en el modelo, han aportado parte de su tiempo a este trabajo, esta tesis también es vuestra.

A mis padres, a mis Pablos y a Begoña, por ser las variables moderadoras, sin vosotros ni si quiera se si me habría embarcado en este proceso.

ÍNDICE

	Página
1. MARCO TEÓRICO	11
1.1. Introducción	13
1.2. Modelo motivacional del uso de alcohol	18
1.3. Maltrato en la infancia y consumo de alcohol	22
1.4. Personalidad y consumo de alcohol	29
1.4.1. Primeras tipologías de alcoholismo	29
1.4.2. Modelos de personalidad	33
1.4.3. Relación de la personalidad y el consumo de alcohol en diferentes etapas del desarrollo de la conducta de consumo	38
1.4.3.1. Estudios transversales	38
1.4.3.1.1. Población adolescente	38
1.4.3.1.2. Población adulta	40
1.4.3.1.3. Población clínica	41
1.4.3.2. Estudios longitudinales prospectivos	42
1.4.3.3. Estudios de genética cuantitativa	45
1.5. Motivos y consumo de alcohol	47
1.6. Interacción entre distintas variables psicosociales que contribuyen al consumo de alcohol	52
1.6.1. Personalidad y motivos de consumo	52
1.6.2. Relación del maltrato en la infancia con variables psicológicas	58
1.6.2.1. Maltrato en la infancia y características de personalidad	58
1.6.2.2. Maltrato en la infancia y motivos de consumo	63
1.7. Objetivos e hipótesis	65

	Página
2. MARCO EXPERIMENTAL	67
2.1. Método	69
2.1.1. Participantes	69
2.1.2. Instrumentos	70
2.1.2.1. Evaluación de los acontecimientos traumáticas en la infancia	70
2.1.2.2. Evaluación de la personalidad	71
2.1.2.3. Evaluación de los motivos de consumo	74
2.1.2.4. Evaluación del consumo de alcohol	74
2.1.3. Procedimiento	76
2.2. Análisis	77
2.3. Resultados	80
2.3.1. Análisis descriptivos	80
2.3.2. Análisis factorial exploratorio de las distintas dimensiones de personalidad	82
2.3.3. Análisis de ecuaciones estructurales	84
2.3.3.1. Análisis multigrupo	91
2.3.4. Análisis de vías	92
2.3.5. Análisis de MANCOVAS	94
3. DISCUSIÓN	99
3.1. Características de las escalas y la muestra	101
3.1.1. Fiabilidad	101
3.1.2. Consumo de alcohol y variables psicosociales	103
3.2. Estructura de la personalidad	104
3.3. Relación de las variables psicosociales con el consumo de alcohol	106
3.3.1. Variables psicosociales y consumo de alcohol	106
3.3.2. Maltrato en la infancia y personalidad	111
3.3.3. Personalidad y motivos de consumo	113

	Página
3.3.4. Relación del maltrato con la personalidad, motivos, consumo de alcohol y problemas relacionados, e invarianza de género	115
3.4. Relación de las variables psicosociales con el consumo de alcohol cuando controlamos el consumo en T1	116
3.5. Perfiles psicosociales de los consumidores con elevados problemas relacionados con el consumo, consumidores por atracción y bebedores de riesgo	117
3.6. Aplicabilidad de los resultados	119
3.7. Limitaciones y líneas de futuro	121
<hr/>	
4. CONCLUSIONES Y RESUMEN	125
4.1. Conclusiones	127
4.2. Resumen	129
<hr/>	
REFERENCIAS	132
<hr/>	
ANEXOS	
ANEXO I	173
ANEXO II	176
ANEXO III	180
ANEXO IV	183
ANEXO V	186
ANEXO VI	193
ANEXO VII	196
ANEXO VIII	198
ANEXO IX	201
ANEXO X	203
ANEXO XI	206
ANEXO XII	208
ANEXO XIII	210

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

FIGURAS	Página
1. Estimación de la proporción total de varianza atribuible a los factores genéticos, ambientales compartidos y ambientales no compartidos en diferentes patrones de uso y abuso de alcohol	17
2. Modelo biopsicosocial del consumo de alcohol	18
3. Modelo motivacional del uso de alcohol	21
4. Prevalencia del maltrato en España (1997-2005)	24
5. Posibles vías de influencia del maltrato parental en el consumo de alcohol	28
6. Distribución jerárquica de la personalidad	37
7. Modelo jerárquico genético de la psicopatología, y relación con la personalidad	46
8. Vías etiológicas del uso y abuso de alcohol	53
9. Ocupación en T2	69
10. Grupo de convivencia T2	69
11. Nivel de estudios en T2	70
12. Nivel de ingresos T2 (euros)	70
13. Frecuencias de maltrato en T1	82
14. Análisis paralelo	83
15. Modelo estructural hipotetizado	85
16. Solución estandarizada del modelo estructural final	87
17. Solución estandarizada del modelo de vías final tras controlar el consumo en T1	93
18. Claves para el desarrollo de programas de prevención	121
19. Convergencia de los resultados obtenidos con las vías propuestas por Sher	128

TABLAS	Página
1. Tipos de maltrato	23
2. Relación de estudios prospectivos de la personalidad y el consumo de alcohol	43
3. Motivos de consumo de alcohol en función de la valencia y la fuente de refuerzo	47
4. Relación de estudios sobre personalidad y motivos de consumo	56
5. Relación de estudios sobre maltrato y personalidad	61
6. Consistencia interna, medias y desviaciones típicas de toda la muestra en cada una de las escalas, así como medias y desviaciones típicas por género y pruebas t	81
7. Saturaciones factoriales	83
8. Índices de bondad de ajuste del modelo hipotetizado y el modelo final	86
9. Índices estandarizados β del efecto total al 95% para las vías del modelo estructural final, errores estandarizados (ES), prueba t y significación	88
10. Índices estandarizados β del efecto indirecto al 95% para las vías del modelo estructural final, errores estandarizados (ES), prueba t y significación	89
11. Correlaciones entre las distintas variables del modelo estructural final	90
12. Índices de bondad de ajuste del análisis estructural multigrupo, prueba de invarianza configural y factorial, así como índices de bondad de ajuste tras añadir las constricciones entre las vías para varones y mujeres	91
13. Índices de bondad de ajuste del análisis de vías controlando el consumo en T1, así como del análisis multigrupo entre varones y mujeres	92
14. ANCOVA multivariante. Como factor severidad de los problemas derivados. Variables independientes: maltrato, personalidad, motivos de consumo, frecuencia y cantidad de alcohol consumido	95
15. ANCOVA multivariante. Como factor patrón de consumo por atracción. Variables independientes: maltrato, personalidad, motivos de consumo, frecuencia y cantidad de alcohol consumido	97
16. ANCOVA multivariante. Como factor grupo de consumo según la OMS. Variables independientes: maltrato, personalidad, motivos de consumo, frecuencia de consumo y cantidad de consumo	98

1. MARCO TEÓRICO

1.1. INTRODUCCIÓN

El alcohol es la droga más consumida a nivel mundial, y su abuso acarrea importantes problemas de salud, sociales y económicos (Goldman, Oroszi y Ducci, 2005). Se estima que alrededor de 2000 millones de personas en todo el mundo consumen alcohol, con una media de consumo de 5,1 litros por persona al año, mientras que las personas diagnosticadas de trastornos por dependencia alcohólica se situarían alrededor de los 76,3 millones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004), es decir, en torno al 1,2% de la población mundial. En España, el consumo medio por persona es, aproximadamente, de 10 litros al año (Plan Nacional Sobre Drogas [PNSD], 2010; OMS, 2010a), mientras que las tasas de dependencia al alcohol se situarían alrededor del 1,2% para los varones, y del 0,2% para las mujeres (OMS, 2010a).

Desde una perspectiva de salud, el consumo de alcohol es el causante de más de 60 tipos de enfermedades, como el cáncer esofágico, cáncer de hígado o cirrosis, entre otras (OMS, 2002). Pero los efectos del alcohol en la salud no se producen solo de forma directa, sino que también lo hacen de forma indirecta, por ejemplo, incrementando el número de accidentes de tráfico o laborales. La OMS (2007), en su informe sobre alcohol y daños, estimó que alrededor del 20% de los ingresados de urgencia en los centros sanitarios informaban haber consumido alcohol. La mayoría de estos pacientes eran menores de 35 años, siendo los adultos jóvenes los más afectados. En España, la probabilidad de fallecer en un accidente de tráfico, por ejemplo, es cinco veces mayor entre los conductores y peatones que presentan una tasa de alcoholemia superior a 0,5 g/l, de forma que el consumo de alcohol está implicado en el 30-50% de los accidentes mortales (PNSD, 2007).

En el peor de los casos el consumo de alcohol acaba en muerte. Se estima que en 2004 el alcohol fue el causante de 2,5 millones de muertes anuales a nivel mundial (3,8% del total), y una proporción considerable de ellas corresponde a personas jóvenes (OMS, 2010b). En España, se estima que los índices de mortalidad relacionados con el consumo de alcohol son un poco menores, con un porcentaje medio del 2,3% (3,2% en varones y 1,2% en mujeres) (Fierro, Ochoa, Yáñez, Valderrama y Álvarez, 2008).

Además, los perjuicios producidos por el alcohol exceden el ámbito de la salud pública. Si estudiamos el consumo de alcohol desde una perspectiva social, el alcohol se relaciona con otras conductas problemáticas y de riesgo en diversos ámbitos, como el laboral o familiar (p.e. absentismo laboral, violencia de género), especialmente en población joven (OMS, 2004). Por ejemplo, se estima que en la población española de 14 a 18 años, el alcohol está implicado en el 6,8% de las peleas o agresiones físicas, en el 4,5% de los casos

de absentismo escolar y en el 10,2% de los conflictos o discusiones con los padres o hermanos entre otras (PNSD, 2007). Además, el consumo de alcohol se asociaría al consumo de otras drogas (Herrera-Vázquez, Wagner, Velasco-Mondragón, Borges y Lazcano-Ponce, 2004), el contagio del VIH (Folch, Esteve, Zaragoza, Muñoz y Casabona, 2010) o el incrementos del número de embarazos no deseados (Gómez, Sola, Cortés y Mira, 2007), entre otros.

Todos estos problemas tienen una incidencia muy negativa a nivel económico. Se ha estimado que el coste sanitario derivado del consumo de alcohol en 2006 en España ascendió aproximadamente a 1382 millones de euros, mientras que el coste indirecto derivado del consumo supuso hasta 3195 millones de euros (por ejemplo, a través de los tratamientos por abuso del alcohol, por enfermedades asociadas, traumatismos, campañas de prevención, mortalidad prematura, por pérdidas en la productividad laboral, destrucción de la propiedad debida a conductas antisociales o accidentes, entre otras). Estos, junto con otros costes derivados del sistema penal, alcanzaron un gasto total de, aproximadamente, 4980 millones de euros (OMS, 2010a). Estos datos indicarían un incremento en el gasto público derivado del consumo de alcohol respecto a los datos obtenidos en nuestro país en años previos (García-Sempere y Portella, 2002; Ribas, Portella, Ridao, Carrillo y Camacho, 1999). Además, estudios recientes estiman que el gasto derivado del consumo de alcohol en España seguirá incrementándose en años posteriores, con estimaciones de alrededor de 5680 millones de euros en 2013, lo cual equivaldría al 2,5% del gasto total del gobierno español en 2009 (Santonja, Sánchez, Rubio, Morera, 2010).

En definitiva, el uso y abuso de alcohol es uno de los mayores problemas de salud pública con los que nos enfrentamos. Por tanto, conocer en detalle cuales son los factores y procesos asociados al desarrollo de estas conductas es fundamental, especialmente con el objetivo de desarrollar programas de prevención e intervención más eficaces.

Una aspecto especialmente relevante a la hora de estudiar el consumo de alcohol son los patrones de uso de esta sustancia. A continuación, pues, pasamos a definir diferentes términos que hacen referencia a distintos patrones de uso y abuso de esta sustancia. Así, una persona **abstemia** es aquella que no bebe absolutamente nada de alcohol. Para el establecimiento de un patrón de **consumo de riesgo** hay que tener en cuenta el género y la edad. Mientras que para los varones se estipula que un consumo de riesgo es la ingesta de 28 Unidades de Bebida Estándar (UBEs) o más a la semana (40 gramos/día), para las mujeres o mayores de 65 años (independientemente del género) la ingesta de riesgo se sitúa en 17 UBEs o más a la semana (20-24 gramos/día). Las últimas encuestas realizadas por el Plan Nacional Sobre Drogas, informaron que el 7,4% de los encuestados eran bebedores de

riesgo, siendo mayor la prevalencia en los varones que en las mujeres. En cuanto a la edad, la proporción es ligeramente superior en los rangos de edad de 15 a 34 años que de los 35 a 64 años (PNSD, 2010).

Estrechamente ligados a estos conceptos se encuentran el de uso, abuso y dependencia del alcohol. Entendemos por **uso de alcohol** a aquellos consumos no patológicos de la sustancia, como los primeros contactos con esta sustancia o el uso habitual y moderado del mismo. Por **abuso** y/o **dependencia** del alcohol, nos referimos al uso patológico del alcohol, tal y como recogen los criterios específicos sobre abuso y dependencia que proponen los sistemas internacionales de clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association [APA], 2000; ICD-10, OMS, 1992). Así, el abuso y/o dependencia del alcohol, no solo implica un consumo excesivo de alcohol, sino también la presencia de una serie de criterios que darían lugar al cuadro psicopatológico. La estimación de la prevalencia de los trastornos por uso de alcohol en la población de 15 a 64 años en España fue en torno al 9,1% en varones y el 2,0% en mujeres durante el año 2004 (OMS, 2010a). No obstante, parecen existir diferencias entre los distintos grupos de edad, con incrementos en la adolescencia, picos estables durante la adolescencia tardía e inicio de la edad adulta y decrementos durante la tercera década de la vida (Sher, Grekin y Williams, 2005) lo que pone de manifiesto la importancia de focalizar los programas de prevención, detección y tratamiento en edades tempranas.

En España, las transformaciones y los cambios económicos, sociales y culturales han hecho que se haya abandonado el clásico «**patrón mediterráneo**» o consumo regular, que limitaba la ingesta de alcohol a tan sólo pequeñas cantidades de vino en las comidas familiares, reservadas a los adultos, quebrándose el proceso de acceso progresivo al consumo de alcohol controlado y socialmente adaptado. El inicio en el consumo de alcohol no sólo se produce hoy en el seno familiar, sino que cada vez más frecuentemente se produce en el grupo de amigos y compañeros y a edades cada vez más tempranas, próximas a los trece años (PNSD, 2007). El desplazamiento del “patrón mediterráneo” ha venido acompañado de la instauración de un “**patrón anglosajón**” de consumo, caracterizado por el llamado “binge drinking” o **consumo por atracción**. Así, estudios epidemiológicos recientes muestran como en los últimos años ha aumentando la frecuencia de episodios de consumos intensivos (borracheras o atracones) en nuestro país (PNSD, 2010). Este subtipo de consumo de riesgo se caracteriza por la ingesta de seis o más bebidas alcohólicas por ocasión (en Europa) y en un breve periodo de tiempo, el cual se suele producir en un contexto público, social y durante los fines de semana (PNSD, 2007). Por ello, el actual fenómeno del “botellón” o su versión masiva de éste, el “macrobotellón”, son entornos apropiados para el desarrollo de este

tipo de consumo abusivo. Este cambio de patrón de consumo no solo se caracteriza por un cambio en la frecuencia y cantidad de consumo, sino que va acompañado por una variación en el tipo de bebidas ingeridas, ya que el consumo de los jóvenes se centra en bebidas alcohólicas destiladas, cuya concentración de alcohol es mayor y que al mezclarse con bebidas carbónicas, refuerza su efecto intoxicador.

Mientras que prácticamente toda la población española ha probado alguna vez en su vida el alcohol, casi el 80% ha consumido alcohol en el último año, aproximadamente un 60% ha consumido alcohol en el último mes, y en torno a un 11% bebe alcohol a diario (PNSD, 2010). Es decir, existe una gran variabilidad en los patrones de consumo de alcohol que las personas realizamos. Por ello, una cuestión fundamental es entender porqué existe esta variabilidad y, más en concreto, determinar qué factores intervienen en el inicio, consumo regular y desarrollo de abuso / dependencia al alcohol. Piazza, Deroche, Rougé-Pont y Le Moal (1998) proponen dos posturas generales para explicar las diferencias individuales en la vulnerabilidad a desarrollar un uso excesivo de drogas en general, y por tanto, aplicables al consumo de alcohol: a) una visión centrada en la propia droga; y b) una visión centrada en el propio individuo.

La visión centrada en la droga considera que las personas más vulnerables son las que están más expuestas a la droga debido a influencias del entorno, entre otras, la presión social ejercida por los amigos o la influencia familiar. Es decir, esta visión otorgaría un mayor peso a las variables ambientales a la hora predecir el abuso del alcohol. Por otra parte, la visión centrada en el individuo considera que el abuso de drogas es la consecuencia de la reacción peculiar a la droga por parte del individuo. Esta segunda postura, defendería que las diferencias individuales en el uso y abuso de alcohol serían atribuibles a aspectos individuales ligados a sustratos biológicos (genética). No obstante, estas dos aproximaciones no son excluyentes. Los estudios de genética cuantitativa muestran que tanto los factores ambientales como los factores genéticos influyen en las distintas fases del consumo de alcohol (véase Figura 1).

Por tanto, para explicar de forma exhaustiva las diferencias individuales en el uso y abuso de alcohol se ha de contemplar la interacción de múltiples factores tanto biológicos, como psicológicos y sociales de riesgo y protección a este tipo de comportamientos. Es decir, hemos de adoptar una visión biopsicosocial (Ruipérez, Ibáñez, Villa y Ortet, 2006; Zucker, Boyd y Howard, 1994; véase Figura 2). La visión biopsicosocial constituiría un marco de referencia general para comprender mejor no sólo las conductas de uso y abuso de alcohol, sino la patología física y mental en general (Engel, 1977; Zuckerman, 1999).

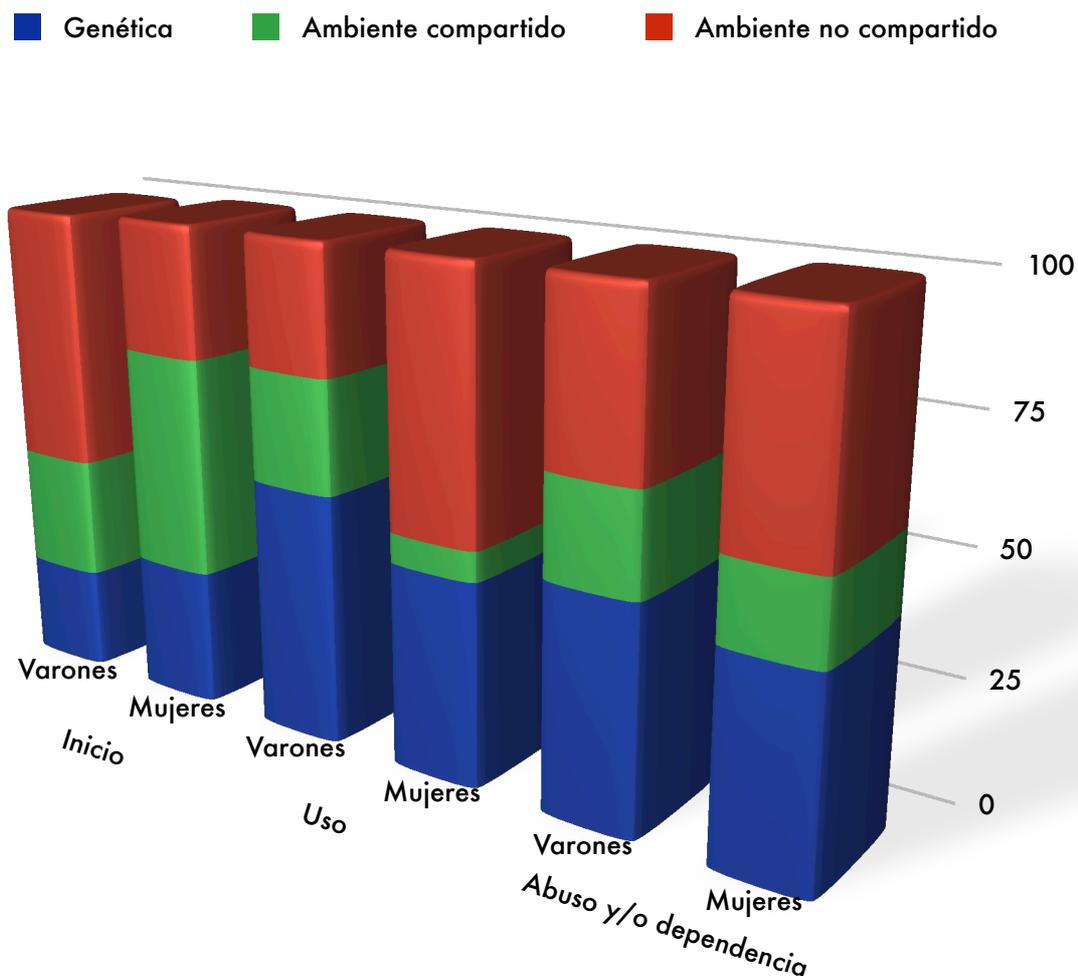


Figura 1. Estimación de la proporción total de varianza atribuible a los factores genéticos, ambientales compartidos y ambientales no compartidos en diferentes patrones de uso y abuso de alcohol.

Nota. Adaptado de Ruipérez et al. (2006).

Uno de los modelos biopsicosociales del uso y abuso de alcohol más aceptados en la actualidad es el modelo motivacional del uso de alcohol (Cox y Klinger, 1988, 1990). Este modelo representa un marco integrador de diferentes variables biológicas, psicológicas y socioculturales que se han relacionado con el uso y abuso de alcohol (p.e. personalidad o respuestas biológicas a la sustancia), intenta mostrar como cada variable se interrelaciona y contribuye al consumo a través de vías motivacionales y, además, tiene un gran valor heurístico, ya que permite generar hipótesis comprobables empíricamente (Cox y Klinger, 2004).

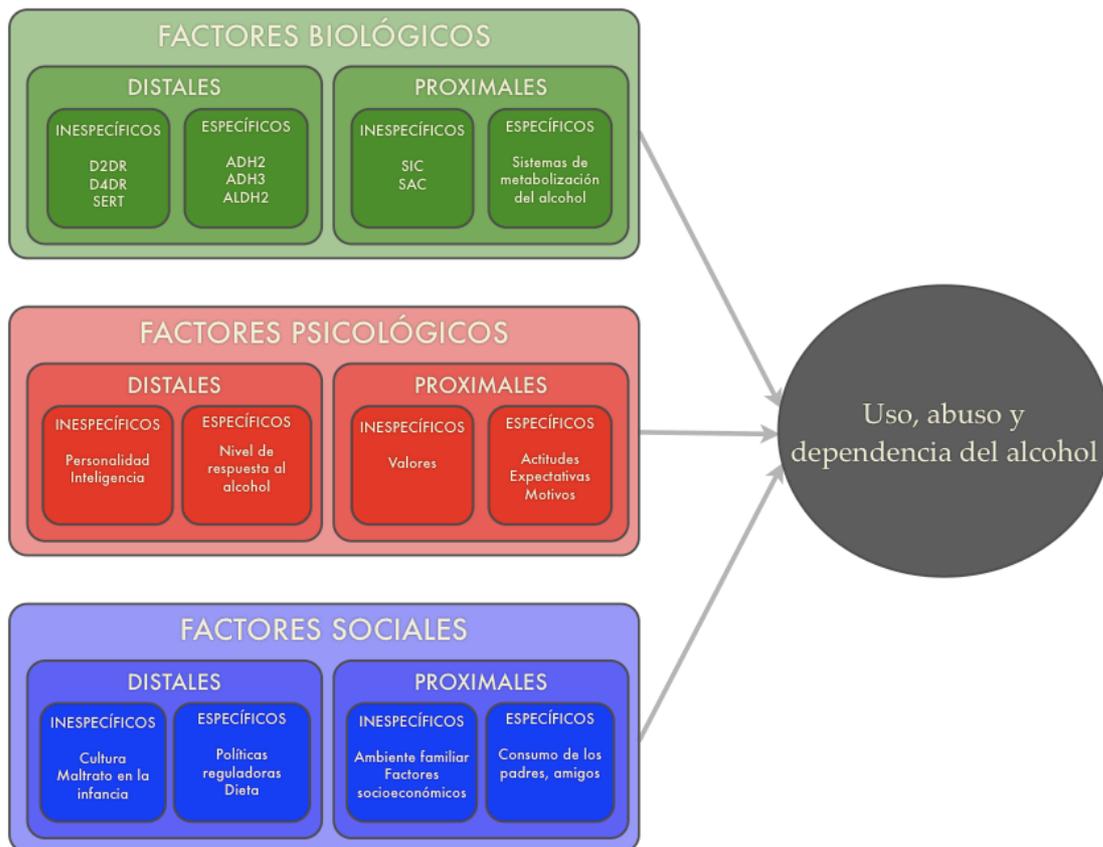


Figura 2. Modelo biopsicosocial del consumo de alcohol.

Nota. Adaptado de Ruipérez et al. (2006).

1.2. MODELO MOTIVACIONAL DEL USO DE ALCOHOL

En 1988, Cox y Klinger, formularon un modelo motivacional del uso de alcohol (véase Figura 3) cuya asunción central es que la conducta de consumo de alcohol es el resultado de un proceso motivacional, ya sea este explícito o tácito, que puede ser modificado (véase Cox y Klinger, 2004). Así, se propone que la persona decide de forma consciente o no consciente consumir o no consumir alcohol como resultado de la combinación de procesos emocionales y racionales. La decisión final se tomaría en función del cambio afectivo positivo que la persona esperara conseguir si consumiera, en comparación con el estado afectivo que esperara obtener si no consumiera. Se le atribuye así un valor de incentivo al alcohol, el cual competiría con otros incentivos presentes en la vida de las personas. En algunos el alcohol actuaría como un fuerte incentivo que buscarían consumir incesantemente, incluso a expensas de otras metas que resultarían potencialmente satisfactorias y menos perjudiciales. Las personas que entendieran que consumir alcohol podría interferir con su salud y felicidad, intentarían evitar consumir alcohol. Otros podrían experimentar ambivalencia en relación a

su consumo. Muchas personas podrían vacilar en su decisión de no beber, y consumir de forma esporádica. Incluso entre dependientes del alcohol que siguieran un tratamiento y aparentemente decidieran no volver a beber nunca, la fuerte motivación de consumir podría aparecer repentinamente, entrando así en un nuevo círculo vicioso (Dimeff y Marlatt, 1998; Hunt, Barnett y Branch, 1971).

Desde este modelo, las variables más proximales que antecederían a la decisión de consumir o no consumir serían los motivos de consumo, y estos a su vez estarían precedidos por las expectativas sobre los efectos del alcohol. Las expectativas sobre los efectos del alcohol se definen como creencias sobre los efectos que produce el consumo de alcohol sobre los procesos cognitivos, conductuales y emocionales; mientras que los motivos de consumo son el valor que se le da a un efecto particular que se pretende conseguir, el cual motiva a la persona a consumir (Cox y Klinger, 2004). Por tanto, tener un motivo particular por el que consumir alcohol es una condición necesaria para beber (Cox y Klinger, 1988, 1990), mientras que tener una determinada expectativa sobre los efectos del alcohol no necesariamente determina que las personas consuman para conseguir ese efecto (Cooper, 1994).

No obstante, diferentes variables biopsicosociales más distales influirían por vías motivacionales en la decisión de consumir alcohol a través de las expectativas y motivos. Los factores históricos determinarían la naturaleza de las experiencias pasadas de las personas con la bebida y su influencia en la motivación actual para consumir. Entre los factores históricos se diferenciarían: los factores relacionados con la reactividad bioquímica al alcohol (p.e. disposición genética a reaccionar positiva o negativamente al alcohol), las características de personalidad (p.e. impulsividad, extraversión, búsqueda de sensaciones), los factores socio-culturales o "macroambientales" (p.e. estilos de consumo propios de la cultura) y los refuerzos pasados de la conducta de consumo. Así, una persona cuya reactividad al alcohol hubiera sido positiva y cuyas características de personalidad e influencias ambientales y socio-culturales hubieran reforzado la conducta de beber, sería más probable que consumiera alcohol de forma habitual y en grandes cantidades; mientras que una persona cuya reacción al alcohol hubiera sido negativa y cuyas características de personalidad y factores ambientales y socioculturales no promovieran el uso de alcohol, probablemente no consumiría alcohol o lo haría en menores cantidades. Estas variables además de promover el consumo de las personas en el pasado, promoverían el condicionamiento de las respuestas emocionales a los efectos del alcohol y a los estímulos asociados al consumo. Por ello, los factores históricos contribuirían, tanto al hábito de consumir, como al valor de incentivo del alcohol. Los factores actuales que influirían en la decisión de consumir se dividen en: factores situacionales, e incentivos actuales positivos y negativos. Los factores situacionales incluyen factores "micro-

ambientales” como: estar solo, o acompañado, o la presencia de alcohol en un lugar determinado. Los incentivos positivos y negativos influirían en el ánimo haciendo más probable que se consumiera alcohol con el objetivo de modificar el afecto.

El peso de cada una de estas variables variará entre las distintas personas e incluso en las mismas personas a lo largo de su historia de consumo (Cox y Klinger, 2004). Por ejemplo, una persona que estuviera predispuesta a experimentar reacciones bioquímicas positivas hacia el alcohol y escasas reacciones negativas, tendría mayores expectativas sobre los cambios afectivos positivos producidos por el efecto químico del alcohol en comparación con aquellas personas que no tuvieran esa predisposición. Una persona que hubiera perdido su trabajo y tuviera dificultades para encontrar uno nuevo podría consumir alcohol como una forma de afrontar esta situación negativa. En este caso la motivación por beber podría deberse más a la falta de incentivos positivos en otra área de su vida. En el caso de un estudiante que saliera continuamente con sus amigos, la motivación podría ser el conseguir la aprobación de sus amigos, más que por experimentar los efectos farmacológicos del alcohol. Sin embargo, con un patrón continuado de consumos elevados, podría desarrollar una dependencia al alcohol, y así las variables fisiológicas cobrarían un papel más importante en etapas más avanzadas de su consumo.

Como puntos fuertes del modelo motivacional del uso de alcohol cabe destacar que no solo identifican vías de vulnerabilidad y predisposición al consumo de alcohol, sino que enfatiza la existencia de vías de protección o rechazo del consumo. Además, nos permite realizar hipótesis de como interactúan estas variables a la hora de influir en la decisión final de consumir o no consumir. No obstante, el modelo otorga un papel principal a variables psicológicas específicas (expectativas y motivos de consumo), mientras que presta una menor atención al efecto que pueden tener otras variables sociales o ambientales que, además de con el alcohol se han relacionado con otras patologías, tanto del espectro externalizante (p.e. trastorno antisocial de la personalidad) como internalizante (p.e. trastorno depresivo mayor). Un ejemplo de ello serían ciertos estilos educativos parentales permisivos o punitivos sufridos durante la infancia o, especialmente, haber sufrido una historia de maltrato (Alati et al., 2010; Assanangkornchai, Geater, Saunders y McNeil, 2001; Bahr y Hoffmann, 2010; Costello, Sung, Worthman y Angold, 2007; Frias-Armenta, 2002; Langeland y Hartgers, 1998; Simpson y Miller, 2002; Straus y Kantor, 1994).

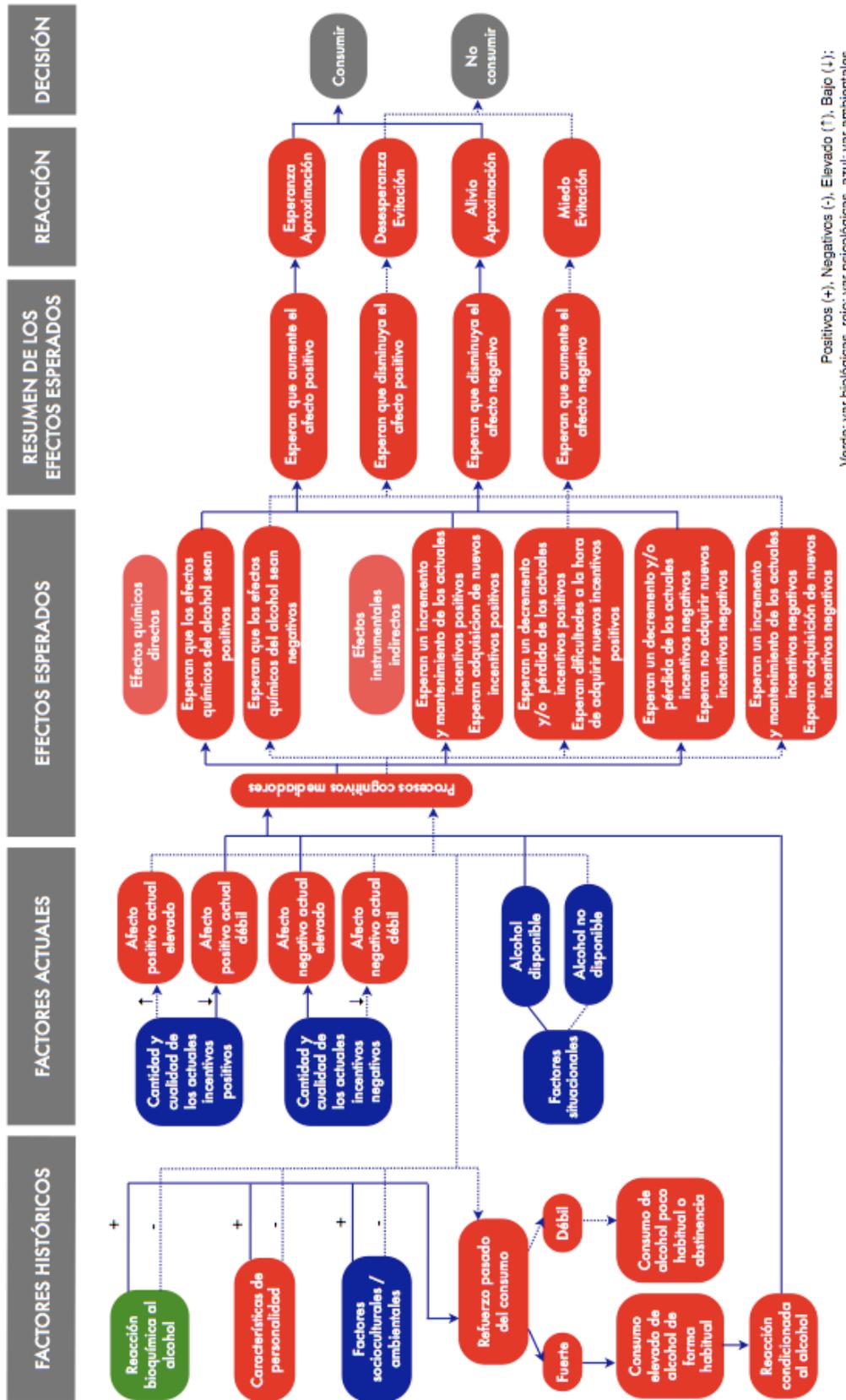


Figura 3. Modelo motivacional del uso de alcohol.

Nota. Adaptado de Cox y Klinger (1988, 1990) y Kuntsche, Knibbe, Engels y Gmel (2005).

Por ello, y de acuerdo con el modelo de Cox y Klinger, el presente trabajo pretende examinar las vías motivacionales más proximales y específicas a la conducta de uso y abuso de alcohol. Además, pretende explorar el papel de variables más distales e inespecíficas, tanto ambientales, p.e. el maltrato en la infancia, como psicológicas, p.e. la personalidad. Asimismo, se explorará la interrelación de todas estas variables y, en concreto, el papel mediador de los factores motivacionales en el desarrollo de patrones estables de consumo de alcohol en adultos jóvenes.

1.3. MALTRATO EN LA INFANCIA Y CONSUMO DE ALCOHOL

Uno de los factores que de forma más consistente se han asociado con el uso y abuso de alcohol, tanto en la adolescencia como en la edad adulta, es el maltrato sufrido en la infancia. Según la OMS se entiende que “el abuso en la infancia o maltrato constituye cualquier forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, negligencia o explotación comercial, resultando en un daño potencial para la salud, supervivencia, desarrollo o dignidad del menor” (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2002). De la presente definición podemos extraer la existencia de distintos tipos de maltrato según sea la conducta del maltratador: activa (abuso) o pasiva (negligencia) y el área afectada de la víctima: física o psicológica (véase Tabla 1).

Tabla 1. Tipos de maltrato.

		CONDUCTA DEL MALTRATADOR	
		ACTIVA	PASIVA
AFECTACIÓN DE LA VÍCTIMA	FÍSICA	ABUSO FÍSICO	NEGLIGENCIA FÍSICA
	PSICOLÓGICA	ABUSO PSICOLÓGICO	NEGLIGENCIA PSICOLÓGICA

Nota. Adaptado de Sánchez, Cañas y Muriel (1993) y Arruabarrena, Paúl y Torres (1995).

Entendemos por abuso físico a cualquier acto, no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloquen en situación de grave riesgo de padecerlo (p.e. quemaduras, fracturas, intoxicaciones, etc.). El abuso emocional abarcaría cualquier acción capaz de originar cuadros psicológicos o psiquiátricos por afectar a sus necesidades según los diferentes estados evolutivos y características del niño (p.e. rechazar, ignorar, aterrorizar

o aislar). La negligencia física describiría la desatención de las necesidades del niño y los deberes de guarda y protección (p.e. desatención, abandono, ir constantemente sucio, con problemas físicos y médicos no atendidos, etc.), mientras que la negligencia psicológica se referiría a la omisión de atención a las necesidades emocionales del niño (p.e. privación afectiva de cariño, seguridad, estimulación, apoyo o protección) (Observatorio infancia, 2006). El abuso sexual ocuparía una categoría independiente, y se caracterizaría por la implicación del niño en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto, sea a través de contacto físico (p.e. violación, incesto, pornografía, etc.) o sin contacto físico (p.e. masturbación en presencia de un niño, exposición de los órganos sexuales a un niño, etc.) (Observatorio infancia, 2006).

La prevalencia real del maltrato infantil es desconocida. La propia naturaleza del problema, por ejemplo, que un elevado porcentaje del maltrato se produzca dentro de la familia o que el agredido sea un niño, condiciona que tan solo se detecten parte de los casos. Diversos autores asemejan la situación a la de un iceberg, estimando que los casos detectados serían tan solo una pequeña parte de los casos reales (Creighton, 2004). Así, y en cuanto a los casos detectados, la prevalencia de casos de maltrato cada 1000 niños en países desarrollados varía entre el 12,4 de EE.UU. y el 2,7 de Reino Unido (Creighton, 2004). En España, ésta se situaría por de bajo de 1 caso cada 1000 niños, un valor muy inferior en comparación con el resto de países. Aunque estos resultados puedan parecer alentadores, es muy probable que estas diferencias sean atribuibles más a las diferencias de los sistemas de detección e información del maltrato que a diferencias reales en el número de casos (Soriano, 2005). De hecho, en nuestro país se ha encontrado un incremento sustancial de los casos de maltrato a partir del año 2001 (véase Figura 4), incremento que coincide con la consideración de nuevos tipos de maltrato (p.e. delitos contra la libertad e indemnidad sexual, calumnias, amenazas, etc.), indicando nuevamente que más que diferencias en el número de casos reales, estas se deberían a diferencias en los criterios de detección.

En relación a la prevalencia de los diferentes tipos de maltrato, en España existen datos poco actualizados. En 1997/1998 se estimó que la negligencia era el tipo de maltrato más frecuente, representando el 86,4% del total de los maltratos, seguido del abuso emocional (35,4%) y posteriormente el maltrato físico (19,9%) y sexual (3,6%) (Centro Reina Sofía, 2000). No obstante, cabe señalar que diversas investigaciones apuntan a que raramente los distintos tipos de maltrato se producen de forma aislada (p.e. Cerezo, Más y Simó, 1998; Widom y Hiller-Sturmhöfel, 2001) y que la exposición a múltiples tipos de maltrato acarrea peores consecuencias para la salud (Gilbert, Widom, Browne, Fergusson, Webb y Janson, 2009).

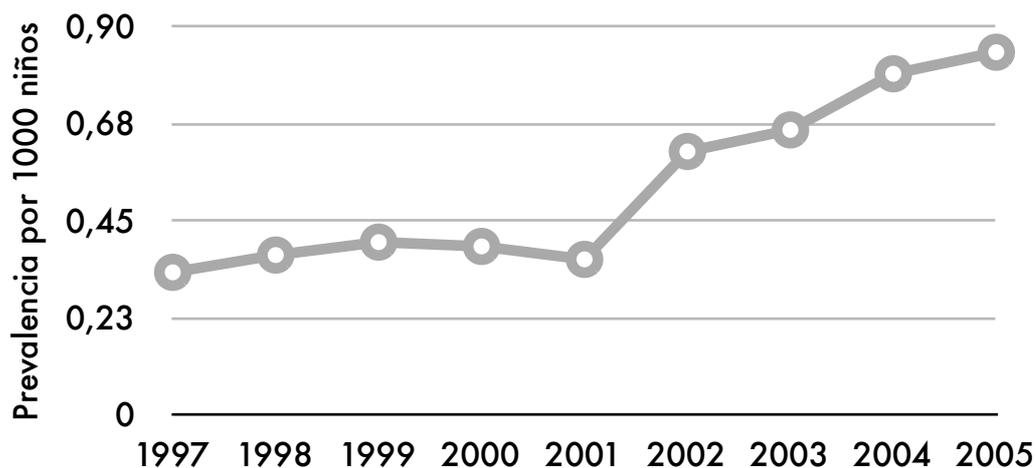


Figura 4. Prevalencia del maltrato en España (1997-2005).

Nota. Adaptado de Centro Reina Sofía para el estudio de la Violencia a partir de datos del Ministerio del Interior, y Centro reina Sofía (2000).

Por lo que respecta a las diferencias de género, en países de bajo nivel adquisitivo, se estima que las mujeres sufren más del doble de abuso sexual que los varones, y tienen un mayor riesgo de sufrir infanticidio, negligencia o ser forzadas a la prostitución. Los chicos, por su parte, presentarían un mayor riesgo de sufrir abuso físico (Braquehais, Oquendo, Baca-García y Sher, 2010; Krug et al., 2002). En países más desarrollados, las diferencias en cuanto al abuso sexual se mantienen entre varones y mujeres (Pereda, Guilera, Forn y Gómez-Benito, 2009), aunque los otros tipos de maltrato tienden a equipararse entre ambos géneros (Gilbert et al., 2009).

El maltrato infantil tiene consecuencias en el desarrollo posterior del individuo, tanto a nivel físico como a nivel psicológico. Así, el haber experimentado abuso en la infancia se ha relacionado con un riesgo incrementado de padecer migrañas, problemas musculoesqueléticos, problemas respiratorios, enfermedades cardiovasculares y trastornos gastrointestinales y metabólicos (Fuh, Wang, Juang, Lu, Liao, Chen, 2010; Fuller-Thomson, Brennenstuhl y Frank, 2010; Wegman y Stetler, 2009). Además, el haber sido víctima de maltrato tendría consecuencias a nivel neurobiológico. Existe evidencia de que haber sido maltratado se asocia con alteraciones en el eje neuroendocrino hipotalámico-hipofisario-adrenal y con alteraciones en el desarrollo cerebral, especialmente con menores volúmenes de las estructuras que conforman el sistema límbico; así como con menores volúmenes de materia gris en la zona del córtex visual primario, el córtex de asociación visual, núcleo cingulado anterior o núcleo caudado, alteraciones estructurales que a su vez afectarían a cómo éstas áreas cerebrales se asocian entre sí (para un revisión véase Pereda y Gallardo-Pujol, en prensa). Di-

chas afectaciones podrían explicarse, en parte, por el efecto de los acontecimientos traumáticos en los procesos de regulación epigenética en épocas críticas del desarrollo. Estudios experimentales en animales han demostrado que deficiencias en el cuidado maternal alteraban el epigenoma del gen promotor del receptor glucocorticoide en el hipocampo de las crías, lo que se relacionaba con modificaciones duraderas de la respuesta al estrés del eje hipotálamico-pituitario-adrenal (HPA) y con la ansiedad de las crías (Champagne y Curley, 2009; Weaver, 2007; Weaver et al., 2004; Weaver, Meaney y Szyf, 2006). En esta línea, McGowan et al. (2009) encontraron en humanos alteraciones en la regulación epigenética para la expresión del receptor glucocorticoide encargado de la función del HPA en víctimas de abuso durante la infancia.

A nivel psicológico, estar expuesto a maltrato durante la infancia, se ha asociado con una mayor probabilidad de desarrollar depresión (Hill, 2009; Hankin, 2005), ansiedad (Stein, Schork y Gelernter, 2008), juego patológico (Felsher, Derevensky y Gupta, 2010; Hodgins et al. 2010), trastornos de la personalidad (Grove et al., 2007; Lobbestael, Arntz y Bernstein, 2010; Tyrka, Wyche, Kelly, Price y Carpenter, 2009), trastorno por estrés post-traumático (Widom, 1999), trastornos alimentarios (Corstorphine, Waller, Lawson y Ganis, 2007; Grilo y Marsheb, 2001; Grilo, Masheb, Brody, Toth, Burke-Martindale y Rothschild, 2005) o trastornos por uso de sustancias, entre otros (Lo y Cheng, 2007; De Sanctis et al. 2008). Se ha propuesto, por tanto, que el haber sufrido maltrato en la infancia se asociaría con una mayor probabilidad de sufrir psicopatología en la edad adulta tanto de tipo internalizante como externalizante, más que con un grupo específico de trastornos (Baker y Maiorino, 2010; Bulik, Prescott y Kendler, 2001; Maniglio, 2009; Perepletchikova y Kaufman, 2010).

No obstante, es posible que existan diferencias en cuanto a la psicopatología derivada en función de a que edad se sufra el maltrato. Un estudio reciente muestra que mientras el maltrato limitado (cuando los niños tienen menos de 11 años) predecía prospectivamente el uso de drogas, los problemas derivados del consumo de drogas, los síntomas depresivos y los pensamientos suicidas, el maltrato durante la adolescencia predecía el número de arrestos, el crimen, el uso de alcohol y drogas, los problemas derivados del consumo, las conductas sexuales de riesgo, la transmisión de enfermedades sexuales y los pensamientos suicidas. Es decir, mientras que el maltrato limitado derivaría principalmente en problemas internalizantes, el maltrato durante la adolescencia tendría un efecto más devastador en el desarrollo posterior (Thornberry, Henry, Ireland y Smith, 2010).

Entre las conductas de carácter externalizantes que se han asociado con haber sufrido maltrato en la infancia se encuentra el uso y abuso de alcohol. El haber sufrido maltrato

se ha asociado con mayores cantidades y frecuencia de consumo de alcohol (Widom, White, Czaja y Marmorstein, 2007), un inicio más temprano de intoxicaciones por alcohol (Simpson y Miller, 2002), consumo por atracción (Hamelin, Salomon, Sitta, Gueguen, Cyr, y Lert, 2009; Shin, Edwards y Heeren, 2009), mayores problemas derivados del consumo (Galaif, Stein, Newcomb y Bernstein, 2001; Trent, Stander, Thomsen y Merrill, 2007), desarrollo de trastornos por abuso/dependencia del alcohol (Young-Wolff, Kendler, Ericson y Prescott, 2011) y mayores índices de recaída en pacientes en tratamiento por uso de sustancias (Greenfield et al., 2002, Walitzer y Dearing, 2006). Estas variables, a su vez, se han asociado con otros factores de riesgo para la salud (p.e. mantener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol y contagiarse del VIH) (Bornovalova, Gwadz, Kahler, Aklin y Lejuez, 2008). Además, estas relaciones parecen independientes del contexto sociocultural, ya que se han replicado en poblaciones de diversos países en los cinco continentes (Brown, Riley, Butchart, Meddings, Kann y Harvey, 2009; Hamelin et al., 2009; Kabiru, Beguy, Crichton y Ezeh, 2010; Koss et al., 2003; Madruga et al., en prensa; Perera y Østbye, 2009; Yen et al., 2008).

En cuanto a la relación diferencial de los distintos tipos de maltrato y el consumo de alcohol cabe señalar que la mayoría de las investigaciones se han centrado en el papel del abuso sexual y maltrato físico (Tonmyr, Thornton, Draca y Wekerle, 2010). La relación entre ambos tipos de maltrato y el consumo, así como con los problemas derivados y trastornos por uso y abuso de alcohol está bien establecida (para una revisión véase Simpson y Miller, 2002). Así, resultados obtenidos en muestras clínicas indican que pacientes dependientes de alcohol presentarían una probabilidad de 6 a 12 veces mayor que los no dependientes del alcohol de haber sido abusados físicamente, mientras que la probabilidad aumentaría de 19 a 21 en el caso del abuso sexual (Clark, Lesnick y Hegedus, 1997a). Estos resultados apuntarían a una mayor influencia del abuso sexual en el desarrollo posterior de trastornos por uso y abuso de sustancias. Además, el que el abuso sexual se produjera por parte de la pareja íntima durante la adolescencia incrementaría por cinco la probabilidad de sufrir problemas derivados del uso de alcohol (Smith, Elwyn, Ireland y Thornberry, 2010). Aunque, como hemos comentado previamente, la mayoría de estudios se han centrado en la relación existente entre el maltrato físico y sexual y el uso de alcohol, estudios recientes muestran que el maltrato psicológico recibido durante la infancia mostraría una relevancia similar a la hora de predecir la psicopatología desarrollada durante la edad adulta (Egeland, 2009; Gilbert et al., 2009) y el uso de alcohol (Mullings, Hartley y Marquart, 2004; Tucci, Kerr-Correa y Souza-Formigoni, 2010).

Ahora bien, ¿cuál sería el mecanismo causal que explicaría la asociación entre el maltrato y el alcoholismo? Una posible explicación es que el maltrato durante la infancia se relacione directamente con los consumos problemáticos o la dependencia del alcohol en la edad adulta, bien directamente, o bien a través de otras variables (p.e. personalidad). De forma alternativa, se puede considerar que la presencia de factores de riesgo genéticos y ambientales comunes tanto para el ser víctima de maltrato como para el alcoholismo podrían explicar la asociación entre el maltrato y el consumo de alcohol posterior (Young-Wolff et al., 2011) (véase Figura 5). Por ejemplo, el alcoholismo familiar y estilos educativos parentales pobres son factores de riesgo tanto para el maltrato (Dube, Anda, Felitti, Croft, Edwards y Giles, 2001; Dunn, Tarter, Mezzich, Vanyukov, Kirisci y Kirillova, 2002; Fergusson, Horwood y Lynskey, 1996; McLaughlin et al., 2000) como para el alcoholismo (Anda et al., 2006; Campo y Rohner, 1992; Cotton, 1979; Holmes y Robins, 1988; Prescott, 2002; Sher, Gershuny, Peterson y Raskin). Además, los consumos de alcohol problemáticos de los padres pueden incrementar directamente el riesgo para el alcoholismo a través de influencias genéticas (Prescott, Madden y Stallings, 2006) y a través del modelado (Andrews, Hops y Duncan, 1997; Hussong, Curran y Chassin, 1998), y/o indirectamente incrementando el riesgo de crear relaciones familiares disfuncionales y maltrato (Kilpatrick, Acierno, Saunders, Resnick, Best y Schnurr, 2000). Los consumos problemáticos y psicopatología de los padres también se han asociado con estilos educativos parentales pobres (Berg-Nielsen, Vikan y Dahl, 2002; Chassin, Curran, Hussong y Colder, 1996; Lovejoy, Graczyk, O'Hare y Neuman, 2000), los cuales a su vez podrían incrementar el riesgo de perpetrar maltrato a los hijos (Young-Wolff et al., 2011). Por otra parte, factores del contexto familiar de riesgo, como la pobreza, se han asociado igualmente tanto con el maltrato (para una revisión véase Freisthler, Merritt y Lascala, 2006) como con el consumo de alcohol problemático (Hasin, Stinson, Ogburn y Grant, 2007). Así, el solapamiento entre todos estos factores de riesgo dificultaría el poder determinar los efectos específicos del maltrato en el desarrollo posterior del alcoholismo y sugeriría que la asociación entre ambas variables podría deberse a una vulnerabilidad familiar tanto a desarrollar dependencia del alcohol como a ser víctima de maltrato (Young-Wolff et al., 2011).

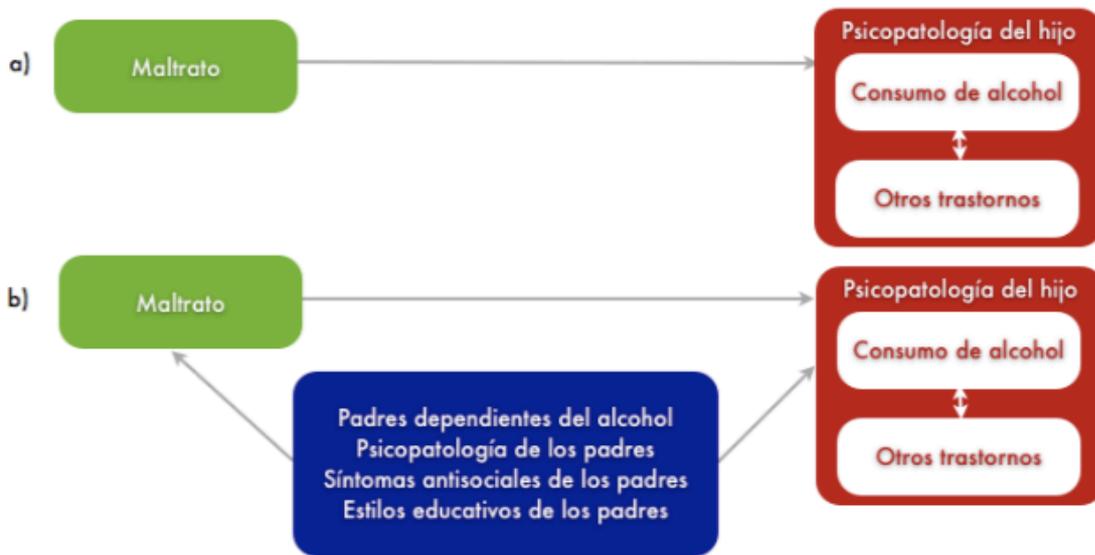


Figura 5. Posibles vías de influencia del maltrato en el consumo de alcohol.

Estudios realizados con muestras de gemelos revelan que, mientras el abuso sexual está causalmente relacionado con un riesgo incrementado de desarrollar dependencia al alcohol en mujeres (Kendler, Bulik, Silberg, Hettema, Myers y Prescott, 2000; Sartor, Agrawal, McCutcheon, Duncan y Lynskey, 2008), en varones la relación entre el maltrato y el alcoholismo se debería a una asociación con factores familiares ambientales comunes entre los gemelos, como la psicopatología de los padres, el consumo problemático de los padres, los síntomas antisociales de los padres, entre otros (Young-Wolff et al., 2011), apuntando a mecanismos causales diferentes en función del tipo de maltrato y el género. No obstante, cabe señalar que los instrumentos utilizados para evaluar el maltrato y abuso sexual raramente diferencian entre si los perpetradores del maltrato son los propios padres o personas externas al núcleo familiar. Por tanto, es posible que las asociaciones directas entre el abuso sexual y el consumo de alcohol fueran atribuibles, en parte, a que los perpetradores del maltrato pudieran ser personas ajenas al núcleo familiar, y cabría hipotetizar que, cuando los agresores son los propios padres, la asociación entre el maltrato y el consumo de alcohol podría ser atribuible factores de riesgo familiares.

1.4. PERSONALIDAD Y CONSUMO DE ALCOHOL

Otra variable ampliamente estudiada en relación con el desarrollo de conductas de uso y abuso de alcohol, y otras drogas, es la personalidad. Desde los primeros intentos de descripción de “personalidades alcohólicas” a finales del siglo XIX, hasta los últimos estudios de genética cuantitativa y molecular, la personalidad emerge como un constructo relevante en el desarrollo de un amplio rango de conductas, entre ellas el consumo de alcohol.

1.4.1. Primeras tipologías de alcoholismo

Diversas investigaciones durante los pasados 150 años han tratado de categorizar subtipos de alcohólicos basándose en diferentes características. A continuación realizaremos una pequeña revisión de las diferentes tipologías de alcoholismo basándonos fundamentalmente en los trabajos de Hampton (1951a, b, c) y Babor (1996).

A mediados del siglo XIX, alienistas como Carpenter o Kerr comenzaban a proponer diferentes tipologías de alcoholismo en base a, fundamentalmente, los patrones de consumo (p.e. enomanía aguda, periódica y crónica) que mostraban los pacientes alcohólicos que, cada vez más, poblaban los manicomios de la época. En pocos años, no obstante, las tipologías iban a incluir nuevos elementos a la hora de clasificar a los consumidores patológicos, como la historia familiar, psicopatología comórbida, las consecuencias relacionadas con el consumo de alcohol, o la personalidad. Por ejemplo, LeGrain, a finales del XIX, incorpora una de las teorías más importantes de la época y plantea una tipología de tres subtipos: *alcohólicos moralmente enfermos*, con un pobre desarrollo moral; *alcohólicos de escasa fuerza de voluntad*, con un adecuado sentido moral, pero faltos de voluntad; y *dipsomaniacos*, caracterizados por ser consumidores impulsivos “cuya fuerza de voluntad se disolvía en el alcohol” (Hampton, 1951a). A principios del siglo XX, Cimbal o Knight ofrecen descripciones tipológicas cada vez más complejas que, en ocasiones, incluyen también aspectos etiológicos. Por ejemplo, Knight diferencia entre *alcohólicos esenciales*, caracterizados como psicópatas con una fijación oral y conflicto entre la pasividad femenina y los impulsos masculinos; *alcohólicos reactivos*, bebedores en respuesta a un evento precipitante y de mejor respuesta al tratamiento; y *bebedores sintomáticos*, cuyos síntomas neuróticos y psicóticos serían responsables del consumo (Babor, 1996).

No obstante, la tipología de alcoholismo más exhaustiva hasta la fecha fue desarrollada por Bowman y Jellinek en 1941. Tras la revisión de las diferentes tipologías planteadas previamente, formularon cuatro subtipos de alcohólicos en función de la etiología de la enfermedad. Los *alcohólicos primarios* se caracterizaban por experimentar los efectos del al-

cohol de forma inmediata, una necesidad incontrolable del alcohol e incapacidad para abstenerse; los *bebedores sintomáticos endógenos estables* presentarían un alcoholismo secundario a otro trastorno psiquiátrico y consumos continuados; los *bebedores sintomáticos endógenos intermitentes* también desarrollarían un alcoholismo secundario a otros trastornos psiquiátricos, pero en este caso el consumo de alcohol sería periódico; finalmente, los *bebedores regulares* tendrían una personalidad extravertida que promovería el abuso del alcohol en contextos sociales, como cafés, bares o restaurantes. Sin embargo, la repercusión de esta tipología fue modesta, siendo la clasificación posterior de Jellinek (1969a, b) de cinco subtipos, *alpha*, *beta*, *épsilon*, *delta* y *gamma*, mucho más influyente. Los bebedores *alpha* utilizarían el alcohol para neutralizar el dolor corporal o emocional; los bebedores *beta* serían aquellos bebedores excesivos regulares que presentarían complicaciones somáticas (gastritis, hepatopatía...) y los bebedores *épsilon* serían bebedores episódicos. Los tres caracterizarían a abusadores del alcohol pero no a dependientes. Por contra, tanto los bebedores *delta* como los *gamma* se caracterizarían por patrones de dependencia del alcohol, por lo que, para Jellinek, únicamente estos dos tipos de alcoholismo representarían verdaderas enfermedades mentales. Los alcohólicos tipo *delta* beberían de forma excesiva y regular debido a influencias sociales y económicas, mostrarían una gran dificultad para abstenerse, y una lenta progresión del trastorno; los alcohólicos de tipo *gamma*, por su parte, beberían como respuesta a problemas psicológicos subyacentes, mostrarían una elevada pérdida de control, y su progresión hacia el alcoholismo sería rápida (Babor, 1996).

Durante dos décadas, la tipología de alcoholismo *gamma-delta* fue el sistema de clasificación del alcoholismo más aceptado, y la noción de "personalidad adictiva" fue tan influyente que en el DSM-I y DSM-II el alcoholismo y adicción a las drogas eran clasificadas como tipos de "alteraciones de la personalidad sociopáticas", y más tarde bajo la amplia categoría de "trastornos de la personalidad" (Ball, 2005). Esta influyente clasificación, basada fundamentalmente en observaciones clínicas, espoleó el desarrollo de estudios empíricos que han derivado en propuestas tipológicas de alcoholismo más exhaustivas en las que la personalidad, entre otras variables, jugarían un papel especialmente relevante.

Una de las tipologías del alcoholismo más importantes de las últimas décadas es la propuesta por Cloninger (1987, Cloninger, Sigvardsson y Bohman, 1988, 1996). Basándose en estudios genéticos, longitudinales y psicobiológicos, este autor propuso dos tipos de alcoholismo, el tipo I y el tipo II. El alcoholismo tipo I se desarrollaría como consecuencia de años de consumos de alcohol excesivos, y podía tomar una forma leve o grave. Afectaría tanto a varones como a mujeres, y mostraría tanto influencia genética como ambiental. Este tipo de alcoholismo se caracterizaría por una motivación para beber relacionada con la re-

ducción de la tensión, y por rasgos de personalidad de evitación del daño y ansiedad. El alcoholismo tipo II se iniciaría durante la adolescencia y el inicio de la edad adulta, y estaría asociado con el comportamiento antisocial. Afectaría en mayor medida a hijos de varones alcohólicos, y mostraría una fuerte influencia genética. Los rasgos de personalidad característicos serían la búsqueda de novedad y la impulsividad, y la motivación para beber se relacionaba con las propiedades reforzantes del alcohol.

Babor et al. (1992) también propusieron dos tipologías que se asemejarían, en cierto grado, a las propuestas de Cloninger. Así, diferenciaron entre el alcoholismo tipo A y tipo B. Los alcohólicos tipo A se caracterizarían por un inicio tardío del alcoholismo, un menor riesgo de problemas en la infancia (p.e. trastornos de conducta y trastorno por déficit de atención), una dependencia del alcohol menos severa, menores problemas relacionados con el alcohol (p.e. arrestos o pérdidas de trabajo) y menos psicopatología. Los tipo B se caracterizarían por presentar factores de riesgo para problemas de la infancia, una historia familiar de alcoholismo, un inicio temprano de problemas relacionados con el alcohol, mayor severidad de la dependencia, uso de múltiples drogas, una historia de tratamiento más crónica a pesar de su joven edad, mayor psicopatología y mayores cantidades de estresores.

Por otra parte, Zucker (1987; Zucker, Ellis, Bingham y Fitzgerald, 1996) ha propuesto cuatro tipos de alcoholismo. El alcoholismo antisocial se caracteriza por un inicio temprano de los problemas relacionados con el alcohol y la conducta antisocial. Este subtipo tendría bases genéticas y un pronóstico pobre. El alcoholismo de desarrollo acumulativo, hace referencia a sujetos que bebían inicialmente de forma limitada e inducidos por influencias culturales. Sin embargo, a lo largo del curso de la vida, el consumo de alcohol acumulado sería suficiente para producir dependencia del alcohol. El alcoholismo de afecto negativo, el cual se considera que afectaría fundamentalmente a mujeres, se caracterizaría por utilizar el alcohol para regular la emotividad negativa. Finalmente, el alcoholismo de desarrollo limitado se caracteriza por un consumo abusivo frecuente en la adolescencia tardía que tendería a remitir a consumos sociales después de asumir las responsabilidades adultas, como la carrera profesional o la familia.

Otras tipologías más recientes que también han recibido cierta atención investigadora son, entre otras, las propuestas de cuatro subtipos de Lesch (Lesch et al., 1990; Pombo y Lesch, 2009), o la tipología del "Núcleo de Estudios e Tratamiento do Etilo-Risco" (NETER) de cinco subtipos (Cardoso, Barbosa, Ismail y Pombo, 2006) (para una revisión de tipologías recientes véase Babor y Caetano, 2006, o Hesselbrock y Hesselbrock, 2006). Estas propuestas recogen múltiples factores de vulnerabilidad y de severidad, entre ellos aspectos relacionados con la personalidad y la motivación de consumo. Así, los Tipos II y III de Lesch se aso-

ciarían con la ansiedad y los motivos de afrontamiento, y con conductas agresivas e impulsivas, respectivamente. En relación a la tipología NETER, los subtipos Anxiopático y Timopático se relacionarían con características de personalidad de afecto negativo, y la motivación principal de consumo sería la regulación del afecto negativo, mientras que el subtipo Sociopático se caracterizaría por rasgos impulsivos y agresivos.

Diversas investigaciones han utilizado distintos análisis estadísticos (p.e. análisis de clases latentes, análisis de conglomerados) con el fin de confirmar la validez e interrelación de estos subtipos, encontrando un alto grado de convergencia entre ellos (véase Hesselbrock y Hesselbrock, 2006; Pombo y Lesch, 2009). Un estudio reciente ha descrito en esta línea, tres tipos de alcoholismo que integrarían en gran medida a los subtipos anteriormente propuestos. El primer tipo incluiría a pacientes con bajo neuroticismo, baja búsqueda de novedad, y una menor probabilidad de presentar psicopatología comórbida. Un segundo tipo comprendería a pacientes con elevado neuroticismo, una elevada probabilidad de presentar depresión, y menor probabilidad de presentar otros trastornos comórbidos. El tercer tipo mostraría mayores índices de heredabilidad, e incluiría a pacientes con un inicio de consumo temprano de alcohol, elevada búsqueda de novedad, mayor severidad clínica, mayores niveles de conducta antisocial, así como mayor comorbilidad con otras psicopatologías externalizantes (Sintov, Kendler, Young-Wolff, Walsh, Petterson y Prescott, 2010). Mientras que el primer subtipo se asemejaría al alcoholismo de desarrollo acumulativo de Zucker y el tipo A de Babor, el segundo subtipo se asociaría con el uso del alcohol para aliviar el estado afectivo negativo, de forma similar al alcoholismo tipo I de Cloninger, al alcoholismo de afecto negativo de Zucker, el tipo II de Lesch, o el tipo Anxiopático. Por su parte, el tercer subtipo se asemejaría al alcoholismo tipo II de Cloninger, al tipo B de Babor, al alcoholismo antisocial y de desarrollo limitado de Zucker, al Tipo III de Lesch, o al Sociopático, y se asociaría con un curso más severo y mayor historia familiar del alcoholismo.

En resumen, durante los últimos 150 años se han desarrollado diversas tipologías con el objetivo de clasificar la aparente heterogeneidad entre los pacientes diagnosticados por dependencia del alcohol y, en estos intentos, variables psicológicas como los motivos de consumo y la personalidad han emergido de forma constante como factores relevantes a la hora de explicar la dependencia del alcohol. Por tanto, y aunque en la actualidad la literatura científica no apoyaría la existencia de una "personalidad alcohólica" específica, una variedad de rasgos de personalidad se han asociado tanto con el desarrollo como con la manifestación de los trastornos por uso de alcohol (Ball, 2005; Cloninger, 1987; Cox, Yeates, Gilligan y Hosier, 2001; Eysenck, 1997; Ibáñez et al., 2008; Rose, 1998; Sher et al., 2005).

1.4.2. Modelos de personalidad

Con el objetivo facilitar el análisis e interpretación de la evidencia existente en relación al papel que la personalidad puede desempeñar en el desarrollo del consumo y dependencia al alcohol, revisaremos brevemente algunos de los modelos biodisposicionales de personalidad más influyentes, y que serán organizados de forma jerárquica de acuerdo con la propuesta de Markon, Krueger y Watson (2005). En concreto, la revisión, y la presente investigación, se centrará en dos de los modelos descriptivos más importantes, los modelos de Eysenck y de Cinco Factores (John, Naumann y Soto, 2008), y dos de los modelos explicativos más influyentes, el modelo de Cloninger y de Gray (Corr y Perkins, 2006; Depue y Collins, 1999; Pickering, 1997). Los modelos de carácter más descriptivos han surgido, fundamentalmente, de la aplicación sistemática del análisis factorial. No obstante, estos modelos han intentado describir los fundamentos biológicos subyacentes a los rasgos y dimensiones propuestos, especialmente el de Eysenck. Por otra parte, los modelos que hemos denominado explicativos han seguido un proceso inverso, intentando dilucidar los posibles sistemas biológicos que se encontrarían en la base de distintos patrones conductuales, en primer lugar, y asociando después diferentes rasgos y dimensiones de la personalidad a los sistemas propuestos.

En las últimas décadas del siglo XX, el modelo de personalidad de Eysenck fue una de las propuestas dominantes en el ámbito de la personalidad, y en el de la psicología en general. Si bien se trata de un modelo eminentemente descriptivo, cuyo origen se fundamenta en una visión dimensional de la psicopatología, ha intentado también ligar las dimensiones básicas a procesos psicobiológicos subyacentes (Eysenck, 1967, 1990). Así, el modelo de Eysenck propone la existencia de tres dimensiones básicas universales con base biológica, la extraversión, el neuroticismo y el psicoticismo (Eysenck y Eysenck, 1985). La extraversión contempla aspectos básicamente de sociabilidad, aunque también recoge características de vitalidad y actividad, de búsqueda de sensaciones y emotividad positiva. De acuerdo con Eysenck, el mecanismo psicológico de la extraversión sería la necesidad de estimulación. El neuroticismo, por su parte, es una dimensión de vulnerabilidad o sensibilidad emocional, sobretudo a emociones de carácter negativo. El mecanismo biológico subyacente sería la reactividad emocional. Finalmente, Eysenck propone una tercera dimensión de psicoticismo, caracterizada por la vulnerabilidad a conductas impulsivas, agresivas o a la baja empatía. No obstante, el mecanismo biológico subyacente a esta dimensión no está bien establecido.

Si bien el modelo de Cinco Factores emerge a mediados del siglo XX (véase Goldberg, 1993), es a partir de finales del pasado siglo y principios de éste cuando comienza a destacar sobre todos los demás, siendo en la actualidad el modelo biodisposicional que

cuenta con un mayor consenso entre los psicólogos de la personalidad (John et al., 2008). De entre las diferentes propuestas que existen de cinco factores, el modelo de Costa y McCrae (1992) es, probablemente, el más aceptado (véase De Raad y Perugini, 2002). Este modelo propone cinco dominios o dimensiones básicas: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad. La dimensión de neuroticismo abarcaría la predisposición a los estados emocionales negativos. La impulsividad, autoconciencia, vulnerabilidad, ansiedad, depresión y hostilidad serían rasgos o facetas característicos. La extraversión caracterizaría a personas sociables, con preferencia por estar acompañado y atrevidas en situaciones sociales. Los rasgos que componen la dimensión de extraversión son el afecto, sociabilidad, asertividad, actividad, búsqueda de emociones y emociones positivas. La apertura a la experiencia se refiere a la curiosidad por el mundo interno y externo. Son personas que quieren participar en nuevas ideas y valores no convencionales. Los rasgos que forman la dimensión son fantasía, estética, sentimientos, acciones, ideas y valores. La amabilidad caracterizaría a personas altruistas, compasivas y con ganas de ayudar, conductas que también esperan encontrar en los demás. La confianza, franqueza, altruismo, modestia, la actitud conciliadora y la sensibilidad a los demás son los rasgos que componen la dimensión. Finalmente, la responsabilidad caracteriza a personas a las que les importa conseguir metas y tienen voluntad por conseguirlas, son personas escrupulosas, puntuales, fiables y poco impulsivas. Los rasgos que componen la dimensión de responsabilidad son la competencia, orden, sentido del deber, búsqueda de éxito, autodisciplina y deliberación.

Por otra parte, Gray (1982, 1991) plantea la existencia de diversos sistemas biológicos que evalúan y procesan determinados estímulos, les dotan de significado emocional y motivacional y generan o facilitan la emisión de patrones conductuales y cognitivos, los cuales a su vez, facilitan ciertos tipos de aprendizaje. Los tres sistemas propuestos son el Sistema de Inhibición Conductual (SIC), el Sistema de Activación Conductual (SAC) y el Sistema de Lucha / Huida (SL/H) (Gray, 1982, 1991; Gray y McNaughton, 2000; Pickering y Gray, 1999). En las primeras propuestas de Gray (1982; 1991) diferencias individuales en el SIC darían lugar a la dimensión de personalidad de ansiedad. El mecanismo psicobiológico subyacente es la sensibilidad al castigo. Así, las personas ansiosas (a) detectarían con mayor facilidad los estímulos condicionados aversivos (señales de castigo) y (b) reaccionarían con respuestas de ansiedad y miedo, (c) elicitando conductas de inhibición y aprendizajes de carácter aversivo (Gray, 1982; 1991). Diferencias individuales en el SAC se relacionarían con la sensibilidad a la recompensa, por lo que las personas con un SAC más activo (a) serían más sensibles a los estímulos condicionados apetitivos (señales de recompensa), (b) tendrían reacciones emocionales y motivacionales de carácter positivo, y (c) realizarían conduc-

tas de aproximación o búsqueda de este tipo de estímulos o situaciones. A su vez, tendrían una mayor facilidad para realizar aprendizajes de tipo apetitivo. Aunque inicialmente Gray denominó impulsividad a la dimensión de personalidad asociada con este sistema, tanto rasgos de impulsividad (Pickering y Gray, 1999) como determinados aspectos de la extraversión (Corr, 2004; Depue y Collins, 1999; Smillie, Pickering y Jackson, 2006) parecen asociarse a la actividad del SAC. Por último, las personas con un SL/H más activo, por su parte, (a) serían más sensibles a los estímulos incondicionados aversivos (castigos), (b) y tendrían reacciones emocionales de pánico/ira, (c) facilitando conductas de huida o, ante situaciones inescapables, de lucha. Este sistema estaría en la base de la dimensión de personalidad de agresividad. No obstante, los sistemas más estudiados han sido los dos primeros, el SIC y el SAC, y los cuestionarios de personalidad derivados del modelo suelen incluir dos escalas con el objetivo de evaluarlos (Carver y White, 1994; Torrubia, Ávila, Moltó y Cáseras, 2001).

Las propuestas más recientes del modelo de Gray han variado alguna de las anteriores consideraciones, especialmente respecto a la sensibilidad al castigo y al SIC (Gray y McNaughton, 2000). Así, se propone que la sensibilidad al castigo no sólo estaría en la base del SIC, sino también a la base del SL/H, denominado actualmente como Sistema de Bloqueo y Lucha / Huida (SBL/H). Mientras que el SIC se relacionaría con la respuesta a estímulos de valencia mixta, con estados emocionales negativos como la ansiedad, y elicitaría respuestas de aproximación defensiva; el SBL/H se activaría ante estímulos negativos, y se relacionaría con la emoción de miedo y con respuestas de evitación defensiva (McNaughton y Corr, 2004; Smillie, 2008, Smillie et al., 2006). No obstante, y con respecto a las dimensiones de personalidad asociadas a estos sistemas, se continúa planteando que las características de emotividad negativa y neuroticismo se relacionarían con el SIC, mientras que la extraversión, más que la impulsividad, parece asociarse con el SAC (Smillie et al., 2006; Smillie, 2008).

Basándose en gran medida en el modelo de Gray, aunque haciendo un mayor énfasis en diferencias individuales en sistemas biológicos ligados a procesos de aprendizaje, Cloninger (1986, 1998) plantea la existencia de cuatro dimensiones de la personalidad, dos de ellas relacionadas con la sensibilidad a estímulos aversivos y apetitivos que coincidirían en gran medida con el SIC y el SAC: la evitación del daño o ansiedad (SIC) y la búsqueda de la novedad (SAC); y dos dimensiones más, una relacionada con la adquisición de señales condicionadas de recompensa, la dependencia de la recompensa; y finalmente otra caracterizada por la resistencia a la extinción ante refuerzo intermitente, la persistencia. La evitación del daño o ansiedad, análoga a la ansiedad de Gray, incluye aspectos de preocupación, miedo, ansiedad y timidez. La búsqueda de novedad, análoga a la impulsividad de

Gray, incluye aspectos de búsqueda de sensaciones, estímulos novedosos, impulsividad, desorden y extravagancia. La dependencia de la recompensa incluye aspectos de sociabilidad, de dependencia de los demás y de sensibilidad hacia otras personas. Finalmente, la persistencia incluye aspectos de esfuerzo, perfeccionismo y ambición. A pesar de que estas dos últimas dimensiones presentan un menor nivel de desarrollo teórico y necesitarían de mayor investigación (especialmente en lo referente a los estímulos, procesos de aprendizaje, y conductas que regulan, así como de las bases biológicas subyacentes), diversos estudios de genética cuantitativa y molecular han mostrado como estas dimensiones, junto con la ansiedad y búsqueda de novedad, pueden considerarse como dimensiones básicas de temperamento (véase Cloninger, 1998).

A pesar de que, como hemos visto, existen diversos modelos que intentan describir y explicar las diferentes dimensiones y rasgos de personalidad, éstos están relacionados entre sí de forma jerárquica, no sólo a nivel de rasgo-dimensión, si no también a nivel de dimensiones (Markon et al., 2005). Más que modelos excluyentes, se trata pues de modelos complementarios que realizan un análisis a diferentes niveles (véase Figura 6). Así, los dos factores de orden superior se asemejarían a los propuestos por Digman (1997): el factor alfa y el factor beta. A nivel de tres factores, tendríamos la emotividad negativa y la desinhibición, que se agruparían en el factor alfa de orden superior, así como la emotividad positiva. En el nivel de cuatro factores, la desinhibición se diferenciaría en la desinhibición irresponsable, formada por características de impulsividad, persistencia y baja compulsividad; y la desinhibición antagonista, la cual comprendería características de agresividad, búsqueda de novedad y conducta disocial. Finalmente, a nivel de cinco factores la emotividad positiva se diferenciaría en un factor de extraversión, más ligada a características de sociabilidad y actividad, y otro de apertura a la experiencia.

Además, del hecho de que la estructura de la personalidad se distribuya de forma jerárquica se desprende otra características, que la estructura de la personalidad es compleja, es decir, la varianza de un rasgo subordinado no se explica totalmente por un rasgo superordinado. Por ejemplo, el factor de desinhibición antagonista (nivel 4 factores), tiene una relación secundaria con la emotividad negativa, además de su asociación primaria con la desinhibición (nivel tres factores); o la baja responsabilidad y la baja amabilidad correlacionan .54 y .50 con el factor de desinhibición de orden superior, indicando que el 50% de la varianza de desinhibición es independiente de los rasgos del modelo de cinco factores (Kotov, Gamez, Schmidt y Watson, 2010; Markon et al., 2005).

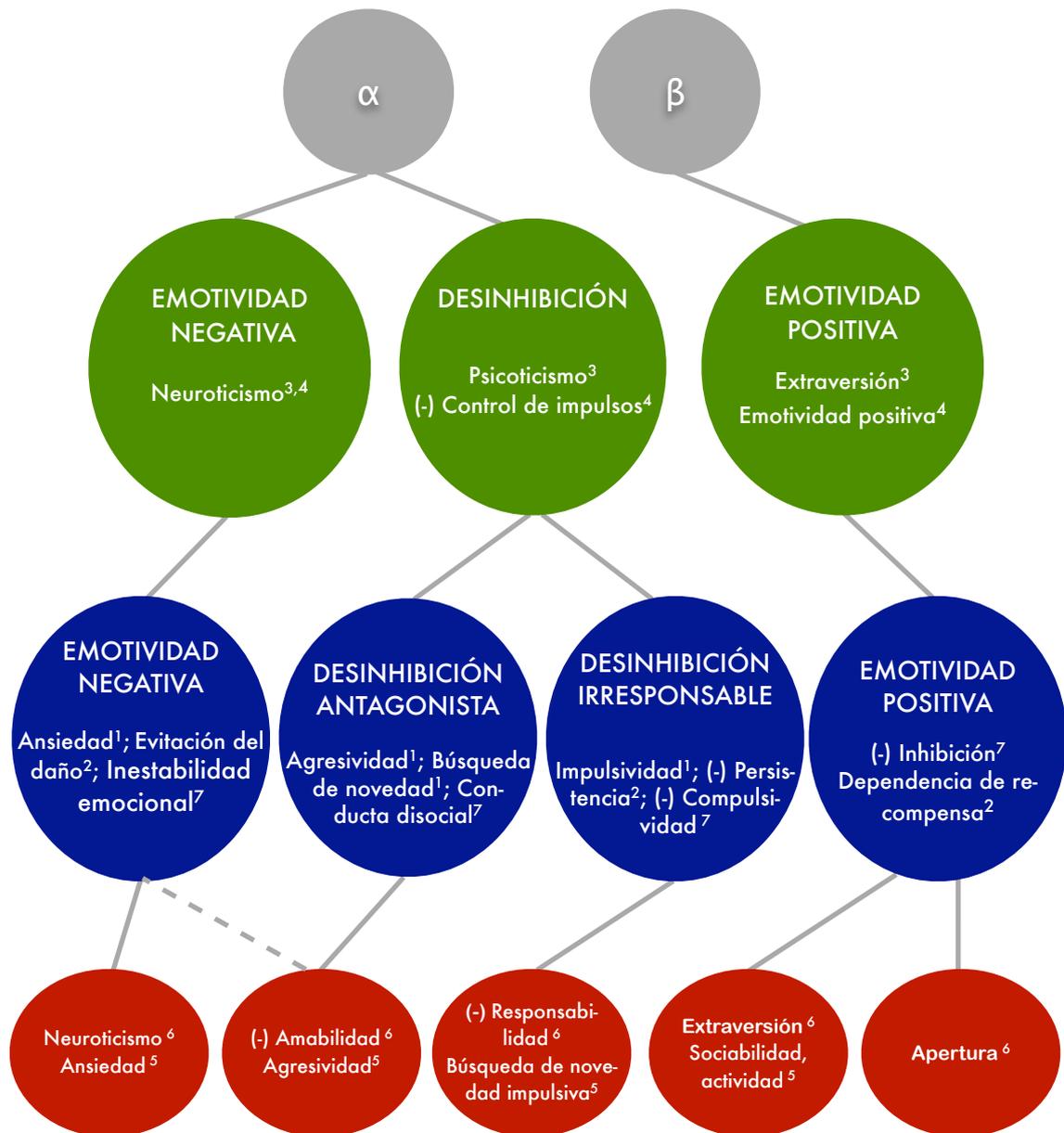


Figura 6. Distribución jerárquica de la personalidad.

Nota. Adaptado de Ibáñez et al. (2008, 2009); Ibáñez, Moya, Villa, Mezquita, Ruipérez y Ortet (2010); Markon et al. (2005); Tellegen y Waller (2008); Zuckerman, Kuhlman, Joireman, Teta y Kraft (1993) y Aluja, García y García (2004).

1: modelo de Gray, 2: modelo de Cloninger, 3: modelo de Eysenck; 4: Modelo de Tellegen, 5: modelo de Zuckerman, 6: modelo de Costa y McCrae, 7: modelo de Livesley. En línea continua relaciones primarias, en línea discontinua relaciones secundarias. (-) indica relación inversa.

Esto es especialmente importante en el caso de la apertura a la experiencia. Aunque la apertura se relacione con el factor beta, la mayor parte de su varianza es única, indicando que apenas comparte varianza con factores de orden superior (Markon et al., 2005). Además, dicha organización parece ser un modelo válido no solo para los modelos de personalidad normal, sino también para modelos de personalidad anormal como el modelo de Livesley, Jackson y Schroeder (1992) de cuatro dimensiones: inestabilidad emocional, conducta disocial, inhibición y compulsividad. Finalmente, cabe destacar que la estructura de la personalidad es desequilibrada: las dimensiones de un determinado nivel de la jerarquía difieren en su nivel de abstracción. Por ejemplo, mientras la emotividad positiva y la emotividad negativa se mantienen estables a nivel de cuatro y tres dimensiones, la desinhibición no, sugiriendo que la desinhibición es más abstracta que las dos anteriores (Markon et al., 2005).

1.4.3. Relación de la personalidad y el consumo de alcohol en diferentes etapas del desarrollo de la conducta de consumo

Con el objetivo de sintetizar y facilitar la comprensión de los hallazgos sobre la relación de la personalidad y el consumo de alcohol, utilizaremos la nomenclatura presentada en la Figura 6 a la hora de desplazarnos por los distintos niveles de los factores de personalidad y su relación con las variables de consumo de alcohol.

1.4.3.1. Estudios transversales

Los estudios transversales resultan de importancia a la hora de determinar la interrelación entre los rasgos de personalidad y los diferentes patrones de consumo de alcohol. Los estudios con muestras de adolescentes y adultos no clínicos son de especial utilidad para explorar la relación entre personalidad y el comienzo y desarrollo del uso de alcohol no patológico moderado, mientras que la asociación entre personalidad y patrones más patológicos de consumo de alcohol se exploraría en muestras con pacientes con abuso y dependencia de alcohol y en hijos de alcohólicos (COAs).

1.4.3.1.1. Población adolescente

Los estudios con adolescentes son especialmente importantes porque el consumo de alcohol se inicia en estas etapas (PNSD, 2007). Además, se ha encontrado que el inicio

temprano de alcohol se relaciona con una mayor probabilidad de desarrollar dependencia en la edad adulta (Grant y Dawson, 1997; Henry, McDonald, Oetting, Silk-Walker, Walker y Beauvais, en prensa), así como con un mayor consumo de otro tipo de drogas (Wagner, Velasco-Mondragón, Herrera-Vázquez, Borges y Lazcano-Ponce, 2005). Por tanto, esclarecer el papel que desempeñan las variables de personalidad en los primeros contactos y en el desarrollo temprano de patrones estables de uso y abuso de alcohol puede ayudar a desarrollar programas de prevención e intervención más eficaces (p.e. Conrod, Stewart, Pihl, Cote, Fontaine y Dongier, 2000).

Los estudios en muestras de jóvenes han descrito el clúster de desinhibición (p.e. impulsividad, búsqueda de novedad, pobre autocontrol, baja responsabilidad, etc.) como el más relevante en el desarrollo del uso de alcohol y problemas derivados (p.e. Jones y Heaven, 1998; King y Chassin, 2004; Wills, Windle y Cleary, 1998). De acuerdo con lo anterior, el rasgo de desinhibición está presente en una variedad de trastornos externalizantes como son los trastornos de conducta y el trastorno oposicionista desafiante, trastornos específicos de la infancia y adolescencia, los cuales presentan una elevada comorbilidad con el consumo de alcohol (Anderson, Tapert, Moadab, Crowley y Brown, 2007; Clark, Pollock, Bukstein, Mezzich, Bromberger y Donovan, 1997b; Gabel, Stallings, Schmitz, Young y Fulker, 1999; Zernicke, Cantrell, Finn y Lucas, 2010). Estos rasgos de desinhibición se asociarían con el desarrollo del consumo de alcohol a través de influir en las expectativas, actitudes y motivos de consumo (Anderson, Schweinsburg, Paulus, Brown y Tapert, 2005; Urbán, Kökönyei y Demetrovics, 2008), o bien a través de facilitar la afiliación con amigos que consumen o que muestran otras conductas antinormativas o antisociales (Bekman, Cummins y Brown, 2010; Glaser, Shelton y van der Bree, 2010).

La emotividad positiva, por su parte, jugaría cierto papel en estas etapas iniciales del consumo, y se ha relacionado fundamentalmente con índices de consumo moderados, más que con problemas derivados del consumo (Cooper, Agocha y Sheldon, 2000; Kuo, Yang, Soong y Chen, 2002; Wills et al., 1998). Estos rasgos actuarían a través de determinados motivos de consumo o a través de facilitar la exposición a ambientes donde el consumo de alcohol es habitual (Cooper et al., 2000).

El papel de la emotividad negativa en relación con el consumo de alcohol en la adolescencia está menos claro, ya que existen estudios que encuentran que la emotividad negativa se relaciona con el consumo de alcohol y problemas derivados (Colder y Chassin, 1993, 1997; Merenäkk, et al., 2004); mientras que otros encuentran que no existe relación entre ambas variables (Brook, Whiteman, Gordon y Cohen, 1986; White, Johnson y Horwitz, 1986), o incluso que existen relaciones inversas (Kuntsche, von Fischer y Gmel, 2008a).

1.4.3.1.2. Población adulta

Al igual que en la adolescencia, estudios con adultos jóvenes indican que el clúster de desinhibición sería el más relevante a la hora de predecir tanto el consumo de alcohol como los problemas derivados (Donovan, 2008). Mayores niveles de desinhibición y búsqueda de sensaciones se han relacionado con mayor frecuencia de consumo, mayores cantidades de alcohol ingerido tanto entre semana como en fin de semana, y mayores niveles de problemas derivados del consumo, así como con un inicio del consumo más temprano, mientras que la baja búsqueda de sensaciones se ha asociado con el consumo no problemático o abstinencia (Baer, 2002; García-Montes, Zaldívar-Basurto, López-Ríos y Molina-Moreno, 2009; Ibáñez et al., 2010; Ham y Hope, 2003; la Grange, Jones, Erb y Reyes, 1995; Magid, MacLean y Colder, 2007; Yanovitzky, 2006; Zernicke et al., 2010). La relación entre la búsqueda de sensaciones, la sensibilidad a la recompensa y la impulsividad con el consumo problemático también se ha replicado de forma consistente (Ham y Hope, 2003; Magid et al., 2007; O'Connor y Colder, 2005, Watten y Watten, 2010).

En cuanto a la emotividad negativa existen estudios que han encontrado tanto relación positiva (Cooper et al., 2000) como negativa (Kuntche, Von Fischer y Gmel, 2008a), así como ausencia de relación (p.e. Donovan, 2008) con la conducta de consumo. No obstante, la relación parece más fuerte en el caso de los problemas relacionados con el consumo (Ham y Hope, 2003; Littlefield, Sher y Wood, 2010a; Mezquita, Stewart y Ruipérez, 2010; Ruiz, Pincus y Dickinson, 2003; Van Schoor, Bot y Engels, 2008).

El papel de la emotividad positiva parece ser más importante en adultos jóvenes, que en adultos de mediana edad, y se ha relacionado con el consumo diario y moderado (Hong y Paunonen, 2009; Peterson, Morey y Higgins, 2005; Van Schoor et al., 2008) y con episodios de consumo por atracón (Herman, 2008, Raynor y Levine, 2009), pero no con los problemas derivados (Baer, 2002; Van Schoor et al., 2010). Sin embargo, en un estudio de metaanálisis reciente sobre la relación de la personalidad evaluada mediante el modelo de cinco factores y el consumo de alcohol, concluyeron que las dimensiones de desinhibición (baja amabilidad y baja responsabilidad) y neutoricismo son las que se relacionan principalmente con el consumo de alcohol, mientras que no encontraron relación con la extraversión (Mallouf, Thorsteinsson, Rooke y Schutte, 2007). No obstante, cabe destacar que aunque en este estudio la mayoría de la muestra era de adultos jóvenes, también se incluían muestras de niños y población general de mediana edad.

1.4.3.1.3. Población clínica

En un estudio de metaanálisis reciente en el que se analizó la relación entre la personalidad y los trastornos de ansiedad, depresión y consumo de sustancias se concluyó que el elevado neuroticismo y la baja responsabilidad eran característicos de los tres grupos de trastornos; no obstante, los trastornos por uso de sustancias se relacionaban menos con el neuroticismo y más con la desinhibición y baja amabilidad (Kotov et al., 2010). Dichos resultados son similares a los encontrados en estudios de metaanálisis y revisión previos, en los que el abuso y dependencia de alcohol se relacionan con mayores puntuaciones en neuroticismo, evitación del daño, búsqueda de sensaciones, impulsividad, baja amabilidad y baja responsabilidad (Ball, 2005; Coëffec, en prensa; Mulder, 2002; Ruíz et al., 2008; Sher y Trull, 1994). Además, mientras que la relación entre la emotividad negativa y la desinhibición con el abuso y dependencia del alcohol está bien establecida, el papel de la emotividad positiva está menos claro, ya que aunque existen estudios que encuentran menores puntuaciones de emotividad positiva en pacientes clínicos en comparación con los controles (McGue, Sl, 1997; Rankin, Stockwell y Hodgson, 1982), también existen estudios que encuentran mayores puntuaciones en pacientes diagnosticados por dependencia del alcohol o ausencia de diferencias significativas entre ambos grupos (Mulder, 2002).

Una segunda línea de evidencia proviene de los estudios con hijos de alcohólicos (COAs) los cuales resultan de interés por su elevado riesgo de desarrollar alcoholismo. Por ello, la identificación de rasgos de personalidad diferentes entre los COAs y los no COAs pueden ayudar a descubrir los factores de personalidad involucrados en la etiología del alcoholismo. Así, diversas revisiones al respecto indican que los COAs muestran consistentemente características relacionadas con la impulsividad / desinhibición (Sher, 1997), como los problemas de conducta, características antisociales y déficit de atención e hiperactividad, (Sher, 1991, 1997; Sher, Bartholow y Vieth, 1999). Aunque la impulsividad es el rasgo que más estrechamente se ha asociado con los COAs, también existen estudios que encuentran mayores índices de emotividad negativa en hijos de dependientes del alcohol de forma transversal (Christensen y Bilenberg, 2000; Díaz et al., 2008; Finn, Sharkansky, Viken, West, Sandy y Bufferd, 1997) apuntando a un papel relevante de estas características de personalidad en el desarrollo de trastornos por abuso y dependencia del alcohol. No obstante, algunos estudios señalan que los síntomas internalizantes de los hijos alcohólicos estarían más estrechamente influenciados por la historia familiar de los trastornos de ansiedad y depresión, que por la propia vulnerabilidad familiar a los trastornos de uso de alcohol (Preuss, Schuckit, Smith, Barnow y Danko, 2002; Sher, 1997).

En definitiva, los estudios transversales han mostrado un papel moderado pero consistente de personalidad en el uso y abuso de alcohol. Sin embargo, tienen algunas limitaciones a la hora de determinar la causalidad de la personalidad en el alcoholismo. Por ejemplo, se puede interpretar que los rasgos impulsividad/desinhibición llevan al uso y abuso de alcohol, o alternativamente, que un estilo de vida antisocial y de abuso de sustancias lleve a ser más impulsivo. Además, los rasgos de ansiedad y depresión podrían estar relacionados con el alcoholismo porque las propiedades ansiolíticas del etanol pueden hacer que los individuos con rasgos de elevada emotividad negativa sean más vulnerables; o porque los problemas sociales y personales producidos por el abuso y dependencia del alcohol aumenten los niveles de afectividad negativa. Determinar cual de estas hipótesis es más plausible requiere de estudios longitudinales y estudios genéticos (Ibáñez et al., 2008).

1.4.3.2. Estudios longitudinales prospectivos

Los estudios prospectivos son de especial interés porque estudian los precursores del uso y abuso de alcohol y clarifican el rol causal de la personalidad en el consumo de alcohol. Estudios realizados en diferentes ciudades y diferentes culturas sugieren que el temperamento y la personalidad son predictores de un incremento en el riesgo de alcoholismo en la edad adulta e incluso en la adolescencia (Ibáñez et al., 2008; Rose, 1998; véase Tabla 2).

Así, diversos estudios prospectivos realizados con adolescentes y adultos jóvenes, encuentran que la desinhibición y emotividad positiva a edades tempranas predicen el consumo de alcohol (Crawford, Pentz, Chou, Li y Dwyer, 2003; Cyders, Flory, Rainer y Smith, 2009; George, Connor, Gullo y Young, 2010; Hampson, Goldberg, Vogt y Dubanoski, 2006; Kubička, Matejcek, Dytrych y Roth, 2001; MacPherson, Magidson, Reynolds, Kahler y Lejuez, 2010; Masse y Tremblay, 1997; Merenäkk, Harro, Laidra, Allik y Harro, 2004; Romer y Hennessy, 2007), mientras que la desinhibición, además, se relaciona con el consumo abusivo y los problemas relacionados con el consumo de alcohol (Caspi, Moffitt, Newman y Silva, 1996; Chassin, Flora y King, 2004; Cloninger, Sigvardsson y Bohman, 1988; George et al., 2010; Kubička et al., 2001; Schuckit y Smiths, 2006). Por otra parte, en los estudios en los que se evalúa la personalidad y el posterior desarrollo del cuadro clínico, se encuentra que tanto la desinhibición, como en menor medida la emotividad negativa predicen el abuso y la dependencia del alcohol (Caspi et al., 1997; Chasin et al., 2004; Elkins, King, McGue y Iacono, 2006; Grekin, Sher y Wood, 2006; Jackson y Sher, 2003; Krueger, Caspi y Moffitt, 2000; Sher, Bartholow y Wood, 2000; Sher y Trull, 1994; Slutske, Heath, Madden,

Bucholz, Statham y Martin, 2002; Soldz y Vaillant, 1999). Además, estudios prospectivos con hijos de padres alcohólicos encuentran mayores puntuaciones en desinhibición y emotividad negativa en comparación con los hijos con padres no alcohólicos, apuntando una posible influencia genética de estos factores de riesgo para el posterior desarrollo de trastornos por uso del alcohol (Larkins y Sher, 2006; LoCastro, Spiro, Monnelly y Ciraulo, 2000).

Tabla 2. Relación de estudios prospectivos de la personalidad y el consumo de alcohol.

Estudio	N	Edad T1 (años)	Marco temporal	Resultados
Caspi et al. (1996)	511	3	18 años	Desinhibición, emotividad negativa → problemas relacionados con el alcohol (chicos)
Caspi et al. (1997)	961	18	3 años	Agresión, alienación, baja evitación del daño, bajo control, baja cercanía social → Dependencia del alcohol
Chassin et al. (2004)	586	13	12 años	Impulsividad → consumo abusivo Impulsividad y emotividad negativa → dependencia del alcohol
Cloninger et al. (1988)	431	11	16 años	Búsqueda de novedad, evitación del daño y dependencia de la recompensa → abuso de alcohol Búsqueda de novedad, evitación del daño → inicio temprano abuso de alcohol
Crawford et al. (2003)	1002 1206	escolares	aprox. 5 años	búsqueda de sensaciones → consumo de alcohol
Cyders et al. (2009)	293	18	aproximadamente 9 meses	Búsqueda de sensaciones → frecuencia de consumo de alcohol Urgencia positiva → cantidad de alcohol consumida por ocasión, consecuencias negativas del consumo
Elkins et al. (2006)	1001	17	3 años	Emotividad negativa y baja responsabilidad → inicio del consumo más temprano y trastornos por uso de sustancias
Fothergill y Ensminger (2006)	952	6	25 años	Tristeza y agresión → problemas relacionados con el consumo
George et al. (2010)	149	21	12 meses	Psicoticismo, Extraversión (EPQ) y búsqueda de novedad (TCI) → consumo de alcohol Psicoticismo, Extraversión (EPQ) → consumo problemático
Grekin et al. (2006)	3720	18	2 años	Neuroticismo, búsqueda de novedad, extraversión, baja apertura a la experiencia → síntomas de dependencia del alcohol

Estudio	N	Edad T1 (años)	Marco temporal	Resultados
Hill, Shen, Lowers y Locke (2000)	125	7-13	2 años	Extraversión → inicio más temprano del consumo de alcohol
Hampson et al. (2006)	963	5-10	40 años	Mujeres: extraversión y baja responsabilidad → uso de alcohol Varones: baja estabilidad emocional → uso de alcohol
Jackson y Sher (2003)	378	18	11 años	Emotividad negativa → trastornos por abuso y dependencia del alcohol
Krueger et al. (2000)	1037	18	3 años	Baja responsabilidad, emotividad negativa → abuso de alcohol
Kubička et al. (2001)	440	9	24 años	Baja responsabilidad → cantidad de alcohol, episodios de consumo abusivo Extraversión → consumo diario de alcohol
Littlefield et al. (2010a)	467	21	14 años	Incrementos en responsabilidad y decrementos en neuroticismo → decrementos en el consumo de alcohol
MacPherson et al. (2010)	257	9-12	3 años	Desinhibición (búsqueda de sensaciones, propensión a tomar riesgos) → incrementos en el uso de alcohol
Masse y Tremblay (1997)	784	6	9 años	Elevada búsqueda de novedad y baja evitación del daño → inicio del consumo (en chicos)
Merenäkk et al. (2004)	386	15	3 años	Extraversión, baja responsabilidad → consumo de alcohol
Romer y Hennesy (2007)	900	14	6 años	búsqueda de sensaciones → consumo de alcohol
Schuckit y Smith (2006)	430	20	15 años	Bajo control conductual → problemas derivados del consumo de alcohol (varones)
Sher et al. (2000)	457	18	6 años	Rasgo de impulsividad / búsqueda de sensaciones → abuso y dependencia del alcohol
Slutske et al. (2002)	6327	36	4 años	Desinhibición (y en menor medida, emotividad negativa y baja emotividad positiva) → trastorno por dependencia del alcohol
Soldz y Vaillant (1999)	163	15	32 años	Neuroticismo y baja responsabilidad en varones → abuso de alcohol
Wennberg y Bohman (2002)	122	4	32 años	Rasgos agresivos (4 años) → frecuencia de las intoxicaciones (25 años) Rasgos de extraversión (4 años) → problemas derivados del alcohol

En definitiva, los estudios longitudinal-prospectivos parecen confirmar la idea de que los rasgos relacionados con la impulsividad y, en menor medida, la extraversión o emotividad positiva, estarían implicados de forma causal en el inicio del consumo de alcohol, mientras que la impulsividad, y en menor medida la emotividad negativa, jugarían un papel moderado, aunque relevante, en el desarrollo de dependencia al alcohol y problemas asociados a su consumo.

1.4.3.3. Estudios de genética cuantitativa

Una de las líneas de investigación que más información pueden aportar sobre las posibles razones que explicarían la relación encontrada entre la personalidad y el consumo de alcohol son los estudios de genética cuantitativa. Este tipo de estudios, especialmente los estudios con gemelos univitelinos, o monocigóticos, vs. gemelos bivitelinos, o dicigóticos, permiten descomponer la covarianza entre dos fenotipos y ayudar a conocer si la covarianza fenotípica es atribuible a factores genéticos o a factores ambientales comunes (Carey y DiLalla, 1994).

Estudios realizados con muestras de adolescentes han hallado que parte de la relación encontrada entre los rasgos de impulsividad /desinhibición y el uso y abuso de alcohol es atribuible a factores genéticos (Krueger, Hicks, Patrick, Carlson, Iacono y McGue, 2002; Mustanski, Viken, Kapiro y Rose, 2003; Young, Stallings, Corley, Krauter y Hewitt, 2000). En estudios realizados con muestras de gemelos adultos, variaciones en rasgos de impulsividad /desinhibición llegan a explicar sobre el 40% de la diátesis genética común para la dependencia del alcohol y sobre el 90% de la diátesis genética común para la dependencia del alcohol y los trastornos de conducta. Además, rasgos de emotividad positiva no se relacionan genéticamente con la dependencia del alcohol, mientras que la emotividad negativa presenta relación genética aunque menor, con la dependencia del alcohol (Slutske et al., 1998, 2002).

Estos y otros estudios indican que la personalidad impulsiva no sólo muestra una relación en parte genética con el uso y abuso de alcohol, sino con otros comportamientos, como el uso y abuso de otras sustancias, problemas de conducta o la hiperactividad (Agrawal, Jacobson, Prescott y Kendler, 2004; Krueger, McGue y Iacono, 2001; Krueger et al., 2002; Mustanski et al., 2003; Young et al., 2000). De hecho, diversos estudios apuntan a la existencia de dos grandes factores genéticos que estarían en la base de los trastornos del espectro internalizantes (p.e. trastornos del estado de ánimo) y trastornos del espectro externalizante (p.e. trastornos por el uso de alcohol, trastornos de la conducta o trastorno antisocial

de la personalidad) (Hettema, Prescott, Myers, Neale y Kendler, 2005; Kendler, Prescott, Myers y Neale, 2003; Krueger et al., 2007). En consecuencia, es plausible hipotetizar que, en parte, los efectos genéticos de riesgo pueden mediar en el desarrollo de los trastornos a través de la personalidad (Kendler et al., 2003) (véase Figura 7).

En resumen, características principalmente de desinhibición, aunque también en menor grado de emotividad negativa, caracterizarían a los trastornos del espectro externalizante, entre los que se encontraría el consumo de alcohol, mientras que características de emotividad negativa en mayor grado caracterizarían a los trastornos del espectro internalizante (Kotov et al., 2010). En relación con el consumo de alcohol, características de impulsividad / desinhibición serían las que mayor influencia tendrían en el consumo de alcohol a lo largo de las diferentes etapas del consumo (inicio, hábito regular y trastorno por uso de alcohol), mientras que la emotividad positiva tendría un papel más relevante durante el inicio del consumo e inicio de la edad adulta, y sobre todo con el consumo moderado de alcohol, más que con los problemas derivados o trastornos por uso de sustancias. La emotividad negativa se relacionaría mayoritariamente con los problemas derivados del consumo de alcohol y con los trastornos de abuso y dependencia del alcohol.

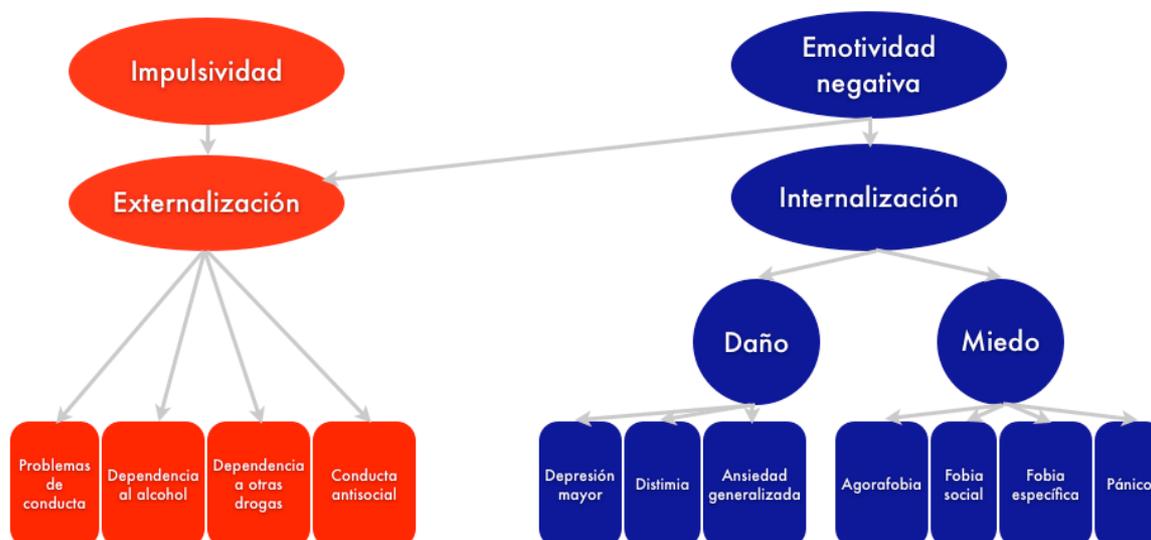


Figura 7. Modelo jerárquico genético de la psicopatología, y relación con la personalidad.

Nota. Basado en los trabajos de Kendler et al., 2003; Krueger y Markon, 2006 y Ruiz, Pincus y Schinka, 2008.

1.5. MOTIVOS Y CONSUMO DE ALCOHOL

Una tercera variable que se ha relacionado con el consumo de alcohol, más proximal que la historia de maltrato durante la infancia y la personalidad, son los motivos de consumo. Basándose en el modelo motivacional de Cox y Klinger (1988, 1990), Cooper (1994) postuló un modelo teórico sobre las motivaciones para consumir alcohol en función de dos dimensiones: la valencia del refuerzo (positivo vs. negativo) y la fuente de refuerzo (interna vs. externa). Del cruce de estas dos dimensiones surgían cuatro motivos de consumo: motivos sociales (refuerzo positivo externo), de animación (refuerzo positivo interno), de conformidad (refuerzo negativo externo) y de afrontamiento (refuerzo negativo interno) (véase Tabla 3). Los motivos sociales serían informados por personas que consumen alcohol para mejorar los encuentros sociales o para aumentar la diversión en una fiesta. Aquellas personas que dicen consumir alcohol porque les gusta la sensación o porque es divertido beberían por motivos de animación. Los motivos de conformidad harían referencia a en qué medida las personas consumen alcohol para evitar la exclusión del grupo de los amigos. Finalmente, los motivos de afrontamiento, se referirían a consumir alcohol para hacer frente a estados emocionales negativos. Así, mientras los motivos de afrontamiento y animación se relacionarían más estrechamente con los sistemas biológicos que influyen a la hora de consumir el alcohol, los motivos de conformidad y sociales estarían más influenciados por variables ambientales.

Tabla 3. Motivos de consumo de alcohol en función de la valencia y la fuente de refuerzo (Cooper, 1994).

		FUENTE DE REFUERZO	
		EXTERNA	INTERNA
VALENCIA DEL REFUERZO	POSITIVA	MOTIVOS SOCIALES	MOTIVOS DE ANIMACIÓN
	NEGATIVA	MOTIVOS DE CONFORMIDAD	MOTIVOS DE AFRONTAMIENTO

Algunas teorías de la personalidad también apoyan de forma indirecta esta hipótesis (Cloninger, 1987; Depue y Collins, 1999; Eysenck, 1997; Gray, 1991). Como hemos visto previamente, el SIC regula la motivación aversiva y controla las experiencias emocionales negativas, mientras que el SAC controla las experiencias emocionales positivas, así como la actividad dirigida a metas apetitivas (aproximación conductual). De este modo, la gente con

elevada actividad del SIC respondería más al castigo, mientras que los sujetos con elevada actividad del SAC responderían más a la recompensa (Carver y White, 1994). Por tanto, las personas con elevada sensibilidad al castigo consumirían alcohol para controlar las experiencias negativas (motivos de afrontamiento), mientras que las personas con elevada sensibilidad a la recompensa es probable que consuman alcohol con el objetivo de experimentar emociones positivas (motivos de animación).

Por otra parte, el consumo del alcohol tiene un rol social y cultural. El consumo es una conducta social que se aprende y practica con otros miembros de la misma cultura desde la adolescencia (Crosnoe, Muller y Frank, 2004; Ong, 1999; Swadi, 1999), de ahí la importancia de considerar los motivos sociales y de conformidad.

El instrumento que fue diseñado para evaluar los motivos sociales, de animación y afrontamiento fue el Drinking Motives Questionnaire (DMQ; Cooper, Russell, Skinner y Windle, 1992), el cual fue creado originalmente para evaluar motivos de consumo en población adulta. La misma versión del cuestionario mostró posteriormente buenas propiedades psicométricas con adultos jóvenes (Stewart, Zeiling y Samoluk, 1996). Con el objetivo de evaluar los motivos de consumo por conformidad se añadió una nueva escala dando lugar al Drinking Motives Questionnaire-Revised (DMQ-R, Cooper, 1994). El DMQ-R se ha utilizado principalmente para evaluar motivos de consumo en población adolescentes (Kuntsche, Knibbe, Gmel y Engels, 2006a; Kuntsche, Stewart y Cooper, 2008b; Viñas, 2009) y en adultos jóvenes (MacLean y Lecci, 2000; Martens, Rocha, Martin y Serrano, 2008), más que en población adulta. Además, ha demostrado ser un instrumento válido para evaluar los motivos de consumo de forma transcultural (Kuntsche et al., 2008b).

Los motivos de consumo más informados por la población normal son los motivos sociales, seguidos de los motivos de animación, afrontamiento y conformidad (Cooper et al., 1992; Cooper, 1994; Kuntsche et al., 2008b). Además, cada uno de estos motivos parece asociarse con un patrón de consumo y contextual diferente (Cooper et al., 1992; Cooper, 1994; Kuntsche, Knibbe, Engels y Gmel, 2010).

Los motivos sociales se han asociado por lo general con mayores cantidades de consumo de alcohol en adolescentes (Cooper, 1994; Kuntsche et al., 2006a, Viñas, 2009), en adultos jóvenes (Grant, Stewart, O'Connor, Blackwell y Conrod, 2007) y en adultos de mediana edad (Cooper et al., 1992; Mezquita et al., sometido). No obstante, también existen estudios en los cuales no se ha encontrado relación entre los motivos sociales y la cantidad y frecuencia de consumo (Kuntsche et al., 2008b). Además, en los casos en los que se ha encontrado relación, los resultados indican que los motivos sociales se asociarían con consumos moderados y con una menor probabilidad de experimentar problemas derivados del alcohol

y otras drogas (Grant et al., 2007; Kuntsche et al., 2005). Dichas asociaciones se pueden deber a que el consumo de alcohol está socialmente aceptado y permite intensificar amistades y facilitar la adquisición de nuevas relaciones sociales (Engels y ter Bogt, 2001). Estudios sobre el contexto en el que se produce el consumo apoyarían dicha hipótesis, ya que los bebedores sociales informan consumir con amigos y en fiestas (Cooper et al., 1992; Cooper, 1994).

Los motivos de animación se han asociado de forma consistente con el consumo de alcohol y consumo por atracción (Cooper, 1994; Cooper et al., 1992, 2000; Cronin, 1997; Kuntsche et al., 2006a, 2008b; Kuntsche, Knibbe, Engels y Gmel, 2007a; Labouvie y Bates, 2002). Además, resultados recientes, en los que se ha diferenciado el consumo entre semana del consumo en fin de semana, indicarían que los motivos de consumo por animación predecirían principalmente el consumo en fin de semana (Kuntsche y Cooper, 2010; Mezquita et al., sometido). Esto, junto con los estudios que indican que los consumidores por animación consumen en bares, con amigos (Cooper, 1994; Cooper et al., 1992), salen más por las noches, tienen relaciones sociales más satisfactorias y un mayor número de amigos consumidores (Kuntsche et al., 2010), enfatizaría la importancia de diferenciar tanto el contexto en el que se produce el consumo, como los patrones de consumo.

Por otra parte, a diferencia de los motivos sociales, los motivos de animación se han relacionado de forma consistente con los problemas derivados del consumo de alcohol en adolescentes y en adultos (Cooper, 1994; Cooper et al., 1992, 2000; Cronin, 1997; Kuntsche et al., 2006a, 2008a; Labouvie y Bates, 2002). No obstante, cuando se controla el consumo de alcohol la relación desaparece, sugiriendo que el consumo de alcohol mediaría la relación entre los motivos de animación y los problemas asociados con el alcohol (Carrigan, Samoluk y Stewart, 1998; Cooper, 1994; Cooper et al., 1992; Grant et al., 2007; Stewart y Chambers, 2000).

Los motivos de conformidad hipotéticamente se tendrían que asociar de forma positiva con el consumo de alcohol (Cooper, 1994), no obstante, la mayoría de los estudios muestran que la asociación entre ambas variables es negativa (Cooper, 1994; Grant et al., 2007; Kuntsche et al., 2007a, 2008b; Mezquita et al., sometido). El que los motivos de conformidad sean los menos informados, junto con la elevada correlación que existe entre los distintos motivos, parecen indicar que esta asociación negativa se debería a un artefacto estadístico (véase Grant et al., 2007), y que el papel de los motivos de consumo por conformidad sería poco relevante a la hora de predecir el consumo.

Por contra, los motivos de conformidad se han asociado de forma consistente con los problemas derivados del consumo (Cooper, 1994; Kuntsche et al., 2008b) e, incluso, con la

participación en peleas y bullying en chicos (Kuntsche, Knibbe, Engels y Gmel, 2007b). En esta línea, estudios realizados con dependientes del alcohol apuntan a que los participantes con trastornos por uso de alcohol presentan mayores motivos de conformidad que los bebedores moderados y de riesgo (Mezquita et al., sometido). De hecho, existe evidencia de que la presión social es la responsable en muchos casos de las recaídas en pacientes alcohólicos abstinentes (Marlat y Gordon, 1980; Zywiak et al., 2006) y que el entrenamiento en habilidades para rechazar el consumo ayuda a prevenir las recaídas en pacientes alcohólicos (Brown y Ostrow, 1980; Epstein y McCrady, 2009). Así, tanto los estudios realizados con jóvenes como con pacientes dependientes, apuntarían a que los motivos de conformidad serían motivos de riesgo para el desarrollo de problemas relacionados con el alcohol.

Los motivos por afrontamiento, por su parte, se han relacionado con el consumo de alcohol y, principalmente, con los problemas derivados del consumo tanto en adolescentes como en adultos (Cooper, 1994; Cooper et al., 1992; Kuntsche et al., 2006a, 2007a, 2008b; Stewart et al., 1996), así como con consumir solo, en casa, o con la pareja (Cooper, 1994; Cooper et al., 1992; Kuntsche et al., 2010).

Recientemente, Grant et al. (2007), teniendo en cuenta que la ansiedad y la depresión se asocian con diferentes patrones de consumo de alcohol, hipotetizaron que, en cierta medida, los mecanismos subyacentes al consumo relacionado con la depresión podrían ser diferentes a los asociados con la ansiedad. Como la escala de afrontamiento del DMQ y el DMQ-R contenía ítems asociados principalmente con el afrontamiento de la ansiedad, añadieron nuevos ítems y desdoblaron la escala de motivos de afrontamiento, creando dos nuevas subescalas: motivos de afrontamiento de la ansiedad y motivos de afrontamiento de la depresión, dando lugar al Modified Drinking Motives Questionnaire - Revised (M DMQ - R). El M DMQ-R ha mostrado buenas propiedades psicométricas tanto en adultos jóvenes canadienses (Grant et al., 2007), como en una muestra de población general española (Mezquita et al., sometido). Además, Grant et al. (2007) mostraron que el modelo de cinco factores se ajustaba mejor a los datos que un modelo de cuatro factores conceptualmente similar al de Cooper (1994). Por otra parte, algunos estudios de laboratorio y autoinforme parecen apoyar la importancia de diferenciar el afrontamiento de la ansiedad y de la depresión (Grant y Stewart, 2007; Grant, Stewart y Mohr, 2009).

No obstante, aunque la diferenciación entre motivos de afrontamiento de la ansiedad y la depresión tiene cierto apoyo psicométrico y experimental, los resultados con relación a diferentes patrones de uso y abuso de alcohol son menos claros. Mientras que en un estudio con adultos jóvenes canadienses se encontró que los motivos de afrontamiento de la depresión predijeron de forma leve aunque significativa la cantidad de alcohol consumida en

una de las dos muestras estudiadas (Grant et al., 2007), en un estudio realizado con población general española se encontró que serían los motivos por afrontamiento de la ansiedad los que se relacionarían tanto con el consumo entre semana como en fin de semana (Mezquita et al., sometido).

Por otra parte, también existen discrepancias en cuanto a la relación de los distintos motivos de afrontamiento y los problemas derivados. Grant et al. (2007) encontraron que los motivos de afrontamiento de la depresión predijeron los problemas derivados del consumo de alcohol tres meses más tarde. No obstante, cuando se controló la cantidad de alcohol consumida, tan solo los motivos de afrontamiento de la ansiedad predijeron los problemas derivados del consumo, sugiriendo que los motivos de afrontamiento de la ansiedad serían más problemáticos que los motivos de afrontamiento de la depresión. En cambio en un estudio reciente realizado con adultos jóvenes españoles se encontró que tanto los motivos de afrontamiento de la ansiedad como de la depresión se asociarían con los problemas derivados del consumo de forma transversal (Mezquita et al., 2010).

Cabe señalar que las diferencias existentes entre las edades de los participantes y los instrumentos de medida del consumo de alcohol, así como las diferencias culturales, dificultan la extracción de una conclusión sólida en cuanto a la relación diferencial de ambos motivos de afrontamiento con el consumo de alcohol y problemas relacionados. En todo caso, está claro que se necesita más investigación al respecto, siendo éste uno de los objetivos del presente trabajo.

En resumen, podemos concluir que los motivos sociales predicen levemente el incremento del consumo de alcohol y no se relacionan con los problemas derivados del consumo, mientras que los motivos de animación predicen el consumo de alcohol, principalmente el consumo de fin de semana y atracción, así como los problemas derivados del consumo a través de su relación con el consumo incrementado de alcohol. Los motivos de conformidad se asociarían principalmente con los problemas derivados del consumo, mientras que los motivos de afrontamiento se han asociado con el consumo de alcohol y con los problemas derivados del consumo, no obstante el papel diferencial de los motivos de afrontamiento (de la ansiedad y la depresión) no estaría bien establecido.

1.6. INTERACCIÓN ENTRE DISTINTAS VARIABLES PSICOSOCIALES QUE CONTRIBUYEN AL CONSUMO DE ALCOHOL

A continuación revisaremos la literatura científica sobre el estudio de la relación entre las diversas variables psicosociales expuestas previamente: las historias del maltrato en la infancia, la personalidad y los motivos de consumo de alcohol.

1.6.1. Personalidad y motivos de consumo

El consumo de alcohol es una conducta compleja que, como hemos visto, está influida por múltiples factores que se interrelacionan. Además, existirían diferentes caminos, no necesariamente excluyentes entre sí, que podrían llevar al uso y abuso de alcohol. Basándose en gran medida en las propuestas de Sher et al. (2005), Ibáñez et al. (2008) proponen cuatro vías para explicar la etiología de los trastornos relacionados con el alcohol: a) sensibilidad específica al alcohol, b) regulación del afecto positivo, c) regulación del afecto negativo, y d) propensión a las conductas antinormativas.

Los modelos sobre la sensibilidad específica del alcohol se basan en la hipótesis de que las personas experimentan efectos particulares del alcohol cuando lo consumen, y que éstos son específicos de esta sustancia. Estudios genéticos apoyan la existencia de esta vía (Tsuang et al., 1996; Young, Rhee, Stallings, Corley y Hewitt, 2006). Por ejemplo, variantes de los genes ALDH2 y ADH1B pueden reducir el riesgo de desarrollar alcoholismo, probablemente por la implicación en los efectos aversivos del alcohol causados por la acumulación de acetaldehído en sangre (Goldman et al., 2005; Luczak, Glatt y Wall, 2006). La segunda vía haría referencia a que muchas personas consumen porque esperan experimentar los efectos de refuerzo positivo del alcohol. Así, estas motivaciones podrían atribuirse a los efectos psicobiológicos del alcohol en las áreas cerebrales relacionadas con las motivaciones apetitivas (Everitt y Robins, 2005; Kalivas y Volkow, 2005; Ikemoto y Panksepp, 1999). La vía de la regulación del afecto negativo estaría relacionada con la reducción de la tensión (véase Sayette, 1999). Partiendo de la base de que el alcohol reduce los estados afectivos negativos, las personas podrían estar específicamente motivadas para reducir la ansiedad y el malestar. Finalmente, el modelo de propensión a las conductas antinormativas defendería que el consumo de alcohol se produce no por regular estados afectivos o por una vulnerabilidad particular al alcohol, sino porque el uso de alcohol es parte de un patrón más general de conductas desviadas atribuible a déficits en el proceso de socialización. Estos estudios apuntan a que los trastornos por uso del alcohol se relacionarían con conductas antisociales, problemas de rendimiento y sociales durante la infancia, entre otros.

La personalidad tendría un papel relevante en los tres últimos modelos etiológicos (Ibáñez et al., 2008), mientras que los motivos de consumo de refuerzo interno serían especialmente relevantes en la regulación del afecto positivo y negativo. Además, diversos estudios indican que la relación de la personalidad y el consumo de alcohol estaría moderada o mediada en gran medida por su relación con los motivos de consumo por refuerzo interno (animación y afrontamiento) (véase Figura 8).



Figura 8. Vías etiológicas del uso y abuso de alcohol.

Nota. Adaptado de Ibáñez et al. (2008).

Así, los motivos de consumo por animación se han asociado con la sensibilidad a la recompensa (O'Connor y Colder, 2005), el bajo control inhibitorio (Colder y O'Connoer, 2002), búsqueda de intensidad (Comeau, Stewart y Loba, 2001), búsqueda de excitación (Stewart y Devine, 2000), impulsividad (Cooper et al., 2000), menor supresión de la agresión (Weinberg y Bartholomew, 1996), baja responsabilidad (Kuntsche et al., 2008a; Loukas et al., 2000; Mezquita et al., 2010; Stewart y Devine, 2000; Stewart, Loughlin y Rhyno, 2001; Theakston, Stewart, Dawson, Knowlden-Loewn y Lehman, 2004), búsqueda de sensaciones (Cooper, Frone, Russell y Mudar, 1995; Magid et al., 2007; Woicik, Stewart, Pihl y Conrod, 2009) y baja amabilidad (Theakston et al., 2004), es decir, facetas y dimensiones de desinhibición, principalmente de desinhibición irresponsable (véase Tabla 4). En esta línea, aunque existen pocos estudios al respecto, los motivos de animación también se han

relacionado con la personalidad patológica, fundamentalmente con los trastornos de personalidad del clúster B (Tragesser, Sher, Trull, y Park, 2007; Tragesser, Trull, Sher y Park, 2008), trastornos caracterizados por desinhibición (Widiger y Lowe, 2008). Finalmente, los motivos de animación también se han asociado con característica de la emotividad positiva como la extraversión (Cooper et al., 2000; Hussong, 2003; Kuntsche et al., 2008a; Mezquita et al., 2010; Stewart y Devine, 2000; Theakston et al., 2004).

Los motivos de consumo por afrontamiento se han asociado con el afecto negativo (Cooper et al., 1995; Goldstein y Felt, 2009), baja tolerancia al estrés (Howell, Leyro, Hogan, Bucker y Zvolensky, 2010), menores niveles de afecto positivo (Goldstein y Flett, 2009), inestabilidad emocional (Theakston et al., 2004), neuroticismo (Cooper et al., 2000; Goldstein y Flett, 2009; Hussong, 2003; Kuntsche et al., 2008a; Loukas, Krull, Chassin y Carle, 2000; Mezquita et al., 2010; Stewart y Devine, 2000; Stewart et al., 2001), el rasgo de ansiedad (Comeau et al., 2001; Stewart y Zeitlin, 1995) y la sensibilidad a la ansiedad (Goldstein y Flett, 2009; Stewart y Zeitlin, 1995; Stewart, Zvolensky y Eifert, 2002), todos ellos rasgos y dimensiones de emotividad negativa.

No obstante, los motivos de afrontamiento también se han relacionado con características de desinhibición como la impulsividad (Cooper et al., 2000; Magid et al., 2007; Rutledge y Sher, 2001; Woicik et al., 2009) y la baja responsabilidad (Kuntsche et al., 2008a; Loukas et al., 2000). Las características de emotividad negativa y desinhibición se han relacionado con los motivos de afrontamiento no sólo en estudios transversales, sino también en estudios longitudinales. Littlefield, Sher y Wood (2010b) encontraron que los motivos de afrontamiento mediaban los cambios en la relación entre el neuroticismo y la impulsividad, y los problemas derivados del consumo en las diversas evaluaciones que se realizaron a lo largo de dieciséis años. Además de con la desinhibición irresponsable, existen algunos trabajos que han encontrado relación entre los motivos de afrontamiento y la desinhibición antagonista (Loukas et al., 2000; Stewart y Devine, 2000). Una posible explicación para estos resultados es que las personas con baja amabilidad es más probable que se involucren en conflictos interpersonales y actos violentos, y de ahí que consuman alcohol para afrontar el estrés social derivado de dichas situaciones (Kuntsche, Knibbe, Gmel y Engels, 2006b). Un estudio reciente parece apoyar esta hipótesis. Mihic, Wells, Graham, Tremblay y Demers (2009) encontraron en una muestra de 6282 estudiantes universitarios que consumir por motivos de afrontamiento en una determinada situación predecía la probabilidad de verse implicados en actos violentos o peleas.

Por tanto, la escala genérica de motivos de afrontamiento, cuyo contenido principal es de motivos de afrontamiento de la ansiedad, se ha relacionado principalmente con la

emotividad negativa, pero también con aspectos de desinhibición. Cuando diferenciamos entre afrontamiento de la ansiedad y afrontamiento de la depresión, parece que las características de emotividad negativa de desesperanza (MacLean, 2003; Stewart, Sherry, Comeau, Mushquash, Collins y Van Wilgerburg, 2011; Woicik et al., 2009) y neuroticismo (Mezquita et al., 2010) se relacionarían con ambos motivos de afrontamiento; mientras que la desinhibición se relacionaría principalmente con los motivos de afrontamiento de la ansiedad (Mezquita et al., 2010). El papel de la sensibilidad a la ansiedad está menos claro, ya que un estudio encontró relación de la sensibilidad a la ansiedad con ambos motivos de afrontamiento (Stewart, Karp, Pihl y Peterson, 1997), mientras que en una investigación reciente sólo se relacionó con la escala genérica de motivos de afrontamiento y no con los dos ítems que se incluyeron para evaluar el afrontamiento de la depresión (Woicik et al., 2009).

Como se ha comentado, los motivos cuya fuente de refuerzo es interna estarían más estrechamente relacionados con los mecanismos neurobiológicos de regulación afectiva y, por tanto, con la personalidad. Por contra, los motivos cuya fuente de refuerzo es externa estarían más relacionados con variables de tipo social y, en consecuencia, menos relacionadas con la personalidad (Cooper, 1994; Kuntsche et al., 2006b; 2008a; Stewart y Devine, 2000; Stewart et al., 2001). Por esta razón, la mayor parte de trabajos que examinan la relación entre personalidad y motivos no suelen incluir escalas de motivos sociales o de conformidad. Cuando los motivos sociales son evaluados, se encuentra un papel significativo, aunque pequeño, de algunas características de personalidad como la extraversión (Hussong, 2003), la búsqueda de sensaciones y la impulsividad (Magid et al., 2007), o la amabilidad y la baja apertura (Theakston et al., 2004).

Sin embargo, la relación entre variables de personalidad de emotividad negativa y los motivos de conformidad es mayor a lo que cabría esperar según el modelo teórico hipotetizado por Cooper (1994). Así, los motivos de conformidad se han asociado de forma consistente con la sensibilidad a la ansiedad (para una revisión véase DeMartini y Carey, 2011). Entendemos por sensibilidad a la ansiedad, al miedo a experimentar las consecuencias negativas de los síntomas de la ansiedad, como la falta de control o la vergüenza (Stewart y Kushner, 2001). Así, podría ocurrir que personas con elevada ansiedad social (componente de la sensibilidad a la ansiedad) en situaciones sociales, ante ofrecimientos de alcohol, consumieran con el objetivo de que sus síntomas de ansiedad fueran menos evidentes. Un estudio reciente apoya dicha hipótesis. Norberg, Norton, Oliver y Zvolensky (2010) encontraron que mujeres con ansiedad social presentaban una mayor probabilidad de consumir por motivos de conformidad y afrontamiento de estados afectivos negativos producidos en situaciones negativas, como por ejemplo, de conflicto con otras personas.

Tabla 4. Relación de estudios sobre personalidad y motivos de consumo

Estudio	N	Edad	Resultados
Colder y O'Connor (2002)	106	19,1 años	Desinhibición (pobre control inhibitorio) → animación
Comeau et al. (2001)	508	15,1 años	Búsqueda de intensidad, menor sensibilidad a la ansiedad → animación Sensibilidad a la ansiedad → motivos de conformidad ansiedad-rasgo → afrontamiento
Cooper et al. (1995)	1006	13-19 años	Búsqueda de sensaciones → animación Emociones negativas → afrontamiento
	960	40 años	Emociones negativas → afrontamiento
Cooper et al. (2000)	1666	21,4 años	Neuroticismo → motivos de afrontamiento, conductas de riesgo Extraversión → motivos de animación, comportamiento de riesgo. Impulsividad potenciaba en ambos casos dicha relación.
Goldstein y Flett (2009)	138	18,9 años	Bebedores por afrontamiento: mayor neuroticismo, afecto negativo, sensibilidad a la ansiedad y menor afecto positivo.
Howell et al. (2010)	224	21,2 años	Sensibilidad a la ansiedad → conformidad Baja tolerancia al estrés → afrontamiento
Hussong (2003)	86	18 - 20 años	Neuroticismo → afrontamiento Extraversión → animación, sociales
Kuntsche et al. (2008a)	2090	23,5 años	Neuroticismo → afrontamiento Extraversión → animación Baja responsabilidad → afrontamiento, animación
Loukas et al. (2000)	692	18-25 años	Neuroticismo → afrontamiento Baja amabilidad → afrontamiento Baja responsabilidad → afrontamiento, animación
Magid et al. (2007)	310	19,4 años	Impulsividad → afrontamiento, sociales Búsqueda de sensaciones → animación, sociales
Mezquita et al. (2010)	521	20 años	Neuroticismo → afrontamiento de la ansiedad y afrontamiento de la depresión Extraversión → animación Baja responsabilidad → afrontamiento de la ansiedad, animación
Stewart y Devine (2000)	256	21,3 años	Extraversión, baja responsabilidad → animación Neuroticismo → afrontamiento
Stewart y Zeitin (1995)	314	22,2 años	Sensibilidad a la ansiedad, ansiedad rasgo → afrontamiento (principalmente en mujeres)
Stewart et al. (1997)	229	18,6 años	Sensibilidad a la ansiedad → afrontamiento de la ansiedad, afrontamiento de la depresión

Estudio	N	Edad	Resultados
Stewart et al. (2001)	154	21,6 años	Bajo neuroticismo, baja responsabilidad → animación Neuroticismo → afrontamiento
Stewart et al. (2002)	182	22,3 años	Sensibilidad a la ansiedad → afrontamiento y conformidad
Theakston et al. (2004)	581	21 años	Menor estabilidad emocional, introversión → afrontamiento Extraversión, baja responsabilidad, baja amabilidad, mayor intelecto / imaginación → animación Menor intelecto / imaginación, estabilidad emocional → conformidad Menor intelecto / imaginación, amabilidad → sociales
Weinberg y Bartholomew (1996)	502	20 años	Animación → baja supresión de la agresión
Woicik et al. (2009)	390	Universitarios	Desesperanza → afrontamiento, afrontamiento de la depresión, menores motivos de animación Sensibilidad a la ansiedad → afrontamiento, menores motivos de animación Búsqueda de sensaciones → animación
	4234	14 a 18 años	Desesperanza → afrontamiento, conformidad, menores motivos de animación Sensibilidad a la ansiedad → afrontamiento, conformidad Impulsividad → afrontamiento Búsqueda de sensaciones → animación

En definitiva, los estudios parecen mostrar que las características de personalidad asociadas a la desinhibición y la emotividad positiva jugarían un papel relevante en los motivos cuya valencia de refuerzo es positiva, mientras que las características asociadas a la emotividad negativa tendrían cierta importancia en los motivos cuya valencia de refuerzo es negativa. No obstante, esta relación es más clara para los motivos internos que para los externos. Así, la desinhibición y la emotividad positiva, se relacionarían principalmente con los motivos de animación y, en menor medida, con los motivos sociales. Por otra parte, la emotividad negativa y, en menor medida, la impulsividad, se relacionarían con los motivos de afrontamiento, mientras que algunas características de la emotividad negativa, especialmente la sensibilidad a la ansiedad, se relacionarían con los motivos de conformidad.

1.6.2. RELACIÓN DEL MALTRATO EN LA INFANCIA CON VARIABLES PSICOLÓGICAS

1.6.2.1. Maltrato en la infancia y características de personalidad

Como hemos visto anteriormente, el maltrato en la infancia se ha relacionado de forma consistente con el desarrollo de distintos trastornos psicológicos e incluso físicos. Por otra parte, aunque los estudios son todavía escasos, algunas investigaciones recientes apuntan a que el maltrato, además de influir en el desarrollo de cuadros clínicos, también podría afectar a la organización de la personalidad. Por ello, se ha propuesto que la relación entre el maltrato y la psicopatología podría estar en parte mediada por características de personalidad desadaptativas (Nederlof, Van der Ham, Dingemans y Oei, 2010).

Dado los pocos estudios que hemos encontrado con relación a la asociación entre maltrato en la infancia y personalidad normal, éstos se van a tratar con cierto detalle (véase Tabla 5). En lo que respecta a trabajos transversales en jóvenes, Bornovalova et al. (2008) encontraron que, en adolescentes afroamericanos, el maltrato en la infancia, de forma genérica, se relacionaba con una mayor búsqueda de sensaciones y una mayor conducta de riesgo. En población universitaria, Mathews, Kaur y Stein (2008) encontraron relaciones específicas entre cada tipo de maltrato y las variables de personalidad normal. El abuso emocional y abuso sexual predijeron mayores puntuaciones de neuroticismo; el abuso físico predijo la baja amabilidad y el neuroticismo en menor medida; y la negligencia emocional predijo la introversión y la desinhibición (baja amabilidad y baja responsabilidad). De forma inesperada, el abuso sexual predijo mayores puntuaciones de responsabilidad y la negligencia física mayores puntuaciones de extraversión. El abuso sexual además, no sólo se ha relacionado de forma transversal con la personalidad, sino también de forma longitudinal. Moran, Coffey, Chanen, Mann, Carlin y Patton (2010) encontraron que haber sufrido abuso sexual antes de los 16 años predecía mayores puntuaciones de neuroticismo y baja amabilidad a la edad de veinticuatro años.

En muestras de niños maltratados se encuentran mayores puntuaciones en neuroticismo y desinhibición (Rogosch y Cicchetti, 2004). Bailey y McCloskey (2005) encontraron que las chicas abusadas sexualmente a la edad de nueve años presentaban una mayor desinhibición a la edad de quince años, características de personalidad que predecían a su vez el consumo de sustancias un año más tarde. El ser víctima de abuso sexual se ha relacionado además, con menores puntuaciones en autoestima de forma longitudinal (Bolger, Patterson y Kupersmidt, 1998).

Por otra parte, existen varios estudios que se han centrado en analizar la relación del maltrato y la personalidad normal en muestras de delincuentes. Lukasiewicz, Neveu, Blecha, Falissard, Reynaud y Gasquet (2008) encontraron que mayores adversidades sufridas durante la infancia predecían mayores puntuaciones de búsqueda de novedad; mientras que en otros estudios (Dembo, Dertke y La Voie, 1987) encontraron que el abuso sexual y físico predecían menores puntuaciones en autoestima. En ambos casos las variables de personalidad predijeron el consumo de sustancias. En otro estudio transversal con una muestra de características similares, Nederlof et al. (2010) exploraron las correlaciones entre las variables de personalidad normal y el maltrato en la infancia. El abuso emocional correlacionó de forma significativa con el neuroticismo y en menor medida con la baja amabilidad; la negligencia emocional correlacionó con la baja apertura y la baja responsabilidad; el abuso físico correlacionó principalmente con la baja amabilidad y en menor medida con el neuroticismo; y la negligencia física correlacionó principalmente con la baja responsabilidad, seguida de la introversión y neuroticismo.

Además, la relación entre las historias de maltrato y la personalidad se ha estudiado en muestras diagnosticadas por diversos trastornos psicológicos. En una muestra de pacientes psiquiátricos, Fosse y Are Holen (2007) encontraron que la negligencia emocional se asoció con el neuroticismo, la introversión y en menor medida con la baja responsabilidad, mientras que el factor de abuso físico y emocional (evaluados de forma conjunta) se asoció con la apertura a la experiencia y la extraversión. Corstorphine et al. (2007) en una muestra de pacientes con trastornos alimentarios, encontraron que el abuso sexual predecía las conductas impulsivas entre las que se encontraban el consumo de sustancias. Por su parte, Brodsky, Oquendo, Ellis, Haas, Malone y Mann (2001) encontraron que en pacientes depresivos, el abuso físico y sexual predecía mayores puntuaciones en impulsividad. Finalmente, Roy (2002), analizó la relación del neuroticismo con los distintos tipos de maltrato en una muestra de dependientes del alcohol recientemente abstinentes. El neuroticismo correlacionó principalmente con el abuso emocional, seguido de la negligencia emocional, negligencia física, abuso físico y abuso sexual.

En resumen, los resultados parecen apuntar a que la historia de maltrato en la infancia se asociaría fundamentalmente con el desarrollo de características de personalidad relacionadas con la emotividad negativa y la desinhibición. No obstante, las diferencias entre las muestras estudiadas, como por ejemplo, población general o clínicas, y en este último caso, con distintos grados y cuadros psicopatológicos; la disparidad de los tipos de maltratos evaluados; los análisis estadísticos realizados, por ejemplo que en algunos estudios no se controlara por la varianza compartida entre los distintos tipos de maltrato y entre las variables de

personalidad; así como al hecho de que los estudios fueran fundamentalmente correlacionales, dificultan la extracción de conclusiones firmes en cuanto a la relación de cada tipo de maltrato con características específicas de personalidad y, por supuesto, la influencia causal del maltrato en el desarrollo de la personalidad.

Existen, sin embargo, un mayor número de estudios que se han centrado en analizar la relación del maltrato con la personalidad patológica. Así, la utilización de muestras con características más extremas de personalidad e historias de maltrato graves pueden ayudar a explorar la relación diferencial de cada tipo de maltrato con las características de personalidad. Por ejemplo, el trastorno antisocial de la personalidad (TAP) se caracteriza por elevados índices de impulsividad, conductas agresivas, irritabilidad, búsqueda de sensaciones, falta de empatía, entre otras, y se ha asociado de forma consistente con haber sido víctima de abuso físico y negligencia física durante la infancia y en menor medida con el abuso sexual (Bernstein, Stein y Handelsman, 1998; Bierer et al., 2003; Cohen, Brown y Smailes, 2001; Gibb, Wheeler, Alloy y Abramsom, 2001; Kopp et al., 2009; Lobbestael et al., 2010; Reti et al., en prensa; Tikkanen et al., 2010).

El trastorno límite de la personalidad (TLP), que al igual que el TAP presenta elevada comorbilidad con los trastornos por uso de sustancias, se caracteriza por una elevada impulsividad y por una elevada desregulación emocional (Livesley, 2007). La desregulación emocional o inestabilidad afectiva se caracteriza por una alteración en la capacidad de regular y modular los estados afectivos en términos de intensidad, frecuencia y estabilidad. Estudios recientes sobre la convergencia entre la personalidad patológica evaluada de forma dimensional y los modelos de personalidad normal, señalan que la desregulación emocional se asociaría principalmente con la emotividad negativa o neuroticismo (Widiger y Simonsen, 2005). Así, existen estudios que vinculan el TLP con haber sufrido abuso emocional, negligencia emocional y abuso sexual (Bernstein et al., 1998; Bierer et al., 2003; Bornovalova et al., 2006; Ducci et al., 2008; Gibb et al., 2001; Lobbestael et al., 2010; Machizawa-Summers, 2007) e identifican la desregulación emocional como variable de personalidad que mediaría dicha relación (Gratz, Tull, Baruch, Bornovalova y Lejuez, 2008).

Tabla 5. Relación de estudios sobre maltrato y personalidad

Estudio	N	Muestra	Resultados
Bailey y McCloskey (2005)	150	9 años en T1 Chicas [longitudinal de 7 años]	abuso sexual → pobre control conductual (desinhibición) → uso de sustancias [control depresión, agresión, estilos educativos, consumo sustancias maternal]
Bolger et al. (1998)	107 controles 107 niños maltratados	8 años en T1 [longitudinal de 2 años]	Abuso sexual → baja autoestima
Bornovalova et al. (2008)	96	Adolescentes, media edad 15 años	Abuso (medida conjunta de abuso sexual, emocional y físico) → búsqueda de sensaciones [sólo se evalúa impulsividad y búsqueda de sensaciones]
Brodsky et al. (2001)	136	pacientes adultos depresivos	Abuso físico y sexual → impulsividad
Corstorphine et al. (2007)	102	Muestra con trastornos alimenticios (101 mujeres)	Abuso sexual → conductas impulsivas (automutilaciones, abuso de alcohol, cocaína, anfetaminas y otras sustancias)
Dembo et al. (1987)	145	delincuentes juveniles 15 años	Abuso físico y sexual → uso de sustancias Además, abuso físico → baja autoestima → uso de sustancias
Fosse y Are Holen (2007)	160	Pacientes psiquiátricos adultos	Negligencia emocional → neuroticismo, introversión y en menor medida baja responsabilidad Factor conjunto de abuso emocional y físico → apertura a la experiencia, extraversión [no control de la correlación entre variables de personalidad]
Gallardo-Pujol y Pereda (sometido)	119	Universitarios	Abuso sexual x baja responsabilidad → psicopatología Abuso sexual → Neurocitismo → psicopatología
Gore-Felton et al. (2001)	842	Adolescentes en correccionales 16 años	Abuso emocional → problemas emocionales Abuso físico y sexual → problemas externalizantes

Estudio	N	Muestra	Resultados
Lukasiewicz et al. (2008)	998	Prisioneros	Adversidades en la infancia (separación de los padres, maltratado, estar en manos de un juez juvenil) → búsqueda de novedad → consumo de alcohol
Mathews et al. (2008)	938	Universitarios	Negligencia emocional → introversión, baja responsabilidad, baja amabilidad Negligencia física → extraversión Abuso físico → baja amabilidad, neuroticismo en menor medida Abuso sexual → responsabilidad, neuroticismo Abuso emocional → neuroticismo
Moran et al. (2010)	1469	16 años en T1 [longitudinal de 8 años]	Abuso sexual → neuroticismo, baja amabilidad
Nederlof et al. (2010)	109	Delincuentes juveniles	Estudio correlacional: - Personalidad normal (BFI) Neuroticismo → abuso emocional, abuso físico Introversión → negligencia física Menor apertura a la experiencia → negligencia emocional Baja amabilidad → abuso físico, abuso emocional Baja responsabilidad → negligencia física y emocional -Personalidad patológica (DAPP-BQ) Conducta disocial → abuso físico y abuso sexual Desregulación emocional → abuso emocional, abuso físico, abuso sexual y negligencia física
Rogosch y Cicchetti (2004)	135 maltratados 76 no maltratados	6 años en T1 [longitudinal de 3 años]	Niños maltratados: mayor neuroticismo, menor amabilidad y menor responsabilidad
Rosenman y Rodgers (2006)	7485	Población general	Adversidades en la infancia → Neuroticismo y afecto negativo, y en menor medida inhibición conductual y conducta disocial
Roy (2002)	532	Dependientes alcohol recientemente abstinentes (516 varones)	Neuroticismo correlacionó principalmente con abuso emocional seguido de la negligencia emocional, negligencia física, abuso físico y abuso sexual [evalúa sólo neuroticismo]

Un segundo grupo de estudios se ha centrado en analizar la influencia del maltrato en la infancia en el desarrollo de trastornos del eje I, caracterizados por elevada emotividad negativa, como son la depresión y la ansiedad. Existe evidencia de que el trastorno depresivo, los síntomas depresivos y, en menor medida, la ansiedad se asociarían principalmente con la negligencia y el abuso emocional más que con otros subtipos de maltrato (Gibb y Abela, 2008; Gibb, Butler y Beck, 2003; Gibb, Chelminski y Zimmerman, 2007; Spinhoven et al., 2010; Wright, Crawford y Del Castillo, 2009).

Así, aunque algunos estudios no han encontrado una relación diferencial entre los subtipos de maltrato y características específicas de personalidad, sugiriendo un efecto inespecífico y aditivo entre los distintos tipos de maltrato y el desarrollo de la psicopatología (Lang, Stein, Kennedy y Foy, 2004), la mayor parte de estudios revisados apuntarían que el maltrato psicológico se relacionaría principalmente con los trastornos de tipo más internalizante, como los trastornos del estado de ánimo, que el maltrato físico se asociaría de forma más consistente con trastornos de tipo externalizante, como el trastorno de personalidad antisocial, y que el abuso sexual presentaría un carácter inespecífico al relacionarse con ambos grupos de trastornos (Gore-Felton, Koopman, McGarvey, Hernandez y Canterbury, 2001; Pereda, Gallardo-Pujol y Jiménez, 2011). Partiendo de la base de que características de personalidad de alta impulsividad - desinhibición se han relacionado principalmente con trastornos externalizantes y que las características de personalidad de alta emotividad negativa y baja emotividad positiva se han asociado con psicopatología internalizante (De Clercq, De Fruyt, Van Leeuwen y Mervielde, 2006; Krueger et al., 2007; Krueger et al., 2001; Markon et al., 2005) podríamos hipotetizar que la relación entre cada tipo de maltrato, psicológico y físico, se asocia con el consumo de alcohol a través de factores de personalidad específicos, emotividad negativa y desinhibición, respectivamente.

1.6.2.2. Maltrato en la infancia y motivos de consumo

Si los estudios de maltrato y personalidad no son muy numerosos, más escasos son los trabajos que han investigado la relación entre el maltrato y los motivos de consumo informados. Estos estudios son especialmente relevantes porque ayudarían a entender las vías por las que el maltrato influye en el desarrollo de patrones de consumo de alcohol perjudiciales para la salud.

Así, algunos estudios realizados con mujeres han encontrado que el maltrato en la infancia se relacionaría tanto con los motivos de consumo por afrontamiento (Grayson y Nole-Hoeksema, 2005; Min, Farkas, Minnes y Singer, 2007; Schuck y Widom, 2001; Simons,

Ducette, Kirby, Stahler y Shipley, 2003) como con los de animación (Grayson y Nole-Hoeksema, 2005). Rothman (2008), por su parte, encontró que haber sido víctima de maltrato se asociaba con un inicio más temprano del consumo y con motivos de consumo por afrontamiento, tanto en varones como en mujeres. En un estudio, Goldstein, Flett y Wekerle (2010) encontraron que los motivos de animación mediaban la relación entre el abuso en la infancia y las consecuencias derivadas del consumo en estudiantes universitarios varones, mientras que en mujeres eran los motivos de afrontamiento de la depresión los que se relacionaron con el maltrato.

En definitiva, aunque el maltrato se asociaría generalmente con el consumo de alcohol a través de los motivos cuya fuente de refuerzo es interna, resulta necesario estudiar en mayor profundidad diferentes aspectos relevantes. Así, se debería analizar la influencia del género, así como si diferentes tipos de maltrato se asocian con motivaciones específicas de consumo.

1.7. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo de la presente tesis doctoral es, estudiar de forma prospectiva, la relación entre variables ambientales (maltrato en la infancia) y psicológicas (personalidad) evaluadas en tiempo 1 (T1) y el consumo de alcohol y problemas derivados cinco años más tarde (T2); así como el papel mediador de variables cognitivas (motivos de consumo, T2) en dicha relación, en una muestra de adultos jóvenes. Para ello, nuestras hipótesis de partida son:

Maltrato en la infancia y consumo de alcohol:

- El maltrato físico, psicológico y abuso sexual predecirán el consumo de alcohol y problemas derivados del consumo cinco años más tarde.
- Las variables de personalidad (T1) y motivos de consumo (T2) mediarán la relación existente entre el maltrato psicológico, maltrato físico y abuso sexual (T1) y el consumo de alcohol (T2).

Personalidad y consumo de alcohol:

- Mayores puntuaciones en emotividad positiva (T1) se asociarán con el consumo moderado de alcohol (T2).
- Características de personalidad de desinhibición (T1) se asociarán con un mayor consumo de alcohol, consumo por atracción y problemas derivados (T2).
- Características de personalidad caracterizadas por elevada emotividad negativa (T1) se asociarán con mayores problemas derivados del consumo de alcohol (T2).
- Dichas relaciones estarán mediadas por la asociación de las distintas variables de personalidad con los motivos de consumo.

Motivos y consumo de alcohol:

- Motivos de consumo sociales (T2) se asociarán con un mayor consumo entre semana y en fin de semana (T2).
- Motivos por afrontamiento de la ansiedad (T2) se relacionarán con el consumo entre semana, consumo en fin de semana y problemas derivados del consumo (T2).
- Motivos por afrontamiento de la depresión (T2) se asociarán con los problemas derivados del consumo (T2).
- Motivos por animación (T2) se asociarán con el consumo en fin de semana y con el consumo por atracción (T2).

-
- Motivos de conformidad (T2) se asociarán con los problemas derivados del consumo de alcohol (T2).

Personalidad y motivos de consumo:

- Características de personalidad de elevada emotividad positiva (T1) se asociarán con motivos de consumo por animación y motivos sociales (T2).
- Características de personalidad de elevada desinhibición irresponsable (T1) se asociarán principalmente con mayores motivos de consumo por animación y en menor medida con los motivos de afrontamiento de la ansiedad (T2).
- Características de personalidad de elevada desinhibición antagonista (T1) se asociarán con motivos de consumo por animación (T2).
- Características de personalidad de elevada emotividad negativa (T1) se asociarán con motivos por afrontamiento de la ansiedad, afrontamiento de la depresión y motivos de conformidad (T2).

Maltrato en la infancia y personalidad:

- Mayores puntuaciones en maltrato se asociarán con características más desadaptativas y extremas de personalidad (mayor emotividad negativa y desinhibición y menor emotividad positiva). En concreto:
 - Mayor cantidad de maltrato físico (T1) predecirá principalmente características de personalidad de desinhibición (T1).
 - Mayor cantidad de maltrato psicológico (T1) predecirá principalmente características de personalidad de elevada emotividad negativa y baja emotividad positiva (T1).
 - El abuso sexual (T1) predecirá características de personalidad de elevada desinhibición, elevada emotividad negativa y baja emotividad positiva (T1).

Maltrato en la infancia y motivos de consumo:

- El maltrato en la infancia (T1) se asociará con mayores motivos cuya fuente de refuerzo es interna (afrontamiento y animación) (T2) a través de las variables de personalidad (T1).

2. MARCO EXPERIMENTAL

2.1. MÉTODO

2.1.1. Participantes

En T1 la muestra estaba compuesta por 470 participantes, de los cuales 336 volvieron a participar en T2. No obstante, se eliminaron las respuestas de 5 participantes por no haber consumido alcohol durante toda su vida, de 10 participantes por no informar de la frecuencia de consumo en T2, 6 participantes por no haber respondido a las variables de personalidad en T1, y 2 participantes por no haber respondido al cuestionario M DMQ-R en T2. Con el objetivo de homogeneizar el rango de edad de la muestra, de los 313 participantes restantes fueron excluidos aquellos cuya media de edad estaba más de dos desviaciones típicas por arriba de la media. La muestra final estaba compuesta por 305 participantes (62% mujeres; media de edad = 21,18 [DT = 2,22]). El rango de edad final fue de 18 a 28 años en T1.

En T1 el porcentaje de estudiantes era del 92,4% mientras que tan solo un 7,6% presentaba otras ocupaciones (Trabajo no cualificado = 1,3%; especialista cualificado = 0,7%; no especificado = 5,6%). En T2 el porcentaje de estudiantes fue menor (véase Figura 9), la mayoría vivía con los padres (véase Figura 10) en un contexto urbano (85,43% vs. 14,57% rural). El nivel de estudios e ingresos se presentan en las Figuras 11 y 12.

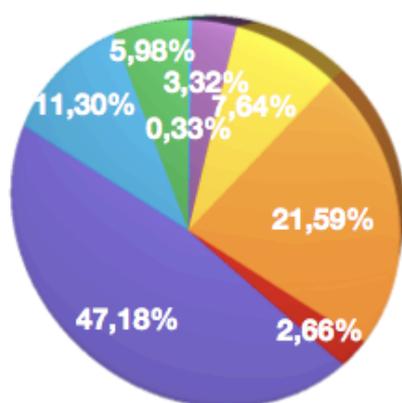


Figura 9. Ocupación en T2

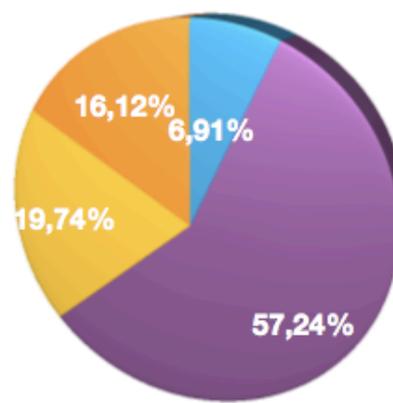


Figura 10. Grupo de convivencia T2

- Liberal, gran empresario, alto directivo
- Pequeño empresario, autónomo, comerciante
- Funcionario, fuerzas armadas
- Empleado
- Trabajador cualificado de la industria/construcción
- Estudiante
- Parado
- Otros

- Solo
- Con los padres
- Con la pareja
- Otros

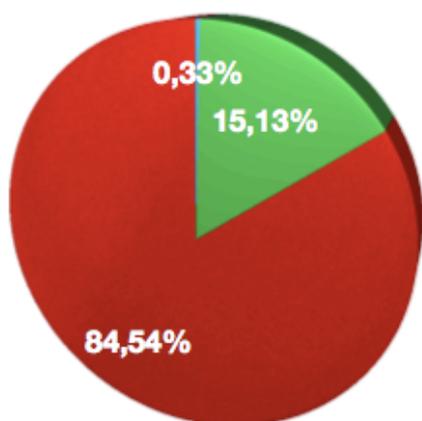


Figura 11. Nivel de estudios T2

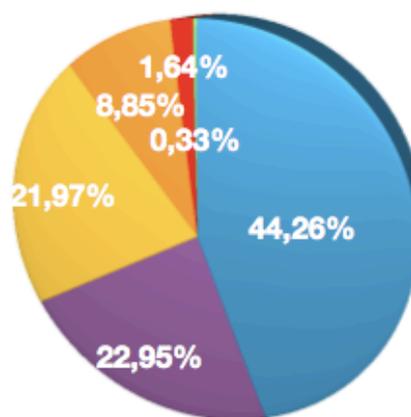


Figura 12. Nivel de ingresos en T2 (euros)



2.1.2. Instrumentos

2.1.2.1. Evaluación de los acontecimientos traumáticos en la infancia (T1)

Versión abreviada de cuestionario de trauma en la infancia (CTQ-SF; Bernstein et al., 2003) (Anexo I)

El CTQ-SF se desarrolló a partir del cuestionario CTQ (Bernstein et al., 1994) para evaluar de forma retrospectiva el maltrato durante la infancia. El cuestionario original consta de 70 ítems agrupados en cinco dimensiones de maltrato: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligencia física y negligencia emocional.

El CTQ-SF, por su parte, consta de 25 ítems evaluados en una escala de cinco puntos que va de 1 (nunca) a 5 (muy a menudo). Así, la puntuación de cada subescala va de 5 (no historia de abuso o negligencia) a 25 (historia extrema de abuso y negligencia).

Las propiedades psicométricas del CTQ-SF han sido evaluadas en adultos diagnosticados de abuso de sustancias, adolescentes en tratamiento psiquiátrico y en población general. Los análisis multigrupo muestran invarianza factorial en distintas muestras (p.e. adolescentes, población general), entre varones y mujeres y en distintos grupos étnicos (Bernstein et

al., 2003; Thombs, Lewis, Bernstein, Medrano y Hatch, 2007). La versión en castellano del cuestionario, desarrollada por nuestro grupo de investigación y utilizada en la presente investigación, ha mostrado validez predictiva tanto en estudiantes universitarios como en muestras clínicas diagnosticadas por trastornos de la personalidad (Maestre, 2009).

En población general, el alfa de Cronbach va desde ,61 a ,92, mostrando así buenos índices de consistencia interna, teniendo en cuenta que $\alpha \geq ,60$ se consideran adecuadas para escalas menores de 10 ítems (Loewenthal's, 1996). No obstante, algunos estudios han encontrado problemas de fiabilidad para la escala de negligencia física, al menos en jóvenes y población general (Gerdner y Allgulander, 2009).

2.1.2.2. Evaluación de la personalidad (T1)

Los instrumentos que se incluyen a continuación han sido creados para evaluar los distintos modelos de la personalidad que hemos expuesto en el apartado 1.4.2. El NEO-FFI ha sido diseñado para evaluar el modelo de cinco factores de Costa y McCrae (1992), el SCSR-S ha sido diseñado para evaluar el modelo de Gray (1982, 1991), el EPQ-RS ha sido diseñado para evaluar el modelo de personalidad de Eysenck (Eysenck y Eysenck, 1985) y, finalmente, el TCI-R ha sido diseñado para evaluar el modelo de Cloninger (1986, 1998).

A continuación se presenta una breve descripción de cada uno de los cuestionarios, así como datos sobre la validez y fiabilidad de cada uno de ellos.

Cuestionario de personalidad de los cinco factores NEO-FFI (Sanz, Silva y Avia, 1999) (Anexo II)

El NEO-FFI consta de 60 ítems que evalúan las cinco dimensiones de personalidad, neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad, mediante un formato de respuesta tipo Likert que va de 0 "en total desacuerdo" a 4 "totalmente de acuerdo". El cuestionario muestra buenos índices de consistencia interna en muestras de diferentes países (Costa y McCrae, 1992; Murray, Rawlings, Allen y Trinder, 2003; Panayiotou, Kokkinos y Spanoudis, 2004; Hrebickova, 1996). La versión española del cuestionario también presenta buenas propiedades psicométricas tanto en adultos [(N= 1171) $N\alpha = ,82$, $E\alpha = ,78$, $O\alpha = ,75$, $A\alpha = ,68$, $C\alpha = ,83$] como en adultos jóvenes [(N = 1444) $N\alpha = ,83$, $E\alpha = ,83$, $O\alpha = ,72$, $A\alpha = ,71$, $C\alpha = ,85$] (Sanz et al., 1999). En los jóvenes, las correlaciones

entre las cinco subescalas van desde $-.02$ entre la apertura y responsabilidad, hasta $-.29$ ($p < .001$) entre el neuroticismo y la extraversión (Sanz et al., 1999).

Versión corta del cuestionario de sensibilidad al castigo y sensibilidad a la recompensa (SCSR-S; Torrubia, Ávila, Moltó y Cáseras, en preparación) (Anexo III)

Este cuestionario es la versión corta del SCSR desarrollado por Torrubia et al. (2001). El SCSR-S consta de 34 ítems con formato de respuesta dicotómica (Sí, No). Está formado por dos escalas, la escala de sensibilidad al castigo (SC) que evalúa el sistema motivacional de inhibición conductual (SIC); y la escala de sensibilidad a la recompensa (SR) que evalúa el sistema motivacional de activación conductual (SAC), ambos descritos por Gray y relacionadas inicialmente con las dimensiones de ansiedad e impulsividad respectivamente.

Estudios de validación previos realizados con la versión de 48 ítems muestran que ambas escalas son independientes, con buenos índices de consistencia interna (α SC: varones = $.83$, mujeres = $.82$; α SR: varones = $.78$, mujeres = $.75$), fiabilidad test-retest (a los 3 meses: r SC = $.89$; r SR = $.87$) y validez discriminante y convergente (véase Torrubia et al., 2001). Además, en un estudio reciente con adultos jóvenes en el que se utilizó la SCSR-S la escala SC mostró un α de $.79$, mientras que ésta fue de $.76$ para la escala SR (Ibáñez et al., 2010).

Versión corta del cuestionario revisado de Eysenck (EPQ-RS; Ortet, Ibáñez, Moro y Silva, 2001) (Anexo IV)

El cuestionario EPQ-R fue desarrollado por Eysenck (Eysenck, Eysenck y Barrett, 1985) para evaluar las dimensiones de su modelo, la extraversión, el neuroticismo y el psicoticismo, junto con una escala de sinceridad/deseabilidad social. La versión original ha sido validada en población adulta de diversos países como Grecia (Alexopoulos y Kalaitzidis, 2004), Croacia (Ivkovic et al., 2007), Dinamarca (Mortensen, Reinish y Sanders, 1996), Países Bajos (Sanderman, Eysenck y Arrindel, 1991), Zimbabue (Wilson y Doolabh, 1992), Canadá (Eysenck, Barret y Barnes, 1993), Italia (San Martini, Mazzoti y Setaro, 1996) o Polonia (véase Strelau y Zawadzki, 1997) entre otros; así como en muestras de niños y adolescentes (Kokkinos, Panayiotou, Charalambous, Antoniadou y Davazoglou, 2010). Eysenck y

Eysenck (1991) desarrollaron también una versión reducida del cuestionario, versión que ha sido adaptada a la lengua castellana por Ortet et al. (2001). En la presente investigación utilizamos las escalas que evalúan las tres dimensiones de personalidad, las cuales han demostrado una consistencia interna aceptable. En varones las alfas van de ,65 en la escala de psicoticismo hasta ,82 en la escala de neuroticismo; en mujeres, la consistencia oscila entre alfas de ,67 para la dimensión de psicoticismo hasta ,82 en la escala de neuroticismo. Además, tanto las correlaciones entre escalas como los datos normativos que se obtienen con este cuestionario presentan un patrón similar a los de la versión completa.

Inventario revisado de temperamento y carácter de Cloninger (TCI-R; Gutiérrez-Zotes, et al., 2004) (Anexo V)

El TCI evalúa las dimensiones tanto de carácter como de temperamento propuestas por Cloninger. En nuestro caso, hemos utilizado las cuatro escalas de temperamento por ser las menos influidas por variables ambientales y más próximas al concepto biodisposicional de personalidad. El cuestionario original presenta buenas propiedades psicométricas con alfas de Cronbach que van de ,65 en la escala de persistencia hasta ,97 en la escala de evitación del daño (Cloninger, Svarakic y Przybeck, 1993).

La versión revisada del cuestionario ha mostrado buenas propiedades psicométricas en población general española (Gutiérrez-Zotes et al., 2004), en muestras de estudiantes (Garabito et al., 2002), de adictos a sustancias (Pedrero, 2006) y en población clínica con otros trastornos (Gutiérrez-Zotes, Cortés, Valero, Peña y Labad, 2005); así como en otros idiomas, como el francés (Pelissolo et al., 2005), el italiano (Fossati et al., 2007) o el portugués (Goncalves y Cloninger, 2010).

Los 107 ítems que componen las escalas de temperamento de la versión española del TCI-R son evaluados mediante una escala dicotómica de Verdadero ("V") y Falso ("F"). El coeficiente α total del test es de ,84 y el de las subescalas oscila entre ,76 y ,87 (Gutiérrez-Zotes et al., 2005; Pedrero, 2006).

2.1.2.3. Evaluación de los motivos de consumo (T2)

La versión modificada del cuestionario revisado de motivos de consumo de alcohol (M DMQ-R; Mezquita et al., sometido) (Anexo VI)

El cuestionario M DMQ-R consta de 28 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos que va de 1 "casi nunca / nunca" a 5 "casi siempre / siempre". Evalúa motivos de consumo sociales (5 ítems), de afrontamiento de la ansiedad (4 ítems), de afrontamiento de la depresión (9 ítems), motivos de animación (5 ítems) y motivos de conformidad (5 ítems). La estructura de cinco factores del instrumento ha mostrado ser la más adecuada tanto en estudiantes canadienses como en población general española (Grant et al., 2007; Mezquita et al., sometido) e invarianza factorial entre varones y mujeres en ambas muestras. Asimismo, los índices de consistencia interna de la versión española ($\alpha = ,63 - ,88$; Mezquita et al., sometido) del cuestionario son similares a los de la versión original ($\alpha = ,61 - ,91$; Grant et al., 2007), mostrando además buenos índices de fiabilidad test-retest y validez discriminante.

2.1.2.4. Evaluación del consumo de alcohol (T2)

Escala de consumo de cannabis y otras drogas (CODIS-SF) (Anexo VII)

El CODIS-SF es un cuestionario diseñado por nuestro grupo de investigación a partir del Alcohol Intake Scale (AIS; Grau y Ortet, 1999) para evaluar el consumo de diversas sustancias, como el alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas. En cuanto al uso de alcohol, el CODIS-SF contiene, por una parte, una escala de frecuencia de consumo general con el objetivo de controlar aquellos participantes que no han consumido alcohol en toda su vida y, por otra parte, contiene dos escalas que evalúan la frecuencia y la cantidad de alcohol consumida entre semana y en fin de semana.

Así, los participantes tienen que indicar el número de días entre semana (de lunes a jueves) y en fin de semana (de viernes a domingo) en los que consumen cuatro tipos distintos de bebidas (cerveza, vino, combinados o cubatas y licores sin combinar), por lo que el ran-

go de frecuencia entre semana va de 0 a 16, mientras que el rango de consumo en fin de semana va de 0 a 12.

En cuanto a la cantidad de alcohol, los participantes indican el número de consumiciones que beben entre semana (de lunes a jueves) y en fin de semana (de viernes a domingo) de cuatro tipos de bebidas (cerveza, vino, combinados o cubatas y licores sin combinar)¹. Las unidades informadas han sido convertidas a Unidades de Bebida Estándar (UBEs; Rodríguez-Martos, Gual y Llopis, 1999). Así, mientras el vino y la cerveza se contabilizan como una UBE, los combinados o licores sin combinar se contabilizan como 2 UBEs. En España una UBE equivale a 10 gramos de alcohol.

Índice de problemas relacionados con el alcohol (RAPI, White y Labouvie, 1989) (Anexo VIII)

El cuestionario RAPI consta de 23 ítems que evalúan la frecuencia con la que a cada persona le han ocurrido una serie de acontecimientos mientras consumía alcohol o como consecuencia del consumo (p.e. "intentaste disminuir o abandonar la bebida" o "descuidaste tus responsabilidades") durante los últimos tres años. La escala va de 0 "nunca" a 4 "más de diez veces".

El cuestionario RAPI ha sido diseñado para evaluar problemas derivados del consumo en jóvenes. Los índices de consistencia interna estimados para la escala global del RAPI van de ,85 a ,95 (p.e., Carey y Correia, 1997; Levy y Earleywine, 2003; Read, Kahler, Strong y Colder, 2006), mientras que las correlaciones significativas entre la escala y el consumo de alcohol van de ,28 a ,70 (p.e., Borsari, Neal, Collins y Carey, 2001; Levy y Earleywine, 2003). Aunque inicialmente se propusieron la existencia de tres factores que describían distintos aspectos del consumo problemático, tanto los autores del cuestionario como estudios de validación posterior apuntan a la adecuación de utilizar una puntuación global debido a la elevada correlación entre los distintos factores (Martens, Neighbors, Dams-O'Connor, Lee y Larimer, 2007; White y Labouvie, 1989). Además, la versión adaptada al castellano del cuestionario ha mostrado índices de consistencia adecuados en jóvenes adultos ($\alpha = ,86$, Mezquita et al., 2010).

¹ La misma variable de cantidad de alcohol consumida entre semana y fin de semana del CODIS-SF, fue incluida en la evaluación realizada en T1 con el objetivo de controlar posteriormente el efecto del consumo de alcohol previo (T1) en el consumo actual (T2).

El test de identificación de los trastornos por uso de alcohol (AUDIT, Babor, Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro, 2001) (Anexo VIII)

El AUDIT es un cuestionario diseñado para detectar el alcoholismo. Consta de 10 preguntas breves, entre ellas un ítem diseñado para explorar la existencia de patrones de consumo por atracción. La escala de respuesta va de 0 "nunca consumo 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión" a 4 "consumo 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión a diario o casi a diario".

2.1.3. Procedimiento

Los estudios de tipo longitudinal poseen claras ventajas con respecto a las investigaciones transversales, ya que nos permiten estudiar y predecir el cambio en el tiempo de variables concretas (Weiss, 2005) e investigar el valor predictivo de las variables estudiadas (Duncan, Duncan, Strycker, Li y Alpert, 1999). Sin embargo, la elevada dificultad y coste de este tipo de estudios ha hecho que en nuestro país se hayan desarrollado pocas investigaciones prospectivas cuya conducta objeto de estudio sea el consumo de alcohol (p.e. Luengo, Carrillo-de-la-Pena, Otero y Romero, 1994; Oliva, Parra y Sánchez-Queija, 2008; Romero, Luengo y Sobral, 2001).

Dado que los primeros años de la edad adulta son cruciales para el desarrollo de patrones de consumo problemáticos (Casswell, Pledger y Pratap, 2002), nos planteamos estudiar de forma longitudinal-prospectiva cómo diferentes variables biopsicosociales podrían influir en el desarrollo de patrones estables de uso y abuso de alcohol en adultos jóvenes. Así, durante el curso 2004-2005 se contactó con estudiantes de distintas licenciaturas de la Universitat Jaume I (UJI) que, a su vez, contactaron con otros participantes no universitarios.

Los participantes realizaron una serie de pruebas de laboratorio y rellenaron los cuestionarios. Además, se evaluó el consumo de alcohol en T1 con el objetivo de poder controlar su efecto en el T2. Por el tiempo empleado en cumplimentar las pruebas, gastos de desplazamiento, etc., recibieron una compensación económica de 20 euros.

Cinco años más tarde, durante el curso 2009-2010 se volvió a contactar con los participantes por vía telefónica y, en algunos casos, mediante correo electrónico para pedirles que volvieran a cumplimentar las escalas. Los participantes que accedieron a continuar en la investigación lo hicieron por dos vías alternativas, acudiendo a la UJI a recoger y rellenar los

cuestionarios, o por vía postal. En ambos casos recibieron una compensación económica de 30 euros.

Tanto en la evaluación inicial como cinco años más tarde, los participantes fueron informados sobre los fundamentos y objetivos del proyecto de investigación y sobre el trato confidencial que se le daba a los datos. Además, en ambos momentos temporales, facilitaron el consentimiento informado.

2.2. ANÁLISIS

En primer lugar se realizó un análisis exploratorio de las puntuaciones de cada participante en cada uno de los cuestionarios. Si un participante tenía más de un 5% de valores perdidos en alguno de los tests se eliminaba de la muestra ($N = 18$); si el porcentaje era menor del 5% se reemplazó el valor perdido por la media del sujeto en la escala a la que pertenecía el valor perdido.

Se realizaron análisis de consistencia interna de cada una de las subescalas que componían los cuestionarios con el objetivo de verificar su fiabilidad. También se realizaron análisis descriptivos de toda la muestra ($N = 305$) y diferenciando por varones ($N = 116$) y mujeres ($N = 189$). Además, mediante pruebas *t* de Student comparamos las puntuaciones en personalidad y maltrato evaluadas en T1 y las variables de motivos y consumo de alcohol evaluadas en T2 entre ambos géneros.

Con el objetivo de explicar la mayor cantidad de varianza de las variables de personalidad con el menor número de factores y simplificar la interpretación de los análisis posteriores, de acuerdo con las propuestas de Markon et al. (2005), realizamos un análisis factorial exploratorio en el que se incluyeron todas las dimensiones de personalidad evaluadas mediante el NEO-FFI, SCSR-S, EPQ-RS y TCI-R. El método de extracción utilizado fue el de ejes principales y rotación oblimin. Con el objetivo de conocer si el método de extracción era el adecuado para nuestros datos, se realizó la prueba de esfericidad de Bartlett y se calculó el índice de adecuación de la muestra Kaiser - Meyer - Oklin (KMO). Índices de χ^2 significativos en la prueba de esfericidad y KMO superiores a .50 indicarían una adecuación del método de extracción utilizado a los datos. Con el objetivo de comprobar la adecuación del número de factores extraídos mediante el análisis factorial exploratorio se realizó una prueba de análisis paralelo. Este tipo de procedimiento se recomienda en estudios en los que se trabaja con multitud de variables (Weiss, 2005) y, en especial, si se utilizan posteriormente análisis de ecuaciones estructurales con muestras no muy grandes (Hoyle, 1995).

Posteriormente realizamos análisis de ecuaciones estructurales utilizando el programa Estructural Equation Modeling Software 6.1. (EQS; Bentler y Wu, 2003). Debido a que los análisis exploratorios de los datos indicaron no normalidad en la distribución de los datos (coeficientes de Mardia > 70; Mardia, 1970), la estimación de las relaciones se llevó a cabo mediante los métodos robustos de Satorra-Bentler (Satorra y Bentler, 2001).

Los índices de bondad de ajuste que se utilizaron para evaluar la adecuación del modelo a los datos fueron: ji cuadrado, ji cuadrado normado, Comparative Fit Index (CFI; Bentler, 1990), Incremental Fit Index (IFI, Bollen, 1989a), McDonald Fit Index (MFI, McDonald, 1989), Root Mean Square Residual (RMSEA, Steiger y Lind, 1980) y el intervalo de confianza al 90% del RMSEA (MacCallum, Browne y Sugawara, 1996). Para que se considere que el modelo se ajusta a los datos, el estadístico ji cuadrado debe no ser significativo (Bollen, 1989a); mientras que el ji cuadrado normado, que se obtienen dividiendo el ji cuadrado por el número de grados de libertad ($\chi^2 / g.l.$) debe situarse entre valores mayores de uno y menores de dos (Carmines y McIver, 1981). Valores de CFI, IFI y MFI mayores de ,95 indican un ajuste adecuado de los datos al modelo hipotetizado (Hu y Bentler, 1999), en el caso del RMSEA, se consideran valores adecuados aquellos que son iguales o menores a ,05 (Browne y Cudeck, 1993). Una vez ajustado el modelo estructural final, estudiamos los efectos directos de las variables independientes en las variables dependientes y, además, realizamos un estudio de mediación con el objetivo de conocer la magnitud y significación de los efectos totales e indirectos (Baron y Kenny, 1986).

Con el objetivo de comprobar que el modelo era invariante entre varones y mujeres, se realizó un análisis multigrupo del modelo estructural final (Byrne, 2006; Hoyle, 1995). Existen diversos criterios para comprobar la invarianza, basándonos en el test de $\Delta\chi^2$, el cual debe ser no significativo para considerar invarianza, o el ΔCFI el cual debe de ser menor de ,01 y resulta más adecuado cuando se utilizan métodos robustos (Byrne, 2006; Cheung y Rensvold, 2002).

Además, y con el objetivo de extraer hipótesis más robustas respecto a la influencia de las variables evaluadas en T1 y el consumo en T2, decidimos controlar esta última variable por el consumo en T1. Para ello, y basándonos en parte en análisis similares realizados por Stewart y Devine (2001), hicimos lo siguiente:

- Creamos una nueva variable de consumo entresemana en T2 realizando un factorial entre las UBEs consumidas entresemana y la frecuencia entresemana en T2.
- Realizamos un análisis de regresión en el que la variable dependiente era el nuevo factor de consumo entresemana en T2 y la variable independiente eran las UBEs consumi-

das entresemana en T1. Los residuales de dicho análisis se guardaron como una nueva variable que representaba el consumo entresemana "puro" consumido en T2 sin la varianza compartida con el consumo entresemana en T1. El mismo procedimiento se siguió con el consumo de fin de semana.

Con las nuevas variables dependientes realizamos un análisis de vías en el que se introdujeron las mismas relaciones entre las variables existentes en el modelo estructural final. Además, al igual que en el modelo estructural, se comprobó la invarianza del modelo entre ambos grupos de género.

Finalmente, nos planteamos explorar los perfiles psicosociales, es decir, las características de personalidad, motivos de consumo y historia de maltrato, de personas con patrones específicos de consumo. Para ello realizamos tres análisis multivariantes de covarianza (MANCOVAs) en los que se introdujo como covariables la edad y el género y como factores:

- Los problemas derivados del consumo de alcohol.

Para obtener la variable dicotómica que se introdujo en el análisis MANCOVA, primero realizamos un análisis de clúster de K medias (Everitt, Landay y Leese, 2001) con el que clasificamos a los participantes en dos grupos, aquellos que presentaban problemas relacionados con el consumo bajos-moderados y aquellos que presentaban problemas derivados elevados.

- El consumo por atracón.

El factor de consumo por atracón estaba formado por dos grupos de participantes, aquellos que informaron que nunca consumían seis o más consumiciones por ocasión y aquellos que informaron consumir por atracón desde menos de una vez al mes hasta de forma diaria.

- El tipo de patrón de consumo según la OMS.

Según los criterios de la OMS realizamos dos grupos: consumidores moderados (varones < 28 UBEs, mujeres < 17 UBEs) y consumidores de riesgo / problemáticos (varones ≥ 28 UBEs, mujeres ≥ 17 UBEs). La variables dicotómica resultante fue la que se introdujo en el análisis MANCOVA.

2.3. RESULTADOS

2.3.1. Análisis descriptivos

En la Tabla 6 se incluyen las medias y desviaciones típicas y los índices de consistencia interna de toda la muestra en cada una de las subescalas. Además, se presentan las puntuaciones obtenidas por los varones y por las mujeres de forma separada, así como las pruebas t con el objetivo de explorar diferencias significativas entre ambos grupos de género.

Además, respecto a los patrones de consumo de la muestra, en T1, el 83,3% de los participantes presentaban un consumo moderado de alcohol según criterios de la OMS, mientras que el 16,7% presentaba un consumo problemático o de riesgo. En T2, el 72,1% eran consumidores moderados, mientras que el 27,9% eran consumidores problemáticos o de riesgo. El 51,1% de los participantes disminuyeron el número de UBEs totales consumidas semanalmente, mientras que el 7,9% continuaron consumiendo la misma cantidad de alcohol y el 40,3% la incrementaron.

Respecto a las frecuencias de maltrato informadas en T1, éstas se presentan en la Figura 13. Como se puede ver en la gráfica, la incidencia de maltrato en la muestra es baja, principalmente para el abuso sexual y abuso físico; mientras que el abuso emocional y negligencia emocional serían más frecuentes.

Tabla 6. Consistencia interna, medias y desviaciones típicas de toda la muestra en cada una de las escalas, así como medias y desviaciones típicas por género y pruebas *t*.

Instrumento	Escalas	α	Toda la muestra (N = 305)	Varones (N = 116)	Mujeres (N = 189)	<i>t</i>	
T1	CTQ-SF	Abuso físico	,52	5,33 (1,02)	5,38 (1,02)	5,31 (1,03)	,60
		Abuso emocional	,81	6,61 (2,70)	6,34 (2,18)	6,77 (2,97)	1,34
		Abuso sexual	,92	5,40 (1,84)	5,21 (1,45)	5,51 (2,04)	1,41
		Negligencia física	,20	5,72 (1,27)	6,00 (1,42)	5,56 (1,14)	3,01**
		Negligencia emocional	,81	8,08 (3,07)	8,78 (3,28)	7,65 (2,86)	3,18**
	NEO-FFI	Neuroticismo	,83	19,51 (7,73)	16,46 (7,19)	21,39 (7,47)	5,68***
		Extraversión	,79	30,89 (6,46)	30,48 (6,09)	31,14 (6,69)	,87
		Apertura	,73	28,97 (6,15)	28,42 (6,50)	29,30 (5,92)	1,21
		Amabilidad	,80	33,02 (6,19)	31,04 (6,65)	34,23 (5,57)	4,50***
		Responsabilidad	,86	29,20 (7,47)	28,41 (7,52)	29,69 (7,42)	1,45
	SCSR-S	Sensibilidad a la recompensa	,81	6,37 (3,88)	8,01 (3,79)	5,36 (3,58)	6,13***
		Sensibilidad al castigo	,83	4,98 (3,58)	4,47 (3,27)	5,30 (3,73)	1,99*
	EPQ-RS	Extraversión	,76	9,12 (2,55)	8,94 (2,73)	9,23 (2,43)	,96
		Psicoticismo	,73	3,18 (2,56)	3,91 (2,68)	2,72 (2,38)	4,04***
		Neuroticismo	,82	4,04 (3,25)	3,32 (2,93)	4,49 (3,36)	3,09**
	TCI-R	Búsqueda de novedad	,78	21,22 (5,85)	21,45 (6,28)	21,08 (5,58)	,53
		Evitación del daño	,85	15,16 (6,40)	13,16 (6,08)	16,39 (6,30)	4,40***
		Dependencia de la recompensa	,69	16,95 (3,62)	15,11 (3,63)	18,08 (3,13)	7,58***
		Persistencia	,60	4,33 (1,94)	4,16 (1,94)	4,44 (1,94)	1,20
T2	M DMQ-R	Sociales	,67	2,88 (,76)	2,81 (,82)	2,92 (,72)	1,24
		Afrontamiento de la ansiedad	,66	1,45 (,54)	1,54 (,62)	1,40 (,49)	2,12*
		Afrontamiento de la depresión	,91	1,32 (,50)	1,40 (,59)	1,26 (,44)	2,41*
		Animación	,86	2,17 (,91)	2,24 (,93)	2,12 (,90)	1,09
		Conformidad	,73	1,20 (,37)	1,22 (,39)	1,18 (,35)	1,05
	CODIS	UBES entresemana	-	1,57 (2,93)	2,60 (3,98)	,94 (1,78)	5,00***
		UBES fin de semana	-	8,84 (6,45)	11,48 (7,82)	7,22 (4,79)	5,90***
		Frecuencia entresemana	-	,85 (1,20)	1,27 (1,42)	,59 (,95)	5,00***
		Frecuencia fin de semana	-	2,80 (1,69)	3,32 (1,90)	2,49 (1,46)	4,30***
	AUDIT	Consumo por atracón	-	,860 (,894)	1,22 (1,011)	,640 (,735)	5,74***
	RAPI	Problemas derivados	,90	7,30 (9,21)	9,90 (11,43)	5,71 (7,10)	3,95***

Nota. * $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

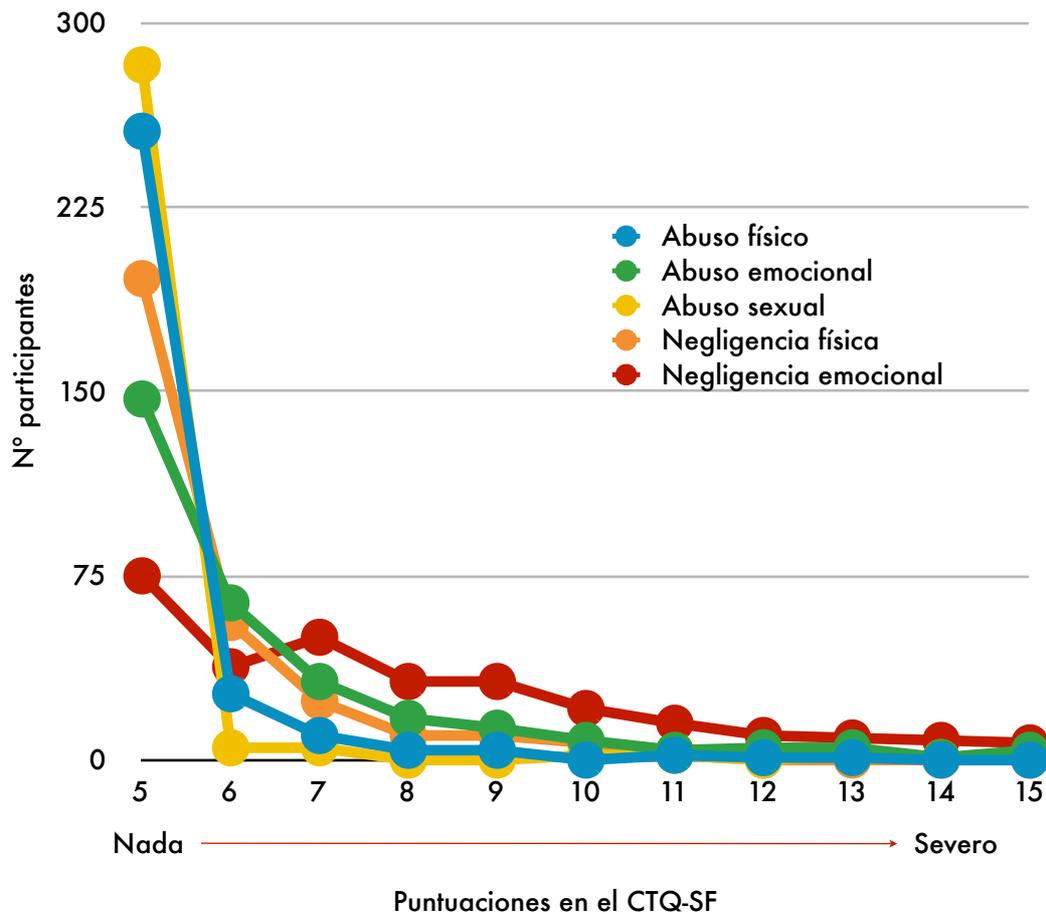


Figura 13. Frecuencias del maltrato (T1).

Nota. Índices de curtosis: abuso sexual = 32,73, abuso físico = 23,04, abuso emocional = 10,14, negligencia física = 4,01 y negligencia emocional = 1,13.

2.3.2. Análisis factorial exploratorio de las distintas dimensiones de personalidad

La significación del estadístico ji cuadrado ($\chi^2 = 1813,98$; g.l. = 91; $p = ,000$) y el índice KMO ($,75$), indicaron que los datos poseían las características apropiadas para realizar el análisis factorial exploratorio. El análisis paralelo indicó la adecuación de un modelo de cuatro factores (véase Figura 14). El porcentaje de varianza explicada mediante el modelo de cuatro factores ascendió al 67,83%. El primer factor (emotividad negativa) explicó el 28,80% de la varianza, el segundo factor (desinhibición antagonista) explicó el 17,05% de la varianza, el tercer factor (emotividad positiva) explicó el 11,54% de la varianza y el cuarto factor (desinhibición irresponsable) explicó el 10,44% de la varianza. Las saturaciones factoriales de cada una de las dimensiones en el factor correspondiente se presentan en la

Tabla 7. Cada uno de los factores resultantes se guardó en la base de datos como un nuevo factor de personalidad (véase p.e. Ibáñez et al., 2010).

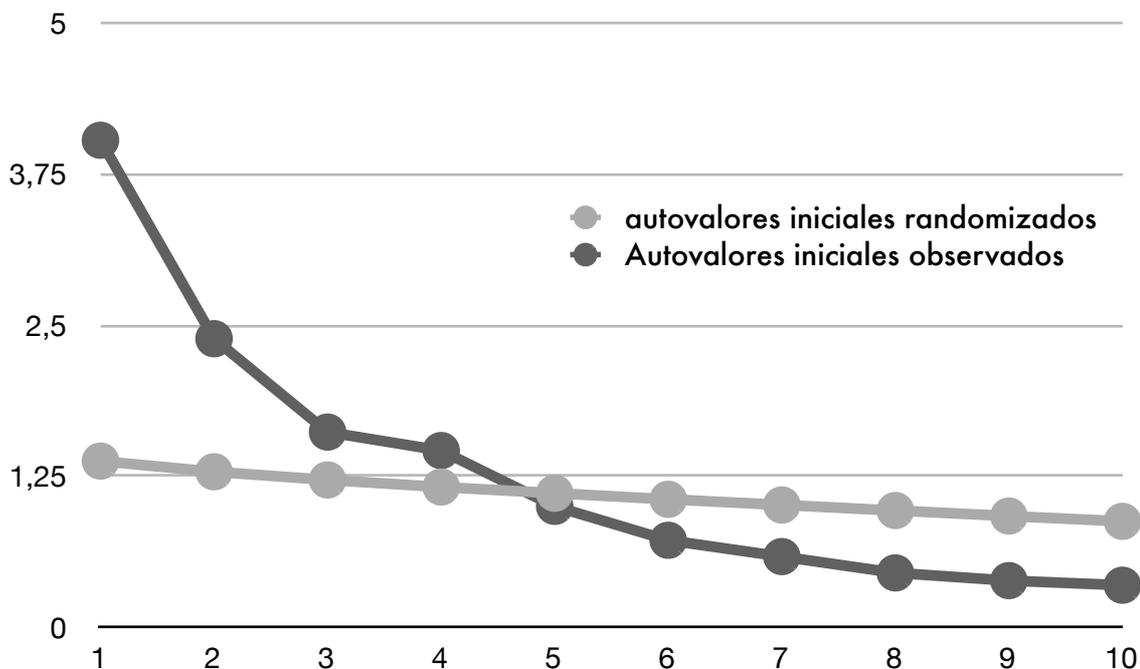


Figura 14. Análisis paralelo.

Tabla 7. Saturaciones factoriales.

	Emotividad negativa	Desinhibición antagonista	Emotividad Positiva	Desinhibición irresponsable
Neuroticismo (NEO-FFI)	,89	,01	,15	,00
Evitación del daño (TCI-R)	,76	-,22	-,28	,07
Neuroticismo (EPQ-RS)	,75	,13	,12	-,05
Sensibilidad al castigo (SCSR-S)	,64	-,01	-,18	,06
Dependencia de la recompensa (TCI-R)	,23	-,66	,42	-,15
Amabilidad (NEO-FFI)	-,26	-,66	,13	,02
Sensibilidad a la recompensa (SCSR-S)	,02	,59	,23	-,27
Psicoticismo (EPQ-RS)	-,04	,51	,18	,23
Búsqueda de novedad (TCI-R)	-,09	,22	,69	,32
Extraversión (EPQ-RS)	-,33	-,03	,57	-,24
Extraversión (NEO-FFI)	-,44	-,10	,56	-,22
Apertura (NEO-FFI)	,03	-,02	,26	,01
Responsabilidad (NEO-FFI)	-,19	-,11	-,14	-,76
Persistencia (TCI-R)	,07	,09	,01	-,71

Nota. Análisis de ejes principales, rotación oblimin. En negrita todas aquellas saturaciones factoriales mayores de ,30.

2.3.3. Análisis de ecuaciones estructurales

En el modelo estructural inicial se incluyeron todas las vías entre las variables de T1 y T2 postuladas en el apartado de hipótesis, además de las correlaciones entre las propias variables de maltrato, personalidad y los motivos de consumo (véase Figura 15).

Todos los parámetros se estimaron libremente, a excepción de la vía entre el factor de consumo entresemana y las UBEs entresemana, y el factor de consumo en fin de semana y las UBEs en fin de semana que se fijaron a 1. No obstante, aunque algunos de los índices mostraban que el modelo se aproximaba bastante a los datos, éstos no fueron del todo satisfactorios (véase Tabla 8).

Así, se siguieron las sugerencias del Lagrange Multivariate test (LM test) sobre la inclusión de las vías entre las variables desinhibición antagonista - consumo entresemana, desinhibición antagonista - consumo por atracción, maltrato psicológico - problemas derivados y maltrato físico - problemas derivados. El LM test también sugirió la correlación entre los errores de las UBEs entresemana - problemas derivados, UBEs fin de semana - problemas derivados y frecuencia entresemana - frecuencia fin de semana. Además, el Walt test indicó la necesidad de eliminar las vías no significativas entre los motivos sociales y el consumo, los motivos de conformidad con los problemas derivados, la desinhibición antagonista y los motivos de animación, la desinhibición irresponsable y motivos de afrontamiento de la ansiedad y el abuso sexual con todas las variables de personalidad. Debido a la no relación del abuso sexual con cualquiera de las variables incluidas en el modelo, se procedió a eliminar dicha variable del modelo estructural. Tras reespecificar el modelo, este se ajustó de forma adecuada a los datos (véase Tabla 8). En la Figura 16 se puede ver la solución estandarizada completa del modelo estructural final.

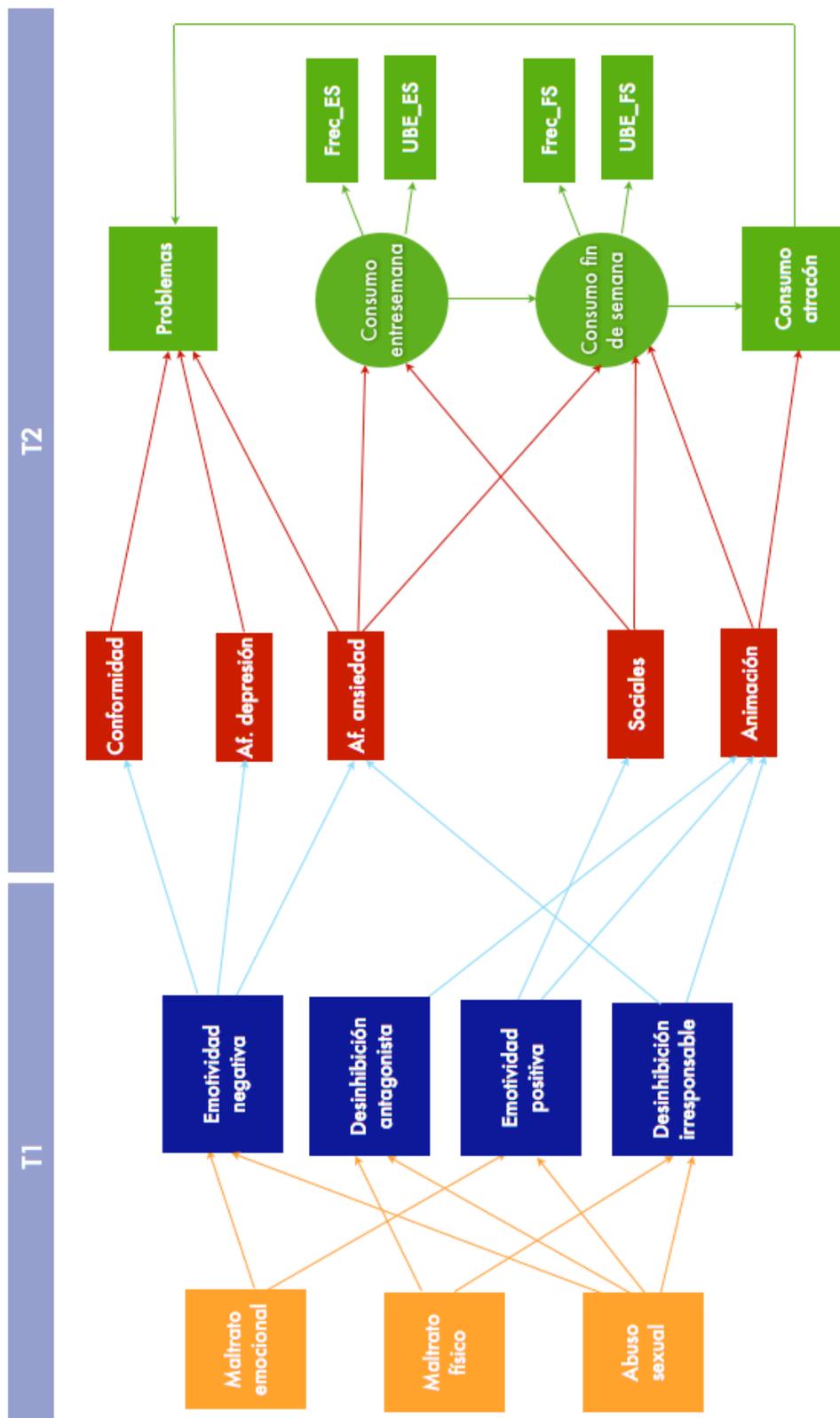


Figura 15. Modelo estructural hipotetizado.

Nota. Frec_ES = frecuencia de consumo entresemana, Frec_FS = frecuencia de consumo en fin de semana, UBEs_ES = UBEs consumidas entresemana, UBEs_FS = UBEs consumidas en fin de semana.

Tabla 8. Índices de bondad de ajuste del modelo hipotetizado y el modelo final.

Índices de bondad de ajuste	Modelo hipotetizado	Modelo final
χ^2 Satorra- Bentler	167,720	107,094
Grados de libertad	100	91
p	,000	,119
CFI	,938	,986
IFI	,941	,986
MFI	,895	,974
RMSEA (90% intervalo confianza)	,047 (.034, .059)	,024 (.000, .041)
$\chi^2 / g.l.$	1,677	1,177

En las Tablas 9 y 10 se presentan los índices estandarizados β , errores estándar, prueba t y significación del efecto total del modelo estructural final y de los efectos indirectos respectivamente. Las correlaciones entre las distintas variables del modelo estructural final se presentan en la Tabla 11.

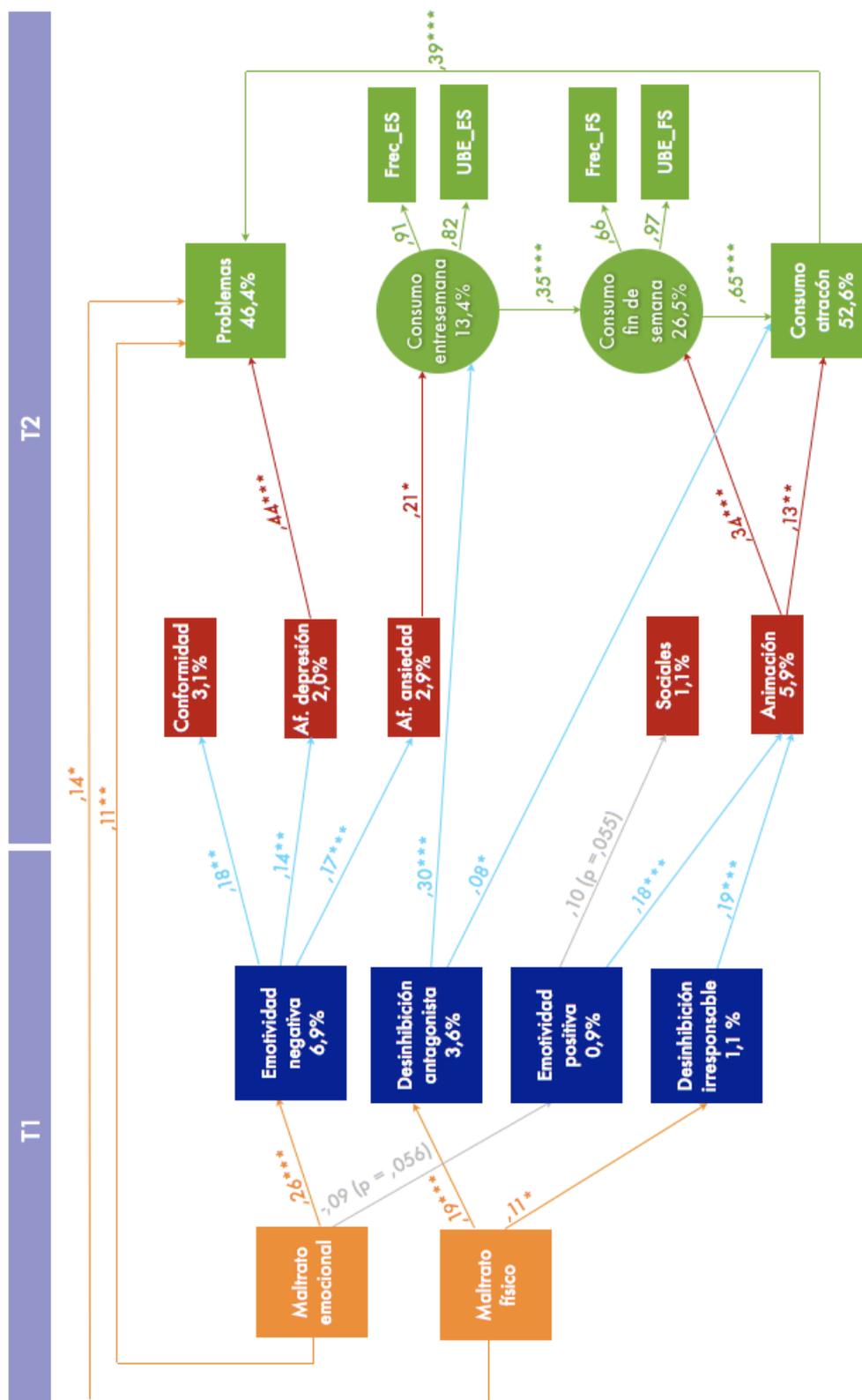


Figura 16. Solución estandarizada del modelo estructural final.

Nota. Sobre las líneas coeficientes β a * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. En los recuadros porcentaje de varianza explicado (R^2). En gris, vías no significativas incluidas en el modelo. Frec_ES = frecuencia de consumo entresemana, Frec_FS = frecuencia de consumo en fin de semana, UBEs_ES = UBEs consumidas entresemana, UBEs_FS = UBES consumidas en fin de semana.

Tabla 9. Índices estandarizados β del efecto total al 95% para las vías del modelo final, errores estandarizados (EE), prueba t y significación.

	β	EE	t	p
Maltrato psicológico → Emotividad negativa	,263	,009	5,480	,000
Maltrato físico → Desinhibición antagonista	,189	,026	3,480	,001
Maltrato psicológico → Emotividad positiva	-,094	,009	-1,918	,056
Maltrato físico → Desinhibición irresponsable	,107	,025	2,053	,041
Emotividad positiva → sociales	,104	,045	1,929	,055
Maltrato psicológico → sociales	-,010	,001	-1,328	,185
Emotividad negativa → afrontamiento de la ansiedad	,169	,024	4,071	,000
Maltrato psicológico → afrontamiento de la ansiedad	,044	,001	3,373	,001
Emotividad negativa → afrontamiento de la depresión	,140	,025	2,912	,004
Maltrato psicológico → afrontamiento de la depresión	,037	,001	2,622	,009
Emotividad positiva → animación	,181	,041	4,341	,000
Desinhibición irresponsable → animación	,189	,040	4,831	,000
Maltrato físico → animación	,020	,005	1,937	,054
Maltrato psicológico → animación	-,017	,002	-1,805	,072
Emotividad negativa → conformidad	,175	,021	3,178	,002
Maltrato psicológico → conformidad	,046	,001	2,786	,006
Emotividad negativa → Consumo por atracción	,008	,004	2,071	,039
Desinhibición antagonista → Consumo por atracción	,149	,038	3,858	,000
Emotividad positiva → Consumo por atracción	,064	,018	3,539	,000
Desinhibición irresponsable → Consumo por atracción	,067	,018	3,767	,000
Afrontamiento de la ansiedad → Consumo por atracción	,046	,035	2,175	,030
Animación → Consumo por atracción	,354	,052	6,661	,000
Consumo entresemana → Consumo por atracción	,223	,021	3,909	,000
Consumo fin de semana → Consumo por atracción	,648	,010	9,303	,000
Maltrato físico → Consumo por atracción	,035	,006	2,849	,005
Maltrato psicológico → Consumo por atracción	-,004	,001	-1,057	,291
Emotividad negativa → Problemas derivados	,065	,235	2,633	,009
Desinhibición antagonista → Problemas derivados	,058	,189	3,106	,002
Emotividad positiva → Problemas derivados	,025	,078	3,143	,002
Desinhibición irresponsable → Problemas derivados	,026	,078	3,349	,001
Afrontamiento de la ansiedad → Problemas derivados	,018	,154	1,947	,052
Afrontamiento de la depresión → Problemas derivados	,444	1,409	5,651	,000
Animación → Problemas derivados	,137	,287	4,746	,000
Consumo por atracción → Problemas derivados	,389	,538	7,350	,000
Consumo entresemana → Problemas derivados	,087	,098	3,342	,001
Consumo fin de semana → Problemas derivados	,252	,057	6,318	,000
Maltrato físico → Problemas derivados	,157	,297	2,586	,010
Maltrato psicológico → Problemas derivados	,124	,076	2,969	,003
Emotividad negativa → Consumo entresemana	,035	,037	2,375	,018

	β	EE	t	p
Desinhibición antagonista → Consumo entresemana	,301	,218	3,683	,000
Afrontamiento de la ansiedad → Consumo entresemana	,207	,360	2,527	,012
Maltrato físico → Consumo entresemana	,057	,030	2,412	,016
Maltrato psicológico → Consumo entresemana	,009	,002	2,099	,037
Emotividad negativa → Consumo fin de semana	,012	,038	2,086	,038
Desinhibición antagonista → Consumo fin de semana	,104	,204	3,573	,000
Emotividad positiva → Consumo fin de semana	,061	,127	3,313	,001
Desinhibición irresponsable → Consumo fin de semana	,064	,127	3,521	,000
Afrontamiento de la ansiedad → Consumo fin de semana	,072	,375	2,198	,029
Animación → Consumo fin de semana	,339	,427	5,476	,000
Consumo entresemana → Consumo fin de semana	,345	,222	4,088	,000
Maltrato físico → Consumo fin de semana	,026	,031	2,906	,004
Maltrato psicológico → Consumo fin de semana	-,003	,005	-,674	,501

Nota. En negro vías significativas, en gris oscuro tendencias y en gris claro vías no significativas.

Tabla 10. Índices estandarizados β del efecto indirecto al 95% para las vías del modelo final, errores estandarizados (EE), prueba t y significación.

	β	EE	t	p
Maltrato psicológico → sociales	-,010	,001	-1,328	,185
Maltrato psicológico → afrontamiento de la ansiedad	,044	,001	3,373	,001
Maltrato psicológico → afrontamiento de la depresión	,037	,001	2,622	,009
Maltrato físico → animación	,020	,005	1,937	,054
Maltrato psicológico → animación	-,017	,002	-1,805	,072
Maltrato psicológico → conformidad	,046	,001	2,786	,006
Emotividad negativa → Consumo por atracción	,008	,004	2,316	,021
Desinhibición antagonista → Consumo por atracción	,067	,019	3,530	,000
Emotividad positiva → Consumo por atracción	,064	,018	3,539	,000
Desinhibición irresponsable → Consumo por atracción	,067	,018	3,767	,000
Afrontamiento de la ansiedad → Consumo por atracción	,049	,035	2,175	,030
Animación → Consumo por atracción	,220	,042	5,139	,000
Consumo entresemana → Consumo por atracción	,223	,021	3,909	,000
Maltrato físico → Consumo por atracción	,035	,006	2,849	,005
Maltrato psicológico → Consumo por atracción	-,004	,001	-1,057	,291
Emotividad negativa → Problemas derivados	,065	,235	2,633	,009
Desinhibición antagonista → Problemas derivados	,058	,189	3,106	,002
Emotividad positiva → Problemas derivados	,025	,078	3,143	,002
Desinhibición irresponsabilidad → Problemas derivados	,026	,078	3,349	,001
Afrontamiento de la ansiedad → Problemas derivados	,018	,154	1,947	,052
Animación → Problemas derivados	,137	,287	5,562	,000

	β	EE	t	p
Consumo entresemana → Problemas derivados	,087	,098	3,342	,001
Consumo fin de semana → Problemas derivados	,252	,057	6,318	,000
Maltrato físico → Problemas derivados	,014	,027	2,528	,012
Maltrato psicológico → Problemas derivados	,015	,013	2,057	,041
Emotividad negativa → Consumo entresemana	,035	,037	2,375	,018
Maltrato físico → Consumo entresemana	,057	,030	2,412	,016
Maltrato psicológico → Consumo entresemana	,009	,002	2,099	,037
Emotividad negativa → Consumo fin de semana	,012	,038	2,086	,038
Desinhibición antagonista → Consumo fin de semana	,104	,204	3,573	,000
Emotividad positiva → Consumo fin de semana	,061	,127	3,313	,001
Desinhibición irresponsable → Consumo fin de semana	,064	,127	3,521	,000
Afrontamiento de la ansiedad → Consumo fin de semana	,072	,375	2,198	,029
Maltrato físico → Consumo fin de semana	,026	,031	2,906	,004
Maltrato psicológico → Consumo fin de semana	-,003	,005	-,674	,501

Nota. En negro vías significativas, en gris oscuro tendencias y en gris claro vías no significativas.

Tabla 11. Correlaciones entre las distintas variables del modelo estructural final.

	correlación	p
Maltrato físico - Maltrato psicológico	,517	,000
Emotividad negativa - Desinhibición antagonista	-,028	,575
Emotividad negativa - Emotividad positiva	-,259	,000
Emotividad negativa - Desinhibición irresponsable	,179	,009
Desinhibición antagonista - Emotividad positiva	,130	,037
Desinhibición antagonista - Desinhibición irresponsable	,217	,000
Emotividad positiva - Desinhibición irresponsable	-,130	,031
Sociales - Afrontamiento de la ansiedad	,404	,000
Sociales - Afrontamiento de la depresión	,203	,000
Sociales - Animación	,481	,000
Sociales - Conformidad	,271	,000
Afrontamiento de la ansiedad - Afrontamiento de la depresión	,648	,000
Afrontamiento de la ansiedad - Animación	,571	,000
Afrontamiento de la ansiedad - Conformidad	,405	,000
Afrontamiento de la depresión - Animación	,389	,000
Afrontamiento de la depresión - Conformidad	,389	,000
Animación - Conformidad	,218	,000
Error UBEs entresemana - Error problemas derivados	,249	,072
Error UBEs fin de semana - Error problemas derivados	,715	,001
Error frecuencia entresemana - Error frecuencia fin de semana	,357	,008

2.3.3.1. Análisis multigrupo

Con el objetivo de conocer si el modelo era invariante entre varones y mujeres, realizamos un análisis de ecuaciones estructurales multigrupo (véase Tabla 12). Para explorar la invarianza configural se liberó la vía entre el factor de consumo entresemana y las UBEs entresemana y la vía entre el factor de consumo de fin de semana y las UBEs en fin de semana. A su vez se fijó la vía entre el factor de consumo entresemana y la frecuencia entresemana y la vía entre el factor de consumo en fin de semana y la frecuencia en fin de semana. Como se puede ver en la Tabla 12, los índices de ajuste no se modificaron prácticamente. Cuando añadimos las constricciones entre el factor de consumo entresemana y la frecuencia entresemana, así como entre el factor de consumo en fin de semana y la frecuencia en fin de semana, el modelo se ajustó adecuadamente a los datos. Además, el $\Delta\chi^2$ no fue significativo (véase Tabla 12), sugiriendo invarianza factorial. Si nos fijamos en el ΔCFI , éste no se modificó, sugiriendo nuevamente invarianza factorial. Cuando añadimos las constricciones entre las distintas vías del modelo entre los dos grupos de género, el estadístico ji cuadrado fue significativo a $p < ,05$. No obstante, los índices de ajuste fueron adecuados y el incremento en el ji cuadrado no fue significativo. Nuevamente, el ΔCFI fue inferior a $,01$, indicando invarianza entre los dos grupos de género.

Tabla 12. Índices de bondad de ajuste del análisis estructural multigrupo, prueba de invarianza configural y factorial, así como índices de bondad de ajuste tras añadir las constricciones entre las vías para varones y mujeres.

Índices de ajuste	Multigrupo	Invarianza configural	Invarianza factorial (constricciones)	Constricciones entre vías
χ^2 Satorra- Bentler	206,822	206,823	209,102	241,635
Grados de libertad	182	182	184	272
p	,100	,100	,099	,046
CFI	,980	,980	,980	,971
IFI	,981	,981	,981	,972
MFI	,960	,960	,960	,942
RMSEA	,030	,030	,030	,034
(90% intervalo confianza)	(,000, ,048)	(,000, ,048)	(,000, ,048)	(,008, ,050)
$\chi^2 / \text{g.l.}$	1,136	1,136	1,136	,888
$\Delta \chi^2$			2,279	32,533
$\Delta \text{g.l.}$			2	88
p (del cambio)			,320	1,000
ΔCFI			0	,009

2.3.4. Análisis de vías

Como hemos explicado previamente en el apartado de análisis, controlamos la cantidad de alcohol consumida entre semana y en fin de semana en T1 y realizamos un análisis de vías con las variables dependientes de consumo resultantes. Las vías que se introdujeron en el modelo fueron las mismas que en el modelo estructural final. El modelo se ajustó a los datos (véase Tabla 13). Todas las vías significativas en el análisis de ecuaciones estructurales se mantuvieron significativas en el análisis de vías (véase Figura 17). No obstante, la magnitud de algunas de las relaciones entre las variables disminuyeron ligeramente en magnitud (véase Anexos X, XI, XII). Además, el LM test no sugirió la inclusión de ninguna nueva vía.

Tabla 13. Índices de bondad de ajuste del análisis de vías controlando el consumo en T1, así como del análisis multigrupo entre varones y mujeres.

Índices de ajuste	Modelo inicial	Multigrupo	Multigrupo con constricciones entre vías
χ^2 Satorra- Bentler	83,427	141,035	172,357
Grados de libertad	67	134	155
<i>p</i>	,085	,322	,161
CFI	,979	,991	,979
IFI	,980	,992	,980
MFI	,973	,988	,972
RMSEA (90% intervalo confianza)	,028 (,000, ,046)	,019 (,000, ,044)	,027 (,000, ,048)
$\chi^2 / g.l.$	1,245	1,053	1,112
$\Delta \chi^2$			31,322
$\Delta g.l.$			21
<i>p</i> (del cambio)			,069
ΔCFI			,012

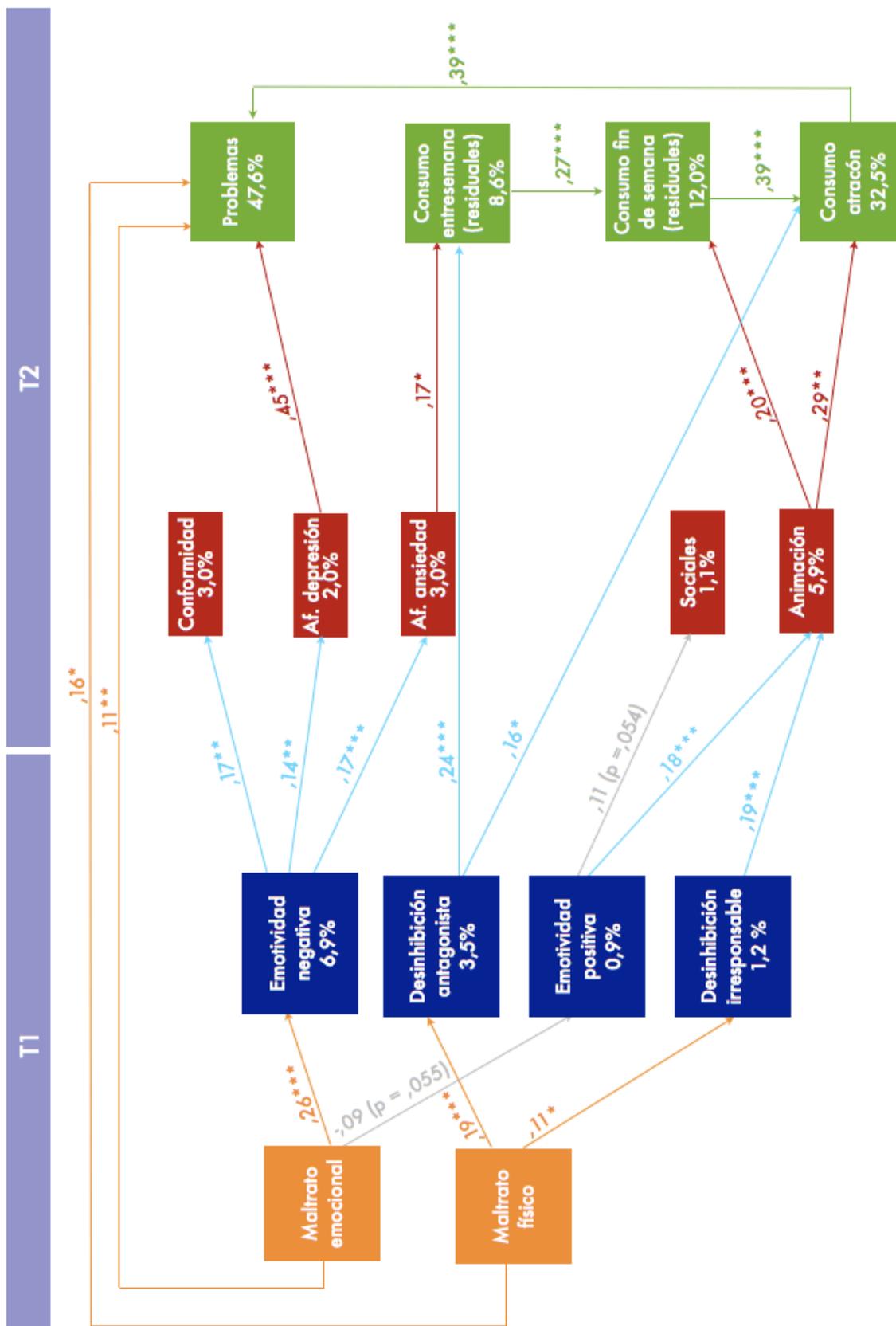


Figura 17. Solución estandarizada del modelo de vías final tras controlar el consumo en T1.

En cuanto a los efectos indirectos, desapareció la significación de la vía entre afrontamiento de la ansiedad - consumo por atracción ($\beta = ,018, p = ,108$), emotividad negativa - consumo por atracción ($\beta = ,003, p = ,116$), afrontamiento de la ansiedad - problemas derivados del consumo ($\beta = ,007, p = ,136$), emotividad negativa - consumo fin de semana ($\beta = ,008, p = ,105$) y afrontamiento de la ansiedad - consumo fin de semana ($\beta = ,045, p = ,098$). La vía indirecta entre el maltrato físico y motivos por animación pasó de ser tendencia a ser significativa ($\beta = ,021, p = ,050$), mientras que el maltrato psicológico con el consumo entre semana pasó de ser significativa a ser tendencia ($\beta = ,008, p = ,056$) (véase Anexo XI). Las correlaciones entre las distintas variables del modelo de vías se presentan en el Anexo XII.

A continuación, con el objetivo de conocer si el modelo de vías era invariante entre ambos grupos de género, se realizó un análisis de vías multigrupo. El modelo multigrupo se ajustó adecuadamente a los datos (véase Tabla 13). Cuando se añadieron las constricciones entre las vías para ambos grupos, el modelo se ajustó adecuadamente a los datos. El $\Delta \chi^2$ no fue significativo, indicando invarianza entre varones y mujeres. No obstante, el ΔCFI fue mayor de ,01. Los análisis post-hoc indicaron que la diferencia se encontraba en la vía entre los motivos de animación y el consumo en fin de semana (varones: $\beta = ,37$, mujeres: $\beta = ,17$).

2.3.5. Análisis de MANCOVAs

Se realizó un análisis de clusters de K medias con los 305 consumidores introduciendo como variable de agrupación los problemas derivados del consumo. Los resultados mostraron la adecuación de agrupar a los participantes en dos grupos que etiquetamos como "elevados problemas derivados del consumo" ($N = 46, 15\%$) y "problemas moderados derivados del consumo" ($N = 259, 85\%$). Las puntuaciones medias para ambos grupos en el cuestionario RAPI fueron de 24,96 (DT = 10,49) y 4,17 (DT = 3,90) respectivamente.

Posteriormente realizamos un análisis de ANCOVA multivariante en el que introdujimos el grupo de pertenencia (problemas moderados vs. problemas elevados) como factor; la edad y género como covariables; y todas las variables de personalidad y maltrato evaluadas en T1, así como los motivos y variables de consumo en T2 como variables independientes. Los resultados mostraron diferencias significativas entre ambos grupos ($F = 5,364, g.l. = 29, p = ,000, \text{Eta}^2 = ,363$) (véase Tabla 14).

Tabla 14. ANCOVA multivariante. Como factor severidad de los problemas derivados. Variables independientes: maltrato, personalidad, motivos de consumo, frecuencia y cantidad de alcohol.

Instrumento	Escalas	Problemas derivados elevados (N = 46)	Problemas derivados moderados (N = 259)	F	t	p	Eta ²	d
CTQ-SF	Abuso físico	5,91 (1,81)	5,23 (,76)	17,29	,68	,000	,054	,48
	Abuso emocional	8,36 (4,12)	6,30 (2,27)	23,50	2,06	,000	,072	,62
	Abuso sexual	5,87 (2,51)	5,31 (1,69)	3,52	,56	,061	,012	,26
	Negligencia física	6,41 (1,59)	5,60 (1,16)	16,27	,80	,000	,051	,58
	Negligencia emocional	8,79 (3,01)	7,96 (3,06)	2,85	,83	,093	,051	,27
NEO-FFI	Neuroticismo	21,98 (6,65)	19,98 (7,89)	5,94	2,91	,015	,019	,27
	Extraversión	29,70 (6,79)	31,10 (6,40)	1,81	1,41	,179	,006	,21
	Apertura	29,15 (5,90)	28,93 (6,21)	,05	,22	,826	,000	,04
	Amabilidad	31,57 (6,25)	33,27 (6,11)	3,14	1,72	,077	,010	,28
	Responsabilidad	26,45 (6,98)	29,69 (7,43)	7,30	3,24	,007	,024	,45
SCSR-S	Sensibilidad a la recompensa	6,80 (3,63)	6,29 (3,90)	,76	,51	,383	,003	,14
	Sensibilidad al castigo	5,16 (3,24)	4,95 (3,64)	,12	,21	,725	,000	,06
EPQ-RS	Extraversión	8,75 (2,48)	9,18 (2,56)	1,11	,43	,294	,004	,09
	Psicoticismo	3,59 (2,46)	3,10 (2,56)	1,45	,48	,230	,005	,19
	Neuroticismo	5,17 (3,10)	3,84 (3,26)	6,61	1,33	,011	,021	,42
TCI-R	Búsqueda de novedad	21,97 (5,98)	21,09 (5,81)	,91	,89	,341	,003	,15
	Evitación del daño	16,89 (6,03)	14,86 (6,46)	4,13	2,03	,043	,014	,32
	Dependencia de la recompensa	16,70 (3,62)	17,99 (3,61)	,31	,30	,580	,001	,08
	Persistencia	4,34 (1,96)	4,33 (1,94)	,00	,00	,993	,000	,00
M DMQ-R	Sociales	3,22 (,69)	2,82 (,76)	10,81	,40	,001	,035	,55
	Afrontamiento de la ansiedad	1,88 (,59)	1,38 (,50)	35,47	,50	,000	,105	,91
	Afrontamiento de la depresión	1,79 (,74)	1,23 (,39)	54,25	,55	,000	,153	,93
	Animación	2,79 (,90)	2,06 (,87)	26,65	,73	,000	,081	,83
	Conformidad	1,32 (,44)	1,17 (,35)	6,05	,15	,014	,020	,37
CODIS	UBES ES	3,08 (4,43)	1,30 (2,47)	15,55	1,78	,000	,049	,49
	UBES FS	13,66 (9,42)	7,99 (5,18)	37,66	5,68	,000	,111	,75
	Frecuencia ES	1,27 (1,36)	,77 (1,15)	7,34	,50	,007	,024	,40
	Frecuencia FS	3,36 (2,06)	2,70 (1,59)	6,19	,66	,013	,020	,36
AUDIT	Consumo por atracón	1,52 (1,00)	,74 (,80)	36,43	,78	,000	,108	,86

Nota. ES = entresemana. FS = fin de semana. En negro diferencias significativas, en gris oscuro tendencias, en gris claro diferencias no significativas. Medias y desviaciones típicas corregidas a edad = 21,18, género = 1,62 [1 = varones, 2 = mujeres]. Valores de d de Cohen de ,20, ,50 y ,80 se corresponden con un tamaño del efecto pequeño, medio y grande respectivamente (Cohen, 1992).

Posteriormente, diferenciamos dos grupos de consumidores, los que informaban no consumir nunca por atracón (seis o más bebidas por ocasión) (41%) y aquellos que si presentaban este tipo de patrón de consumo (59%).

Realizamos un análisis de ANCOVA multivariante en el que introducimos el patrón de consumo (consumo por atracón vs. no consumo por atracón) como factor; la edad y género como covariables; y todas las variables de personalidad y maltrato evaluadas en T1, así como los motivos y variables de consumo en T2 como variables independientes. Los resultados muestran que existen diferencias significativas entre ambos grupos ($F = 4,639$, g.l. = 29, $p = ,000$, $Eta^2 = ,330$) (véase Tabla 15).

Por último, mediante un análisis de MANCOVA exploramos las diferencias entre las distintas variables independientes evaluadas en T1 y T2 introduciendo como factor el grupo de consumo según la OMS (moderado vs. problemático / de riesgo, ver pág. 79). Los resultados muestran la existencia de diferencias significativas entre ambos grupos ($F = 5,856$, g.l. = 26, $p = ,000$, $Eta^2 = ,634$) (Véase Tabla 16).

Tabla 15. ANCOVA multivariante. Como factor patrón de consumo por atracción. Variables independientes: maltrato, personalidad, motivos de consumo, frecuencia y cantidad de alcohol.

Instrumento	Escalas	No atracción (N = 126)	Consumo por atracción (N = 179)	F	t	p	Eta ²	d
CTQ-SF	Abuso físico	5,36 (1,00)	5,32 (1,04)	,15	,05	,702	,000	,05
	Abuso emocional	6,46 (2,38)	6,72 (2,92)	,61	,26	,44	,002	,10
	Abuso sexual	5,50 (2,20)	5,33 (1,54)	,57	,17	,45	,002	,09
	Negligencia física	5,75 (1,32)	5,71 (1,24)	,08	,04	,779	,000	,03
	Negligencia emocional	8,09 (2,99)	8,08 (3,13)	,00	,01	,973	,000	,00
NEO-FFI	Neuroticismo	18,99 (8,09)	19,89 (7,49)	1,00	,90	,318	,003	,06
	Extraversión	30,51 (6,35)	31,16 (6,54)	,69	,65	,407	,002	,10
	Apertura	29,29 (6,24)	28,74 (6,97)	,54	,55	,462	,002	,04
	Amabilidad	34,17 (5,59)	32,20 (6,33)	7,58	1,97	,006	,025	,33
	Responsabilidad	30,33 (7,64)	28,41 (7,22)	4,53	1,92	,034	,015	,26
SCSR-S	Sensibilidad a la recompensa	5,93 (3,66)	6,68 (3,91)	2,94	,75	,088	,010	,20
	Sensibilidad al castigo	5,19 (3,50)	4,84 (3,63)	,64	,35	,425	,002	,10
EPQ-RS	Extraversión	8,91 (2,60)	9,27 (2,50)	1,41	,36	,236	,005	,14
	Psicoticismo	3,08 (2,43)	3,25 (2,62)	,33	,174	,564	,001	,07
	Neuroticismo	3,78 (3,49)	4,23 (3,09)	1,32	,45	,251	,004	,14
TCI-R	Búsqueda de novedad	20,16 (5,56)	21,97 (5,90)	6,90	1,81	,009	,022	,32
	Evitación del daño	15,31 (6,16)	15,06 (6,53)	,11	,24	,745	,000	,04
	Dependencia de la recompensa	17,08 (3,52)	16,87 (3,64)	,27	,21	,602	,001	,06
	Persistencia	4,50 (2,09)	4,22 (1,82)	1,40	,28	,238	,005	,14
M DMQR	Sociales	2,66 (,73)	3,03 (,76)	16,24	,36	,000	,051	,49
	Afrontamiento de la ansiedad	1,34 (,50)	1,54 (,56)	9,64	,20	,002	,031	,38
	Afrontamiento de la depresión	1,24 (,47)	1,37 (,51)	5,10	,14	,025	,017	,28
	Animación	1,82 (,85)	2,41 (,87)	31,77	,59	,000	,095	,69
	Conformidad	1,17 (,37)	1,22 (,36)	1,13	,05	,289	,004	,13
CODIS	UBES ES	,79 (1,34)	2,12 (3,51)	15,71	1,33	,000	,050	,50
	UBES FS	5,22 (3,33)	11,39 (6,53)	92,69	6,17	,000	,235	1,19
	Frecuencia ES	,52 (,88)	1,07 (1,31)	16,30	,55	,000	,051	,50
	Frecuencia FS	2,05 (1,37)	3,34 (1,65)	48,23	1,29	,000	,138	,85
RAPI	Problemas derivados	4,35 (5,91)	9,38 (10,23)	23,31	5,03	,000	,072	,60

Nota. ES = entresemana. FS = fin de semana. En negro diferencias significativas, en gris oscuro tendencias, en gris claro diferencias no significativas. Medias y desviaciones típicas corregidas a edad = 21,18, género = 1,62 [1 = varones, 2 = mujeres]. Valores de d de Cohen de ,20, ,50 y ,80 se corresponden con un tamaño del efecto pequeño, medio y grande respectivamente (Cohen, 1992).

Tabla 16. ANCOVA multivariante. Como factor grupo de consumo según la OMS. Variables independientes: maltrato, personalidad, motivos de consumo, frecuencia de consumo y cantidad de alcohol.

Instrumento	Escalas	Moderado (N = 220)	Problemático / riesgo (N = 85)	F	t	p	Eta ²	d
CTQ-SF	Abuso físico	5,27 (.88)	5,50 (1,32)	2,46	,32	,120	,021	,20
	Abuso emocional	6,42 (2,25)	7,11 (3,60)	3,26	,79	,074	,028	,20
	Abuso sexual	5,33 (1,73)	5,57 (2,11)	5,44	,67	,021	,046	,12
	Negligencia física	5,70 (1,25)	5,79 (1,33)	1,01	,29	,318	,009	,07
	Negligencia emocional	8,13 (3,09)	7,96 (3,03)	,36	,40	,547	,003	,06
NEO-FFI	Neuroticismo	18,89 (7,92)	21,12 (7,13)	3,09	2,54	,082	,027	,30
	Extraversión	31,03 (6,45)	30,53 (6,54)	1,83	1,66	,179	,016	,08
	Apertura	28,96 (6,03)	29,00 (6,49)	,04	,27	,834	,000	,01
	Amabilidad	33,68 (5,78)	31,30 (6,76)	12,72	4,50	,001	,101	,38
	Responsabilidad	29,48 (7,49)	28,48 (7,38)	,27	,79	,603	,002	,13
SCSR-S	Sensibilidad a la recompensa	6,09 (3,93)	7,08 (3,57)	,00	,01	,992	,000	,26
	Sensibilidad al castigo	4,94 (3,50)	5,11 (3,79)	,13	,24	,718	,001	,05
EPQ-RS	Extraversión	9,14 (2,48)	9,06 (2,73)	2,42	,85	,122	,021	,03
	Psicoticismo	3,03 (2,53)	3,55 (2,56)	,48	,36	,491	,004	,20
	Neuroticismo	3,77 (3,33)	4,75 (2,98)	2,47	,93	,119	,021	,31
TCI-R	Búsqueda de novedad	21,00 (5,70)	21,78 (6,16)	,02	,15	,902	,000	,13
	Evitación del daño	14,85 (6,32)	15,98 (6,62)	1,95	1,70	,166	,017	,17
	Dependencia de la recompensa	17,17 (3,61)	16,40 (3,57)	4,92	1,58	,029	,042	,21
	Persistencia	4,40 (1,95)	4,16 (1,91)	2,05	,56	,155	,018	,13
M DMQ-R	Sociales	2,80 (.75)	3,09 (.75)	5,62	,38	,019	,047	,39
	Afrontamiento de la ansiedad	1,36 (.48)	1,71 (.61)	21,14	,53	,000	,158	,65
	Afrontamiento de la depresión	1,24 (.38)	1,53 (.69)	14,69	,43	,000	,115	,52
	Animación	1,98 (.84)	2,65 (.91)	29,23	,90	,000	,205	,76
	Conformidad	1,17 (.35)	1,25 (.39)	3,89	,16	,051	,033	,21
AUDIT	Consumo por atracción	,58 (.68)	1,59 (.91)	100,4	1,49	,000	,470	1,3
RAPI	Problemas derivados	5,19 (6,14)	12,78 (12,63)	39,14	12,22	,000	,257	,76

Nota. En negro diferencias significativas, en gris oscuro tendencias, en gris claro diferencias no significativas. Medias y desviaciones típicas corregidas a edad = 21,18, género = 1,62 [1 = varones, 2 = mujeres]. Valores de d de Cohen de ,20, ,50 y ,80 se corresponden con un tamaño del efecto pequeño, medio y grande respectivamente (Cohen, 1992).

3. DISCUSIÓN

El objetivo de la presente tesis doctoral era estudiar de forma longitudinal-prospectiva cómo influyen las experiencias de maltrato sufridas durante la infancia y las características de personalidad en el desarrollo posterior del consumo de alcohol y problemas derivados del consumo, bien directamente y/o a través de variables cognitivas proximales como los motivos de consumo de alcohol. Con el objetivo de abordar y discutir cada una de las hipótesis de partida, así como comentar cada uno de los resultados hallados, a continuación seguiremos la estructura planteada en el apartado de resultados.

3.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS ESCALAS Y LA MUESTRA

3.1.1. Fiabilidad

El primer paso antes de comentar cualquier resultado de una investigación basada en las respuestas de autoinforme de los propios participantes es evaluar si los instrumentos utilizados son fiables. Para ello realizamos análisis de consistencia interna mediante el índice alfa de Cronbach. Se consideran índices adecuados a valores iguales o mayores a ,70, y en torno a ,60 en escalas que contienen menos de diez ítems (Loewenthal, 1996). No obstante, índices de consistencia interna muy elevados podrían reflejar la existencia de más ítems de los necesarios a la hora de evaluar un constructo y, por tanto, más que indicar consistencia podrían indicar redundancia (Boyle, 1991; John y Soto, 2007).

Según estos criterios, las escalas de abuso emocional, abuso sexual y negligencia emocional presentaron buenos índices de consistencia interna. Sin embargo, el alfa de Cronbach fue moderada en el caso de la escala de abuso físico (,52) y muy baja en el caso de la negligencia física (,20). Estos resultados son similares a los obtenidos en un estudio previo de validación del CTQ-SF en suizos, donde en estudiantes y población no clínica los índices de consistencia interna de la subescala de negligencia física eran de ,34 y ,47 respectivamente. No obstante, en el caso de pacientes con ansiedad, víctimas de incesto, alcohólicos en tratamiento y población clínica eran de ,67, ,83, ,61 y ,68 respectivamente (Gerdner y Allgulander, 2009). Estos resultados podrían atribuirse a que la negligencia física es poco frecuente en la población general (véase la Figura 13), lo que podría explicar, en parte, la baja relación entre los distintos ítems que componen la escala en la presente muestra. Además, Gerdner y Allgulander (2009) hacen referencia a la heterogeneidad de la escala y, por tanto, a la necesidad de revisarla.

Además, el CTQ fue desarrollado no tanto para evaluar factores latentes y generales de estilos de maltrato, sino como una medida retrospectiva de evaluación de conductas específicas de maltrato sufridas durante la infancia. Por ello, otro indicador relevante de la fia-

bilidad de las escalas sería su estabilidad temporal. En este sentido, las correlaciones de las escalas entre T1 y T2 eran de ,61 para el abuso sexual, ,63 y ,74 para la negligencia y abuso emocional, y ,37 y ,61 para la negligencia y abuso físico. Por ello, y atendiendo también al patrón de intercorrelaciones que encontramos en este estudio, y a la literatura revisada, agrupamos las escalas de maltrato en dos variables de maltrato físico y emocional. Las correlaciones después de cinco años para estas escalas fueron de ,50 y ,74, respectivamente. Por tanto, estos índices mostrarían una relativa estabilidad en las respuestas que los participantes daban en las agrupaciones utilizadas en el presente trabajo y, en consecuencia, que estas serían relativamente fiables.

En lo que respecta a las escalas que evalúan las distintas dimensiones de personalidad, éstas presentaron buenos índices de consistencia interna, con alfas de Cronbach en las dimensiones del NEO-FFI de ,73 (apertura) a ,86 (responsabilidad), de ,81 y ,83 en las dimensiones de sensibilidad al castigo y sensibilidad a la recompensa del SCSR-S, y de ,73 (psicoticismo) a ,82 (neuroticismo) en las dimensiones del EPQ-RS. En cuanto a los índices de consistencia interna de las escalas del TCI-R, éstos eran adecuados para la búsqueda de novedad (.78) y evitación del daño (.85). No obstante, la dependencia de la recompensa (.69) y la escala de persistencia (.60), presentan índices un tanto menores, aunque cabe señalar que esta última escala tan solo contiene 8 ítems.

En cuanto a los índices de consistencia interna de las escalas de motivos de consumo, éstas mostraron valores adecuados para las cinco escalas, con alfas de Cronbach de ,66 en la escala de afrontamiento de la ansiedad (con solo 4 ítems) a ,91 en la escala de afrontamiento de la depresión (con 9 ítems). En este caso el incremento en los índices de consistencia interna se correspondió con el incremento en el número de ítems que componen cada una de las escalas de motivos de consumo. Por ello, en futuras investigaciones se podría tratar de homogeneizar el número de ítems que forman cada una de las escalas, sobre todo en el caso de los motivos de afrontamiento de la depresión.

Respecto al cuestionario RAPI que evalúa los problemas asociados con el consumo de alcohol, el alfa de Cronbach fue de ,90. No obstante, esta elevada consistencia, al igual que sucede con los motivos de afrontamiento de la depresión, podría reflejar un cierto grado de redundancia, por lo que Neal, Corbin y Fromme (2006) aconsejan la utilización de una versión reducida del cuestionario (18 ítems) con el objetivo de incrementar la utilidad clínica del mismo.

En definitiva, los datos sobre consistencia interna de los instrumentos utilizados muestran, en general, una adecuada fiabilidad, y son similares a los descritos en las versiones originales de los cuestionarios. Además, estudios previos realizados por nuestro grupo de

investigación apoyarían la validez de estos instrumentos en la evaluación de los constructos subyacentes (Alemany et al., sometido; Ibáñez et al., 2010; Maestre, 2009; Mezquita et al., 2010). No obstante, la escala de negligencia física muestra índices inadecuados. Aunque este resultado se ha encontrado en otros estudios realizados en población general, y en el presente estudio esta escala se ha agrupado en una variable más amplia de maltrato físico (con índices de estabilidad al cabo de cinco años aceptables), los resultados relacionados con la negligencia física deberían ser tomados con precaución.

3.1.2. Consumo de alcohol y variables psicosociales

Con relación a los datos descriptivos relacionados con el consumo de alcohol, encontramos un incremento del 11,2% del consumo problemático o de riesgo, según criterios de la OMS, cuando comparamos los índices de consumo en T1 con los del T2. Además, los resultados mostraron que el consumo de alcohol de la muestra se concentraba en los fines de semana. Así, mientras que la cantidad media de alcohol consumida entre semana equivaldría a una o dos cervezas, esta ascendería a una media de nueve cervezas o cuatro o cinco combinados durante el fin de semana. Lo mismo sucedió con la frecuencia de consumo, ya que durante la semana la media estaba en menos de un día de consumo, mientras que durante los fines de semana se consumiría prácticamente todos los días. Además, de media, se producirían episodios de consumo por atracón casi una vez al mes. Estos resultados estarían en la línea de los índices de consumo informados por la población española de 15 a 64 años a través de las encuestas realizadas por el PNSD (2010).

Estos patrones de consumo se mantuvieron en varones y mujeres. No obstante, cuando comparamos entre grupos de género, los varones consumían de forma significativa mayor cantidad de alcohol que las mujeres, lo hacían con mayor frecuencia, informaban de un patrón de consumo por atracón más habitual y desarrollaron más problemas derivados del consumo de alcohol. En la misma línea, el PNSD informó de mayores consumos de los varones de una amplia variedad de sustancias (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, etc.) excepto de hipnosedantes, los cuales eran consumidos mayormente por mujeres. Respecto al alcohol, aunque existía una tendencia ascendente en el número de borracheras informadas durante el último año respecto a los datos de años anteriores, tanto en los varones como en las mujeres, las frecuencias de consumo informadas por los varones seguían siendo prácticamente el doble que las de las mujeres (PNSD, 2010).

Las diferencias entre varones y mujeres, no solo se produjeron en las variables de consumo de alcohol. Los varones presentaron puntuaciones significativamente mayores en las

escalas de negligencia física y negligencia emocional en comparación con las mujeres. No obstante, no se encontraron diferencias entre ambos grupos en los distintos tipos de abuso, en línea con estudios previos realizados en países desarrollados (Gilbert et al., 2009).

En cuanto a las características de personalidad, las mujeres mostraron puntuaciones más altas en las dimensiones relacionadas con la emotividad negativa (neuroticismo del NEO-FFI y EPQ-RS, sensibilidad al castigo y evitación del daño), mientras que los varones puntuaron más en dimensiones relacionadas con la desinhibición (baja responsabilidad, sensibilidad a la recompensa, psicoticismo y menor dependencia de la recompensa) de forma similar a datos obtenidos en estudios previos (Costa y McCrae, 1992; Gutiérrez-Zotes et al., 2004; Ibañez et al., 2010; Ortet et al., 2001; Torrubia et al., 2001).

Respecto a los motivos de consumo, no encontramos diferencias significativas en función del género en los motivos de animación, mientras que los varones puntuaron más y de forma significativa en los motivos de consumo por afrontamiento de la ansiedad y afrontamiento de la depresión. Aunque existen pocos estudios que analicen las diferencias de género en los motivos de consumo, éstos parecen sugerir que el rol del género en los motivos difiere entre culturas y grupos de edad (véase Kuntsche et al., 2005; Cooper et al., 1992; Cooper, 1994; Grant et al., 2007). Si comparamos nuestros hallazgos con estudios previos realizados con población española, parece que en jóvenes (21 años), existirían diferencias significativas en motivos de animación (chicos > chicas; Mezquita et al., 2010), mientras que en edades posteriores, las diferencias se encontrarían en los motivos de afrontamiento de la ansiedad y afrontamiento de la depresión (26 años). En edades más avanzadas (40 años), sin embargo, las diferencias entre ambos grupos de género desaparecerían (Mezquita et al., sometido).

En definitiva, los datos descriptivos en relación a la personalidad, maltrato, motivos de consumo y los distintos patrones de uso y abuso de alcohol, por lo general, son comparables a los encontrados habitualmente, y los descritos en nuestro país.

3.2. ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD

De acuerdo con el gráfico de sedimentación y con el análisis paralelo, la estructura factorial que mejor se ajustaba a nuestros datos era de cuatro factores. Así, las escalas de neuroticismo del NEO-FFI y del EPQ-RS, la evitación del daño (TCI-R) y sensibilidad al castigo (SCSR-S) saturaron en un primer factor de emotividad negativa. Además, las escalas de extraversión del NEO-FFI y del EPQ-RS mostraron también saturaciones secundarias de $-.33$ y $-.44$ respectivamente en este factor. Estudios previos han descrito resultados similares, en los

que la baja emotividad positiva y la emotividad negativa correlacionaban ligeramente entre sí (Caseras, Ávila y Torrubia, 2003; Mitchell, Kimbrel, Hundt, Cobb, Nelson-Gray y Lootens, 2007; Sanz et al., 1999; Torrubia et al., 2001). Por otra parte, la baja amabilidad, además, de saturar en el factor de desinhibición antagonista ($,66$), saturó en el factor de emotividad negativa ($-,26$) en la línea de los resultados previos que muestran la existencia de varianza compartida entre la desinhibición antagonista y la emotividad negativa, aunque en menor medida de la varianza que comparte con la desinhibición irresponsable (Tellegen, 2000).

El segundo factor se correspondía con la desinhibición antagonista de Markon et al. (2005), y en él saturaban fundamentalmente la baja amabilidad, la sensibilidad a la recompensa, el psicoticismo y la baja dependencia de la recompensa. Esta última presentó una saturación secundaria de $,42$ en el factor de emotividad positiva, indicando que la dependencia a la recompensa además de aspectos de sociabilidad recoge aspectos de sensibilidad a los demás (Cloninger, 1986, 1998). Además, y aunque se ha propuesto que la actividad del SAC se relacionaría fundamentalmente con la extraversión (Corr, 2004; Depue y Collins, 1999; Smile et al., 2006), nosotros encontramos que la sensibilidad a la recompensa (al menos evaluada mediante la escala SR) se relaciona más con las características de desinhibición, en concreto la desinhibición antagonista ($,59$), que con la extraversión ($,23$), de forma similar a estudios previos (Ibáñez et al., 2010; Mitchell et al., 2007), y en la línea propuesta por Pickering y Gray (1999).

El tercer factor de emotividad positiva comprendía fundamentalmente las escalas de extraversión del NEO-FFI y del EPQ-RS, la búsqueda de novedad, y la apertura a la experiencia, aunque la saturación de esta última escala era tan sólo de $,26$. La búsqueda de novedad, además, presentaba saturaciones secundarias en los factores de desinhibición, especialmente en el de desinhibición irresponsable, de acuerdo con los resultados de estudios previos (De Fruyt, Van de Wiele y Van Heeringer, 2000; Ibáñez et al., 2010).

Finalmente, la baja responsabilidad y la baja persistencia conformaron un cuarto factor de desinhibición irresponsable, en línea con lo encontrado en otros trabajos (Ibáñez et al., 2010; Markon et al., 2005).

En definitiva, nuestros datos indican que en la base de los modelos biodisposicionales estudiados existirían cuatro grandes factores que podríamos denominar emotividad positiva, emotividad negativa, desinhibición antagonista y desinhibición irresponsable. El examen detallado de las saturaciones de las diferentes escalas revelan una estructura virtualmente idéntica a la encontrada por Markon et al. (2005). Además, al igual que en estudios previos (Digman, 1997; Markon et al., 2005), la apertura a la experiencia saturó levemente en el factor de emotividad positiva, indicando que esta dimensión no estaría bien representada en

la solución de cuatro factores y, por tanto, que este dominio no está bien capturado en los modelos de Eysenck, Gray o Cloninger. No obstante, y aunque la apertura a la experiencia representa una fuente importante de diferencias individuales en personalidad independiente de las cuatro dimensiones descritas (McCrae y Costa, 2008), su papel parece poco relevante en relación al consumo de alcohol (Ibáñez et al., 2010; Malouff et al., 2007; Ruiz et al., 2003), a los motivos de consumo (Stewart y Devine, 2000, Stewart et al., 2001) o en relación al maltrato (Mathews et al., 2008). Los datos obtenidos en la presente investigación van también en esta línea (véase tabla de correlaciones; ANEXO XIII), por lo que finalmente decidimos utilizar la estructura de cuatro factores en los diferentes análisis que se han realizado.

3.3. RELACIÓN DE LAS VARIABLES PSICOSOCIALES CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

3.3.1. Variables psicosociales y consumo de alcohol

De acuerdo con la literatura revisada, se hipotetizó un modelo de ecuaciones estructurales con las distintas vías directas, así como las posibles efectos de mediación entre las variables psicosociales y el consumo de alcohol. Inicialmente, el modelo hipotetizado no se ajustó a los datos, aunque los índices de ajuste mostraron que estaba bastante próximo. Por ello, y tras realizar unas pocas reespecificaciones sugeridas por el programa estadístico EQS, el modelo final mostró buenos índices de ajuste, llegando a explicar el 13,4% de la varianza del consumo entresemana, el 26,5% del consumo de fin de semana, el 52,6% de la varianza del consumo por atracción y el 46,4% de la varianza de los problemas derivados del consumo.

Tal y como habíamos hipotetizado, el maltrato psicológico y el maltrato físico se asociaron con el consumo de alcohol cinco años más tarde. Así, tanto el maltrato físico ($\beta = ,157, p = ,010$) como el maltrato psicológico ($\beta = ,124, p = ,003$) predijeron los problemas derivados del consumo de alcohol. Además, el maltrato físico predijo el consumo por atracción ($\beta = ,035, p = ,005$), el consumo entresemana ($\beta = ,057, p = ,016$) y el consumo de fin de semana ($\beta = ,026, p = ,004$) de forma significativa (véase Tabla 8); mientras que el maltrato psicológico predijo levemente el consumo entresemana ($\beta = ,009, p = ,037$). Por tanto, aunque ambos tipos de maltrato se asociaron con variables del consumo, el papel del mal-

trato físico sería mayor que el del maltrato psicológico a la hora de predecir el consumo de alcohol.

Sin embargo, y en contra de nuestras hipótesis, el abuso sexual no se relacionó con ninguna variables del modelo, por lo que fue eliminado de la ecuación estructural. Estudios previos habían encontrado relación entre el abuso sexual y el consumo de alcohol de forma consistente, especialmente cuando se trataba de abuso sexual severo (Brown et al., 2009; Clark et al., 1997; Galaif et al., 2001; Hamelin et al., 2009; Koss et al., 2003; Perera y Østbye, 2009; Simpson y Miller, 2002; Smith et al., 2010; Tonmyr et al., 2010). Por ello, es posible que la ausencia de relación en nuestro estudio pudiera atribuirse a las características de la muestra, ya que en mayor medida se trata de estudiantes universitarios, con una baja frecuencia de abuso sexual informado (el 92,8% de los participante informaron no haber sufrido nunca abuso sexual) en comparación con estudios previos realizados con este tipo de población (Pereda y Forns, 2007) y, por tanto, con una baja variabilidad en las puntuaciones (véase Figura 15).

De acuerdo con las hipótesis, parte del efecto del maltrato en el consumo posterior de alcohol estaba mediado por la personalidad y los motivos de consumo. Sin embargo, el maltrato también se relacionó de forma directa con los problemas derivados del consumo, sugiriendo que, o bien existe un efecto directo entre el maltrato y los problemas asociados al alcohol, o bien existirían otras variables no contempladas en el modelo que mediarían en esta relación (p.e. el consumo de los padres).

En cuanto a las variables de personalidad, la emotividad negativa predijo principalmente los problemas derivados del consumo ($\beta = ,065$, $p = ,009$) y el consumo entresemana ($\beta = ,035$, $p = ,018$) evaluados cinco años más tarde; mientras que la desinhibición antagonista predijo principalmente el consumo entresemana ($\beta = ,301$, $p = ,000$) y el consumo por atracón ($\beta = ,149$, $p = ,000$), seguidos del consumo en fin de semana ($\beta = ,104$, $p = ,009$) y en menor medida los problemas derivados del consumo ($\beta = ,058$, $p = ,002$). No obstante, la cantidad de varianza explicada de los problemas derivados del consumo fue similar a la predicha por la emotividad negativa.

Así, la emotividad negativa y la desinhibición (antagonista) serían las variables de personalidad que se asociarían principalmente con los problemas derivados, en línea con lo encontrado en estudios previos (Angelescu et al., 2010; Ball, 2005; Coëffec, en prensa; Ham y Hope, 2003; Kotov et al., 2010; Littlefield et al., 2010a; Mezquita et al., 2010; Ruiz et al., 2003, 2008; Van Schoor et al., 2008). No obstante, diferentes metaanálisis señalan que el efecto de la baja amabilidad, perteneciente al factor de orden superior de desinhibición

antagonista, desaparecería en estudios longitudinales (Malouff et al., 2007), pero este no parece ser nuestro caso. Ello podría ser atribuible a que nuestro factor de desinhibición antagonista recoge no sólo aspectos de baja amabilidad, sino también de sensibilidad a la recompensa, psicoticismo y baja dependencia de la recompensa, confiriendo a este factor connotaciones más antinormativas y antisociales.

Por su parte, la emotividad positiva y la desinhibición irresponsable predijeron de forma similar tanto el consumo de fin de semana ($\beta = ,061, p = ,001$; $\beta = ,064, p = ,000$) como el consumo por atracción ($\beta = ,064, p = ,000$; $\beta = ,067, p = ,000$), y en menor medida los problemas derivados del consumo ($\beta = ,025, p = ,002$; $\beta = ,026, p = ,001$), sugiriendo así que, ambas variables de personalidad se asociarían con patrones menos problemáticos del uso de alcohol. Esto no es sorprendente en el caso de la emotividad positiva, ya que se ha asociado con consumos moderados de alcohol, y parece tener un papel más relevante a edades tempranas que con posterioridad desaparece (George et al., 2010; Hong y Paunonen, 2009; Ibáñez et al., 2008; Kubicka et al., 2001; Peterson et al., 2005; Van Schoor et al., 2008). Sin embargo, en estudios previos, parece ser la baja responsabilidad, más que la baja amabilidad, la que se asocia en mayor magnitud con el consumo problemático (Malouff et al., 2007; Ruíz et al., 2003), mientras que en nuestro estudio parece ser la desinhibición antagonista la que más se asociaría con los problemas derivados del consumo. Como ya se ha indicado, nuestro factor de desinhibición antagonista no se correspondería estrictamente con la baja amabilidad. De igual forma, el factor de desinhibición irresponsable no se corresponde exactamente con la baja responsabilidad, ya que incluye también aspectos de baja persistencia, y esta última escala muestra menor relación que la responsabilidad con el uso y abuso de alcohol (p.e. Ibáñez et al., 2010). Esto podría explicar, en parte, la discrepancia encontrada entre el presente estudio y los metaanálisis de Ruíz et al. (2003) o Malouff et al., (2007). Además, es posible que la menor asociación entre la desinhibición irresponsable y los problemas derivados del consumo, con relación a la amabilidad antagonista, se deba también a la covarianza compartida entre la desinhibición antagonista y la desinhibición irresponsable ($r = ,217; p = ,000$).

Es importante señalar que, mientras la relación entre la desinhibición antagonista y las variables de consumo de alcohol fue directa, la emotividad negativa, la emotividad positiva y la desinhibición irresponsable se relacionaron con las variables de consumo a través de las variables cognitivas, como veremos más adelante.

Por lo que se refiere a las variables cognitivas, los motivos que se relacionaron principalmente con el consumo de alcohol fueron los motivos cuya fuente de refuerzo era interna (Stewart et al., 2001). Además, se evidenció un patrón diferencial en cuanto a la relación de

cada uno de los motivos y las variables de consumo de alcohol y problemas derivados (Carey y Correia, 1997; Cooper et al., 1992; Cooper, 1994; Kuntsche et al., 2010; Simons, Correia, Carey y Borsari, 1998).

Los motivos de consumo por animación predijeron el consumo de fin de semana y el el consumo por atracón de forma similar a los resultados obtenidos en estudios previos (Kuntsche y Cooper, 2010; Kuntsche et al., 2008b, McCabe, 2002; Mezquita et al., sometido). Además, el consumo por atracón fue predicho por los motivos de animación tanto de forma directa como de forma indirecta a través del consumo de fin de semana, apuntando una mediación tan solo parcial del consumo de fin de semana en dicha relación. Por tanto, los motivos de animación se relacionarían con mayores consumos de alcohol en fin de semana, sin implicar siempre que estos consumos acabaran en borracheras.

Los motivos de animación, además, predijeron los problemas derivados del consumo de alcohol de forma significativa ($\beta = ,137$, $p = ,000$). No obstante, cuando se controló por el consumo de alcohol, la relación entre los motivos de animación y los problemas derivados del consumo desapareció, sugiriendo que la relación estaba totalmente mediada por el consumo de fin de semana y consumo por atracón. Estos resultados replicarían lo encontrado en estudios previos, en los cuales la relación entre los motivos de animación y los problemas relacionados con el consumo desaparecía tras controlar el consumo de alcohol (Cooper et al., 1992; Cooper, 1994; Stewart et al., 2001; Mezquita et al., 2010). Con todo, nuestros resultados aportarían evidencia de una asociación diferencial de los motivos de consumo de alcohol con los distintos patrones de consumo (Cooper et al., 1992; Cooper, 1994), así como sobre la importancia de diferenciar el consumo entre semana del consumo en fin de semana (Kuntsche y Cooper, 2010; Mezquita et al., sometido).

En cuanto a la relación entre los motivos de afrontamiento y el consumo de alcohol, los resultados mostraron que ambos motivos se relacionaban con distintas variables desenlace. Los motivos de afrontamiento de la ansiedad se relacionaron únicamente con el consumo entre semana ($\beta = ,207$, $p = ,012$), sugiriendo que las personas que informan motivos de afrontamiento de la ansiedad podrían consumir alcohol para afrontar el estrés diario derivado de la jornada laboral. En este sentido, y con el fin de verificar esta hipótesis, sería aconsejable incluir en posteriores estudios nuevos instrumentos de medida que evalúen el contexto en el que se producen estos consumos.

Por su parte, los motivos de afrontamiento de la depresión no se asociaron con el consumo de alcohol entre semana ni en fin de semana. Sin embargo, predijeron los problemas derivados del consumo ($\beta = ,444$, $p = ,000$), incluso en mayor medida que el propio

consumo de alcohol. Una posible explicación de estos datos sería que el elevado consumo de alcohol (causado por otras variables, por ejemplo los motivos de ansiedad y animación) llevaría a que se experimentaran mayores problemas relacionados con el mismo. Ello haría que, por ejemplo, se experimentaran síntomas de abstinencia del alcohol, o que se experimentaran situaciones problemáticas con la familia o en el trabajo, lo que produciría un incremento del estado afectivo negativo, el cual, a su vez, les llevaría a consumir alcohol para afrontar los síntomas depresivos, creándose así un círculo vicioso. Otra explicación al respecto, no necesariamente excluyente de la anterior, sería la existencia de una tercera variable no relacionada con el consumo de alcohol, que influyera, por una parte, en la tendencia a informar en un mayor grado de motivos de afrontamiento, especialmente de depresión, y por otra, en la tendencia a interpretar como más problemático el consumo del mismo. Un candidato que cumpliría estas condiciones es la dimensión de personalidad de emotividad negativa. No obstante, para comprobar estas vías causales se necesitaría realizar estudios longitudinales-prospectivos en los que la personalidad, los motivos de consumo, el uso de alcohol, y los problemas derivados, se evaluaran en distintos momentos temporales.

En contra de lo hipotetizado, pero de acuerdo con resultados obtenidos en algunos estudios previos, los motivos sociales no se asociaron con el consumo de alcohol (Kuntsche et al., 2008b). Además, con el objetivo de que el modelo se ajustara a los datos, eliminamos las vías existentes entre los motivos sociales y el consumo entre semana y fin de semana. Así, aunque los motivos sociales son los más típicamente informados por los consumidores de alcohol (Kuntsche et al., 2005, 2008b) y ayudan a explicar por qué se consume alcohol, éstos no explicarían las diferencias individuales existentes en la cantidad y frecuencia de consumo.

Respecto a los motivos de conformidad, en contra lo hipotetizado y de algunos estudio previos (Cooper, 1994; Kuntsche et al., 2007b, 2008b), éstos no se asociaron con los problemas derivados del consumo. No obstante, la correlación directa entre ambas variables fue significativa ($r = ,23; p < ,01$), pero esta asociación desapareció cuando controlamos por el resto de variables en el modelo estructural. Es muy posible, por tanto, que las asociaciones previas encontradas entre ambas variables se debieran a la varianza compartida que ambas presentan con una tercera variable no incluida en dichos estudios, como el maltrato o la personalidad. Otro factor que podría afectar a dicha relación es el tipo de problemas evaluados. Así, mientras que Kuntsche et al. (2006a, 2008b) no encontraron relación entre los motivos de conformidad y las puntuaciones del RAPI en adolescentes suizos, en un estudio independiente con una muestra de características similares encontraron relación entre los motivos de consumo por conformidad y los problemas relacionados con conflictos interpersonales y peleas (Kuntsche et al., 2007b), apuntando a la necesidad de utilizar herramientas

de evaluación que incluyan una mayor variabilidad de consecuencias relacionadas con el consumo de alcohol, como el incremento de conflictos interpersonales, agresividad y violencia.

3.3.2. Maltrato en la infancia y personalidad

Tal y como planteamos en el marco teórico, la relación del maltrato con el desarrollo de conductas problemáticas, en este caso, el consumo abusivo de alcohol o problemas derivados del consumo, podría estar mediada por características de personalidad desadaptativas (Nederlof et al., 2010). Los resultados de la presente tesis doctoral apoyan dicha hipótesis. Así, haber sido víctima de maltrato durante la infancia predijo la elevada emotividad negativa y desinhibición de forma similar a los resultados encontrados en estudios previos (Rogosh y Cicchetti, 2004). Estos factores a su vez, mediaron la relación entre el maltrato y el consumo, mientras que la mediación fue parcial en el caso del maltrato y los problemas asociados con el consumo de alcohol.

Por otra parte, determinados tipos de maltrato se asociarían más con unas características de personalidad que con otras. Así, el haber sufrido maltrato emocional en la infancia se asoció con características de personalidad de emotividad negativa principalmente ($\beta = ,263$, $p = ,000$), y en forma de tendencia con la baja emotividad positiva ($\beta = -,094$, $p = ,056$); mientras que, el maltrato físico predijo la personalidad desinhibida, principalmente la desinhibición antagonista, de forma similar a los resultados obtenidos en estudios previos (Fosse y Are Holen, 2007; Mathews et al., 2008). No obstante, estos resultados deben tomarse con cierta cautela, ya que aunque el maltrato físico mostró una estabilidad más que aceptable (con una correlación de ,50 para un intervalo temporal de 5 años), cabe recordar que estaba compuesta por las escalas de abuso físico y negligencia física, y esta última mostraba una baja fiabilidad tanto de consistencia interna como de estabilidad temporal.

Pero, ¿cuál sería el mecanismo causal que explicaría la asociación entre el maltrato y las características de personalidad? Probablemente no exista un único mecanismo al respecto, más aún si, como apuntan nuestros resultados, existieran asociaciones diferenciales entre distintos tipos de maltrato con características de personalidad específicas. La explicación más obvia es que el maltrato influye en el desarrollo de determinadas características de personalidad (maltrato \rightarrow personalidad), bien a través de procesos biológicos y epigenéticos, o bien a través de procesos de aprendizaje. Así, los hijos de maltratadores aprenderían patrones de conductas impulsivas (Andrews et al., 1997; Hussong et al., 1998) o interiorizarían cogniciones depresivas tras las verbalizaciones recibidas de los maltratadores psicológicos duran-

te la infancia (Rose y Agramson, 1992). Existe evidencia, además, de que el maltrato en la infancia provoca alteraciones importantes en diferentes estructuras y procesos cerebrales (véase Pereda y Gallardo-Pujol, en prensa), algunos de los cuales podrían estar involucradas en la regulación de conductas desinhibidas y, especialmente, de la emotividad negativa y la ansiedad (Glaser, 2000; Cicchetti y Rogosch, 2000). De hecho, estudios experimentales en animales han encontrado que las crías que sufren carencias en el cuidado maternal muestran una afectación duradera de la ansiedad y la respuesta al estrés, en parte atribuible a mecanismos epigenéticos (Weaver et al., 2006).

Desde el marco de las transacciones persona-ambiente se han propuesto diversos procesos (p.e. reactivos, evocativos y proactivos) por los que la personalidad podría influir o interactuar con factores ambientales, y que sugerirían explicaciones alternativas (Caspi, 1993; Widiger y Smith, 2008). De entre estos procesos, probablemente el más plausible sea el evocativo. Las transacciones evocativas harían referencia a que características de la propia persona evocarían distintas respuestas en los otros (personalidad → maltrato). Así, existe evidencia de que características de personalidad de desinhibición de los hijos, asociadas con las conductas antinormativas, parecen evocar conductas de maltrato, principalmente físico, por parte de los padres (Schulz-Heik et al., 2010). En esta misma línea, el estudio de adopción realizado por O'Connor, Deater-Deckard, Fulker, Rutter y Plomin (1998) encontró que adolescentes con vulnerabilidad genética para la conducta antisocial elicitan mayor hostilidad por parte de los padres adoptivos que otros niños adoptados, por lo que niños con características desinhibidas evocarían ambientes de mayor riesgo que otros niños. En relación a la emotividad negativa, es probable que niños con estas características puedan ser percibidos como más vulnerables por parte de los maltratadores y, por tanto, ser seleccionados como víctimas con mayor facilidad que aquellos que son percibidos como menos vulnerables (Gallardo y Pereda, sometido).

Finalmente, es posible que factores de riesgo comunes tanto para el maltrato como para la personalidad, bien genéticos o bien ambientales, pudieran explicar dicha asociación. Por ejemplo, características de personalidad paternas relacionadas con la desinhibición antagonista se asociarían a una mayor probabilidad de realizar conductas punitivas y de maltrato y, además, podrían transmitirse genéticamente a sus hijos. No obstante, en un estudio longitudinal reciente con gemelos, en el que se ha explorado la naturaleza (genética o ambiental) de la asociación entre las tendencias antisociales paternas y los problemas de conducta de sus hijos, han encontrado que, si bien existe cierta influencia genética por parte de los padres en la conducta antisocial de sus hijos, la relación principal entre la conducta antisocial de los padres, especialmente de la madre, y los problemas de conducta de los hi-

ijos es fundamentalmente atribuible a una transmisión ambiental a través de estilos de crianza adversos, como la negligencia parental, la inconsistencia disciplinaria, o la violencia entre los padres (Eaves, Prom y Silberg, 2010). Cabe resaltar, con todo, que este estudio no evaluaba directamente personalidad y maltrato y, por tanto, la generalización a estas variables, si bien plausible, es meramente tentativa.

En definitiva, y dado que en el presente trabajo evalúa maltrato de forma retrospectiva en el mismo año que la personalidad, no permite discernir cual, o cuales, de los anteriores mecanismos etiológicos estarían actuando en nuestra muestra. De hecho, es muy probable que varios de los mecanismos descritos puedan actuar simultáneamente. Así, es posible que los hijos de padres maltratadores aprendan, y hereden, tendencias de comportamiento desinhibido, y también es posible que características impulsivas y antagonistas de los hijos evoquen respuestas de maltrato por parte de los padres. Respecto a la relación entre maltrato emocional y emotividad negativa, la explicación etiológica del maltrato en la regulación del afecto negativo, en gran medida a través de efectos biológicos en etapas críticas del desarrollo, es la que, probablemente, presenta evidencias más robustas, aunque ello no excluye que transacciones de tipo evocativo puedan estar también presentes en un cierto grado.

3.3.3. Personalidad y motivos de consumo

Tal y como habíamos hipotetizado, los motivos cuya fuente de refuerzo es interna se relacionaron con las variables de personalidad. De forma consistente con los resultados de estudios previos, los factores de emotividad positiva y desinhibición irresponsable predijeron los motivos de animación cinco años más tarde (Colder y O'Connor, 2002; Cooper et al., 1995, 2000; Comeau et al., 2001; Hussong, 2003; Kuntsche et al., 2008a; Loukas et al., 2000; Magid et al., 2007; Mezquita et al., 2010; O'Connor y Colder, 2005; Stewart y Devine, 2000; Stewart et al., 2001; Theakston et al., 2004; Woicik et al., 2009). La desinhibición antagonista, por su parte, no se asoció a los motivos por animación, sino que predijo de forma directa las variables de consumo de alcohol. La no asociación entre las desinhibición antagonista y los motivos por animación podría deberse a que las personas con estas características de personalidad tienden a ser antisociales, cínicas, rudas o incluso agresivas, suspicaces, etc., por lo que tienen mayor probabilidad de tener mayores conflictos interpersonales, mientras que consumidores por animación suelen presentar relaciones sociales más satisfactorias, consumir con los amigos por las noches, en bares, durante los fines de semana, en un entorno de socialización (Cooper et al., 1992; Cooper, 1994; Kuntsche et al., 2010; Mezquita et al., sometido).

Por otra parte, estos resultados parecen reflejar dos de las vías propuestas por Sher et al. (2005) para explicar los mecanismos etiológicos del uso y abuso de alcohol. Mientras que la emotividad positiva y la desinhibición irresponsable se asociarían con la vía de regulación de afecto positivo, la desinhibición antagonista se asociaría con la vía de propensión a las conductas antinormativas, entre ellas el consumo de alcohol (véase Figura 8).

En contra de lo hipotetizado, características de desinhibición irresponsable no se asociaron con los motivos de afrontamiento de la ansiedad. Aunque la desinhibición se ha relacionado con la escala genérica de motivos de afrontamiento (Cooper et al., 2000; Kuntsche et al., 2008a; Littlefield et al., 2010b; Loukas et al., 2000; Magid et al., 2007; Rutledge y Sher, 2001; Woicik et al., 2009), así como con los motivos de afrontamiento de la ansiedad (Mezquita et al., 2010), el papel de la desinhibición en relación a los motivos de afrontamiento de la ansiedad y afrontamiento de la depresión de forma prospectiva no parece ser relevante, al menos en población española. Por contra, y de acuerdo con lo esperado, la emotividad negativa predijo los motivos de afrontamiento de la ansiedad y afrontamiento de la depresión cinco años más tarde, reflejando la existencia de una vía de regulación del afecto negativo similar a la propuesta por Sher et al. (2005) para explicar la etiología de los trastornos por uso de alcohol (véase Figura 8). Así, aunque los motivos de afrontamiento de la ansiedad y afrontamiento de la depresión se relacionarían con patrones distintos de consumo, los mecanismos etiológicos explicativos serían similares.

Finalmente, la emotividad negativa predijo los motivos de conformidad informados cinco años más tarde, mientras que la emotividad positiva no predijo de forma significativa los motivos sociales, aunque sí que existía una tendencia ($\beta = ,104, p = ,055$). Así, conforme a nuestras hipótesis, los motivos sociales se relacionarían con variables de personalidad de forma leve, mientras que los motivos de conformidad se asociarían con variables de personalidad en mayor medida de lo que cabría esperar según el modelo de Cooper (1994). Las correlaciones existentes entre los distintos motivos de consumo en el modelo estructural evidencian que los motivos de conformidad se asociarían más estrechamente con los motivos de afrontamiento de la ansiedad ($r = ,405, p = ,000$) y afrontamiento de la depresión ($r = ,398, p = ,000$) que con los motivos sociales ($r = ,271, p = ,000$), señalando la posibilidad de la existencia de un mecanismo causal similar, y una menor influencia externa o del grupo de amigos. Es posible que en situaciones sociales que resultan ansiógenas, las personas informen motivos de consumo por conformidad, de forma que el consumo de alcohol actúe como un mecanismo de afrontamiento de las situaciones sociales amenazantes (DeMartini y Carey, 2011).

3.3.4. Relación del maltrato con la personalidad, motivos, consumo de alcohol y problemas relacionados, e invarianza de género.

Finalmente, ¿qué papel tendría el maltrato sufrido en la infancia en estas vías etiológicas propuestas por Sher et al. (2005)? El estudio de los efectos indirectos en el modelo de ecuaciones estructurales nos mostró que el maltrato físico influía de forma no sólo directa en los problemas relacionados con el consumo de alcohol, sino de forma indirecta a través de las características de desinhibición antagonista principalmente, y en menor medida a través de la desinhibición irresponsable. Además, se evidenció una tendencia en el efecto indirecto del maltrato físico en los motivos de animación ($\beta = ,020$, $p = ,054$), los cuales se relacionan como hemos visto previamente con el consumo de fin de semana y por atracción. No obstante, el hecho de que el maltrato físico influyera principalmente en el consumo más antinormativo (consumo entre semana, $\beta = ,057$, $p = ,000$; consumo por atracción, $\beta = ,035$, $p = ,005$) a través de la desinhibición antagonista, sugiere que tendría un papel más relevante en la vía de predisposición a conductas antinormativas, que en la vía de regulación del afecto positivo.

Al igual que con el maltrato físico, el maltrato psicológico influyó de forma directa en los problemas relacionados con el consumo de alcohol, pero además se observó un efecto indirecto significativo en los problemas relacionados con el consumo ($\beta = ,015$, $p = ,041$) y el consumo entre semana ($\beta = ,009$, $p = ,037$) a través de las características de emotividad negativa, y de los motivos de afrontamiento de la depresión ($\beta = ,037$, $p = ,009$) y de la ansiedad ($\beta = ,044$, $p = ,001$), respectivamente. Ello sugeriría una vía de automedicación con el fin de afrontar las consecuencias emocionales negativas experimentadas como consecuencia de haber sido víctima de maltrato durante la infancia (Widom, Ireland y Glynn, 1995).

Este modelo, además, era invariante entre ambos géneros. Aunque los análisis descriptivos mostraron que los varones puntuaban más alto en negligencia física y emocional, en características de personalidad de desinhibición, en los motivos de afrontamiento, y en las variables de consumo de alcohol, mientras que las mujeres puntuaban más en variables de emotividad negativa, el análisis multigrupo apuntó la no existencia de diferencias en la magnitud de las vías introducidas en el modelo entre varones y mujeres. Ello indicaría que las distintas vías etiológicas serían válidas para ambos grupos de género. Aunque estos datos pueden parecer contradictorios en comparación con algunos resultados obtenidos en estudios previos en los que el maltrato físico se ha asociado con el consumo de alcohol en chicos (Young-Wolff et al., 2011) o en los que el maltrato se ha relacionado de forma diferencial con los motivos de animación o afrontamiento según el género (Grayson y Nole-Hoeksema,

2005; Min et al., 2007; Schuck y Widom, 2001; Simons et al., 2003), cabe señalar que, en muchos casos las muestras estaban compuestas por varones o mujeres únicamente.

3.4. RELACIÓN DE LAS VARIABLES PSICOSOCIALES CON EL CONSUMO DE ALCOHOL CUANDO CONTROLAMOS EL CONSUMO EN T1

Bollen (1989b) y Duncan et al. (1999) propusieron tres condiciones básicas que se deberían cumplir para demostrar la causalidad de una variable en investigaciones en la que no se realizan tareas experimentales: 1) la variable causal ha de relacionarse de forma significativa con la variable dependiente, 2) la ha de preceder en el tiempo, y 3) se deben controlar las explicaciones alternativas que pueden influir en la variable dependiente. Por ello, realizamos el análisis de vías controlando el consumo de alcohol en T1.

Así, el modelo se ajustó a los datos, y los índices estandarizados directos se mantuvieron significativos, con tan solo pequeñas modificaciones en magnitud. Las pequeñas modificaciones en los índices de los efectos totales e indirectos reforzaron las conclusiones respecto a las distintas vías etiológicas del uso y abuso del consumo de alcohol planteadas a partir del análisis de ecuaciones estructurales. La relación entre el maltrato, la personalidad y los problemas relacionados con el consumo no se modificó. La emotividad negativa se relacionó principalmente con los motivos de afrontamiento de la depresión y de la ansiedad, así como con los problemas derivados del consumo de alcohol, pero no se asoció significativamente con el consumo de alcohol en fin de semana, ni con patrones más impulsivos como el consumo por atracón. Además, mientras que los motivos de consumo por afrontamiento de la depresión se relacionaron con los problemas asociados con el consumo, los motivos de afrontamiento de la ansiedad tan sólo predijeron el consumo entresemana.

Cuando exploramos las diferencias de género, tan sólo encontramos diferencias en la magnitud de la vía entre los motivos de animación y el consumo de fin de semana (varones > mujeres). Estos datos confirmarían que las diversas vías de relación entre el maltrato, la personalidad, los motivos de consumo y el consumo de alcohol y problemas derivados serían similares para ambos géneros.

En definitiva, el presente trabajo mostraría cierto apoyo a algunas de las vías etiológicas que se han descrito en relación al desarrollo de diferentes patrones de consumo de alcohol (véase Ibáñez et al., 2008; Sher et al., 2005). Así, existirían dos vías etiológicas, de regulación del afecto negativo y propensión a las conductas antinormativas, asociadas con patrones de consumo más severos. Mientras que en la primera tendrían un papel relevante los motivos de consumo por afrontamiento, en la segunda vía ninguno de los motivos eva-

luados resultó relevante, por lo que es posible que las personas con elevada desinhibición antagonista consuman alcohol por otros motivos diferentes a los propuestos por Cooper (1994). Además, mientras en la primera vía el maltrato psicológico jugaría un papel relevante, en la segunda, sería el maltrato físico el que influiría. Ambas vías mostrarían semejanzas con diversas tipologías de alcoholismo. Mientras que la vía de regulación del afecto negativo se asemejaría al alcoholismo Tipo I de Cloninger y al alcoholismo de afecto negativo de Zucker, la vía de conductas antinormativas se asemejaría al alcoholismo antisocial de Zucker, al tipo II de Cloninger y al tipo B de Babor. Además de estas dos vías más problemáticas del uso de alcohol, existiría una tercera vía de consumo más normativo, relacionada con características de emotividad positiva y desinhibición irresponsable, que se asociarían con consumos elevados de alcohol durante el fin de semana a través de los motivos de animación, los cuales podrían acarrear problemas relacionados con el consumo de alcohol, a través de su relación con el consumo abusivo. No obstante, aunque el maltrato físico influiría en esta vía a través de las características de desinhibición, ésta sería menor que la influencia que ejerce en la vía de conductas antinormativas.

3.5. PERFILES PSICOSOCIALES DE LOS CONSUMIDORES CON ELEVADOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO, CONSUMIDORES POR ATRACÓN Y BEBEDORES DE RIESGO

Hasta este punto, hemos estudiado la relación entre diferentes variables dimensionales y el uso y abuso de alcohol. No obstante, el estudio de subgrupos de participantes con distintos patrones de consumo permite extraer diferentes perfiles psicosociales asociados con tipologías de consumidores que pueden ser de utilidad a la hora de crear programas de prevención y tratamiento. Por ello, exploramos si existían diferencias en las historias de maltrato, personalidad y motivos en grupos que diferían en el nivel de problema derivados del alcohol, en el consumo de riesgo, y en el consumo por atracón.

Los resultados mostraron que aquellos participantes con elevados problemas derivados del consumo ($N = 46$) presentaban mayores puntuaciones en abuso físico, abuso emocional y negligencia física evaluados en T1, que los participantes con problemas derivados del consumo moderados, con tamaños del efecto medios, que iban de ,48 a ,62. Además, presentaban puntuaciones significativamente mayores en el neuroticismo evaluado en T1 mediante el EPQ-RS y el NEO-FFI, evitación del daño y baja responsabilidad. Sin embargo, en el caso de la personalidad, los tamaños del efecto fueron menores, con ds de Cohen de ,27 en el caso del neuroticismo (NEO-FFI) hasta ,45 en la baja responsabilidad. Aunque la t no

fue significativa en el caso de la baja amabilidad, el tamaño del efecto fue levemente superior ($d = ,28$) al del neuroticismo evaluado mediante el NEO-FFI. En cuanto a los motivos de consumo, los participantes con elevados problemas relacionados con el alcohol puntuaron más en todos los motivos de consumo y variables relacionadas con el consumo de alcohol. No obstante, los tamaños del efecto fueron grandes en el caso de los motivos de afrontamiento de la depresión, afrontamiento de la ansiedad y animación, con d s de Cohen de $,93$, $,91$ y $,83$ respectivamente, así como en el consumo por atracón ($d = ,86$) y cantidad de alcohol consumida los fines de semana ($d = ,75$). También se evidenciaron mayores diferencias en las cantidades consumidas que en la frecuencia de consumo, sobre todo durante el fin de semana.

Por otra parte, más de la mitad de la muestra informó consumir por atracón. Estas personas se caracterizaron por mayores puntuaciones en desinhibición, con tamaños del efecto desde $,26$ en la baja responsabilidad a $,33$ en la baja amabilidad evaluada cinco años antes. Las mayores diferencias en cuanto a los motivos de consumo entre ambos grupos se encontraron en los motivos de animación y sociales con tamaños del efecto moderados de $,69$ y $,49$ respectivamente, mientras que el tamaño del efecto en los motivos de afrontamiento fue bajo. Los consumidores por atracón puntuaron más y de forma significativa en todas las variables relacionadas con el consumo, no obstante, los mayores tamaños del efecto se encontraron en el consumo de fin de semana, tanto en la cantidad ($d = 1,19$) como en la frecuencia ($d = ,85$), mientras que el tamaño del efecto fue moderado para el consumo entre semana y problemas derivados ($d = ,60$). No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en ninguno de los subtipos de maltrato.

El tercer análisis de MANCOVAS cuyo factor eran los grupos de consumo según criterios de la OMS, mostró mayores puntuaciones de abuso sexual en el grupo de consumo problemático o de riesgo en comparación con los consumidores moderados de alcohol. No obstante, el tamaño del efecto fue muy bajo ($d = ,12$). Además, los consumidores problemáticos o de riesgo puntuaron menos en amabilidad ($d = ,38$) y en la dependencia de la recompensa ($d = ,21$) evaluadas cinco años antes, dimensiones agrupadas en el factor de orden superior de desinhibición antagonista. Se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en todos los motivos de consumo excepto en los de conformidad. No obstante, los tamaños del efecto fueron mayores en el caso de los motivos de animación ($d = ,76$), seguidos de los motivos de afrontamiento de la ansiedad ($,65$) y depresión ($d = ,52$). Los consumidores de riesgo presentaron puntuaciones significativamente mayores en los consumos por atracón ($d = 1,13$) y problemas derivados ($d = ,86$), con tamaños del efecto elevados en ambos casos.

Por tanto, y aunque estrictamente no podamos hablar de tipologías de consumidores, sí parecen existir perfiles distintos en cuanto a las variables psicosociales que influyen en los diferentes patrones de consumo. Así, los consumidores con elevados problemas relacionados con el consumo de alcohol se caracterizarían por historias más graves de maltrato físico y psicológico durante la infancia, por una elevada emotividad negativa, aunque también desinhibición, y mayores motivos de consumo por afrontamiento, seguidos por los motivos de animación. Resultados similares se han encontrado en adultos y en población clínica (Downs y Harrison, 1998; Galaif et al., 2001; Kotov et al., 2010; Malouff et al., 2007; Ruiz et al., 2003; Mezquita et al., 2010), y, en cierta medida, se asemejarían al alcoholismo tipo I de Cloninger (1987; Cloninger et al., 1988) y al alcoholismo de afecto negativo de Zucker (1987), en los que rasgos de emotividad negativa y motivos relacionados con la reducción de la tensión cobrarían un papel central a la hora de desarrollar trastornos por el uso de alcohol.

El grupo de consumidores de riesgo se caracterizaría por una mayor desinhibición, especialmente de carácter antagonista, y con índices elevados de consumo por atracción, así como por informar mayores motivos de animación, seguidos por los motivos de afrontamiento de la ansiedad y en menor medida de la depresión. En cierto grado, estos perfiles recordarían a las características descritas por Cloninger (1988) en el alcoholismo tipo II, el alcoholismo antisocial de Zucker (1987) y el tipo B de Babor et al. (1992).

Finalmente, los consumidores por atracción presentarían más desinhibición e informarían mayores motivos de consumo principalmente por animación y motivos sociales. Si comparamos con la clasificación propuesta por Zucker (1987) observamos cierta similitud en los resultados, ya que tanto en el alcoholismo acumulativo como limitado se producirían consumos abusivos en contextos sociales.

3.6. APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS

Como se ha mencionado, conocer en detalle los factores y procesos asociados con el desarrollo del uso y abuso de alcohol puede ayudar a desarrollar programas de prevención y tratamiento más eficaces. Así, tanto las distintas vías de relación entre las variables psicosociales y el consumo de alcohol, como las características asociadas con cada uno de los patrones de consumo, pueden ser de utilidad a la hora de planificar programas de prevención a nivel primario, secundario y terciario (Caplan, 1964; Cornés, Fernández-Ríos, Arauxo y Pedrejón, 2004).

Los programas de prevención primaria son aquellos cuyo objetivo es intervenir en poblaciones asintomáticas, independientemente de que se hallen en situación de riesgo o no. Un ejemplo en el caso del consumo de sustancias serían los programas psicoeducativos referidos a los efectos del alcohol, los cuales van dirigidos a la población general mediante, por ejemplo, campañas publicitarias. Así, los profesionales encargados de diseñar las campañas de prevención presentadas en los medios de comunicación podrían tener en cuenta los distintos patrones y perfiles de consumo a la hora de diseñarlas, ya que tal y como afirma la OMS (2010b) dichas campañas tienen resultados demostrables a la hora de modificar las pautas de consumo de los jóvenes, siendo así un componente esencial en los programas de acción comunitaria.

Los programas de prevención secundaria se basan en las propias características de la población de riesgo y se aplican cuando existen los primeros indicios de la conducta problema, así podríamos decir más bien que se trata de intervenciones tempranas. En el caso del consumo de alcohol, estos programas de prevención se aplicarían cuando se inicia el consumo de alcohol, sobre la edad de 13 y 14 años. No obstante, el conocer las características de personalidad de riesgo para el consumo problemático nos permitiría realizar incluso intervenciones de forma previa al inicio del consumo de alcohol (p.e. Conrod, Castellanos y Mackie, 2008; Conrod, Castellanos-Ryan y Strang, 2010; Conrod, Stewart, Comeau y Mclean, 2006; Conrod et al., 2000; Stewart, Conrod, Marlatt, Comeau, Thush y Krank, 2005).

Finalmente, la prevención terciaria, o rehabilitación, se refiere a todas aquellas intervenciones dirigidas a mejorar las capacidades físicas, psicológicas y sociales de las personas que sufren o han sufrido un determinado trastorno. Así, independientemente de los componentes terapéuticos generales comunes para todos los dependientes del alcohol, en función de los motivos de consumo de riesgo informados se podría planificar la intervención terapéutica y prevenir recaídas. Por ejemplo, si un paciente clínico puntúa de forma elevada en motivos de conformidad, sería adecuado planificar un entrenamiento en asertividad y habilidades sociales con el objetivo de rechazar los ofrecimientos de alcohol (Brown y Ostrow, 1980; Secades y Fernández, 2001). Si puntúa de forma elevada en motivos de afrontamiento de la ansiedad o de la depresión, se podría entrenar en relajación (Nejad y Volny, 2008) o realizar un tratamiento de activación conductual (Pérez y García, 2003), respectivamente. Por último, si un participante puntúa de forma elevada en motivos de animación, se podría planificar la inclusión de actividades reforzantes incompatibles con el consumo de alcohol, con el objetivo de que recibiera refuerzo de otras fuentes menos perjudiciales (véase Figura 18).



Figura 18. Claves para el desarrollo de programas de prevención.

3.7. LIMITACIONES Y LÍNEAS DE FUTURO

Nuestra investigación presentó algunas limitaciones reseñables. En primer lugar, la selección de la muestra no fue aleatoria. La mayoría de los participantes en T1 eran estudiante universitarios, los cuales mediante “bola de nieve” facilitaron la inclusión de participantes externos a la universidad. En futuras investigaciones sería recomendable realizar las recogidas de muestra en otros contextos que facilitarían las evaluaciones de adultos jóvenes representativos de la población general. Ello permitiría que además se pudieran realizar comparaciones entre grupos con distinto nivel socioeconómico, nivel de estudios, etc., variables que se han asociado previamente con el abuso de alcohol (OMS, 2010b).

En segundo lugar, la retención del número de participantes se situó en torno al 71%. Estudios longitudinales similares presentan una supervivencia de la muestra de entorno al 80-90% (Chassin et al., 2004; Elkins et al., 2006; Krueger et al., 2000; Littlefield et al., 2010a; Schuckit y Smith, 2006), no obstante, aunque no es lo más deseable (Faden et al., 2004) en la literatura se encuentran índices de supervivencia muestral similares al del presente trabajo (Kubicka et al., 2001). Así, en futuros estudios sería recomendable revisar las estrategias uti-

lizadas para contactar con los participantes con el objetivo de disminuir el porcentaje de muerte muestral.

En tercer lugar, dado que el modelo hipotetizado fue modificado post-hoc, sería necesario replicar nuestros hallazgos en futuros trabajos.

En cuarto lugar, como hemos ido comentando a lo largo del texto, en estudios longitudinales resulta imprescindible que la variable dependiente no esté presente en T1. Es decir, en nuestro caso, hubiera sido deseable que los participantes no consumieran alcohol en T1. No obstante, este control no se pudo realizar, ya que, la eliminación de los participantes no consumidores en T1 hubiera supuesto la eliminación del 92,5% de la muestra. Otro aspecto importante a estudiar hubiera sido como influyen las variables predictoras en el incremento o disminución de la variable objeto de estudio. No obstante, no todas las variables se incluyeron en los dos tiempos de evaluación y, además, para realizar este tipo de análisis serían necesarias entre una o dos evaluaciones más (Byrne, 2006). Por ello, procedimos a estudiar el consumo en T2 controlando por el consumo en T1, eliminando así la varianza compartida del consumo de T1 con el consumo de T2. Sin embargo, tan sólo pudimos controlar la cantidad de alcohol consumida entre semana y en fin de semana, pero no otras variables por distintos motivos, como por ejemplo la diferencia en las medidas de frecuencia entre T1 y T2, la no evaluación de los motivos de consumo en T1, o la no inclusión de medidas de consumo por atracción y problemas derivados del consumo en T1. Por todo ello, en futuras investigaciones sería recomendable incrementar el número de evaluaciones, así como evaluar las mismas variables en los distintos momentos temporales.

En quinto lugar, como ya se ha mencionado, la escala del CTQ-SF de negligencia física presentaba un alfa de Cronbach muy baja, aunque de forma similar a los resultados obtenidos con jóvenes universitarios de otros países (Gerdner y Allgulander, 2009). Ello explicaría por qué las correlaciones en esta escala entre T1 y T2 eran también muy bajas, indicando todo ello que esta escala presenta una fiabilidad insuficiente. Esta fue una de las razones que nos llevó a agrupar esta escala, junto con el abuso físico, en una escala más general de maltrato físico, la cual presentaba una mayor estabilidad temporal al cabo de cinco años y, por tanto, ofrecía más garantías respecto a su fiabilidad. Por tanto, en futuros estudios resultaría aconsejable modificar, en cierta medida, esta escala para así poder evaluar la negligencia física de forma más fiable. Además, otra posible mejora que nos parece importante tener en cuenta en futuras revisiones del instrumento, sería la evaluación de determinados aspectos que han mostrado tener un papel relevante a la hora de desarrollar psicopatología, como la edad en la que se sufrió maltrato, o el origen y relación con el perpetrador de malos tratos (Herman, Perry y Van Der Kolk, 1989).

En sexto lugar, evaluamos el consumo por atracción mediante uno de los ítems del AUDIT, el cual preguntaba con qué frecuencia se consumían seis o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo. No obstante, el criterio sobre las unidades de bebida que definirían el consumo por atracción ha ido variando a lo largo de los años y de los diversos estudios. En la actualidad, la OMS considera "binge drinking" al consumo de cinco o más consumiciones en un periodo de dos horas en el caso de los varones y de cuatro en el caso de las mujeres (Cranford, McCabe y Boyd, 2006). Por ello sería recomendable incluir esta variable en futuras investigaciones con el objetivo de poder realizar comparaciones entre los estudios.

En séptimo lugar, todas las variables incluidas en el modelo han sido evaluadas mediante autoinformes, con los problemas de veracidad que ello podría conllevar, especialmente para el caso del consumo de alcohol y el maltrato. No obstante, y con relación al consumo de alcohol, diferentes estudios apuntan a una adecuada validez de las pruebas de autoinforme (Brown y Zimmerman, 2004; Johnson y Mott, 2001). Por otra parte, y por lo que se refiere al maltrato autoinformado, se han propuesto diversos factores que podrían incidir en la validez de los mismos, como la influencia de barreras emocionales, la disociación o la creación de falsas memorias creadas por las víctimas (Allen, 1995; Bernstein et al., 1994; Rogers, 1995). Sin embargo, la investigación sugiere que, en general, el conjunto de historias de abuso autoinformadas resultan ser fiables y válidas, especialmente cuando las historias se obtienen con un instrumento estandarizado y construido cuidadosamente como el CTQ (Bernstein, 2000), o los eventos traumáticos son inusuales, inesperados o con consecuencias (Brewin, Andrews y Gotlib, 1993). Con todo, la inclusión de otros métodos de evaluación más "objetivos" hubiera permitido una evaluación más precisa de los constructos, y habría aportado datos acerca de la validez de las medidas de autoinforme. Finalmente, la inclusión de otros procedimientos de evaluación, como la entrevista clínica, nos habría permitido no sólo evaluar la sintomatología de forma dimensional, sino además diferenciar entre participantes con criterios de abuso y dependencia del alcohol o pacientes subclínicos.

En octavo lugar, hemos incluido algunas de las variables psicosociales que han demostrado previamente influir en la conducta de consumo de alcohol. No obstante, y como es obvio, no son las únicas. Como vimos, los modelos integradores contemplan además, variables biológicas como factores de vulnerabilidad para el desarrollo del uso y abuso de alcohol. Cabe señalar que, aunque no se incluyeron variables genéticas en el modelo, se extrajeron muestras genéticas en T1, las cuales están en proceso de análisis y cuya interacción con el maltrato en la infancia, personalidad, motivos de consumo y consumo de alcohol podrá ser estudiada con posterioridad. Tanto en T1 como en T2 se evaluaron, además, otras varia-

bles relevantes, como los estilos educativos de los padres, edad del primer consumo de alcohol, consumo de los amigos y familiares, expectativas sobre los efectos del alcohol, entre otras. No obstante, el tamaño muestral, y la complejidad de las interacciones entre las variables, limitó la inclusión de un mayor número de variables en el modelo.

En noveno lugar, tanto la personalidad adulta como el maltrato durante la infancia se evaluaron en T1. No obstante, la naturaleza retrospectiva del cuestionario CTQ-SF hizo que situáramos el maltrato como variante independiente y la personalidad en la edad adulta como variable dependiente. Sin embargo, es posible que la personalidad de los propios niños durante la infancia evocara en los padres el uso de ciertos tipos de maltrato en los hijos y, por tanto, la personalidad no fuera consecuencia (en parte) de las conductas de maltrato, sino que fuera (en parte) causa de las mismas. Esta misma argumentación sería aplicable a las variables evaluadas en T2, la motivación y el consumo de alcohol. Aunque se ha hipotetizado que son los motivos los que anteceden al propio consumo, no excluimos la posibilidad de que fuera el consumo el que influyera en los motivos o, lo más probable, que ambos procesos coexistan de forma recíproca.

4. CONCLUSIONES Y RESUMEN

4.1. CONCLUSIONES

La presente tesis doctoral es un estudio prospectivo en el que se evaluó la historia de maltrato y las características de personalidad, y cinco años más tarde se evaluaron los motivos de consumo, el consumo de alcohol entre semana, el consumo de alcohol en fin de semana, el consumo por atracón y los problemas relacionados con el consumo de alcohol, en una muestra de 305 adultos jóvenes con una media de edad en T1 de 21,18 (2,22) (62% mujeres).

Los resultados principales mostrarían que tanto el maltrato en la infancia como la personalidad influirían a través de factores motivacionales en el desarrollo de diferentes patrones de consumo de alcohol. Así, nuestros resultados parecen apuntar a la existencia de tres vías etiológicas principales, no excluyentes entre sí, e invariantes en función del género, que se asociarían con el uso de alcohol y problemas derivados, similares a las propuestas por Sher et al. (2005) (véase Figura 19).

En una primera vía de tendencia a conductas antinormativas, el maltrato físico en la infancia se asociaría a características de personalidad desinhibida, especialmente de carácter antagonista. A su vez, la desinhibición antagonista predeciría de forma directa el consumo entre semana y consumo por atracón cinco años más tarde, y de forma indirecta el consumo de fin de semana y problemas derivados.

En una segunda vía de regulación del afecto negativo, el maltrato psicológico en la infancia se asociaría con mayores niveles de emotividad negativa. La emotividad negativa, a su vez, predeciría los problemas derivados del consumo de alcohol y, en menor medida, el consumo entre semana, a través de los motivos de afrontamiento de la depresión y afrontamiento de la ansiedad, respectivamente.

Finalmente, podríamos describir una tercera vía de regulación del afecto positivo. Ésta se asociaría en menor medida con el maltrato físico, y se caracterizaría por una mayor emotividad positiva y desinhibición irresponsable que, a su vez, predecirían fundamentalmente el consumo de fin de semana y consumo por atracón a través de los motivos de animación.

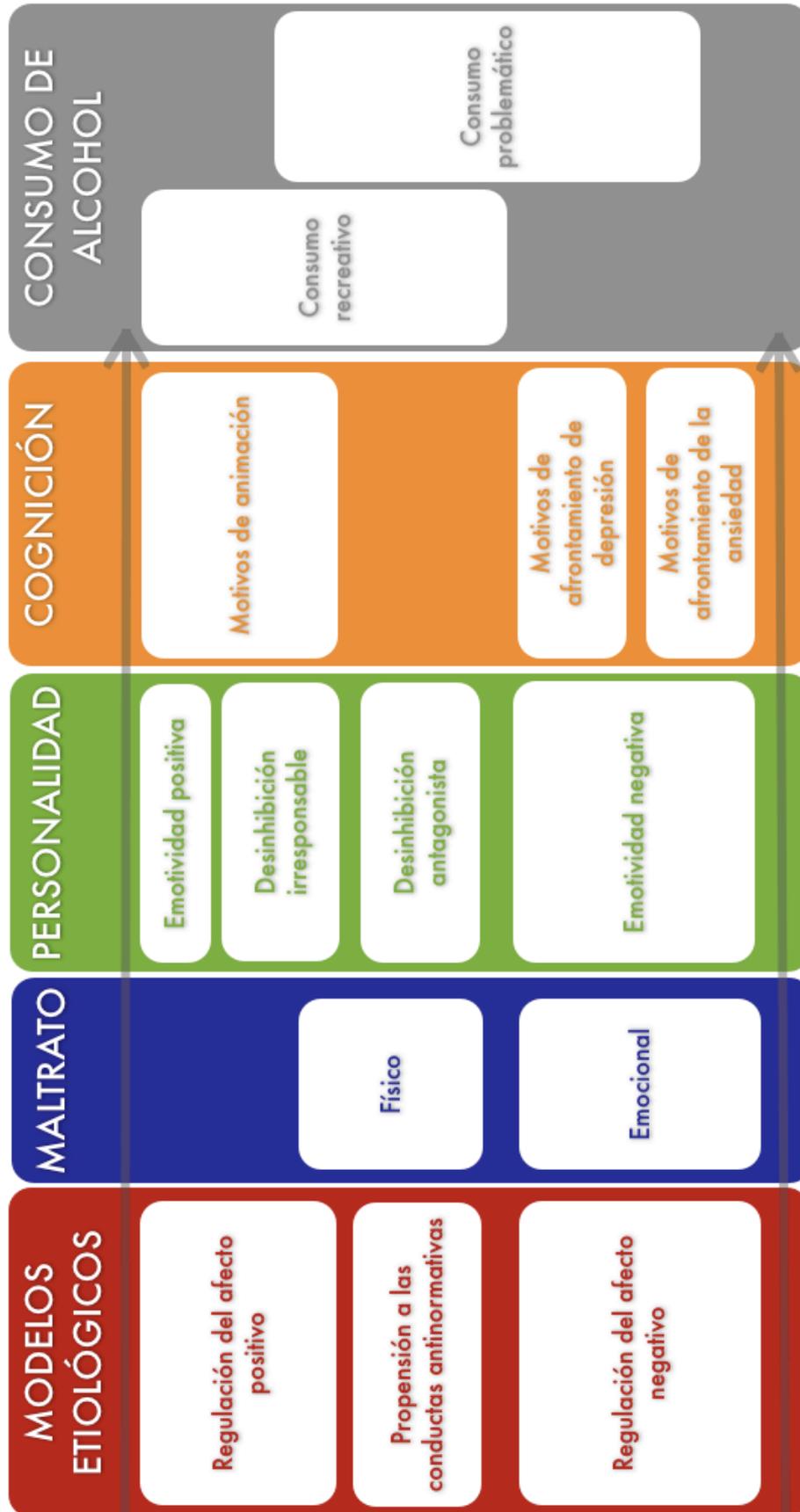


Figura 19. Convergencia de los resultados obtenidos con las vías propuestas por Sher et al. (2005).

4.2. RESUMEN

El objetivo de la presente tesis doctoral fue estudiar la influencia de factores psicosociales de vulnerabilidad para el desarrollo del uso y abuso de alcohol cinco años más tarde en una muestra de adultos jóvenes, así como el rol mediador de los motivos de consumo en dicha relación. Las principales conclusiones de la investigación, teniendo en cuenta las hipótesis de partida y los resultados del presente trabajo, fueron:

Maltrato en la infancia y consumo de alcohol:

- En contra de lo hipotetizado el abuso sexual (T1) no se asoció con ninguna de las variables del modelo.
- El maltrato físico y psicológico evaluados en T1 predijeron los problemas relacionados con el consumo de alcohol (T2) de forma directa; además tanto el maltrato físico como psicológico (T1) se relacionaron de forma indirecta con el consumo y los problemas derivados del consumo (T2).

Personalidad y consumo de alcohol:

- La desinhibición irresponsable y emotividad positiva (T1) aunque en menor medida que la desinhibición antagonista, predijeron el consumo de fin de semana y consumo por atracción (T2). Además, se asociaron levemente con los problemas derivados del consumo (T2). En ambos casos, la relación de la personalidad y las variables dependientes fue indirecta.
- La desinhibición antagonista (T1) predijo de forma directa el consumo entresemana y consumo por atracción (T2); y a través de las mayores cantidades de alcohol consumido entresemana, en fin de semana y consumos por atracción, los problemas relacionados con el consumo de alcohol (T2).
- Características de personalidad de elevada emotividad negativa (T1) predijeron indirectamente, a través de los motivos de afrontamiento de la depresión, los problemas relacionados con el consumo de alcohol (T2), y el consumo entresemana a través de los motivos de afrontamiento de la ansiedad (T2).

Motivos y consumo de alcohol:

- En contra de lo hipotetizado los motivos sociales (T2) no se asociaron con el consumo entresemana y consumo en fin de semana (T2).
- Los motivos de afrontamiento de la ansiedad (T2) predijeron el consumo entresemana (T2), no obstante, tan solo se asociaron levemente con el consumo de fin de semana

y problemas derivados (T2) a través del consumo entresemana, relación que desapareció cuando se controló el consumo de T1.

- Los motivos de afrontamiento de la depresión (T2) predijeron los problemas derivados del consumo (T2).
- Los motivos de animación (T2) predijeron el consumo por atracón y el consumo de fin de semana (T2) de forma directa, y los problemas derivados (T2) de forma indirecta mediado por el consumo de fin de semana y consumo por atracón (T2).
- En contra de lo hipotetizado, los motivos de conformidad (T2) no se asociaron con los problemas derivados del consumo (T2).

Personalidad y motivos de consumo:

- La emotividad negativa (T1) predijo los motivos de afrontamiento de la ansiedad, afrontamiento de la depresión y conformidad (T2).
- La emotividad positiva (T1) predijo los motivos de animación y se encontró una tendencia con los motivos sociales (T2).
- La desinhibición irresponsable (T1) predijo los motivos de animación, no obstante, en contra de lo hipotetizado, no predijo los motivos de afrontamiento de la ansiedad (T2).
- En contra de lo hipotetizado, la desinhibición antagonista (T1) no predijo ninguno de los motivos de consumo (T2).

Maltrato, personalidad y motivos de consumo:

- El maltrato físico (T1) predijo el consumo entresemana (T2) a través de la desinhibición antagonista (T1).
- El maltrato físico (T1) predijo el consumo fin de semana y el consumo por atracón principalmente a través de la desinhibición antagonista y consumo entresemana, y en menor medida a través de la desinhibición irresponsable y motivos de animación.
- El maltrato psicológico (T1) predijo levemente el consumo entresemana (T2) a través de la emotividad negativa y los motivos de consumo por afrontamiento de la ansiedad (T2).
- El maltrato psicológico (T1) predijo los problemas derivados del consumo (T2) a través de la emotividad negativa y los motivos de afrontamiento de la depresión (T2).

Además:

- Las significación de las vías que encontramos en el modelo estructural no parecen variar entre varones y mujeres.
- Cuando se controló el consumo de alcohol en T1 los índices de ajuste, así como la magnitud de las vías variaron levemente.
- Los participantes con elevados problemas derivados del consumo de alcohol, presentaban historias más graves de maltrato, características de emotividad negativa y desinhibición irresponsable, y motivos cuya fuente de refuerzo es interna, principalmente de afrontamiento seguidos de motivos de animación.
- Los consumidores por atracción no obtuvieron diferencias en cuanto a la gravedad del maltrato, puntuaron más en características de personalidad de desinhibición y en motivos de consumo de animación y sociales, además el consumo se concentraba principalmente durante el fin de semana.
- Los consumidores problemáticos y de riesgo según criterios de la OMS, obtuvieron mayores puntuaciones en desinhibición antagonista, motivos de consumo principalmente de animación, consumo por atracción y problemas derivados del consumo.

REFERENCIAS

- Agrawal, A., Jacobson, K. C., Prescott, C. A. y Kendler, K. S. (2004). A twin study of personality and illicit drug use and abuse/dependence. *Twin Research*, 7(1), 72-81.
- Aleman, S., Arias, B., Aguilera, M., Villa, H., Moya, J., Ibáñez, M.I., . . . Fañanás, L. (so-metido). Childhood abuse, adult psychosis-like experiences and BDNF gene: Evidence for gene-environment interaction. *British Journal of Psychiatry*.
- Alati, R., Maloney, E., Hutchinson, D. M., Najman, J. M., Mattick, R. P., Bor, W. y Williams, G. M. (2010). Do maternal parenting practices predict problematic patterns of adolescent alcohol consumption? *Addiction*, 105(5), 872-880.
- Alexopoulos, D. S. y Kalaitzidis, I. (2004). Psychometric properties of eysenck personality questionnaire-revised (EPQ-R) short scale in greece. *Personality and Individual Differences*, 37(6), 1205-1220.
- Allen, J. (1995). The spectrum of accuracy in memories of childhood trauma. *Harvard Review of Psychiatry*, 3, 84-95.
- Aluja, A., García, O. y García, L. F. (2004). Replicability of the three, four and five zucker-man's personality super-factors: Exploratory and confirmatory factor analysis of the EPQ-RS, ZKPQ and NEO-PI-R. *Personality and Individual Differences*, 36(5), 1093-1108.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Revised 4th ed.). Washington, DC: Author.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., . . . Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186.
- Anderson, K. G., Schweinsburg, A., Paulus, M. P., Brown, S. A. y Tapert, S. (2005). Examining personality and alcohol expectancies using functional magnetic resonance imaging (fmri) with adolescents. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(3), 323-331.
- Anderson, K. G., Tapert, S. F., Moadab, I., Crowley, T. J. y Brown, S. A. (2007). Personality risk profile for conduct disorder and substance use disorders in youth. *Addictive Behaviors*, 32(10), 2377-2382.

- Andrews, J. A., Hops, H. y Duncan, S. C. (1997). Adolescent modeling of parent substance use: The moderating effect of the relationship with the parent. *Journal of Family Psychology, 11*(3), 259-270.
- Anghelescu, I., Klawe, C., Singer, P., Fehr, C., Hiemke, C., Quante, A., . . . Szegedi, A. (2010). Low novelty seeking and high self directedness scores in alcohol-dependent patients without comorbid psychiatric disorders homozygous for the a10 allele of the dopamine transporter gene. *World Journal of Biological Psychiatry, 11*(2), 382-389.
- Arruabarrena, M.I., Paúl, J. y Torres, B. (1995). *El maltrato infantil. Detección, notificación, investigación y evaluación*. Madrid: Ministerio de asuntos sociales.
- Assanangkornchai, S., Geater, A. F., Saunders, J. B. y McNeil, D. R. (2002). Effects of paternal drinking, conduct disorder and childhood home environment on the development of alcohol use disorders in a thai population. *Addiction, 97*(2), 217-226.
- Babor, T. F. (1996). The classification of alcoholics typology theories from the 19th century to the present. *Alcohol Research and Health, 20*(1), 6-14.
- Babor, T. F. y Caetano, R. (2006). Subtypes of substance dependence and abuse: Implications for diagnostic classification and empirical research. *Addiction, 101*(SUPPL. 1), 104-110.
- Babor, F. B., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. y Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care*. World Health Organization, Geneva.
- Babor, T. F., Hofmann, M., Del Boca, F., Hessel-Brock, V., Meyer, R., Dolinsky, Z. y Rounsaville, B. (1992). Types of Alcoholics, I: Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Archives of general Psychiatry, 49*, 599-608.
- Baer, J. S. (2002). Student factors: Understanding individual variation in college drinking. *Journal of Studies on Alcohol, 40*-53.
- Bahr, S. J. y Hoffmann, J. P. (2010). Parenting style, religiosity, peers, and adolescent heavy drinking. *Journal Of Studies On Alcohol And Drugs, 71*(4), 539-543.
- Baker, A. J. L. y Maiorino, E. (2010). Assessments of emotional abuse and neglect with the ctq: Issues and estimates. *Children and Youth Services Review, 32*(5), 740-748.
- Ball, S. A. (2005). Personality traits, problems, and disorders: Clinical applications to substance use disorders. *Journal of Research in Personality, 39*(1), 84-102.

-
- Baron, R. M. y Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Bekman, N. M., Cummins, K. y Brown, S. A. (2010). Affective and personality risk and cognitive mediators of initial adolescent alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(4), 570-580.
- Bentler, P.M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-246.
- Bentler, P. M. y Wu, E. J. C. (2003). *EQS structural equations program Version 6.1*. [Computer software]. Encino, CA: Multivariate Software.
- Berg-Nielsen, T. S., Vikan, A. y Dahl, A. A. (2002). Parenting related to child and parental psychopathology: A descriptive review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(4), 529-552.
- Bernstein, D. P. (2000). Childhood trauma and drug addiction: Assessment, diagnosis, and treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18(3), 19-30.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., . . . Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132-1136.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A. y Handelsman, L. (1998). Predicting personality pathology among adult patients with substance use disorders: Effects of childhood maltreatment. *Addictive Behaviors*, 23(6), 855-868.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., . . . Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190.
- Bierer, L. M., Yehuda, R., Schmeidler, J., Mitropoulou, V., New, A. S., Silverman, J. M. y Siever, L. J. (2003). Abuse and neglect in childhood: Relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectrums*, 8(10), 737-740, 749-754.
- Bolger, K. E., Patterson, C. J. y Kupersmidt, J. B. (1998). Peer relationships and self-esteem among children who have been maltreated. *Child Development*, 69(4), 1171-1197.
- Bollen, K.A. (1989a). A new incremental fit index for general structural models. *Sociological Methods & Research*, 17, 303-316.
- Bollen, K.A. (1989b). *Structural equations with latent variables*. New York: Willey.

- Brown, T. L. y Zimmerman, R. S. (2004). Are adolescents accurate reporters of their alcohol use? *Individual Differences Research*, 2, 17-25.
- Browne, M. W. y Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K.A. Bollen & J.S. Long (Ed.), *Testing structural equation models* (445-455). Newbury Park, CA: Sage.
- Bulik, C. M., Prescott, C. A. y Kendler, K. S. (2001). Features of childhood sexual abuse and the development of psychiatric and substance use disorders. *British Journal of Psychiatry*, 179, 444-449.
- Byrne, B. M. (2006). *Structural equation modeling with EQS: Basic concepts, applications, and programming*, 2nd ed. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Campo, A. T. y Rohner, R. P. (1992). Relationships between perceived parental acceptance-rejection, psychological adjustment, and substance abuse among young adults. *Child Abuse and Neglect*, 16(3), 429-440.
- Caplan G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Cardoso, J. M. N., Barbosa, A., Ismail, F. y Pombo, S. (2006). Neter alcoholic typology (nat). *Alcohol and Alcoholism*, 41(2), 133-139.
- Carey, K. B. y Correia, C. J. (1997). Drinking motives predict alcohol-related problems in college students. *Journal Of Studies On Alcohol*, 58(1), 100-105.
- Carey, G. y DiLalla, D. L. (1994). Personality and psychopathology: Genetic perspectives. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 32-43.
- Carmines, E.G. y McIver, J.P. (1981). Analyzing models with unobserved variables. En G.W. Bohrnstedt y Borgatta, B.F. (Ed.), *Social measurement: current issues*. Beverly Hills: Sage.
- Carrigan, G., Samoluk, S. B. y Stewart, S. H. (1998). Examination of the short form of the inventory of drinking situations (IDS-42) in a young adult university student sample. *Behaviour Research and Therapy*, 36(7), 789-807.
- Carver, C. S. y White, T. L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: The bis/bas scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(2), 319-333.
- Caseras, X., Ávila, C. y Torrubia, R. (2003). The measurement of individual differences in behavioural inhibition and behavioural activation systems: A comparison of personality scales. *Personality and Individual Differences*, 34, 999-1013.

-
- Caspi, A. (1993). Why Maladaptive Behaviors Persist: Sources of Continuity and Change Across the Life. In D. C. Funder, R. D. Parke, C. Tomlinson-Kersey, & K. Widaman (Ed.), *Studying lives through time: Personality and development* (343–376). Washington, DC: American Psychological Association.
- Caspi, A., Harrington, H., Moffitt, T. E., Begg, D., Dickson, N., Langley, J. y Silva, P. A. (1997). Personality differences predict health-risk behaviors in young adulthood: Evidence from a longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(5), 1052-1063.
- Caspi, A., Moffitt, T. E., Newman, D. L. y Silva, P. A. (1996). Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders: Longitudinal evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 53(11), 1033-1039.
- Casswell, S., Pledger, M. y Pratap, S. (2002). Trajectories of drinking from 18 to 26 years: identification and prediction. *Addiction*, 97, 1427–1437.
- Centro Reina Sofía. (2000). *Maltrato Infantil en la familia*. Comunidad Valenciana (1997/1998). Valencia: Centro Reina Sofía.
- Centro Reina Sofía. Extraído el 3 de diciembre desde : <http://www.monstresdecameva.com/documentos/D15.pdf>
- Cerezo, M.A., Más, E. y Simó, S. (1998). *Análisis y evaluación de los indicadores de riesgo en situaciones de maltrato infantil. (Memoria final de proyecto)*. Dirección General de Servicios Sociales. Generalitat Valenciana. Valencia.
- Champagne, F. A. y Curley, J. P. (2009). Epigenetic mechanisms mediating the long-term effects of maternal care on development. *Neuroscience And Biobehavioral Reviews*, 33(4), 593-600.
- Chassin, L., Curran, P. J., Hussong, A. M. y Colder, C. R. (1996). The relation of parent alcoholism to adolescent substance use: A longitudinal follow-up study. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(1), 70-80.
- Chassin, L., Flora, D. B. y King, K. M. (2004). Trajectories of alcohol and drug use and dependence from adolescence to adulthood: The effects of familial alcoholism and personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(4), 483-498.
- Cheung, G. W. y Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 9, 233-255.

- Christensen, H. B. y Bilenberg, N. (2000). Behavior and emotional problems in children of alcoholic mothers and fathers. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9(3), 219-226.
- Cicchetti, D. y Rogosch, F. A. (2001). The impact of child maltreatment and psychopathology on neuroendocrine functioning. *Development and Psychopathology*, 13(4), 783-804.
- Clark, D. B., Lesnick, L. y Hegedus, A. M. (1997a). Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol abuse and dependence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(12), 1744-1751.
- Clark, D. B., Pollock, N., Bukstein, O. G., Mezzich, A. C., Bromberger, J. T. y Donovan, J. E. (1997b). Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(9), 1195-1203.
- Cloninger, C. R. (1987). Neurogenetic adaptative mechanisms in alcoholism. *Science*, 236, 410-416.
- Cloninger, C.R. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments*, 3, 167-226.
- Cloninger, C.R. (1998). The genetics and psychobiology of the seven-factor model of personality. En K.R. Silk (Ed.), *Biology of Personality Disorders* (63-92). Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Cloninger, C. R., Bohman, M. y Sivadsson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse: Cross-fostering analysis of adopted men. *Archives of General Psychiatry*, 38, 861-868.
- Cloninger, C. R., Sigvardsson, S. y Bohman, M. (1988). Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 12(4), 494-505.
- Cloninger, C.R., Sigvardsson, S. y Bohman, M. (1996). Type I and Type II alcoholism: an update. *Alcohol Health & Research World*, 20, 18-23.
- Coëffec, A. (en prensa). Big five-factor contributions to addiction to alcohol. *Encephale*.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Cohen, P., Brown, J. y Smailes, E. (2001). Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population. *Development and Psychopathology*, 13(4), 981-999.

-
- Colder, C. R. y Chassin, L. (1993). The stress and negative affect model of adolescent alcohol use and the moderating effects of behavioral undercontrol. *Journal Of Studies On Alcohol*, 54(3), 326-333.
- Colder, C. R. y Chassin, L. (1997). Affectivity and impulsivity: Temperament risk for adolescent alcohol involvement. *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(2), 83-97.
- Colder, C. R. y O'Connor, R. (2002). Attention bias and disinhibited behavior as predictors of alcohol use and enhancement reasons for drinking. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(4), 325-332.
- Comeau, N., Stewart, S. H. y Loba, P. (2001). The relations of trait anxiety, anxiety sensitivity, and sensation seeking to adolescents' motivations for alcohol, cigarette, and marijuana use. *Addictive Behaviors*, 26(6), 803-825.
- Conrod, P. J., Castellanos, N. y Mackie, C. (2008). Personality-targeted interventions delay the growth of adolescent drinking and binge drinking. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 49(2), 181-190.
- Conrod, P. J., Stewart, S. H., Comeau, N. y Maclean, A. M. (2006). Efficacy of cognitive-behavioral interventions targeting personality risk factors for youth alcohol misuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(4), 550-563.
- Conrod, P. J., Stewart, S. H., Pihl, R. O., Cote, S., Fontaine, V. y Dongier, M. (2000). Efficacy of brief coping skills interventions that match different personality profiles of female substance abusers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(3), 231-242.
- Conrod, P. J., Castellanos, N. y Strang, J. (2010). Brief, personality-targeted coping skills interventions and survival as a non-drug user over a 2-year period during adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 67(1), 85-93.
- Cooper, M. L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model. *Psychological Assessment*, 6, 117-128.
- Cooper, M. L., Agocha, V. B. y Sheldon, M. S. (2000). A motivational perspective on risky behaviors: The role of personality and affect regulatory processes. *Journal of Personality*, 68(6), 1059-1088.
- Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M. y Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 990-1005.

- Cooper, M. L., Russell, M., Skinner, J. B. y Windle, M. (1992). Development and validation of a three-dimensional measure of drinking motives. *Psychological Assessment*, 4(2), 123-132.
- Cornes, J. M., Fernández-Ríos, L., Arauxo, A. y Pedrejón, C. (2004). Ciencia de la prevención: Fundamentos y perspectivas. Implicaciones en psicología. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 31(2), 86-95.
- Corr, P. J. (2004). Reinforcement sensitivity theory and personality. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28, 317-332.
- Corr, P. J. y Perkins, A. M. (2006). The role of theory in the psychophysiology of personality: From Ivan Pavlov to Jeffrey Gray. *International Journal of Psychophysiology*, 62(3), 367-376.
- Corstorphine, E., Waller, G., Lawson, R. y Ganis, C. (2007). Trauma and multi-impulsivity in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8(1), 23-30.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costello, E. J., Sung, M., Worthman, C. y Angold, A. (2007). Pubertal maturation and the development of alcohol use and abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(SUPPL.1), S50-S59.
- Cotton, N. S. (1979). The familial incidence of alcoholism. A review. *Journal Of Studies On Alcohol*, 40(1), 89-116.
- Cox, W. M. y Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(2), 168-180.
- Cox, W. M. y Klinger, E. (1990). Incentive motivation, affective change, and alcohol use: A model. En W. M. Cox (Ed.), *Why people drink. Parameters of alcohol as a reinforcer* (291 - 314). New York: Gardner Press.
- Cox, W. M. y Klinger, E. (2004). A motivational model of alcohol use: determinants of use and change. En W. M. Cox & E. Klinger (Ed.), *Handbook of Motivational Counseling: Concepts, Approaches, and Assessment* (121-138). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

-
- Cox, W. M., Yeates, G. N., Gilligan, P. A. T. y Hosier, S. G. (2001). Individual differences. En N. Heather, T. J. Peters, & T. Stockwell (Ed.), *International handbook of alcohol dependence and problems* (357–374). Chichester: John Wiley & Sons.
- Cranford, J. A., McCabe, S. E. y Boyd, C. J. (2006). A new measure of binge drinking: Prevalence and correlates in a probability sample of undergraduates. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30(11), 1896-1905.
- Crawford, A. M., Pentz, M. A., Chou, C. P., Li, C. y Dwyer, J. H. (2003). Parallel developmental trajectories of sensation seeking and regular substance use in adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(3), 179-192.
- Creighton, S.J. (2004). Prevalence and incidence of child abuse: international comparisons. Extraído el 3 de diciembre desde : http://www.nspcc.org.uk/Inform/research/Briefings/prevalenceandincidenceofchildabuse_wda48217.html
- Cronin, C. (1997). Reasons for drinking versus outcome expectancies in the prediction of college student drinking. *Substance Use & Misuse*, 32(10), 1287-1311.
- Crosnoe, R., Muller, C. y Frank, K. (2004). Peer context and the consequences of adolescent drinking. *Social Problems*, 51, 288-304.
- Cyders, M. A., Flory, K., Rainer, S. y Smith, G. T. (2009). The role of personality dispositions to risky behavior in predicting first-year college drinking. *Addiction*, 104(2), 193-202.
- De Clercq, B., De Fruyt, F., Van Leeuwen, K. y Mervielde, I. (2006). The structure of maladaptive personality traits in childhood: A step toward an integrative developmental perspective for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 639-657.
- De Fruyt, F., Van De Wiele, L. y Van Heeringen, C. (2000). Cloninger's psychobiological model of temperament and character and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 29(3), 441-452.
- De Raad, B. y Perugini, M. (2002). *Big five assessment*. Göttingen: Hogrefe y Huber Publishers.
- De Sanctis, V. A., Trampush, J. W., Harty, S. C., Marks, D. J., Newcorn, J. H., Miller, C. J. y Halperin, J. M. (2008). Childhood maltreatment and conduct disorder: Independent predictors of adolescent substance use disorders in youth with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(4), 785-793.

- DeMartini, K. S. y Carey, K. B. (2011). The role of anxiety sensitivity and drinking motives in predicting alcohol use: A critical review. *Clinical Psychology Review, 31*, 169-177.
- Dembo, R., Dertke, M. y La Voie, L. (1987). Physical abuse, sexual victimization and illicit drug use: A structural analysis among high risk adolescents. *Journal of Adolescence, 10*(1), 13-33.
- Depue, R. A. y Collins, P. F. (1999). Neurobiology of the structure of personality: Dopamine, facilitation of incentive motivation, and extraversion. *Behavioral and Brain Sciences, 22*(3), 491-569.
- Díaz, R., Gual, A., García, M., Arnau, J., Pascual, F., Cañuelo, B., . . . Garbayo, I. (2008). Children of alcoholics in Spain: From risk to pathology: Results from the Alfil program. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*(1), 1-10.
- Digman, J. M. (1997). Higher-order factors of the big five. *Journal Of Personality And Social Psychology, 73*(6), 1246-1256.
- Dimeff, L.A. y Marlatt, G.A. (1998). Preventing relapse and maintaining change in addictive behaviors. *Clinical Psychology: Science and Practice, 5*, 513-525.
- Donovan, B. M. (2008). Do protective behavioral strategies mediate the relationship between personality characteristics and college students' use of alcohol?. (Tesis de doctorado). University at Albany, State University of New York.
- Downs, W. R. y Harrison, L. (1998). Childhood maltreatment and the risk of substance problems in later life. *Health and Social Care in the Community, 6*(1), 35-46.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Croft, J. B., Edwards, V. J. y Giles, W. H. (2001). Growing up with parental alcohol abuse: Exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse and Neglect, 25*(12), 1627-1640.
- Ducci, F., Enoch, M. A., Hodgkinson, C., Xu, K., Catena, M., Robin, R. W. y Goldman, D. (2008). Interaction between a functional MAO-A locus and childhood sexual abuse predicts alcoholism and antisocial personality disorder in adult women. *Molecular Psychiatry, 13*(3), 334-347.
- Duncan, T. E., Duncan, S. C., Strycker, L. A., Li, F. y Alpert, A. (1999). *An introduction to latent variable growth curve modelling*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dunn, M. G., Tarter, R. E., Mezzich, A. C., Vanyukov, M., Kirisci, L. y Kirillova, G. (2002). Origins and consequences of child neglect in substance abuse families. *Clinical Psychology Review, 22*(7), 1063-1090.

-
- Eaves, L. J., Prom, E. B. C. y Silberg, J. L. (2010). The mediating effect of parental neglect on adolescent and young adult anti-sociality: A longitudinal study of twins and their parents. *Behavior Genetics*, 40(4), 425-437.
- Egeland, B. (2009). Taking stock: Childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology. *Child Abuse and Neglect*, 33(1), 22-26.
- Elkins, I. J., King, S. M., McGue, M. y Iacono, W. G. (2006). Personality traits and the development of nicotine, alcohol, and illicit drug disorders: Prospective links from adolescence to young adulthood. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(1), 26-39.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Engels, R. C. M. E. y ter Bogt, T. (2001). Influences of risk behaviors on the quality of peer relations in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(6), 675-695.
- Epstein, E. E. y McCrady, B. S. (2009). *A cognitive-behavioral treatment program for overcoming alcohol problems: Therapist guide*. New York, NY US: Oxford University Press.
- Everitt, B. S., Landau, S. y Leese, M. (2001). *Cluster analysis* (4th Edition). Gran Bretaña: Arnold.
- Everitt, B. J. y Robins, T. W. (2005). Neural system of reinforcement for drug addiction: from actions to habits to compulsion. *Nature Neuroscience*, 8, 1481- 1489.
- Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Eysenck, H. J. (1990). Biological dimensions of personality. En L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 244-276). New York: Guilford.
- Eysenck, H. J. (1997). Addiction, personality and motivation. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 12(2), S79-S87.
- Eysenck, S. B. G., Barrett, P. T. y Barnes, G. E. (1993). A cross-cultural study of personality: Canada and England. *Personality and Individual Differences*, 14, 1-9.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, M. W. (1985). *Personality and individual differences: A natural science approach*. New York: Plenum.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1991). *Eysenck Personality Scales (EPS Adult)*. London: Hodder & Stoughton.
- Eysenck, S. B. G., Eysenck, H. J. y Barrett, P. (1985). A revised version of the psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, 6, 21-29.

- Faden, V. B., Day, N. L., Windle, M., Windle, R., Grube, J. W., Molina, B. S. G., . . . Sher, K. J. (2004). Collecting longitudinal data through childhood, adolescence, and young adulthood: methodological challenges. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 330-340.
- Felsher, J. R., Derevensky, J. L. y Gupta, R. (2010). Young adults with gambling problems: The impact of childhood maltreatment. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8(4), 545-556.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. y Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1355-1364.
- Fierro, I., Ochoa, R., Yáñez, J. L., Valderrama, J. C. y Álvarez, F. J. (2008). Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España y en las comunidades autónomas en el año 2004. *Revista Clínica Española*, 208, 455-462.
- Finn, P. R., Sharkansky, E. J., Viken, R., West, T. L., Sandy, J. y Bufferd, G. M. (1997). Heterogeneity in the families of sons of alcoholics: The impact of familial vulnerability type on offspring characteristics. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 26-36.
- Folch, C., Esteve, A., Zaragoza, K., Muñoz, R. y Casabona, J. (2010). Correlates of intensive alcohol and drug use in men who have sex with men in catalonia, spain. *European Journal of Public Health*, 20(2), 139-145.
- Fothergill, K. E. y Ensminger, M. E. (2006). Childhood and adolescent antecedents of drug and alcohol problems: A longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 82(1), 61-76.
- Fossati, A., Cloninger, C. R., Villa, D., Borronia, S., Graziolia, F., Giarollia, L., . . . Maffei, C. (2007). Reliability and validity of the Italian version of the Temperament and Character Inventory-Revised in an outpatient sample. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 380-387.
- Fosse, G. K. y Holen, A. (2007). Reported maltreatment in childhood in relation to the personality features of norwegian adult psychiatric outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(1), 79-82.
- Freisthler, B., Merritt, D. H. y Lascala, E. A. (2006). Understanding the ecology of child maltreatment: A review of the literature and directions for future research. *Child Maltreatment*, 11(3), 263-280.

-
- Frias-Armenta, M. (2002). Long-term effects of child punishment on mexican women: A structural model. *Child Abuse and Neglect*, 26(4), 371-386.
- Fuh, J. L., Wang, S. J., Juang, K. D., Lu, S. R., Liao, Y. C. y Chen, S. P. (2010). Relationship between childhood physical maltreatment and migraine in adolescents. *Headache*, 50(5), 761-768.
- Fuller-Thomson, E., Brennenstuhl, S. y Frank, J. (2010). The association between childhood physical abuse and heart disease in adulthood: Findings from a representative community sample. *Child Abuse and Neglect*, 34(9), 689-698.
- Gabel, S., Stallings, M. C., Schmitz, S., Young, S. E. y Fulker, D. W. (1999). Personality dimensions and substance misuse: Relationships in adolescents, mothers and fathers. *American Journal on Addictions*, 8(2), 101-113.
- Galaif, E. R., Stein, J. A., Newcomb, M. D. y Bernstein, D. P. (2001). Gender differences in the prediction of problem alcohol use in adulthood: Exploring the influence of family factors and childhood maltreatment. *Journal Of Studies On Alcohol*, 62(4), 486-493.
- Gallardo-Pujol, D. y Pereda, N. (sometido). Where personality, environmental adversity and psychopathology intersect: reactive and proactive person-environment transactions.
- Garabito, C., García, B., Gutiérrez, E., Hernández, A., Luna M. A., Pérez, M. M. . . Tévar, E. (2002). Validación del inventario del temperamento y el carácter (TCI-R). Modelo de personalidad de Cloninger. XV Congreso de Estudiantes de Medicina Preventiva y Salud Pública y Microbiología: Hábitos saludables en el S.XXI. Extraído el 26 de diciembre desde: <http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/>
- García-Montes, J. M., Zaldívar-Basurto, F., López-Ríos, F. y Molina-Moreno, A. (2009). The role of personality variables in drug abuse in a spanish university population. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7(3), 475-487.
- García-Sempere, A. y Portella, E. (2002). Los estudios del coste del alcoholismo: marco conceptual, limitaciones y resultados en España. *Adicciones*, 14, 141-154.
- George, S. M., Connor, J. P., Gullo, M. J. y Young, R. M. (2010). A prospective study of personality features predictive of early adolescent alcohol misuse. *Personality and Individual Differences*, 49(3), 204-209.
- Gerdner, A. y Allgulander, C. (2009). Psychometric properties of the swedish version of the childhood trauma questionnaire - short form (CTQ-SF). *Nordic Journal of Psychiatry*, 63(2), 160-170.

- Gibb, B. E. y Abela, J. R. Z. (2008). Emotional abuse, verbal victimization, and the development of children's negative inferential styles and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 32(2), 161-176.
- Gibb, B. E., Butler, A. C. y Beck, J. S. (2003). Childhood abuse, depression, and anxiety in adult psychiatric outpatients [2]. *Depression and Anxiety*, 17(4), 226-228.
- Gibb, B. E., Chelminski, I. y Zimmerman, M. (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety*, 24(4), 256-263.
- Gibb, B. E., Wheeler, R., Alloy, L. B. y Abramson, L. Y. (2001). Emotional, physical, and sexual maltreatment in childhood versus adolescence and personality dysfunction in young adulthood. *Journal Of Personality Disorders*, 15(6), 505-511.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. y Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373(9657), 68-81.
- Gire, J. T. (2002). A cross-national study of motives for drinking alcohol. *Substance Use & Misuse*, 37(2), 215-223.
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain - a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(1), 97-116.
- Glaser, B., Shelton, K. H. y van den Bree, M. B. M. (2010). The moderating role of close friends in the relationship between conduct problems and adolescent substance use. *Journal of Adolescent Health*, 47(1), 35-42.
- Goldman, D., Oroszi, G. y Ducci, F. (2005). The genetics of addictions: uncovering the genes. *Nature Reviews – Genetics*, 6, 521-532.
- Goldberg, L.R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, 48, 26-34.
- Goldstein, A. L. y Flett, G. L. (2009). Personality, alcohol use, and drinking motives: A comparison of independent and combined internal drinking motives groups. *Behavior Modification*, 33(2), 182-198.
- Goldstein, A. L., Flett, G. L. y Wekerle, C. (2010). Child maltreatment, alcohol use and drinking consequences among male and female college students: An examination of drinking motives as mediators. *Addictive Behaviors*, 35(6), 636-639.

-
- Goldman, D., Oroszi, G. y Ducci, F. (2005). The genetics of addictions: uncovering the genes. *Nature Reviews – Genetics*, 6, 521-532.
- Gómez, M. A., Sola, A., Cortés, M. J. y Mira, J. J. (2007). Sexual behaviour and contraception in people under the age of 20 in alicante, spain. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 12(2), 125-130.
- Goncalves, D. M. y Cloninger, C. R. (2010). Validation and normative studies of the brazilian portuguese and american versions of the temperament and character inventory - revised (TCI-R). *Journal of Affective Disorders*, 124(1-2), 126-133.
- Gore-Felton, C., Koopman, C., McGarvey, E., Hernandez, N. y Canterbury, R. J., Jr. (2001). Relationships of sexual, physical, and emotional abuse to emotional and behavioral problems among incarcerated adolescents. *Journal of Child Sexual Abuse*, 10(1), 73-88.
- Grant, B. F. y Dawson, D. A. (1997). Age at onset of alcohol use and its association with dsm-iv alcohol abuse and dependence: Results from the national longitudinal alcohol epidemiologic survey. *Journal of Substance Abuse*, 9(1), 103-110.
- Grant, V. V. y Stewart, S. H. (2007). Impact of experimentally induced positive and anxious mood on alcohol expectancy strength in internally motivated drinkers. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(2), 102-111.
- Grant, V. V., Stewart, S. H. y Mohr, C. D. (2009). Coping-anxiety and coping-depression motives predict different daily mood-drinking relationships. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(2), 226-237.
- Grant, V. V., Stewart, S. H., O'Connor, R. M., Blackwell, E. y Conrod, P. J. (2007). Psychometric evaluation of the five-factor modified drinking motives questionnaire-revised in undergraduates. *Addictive Behaviors*, 32(11), 2611-2632.
- Gratz, K. L., Tull, M. T., Baruch, D. E., Bornovalova, M. A. y Lejuez, C. W. (2008). Factors associated with co-occurring borderline personality disorder among inner-city substance users: The roles of childhood maltreatment, negative affect intensity/reactivity, and emotion dysregulation. *Comprehensive Psychiatry*, 49(6), 603-615.
- Grau, E. y Ortet, G. (1999). Personality traits and alcohol consumption in a sample of non-alcoholic women. *Personality and Individual Differences*, 27(6), 1057-1066.
- Gray, J.A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: an enquiry into the functions of the septohippocampal system*. Oxford: Oxford University Press.

- Gray, J.A. (1991). The neuropsychology of Temperament. En J. Strelau y A. Angleitner (Ed.), *Explorations in temperament* (105-128). Nueva York: Plenum Press.
- Gray, J. A. y McNaughton, N. (2000). *The neuropsychology of anxiety*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Grayson, C. E. y Nolen-Hoeksema, S. (2005). Motives to drink as mediators between childhood sexual assault and alcohol problems in adult women. *Journal of Traumatic Stress, 18*(2), 137-145.
- Greenfield, S. F., Kolodziej, M. E., Sugarman, D. E., Muenz, L. R., Vagge, L. M., He, D. Y. y Weiss, R. D. (2002). History of abuse and drinking outcomes following inpatient alcohol treatment: A prospective study. *Drug and Alcohol Dependence, 67*(3), 227-234.
- Grekin, E. R., Sher, K. J. y Wood, P. K. (2006). Personality and substance dependence symptoms: Modeling substance-specific traits. *Psychology of Addictive Behaviors, 20*(4), 415-424.
- Grilo, C. M. y Masheb, R. M. (2001). Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: Frequency and associations with gender, obesity, and eating-related psychopathology. *Obesity Research, 9*(5), 320-325.
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., Brody, M., Toth, C., Burke-Martindale, C. H. y Rothschild, B. S. (2005). Childhood maltreatment in extremely obese male and female bariatric surgery candidates. *Obesity Research, 13*(1), 123-130.
- Grover, K. E., Carpenter, L. L., Price, L. H., Gagne, G. G., Mello, A. F., Mello, M. F. y Tyrka, A. R. (2007). The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. *Journal Of Personality Disorders, 21*(4), 442-447.
- Gutiérrez-Zotes, J. A., Bayón, C., Montserrat, C., Valero, J., Labad, A., Cloninger, C. R. y Fernández-Aranda, F. (2004). Inventario del temperamento y el carácter-revisado (TCI-R). Baremación y datos normativos en una muestra de población general. *Actas Españolas de Psiquiatría, 32*(1), 8-15.
- Gutiérrez-Zotes, J.A., Cortés, M.J., Valero, J., Peña, J. y Labad, A. (2005). Propiedades psicométricas de la versión española abreviada del TCI-R (TCI-140) y su relación con las Escalas de la Personalidad Psicopatológica (MMPI-2 PSY-5) en pacientes. *Actas Españolas de Psiquiatría, 33*, 231-237.
- Ham, L. S. y Hope, D. A. (2003). College students and problematic drinking: A review of the literature. *Clinical Psychology Review, 23*(5), 719-759.

-
- Hamelin, C., Salomon, C., Sitta, R., Gueguen, A., Cyr, D. y Lert, F. (2009). Childhood sexual abuse and adult binge drinking among kanak women in new caledonia. *Social Science and Medicine*, 68(7), 1247-1253.
- Hampson, S. E., Goldberg, L. R., Vogt, T. M. y Dubanoski, J. P. (2006). Forty years on: Teachers' assessments of children's personality traits predict self-reported health behaviors and outcomes at midlife. *Health Psychology*, 25(1), 57-64.
- Hampton, P. J. (1951a). Representative studies of alcoholism and personality: I. Naturalistic studies. *The Journal of Social Psychology*, 34, 203-210.
- Hampton, P. J. (1951b). Representative studies of alcoholism and personality: II. Clinical studies. *The Journal of Social Psychology*, 34, 211-222.
- Hampton, P. J. (1951c). Representative studies of alcoholism and personality: III. Psychometric studies. *The Journal of Social Psychology*, 34, 223-233.
- Hankin, B. L. (2005). Childhood maltreatment and psychopathology: Prospective tests of attachment, cognitive vulnerability, and stress as mediating processes. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 645-671.
- Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E. y Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of dsm-iv alcohol abuse and dependence in the united states: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64(7), 830-842.
- Henry, K. L., McDonald, J. N., Oetting, E. R., Silk Walker, P., Walker, R. D. y Beauvais, F. (en prensa). Age of onset of first alcohol intoxication and subsequent alcohol use among urban American Indian adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*.
- Herman, A. I. (2009). College student drinking: Serotonin genes and personality together influence young adult alcohol consumption. (Tesis de doctorado). University of Hartford, Connecticut, US.
- Herman, J. L., Perry, J. C. y Van Der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146(4), 490-495.
- Herrera-Vázquez, M., Wagner, F. A., Velasco-Mondragón, E., Borges, G. y Lazcano-Ponce, E. (2004). Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud Pública Mexicana*, 46, 132-140.
- Hesselbrock, V. M. y Hesselbrock, M. N. (2006). Are there empirically supported and clinically useful subtypes of alcohol dependence? *Addiction*, 101(SUPPL. 1), 97-103.

- Hettema, J. M., Prescott, C. A., Myers, J. M., Neale, M. C. y Kendler, K. S. (2005). The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Archives of General Psychiatry*, 62(2), 182-189.
- Hill, J. (2009). Developmental perspectives on adult depression. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 23(3), 200-212.
- Hill, S. Y., Shen, S., Lowers, L. y Locke, J. (2000). Factors predicting the onset of adolescent drinking in families at high risk for developing alcoholism. *Biological Psychiatry*, 48(4), 265-275.
- Hodgins, D. C., Schopflocher, D. P., el-Guebaly, N., Casey, D. M., Smith, G. J., Williams, R. J. y Wood, R. T. (2010). The association between childhood maltreatment and gambling problems in a community sample of adult men and women. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(3), 548-554.
- Holmes, S. J. y Robins, L. N. (1988). The role of parental disciplinary practices in the development of depression and alcoholism. *Psychiatry*, 51(1), 24-35.
- Hong, R. Y. y Paunonen, S. V. (2009). Personality traits and health-risk behaviours in university students. *European Journal of Personality*, 23(8), 675-696.
- Howell, A. N., Leyro, T. M., Hogan, J., Buckner, J. D. y Zvolensky, M. J. (2010). Anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance in relation to coping and conformity motives for alcohol use and alcohol use problems among young adult drinkers. *Addictive Behaviors*, 35(12), 1144-1147.
- Hoyle, R.H. (1995). *Structural Equation Modeling: concepts, issues, and applications*. California (Estados Unidos): SAGE.
- Hrebickova, M. (1996). Internal consistency of czech version of NEO-FFI inventory. *Ceskoslovenska Psychologie*, 40(3), 208-216.
- Hu, L. T. y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6, 1-55.
- Hunt, W., Barnett, L. y Branch, L. (1971). Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 455-456.
- Hussong, A. M. (2003). Social influences in motivated drinking among college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(2), 142-150.

-
- Hussong, A. M., Curran, P. J. y Chassin, L. (1998). Pathways of risk for accelerated heavy alcohol use among adolescent children of alcoholic parents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(6), 453-466.
- Ibáñez, M. I., Moya, J., Ortet, G., Ferreres, V., Villa, H., Mezquita, L., Ruipérez, M.A. y Edo, S. (2009). Convergencia de las dimensiones de personalidad patológica con los modelos de personalidad normal en una muestra universitaria. Póster presentado en el XXV Congreso Argentino de Psiquiatría, Mar de plata, Argentina.
- Ibáñez, M. I., Moya, J., Villa, H., Mezquita, L., Ruipérez, M. A. y Ortet, G. (2010). Basic personality dimensions and alcohol consumption in young adults. *Personality and Individual Differences*, 48, 171-176.
- Ibáñez, M.I., Ruipérez, M.A., Villa, H., Moya, J. y Ortet, G. (2008). Personality and alcohol use. En G.J. Boyle, G. Matthews y D.H. Saklofske (Ed.), *Handbook of Personality Theory and Testing* (677-697). New York: Sage.
- Ikemoto, S. y Panksepp, J. (1999). The role of the nucleus accumbens dopamine in motivated behavior: a unifying interpretation with special reference to reward- seeking. *Brain Research Reviews*, 31, 6-41.
- Ivkovic, V., Vitart, V., Rudan, I., Janicijevic, B., Smolej-Narancic, N., Skaric-Juric, T., . . . Deary, I. J. (2007). The eysenck personality factors: Psychometric structure, reliability, heritability and phenotypic and genetic correlations with psychological distress in an isolated croatian population. *Personality and Individual Differences*, 42(1), 123-133.
- Jackson, K. M. y Sher, K. J. (2003). Alcohol use disorders and psychological distress: A prospective state-trait analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(4), 599-613.
- Jellinek, E. M. (1960a). Alcoholism: A genus and some of its species. *Canadian Medical Association Journal*, 83, 1341-1345.
- Jellinek, E. M. (1960b). *The disease concept of alcoholism*. New Haven: College and University Press.
- John, O. P., Naumann, L. P. y Soto, C. J. (2008). Paradigm shift to the integrative big- five trait taxonomy: History, measurement, and conceptual issues. En O. P. John, R. W. Robins y L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (3rd Ed., pp. 114–153). New York: Guilford Press.

- John, O.P y Soto, C.J. (2007). The importance of being valid: Reliability and the process of construct validation. In R.W. Robins, R.C. Fraley & R.F. Krueger (Ed.), *Handbook of research methods in personality psychology* (461-494). New York, NY: Guildford Press.
- Johnson, T.P. y Mott, J.A. (2001). The reliability of self-reported age of onset of tobacco, alcohol and illicit drug use. *Addiction*, 96, 1187-1198.
- Jones, S. P. y Heaven, P. C. L. (1998). Psychosocial correlates of adolescent drug-taking behaviour. *Journal of Adolescence*, 21(2), 127-134.
- Kabiru, C. W., Beguy, D., Crichton, J. y Ezeh, A. C. (2010). Self-reported drunkenness among adolescents in four sub-saharan african countries: Associations with adverse childhood experiences. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4, 17.
- Kalivas, P. W. y Volkow, N. D. (2005). The neural basis of addiction: A pathology of motivation and choice. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1403-1413.
- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J. y Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 953-959.
- Kendler, K. S., Prescott, C. A., Myers, J. y Neale, M. C. (2003). The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Archives of General Psychiatry*, 60(9), 929-937.
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H. S., Best, C. L. y Schnurr, P. P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 19-30.
- King, K. M. y Chassin, L. (2004). Mediating and moderated effects of adolescent behavioral undercontrol and parenting in the prediction of drug use disorders in emerging adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(3), 239-249.
- Kokkinos, C. M., Panayiotou, G., Charalambous, K., Antoniadou, N. y Davazoglou, A. (2010). Greek EPQ-J: Further support for a three-factor model of personality in children and adolescents. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 28(3), 259-269.
- Kopp, D., Spitzer, C., Kuwert, P., Barnow, S., Orlob, S., Lúth, H., . . . Dudeck, M. (2009). Psychiatric disorders and childhood trauma in prisoners with antisocial personality disorder. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 77(3), 152-159.

-
- Koss, M. P., Yuan, N. P., Dightman, D., Prince, R. J., Polacca, M., Sanderson, B. y Goldman, D. (2003). Adverse childhood exposures and alcohol dependence among seven native american tribes. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3), 238-244.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F. y Watson, D. (2010). Linking "big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(5), 768-821.
- Krueger, R. F. y Markon, K. E. (2006). Understanding psychopathology: Melding behavior genetics, personality, and quantitative psychology to develop an empirically based model. *Current Directions in Psychological Science*, 15(3), 113-117.
- Krueger, R. F., Caspi, A. y Moffitt, T. E. (2000). Epidemiological personology: The unifying role of personality in population-based research on problem behaviors. *Journal of Personality*, 68(6), 967-998.
- Krueger, R.F., Hicks, B.M., Patrick, C.J., Carlson, S.R., Iacono, W.G. y McGue, M. (2002). Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior, and personality: Modeling the externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 411-424.
- Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., Benning, S. D. y Kramer, M. D. (2007). Linking antisocial behavior, substance use, and personality: An integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(4), 645-666.
- Krueger, R. F., McGue, M. y Iacono, W. G. (2001). The higher-order structure of common dsm mental disorders: Internalization, externalization, and their connections to personality. *Personality and Individual Differences*, 30(7), 1245-1259.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A.B. y Lozano, R. (2002). World report on violence and health. Geneva, World Health Organization.
- Kubicka, L., Matejcek, Z., Dytrych, Z. y Roth, Z. (2001). IQ and personality traits assessed in childhood as predictors of drinking and smoking behavior in middleaged adults: a 24-year follow-up study. *Addiction*, 96, 1615-1628.
- Kuntsche, E. y Cooper, M. L. (2010). Drinking to have fun and to get drunk: Motives as predictors of weekend drinking over and above usual drinking habits. *Drug and Alcohol Dependence*, 110(3), 259-262.
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Engels, R. y Gmel, G. (2007a). Drinking motives as mediators of the link between alcohol expectancies and alcohol use among adolescents. *Journal Of Studies On Alcohol And Drugs*, 68(1), 76-85.

- Kuntsche, E., Knibbe, R., Engels, R. y Gmel, G. (2007b). Bullying and fighting among adolescents—do drinking motives and alcohol use matter? *Addictive Behaviors*, 32(12), 3131-3135.
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Engels, R. y Gmel, G. (2010). Being drunk to have fun or to forget problems?: Identifying enhancement and coping drinkers among risky drinking adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 26(1), 46-54.
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, G. y Engels, R. (2005). Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 841-861.
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, G. y Engels, R. (2006a). Replication and validation of the drinking motive questionnaire revised (DMQ-R, cooper, 1994) among adolescents in switzerland. *European Addiction Research*, 12(3), 161-168.
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, G. y Engels, R. (2006b). Who drinks and why? A review of socio-demographic, personality, and contextual issues behind the drinking motives in young people. *Addictive Behaviors*, 31(10), 1844-1857.
- Kuntsche, E., Stewart, S. H. y Cooper, M. L. (2008b). How stable is the motive-alcohol use link? A cross-national validation of the drinking motives questionnaire revised among adolescents from switzerland, canada, and the united states. *Journal Of Studies On Alcohol And Drugs*, 69(3), 388-396.
- Kuntsche, E., von Fischer, M. y Gmel, G. (2008a). Personality factors and alcohol use: A mediator analysis of drinking motives. *Personality and Individual Differences*, 45(8), 796-800.
- Kuo, P. H., Yang, H. J., Soong, W. T. y Chen, W. J. (2002). Substance use among adolescents in taiwan: Associated personality traits, incompetence, and behavioral/emotional problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 27-39.
- La Grange, L., Jones, T. D., Erb, L. y Reyes, E. (1995). Alcohol consumption: Biochemical and personality correlates in a college student population. *Addictive Behaviors*, 20(1), 93-103.
- Labouvie, E. y Bates, M. E. (2002). Reasons for alcohol use in young adulthood: Validation of a three-dimensional measure. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(2), 145-155.
- Lang, A. J., Stein, M. B., Kennedy, C. M. y Foy, D. W. (2004). Adult psychopathology and intimate partner violence among survivors of childhood maltreatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(10), 1102-1118.

-
- Langeland, W. y Hartgers, C. (1998). Child sexual and physical abuse and alcoholism: A review. *Journal Of Studies On Alcohol*, 59(3), 336-348.
- Larkins, J. M. y Sher, K. J. (2006). Family history of alcoholism and the stability of personality in young adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(4), 471-477.
- Lesch, O. M., Kefer, J., Lentner, S., Mader, R., Marx, B., Musalek, M., . . . Zach, E. (1990). Diagnosis of chronic alcoholism - classificatory problems. *Psychopathology*, 23(2), 88-96.
- Littlefield, A. K., Sher, K. J. y Wood, P. K. (2010a). A personality-based description of maturing out of alcohol problems: Extension with a five-factor model and robustness to modeling challenges. *Addictive Behaviors*, 35(11), 948-954.
- Littlefield, A. K., Sher, K. J. y Wood, P. K. (2010b). Do changes in drinking motives mediate the relation between personality change and "maturing out" of problem drinking?. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(1), 93-105.
- Livesley, W. J. (2007). A framework for integrating dimensional and categorical classifications of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 21(2), 199-224.
- Livesley, W. J., Jackson, D. N. y Schroeder, M. L. (1992). Factorial structure of traits delineating personality disorders in clinical and general population samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 432-440.
- Levy, B. y Earleywine, M. (2003). Reinforcement expectancies for studying predict drinking problems among college students: Approaching problem drinking from an expectancies choice perspective. *Addictive Behaviors*, 28(3), 551-559.
- Lo, C. C. y Cheng, T. C. (2007). The impact of childhood maltreatment on young adults' substance abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33(1), 139-146.
- Lobbestael, J., Arntz, A. y Bernstein, D. P. (2010). Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. *Journal Of Personality Disorders*, 24(3), 285-295.
- LoCastro, J., Spiro Iii, A., Monnelly, E. y Ciraulo, D. (2000). Personality, family history, and alcohol use among older men: The va normative aging study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(4), 501-511.
- Loewenthal, K.M. (1996). *An introduction to psychological tests and scales*. London: University College London Press.

- Loukas, A., Fitzgerald, H. E., Zucker, R. A. y Von Eye, A. (2001). Parental alcoholism and co-occurring antisocial behavior: Prospective relationships to externalizing behavior problems in their young sons. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(2), 91-106.
- Loukas, A., Krull, J. L., Chassin, L. y Carle, A. C. (2000). The relation of personality to alcohol abuse/dependence in a high-risk sample. *Journal of Personality*, 68(6), 1153-1175.
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E. y Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 561-592.
- Luczak, S. E., Glatt, S. J. y Wall, T. L. (2006). Meta-Analysis of ALDH2 and ADH1B with alcohol dependence in Asians. *Psychological Bulletin*, 132, 607-621.
- Luengo, M. A., Carrillo-de-la-Pena, M. T., Otero, J. M. y Romero, E. (1994). A short-term longitudinal study of impulsivity and antisocial behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 542-548.
- Lukasiewicz, M., Neveu, X., Blecha, L., Falissard, B., Reynaud, M. y Gasquet, I. (2008). Pathways to substance-related disorder: A structural model approach exploring the influence of temperament, character, and childhood adversity in a national cohort of prisoners. *Alcohol and Alcoholism*, 43(3), 287-295.
- MacCallum, R.C., Browne, M.W. y Sugawara, H.M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods*, 1, 130-149.
- McCrae, R. R. y Costa, P. T. (2008). Empirical and theoretical status of the Five-Factor Model of personality traits. En G. J. Boyle, G. Matthews, & D. H. Sakloske (Ed.), *Personality theory and assessment. Personality theories and models* (273-294). London: SAGE.
- MacPherson, L., Magidson, J. F., Reynolds, E. K., Kahler, C. W. y Lejuez, C. W. (2010). Changes in sensation seeking and risk-taking propensity predict increases in alcohol use among early adolescents. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34(8), 1400-1408.
- Machizawa-Summers, S. (2007). Childhood trauma and parental bonding among Japanese female patients with borderline personality disorder. *International Journal of Psychology*, 42(4), 265-273.
- McLaughlin, T. L., Heath, A. C., Bucholz, K. K., Madden, P. A. F., Bierut, L. J., Slutske, W. S., . . . Martin, N. G. (2000). Childhood sexual abuse and pathogenic parenting in the childhood recollections of adult twin pairs. *Psychological Medicine*, 30(6), 1293-1302.

-
- Maclean, A. M. (2003). Reinforcement sensitivity and alcohol use: The role of depression, hopelessness, anxiety sensitivity and trait anxiety. (Tesis de doctorado). University of British Columbia, Vancouver, Canada.
- MacLean, M. G. y Lecci, L. (2000). A comparison of models of drinking motives in a university sample. *Psychology Of Addictive Behaviors*, 14(1), 83-87.
- Madruga, C. S., Laranjeira, R., Caetano, R., Ribeiro, W., Zaleski, M., Pinsky, I. y Ferri, C. P. (en prensa). Early life exposure to violence and substance misuse in adulthood-the first brazilian national survey. *Addictive Behaviors*.
- Maestre, E. (2009). *Relación entre la exposición a experiencias traumáticas en la infancia y la presencia de rasgos disfuncionales de personalidad en la edad adulta*. Trabajo de Investigación para la obtención del título de Diploma de Estudios Avanzados, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universitat Jaume I, Castellón de la Plana. España.
- Magid, V., MacLean, M. G. y Colder, C. R. (2007). Differentiating between sensation seeking and impulsivity through their mediated relations with alcohol use and problems. *Addictive Behaviors*, 32(10), 2046-2061.
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Rooke, S. E. y Schutte, N. S. (2007). Alcohol involvement and the five-factor model of personality: A meta-analysis. *Journal of Drug Education*, 37(3), 277-294.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647-657.
- Mardia, K. V. (1970). Measures of multivariate skewness and kurtosis with applications. *Biometrika*, 57, 519-530.
- Markon, K. E., Krueger, R. F. y Watson, D. (2005). Delineating the structure of normal and abnormal personality: An integrative hierarchical approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1), 139-157.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. En P. O. Davidson and S. M. Davidson (Ed.), *Behavioral medicine: Changing health lifestyles*. (410-452). New York: Brunner/Mazel.
- Martens, M. P., Neighbors, C., Dams-O'Connor, K., Lee, C. M. y Larimer, M. E. (2007). The factor structure of a dichotomously scored rutgers alcohol problem index. *Journal Of Studies On Alcohol And Drugs*, 68(4), 597-606.

- Martens, M. P., Rocha, T. L., Martin, J. L. y Serrao, H. F. (2008). Drinking motives and college students: Further examination of a four-factor model. *Journal of Counseling Psychology, 55*(2), 289-295.
- Masse, L. C. y Tremblay, R. E. (1997). Behavior of boys in kindergarten and the onset of substance use during adolescence. *Archives of General Psychiatry, 54*(1), 62-68.
- McCabe, S. E. (2002). Gender differences in collegiate risk factors for heavy episodic drinking. *Journal of Studies on Alcohol, 63*(1), 49-56.
- McDonald, R.P. (1989). An index of goodness-of-fit based on noncentrality. *Journal of Classification, 6*, 97-103.
- McGowan, P. O., Sasaki, A., D'Alessio, A. C., Dymov, S., Labonté, B., Szyf, M., . . . Meaney, M. J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience, 12*(3), 342-348.
- McGue, M., Slutske, W., Taylor, J. y Iacono, W.G. (1997). Personality and substance use disorders: I. Effects of gender and alcoholism subtype. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 21*, 513-520.
- Merenäkk, L., Harro, M., Laidra, K., Allik, J. y Harro, J. (2004). Substance use and personality in adolescents: Data from follow-up study. *Psychology and Health, 19*(1), 112-113.
- Mezquita, L., Ruipérez, M. A., Ibáñez, M. I., Stewart, S. H., Villa, H., Moya, J. y Ortet, G. (sometido). Drinking motives in clinical and general population. *European Addiction Research*.
- Mezquita, L., Stewart, S. H. y Ruipérez, M. (2010). Big-five personality domains predict internal drinking motives in young adults. *Personality and Individual Differences, 49*(3), 240-245.
- Mihic, L., Wells, S., Graham, K., Tremblay, P. F. y Demers, A. E. (2009). Situational and respondent-level motives for drinking and alcohol-related aggression: A multilevel analysis of drinking events in a sample of canadian university students. *Addictive Behaviors, 34*(3), 264-269.
- Min, M. O., Farkas, K., Minnes, S. y Singer, L. T. (2007). Impact of childhood abuse and neglect on substance abuse and psychological distress in adulthood. *Journal of Traumatic Stress, 20*(5), 833-844.

-
- Mitchell, J. T., Kimbrel, N. A., Hundt, N. E., Cobb, A. R., Nelson-Gray, R. O. y Lootens, C. M. (2007). An analysis of reinforcement sensitivity theory and the Five-Factor model. *European Journal of Personality, 21*, 869-887.
- Moran, P., Coffey, C., Chanen, A., Mann, A., Carlin, J. B. y Patton, G. C. (2010). Childhood sexual abuse and abnormal personality: A population-based study. *Psychological Medicine, 27*, 1-8.
- Morey, L. C. y Skinner, H. A. (1986). Empirically derived classifications of alcohol-related problems. En: Galanter, M., (Ed.), *Recent Developments in Alcoholism* (145-168). New York: Plenum Press.
- Mortensen, E. L., Reinisch, J. M. y Sanders, S. A. (1996). Psychometric properties of the danish 16pf and epq. *Scandinavian Journal of Psychology, 37*(2), 221-225.
- Mulder, R. T. (2002). Alcoholism and personality. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 36*(1), 44-52.
- Mullings, J. L., Hartley, D. J. y Marquart, J. W. (2004). Exploring the relationship between alcohol use, childhood maltreatment, and treatment needs among female prisoners. *Substance Use & Misuse, 39*(2), 277-305.
- Murray, G., Rawlings, D., Allen, N. B. y Trinder, J. (2003). Neo five-factor inventory scores: Psychometric properties in a community sample. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 36*(3), 140-149.
- Mustanski, B.S., Viken, R.J., Kaprio, J. y Rose, R.J. (2003). Genetic influences on the association between personality risk factors and alcohol use and abuse. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 282-289.
- Neal, D. J., Corbin, W. R. y Fromme, K. (2006). Measurement of alcohol-related consequences among high school and college students: Application of item response models to the rutgers alcohol problem index. *Psychological Assessment, 18*(4), 402-414.
- Nederlof, E., Van Der Ham, J. M., Dingemans, P. M. J. A. y Oei, T. I. (2010). The relation between dimensions of normal and pathological personality and childhood maltreatment in incarcerated boys. *Journal Of Personality Disorders, 24*(6), 746-762.
- Nejad, L. y Volny, K. (2008). *Treating stress and anxiety: A practitioner's guide to evidence-based approaches*. Norwalk, CT: Crown House Publishing Limited.
- Norberg, M. M., Norton, A. R., Olivier, J. y Zvolensky, M. J. (2010). Social anxiety, reasons for drinking, and college students. *Behavior Therapy, 41*(4), 555-566.

- O'Connor, R. M. y Colder, C. R. (2005). Predicting alcohol patterns in first-year college students through motivational systems and reasons for drinking. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, 10-20.
- O'Connor, T. G., Deater-Deckard, K., Fulker, D., Rutter, M. y Plomin, R. (1998). Genotype-environment correlations in late childhood and early adolescence: Antisocial behavioral problems and coercive parenting. *Developmental Psychology*, 34, 970-981.
- Observatorio infancia (2006). Maltrato infantil: Detección, notificación y registro de casos. Extraído el 3 de diciembre desde <http://www.observatoriodelainfancia.mspes.es/documentos/HojasDeteccion.pdf>
- Oliva, A., Parra, A. y Sánchez-Queija, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 153-169.
- Ong, T. H. (1989). Peers as perceived by drug abusers in their drug-seeking behaviour. *British Journal of Addiction*, 84, 631-637.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva, Switzerland: Author.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Extraído el 17 de diciembre desde: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Global status report on alcohol. Extraído el 17 de diciembre desde: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2007). Alcohol and injury in emergency departments. Extraído el 17 de diciembre desde: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_injury_summary.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010a). European status report on alcohol and health 2010. Extraído el 9 de enero desde: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010b). Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Extraído el 21 de febrero desde: http://www.who.int/publications/list/alcohol_strategy_2010/es/index.html

-
- Ortet, G., Ibáñez, M. I., Moro, M. y Silva, F. (2001). Versión corta del EPQ-R (EPQ-RS) [Short version of the EPQ-R (EPQ-RS)]. En H. J. Eysenck & S. B. G. Eysenck (Ed.), *EPQ-R. Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (34-39)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Panayiotou, G., Kokkinos, C. M. y Spanoudis, G. (2004). Searching for the "big five" in a greek context: The neo-ffi under the microscope. *Personality and Individual Differences*, 36(8), 1841-1854.
- Patton, G.C., Coffey, C., Lynskey, M.T., Reid, S., Hemphill, S., Carlin, J.B. y Hall, W. (2007). Trajectories of adolescent alcohol and cannabis use into young adulthood. *Addiction*, 102, 607-615.
- Pedrero, E. J. (2006). Temperamento, carácter y trastornos de la personalidad. Aplicación del TCI-R a una muestra de consumidores de drogas en tratamiento y su relación con el MCMI-II. *Adicciones*, 18, 135-148.
- Pelissolo, A., Mallet, L., Baleyte, J. M., Michel, G., Cloninger, C. R., Allilaire, J. F. y Jouvent, R. (2005). The Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R): psychometric characteristics of the French version. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 126-133.
- Perepletchikova, F. y Kaufman, J. (2010). Emotional and behavioral sequelae of childhood maltreatment. *Current Opinion in Pediatrics*, 22(5), 610-615.
- Perera, B. y Østbye, T. (2009). Prevalence and correlates of sexual abuse reported by late adolescent school children in sri lanka. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 21(2), 203-211.
- Pereda, N. y Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse and Neglect*, 31(4), 417-426.
- Pereda, N. y Gallardo-Pujol, D. (en prensa). Revisión sistemática de las consecuencias neurológicas del abuso sexual infantil. *Gaceta Sanitaria*.
- Pereda, Gallardo-Pujol, D. y Jiménez Padilla, R. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39, 131-139.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. y Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328-338.
- Pérez, M. y García, J.M. (2001). Efficacious psychological treatments for depression. *Psicothema*, 13, 493-510.

- Peterson, J. B., Morey, J. y Higgins, D. M. (2005). You drink, I drink: Alcohol consumption, social context and personality. *Individual Differences Research*, 3(1), 50-58.
- Piazza, P.V., Deroche, V., Rougé-Pont, F. y Le Moal, M. (1998). Behavioral and biological factors associated with individual vulnerability to psychostimulant abuse. En C.L. Wetherington y J.L. Falk (Eds.), *Laboratory behavioral studies of drug abuse (Research Monograph 169)* (pp. 105-133). Rockville: N.I.D.A.
- Pickering, A.D. (1997). The conceptual nervous system and personality: from Pavlov to neural networks. *European Psychologist*, 2, 139-163.
- Pickering, A. D. y Gray, J. A. (1999). The neuroscience of personality. En L. Pervin & O. John (Ed.), *Handbook of personality* (2nd ed., pp. 277-299). New York: Guilford Press.
- Plan Nacional sobre drogas. (2007). Informe sobre alcohol 2007. Extraído el 9 de diciembre desde: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf>
- Plan Nacional sobre drogas. (2010). Encuesta Domiciliaria (EDADES) 2009-2010. Extraído el 9 de diciembre desde: <http://www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=1945>
- Pombo, S. y Lesch, O. M. (2009). The alcoholic phenotypes among different multidimensional typologies: Similarities and their classification procedures. *Alcohol and Alcoholism*, 44(1), 46-54.
- Prescott, C. A. (2002). Sex differences in the genetic risk for alcoholism. *Alcohol Research and Health*, 26(4), 264-273.
- Prescott, C. A., Madden, P. A. F. y Stallings, M. C. (2006). Challenges in genetic studies of the etiology of substance use and substance use disorders: Introduction to the special issue. *Behavior Genetics*, 36(4), 473-482.
- Preuss, U. W., Schuckit, M. A., Smith, T. L., Barnow, S. y Danko, G. P. (2002). Mood and anxiety symptoms among 140 children from alcoholic and control families. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(3), 235-242.
- Read, J. P., Kahler, C. W., Strong, D. R. y Colder, C. R. (2006). Development and preliminary validation of the young adult alcohol consequences questionnaire. *Journal Of Studies On Alcohol*, 67(1), 169-177.
- Reti, I. M., Xu, J. Z., Yanofski, J., McKibben, J., Uhart, M., Cheng, Y. J., . . . Nestadt, G. (en prensa). Monoamine oxidase a regulates antisocial personality in whites with no history of physical abuse. *Comprehensive Psychiatry*.

-
- Ribas, E., Portella, E., Ridao, M., Carrilo, E. y Camacho, C. (1999). Los costes derivados del consumo de alcohol para el sistema productivo de España. *Adicciones*, 11(1), 33-36.
- Rodríguez-Martos, A., Gual, A. y Llopis, J. J. (1999). La "unidad de bebida estándar" como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Medicina Clínica*, 112(12), 446-450.
- Rogers, M. (1995). Factors influencing recall of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 691-716.
- Rogosch, F. A. y Cicchetti, D. (2004). Child maltreatment and emergent personality organization: Perspectives from the five-factor model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(2), 123-145.
- Romer, D. y Hennessy, M. (2007). A biosocial-affect model of adolescent sensation seeking: The role of affect evaluation and peer-group influence in adolescent drug use. *Prevention Science*, 8(2), 89-101.
- Romero, E., Luengo, M.A. y Sobral, J. (2001). Personality and antisocial behaviour: study of temperamental dimensions. *Personality and Individual Differences*, 31, 329-348.
- Rose, R. J. (1998). A developmental behavior-genetic perspective on alcoholism risk. *Alcohol Health & Research World*, 22, 131-143.
- Rose, D.T. y Abramson, L.Y. (1992). Developmental predictors of depressive cognitive style: research and theory. En Cicchetti, D. y Toth, S. (Ed.), *Rochester Symposium of Developmental Psychopathology* (324-349). University of Rochester Press, Rochester, NY.
- Rosenman, S. y Rodgers, B. (2006). Childhood adversity and adult personality. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(5), 482-490.
- Rothman, E. F. (2008). Adverse childhood experiences predict earlier age of drinking onset: Results from a representative us sample of current or former drinkers. *Pediatrics*, 122(2), e298-e304.
- Rankin H., Stockwell T. y Hodgson R. (1982). Personality and alcohol dependence. *Personality and Individual Differences*, 3, 145-151.
- Ruipérez, M.A., Ibáñez, M.I., Villa, H. y Ortet, G. (2006). Factores biopsicosociales en el consumo de alcohol. En L.A.Oblitas (Ed.), *Atlas de Psicología de la Salud*. Bogotá: PSICOM editores.
- Ruiz, M. A., Pincus, A. L. y Dickinson, K. A. (2003). Neo pi-r predictors of alcohol use and alcohol-related problems. *Journal of Personality Assessment*, 81(3), 226-236.

- Ruiz, M. A., Pincus, A. L. y Schinka, J. A. (2008). Externalizing pathology and the five-factor model: A meta-analysis of personality traits associated with antisocial personality disorder, substance use disorder, and their co-occurrence. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 365-388.
- Rutledge, P. C. y Sher, K. J. (2001). Heavy drinking from the freshman year into early young adulthood: The roles of stress, tension-reduction drinking motives, gender and personality. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(4), 457-466.
- San Martini, P., Mazzoti, E. y Setaro, S. (1996). Factor structure and psychometric features of the Italian version for the EPQ-R. *Personality and Individual Differences*, 21, 877-882.
- Sánchez, E., Cañas, M. y Muriel, R. (1993). *Guía de atención al maltrato infantil*. Sevilla: ADIMA - Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y Protección del Maltrato Infantil.
- Sanderman, R., Eysenck, S. B. G. y Arrindell, W. A. (1991). Cross-cultural comparison of personality: the Netherlands and England. *Psychological Reports*, 69, 1091-1096.
- Santonja, F. J., Sánchez, E., Rubio, M. y Morera, J. L. (2010). Alcohol consumption in Spain and its economic cost: A mathematical modeling approach. *Mathematical and Computer Modelling*, 52(7-8), 999-1003.
- Sanz, J., Silva, F. y Avia, M. D. (1999). La evaluación de Personalidad desde el modelo de los "Cinco Grados": El Inventario de Cinco Factores NEO (NEO-FFI) de Costa y McCrae. En F. Silva (Ed.), *Avances en Evaluación Psicológica* (169-235). Valencia: Promolibro.
- Sartor, C. E., Agrawal, A., McCutcheon, V. V., Duncan, A. E. Y Lynskey, M. T. (2008). Disentangling the complex association between childhood sexual abuse and alcohol-related problems: A review of methodological issues and approaches. *Journal Of Studies On Alcohol And Drugs*, 69(5), 718-727.
- Satorra, A. y Bentler, P.M. (2001). A scaled difference chi-square test statistic for moment structure analysis. *Psychometrika*, 66, 507-514.
- Sayette, M. A. (1999). Does drinking reduce stress? *Alcohol Research and Health World*, 23, 250-255.
- Schuck, A. M. y Widom, C. S. (2001). Childhood victimization and alcohol symptoms in females: Causal inferences and hypothesized mediators. *Child Abuse and Neglect*, 25(8), 1069-1092.

-
- Schuckit, M. A. y Smith, T. L. (2006). The relationship of behavioural undercontrol to alcoholism in higher-functioning adults. *Drug and Alcohol Review, 25*(5), 393-402.
- Schulz-Heik, R. J., Rhee, S. H., Silvern, L. E., Haberstick, B. C., Hopfer, C., Lessem, J. M., y Hewitt, J. K. (2010). The association between conduct problems and maltreatment: Testing genetic and environmental mediation. *Behavior Genetics, 40*, 338-348.
- Secades R. y Fernández, J. R. (2001). Efficacious psychological treatments for drug-addiction: Nicotine, alcohol, cocaine and heroin. *Psicothema, 13*, 365-380.
- Sher, K. J. (1991). *Children of alcoholics: A critical appraisal of theory and research*. Chicago: University of Chicago Press.
- Sher, K. J. (1997). Psychological characteristics of children of alcoholics. *Alcohol Research and Health, 21*(3), 247-254.
- Sher, K. J., Bartholow, B. D. y Wood, M. D. (2000). Personality and substance use disorders: A prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 818-829.
- Sher, K. J. y Trull, T. J. (1994). Personality and disinhibitory psychopathology: Alcoholism and antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(1), 92-102.
- Sher, K. J., Trull, T. J., Bartholow, B. D. y Vieth A. (1999). Personality and alcoholism: issues, methods and etiological processes. En: Leonard K. E. & Blane, H. T. (ed), *Psychological theories of drinking and alcoholism*. (pp. 54-105) New York: Guilford.
- Sher, K. J., Bartholow, B. D. y Wood, M. D. (2000). Personality and substance use disorders: A prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 818-829.
- Sher, K. J., Gershuny, B. S., Peterson, L. y Raskin, G. (1997). The role of childhood stressors in the intergenerational transmission of alcohol use disorders. *Journal Of Studies On Alcohol, 58*(4), 414-427.
- Sher, K. J., Grekin, E. R. y Williams, N. A. (2005). The development of alcohol use disorders. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*(1), 493-523.
- Shin, S. H., Edwards, E. M. y Heeren, T. (2009). Child abuse and neglect: Relations to adolescent binge drinking in the national longitudinal study of adolescent health (add-health) study. *Addictive Behaviors, 34*(3), 277-280.
- Simons, J., Correia, C. J., Carey, K. B. y Borsari, B. E. (1998). Validating a five-factor marijuana motive measure: Relations with use, problems, and alcohol motives. *Journal of Counseling Psychology, 45*, 265-273.

- Simons, L., Ducette, J., Kirby, K., Stahler, G. y Shipley, T. (2003). Childhood trauma, avoidance coping, and alcohol and other drug use among women in residential and outpatient treatment programs. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 21(4), 37-54.
- Simpson, T. L. y Miller, W. R. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems: A review. *Clinical Psychology Review*, 22(1), 27-77.
- Sintov, N. D., Kendler, K. S., Young-Wolff, K. C., Walsh, D., Patterson, D. G. y Prescott, C. A. (2010). Empirically defined subtypes of alcohol dependence in an Irish family sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 107(2-3), 230-236.
- Slutske, W. S., Heath, A. C., Madden, P. A. F., Bucholz, K. K., Statham, D. J. y Martin, N. G. (2002). Personality and the genetic risk for alcohol dependence. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 124-133.
- Slutske, W. S., Heath, A. C., Dinwiddie, S. H., Madden, P. A. F., Bucholz, K. K., Dunne, M. P., . . . Martin, N. G. (1998). Common genetic risk factors for conduct disorder and alcohol dependence. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(3), 363-374.
- Smith, C. A., Elwyn, L. J., Ireland, T. O. y Thornberry, T. P. (2010). Impact of adolescent exposure to intimate partner violence on substance use in early adulthood. *Journal Of Studies On Alcohol And Drugs*, 71(2), 219-230.
- Soldz, S. y Vaillant, G. E. (1999). The big five personality traits and the life course: A 45-year longitudinal study. *Journal of Research in Personality*, 33(2), 208-232.
- Soriano, F.J. (2005). Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de la salud. Extraído el 3 de diciembre desde : http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_maltrato.pdf
- Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Hovens, J. G. F. M., Roelofs, K., Zitman, F. G., Van Oppen, P. y Penninx, B. W. J. H. (2010). The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 126(1-2), 103-112.
- Steiger, J. H. y Lind, J. C. (1980). *Statistically based tests for the number of common factors*. Paper presented at the Psychometric Society Annual Meeting, Iowa City, IA.
- Stein, M. B., Schork, N. J. y Gelernter, J. (2008). Gene-by-environment (serotonin transporter and childhood maltreatment) interaction for anxiety sensitivity, an intermediate phenotype for anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, 33(2), 312-319.

-
- Stewart, S. H. y Chambers, L. (2000). Relationships between drinking motives and drinking restraint. *Addictive Behaviors*, 25(2), 269-274.
- Stewart, S. H., Conrod, P. J., Marlatt, G. A., Thush, C., Krank, M. y Comeau, M. N. (2005). New developments in prevention and early intervention for alcohol abuse in youths. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(2), 278-286.
- Stewart, S. H. y Devine, H. (2000). Relations between personality and drinking motives in young people. *Personality and Individual Differences*, 29(3), 495-511.
- Stewart, S. H. y Kushner, M. G. (2001). Introduction to the special issue on "anxiety sensitivity and addictive behaviors". *Addictive Behaviors*, 26(6), 775-785.
- Stewart, S. H., Karp, J., Pihl, R. O. y Peterson, R. A. (1997). Anxiety sensitivity and self-reported reasons for drug use. *Journal of Substance Abuse*, 9(1), 223-240.
- Stewart, S. H., Loughlin, H. L. y Rhyno, E. (2001). Internal drinking motives mediate personality domain-drinking relations in young adults. *Personality and Individual Differences*, 30(2), 271-286.
- Stewart, S. H., Sherry, S. B., Comeau, M. N., Mushquash, C. J., Collins, P. y Van Wilgenburg, H. (2011). Hopelessness and excessive drinking among aboriginal adolescents: the mediating roles of depressive symptoms and drinking to cope. *Depression and Research Treatment*. doi: 10.1155/2011/970169.
- Stewart, S. H., Zeitlin, S. B. y Samoluk, S. B. (1996). Examination of a three-dimensional drinking motives questionnaire in a young adult university student sample. *Behaviour Research And Therapy*, 34(1), 61-71.
- Stewart, S. H., Zvolensky, M. J. y Eifert, G. H. (2002). The relations of anxiety sensitivity, experiential avoidance, and alexithymic coping to young adults' motivations for drinking. *Behavior Modification*, 26(2), 274-296.
- Straus, M. A. y Kantor, G. K. (1994). Corporal punishment of adolescents by parents: A risk factor in the epidemiology of depression, suicide, alcohol abuse, child abuse, and wife beating. *Adolescence*, 29(115), 543-561.
- Strelau, J. y Zawadzki, B. (1995). The formal characteristics of Behaviour-Temperament Inventory (FCB-TI): validity studies. *European Journal of Personality*, 9, 207-229.
- Swadi, H. (1999). Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug and Alcohol Dependence*, 55, 209-224.

- Tellegen, A. y Waller, N. G. (2008). Exploring personality through test construction: Development of the Multidimensional Personality Questionnaire. En G. J. Boyle, G. Matthews, & D. H. Saklofske (Eds.), *The SAGE handbook of personality theory and assessment: Vol. 2. Personality measurement and testing* (261–292). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Theakston, J. A., Stewart, S. H., Dawson, M. Y., Knowlden-Loewen, S. A. B. y Lehman, D. R. (2004). Big-five personality domains predict drinking motives. *Personality and Individual Differences*, 37(5), 971-984.
- Thombs, B. D., Lewis, C., Bernstein, D. P., Medrano, M. A. y Hatch, J. P. (2007). An evaluation of the measurement equivalence of the childhood trauma questionnaire-short form across gender and race in a sample of drug-abusing adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(4), 391-398.
- Thornberry, T. P., Henry, K. L., Ireland, T. O. y Smith, C. A. (2010). The causal impact of childhood-limited maltreatment and adolescent maltreatment on early adult adjustment. *Journal of Adolescent Health*, 46(4), 359-365.
- Tikkanen, R., Ducci, F., Goldman, D., Holi, M., Lindberg, N., Tiihonen, J. y Virkkunen, M. (2010). MaaO alters the effects of heavy drinking and childhood physical abuse on risk for severe impulsive acts of violence among alcoholic violent offenders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34(5), 853-860.
- Tellegen, A. (2000). *Manual of the Multidimensional Personality Questionnaire*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Tonmyr, L., Thornton, T., Draca, J. y Wekerle, C. (2010). A review of childhood maltreatment and adolescent substance use relationship. *Current Psychiatry Reviews*, 6(3), 223-234.
- Torrubia, R., Ávila, C., Moltó, J. y Cáseras, X. (2001). The Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (SPSRQ) as a measure of Gray's anxiety and impulsivity dimensions. *Personality and Individual Differences*, 31, 837-862.
- Torrubia, R., Ávila, C., Moltó, J. y Caseras, X. (en preparación). SPSRQ short version. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Tragesser, S. L., Sher, K. J., Trull, T. J. y Park, A. (2007). Personality disorder symptoms, drinking motives, and alcohol use and consequences: Cross-sectional and prospective mediation. *Experimental And Clinical Psychopharmacology*, 15(3), 282-292.

-
- Tragesser, S. L., Trull, T. J., Sher, K. J. y Park, A. (2008). Drinking motives as mediators in the relation between personality disorder symptoms and alcohol use disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(5), 525-537.
- Trent, L., Stander, V., Thomsen, C. y Merrill, L. (2007). Alcohol abuse among u.S. Navy recruits who were maltreated in childhood. *Alcohol and Alcoholism*, 42(4), 370-375.
- Trull, T. J. y Sher, K. J. (1994). Relationship between the five-factor model of personality and axis I disorders in a nonclinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(2), 350-360.
- Tsuang, M. T., Lyons, M. J., Eisen, S. A., Goldberg, J., True, W., Lin, N., Meyer, J. M., Toomey, R., Faraone, S. V. y Eaves, L. (1996). Genetic influences on DSM-III-R drug abuse and dependence: a study of 3,372 twin pairs. *American Journal of Medical Genetics Part B Neuropsychiatric Genetics*, 67, 473-477.
- Tucci, A. M., Kerr-Correa, F. y Souza-Formigoni, M. L. O. (2010). Childhood trauma in substance use disorder and depression: An analysis by gender among a Brazilian clinical sample. *Child Abuse & Neglect*, 34(2), 95-104.
- Tyrka, A. R., Wyche, M. C., Kelly, M. M., Price, L. H. y Carpenter, L. L. (2009). Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: Influence of maltreatment type. *Psychiatry Research*, 165(3), 281-287.
- Urbán, R., Kökönyei, G. y Demetrovics, Z. (2008). Alcohol outcome expectancies and drinking motives mediate the association between sensation seeking and alcohol use among adolescents. *Addictive Behaviors*, 33(10), 1344-1352.
- Van Schoor, G., Bot, S. M. y Engels, R. C. M. E. (2008). Alcohol drinking in young adults: The predictive value of personality when peers come around. *European Addiction Research*, 14(3), 125-133.
- Viñas, M. (2008). *El cuestionario de Motivos de consumo de alcohol (DMQ-R) en una muestra de adolescentes españoles*. Trabajo de Investigación para la obtención del título de Diploma de Estudios Avanzados, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universitat Jaume I, Castellón de la Plana. España.
- Wagner, F. A., Velasco-Mondragón, H. E., Herrera-Vázquez, M., Borges, G. y Lazcano-Ponce, E. (2005). Early alcohol or tobacco onset and transition to other drug use among students in the state of Morelos, Mexico. *Drug and Alcohol Dependence*, 77(1), 93-96.
- Walitzer, K. S. y Dearing, R. L. (2006). Gender differences in alcohol and substance use relapse. *Clinical Psychology Review*, 26(2), 128-148.

- Watten, R. G. y Watten, V. P. (2010). Personality factors explain differences in alcoholic consumption among young adults. *Journal of Substance Use*, 15(3), 226-235.
- Weaver, I. C. G. (2007). Epigenetic programming by maternal behavior and pharmacological intervention - nature versus nurture: Let's call the whole thing off. *Epigenetics*, 2(1), 22-28.
- Weaver, I. C. G., Cervoni, N., Champagne, F. A., D'Alessio, A. C., Sharma, S., Seckl, J. R., . . . Meaney, M. J. (2004). Epigenetic programming by maternal behavior. *Nature Neuroscience*, 7(8), 847-854.
- Weaver, I. C. G., Meaney, M. J. y Szyf, M. (2006). Maternal care effects on the hippocampal transcriptome and anxiety-mediated behaviors in the offspring that are reversible in adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 103(9), 3480-3485.
- Wegman, H. L. y Stetler, C. (2009). A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. *Psychosomatic Medicine*, 71(8), 805-812.
- Weiss, R.E. (2005). *Modeling longitudinal data*. Estados Unidos: Springer.
- Wennberg, P. y Bohman, M. (2002). Childhood temperament and adult alcohol habits: A prospective longitudinal study from age 4 to age 36. *Addictive Behaviors*, 27(1), 63-74.
- White, H. R., Johnson, V. y Horwitz, A. (1986). An application of three deviance theories to adolescent substance use. *International Journal of the Addictions*, 21(3), 347-366.
- White, H. R. y Labouvie, E. W. (1989). Towards the assessment of adolescent problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 50(1), 30-37.
- Widiger, T. A. y Lowe, J. R. (2008). A dimensional model of personality disorder: Proposal for dsm-v. *The Psychiatric Clinics Of North America*, 31(3), 363.
- Widiger, T. A. y Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal Of Personality Disorders*, 19(2), 110-130.
- Widiger, T. A. y Smith, G. T. (2008). En O. P. John, R. W. Robins y L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (3rd Ed., pp. 743-769). New York: Guilford Press.
- Widom, C. S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry*, 156(8), 1223-1229.

-
- Widom, C. S., White, H. R., Czaja, S. J. y Marmorstein, N. R. (2007). Long-term effects of child abuse and neglect on alcohol use and excessive drinking in middle adulthood. *Journal Of Studies On Alcohol And Drugs*, 68(3), 317-326.
- Widom, C.S., Ireland, T. y Glynn, P. J. (1995). Alcohol abuse in abuse and neglected children follow-up: are they at increased risk?. *Journal of Studies on Alcohol*, 56(2), 207-217.
- Wills, T. A., Windle, M. y Cleary, S. D. (1998). Temperament and novelty seeking in adolescent substance use: Convergence of dimensions of temperament with constructs from cloning theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(2), 387-406.
- Wilson, D. J. y Doolabh, A. (1992). Reliability, factorial validity and equivalence of several forms of the Eysenck personality inventory/questionnaire in Zimbabwe. *Personality and Individual Differences*, 13, 637-643.
- Windle, M. y Davies, P. T. (1999). Depression and heavy alcohol use among adolescents: Concurrent and prospective relations. *Development and Psychopathology*, 11, 823-844.
- Woicik, P. A., Stewart, S. H., Pihl, R. O. y Conrod, P. J. (2009). The substance use risk profile scale: A scale measuring traits linked to reinforcement-specific substance use profiles. *Addictive Behaviors*, 34(12), 1042-1055.
- Wright, M. O., Crawford, E. y Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse and Neglect*, 33(1), 59-68.
- Yanovitzky, I. (2006). Sensation seeking and alcohol use by college students: Examining multiple pathways of effects. *Journal of Health Communication*, 11(3), 269-280.
- Yen, C. F., Yang, M. S., Chen, C. C., Yang, M. J., Su, Y. C., Wang, M. H. y Lan, C. M. (2008). Effects of childhood physical abuse on depression, problem drinking and perceived poor health status in adolescents living in rural taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(5), 575-583.
- Young, S. E., Rhee, S. H., Stallings, M. C., Corley, R. P. y Hewitt, J.K. (2006). Genetic and Environmental Vulnerabilities Underlying Adolescent Substance Use and Problem Use: General or Specific? *Behavior Genetics*, 36, 603-615.
- Young, S.E., Stallings, M.C., Corley, R.P., Krauter, K.S. y Hewitt, J.K. (2000). Genetic and environmental influences on behavioural disinhibition. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 96, 684-695.

- Young-Wolff, K. C., Kendler, K. S., Ericson, M. L. y Prescott, C. A. (2011). Accounting for the association between childhood maltreatment and alcohol-use disorders in males: A twin study. *Psychological Medicine*, 41, 59-70.
- Zernicke, K. A., Cantrell, H., Finn, P. R. y Lucas, J. (2010). The association between earlier age of first drink, disinhibited personality, and externalizing psychopathology in young adults. *Addictive Behaviors*, 35(5), 414-418.
- Zucker, R. A. (1987). The four alcoholism: A developmental account of the etiologic process. En Rivers, P. C. y Lincoln, N. B. (Ed.), *Alcohol and Addictive Behavior* (27-83). University of Nebraska Press.
- Zucker, R., Boyd, G. y Howard, J. (1994). *The development of alcohol problems: exploring the biopsychosocial matrix of risk*, Research Monograph-26. Rockville: NIAAA.
- Zuckerman, M. (1999). *Vulnerability to Psychopathology: A Biosocial Model*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Zuckerman, M., Kuhlman, D.M., Teta, P., Joireman, J. y Kraft, M. (1993). A comparison of three structural models of personality: the big three, the big five, and the alternative five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 757-768.
- Zywiak, W. H., Stout, R. L., Trefry, W. B., Glasser, I., Connors, G. J., Maisto, S. A. y Westberg, V. S. (2006). Alcohol relapse repetition, gender, and predictive validity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, 349-353.

ANEXO I

CTQ-SF (Bernstein et al., 2003)

Instrucciones

Este cuestionario pregunta sobre experiencias que usted puede haber vivido durante su infancia y/o adolescencia. A pesar de ser preguntas muy personales, por favor intente contestarlas con total sinceridad. En cada pregunta ponga una X en la opción que mejor describa cómo se siente.

Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Muy a menudo
1	2	3	4	5

1.	Me faltaba comida.	1	2	3	4	5
2.	Sabía que había alguien que cuidaba de mí y me protegía.	1	2	3	4	5
3.	Personas de mi familia me decían cosas como "estúpido/a", "vago/a" o "feo/a".	1	2	3	4	5
4.	Mis padres estaban demasiado bebidos o "colocados" como para cuidar de la familia.	1	2	3	4	5
5.	Había alguien en mi familia que me ayudó a sentirme importante o especial.	1	2	3	4	5
6.	Tuve que llevar ropa sucia.	1	2	3	4	5
7.	Me sentí querido/a.	1	2	3	4	5
8.	Pensé que mis padres deseaban que yo no hubiese nacido.	1	2	3	4	5
9.	Alguien de mi familia me pegó tan fuerte que tuve que ir al médico o al hospital.	1	2	3	4	5
10.	Personas de mi familia me pegaron tan fuerte que me hicieron morados o marcas.	1	2	3	4	5
11.	Me castigaban con un cinturón, una tabla, una cuerda, o algún otro objeto duro.	1	2	3	4	5
12.	Las personas de mi familia se preocupaban unas de las otras.	1	2	3	4	5
13.	Personas de mi familia me insultaban o me herían.	1	2	3	4	5
14.	Creo que me maltrataron físicamente.	1	2	3	4	5
15.	Me pegaron o golpearon tan fuerte que se dio cuenta alguien (como un maestro, vecino o médico).	1	2	3	4	5

16.	Sentía que alguien de mi familia me odiaba.	1	2	3	4	5
17.	Las personas de mi familia se sentían próximas unas con las otras.	1	2	3	4	5
18.	Alguien intentó tocarme de una forma sexual o intentó que yo le tocara.	1	2	3	4	5
19.	Alguien me amenazó con hacerme daño o decir mentiras sobre mí si no hacía alguna actividad sexual con él/ella.	1	2	3	4	5
20.	Alguien intentó que hiciera actos sexuales o que presenciara actos sexuales.	1	2	3	4	5
21.	Alguien abusó de mí.	1	2	3	4	5
22.	Creo que fui maltratado emocionalmente.	1	2	3	4	5
23.	Había alguien para llevarme al médico cuando lo necesitaba.	1	2	3	4	5
24.	Creo que abusaron de mí sexualmente.	1	2	3	4	5
25.	Mi familia fue una fuente de fuerza y ayuda.	1	2	3	4	5

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO II

NEO-FFI (Sanz et al., 1999)

Instrucciones

Este cuestionario consta de 60 enunciados. Léalos con atención y marque con una X la respuesta que corresponda mejor a su acuerdo o desacuerdo con ella.

"En total desacuerdo"	"En desacuerdo"	"Neutro"	"De acuerdo"	"Totalmente de acuerdo"
1	2	3	4	5

1.	Me asusto con facilidad.	1	2	3	4	5
2.	Me gusta tener mucha gente alrededor.	1	2	3	4	5
3.	No me gusta perder el tiempo soñando despierto.	1	2	3	4	5
4.	Trato de ser cortés con todo el que conozco.	1	2	3	4	5
5.	Se me conoce por mi prudencia y sentido común.	1	2	3	4	5
6.	A menudo me siento inferior a los demás.	1	2	3	4	5
7.	Me río con facilidad.	1	2	3	4	5
8.	Tengo mucha fantasía.	1	2	3	4	5
9.	Con frecuencia me enzarzo en discusiones con mi familia y mis compañeros.	1	2	3	4	5
10.	Soy bastante bueno en organizarme para terminar las cosas a tiempo.	1	2	3	4	5
11.	Cuando estoy bajo fuerte estrés, a veces siento que me va a dar un ataque de nervios.	1	2	3	4	5
12.	No me considero especialmente alegre.	1	2	3	4	5
13.	Me despiertan curiosidad las formas que encuentro en el arte y en la naturaleza.	1	2	3	4	5
14.	Algunas personas creen que soy egoísta.	1	2	3	4	5
15.	No soy una persona muy metódica.	1	2	3	4	5
16.	A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento.	1	2	3	4	5
17.	Me divierte hablar con la gente.	1	2	3	4	5

18.	Considero que la felicidad a los propios ideales y principios es más importante que la mentalidad abierta.	1	2	3	4	5
19.	Preferiría cooperar con los demás que competir con ellos.	1	2	3	4	5
20.	Trato de realizar concienzudamente todas las cosas que se me encomiendan.	1	2	3	4	5
21.	A menudo me siento tenso e inquieto.	1	2	3	4	5
22.	Me gusta estar donde está la acción.	1	2	3	4	5
23.	La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí.	1	2	3	4	5
24.	Tiendo a ser cínico y escéptico respecto a las intenciones de los demás.	1	2	3	4	5
25.	Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada.	1	2	3	4	5
26.	A veces me parece que no valgo absolutamente nada.	1	2	3	4	5
27.	Huyo de las multitudes.	1	2	3	4	5
28.	Con frecuencia pruebo comidas nuevas y extranjeras.	1	2	3	4	5
29.	Creo que la mayoría de la gente se aprovecharía de uno si le dejaran.	1	2	3	4	5
30.	Pierdo mucho tiempo hasta que me pongo a trabajar.	1	2	3	4	5
31.	Rara vez me siento con miedo o ansioso.	1	2	3	4	5
32.	A menudo siento como si estuviera reventado de energía.	1	2	3	4	5
33.	Rara vez me doy cuenta del humor o los sentimientos que producen ambientes diferentes.	1	2	3	4	5
34.	Creo que la mayoría de la gente tiene, en general, buena intención.	1	2	3	4	5
35.	Trabajo mucho para conseguir mis metas.	1	2	3	4	5
36.	Con frecuencia me enfada la forma en que me trata la gente.	1	2	3	4	5
37.	Soy una persona alegre, animosa.	1	2	3	4	5
38.	Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos.	1	2	3	4	5
39.	Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador.	1	2	3	4	5
40.	Cuando me comprometo a algo, siempre se puede contar conmigo para llevarlo a término.	1	2	3	4	5
41.	Con demasiada frecuencia, cuando las cosas me van mal me desanimo y me siento a punto de abandonar.	1	2	3	4	5

42.	No soy un alegre optimista.	1	2	3	4	5
43.	A veces, cuando leo poesía o contemplo una obra de arte, siento un escalofrío o una ola de excitación.	1	2	3	4	5
44.	Me parece que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna.	1	2	3	4	5
45.	Me esfuerzo por llegar al máximo de logros.	1	2	3	4	5
46.	Rara vez estoy triste o deprimido.	1	2	3	4	5
47.	A menudo he sido un líder en los grupos en que he estado.	1	2	3	4	5
48.	Tengo poco interés en especular sobre la naturaleza del universo o la condición humana.	1	2	3	4	5
49.	Por lo general trato de ser atento y considerado.	1	2	3	4	5
50.	Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo.	1	2	3	4	5
51.	Con frecuencia me siento indefenso y quiero que otro resuelva mis problemas.	1	2	3	4	5
52.	Me resulta fácil sonreír y ser extravertido con desconocidos.	1	2	3	4	5
53.	Tengo mucha curiosidad intelectual.	1	2	3	4	5
54.	Me aparto de mi camino por ayudar a los demás, si puedo.	1	2	3	4	5
55.	Parece que nunca soy capaz de organizarme.	1	2	3	4	5
56.	En ocasiones he estado tan avergonzado que he querido esconderme.	1	2	3	4	5
57.	En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros.	1	2	3	4	5
58.	Con frecuencia disfruto jugando con teorías o ideas abstractas.	1	2	3	4	5
59.	Si es necesario, estoy dispuesto a manipular a la gente para conseguir lo que quiero.	1	2	3	4	5
60.	Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago.	1	2	3	4	5

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO III

SCSR-S (Torrubia et al., en preparación)

Instrucciones

Por favor, conteste cada pregunta poniendo un aspa (X) sobre el SÍ o el NO que le siguen, según sea su modo de pensar o sentir. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni preguntas con trampa. Trabaje rápidamente y no piense demasiado en el significado exacto de las mismas.

1.	¿Las situaciones nuevas o inusuales le producen miedo a menudo?	Sí	No
2.	¿Le gusta que la gente esté pendiente de usted en una fiesta o reunión social?	Sí	No
3.	¿Le cuesta llamar por teléfono a personas que no conoce?	Sí	No
4.	¿Le gusta competir y hacer todo lo que pueda por ganar?	Sí	No
5.	¿A menudo prefiere renunciar a sus derechos antes que enfrentarse con alguna persona u organismo?	Sí	No
6.	Cuando está con un grupo, ¿muchas veces intenta que sus opiniones sean las más inteligentes o divertidas?	Sí	No
7.	¿Las situaciones difíciles le dejan fácilmente sin capacidad de reacción?	Sí	No
8.	De pequeño, ¿hacía muchas cosas para conseguir el reconocimiento de los demás?	Sí	No
9.	Nunca me he peinado antes de salir de casa.	Sí	No
10.	¿Es usted una persona vergonzosa?	Sí	No
11.	¿La posibilidad de obtener prestigio social le motiva a hacer cosas aunque ello implique no jugar limpio?	Sí	No
12.	¿Se lo piensa mucho antes de reclamar, si en un restaurante le dan comida en malas condiciones?	Sí	No
13.	¿Le gustaría llegar a ser una persona socialmente poderosa?	Sí	No
14.	¿Se preocupa muchas veces por las cosas que hace o que dice?	Sí	No
15.	¿A menudo le resulta difícil resistir la tentación de hacer cosas prohibidas?	Sí	No
16.	¿Muchas veces, piensa que podría hacer muchas más cosas si no fuera por su inseguridad o miedo?	Sí	No
17.	¿Muchas veces hace cosas pensando en las ganancias inmediatas?	Sí	No
18.	Comparándose con la gente que conoce, ¿tiene miedo de muchas cosas?	Sí	No

19.	¿Se distrae fácilmente de su trabajo cuando está presente una persona desconocida, físicamente atractiva?	Sí	No
20.	¿A menudo deja de hacer cosas que le agradarían por no recibir el desprecio o la desaprobación de los demás?	Sí	No
21.	Creo que a menudo voy cojo por culpa de un accidente de paracaídas.	Sí	No
22.	¿Le motiva el dinero hasta el punto de ser capaz de hacer trabajos arriesgados?	Sí	No
23.	¿Generalmente está más pendiente de las amenazas que de las cosas agradables de la vida?	Sí	No
24.	¿Le gusta introducir elementos competitivos en todas sus actividades?	Sí	No
25.	¿A menudo, deja de hacer cosas que le gustan para no hacer el ridículo?	Sí	No
26.	¿Le gusta demostrar sus habilidades físicas aún corriendo algún peligro?	Sí	No
27.	¿La perspectiva de conseguir dinero es capaz de motivarlo fuertemente a hacer cosas?	Sí	No
28.	Siempre que puede, ¿evita hacer demostración de sus habilidades por miedo al ridículo?	Sí	No
29.	¿La posibilidad de conseguir el reconocimiento público de sus méritos le estimula frecuentemente a actuar?	Sí	No
30.	¿A menudo hace cosas para que le alaben?	Sí	No
31.	Cuando está con un grupo de personas, ¿le cuesta escoger un tema adecuado de conversación?	Sí	No
32.	¿A menudo aprovecha las ocasiones que se le presentan para establecer relaciones con personas que le parecen atractivas?	Sí	No
33.	No recuerdo haber ido nunca en autobús.	Sí	No
34.	¿Acostumbra a dar prioridad a aquellas actividades que suponen una ganancia inmediata?	Sí	No

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO IV

EPQ-RS (Ortet et al., 2001)

Instrucciones

Por favor, conteste cada pregunta poniendo un aspa (X) sobre el SÍ o el NO que le siguen, según sea su modo de pensar o sentir. Si se equivoca o cambia de opinión, rodee con un círculo la respuesta incorrecta y marque con un aspa (X) la respuesta correcta. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni preguntas con trampa. Trabaje rápidamente y no piense demasiado en el significado exacto de las mismas.

1.	¿Se para a pensar las cosas antes de hacerlas?	Sí	No
2.	¿Su estado de ánimo sufre altibajos con frecuencia?	Sí	No
3.	¿Es una persona conversadora?	Sí	No
4.	¿Se siente a veces desdichado/a sin motivo?	Sí	No
5.	¿Es usted una persona más bien animada o vital?	Sí	No
6.	¿Es una persona irritable?	Sí	No
7.	¿Le tiene sin cuidado lo que piensan los demás?	Sí	No
8.	¿Tiende a mantenerse apartado/a en las situaciones sociales?	Sí	No
9.	A menudo, ¿se siente harto/a?	Sí	No
10.	¿Para usted, los límites entre lo que está bien y lo que está mal son menos claros que para la mayoría de la gente?	Sí	No
11.	¿Le gusta salir a menudo?	Sí	No
12.	¿Es mejor actuar como uno/a quiera que seguir las normas sociales?	Sí	No
13.	¿Tiene a menudo sentimientos de culpabilidad?	Sí	No
14.	¿Diría de sí mismo/a que es una persona nerviosa?	Sí	No
15.	¿Es usted una persona sufridora?	Sí	No
16.	¿Generalmente toma la iniciativa al hacer nuevas amistades?	Sí	No
17.	¿Los deseos personales están por encima de las normas sociales?	Sí	No
18.	¿Diría de sí mismo/a que es una persona tensa o muy nerviosa?	Sí	No
19.	Por lo general, ¿suele estar callado/a cuando está con otras personas?	Sí	No
20.	¿Cree que el matrimonio está anticuado y debería abolirse?	Sí	No
21.	¿Puede animar fácilmente una fiesta aburrida?	Sí	No

22.	¿Le gusta contar chistes e historias divertidas a sus amigos/as?	Sí	No
23.	¿La mayoría de las cosas le son indiferentes?	Sí	No
24.	¿Le gusta mezclarse con la gente?	Sí	No
25.	¿Se siente a menudo apático/a y cansado/a sin motivo?	Sí	No
26.	¿A menudo toma decisiones sin pararse a reflexionar?	Sí	No
27.	¿A menudo siente que la vida es muy monótona?	Sí	No
28.	¿Cree que la gente pierde el tiempo al proteger su futuro con ahorros y seguros?	Sí	No
29.	¿Puede organizar y conducir una fiesta?	Sí	No
30.	Generalmente, ¿reflexiona antes de actuar?	Sí	No
31.	¿Sufre de los "nervios"?	Sí	No
32.	¿A menudo se siente solo/a?	Sí	No
33.	¿Es mejor seguir las normas de la sociedad que ir a su aire?	Sí	No
34.	¿Le gusta el bullicio y la agitación a su alrededor?	Sí	No
35.	¿La gente piensa que usted es una persona animada?	Sí	No
36.	¿Cree que los planes de seguros son una buena idea?	Sí	No

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO V

TCI-R (Gutiérrez- Zotes, et al., 2004)

En este cuestionario encontrará una serie de frases que la gente utiliza normalmente para describir sus actitudes, opiniones, intereses y otros sentimientos personales. Intente describir cómo actúa y se siente "habitualmente", no cómo se siente o actúa en este momento.

Cada frase puede ser contestada VERDADERO o FALSO. Lea la frase y decida cuál de las dos opciones le describe mejor, rodeando con un aspa (X) la letra "V" o la "F". Si se equivoca o cambia de opinión rodee con un círculo la respuesta incorrecta y marque con un aspa (X) la respuesta correcta.

1.	A menudo hago cosas nuevas simplemente por diversión o emoción, aunque la mayoría de gente piense que es una pérdida de tiempo aunque la mayoría de la gente piense que es una pérdida de tiempo	V	F
2.	Suelo confiar en que todo irá bien, aunque sea en situaciones que preocuparían a la mayoría de la gente	V	F
3.	Con frecuencia me siento conmovido por la poesía o por un buen discurso	V	F
4.	Probablemente podría conseguir más cosas, pero no veo la necesidad de exigirme más allá de lo estrictamente necesario	V	F
5.	A menudo me siento tenso y preocupado en situaciones poco familiares, aún cuando otros piensen que no hay motivo para preocuparse	V	F
6.	Con frecuencia hago las cosas en función de cómo me siento en ese momento sin pensar en cómo se han hecho en el pasado	V	F
7.	Suelo hacer las cosas a mi manera sin ceder a los deseos de los demás	V	F
8.	Soy más reservado y controlado que la mayoría de la gente	V	F
9.	Con frecuencia tengo que dejar lo que estoy haciendo, porque comienza a preocuparme que algo salga mal	V	F
10.	Me gusta hablar abiertamente con mis amigos de mis experiencias y sentimientos, en vez de guardármelos para mí	V	F
11.	Tengo menos energía y me canso antes que la mayoría de la gente	V	F
12.	La mayor parte del tiempo prefiero hacer algo un poco arriesgado (como conducir en una zona montañosa con cuevas escarpadas), que estar quieto e inactivo durante horas	V	F
13.	Con frecuencia evito conocer a extraños porque no me siento seguro con gente que no conozco	V	F
14.	Me gusta agradar a la gente todo lo que puedo	V	F

15.	Prefiero las viejas formas de hacer las cosas, "ensayadas y correctas", que intentar formas "nuevas y perfeccionadas"	V	F
16.	Me gusta ser organizado y, siempre que puedo, establecer reglas para los demás	V	F
17.	Me es difícil mantener los mismos intereses durante mucho tiempo porque mi atención se desvía con frecuencia hacia otras cosas	V	F
18.	Suelo tener tanta determinación que sigo intentando las cosas, incluso mucho después que otras personas se han dado por vencidas	V	F
19.	Con frecuencia me gasto el dinero hasta quedarme sin nada, o me endeudo por pedir demasiados créditos	V	F
20.	Pienso que tendré suerte en el futuro	V	F
21.	Me recupero más lentamente que la mayoría de la gente de enfermedades menores o situaciones de tensión	V	F
22.	No me molestaría estar solo todo el tiempo	V	F
23.	No me preocupa mucho si le gusto a otra gente o si les gusta mi manera de hacer las cosas	V	F
24.	En las conversaciones suelo ser mejor escuchando que hablando	V	F
25.	Pierdo el control más rápido que la mayoría de la gente	V	F
26.	Cuando tengo que conocer a gente nueva soy más tímido que la mayoría de la gente	V	F
27.	Soy más sentimental que la mayoría de la gente	V	F
28.	Me gusta pensar las cosas durante largo tiempo antes de tomar decisiones	V	F
29.	Soy más trabajador que la mayoría de la gente	V	F
30.	Suelo necesitar siestas o períodos de descanso extras porque me canso con facilidad	V	F
31.	Siempre pienso que las cosas saldrán bien, sea cual sea el problema	V	F
32.	Me cuesta disfrutar cuando gasto el dinero en mí, aunque tenga ahorrado mucho	V	F
33.	Suelo estar tranquilo y seguro en situaciones que la mayoría de la gente encontraría peligrosas físicamente	V	F
34.	Me gusta guardarme los problemas para mí	V	F
35.	Me gusta más estar en casa que viajar o explorar nuevos lugares	V	F

36.	Pienso que no es inteligente ayudar a gente débil que no puede valerse por sí misma	V	F
37.	Me gusta que la gente pueda hacer lo que quiera, sin reglas estrictas o normas	V	F
38.	Probablemente me encontraría relajado o a gusto conociendo a gente extraña, aún cuando me hubieran dicho que eran poco amistosos	V	F
39.	Generalmente me preocupo más que la mayoría de la gente de que algo salga mal en el futuro	V	F
40.	Suelo pensar en todos los detalles antes de tomar una decisión	V	F
41.	Siento que es más importante ser afectivo y comprensivo con la gente que ser práctico e inflexible	V	F
42.	Por lo general, consigo que la gente me crea incluso cuando sé que estoy exagerando o diciendo cosas que no son ciertas	V	F
43.	Para recuperarme de enfermedades leves o situaciones de tensión, necesito mucho apoyo, descanso y tranquilidad	V	F
44.	Tengo reputación de ser una persona muy práctica que no se guía por las emociones	V	F
45.	Me resulta fácil organizar mis pensamientos mientras estoy hablando con alguien	V	F
46.	Me conmueven profundamente los ruegos sentimentales (por ej. cuando alguien me pide ayuda para los niños minusválidos)	V	F
47.	Generalmente me esfuerzo más que el resto de la gente porque quiero hacer las cosas lo mejor que puedo	V	F
48.	Odio tomar decisiones basadas en mi primera impresión	V	F
49.	Prefiero gastar dinero a ahorrarlo	V	F
50.	Por lo general soy bueno deformando la verdad para contar una historia divertida o gastar una broma a alguien	V	F
51.	Me recupero rápidamente cuando me avergüenzan o me humillan	V	F
52.	Me es muy difícil cambiar mi manera de hacer las cosas porque me pongo nervioso, me canso o me preocupo	V	F
53.	Por lo general necesito muy buenas razones para cambiar mi manera habitual de hacer las cosas	V	F
54.	Me gustaría tener a mi lado amigos íntimos y afectuosos la mayor parte del tiempo	V	F

55.	Suelo estar relajado y despreocupado, incluso en situaciones en que casi todo el mundo tiene miedo	V	F
56.	Las películas y las canciones tristes me parecen bastante aburridas	V	F
57.	Estoy satisfecho con mis logros y tengo pocos deseos de superarme	V	F
58.	A menudo me siento tenso y preocupado en situaciones poco familiares, aunque otros piensen que no existe peligro	V	F
59.	Suelo guiarme por intuición, corazonadas o instintos sin considerar todos los detalles	V	F
60.	Con frecuencia la gente piensa que soy demasiado independiente porque no hago lo que ellos quieren	V	F
61.	Se me da mejor ahorrar que a mucha gente	V	F
62.	Por lo general insisto en que las cosas se hagan de una forma ordenada y meticulosa, aún cuando los demás piensen que no es importante	V	F
63.	Me siento seguro y confiado en la mayoría de las situaciones sociales	V	F
64.	A mis amigos les resulta difícil conocer mis sentimientos porque nunca les comento mis pensamientos privados	V	F
65.	Odio cambiar mi manera de hacer las cosas aunque me digan que hay formas nuevas y mejores de hacerlas	V	F
66.	Tengo más energía y me canso menos que la mayoría de la gente	V	F
67.	Me gusta prestar atención a los detalles en todo lo que hago	V	F
68.	Con frecuencia interrumpo lo que estoy haciendo porque me preocupo sin razón, aunque mis amigos me digan que todo saldrá bien	V	F
69.	La mayor parte del tiempo preferiría hacer algo arriesgado (como lanzarme en paracaídas o en ala delta) antes que tener que quedarme quieto e inactivo durante unas horas	V	F
70.	Debido a que suelo gastar mucho dinero de forma impulsiva me cuesta ahorrar, incluso para cosas especiales como unas vacaciones	V	F
71.	No cambio mi manera de actuar por complacer a otros	V	F
72.	No soy tímido con personas desconocidas	V	F
73.	A menudo cedo a los deseos de mis amigos	V	F
74.	Nunca me preocupo de las cosas terribles que puedan ocurrir en el futuro	V	F
75.	Casi nunca me emociono tanto que pierdo el control de mí mismo	V	F
76.	A menudo dejo una actividad si requiere más tiempo de lo que yo pensaba	V	F

77.	Prefiero iniciar una conversación a esperar que otros me hablen	V	F
78.	Me divierte comprarme cosas	V	F
79.	En general me gusta ser frío y estar distanciado de los demás	V	F
80.	Lloro con más facilidad que la mayoría de la gente cuando veo una película triste	V	F
81.	Me preocupo más rápido que la mayoría de la gente de enfermedades leves y situaciones de tensión	V	F
82.	Cuando creo que me van a pillar, suelo desobedecer reglas y leyes	V	F
83.	Me gusta tomar decisiones rápidas de forma que pueda ponerme cuanto antes a hacer lo que tenga que hacer	V	F
84.	Generalmente tengo buena suerte en todo lo que intento	V	F
85.	Normalmente me siento seguro haciendo cosas que los demás considerarían peligrosas (como conducir un coche a mucha velocidad por una carretera mojada o helada)	V	F
86.	Me gusta explorar nuevas formas de hacer las cosas	V	F
87.	Disfruto más ahorrando que gastando en ocio o diversión	V	F
88.	Los derechos individuales son más importantes que las necesidades de la comunidad	V	F
89.	Incluso con amigos prefiero no abrirme mucho	V	F
90.	Suelo poder rendir "a tope" todo el día sin tener que esforzarme	V	F
91.	Casi siempre pienso en todos los detalles y hechos antes de tomar una decisión, aunque los demás me pidan una decisión rápida	V	F
92.	No soy bueno convenciendo a la gente cuando me pillan haciendo algo mal	V	F
93.	Soy más perfeccionista que la mayoría de la gente	V	F
94.	Pienso que me encontraría confiado y relajado con desconocidos, aunque me dijeran que están enfadados conmigo	V	F
95.	A la gente le resulta fácil acudir a mí buscando ayuda, simpatía y comprensión	V	F
96.	Soy más lento que la mayoría de la gente para entusiasarme con ideas y actividades nuevas	V	F
97.	Me cuesta mucho mentir, aunque lo tenga que hacer para no herir los sentimientos de otros	V	F

98.	Me suelo sentir tenso y preocupado cuando tengo que hacer algo nuevo y poco familiar	V	F
99.	A menudo me esfuerzo hasta el punto de estar exhausto o de intentar hacer más de lo que realmente puedo	V	F
100.	Alguna gente piensa que soy demasiado tacaño o mirado con el dinero	V	F
101.	Me tomo periódicamente tiempo para considerar si lo que estoy haciendo es correcto o incorrecto	V	F
102.	A no ser que sea muy cuidadoso, las cosas me suelen ir mal	V	F
103.	Si me encuentro preocupado, suelo sentirme mejor estando con amigos que estando solo	V	F
104.	Suelo permanecer alejado de situaciones sociales en las que tengo que conocer a gente extraña, incluso si me aseguran que serán amistosos	V	F
105.	Me suelo sentir con más energía y confianza que la mayoría de la gente, incluso después de tensiones o enfermedades menores	V	F
106.	Me gusta leer todo lo que tengo que firmar	V	F
107.	Cuando nada nuevo sucede suelo empezar a buscar algo que sea excitante o novedoso	V	F

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO VI

M DMQ-R (Mezquita et al., sometido)

A continuación tienes una lista de razones por las que algunas veces la gente bebe alcohol. Piensa en todas las veces que has bebido, ¿con que frecuencia podrías decir que has bebido por cada una de las siguientes razones?

Casi nunca / nunca	Alguna vez	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre / siempre
1	2	3	4	5

1.	Como una forma de celebración.	1	2	3	4	5
2.	Para relajarme.	1	2	3	4	5
3.	Porque me gusta la sensación.	1	2	3	4	5
4.	Porque es algo que muchos de mis amigos hacen cuando estamos juntos.	1	2	3	4	5
5.	Para olvidar mis preocupaciones.	1	2	3	4	5
6.	Porque es excitante.	1	2	3	4	5
7.	Para ser sociable.	1	2	3	4	5
8.	Porque me siento más confiado o seguro conmigo mismo.	1	2	3	4	5
9.	Para colocarme.	1	2	3	4	5
10.	Porque es costumbre en las ocasiones especiales.	1	2	3	4	5
11.	Porque me ayuda cuando me siento nervioso.	1	2	3	4	5
12.	Porque es divertido.	1	2	3	4	5
13.	Porque hace que las reuniones sociales sean más agradables.	1	2	3	4	5
14.	Para animarme cuando estoy de mal humor.	1	2	3	4	5
15.	Para gustar a los demás.	1	2	3	4	5
16.	Para no sentir dolor.	1	2	3	4	5
17.	Porque me ayuda cuando me siento deprimido.	1	2	3	4	5
18.	Para que otros no me tomen el pelo si no lo consumo.	1	2	3	4	5
19.	Para reducir mi ansiedad.	1	2	3	4	5
20.	Para parar de pensar de forma obsesiva en ciertas cosas.	1	2	3	4	5

21.	Para dejar de pensar negativamente sobre mí mismo.	1	2	3	4	5
22.	Para ayudar a sentirme más positivo/a sobre cosas que suceden en mi vida.	1	2	3	4	5
23.	Para dejar de sentir desesperanza sobre el futuro.	1	2	3	4	5
24.	Porque mis amigos me presionan para que consuma.	1	2	3	4	5
25.	Para encajar en un grupo que me gusta.	1	2	3	4	5
26.	Porque me hace sentir bien.	1	2	3	4	5
27.	Para olvidar recuerdos dolorosos.	1	2	3	4	5
28.	Para no sentirme excluido.	1	2	3	4	5

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO VII

CODIS-SF

1. Indica si has bebido alcohol...

Nunca	Alguna vez en la vida	Alguna vez en el último año	Alguna vez en el último mes	Alguna vez en la última semana	Diariamente
0	1	2	3	4	5

Si has marcado NUNCA no contestes de la pregunta 2 a la 4. Si bebes actualmente o has bebido alcohol alguna vez, por favor, contesta a las siguientes preguntas.

2. Indica el número de días que actualmente, consumes estos tipos de bebida alcohólica, en una semana típica de consumo, diferenciando ENTRESEMANA (de lunes a jueves) y en FIN DE SEMANA (de viernes a domingo):

	Entre semana	En fin de semana
Cerveza		
Vino		
Combinados (cubatas)		
Licores sin combinar (whisky, coñac, ron...)		
Otras bebidas alcohólicas (especificar).....		

3. Indica el número de unidades de cada tipo de bebida alcohólica que consumes en total ENTRE SEMANA (de lunes a jueves) y en FIN DE SEMANA (de viernes a domingo):

	Entre semana	En fin de semana	
Cerveza			Cañas o quintos
Vino			Vasos
Combinados (cubatas)			Copas o combinados
Licores sin combinar (whisky, coñac, ron...)			Copas
Otras bebidas alcohólicas (especificar).....			(Indicar).....

ANEXO VIII

RAPI (White y Labouvie, 1989)

A las personas les ocurren diferentes cosas mientras están bebiendo ALCOHOL o como resultado del uso de ALCOHOL. Algunas de estas cosas se nombran abajo. Por favor, indica CUÁNTAS VECES te ha ocurrido cada una de ellas DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS mientras estabas bebiendo alcohol o como resultado del uso del alcohol. Para responder utiliza la siguiente escala:

0	1	2	3	4
Nunca	1-2 veces	3-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces

¿Cuántas veces te sucedieron las siguientes cosas mientras estabas consumiendo alcohol o cómo consecuencia del uso de alcohol durante los pasados tres años?

1. No ser capaz de hacer tus tareas (académicas o laborales)	0	1	2	3	4
2. Meterte en peleas, comportarse mal o ser cruel con otros.	0	1	2	3	4
3. Te perdiste otras cosas porque gastaste demasiado dinero en alcohol	0	1	2	3	4
4. Fuiste a trabajar o a clase colocado o borracho	0	1	2	3	4
5. Causaste vergüenza o bochorno a alguien	0	1	2	3	4
6. Descuidaste tus responsabilidades	0	1	2	3	4
7. Tus familiares te evitaron	0	1	2	3	4
8. Sentiste que necesitabas más alcohol del que solías usar para obtener los mismos efectos	0	1	2	3	4
9. Intentaste controlar tu consumo intentando beber sólo a ciertas horas del día o en lugares concretos	0	1	2	3	4
10. Tuviste síntomas de abstinencia, es decir, sentiste náuseas porque paraste de beber o disminuiste la cantidad de bebida	0	1	2	3	4
11. Notaste un cambio en tu personalidad	0	1	2	3	4
12. Sentiste que tenías un problema con el alcohol	0	1	2	3	4
13. Perdiste un día (o parte de un día) de clases o trabajo	0	1	2	3	4
14. Intentaste disminuir o abandonar la bebida	0	1	2	3	4
15. De repente te encontraste en un lugar al que no podías recordar como llegaste	0	1	2	3	4
16. Te desmayaste o mareaste de repente	0	1	2	3	4
17. Tuviste una pelea, discusión o sentimientos negativos con un amigo	0	1	2	3	4
18. Tuviste una pelea, discusión o sentimientos negativos con un miembro de tu familia	0	1	2	3	4
19. Seguiste bebiendo cuando te prometiste a ti mismo que no lo harías	0	1	2	3	4
20. Sentiste que te estabas volviendo loco	0	1	2	3	4
21. Te lo pasaste muy mal	0	1	2	3	4
22. Sentiste dependencia física o psicológica del alcohol	0	1	2	3	4

1. No ser capaz de hacer tus tareas (académicas o laborales)	0	1	2	3	4
23. Un amigo o vecino te dijo que pararas de beber o redujeras el consumo	0	1	2	3	4

AUDIT (Babor et al., 2001)

1. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?

Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
0	1	2	3	4

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO IX

ANEXO X

Índices estandarizados β del efecto total al 95% para el modelo de vías, errores estandarizados (EE), prueba t y significación.

	β	EE	t	p
Maltrato psicológico → Emotividad negativa	,264	,009	5,486	,000
Maltrato físico → Desinhibición antagonista	,187	,026	3,451	,001
Maltrato psicológico → Emotividad positiva	-,094	,009	-1,926	,056
Maltrato físico → Desinhibición irresponsable	,109	,025	2,096	,037
Emotividad positiva → Sociales	,105	,045	1,932	,054
Maltrato psicológico → Sociales	-,010	,001	-1,332	,184
Emotividad negativa → Afrontamiento de la ansiedad	,172	,024	4,112	,000
Maltrato psicológico → Afrontamiento de la ansiedad	,045	,001	3,396	,001
Emotividad negativa → Afrontamiento de la depresión	,140	,025	2,095	,037
Maltrato psicológico → Afrontamiento de la depresión	,037	,001	2,618	,009
Emotividad positiva → Animación	,181	,041	4,335	,000
Desinhibición irresponsable → Animación	,189	,040	4,821	,000
Maltrato físico → Animación	,021	,005	1,972	,050
Maltrato psicológico → Animación	-,017	,002	-1,812	,071
Emotividad negativa → Conformidad	,173	,021	3,156	,002
Maltrato psicológico → Conformidad	,046	,001	2,772	,006
Emotividad negativa → Consumo por atracón	,003	,002	1,577	,116
Desinhibición antagonista → Consumo por atracón	,186	,042	4,397	,000
Emotividad positiva → Consumo por atracón	,065	,018	3,560	,000
Desinhibición irresponsable → Consumo por atracón	,069	,018	3,767	,000
Afrontamiento de la ansiedad → Consumo por atracón	,018	,018	1,610	,108
Animación → Consumo por atracón	,362	,054	6,560	,000
Consumo entresemana → Consumo por atracón	,103	,033	3,025	,003
Consumo en fin de semana → Consumo por atracón	,390	,061	7,227	,000
Maltrato físico → Consumo por atracón	,042	,006	3,125	,002
Maltrato psicológico → Consumo por atracón	-,005	,001	-1,497	,135
Emotividad negativa → Problemas derivados	,064	,241	2,550	,011
Desinhibición antagonista → Problemas derivados	,073	,213	3,476	,001
Emotividad positiva → Problemas derivados	,026	,082	3,101	,002
Desinhibición irresponsable → Problemas derivados	,027	,083	3,278	,001
Afrontamiento de la ansiedad → Problemas derivados	,007	,078	1,496	,137
Afrontamiento de la depresión → Problemas derivados	,452	1,472	5,549	,000
Animación → Problemas derivados	,142	,315	4,517	,000
Consumo por atracón → Problemas derivados	,391	,558	7,189	,000
Consumo entresemana → Problemas derivados	,040	,151	2,676	,008
Consumo en fin de semana → Problemas derivados	,153	,340	5,202	,000
Maltrato físico → Problemas derivados	,178	,311	2,819	,005
Maltrato psicológico → Problemas derivados	,119	,080	2,721	,007
Emotividad negativa → Consumo entresemana	,029	,013	2,112	,035

	β	EE	t	p
Desinhibición antagonista → Consumo entresemana	,238	,082	2,946	,003
Afrontamiento de la ansiedad → Consumo entresemana	,170	,130	2,207	,028
Maltrato físico → Consumo entresemana	,045	,010	2,136	,033
Maltrato psicológico → Consumo entresemana	,008	,001	1,906	,056
Emotividad negativa → Consumo fin de semana	,008	,004	1,626	,105
Desinhibición antagonista → Consumo fin de semana	,063	,020	2,810	,005
Emotividad positiva → Consumo fin de semana	,036	,012	2,613	,009
Desinhibición irresponsable → Consumo fin de semana	,037	,012	2,694	,007
Afrontamiento de la ansiedad → Consumo fin de semana	,045	,040	1,660	,098
Animación → Consumo fin de semana	,198	,051	3,344	,001
Consumo entresemana → Consumo fin de semana	,265	,069	3,325	,001
Maltrato físico → Consumo fin de semana	,016	,003	2,629	,009
Maltrato psicológico → Consumo fin de semana	-,001	,000	-,516	,606

ANEXO XI

Índices estandarizados β del efecto indirecto al 95% para el modelo de vías, errores estandarizados (EE), prueba t y significación.

	β	EE	t	p
Maltrato psicológico → sociales	-,010	,001	-1,332	,184
Maltrato psicológico → afrontamiento de la ansiedad	,045	,001	3,396	,001
Maltrato psicológico → afrontamiento de la depresión	,037	,001	2,618	,009
Maltrato físico → animación	,021	,005	1,972	,050
Maltrato psicológico → animación	-,017	,002	-1,812	,071
Maltrato psicológico → conformidad	,046	,001	2,772	,006
Emotividad negativa → Consumo por atracción	,003	,002	1,577	,116
Desinhibición antagonista → Consumo por atracción	,025	,009	2,662	,008
Emotividad positiva → Consumo por atracción	,065	,018	3,560	,000
Desinhibición irresponsable → Consumo por atracción	,069	,018	3,767	,000
Afrontamiento de la ansiedad → Consumo por atracción	,018	,018	1,610	,108
Animación → Consumo por atracción	,077	,024	3,101	,002
Consumo entresemana → Consumo por atracción	,103	,033	3,025	,003
Maltrato físico → Consumo por atracción	,042	,006	3,125	,002
Maltrato psicológico → Consumo por atracción	-,005	,001	-1,497	,135
Emotividad negativa → Problemas derivados	,064	,241	2,550	,011
Desinhibición antagonista → Problemas derivados	,073	,213	3,476	,001
Emotividad positiva → Problemas derivados	,026	,082	3,101	,002
Desinhibición irresponsable → Problemas derivados	,027	,083	3,278	,001
Afrontamiento de la ansiedad → Problemas derivados	,007	,078	1,496	,136
Animación → Problemas derivados	,142	,315	4,517	,000
Consumo entresemana → Problemas derivados	,040	,151	2,676	,008
Consumo fin de semana → Problemas derivados	,153	,340	5,202	,000
Maltrato físico → Problemas derivados	,016	,030	2,749	,006
Maltrato psicológico → Problemas derivados	,015	,013	1,989	,046
Emotividad negativa → Consumo entresemana	,029	,013	2,112	,035
Maltrato físico → Consumo entresemana	,045	,020	2,810	,005
Maltrato psicológico → Consumo entresemana	,008	,001	1,906	,056
Emotividad negativa → Consumo fin de semana	,008	,004	1,626	,105
Desinhibición antagonista → Consumo fin de semana	,063	,020	2,810	,005
Emotividad positiva → Consumo fin de semana	,036	,012	2,613	,009
Desinhibición irresponsable → Consumo fin de semana	,037	,012	2,694	,007
Afrontamiento de la ansiedad → Consumo fin de semana	,045	,040	1,660	,098
Maltrato físico → Consumo fin de semana	,016	,003	2,629	,009
Maltrato psicológico → Consumo fin de semana	-,001	,000	-,516	,606

Nota. En negro vías significativas, en gris oscuro tendencias y en gris claro vías no significativas.

ANEXO XII

Correlaciones entre las distintas variables del análisis de vías.

	correlación	p
Maltrato físico - Maltrato psicológico	,519	,000
Emotividad negativa - Desinhibición antagonista	-,028	,575
Emotividad negativa - Emotividad positiva	-,259	,000
Emotividad negativa - Desinhibición irresponsable	,179	,009
Desinhibición antagonista - Emotividad positiva	,130	,037
Desinhibición antagonista - Desinhibición irresponsable	,219	,000
Emotividad positiva - Desinhibición irresponsable	-,130	,031
Sociales - Afrontamiento de la ansiedad	,396	,000
Sociales - Afrontamiento de la depresión	,202	,000
Sociales - Animación	,476	,000
Sociales - Conformidad	,279	,000
Afrontamiento de la ansiedad - Afrontamiento de la depresión	,653	,000
Afrontamiento de la ansiedad - Animación	,567	,000
Afrontamiento de la ansiedad - Conformidad	,413	,000
Afrontamiento de la depresión - Animación	,389	,000
Afrontamiento de la depresión - Conformidad	,390	,000
Animación - Conformidad	,221	,000

ANEXO XIII

