

VNIVERSITAT  VALÈNCIA

Facultat de Psicologia  
Departament de Psicologia Bàsica



## **Determinantes del consumo intensivo de alcohol en jóvenes universitarios**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

**Patricia Motos Sellés**

Dirigida por:

**María Teresa Cortés Tomás**

Valencia, Junio de 2013



*Tu corazón es libre,  
ten el valor de hacerle caso.  
(Braveheart)*



**A mis padres y mi hermana,  
a mis abuelas y  
a David**



Una vez terminado este trabajo es hora de hacer balance y recordar a todas aquellas personas que han participado en su elaboración.

Mis primeras palabras de agradecimiento van dirigidas a mi tutora de tesis Maite Cortés Tomás, pues sin ella no hubieran sido lo mismo estos 4 años de formación como investigadora. Gracias por haberme guiado, por tus sabios consejos y por tu dedicación incondicional, apoyo y paciencia. Tú has confiado en mí, incluso en los momentos difíciles. Por todo esto no puedo estar más que agradecida de corazón por haberme hecho formar parte de este trabajo.

En segundo lugar, a mi compañero de trabajo y profesor Pepe, gracias por tus consejos, por tu buena disposición para resolverme cualquier duda cuando lo he necesitado y por haberme ayudado en el último tramo de este proyecto. Y sobre todo, por hacerme más agradables las mañanas de los jueves y viernes con tu buen sentido del humor.

También, agradecer a todos los profesores y alumnos voluntarios por haber participado y dedicar su tiempo en esta investigación.

A mis compañeras y compañeros del departamento de psicología básica por el buen ambiente de trabajo que hemos creado entre todos y por todo el cariño recibido por parte de vosotros, en especial el de mis compañeras de despacho Eli y Lorena. Chicas, habéis sido un gran apoyo en todos estos años, tanto en el plano académico como en el personal. Sin vosotras los días de trabajo hubieran sido más monótonos. Gracias por hacerme pasar muy buenos momentos. Me llevo a dos grandes amigas.

A mis amigos y amigas, por estar siempre a mi lado, preocuparse por mí y por su amistad incondicional, como también por todos los buenos momentos que he podido disfrutar de su compañía.

A David, mi amor, que ha sido un pilar importantísimo en estos últimos años. Gracias por haberme ayudado en todo el proceso de elaboración de este trabajo y por tu incondicional apoyo en todo lo que he hecho. Me has dado fuerzas para seguir adelante, confiar más en mi misma y querer superarme cada día un poquito más. Te quiero.

A mi abuela también me gustaría dedicarle unas palabras, pues es una persona muy importante en mi vida. Desde que tengo uso de razón siempre ha estado a mi lado, escuchándome y dándome muy buenos consejos en el día a día.

Por último, dedico este trabajo a las tres personas más importantes de mi vida: a mis padres y hermana. Sin ellos, todo esto no hubiera sido posible. Gracias por creer en mí, por apoyarme siempre y por vuestro cariño y amor. Y sobre todo por hacerme el camino más fácil hasta lograr mi objetivo. Nunca podré olvidar esos días tan duros de exámenes durante la carrera, en los que no me faltaron en ningún momento todos vuestros ánimos y fuerza para seguir adelante y querer superarme cada día más.

Mamá, tampoco olvidaré los madrugones que te pegabas por acompañarme con el coche hasta Valencia para no perder tanto tiempo en el autobús o el tren, así como el consuelo y los ánimos que me dabas después de cada examen de estadística. Son momentos que no olvidaré. Me has facilitado mucho el trabajo.

A los tres, os estaré eternamente agradecida.



# ÍNDICE



---

<b>ÍNDICE .....</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO 1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL DE LA POBLACIÓN JUVENIL .....</b>	<b>13</b>
<b>1. EL CONSUMO JUVENIL DE ALCOHOL EN ESPAÑA .....</b>	<b>15</b>
<b>2. PROBLEMAS EN LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL JUVENIL.....</b>	<b>21</b>
2.1. Terminología .....	21
2.2. Operacionalizar el Episodio de Consumo Intensivo de Alcohol .....	24
<b>3. CONSECUENCIAS DERIVADAS DEL CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL EN JÓVENES .....</b>	<b>35</b>
3.1. Consecuencias psicosociales del CIA.....	35
3.1.1. Evaluación de las consecuencias psicosociales.....	49
3.2. Consecuencias neuropsicológicas del CIA .....	64
<b>4. ESTRATEGIAS Y MÉTODOS DE PREVENCIÓN.....</b>	<b>71</b>
4.1. Actuaciones sobre la oferta: políticas de alcohol.....	72
4.2. Actuaciones sobre la demanda: prevención selectiva e indicada.....	79
<b>5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>98</b>
<b>CAPÍTULO 2. MÉTODO.....</b>	<b>105</b>
<b>1. PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DE LAS MUESTRAS .....</b>	<b>107</b>
1.1. Muestra de la Universidad Complutense de Madrid.....	107
1.2. Muestra de Valencia .....	109
1.3. Descripción de la muestra definitiva .....	110
<b>2. INSTRUMENTOS .....</b>	<b>110</b>
2.1. Instrumento de Evaluación de Consumo Intensivo (IECI) .....	111
2.1.1. Patrón de consumo .....	111
2.1.2. Determinantes cognitivos de la conducta de consumo.....	114
2.2. Use Disorders Identification Test (AUDIT) .....	116
<b>3. ANÁLISIS DE DATOS .....</b>	<b>117</b>
<b>CAPÍTULO 3. RESULTADOS.....</b>	<b>121</b>
<b>1. PATRÓN DE CONSUMO .....</b>	<b>123</b>
<b>2. CLASIFICACIÓN DE CONSUMIDORES.....</b>	<b>126</b>
2.1. Tipo de consumidor.....	127
2.1.1. Descripción de los grupos.....	127

2.1.2. Determinantes cognitivos del consumo de alcohol.....	131
2.1.3. Consecuencias derivadas del consumo de alcohol .....	138
2.2. Tipo de consumidor 2.....	155
2.2.1. Descripción de los grupos .....	155
2.2.2. Determinantes cognitivos del consumo de alcohol.....	159
2.2.3. Consecuencias derivadas del consumo de alcohol .....	166
<b>3. AUDIT.....</b>	<b>178</b>
3.1. Tipo de consumidor.....	178
3.2. Tipo de consumidor 2.....	181
<b>CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN.....</b>	<b>189</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>221</b>
<b>ANEXO I CUESTIONARIO IECI.....</b>	<b>249</b>

**CAPÍTULO 1.  
CONTEXTUALIZACIÓN  
DEL PATRÓN DE  
CONSUMO DE  
ALCOHOL DE LA  
POBLACIÓN JUVENIL**



## 1. EL CONSUMO JUVENIL DE ALCOHOL EN ESPAÑA

Según el informe de la *European Alcohol Policy Alliance* (EUROCARE, 2011), Europa es la región de mayor consumo de alcohol del mundo. Más de tres cuartas partes de los ciudadanos (76%) han consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses, de los que alrededor de un 88% lo ha hecho durante el último mes. Entre las regiones con mayores tasas de consumo de alcohol, se encuentra España con más del 80% de la población que afirma consumir alcohol, al menos una vez por semana (Eurobarómetro, 2010).

Respecto al grupo de edad juvenil (15-24 años), el último Eurobarómetro señala un aumento de dos puntos en el porcentaje de consumidores durante los últimos 30 días (de 84% en 2007, a 86% en 2010). Esta misma tendencia se aprecia en las encuestas epidemiológicas españolas, incrementándose en cuatro puntos el porcentaje de consumidores de 14 a 18 años (de 58.5% en 2008, a 63% en 2010). Además, es importante destacar que la prevalencia del consumo de alcohol en esta población es ligeramente más elevada entre las mujeres (63.2%) que entre los varones (62.7%). Asimismo y al igual que ocurre en el resto de sustancias, la prevalencia de consumidores de ambos sexos aumenta con la edad, alcanzando su punto máximo en los 18 años -77.1%- (ESTUDES, 2010).

Cuando se atiende a las cantidades de alcohol ingeridas, los jóvenes europeos (15-24 años) señalan niveles de consumo más altos en comparación al resto de grupos de edad. El 24% indica consumir entre 3 y 4 bebidas en una sesión de consumo y el 22% reconoce consumir hasta 5 o más bebidas. Por otra parte, los grupos de mayor edad (mayores de 40 años) no superan las 2 consumiciones por ocasión (Eurobarómetro, 2010). Estos resultados coinciden

con las últimas encuestas del EDADES (2009, 2011) que señalan mayores consumos en atracón o *binge drinking* (consumo de 5 o más bebidas durante un período de 2 horas), entre la población de 15 a 34 años (21.7%) durante el último mes, en comparación con el colectivo de mayor edad –a partir de los 35 años- (10.3%). Concretamente, la prevalencia de este consumo alcanza su punto máximo entre los 20 y 24 años, destacando los varones (36.6%) por encima de las mujeres (20.5%) (gráfico 1).

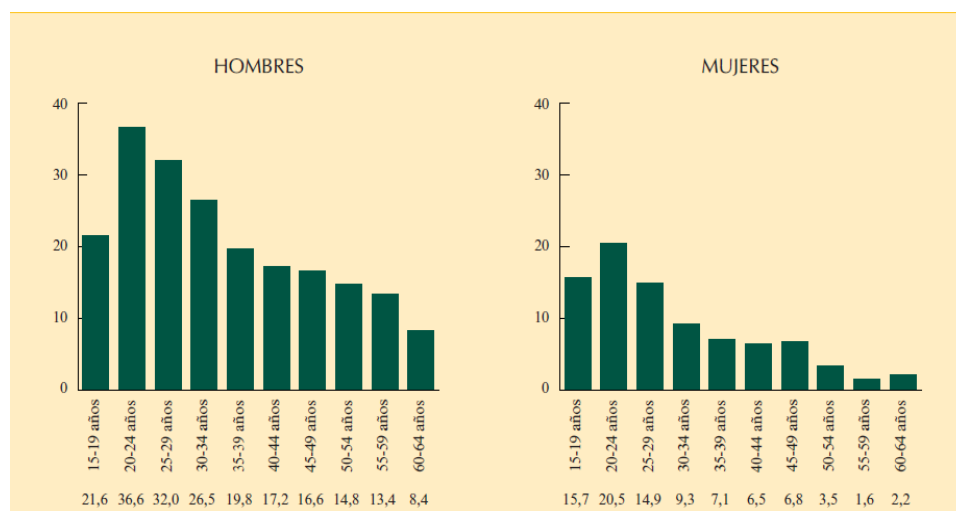


Gráfico 1. Prevalencia de consumo en atracón en función del género y la edad, durante el último mes. EDADES, 2009.

Entre el colectivo más joven (14-18 años), el 36.7% informa haber consumido 5 o más bebidas en un intervalo de tiempo de dos horas, en el último mes, siendo un 32.8% los que reconocen haberlo hecho más de 4 días (ESTUDES, 2010). Además, este porcentaje se incrementa hasta superar los dos tercios (66.5%) entre el colectivo de estudiantes que reconocieron haber ingerido alcohol en el mes previo al estudio (70.7% de los varones y 62.6% de las mujeres). Estas cantidades son semejantes a las de 2008: 66.4% (71.8% de los varones y 61.2% de las mujeres) (ESTUDES, 2010).



A todo esto se suma que se trata de una conducta que muchos jóvenes perciben con poca peligrosidad (53%) en comparación con el consumo de otras sustancias (ESTUDES, 2010), lo que justifica en parte su alta prevalencia.

Otro indicador que utilizan las encuestas epidemiológicas nacionales (EDADES y ESTUDES) para dar cuenta de esta forma de consumir entre los jóvenes, es el número de intoxicaciones/borracheras. Si se atiende a su evolución temporal por sexo y grupo de edad durante el último año, se observa una disminución respecto a 2009, año en el que se alcanzó el punto máximo desde 1997. Sin embargo, la prevalencia de intoxicaciones entre el colectivo de varones más jóvenes, sigue siendo, con diferencia, mayor (41.3%) al resto de grupos (EDADES, 2011) (gráfico 2).

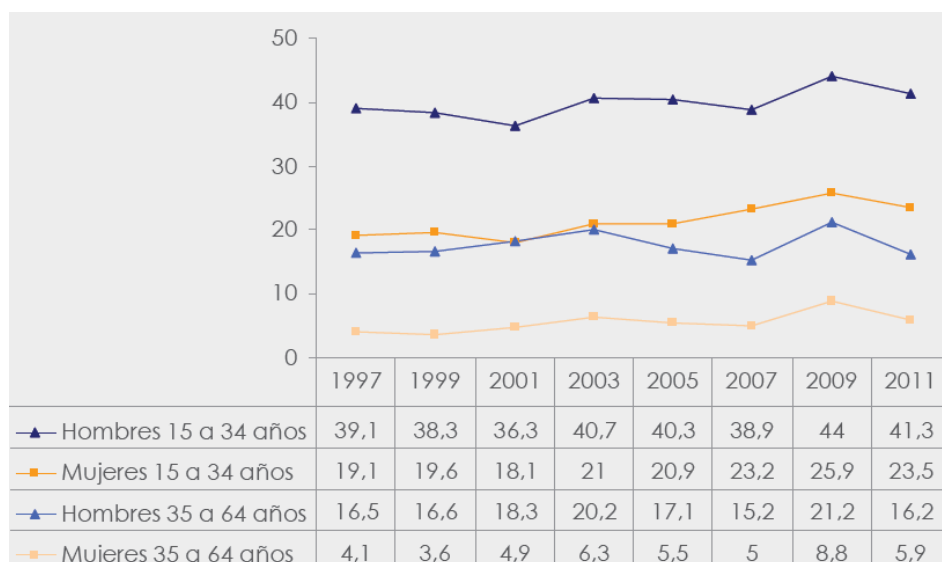


Gráfico 2. Evolución de la prevalencia de borracheras en función del género y la edad, durante los últimos 12 meses. EDADES, 2011.

Respecto a la población adolescente (14-18 años), en 2010, cerca del 59% afirmó haberse emborrachado alguna vez en la vida, alrededor del 53%

durante el último año y el 35.6% en los últimos 30 días, lo que supone un incremento respecto a encuestas de años anteriores (gráfico 3). Además, estos porcentajes se incrementan conforme aumenta la edad -de un 16% entre jóvenes de 14 años, a un 52.8% entre los más mayores, durante el último mes- (ESTUDES, 2010). Puede concluirse que entre los estudiantes que bebieron alcohol en el último mes, uno de cada dos se emborrachó en algún momento. Este resultado es ligeramente superior al obtenido en 2008 (49.6%) (ESTUDES, 2010).

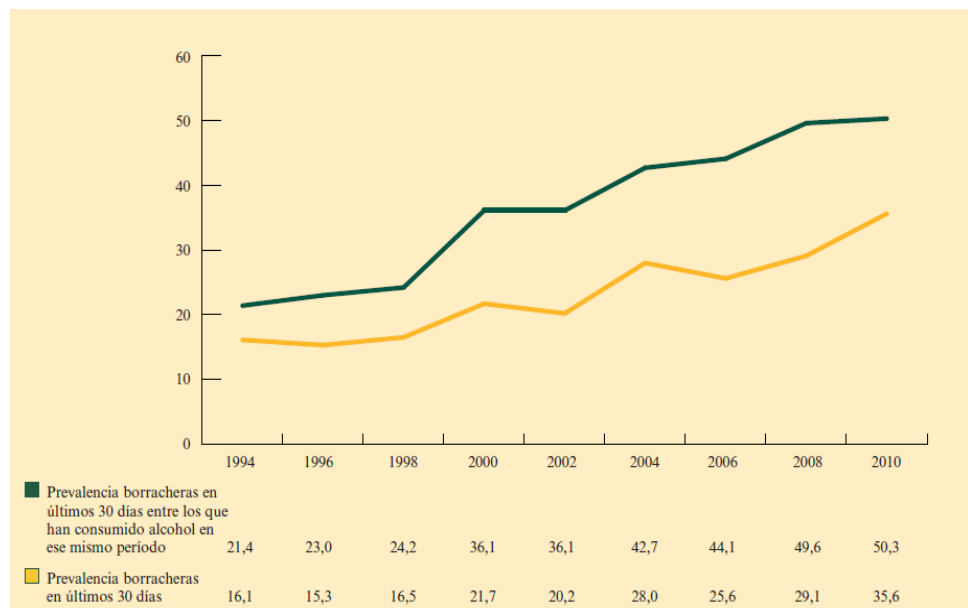


Gráfico 3. Evolución de la prevalencia de borracheras en los últimos 30 días entre los estudiantes de 14-18 años y entre aquellos que han consumido alcohol en ese mismo período. ESTUDES, 2010.

Es relevante matizar que para los indicadores temporales alguna vez en la vida y los últimos 12 meses, la proporción de intoxicaciones es ligeramente superior en las mujeres (59.5% y 53.5%, respectivamente) que en los varones (58% y 52.2%, respectivamente). No ocurre lo mismo con la prevalencia

durante los últimos 30 días, siendo mayor entre los varones (36.4% frente al 34.8% entre las mujeres) (ESTUDES, 2010).

Otro dato importante es que la edad en la que se inician en el consumo de alcohol es de las más tempranas. En nuestro país la edad media se mantiene estable desde 1996 en 13,7 años, independientemente del género (ESTUDES, 2010). Pero si se atiende únicamente a los más jóvenes (14 años), la edad de inicio disminuye hasta llegar a los 12,5 años (Cortés, Espejo y Giménez, 2007, 2008; Salamó, Gras y Font-Mayolas, 2009; Sánchez, 2002), situándonos en la media europea (Anderson y Baumberg, 2006).

Esta conducta de consumo se concentra, principalmente, durante el fin de semana, ya que el 99,8% de jóvenes bebedores en el último mes informa consumir de viernes a domingo. Del mismo modo, aproximadamente un cuarto de ellos (23%) reconoce hacerlo todos los fines de semana. Estos jóvenes suelen beber en bares y pubs (66,3%), espacios abiertos, como plazas o parques (64,1%) y discotecas (57,5%) (ESTUDES, 2010).

El tipo de bebida que suelen ingerir son combinados/cubatas durante el fin de semana (76%), sin embargo en días laborables predomina la cerveza (20,7%) (ESTUDES, 2010).

Todas estas pautas de consumo se observan en muchos estudios europeos, motivo por el cual se alude a la existencia de un consumo juvenil homogéneo en toda Europa, vinculado mayoritariamente a factores sociales y con fines psicotrópicos (Anderson y Baumberg, 2008; Comisión Clínica PNSD, 2007; Comisión Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria, 2007).

En resumen, se trata de un patrón de consumo generalizado que presenta un inicio en la edad muy temprano, caracterizado por la ingesta de

grandes cantidades de alcohol, en cortos períodos de tiempo, asociado con momentos de ocio de fin de semana, con algún grado de pérdida de control y con la aparición de períodos de abstinencia entre episodios (Anderson y Baumberg, 2006; Bloomfield, Stockwell, Gmel y Rehm, 2003; Calafat, 2007; Cortés, 2005, 2007, 2010; Cortés, Espejo, Del Río y Gómez, 2010; Cortés, Espejo y Giménez, 2007, 2008; Espada, Méndez e Hidalgo, 2000; Farke y Anderson, 2007; Gmel, Rehm y Kuntsche, 2003; Kuntsche, Rehm y Gmel, 2004; Wechsler, Davenport, Dowdall, Moeykens y Castillo, 1994).

Esta forma de consumo tan alejada del patrón tradicional mediterráneo y realizada en edades tan tempranas incrementa la probabilidad de generar consecuencias negativas, las cuales aumentan conforme más frecuente sea el consumo (Anderson y Baumberg, 2006; Babor, Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro, 2001; Rodríguez-Martos, 2007). Además, no hay que olvidar que la adolescencia/juventud es un período crítico en la maduración cerebral y en el desarrollo bio-psico-social. Por tanto, cualquier consumo de alcohol, y mucho más si éste es en grandes cantidades, se considera por sí mismo de riesgo (Anderson y Baumberg, 2006; Comisión Clínica PNSD, 2007; WHO, 2007).

Todo ello ha motivado la necesidad de revisar el concepto de *consumo de riesgo*, dado que, hasta hace poco, se definía como la ingesta de 2-2,5 UBEs al día ó 17 UBEs por semana en mujeres y personas mayores de 65 años, y más de 4 UBEs al día ó 28 UBEs por semana en hombres, ignorando los actuales patrones de consumo realizados en poco espacio de tiempo (horas). Por este motivo, se ha introducido una nueva medida de consumo con nivel de riesgo alto o Nivel III: la ingesta de 4 UBEs o más por ocasión de consumo concentrado en mujeres y 6 UBEs o más por ocasión de consumo concentrado en hombres (OMS, 2008).

Sin embargo, pese a la generalización de este patrón de consumo entre los jóvenes en la mayoría de los países (Bennett, Miller y Woodall, 1999; Davey, Davey y Obst, 2002; Healy, 2000; Herring, Berridge y Thorn, 2008; Kellner, Webster y Chanteloup, 1996; Lederman, Stewart, Goodhart y Laitman, 2003; Murgraff, McDermott y Walsh, 2001; Ziegler, Wang, Yoast, Dickinson, McCaffree, Robinowitz y Sterling, 2005), no existe a día de hoy un criterio unánime para operativizar el concepto (Jackson, 2008; Lange y Voas, 2001; Parada, Corral, Caamaño-Isorna, Mota, Crego, Rodríguez y Cadaveira, 2011; Perkins, DeJong y Linkenbach, 2001; Wagner, Harris, Federman, Dai, Luna y Humphreys, 2007; Wechsler y Nelson, 2001). En el siguiente apartado se presentan las peculiaridades de la multitud de definiciones existentes, tratando de resaltar aquellas que gozan de mayor consenso a día de hoy.

## **2. PROBLEMAS EN LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL JUVENIL**

A pesar de haber sido referenciado en multitud de investigaciones internacionales este “nuevo” patrón de consumo, todavía no se ha llegado a un consenso ni en la terminología utilizada ni en la operacionalización del mismo.

Seguidamente se revisan los problemas que han ido surgiendo en relación a estos dos aspectos:

### **2.1. Terminología**

El concepto más utilizado para referirse al consumo de grandes cantidades de alcohol realizado en poco tiempo es el *binge drinking* (Bradley Bradley, Bush, Davis, Dobie, Burman, Rutter y Kivlahan, 2001; Courtney y Polich, 2009; DeJong, 2003; Jackson y Sher, 2008; Lange y Voas, 2001;

NIAAA, 2004; Norman, Bennett y Lewis, 1998; Wechsler y Nelson, 2001; Wechsler, y cols., 1994; Wechsler, Dowdall, Davenport y Castillo, 1995a). Sin embargo, existe una gran controversia sobre su uso, ya que durante años han convivido dos acepciones claramente diferenciadas para referirse al mismo. Una se refiere a un consumo intensivo de alcohol durante un largo período de tiempo (al menos dos días seguidos), el cual interfiere de manera significativa en la vida de la persona y se relaciona con definiciones clínicas de abuso o dependencia (Gmel, Rehm, y Kutsche, 2003). La otra, hace referencia al consumo ocasional de grandes cantidades de alcohol, en cortos períodos de tiempo (horas) entre la población general (Cortés, 2005, 2008, 2010, 2012; Cortés, y cols., 2010; Cortés, y cols., 2007, 2008; Cortés, Espejo, Giménez y Motos, 2011; Caamaño-Isorna, Corral, Parada y Cadaveira, 2008; Lange, Clapp, Turrisi, Reavy, Jaccard, Johnson y cols., 2002), siendo la que caracteriza a la población juvenil.

Al hacer una revisión de esta segunda acepción, se encuentran diferentes términos utilizados, muchas ocasiones de manera arbitraria por los investigadores:

- *Heavy episodic drinking* (Bendtsen, Johansson y Akerlind, 2006; Collins y Carey, 2007; Dawson, Grant, Stinson y Chou, 2004; Jackson y Sher, 2008; Makela, Fonager, Hibell, Nordlund, Sabroe y Simpura, 2001; Oesterle, Hill, Hawkins, Guo, Catalano y Abbott, 2004; Wilsnack, Vogeltanz, Wilsnack, Harris, Ahlstrom, Bondy y cols., 2000).
- *Heavy sessional drinking* (Measham, 1996).
- *Dangerous drinking* (Lederman, Stewart, Goodhart y Laitman, 2003).
- *Risky single-occasion drinking* (Anderson y Plant, 1996; Hassan y Shiu, 2007; Murgraff, Parrott y Bennett, 1999).

- *High-risk drinking* (Baer, Kivlahan, Blume, McKnight, Marlatt, 2001).
- *Excessive episodic consumption* (Duncan 1997; Gfroerer, Wright y Gustin, 1996).
- *Frequent binge drinking* (Schulenberg, O'Malley, Backman, Wadsworth y Johnston, 1996).
- *Heavy use* (Presley, Meilman y Lyerla, 1994).
- *Concentrated Drinking Episode* (Gill, 2002).
- *Episodic heavy drinking* (Bradley y cols., 2001; Weingardt, Baer, Kivlahan, Roberts, Miller y Marlatt, 1998; Wiesner, Windle y Freeman, 2005).
- *Consumo concentrado de alcohol/Beber concentrado* (Calafat, 2007; Farke y Anderson, 2007).
- *Episodio de Consumo Intensivo de Alcohol* (Cadaveira, 2009; Cortés y cols., 2008, 2010; MSC, 2008; Rodríguez-Martos, 2007; Rodríguez-Martos y Roson, 2008).

En la 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España (MSC, 2008), se propuso adaptar al castellano el término y la definición de este patrón, dado que las traducciones (*binge drinking*; *episodic heavy drinking*; atracón de bebida; consumo excesivo episódico; consumo agudo episódico; consumo agudo concentrado o consumo abusivo episódico, etc.), resultaban ser muy ambiguas por naturaleza, y por tanto, poco recomendables. Este consenso de expertos en alcohol, tras revisar las diversas alternativas analizadas concluyeron que la mejor etiqueta era la de Consumo Intensivo de Alcohol (CIA), al dar cuenta con mayor claridad de un consumo intensivo intermitente, realizado en poco espacio de tiempo, opuesto al regular.

A lo largo del presente trabajo se utilizará el término Episodio de Consumo Intensivo de Alcohol para referirse a este modo de consumo, asumiendo este consenso.

## 2.2. Operacionalizar el Episodio de Consumo Intensivo de Alcohol

Varias investigaciones proponen que una definición adecuada de este patrón de consumo debe integrar las variables cantidad (número de consumiciones, gramos de alcohol ingeridos, nivel de alcohol en sangre, etc.), duración (corto período de tiempo; días, horas, etc.) (Gill, Murdoch y O'May, 2009) y frecuencia de los episodios (MSC, 2008), ya que todas ellas facilitan la probabilidad de experimentar consecuencias negativas derivadas de este consumo (Ham y Hope, 2003). Hasta ahora, existen numerosas propuestas que han tenido en cuenta estas variables, si bien no siempre de forma integrada.

En las tablas 1, 2, 3 y 4 se recoge un resumen de algunas de las definiciones más frecuentes.

Estudio	Definición	Dif. en el género
Bennett, Smith y Nugent (1990); Norman, Armitage y Quigley (2007)	Consumir al menos cinco pintas de cerveza (o diez cortos / vasos de vino) en una sola sesión para los hombres, o consumir un mínimo de tres pintas y media de cerveza (o siete cortos / vasos de vino) en una sola sesión para las mujeres	Si
Pols y Hawks (1992)	Consumo de cuatro o más bebidas estándar para las mujeres y seis o más bebidas estándar para los hombres, por período de consumo	Si
Read, Beattie, Chamberlain y Marril (2008)	Consumir 5 bebidas los hombres (las mujeres 4) por ocasión [Heavy binge = 7/6+ bebidas por ocasión]	Si
Weitzman y cols. (2003); Adams, Evans, Shreffler y Beam (2006); LaBrie y cols. (2007)	Consumo de más de cinco bebidas en una sesión para los hombres o más de cuatro bebidas para las mujeres	Si

Tabla 1. Estudios sobre el CIA, teniendo en cuenta la variable CANTIDAD.



Estudio	Definición	Dif. en el género
Drummond y cols (2005); UK Department of Health (2007)	Consumir 8 o más bebidas estándar en los hombres (6 en las mujeres) por ocasión	Si
Norman, Bennett y Lewis (1998)	Consumo de la mitad de lo recomendado para una semana (es decir, 7 unidades para las mujeres y 10 para los hombres), durante una sola sesión (recomendado 14 unidades para las mujeres y 21 para los hombres)	Si
Vik y cols. (2000); King y cols. (2002); Blume y cols. (2003); Herman y cols. (2003)	Beber cinco bebidas para los hombres (cuatro para las mujeres) en una ocasión	Si
Clapp y cols. (2000); Hasin y cols. (2001); Naimi y cols. (2003); Verster y cols. (2003); Ehlers y cols. (2007)	Consumir cinco o más bebidas seguidas/en una ocasión	No
Alte y cols (2004); Dietrich y cols. (2004)	Consumo de cinco o más bebidas	No
Com-Ruelle y cols. (2006)	Consumo de 6 o más vasos en una ocasión (permite llegar a la borrachera)	No
Hansagi y cols (1995)	Consumo de una botella de licor o dos botellas de vino, en una sesión	No
Kauhanen y cols (1997)	Consumo de seis botellas de cerveza	No
Syre, Martino-McAllister y Vanada (1997); Johnston y White (2004); Álvarez y cols (2006)	Beber cinco o más bebidas estándar de alcohol en una ocasión	No

Tabla 1 (continuación). Estudios sobre el CIA, teniendo en cuenta la variable CANTIDAD.

Estudio	Definición	Dif. en el género
Cranford y cols. (2006)	Consumir 5 bebidas los hombres (las mujeres 4) en los 12 meses anteriores	Si
Valencia-Martín y cols (2007)	Consumo de 8 o más unidades estándar de alcohol en varones (6 o más en mujeres) en los 30 días anteriores a la encuesta	Si
Wechsler y cols. (1995b); Wechsler y cols. (1998), Wechsler y cols., (2000); Wechsler e Isaac (1992); Wechsler y Nelson (2001); Cranford y cols. (2006)	Cinco o más consumiciones para los varones (cuatro o más para las mujeres) en las últimas 2 semanas	Si
Christiansen, Vik y Jarchow (2002)	Consumo de 5 ó más bebidas (4 para mujeres) en una única ocasión en los últimos tres meses	Si
Oei y Morawska (2004)	Consumir 6 bebidas los hombres (las mujeres 4) por período de consumo en las últimas dos semanas	Si

Tabla 2. Estudios sobre el CIA, teniendo en cuenta las variables CANTIDAD y PERÍODO TEMPORAL –parte sombreada-; y la CANTIDAD, PERÍODO TEMPORAL y FRECUENCIA –parte no sombreada-.

Estudio	Definición	Dif. en el género
Kypry y cols. (2005)	Consumo de 6 o más bebidas los hombres (4 o más las mujeres) en una sola sesión en la última semana	Si
Alvik y cols. (2006)	Consumo entre 5 y 7 bebidas estándar al inicio del embarazo, 8 o más durante 30 semanas de embarazo y 12 o más durante los 6 meses postparto (sólo para mujeres)	Si
O'Malley, Bachman y Johnston (1984)	Consumo de 5 ó más bebidas alcohólicas en una única ocasión en las dos últimas semanas	No
Van den Wildenberg y cols. (2007)	Consumo de 6 o más bebidas en una ocasión en las últimas dos semanas	No
Murray y cols. (2002)	Consumo de 8 o más bebidas por ocasión en el último año	No
Okoro y cols. (2004)	Beber cinco o más bebidas en una ocasión durante el mes anterior	No
Nadeau, Guyon y Bourgault (1998)	Consumo de ocho bebidas estándar por día	No
Fisher y cols. (2007)	Consumir cinco o más bebidas en una ocasión durante el pasado año	No
Bendtsen, Johansson y Akerlind (2006)	Consumo de 5 bebidas (4 para mujeres) en una única ocasión una vez al mes.	Si
D'Alessio, Baiocco y Laghi (2006)	Consumo de 5 o más bebidas (4 para mujeres), en una única ocasión, una o dos veces en la última semana.	Si
White, Kraus y Swartzwelder (2006); Keller, Maddock, Laforge, Velicer y Basler (2007)	Consumo de 5 o más bebidas por ocasión para hombres (4 para mujeres), al menos una vez en los últimos 15 días.	Si
Moore, Smith y Catford (1994)	Consumo de siete o más bebidas estándar para las mujeres y 10 o más bebidas estándar para los hombres, al menos una vez en la semana anterior a la encuesta	Si
Baer, Kivlahan, Blume, McKnight y Marlatt (2001).	Consumo de 6 bebidas (5 para mujeres) en una única ocasión al menos una vez en el último mes, o experimentar 3 o más consecuencias negativas relacionadas con el alcohol de 3 a 5 veces en los últimos tres años	Si
Knight y cols. (2002)	Beber cinco bebidas para los hombres (cuatro para las mujeres) en una ocasión (ocasional = 1 ó 2 veces, en las dos últimas semanas; frecuente = tres o más veces en las dos últimas semanas)	Si
Jennison (2004)	Consumo de 5 o más bebidas por ocasión para hombres (4 o más para mujeres) al menos una vez en el último mes	Si
McCarty, Ebel, Garrison, DiGiuseppe, Christakis y Rivara (2004)	Consumo de 6 o más bebidas en una ocasión al menos una vez en los últimos 30 días.	No

Tabla 2 (continuación). Estudios sobre el CIA, teniendo en cuenta las variables CANTIDAD y PERÍODO TEMPORAL –parte sombreada-; y la CANTIDAD, PERÍODO TEMPORAL y FRECUENCIA –parte no sombreada-.

Estudio	Definición	Dif. en el género
Daeppen, Anex, Leutwyler, Gammeter, Darioli y pecoud (2005); Guilamo-Ramos, Jaccard, Turrisi y Johansson (2005)	Consumo de 5 o más bebidas por ocasión al menos una vez en los últimos 12 meses	No
Ziegler y cols. (2005); Miller y cols. (2005); Griffiths, Lau, Chow, Lee, Kan y Lee (2006); Isralowitz y Reznik (2006)	Consumir 5 o más bebidas en una ocasión al menos una vez en los últimos 30 días	No
Caamaño-Isorna, Corral, Parada y Cadaveira (2008)	Consumo de 6 o más bebidas en una única ocasión una vez a la semana	No
Johnston y cols (1993; 1997); Presley y cols. (1993); Marcoux y Shope (1997)	Consumir 5 o más bebidas seguidas al menos una vez en las 2 semanas anteriores	No
Gill, Donaghy, Guise y Warner (2007)	Consumo de 7 o más bebidas en una ocasión, al menos una vez en la última semana.	No
Viner y Taylor (2007)	Consumir cuatro o más bebidas en una ocasión al menos dos veces en las dos semanas precedentes	No
Kokavec y Crowe (1999)	Diez o más bebidas al menos dos días a la semana	No
Ariza y Nebot (2000)	Consumo de 4 o más bebidas en una única ocasión al menos una vez en su vida	No
Malyutina y cols (2002)	Consumo de 160 gramos por día o más de etanol mantenido durante una semana (sólo para varones)	No
Goudriaan y cols. (2007)	Consumir cinco o más bebidas en una ocasión dos o más veces en los 30 días anteriores	No

Tabla 2 (continuación). Estudios sobre el CIA, teniendo en cuenta las variables CANTIDAD y PERÍODO TEMPORAL –parte sombreada-; y la CANTIDAD, PERÍODO TEMPORAL y FRECUENCIA –parte no sombreada-.

Estudio	Definición	Dif. en el género
Courtney y Polich (2009)	Superar los 0.8 g/l de sangre (equivale aproximadamente a consumir 5+ bebidas en varones y 4+ en mujeres en 2 h) con una frecuencia superior a 1 vez en los últimos 6 meses	Si
Page, Ihasz, Hantiu, Simonek y Klarova (2008)	Consumo de 5 o más bebidas, en dos horas, al menos una vez en los últimos 30 días	No

Tabla 3. Estudios sobre el CIA teniendo en cuenta las variables CANTIDAD, FRECUENCIA y DURACIÓN.

Estudio	Definición	Dif. en el género
NIAAA (2004); Marczinski y cols. (2007); D'Onofrio y cols. (2008)	Superar los 0.8 g/l de sangre (equivale aproximadamente a consumir 5+ bebidas en varones y 4+ en mujeres en 2 h)	Si
Courtney y Polich (2009)	Superar los 0.8 g/l de sangre (equivale aproximadamente a consumir 5+ bebidas en varones y 4+ en mujeres en 2 h) con una frecuencia superior a 1 vez en los últimos 6 meses	Si
Lange y Voas (2001)	Superar los 0.8 gramos de alcohol por litro de sangre	No

Tabla 4. Estudios sobre el CIA teniendo en cuenta la variable NIVEL DE ALCOHOL EN SANGRE.

A principios de los 80, el equipo de investigación de O'Malley introdujo el término *binge drinking* para referirse a un patrón de consumo prevalente entre la población juvenil relacionado con la ingesta de grandes cantidades de alcohol durante un corto espacio de tiempo. Establecieron el punto de corte de 5 o más bebidas en una sola sesión de consumo, dado que estudios previos encontraron una relación significativa entre este umbral y los problemas asociados a este modelo de consumo (Cahalan, Cisin y Crossley, 1969; Cisin y Cahalan, 1968).

A mitad de la década de los 90, Wechsler, Dowdall, Davenport y Rimm (1995) incluyeron la diferenciación de esta cantidad considerando el sexo del consumidor. Concretamente, para los varones mantuvieron las cinco consumiciones, pero para las mujeres las redujeron a cuatro. De este modo, se ajustó el concepto de *binge drinking* teniendo en cuenta que las mujeres requieren, por sus características fisiológicas, de menor cantidad de alcohol para asumir un nivel de riesgo similar al de los hombres. Finalmente, el *binge drinking* quedó definido como el consumo de 5 o más consumiciones en varones y 4 o más en mujeres en una única sesión de consumo, al menos una vez en las últimas dos semanas.

La definición propuesta por Wechsler y sus colaboradores ha sido la más utilizada en la literatura, como se puede comprobar en las tablas anteriores (tablas 1, 2, 3 y 4) (Bradley, Bush, Davis, Dobie, Burman, Rutter y Kivlahan, 2001; Carey, 2001; Courtney y Polish, 2009; Cranford, McCabe y Boyd, 2006; Jackson y Sher, 2008; Luczak, Wall, Shea, Byun y Carr, 2001; Wechsler y Nelson, 2001), sin embargo, también ha sido de las más criticadas.

Una de las críticas, se centra en el número de bebidas 5+/4+. Varios estudios cuestionan la asociación entre este consumo y la aparición de consecuencias negativas asociadas (Lange y Voas, 2001; Perkins, DeJong, y Linkenbach, 2001), llegando a calificarla como una medida demasiado confusa para operativizar este patrón (DeJong, 2001).

Sin embargo, estudios más recientes han demostrado que un alto porcentaje de estudiantes consume por encima de este umbral de riesgo (Cortés, 2005, 2008, 2010, 2012; Cortés, y cols., 2007, 2008; Cortés, Tomás, Motos y Giménez, 2013; Motos, Belda y Cortés, 2013; Motos y Cortés, 2013; Motos, Cortés y Giménez, 2011; Turner, Bauerle y Shu, 2004), llegando incluso a doblar las cantidades (Cortés, y cols., 2011; Giménez, y cols., 2011; Giménez, y cols., 2010; White, Kraus y Swartzwelder, 2006).

Tratando de resolver esta ambigüedad: número de consumiciones necesarias para generar daño bio-psico-social, el equipo de Read (2008) comparó 3 grupos de estudiantes: *no CIA* (consumo inferior a 5+/4+), *CIA típico* (consumo de 5+/4+) y *CIA duro* (consumo de 7+/6+), llegando a la conclusión de que el grupo CIA duro experimentaba significativamente más consecuencias negativas que los otros dos grupos. Pero también verificó la incidencia de consecuencias entre el grupo CIA típico, lo que viene a reforzar la propuesta de Wechsler de dejar en 5/4 el límite.

Otra de las críticas realizada a las definiciones basadas en el número de consumiciones, es que no tienen en cuenta el tipo de alcohol (fermentado o destilado) ni el tamaño de los envases utilizados para el consumo de cada sustancia (Carey, 2001; DeLong, 2001; Jackson, 2008; Perkins, DeJong y Linkenbach, 2001; Room, Bondy y Ferris, 1995; Weirzman y Nelson, 2004; White, Kraus y Swartzweider, 2006). Diversos estudios han utilizado las unidades de bebida estándar (UBE) para delimitar de una forma más precisa la cantidad real de consumo de alcohol de estos jóvenes.

Sin embargo, pese a la aparente utilidad de disponer de una unidad estandarizada de medida, y aunque haya sido ampliamente utilizada en la literatura científica, actualmente no deja de ser un término problemático, no exento de críticas.

Por un lado, no existe una homogeneización clara de la definición de Unidad de Bebida Estándar (tabla 5). De hecho, en el Reino Unido el valor se acerca a los 8 gramos de alcohol puro, mientras que en Japón alcanza casi los 20 gramos (Rosón, 2008). En España el valor de la UBE se establece en 10 gramos de alcohol, equivalente a una consumición de fermentados y a media consumición de destilados (Gual, Rogríguez-Martos, Lligoña y Llopis, 1999).

Todo ello, conlleva una falta de coherencia en las definiciones operacionales de la cantidad de alcohol consumido y una dificultad en la comparación de datos a través de estudios (Dawson, 1998).

Por otro lado, el actual patrón de consumo juvenil en nuestro país suele estar vinculado al fenómeno del botellón (Cortés y cols., 2007, 2008; Cortés y cols., 2010), en el cual los jóvenes adquieren bebidas alcohólicas que posteriormente se sirven en recipientes de diferentes tamaños y formas, no siempre ajustados a los utilizados para el cálculo de las unidades de bebida estándar (Cortés, y cols., 2010; Giménez, y cols., 2010; Giménez, y cols., 2011,

2013; Montañana, Tronch, Motos, Giménez y Cortés, 2012). Esto hace prever posibles variaciones en los gramos de alcohol contenidos en cada bebida, dificultando la estimación a partir de UBEs (Devos-Comby y Large, 2008; Graves y Kaskutas, 2002; Stockwell y Honig, 1990). Además, podría dar lugar a imprecisiones en los resultados debido a subestimaciones de los verdaderos niveles de consumo de alcohol entre los jóvenes (Giménez, y cols., 2010; Giménez y cols., 2011, 2013; White, Kraus, Lindsey y Swartzwelder, 2003).

PAÍS	g/UBE
Reino Unido	8
Paises Bajos	9,9
Australia, Austria, Irlanda, Nueva Zelanda, Polonia y España	10
Finlandia	11
Dinamarca, Francia, Italia y Sudáfrica	12
Canadá	13,6
Portugal, EEUU	14
Japón	19,75

Tabla 5. Unidades de Bebida Estándar, en gramos de alcohol, según el país (elaborado a partir de ICAP, 2005).

Por todo ello, algunos autores aluden como medida más exacta y fiable de la cantidad de alcohol consumida, a los gramos de alcohol puros vertidos en cada consumición (Brick, 2006; Selin, 2003).

Otra variable a tener en cuenta en la operacionalización del CIA, es la rapidez con la que se ingiere el alcohol. Al respecto, existe cierta controversia sobre el significado que se le otorga a la expresión *única ocasión de consumo*, utilizada muy a menudo en diferentes investigaciones, como se puede comprobar en las tablas 1 y 2.

En un principio, se estableció el tiempo de consumo de cada episodio en unas 4-6 horas. Sin embargo, estudios más recientes han podido comprobar que esta ingesta suele limitarse a unas 2 horas al tener en cuenta el ritmo de ingesta y metabolización del alcohol (Higson, 2004; NIAAA, 2004; McAlaney y McMahan, 2006; Beirness, Foss y Vogel-Sprott, 2004; Lange, Voas y Johnson, 2002).

En este sentido, el *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) redefine el término considerando *Binge Drinking* como un patrón de consumo de alcohol que eleva el nivel de alcoholemia (BAC) hasta 0.8 gr./l. En adultos, equivale al consumo de 5 o más consumiciones en hombres y 4 o más en mujeres durante unas dos horas (Marczinski, Combs y Fillmore, 2007). No obstante, el cálculo del BAC requiere de un sistema de medida muy costoso (Higson, 2004), lo que lleva en algunas ocasiones a desestimarlos como instrumento de medida.

Además, varios investigadores, entre los que destacan Lange y Voas (2001), ponen en duda la equiparación del número de consumiciones (5/4) con el nivel de alcoholemia de riesgo (0,8 gr./l.), sin considerarse otros aspectos como el tipo de alcohol consumido, el tamaño de las bebidas, la duración del consumo, el tener o no alimentos en el estómago, el peso y la metabolización del alcohol.

Un aspecto menos considerado en las definiciones existentes pero que también se considera un factor de riesgo que incrementa notablemente la aparición de problemas es el de la *frecuencia* de realización de estos episodios (NIAAA, 2002; Presley y Pimentel, 2006). En las tablas 2 y 3 se puede ver reflejada la diversidad de criterios, que oscilan desde una vez en la vida (Ariza y Nebot, 2000) hasta dos veces por semana (Kokavec y Crowe, 1999).



Actualmente, una de las propuestas más aceptadas es la de Anderson (1996). Éste insiste en el incremento de la probabilidad de aparición de consecuencias bio-psico-sociales en jóvenes a partir de la ingesta de 100 gramos en una sesión de consumo, 2 o más veces al mes en varones y 65 gramos, 2 o más veces al mes en mujeres.

Tampoco puede obviarse la variable *intervalo temporal entre estos episodios*, dado que se trata de una conducta intermitente. Algunos estudios han comprobado que en ciertos meses, coincidiendo con la época de vacaciones, las tasas de consumo se disparan (Carpenter, 2003; Cho y cols., 2001; Cortés y cols., 2007; Fitzgerald y Mulford, 1984); incluso pueden observarse estas oscilaciones dentro de un mismo mes. Concretamente, en el estudio realizado por LaBrie, Perderson y Tawalbeth (2007), se observó que el 30% de los universitarios clasificados como *No Binge Drinkers* en la segunda quincena, se habrían clasificado como *Binge Drinkers* si se les hubiera analizado en la primera mitad del mes. En este sentido, los pocos estudios existentes recomiendan a la hora de evaluar este tipo consumo, no utilizar períodos muy largos (por ejemplo, un año), ya que la información que ofrecen los jóvenes es muy distorsionada; pero tampoco períodos demasiado cortos (por ejemplo, dos semanas), dado que no atienden adecuadamente a la irregularidad de esta conducta (LaBrie y cols., 2007; Schulenberg, O'Malley, Backman, Wadsworth y Johnston, 1996; Vik, Tate y Carrello, 2000; Weingardt, Baer, Kivlahan, Roberts, Miller y Marlatt, 1998). La literatura concluye que lo más adecuado es revisar la conducta de consumo durante un período de seis meses (Courtney y Polich, 2009; Hartley, Elsabagh y File, 2004; Townshend y Duka, 2002, 2005; Weissenborn y Duka, 2003).

Por último, cabe señalar la importancia que tienen las *consecuencias de esta conducta*. Según un estudio reciente (Parada, Corral, Caamaño-Isorna,

Mota, Crego, Rodríguez y Cadaveira, 2011), la mayoría de investigaciones que han tratado de operativizar el concepto de CIA no han tenido en cuenta las consecuencias negativas asociadas, a pesar de ser la característica que subyace a cualquier definición. La ausencia de esta variable puede verse reflejada prácticamente en la mayoría de los estudios mostrados en las tablas anteriores (tablas 1, 2, 3 y 4).

Uno de los pocos estudios que sí considera esta variable es el de Baer, Kivlahan, Blume, McKnight y Marlatt (2001). Estos autores definen CIA como el consumo de 5-6 bebidas alcohólicas, al menos una vez al mes y la presencia de al menos tres consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol entre tres y cinco veces, en los últimos tres años (tabla 2).

Probablemente, el motivo por el cual pocos estudios han considerado la importancia de esta variable a la hora de operativizar el concepto de CIA radique en que las variables cantidad y frecuencia de consumo pueden aportar esta información de manera implícita (Ham y Hope, 2003), mientras que los estudios sobre consecuencias derivadas de este patrón de consumo son muy recientes y no han logrado este nivel de objetividad y concreción.

En resumen, el patrón CIA requiere tener en cuenta diversas variables que en el caso español se resumen en la 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica celebrada en Madrid en 2007 (MSC, 2008). Concretamente, el *episodio de consumo intensivo de alcohol* (CIA), se define como la ingesta de 60 o más gramos de alcohol (6 UBEs) en varones y 40 o más gramos (4 UBEs) en mujeres, concentrado en una sesión de consumo (4-6 horas), llegando a alcanzar un nivel de alcoholemia de 0.8 gr./l.

### **3. CONSECUENCIAS DERIVADAS DEL CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL EN JÓVENES**

Cuando se pregunta a la población general acerca de los efectos del consumo de alcohol, la mayoría ofrece respuestas relacionadas con sensaciones y experiencias positivas (por ejemplo, descanso y sociabilidad), haciendo poca alusión a daños, los cuales suelen relegarse a dependientes (Makela y Mustonen, 1988; Makela y Simpura, 1985; Nystrom, 1992).

Durante los últimos 30 años se ha avanzado en el conocimiento de las consecuencias a corto, medio y largo plazo que ocasiona esta sustancia, ya sea por consumos excesivos aislados, por otros más regulares, por el realizado en grupo o en situaciones de alta vulnerabilidad (embarazadas, niños y adolescentes, etc.) (MSC, 2008).

A continuación se detallan las consecuencias bio-psico-sociales que se evidencian más relacionadas con un CIA juvenil.

#### **3.1. Consecuencias psicosociales del CIA**

Los primeros estudios sobre problemas derivados de un consumo excesivo de alcohol en población estudiantil aparecen en la década de los 70 (Engs, 1977; Harford, Wechsler y Rohman, 1983; Sadava, 1984; Wechsler y McFadden, 1979; Werch, Gorman y Marty, 1987).

Entre los más destacados, Wechsler y sus colaboradores comprobaron que los estudiantes que realizaban *binge drinking* (BD) tenían entre dos y cinco veces más probabilidad de experimentar consecuencias negativas en comparación con los consumidores *nobinge*. Concretamente, el 20% de *binge drinkers* experimentaron cinco o más problemas relacionados con el alcohol,

incrementándose el riesgo conforme aumentaba la frecuencia de estos episodios (Wechsler y Isaac, 1992; Wechsler y cols., 1994; Wechsler, Dowdall, Maenner y Gledhill-Hoyt, 1998; Wechsler, Lee, Kuo y Lee, 2000; Wechsler, Lee, Kuo, Seibring, Nelson y Lee, 2002; Wechsler y Nelson, 2001).

Las consecuencias más frecuentes entre los *binge drinkers*, que la investigación posterior pudo corroborar, fueron: faltar a clase; llegar tarde a la escuela o trabajo; lamentarse de cosas que hizo cuando estaba bebido; lagunas de memoria; resaca; meterse en peleas; discusiones con los amigos; problemas con la policía; causar daños a la propiedad; actividad sexual no planificada o sin protección; lesionarse o herirse; consumo de otras sustancias (tabaco y marihuana); conducción bajo los efectos del alcohol; accidentes de tráfico y muerte (Anderson y Baumberg, 2006; Arata, Stafford y Tims, 2003; Brown y D'Amico, 2000; Chatterji, Dave, Kaestner y Markowitz, 2004; Cranford, McCabe y Boyd, 2006; D'Amico, McCarthy, Frissell, Appelbaum y Brown, 2001; Hingson, Assailly y Williams, 2004; Hingson, Heeren, Zakocs, Kopstein y Wechsler, 2005; Hingson y Kenkel, 2004; Kim, Larimer, Walker y Marlatt, 1997; Hingson, Zha y Weitzman, 2009; Huchting, Lac y LaBrie, 2008; Miller, Naimi, Brewer y Jones, 2006; O'Malley, Johnston y Bachean, 1998; Wechsler y cols., 1994; Wechsler y cols., 1998; Wechsler y cols., 2000; Wechsler y Nelson, 2001).

Además, Wechsler y sus colaboradores, pudieron comprobar que las consecuencias no sólo se mantenían en el tiempo, sino que algunas se incrementaban de manera significativa. Concretamente, problemas con la policía (4,6% en 1993 al 6,5% en 2001), herirse o lesionarse (9,3% en 1993 al 12,8% en 2001), viajar con un conductor intoxicado (18,4% en 1993 al 23,2% en 2001) y tener problemas académicos –llegar tarde o faltar a la escuela- (27% en 1993 al 31% en 1997) e interpersonales –discusiones con los amigos- (19,6%

en 1993 al 24% en 1997) (Wechsler y cols., 1998; Wechsler y cols., 2000; Wechsler, y cols., 2002).

De entre todo este conjunto de consecuencias las más investigadas en los últimos años, especificándose si son más o menos características de chicos o chicas, pasan a detallarse a continuación.

*Mayor vulnerabilidad de verse involucrados en actos violentos y de ser víctimas de la violencia* (Greenfield y Henneberg, 2001; Miller y cols., 2006; Rossow, Pernanen y Rehm, 2001; Wells, Graham y West, 2000). Según Wechsler y cols. (1994), los jóvenes que realizan BD son diez veces más propensos a estar involucrados en peleas, causar daños a la propiedad y tener problemas con la policía. Actualmente, en el último informe EURO CARE (2011) se indica que 350.000 jóvenes europeos de entre 15 y 16 años han estado implicados en alguna pelea en la que el alcohol ha estado presente. Además, varias investigaciones sobre el CIA en jóvenes concluyen que existe una relación entre este patrón y el riesgo de provocar o sufrir agresiones (Bonomo, Coffey, Wolfe, Lynskey, Bowes, y Patton, 2001; Komro y cols., 1999; Richardson y Budd, 2003; Swahn, 2001; Swahn y Donovan, 2004; Wechsler y Isaac, 1992; Wechsler y cols., 1994; Wechsler y cols., 1995a; Wechsler y cols., 1998; Wechsler y cols., 2000; Wechsler y cols., 2001), sobre todo en los varones -4 veces más probabilidad de estar involucrados en discusiones o peleas- (Wechsler y Isaac, 1992; Wechsler y cols., 1994; Wechsler y cols., 1995a).

*Mayor probabilidad de sufrir abusos sexuales* (Chermack, Walton, Fuller y Blow, 2001; Huchting, Lac y LaBrie, 2008) y realizar *prácticas sexuales de riesgo* -3 veces más propensos que los no CIA- (Miller y cols., 2006; Wechsler y cols., 1994; Wechsler y cols., 1995a; Wechsler y cols., 1998;

Wechsler y cols., 2000; Wechsler y Nelson, 2001; Wechsler y cols., 2002), especialmente entre las mujeres (NIAAA, 2002; Parques y Fals-Stewart, 2004).

*Mayor número de urgencias e ingresos hospitalarios relacionados con el consumo de alcohol* (Cherpitel, Bond, Ye, Borges, Macdonald y Giesbrecht, 2003; Cherpitel, Tam, Midanik, Caetano y Greenfield, 1995; Brismar y Bergman, 1998; Smith, Branas y Miller, 1999; Wechsler y Nelson, 2010) y mayor probabilidad de resultar *heridos o lesionados* (O'Hare, 1990; Cranford, McCabe y Boyd, 2006; Wechsler y cols., 1994; Wechsler y cols., 1995a; Wechsler y cols., 1998; Wechsler y cols., 2000; Wechsler y Nelson, 2001; Wechsler y cols., 2002). Al respecto, McLeod, Stockwell, Stevens y Phillips (1999) observaron un aumento del riesgo de sufrir una lesión después de haber consumido más de 60g de alcohol, en un período de seis horas, sobre todo entre las mujeres (10 veces mayor frente a los hombres -2 veces mayor-).

*Fuerte asociación entre la conducción bajo los efectos del alcohol y el patrón CIA* (Arata, Stafford, Tims, 2003; Brown y D'Amico, 2000; Chatterji, Dave, Kaestner y Markowitz, 2004; Cranford, McCabe y Boyd, 2006; D'Amico, McCarthy, Frissell, Appelbaum y Brown, 2001; Hingson y Kenkel, 2004; Hingson y cols., 2005; Hingson, Zha y Weitzman, 2009; O'Malley, Johnston y Bachean, 1998; Wechsler y Isaac, 1992; Wechsler y cols., 1994; Wechsler y cols., 1995a; Wechsler y cols., 1998; Wechsler y cols., 2000; Wechsler y Nelson, 2001; Wechsler y cols., 2002). En 2008, un porcentaje importante de estudiantes consumidores abusivos de 14 a 18 años reconoció haberse expuesto a este riesgo, como pasajero de un vehículo (coche o moto) cuyo conductor estaba bajo los efectos del alcohol (24,6%) o siendo ellos mismos los que conducían el vehículo (9,5%). Estas cifras aumentaron a un 34,5% y a un 12,5% respectivamente entre los estudiantes de 18 años (Calafat,

Adrover, Juan y Blay, 2007; Degenhardt, Dillon, Duff y Ross, 2006; Duff y Rowland, 2006; RACC, 2009; Sánchez, 2008).

*Alto riesgo de sufrir un accidente de circulación* (Anderson y Baumberg, 2006; Hingson, Heeren, Winter y Wechsler, 2005; Wechsler y Nelson, 2010), el cual se debe a su inexperiencia en la conducción y a ciertas características propias de la juventud -conducta desinhibida, forzar los límites, desprecio a las normas, etc.- (DGT, 2012; González, 1996; Rodríguez-Martos, 2007). Este riesgo se incrementa tanto por la cantidad de alcohol consumido, como por el número de episodios ocasionales de consumo excesivo (Midanik, Tam, Greenfield y Caetano, 1996). Alonso, Esteban, Calatayud, Montoro y Alamar (2004) y Rodríguez-Martos (2007) sitúan a los jóvenes como responsables de más del 60% de los accidentes de tráfico, a la vez que los involucran en más del 30% de accidentes de tráfico mortales, pese a que tan sólo representan el 17% del total de conductores.

*Mayor incidencia de muertes derivadas del consumo de alcohol* (Wechsler y Nelson, 2010). Estimaciones recientes indican que aproximadamente 1.700 estudiantes universitarios mueren al año como consecuencia del consumo de alcohol, con mayor frecuencia por accidentes de vehículos, policonsumo y suicidio (Hingson y cols., 2005; Hingson y cols., 2009; Wechsler y Nelson, 2010). En este sentido, existen diferencias de género y de edad. Mayor mortalidad entre los varones -25% frente al 10% en las mujeres- y entre las edades de 21 a 24 años -más de 5000 muertes frente a las 2289 entre 18 y 20 años- (Anderson y Baumberg, 2006; Wechsler y Nelson, 2010).

*Mayor probabilidad de experimentar síntomas propios de la intoxicación: vómitos, resaca y lagunas de memoria durante o después del consumo* (Anderson y Baumberg, 2006; Wechsler y Isaac, 1992; Wechsler y

cols., 1995a; Wechsler y cols., 1998; Wechsler y cols., 2000; Wechsler y Nelson, 2001; Wechsler y cols., 2002). Según Wechsler (1994), el 56% de los estudiantes *binge drinkers* experimentaron resaca, en comparación con el 21% de los *nobinge* y eran 2 veces más propensos a tener lagunas de memoria que el resto de consumidores. Asimismo, O'Hare (1990) observó altos porcentajes en resaca o cansancio (68,6%), náuseas o vómitos (54,5%) y lagunas de memoria (26,5%) entre los jóvenes consumidores. Además, al evaluar las consecuencias en función de la edad (mayores y menores de 21 años -edad legal para el consumo de alcohol en EEUU-) no se apreciaron diferencias significativas, aunque destacaron algunas tendencias a tener en cuenta. Los menores de 21 años afirmaron experimentar con mayor frecuencia (más del 5% de diferencia), náuseas y vómitos, lagunas de memoria, lesiones y problemas interpersonales, en comparación con los mayores de edad.

De la misma manera, Cranford, McCabe y Boyd (2006) mostraron que las *lagunas de memoria* y los *vómitos* se encontraban entre las 10 consecuencias más frecuentes de la población consumidora, junto con *faltar a clase*, *tener dificultades para realizar tareas*, *arrepentirse de haber hecho algo durante el consumo* y *tener problemas interpersonales* (Arata, Stafford y Tims, 2003; Chatterji, Dave, Kaestner y Markowitz, 2004; D'Amico, McCarthy, Frissell, Appelbaum y Brown, 2001; Hingson y Kenkel, 2004; Huchting y cols., 2008; Miller y cols., 2006; Navarrete, 2004; Wechsler y Isaac, 1992; Wechsler y cols., 1994; Wechsler y cols., 1995a; Wechsler y cols., 1998; Wechsler y cols., 2000; Wechsler y Nelson, 2001; Wechsler y cols., 2002). En este sentido, O'Malley, Johnston y Bachean (1998) afirmaron que el 52% de los jóvenes consumidores se arrepintieron de haber hecho/dicho algo cuando estaban bebidos, el 30% tenía dificultades para pensar con claridad y el 15% informó de haber tenido problemas interpersonales -discusiones con amigos-. Por otra parte, Brown y



D'Amico (2000) indicaron que el 15% tenía dificultades para estudiar y obtuvo menor calificación académica.

Paralelamente, un número importante de investigaciones observaron una *fuerte asociación entre el consumo de alcohol y el consumo de otras sustancias, sobre todo tabaco y cánnabis* (American Academy of Pediatrics, 2001; D'Amico y cols., 2001; Harford y cols., 1983; Hingson, Assailly y Williams, 2004; Kim, Larimer, Walker y Marlatt, 1997; NIAAA, 2003; Sadava, 1984; Wechsler, y cols., 1995a). En la investigación de Miller y cols., (2006), los estudiantes que bebieron alcohol en exceso mostraron mayor probabilidad de consumir tabaco y otras sustancias ilegales, en comparación con los consumidores que no abusan de esta sustancia. También, O'Malley y cols., (1998) indicaron que cerca del 60% de estudiantes de 14 años que habían consumido alcohol al menos 40 veces en su vida, habían fumado tabaco en los últimos 30 días o marihuana durante el último año.

Por último, los *daños a terceros* también han sido evaluados por multitud de estudios (Anderson y Baumberg, 2006; Hingson y cols., 2005; Hingson y cols., 2009). Al respecto, Wechsler concluyó que los estudiantes *nobinge* de universidades con altos porcentajes de alumnos/as que realizaban consumos intensivos tenían hasta 3 veces más probabilidad de experimentar problemas como consecuencia de las conductas de consumo de los demás, en comparación con los estudiantes *nobinge* de universidades con bajos niveles de consumo intensivo (Wechsler y cols., 1994). Concretamente, el 60% fue interrumpido mientras dormía o estudiaba, el 45% tuvo que cuidar de un compañero ebrio, casi el 30% fue insultado o humillado, más de la quinta parte estuvo implicado en fuertes discusiones y experimentó insinuaciones sexuales no deseadas, y cerca del 12% presenció daños a su propiedad y fue empujado, golpeado o asaltado.

A lo largo del tiempo, conductas como tener que cuidar de un estudiante intoxicado y aguantar insinuaciones sexuales no deseadas han aumentado significativamente (Wechsler y cols., 1994; Wechsler y cols., 1998; Wechsler y cols., 2000; Wechsler y Nelson, 2001; Wechsler y cols., 2002).

En las siguientes tablas (de la 6 a la 13) se incluye un resumen de consecuencias identificadas en distintos estudios revisados, clasificadas en 8 áreas.

	Cánnabis	Tabaco	Otras drogas ilegales
Harford y cols., 1983	X		
Sadava, 1984	X		
Wechsler y cols., 1995	X	X	
Miller y cols., 2006		X	X
D'Amico y cols., 2001	X	X	
O'Malley y cols., 1998	X	X	
Kim y cols., 1997	X	X	X
Pediatrics, 2001	X	X	X
NIAAA, 2003	X	X	X
Hingson y cols., 2004	X	X	X

Tabla 6. Policonsumo.

	Resaca	Cansancio	Nauseas/vómitos	Lagunas de memoria
O'Hare, 1990	X	X	X	X
Wechsler y Issac, 1992	X			X
Wechsler y cols., 1994	X			X
Wechsler y cols., 1995	X			X
Wechsler y cols., 1998				X
Wechsler y cols., 2000				X
Wechsler y Nelson, 2001				X
Wechsler y cols., 2002				X
Anderson y Baumberg, 2006	X		X	X
Cranford y cols., 2006			X	X
Read, Kahler, Strong y Colder, 2006	X		X	X
Cortés, 2010, 2011	X		X	X

Tabla 7. Síntomas derivados de la intoxicación.

	Arrepentirse de haber hecho o dicho algo estando intoxicado	Problemas familiares	Discusiones con los demás (e.g. amigos)
O'Hare, 1990		X	X
Wechsler y Issac, 1992	X		X
Wechsler y cols., 1994	X		X
Wechsler y cols., 1995	X		X
O'Malley y cols., 1998	X	X	X
Wechsler y cols., 1998	X		X
Wechsler y cols., 2000	X		X
Wechsler y Nelson, 2001	X		X
Wechsler y cols., 2002	X		X
Arata y cols., 2004			X
Chatterji y cols., 2004			X
Hingson y Kenkel, 2004			X
Read, Kahler, Strong y Colder, 2006	X		X
Cortés, 2010, 2011	X	X	X

Tabla 8. Problemas interpersonales.

	Accidentes de tráfico	Aumento de las urgencias hospitalarias	Alta mortalidad	Policonsumo	Homicidio	Suicidio
O'Hare, 1990	X					
Wechsler y Issac, 1992	X					
Hingson y cols., 2005	X					
Anderson y Baumberg, 2006	X		X		X	X
Hingson y cols., 2009	X		X			
Wechsler y Nelson, 2010	X	X	X	X	X	X
Shield, y cols., 2012	X					

Tabla 9. Accidentalidad.

	Conducción bajo los efectos del alcohol	Viajar con un conductor intoxicado	Actividad sexual no planificada	Relaciones sexuales sin protección	Aumento de la frecuencia de la actividad sexual	Pensamientos/intentados de suicidio
O'Hare, 1990						X
Wechsler y Issac, 1992	X	X	X			
Wechsler y cols., 1994	X		X	X		
Wechsler y cols., 1995	X		X	X		
Wechsler y cols., 1995					X	
O'Malley y cols., 1998	X					
Wechsler y cols., 1998	X		X	X		
Wechsler y cols., 2000	X		X	X		
D'Amico y cols., 2001	X	X				
Pediatrics, 2001				X		
Wechsler y Nelson, 2001	X		X	X		
Wechsler y cols., 2002	X	X	X	X		
NIAAA, 2003				X		
Arata y cols., 2004	X			X		X
Chatterji y cols., 2004	X			X		X
Hingson y cols., 2004				X		
Hingson y Kenkel, 2004	X			X		X
Hingson y cols., 2005	X	X				
Anderson, Baumberg, 2006				X		
Cranford y cols., 2006	X		X			X
Miller y cols., 2006		X		X		X
Hingson y cols., 2009	X					
Read, y cols., 2006	X					
Cortés, 2010, 2011			X			

Tabla 10. Conductas de riesgo.

	Peleas	Problemas con la ley/policia	Daños a la propiedad	Resultar Herido o lesionado	Involucrarse en actos violentos	Ser víctima de la violencia	Abuso sexual
O'Hare, 1990	X	X		X			
Wechsler y Issac, 1992	X	X	X				
Wechsler y cols., 1994		X	X	X			
Wechsler y cols., 1995				X			
Wechsler y cols., 1998		X	X	X			
McLeod y cols., 1999				X			
Wechsler y cols., 2000		X	X	X	X	X	
Wells y cols., 2000					X		
Wechsler y Nelson, 2001		X	X	X			
Chermack y cols., 2001						X	
Greenfield y Henneberg, 2001					X	X	
Rosow y cols., 2001					X	X	
Wechsler y cols., 2002		X	X	X			
Arata y cols., 2003	X						
Chatterji y cols., 2004	X						
Hingson y Kenkel, 2004	X						
Cranford y cols., 2006				X			
Miller y cols., 2006	X					X	
Anderson y Baumberg, 2006	X						
Huchting y cols., 2008							X
Eurocare, 2011	X						
Shield, y cols., 2012				X			

Tabla 11. Agresividad/Violencia.

	Faltar a clase	Llegar tarde a la escuela/trabajo	Menor calificación académica	Dificultades para estudiar	Dificultades para pensar con claridad	Abandonar responsabilidades
Wechsler y Issac, 1992	X	X				
Wechsler y cols., 1994	X	X				
Wechsler y cols., 1995	X	X				
O'Malley y cols., 1998					X	
Wechsler y cols., 1998	X	X				
Brown y D'Amico, 2000			X	X		
Wechsler y cols., 2000	X	X				
D'Amico y cols., 2001			X			
Wechsler y Nelson, 2001	X	X				
Wechsler y cols., 2002	X	X				
Arata y cols., 2003	X					X
Chatterji y cols., 2004	X					X
Hingson y Kenkel, 2004	X					X
Cranford y cols., 2006	X					
Miller y cols., 2006			X			
Huchting y cols., 2008			X			
Read, y cols., 2006			X			
Cortés, 2010, 2011						X

Tabla 12. Problemas escolares/profesionales.

<b>Homicidio</b>							X	
<b>Violencia doméstica</b>							X	
<b>Insinuaciones sexuales</b>	X	X	X	X	X			
<b>Discutir o pelear</b>	X	X	X	X	X			
<b>Dañar propiedad</b>	X	X	X	X	X			
<b>Insultado o humillado</b>	X	X	X	X	X			
<b>Cuidar de compañeros intoxicado</b>	X	X	X	X	X			
<b>Interrumpir sueño</b>	X	X	X	X	X			
<b>Interrumpir estudio</b>	X	X	X	X	X		X	
<b>Abuso sexual</b>						X		X
<b>Asaltado</b>	X	X	X	X	X	X		X
<b>Golpeado</b>	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Empujado</b>	X	X	X	X	X			
	Wechsler y cols., 1994	Wechsler y cols., 1998	Wechsler y cols., 2000	Wechsler y Nelson, 2001	Wechsler y cols., 2002	Hingson y cols., 2005	Anderson y Baumberg, 2006	Hingson y cols., 2009

Tabla 13. Daños a terceros.

Tal como puede apreciarse, las más estudiadas son aquellas referidas a la conducción *-circular bajo los efectos del alcohol o viajar con un conductor ebrio-*, tener relaciones sexuales de riesgo *-sin protección o no planificadas-* y tener pensamientos o intentos de suicidio. Entre los principales autores que las incluyen en sus investigaciones destacan Hingson y Kenkel y los equipos de investigación de Arata, Chatterji, Craford y Miller.

Asimismo, gran parte de los trabajos presentes analizan algunas de las conductas relacionadas con la agresividad y la violencia (O'Hare, el equipo de Miller o el de Wechsler). Entre las más frecuentes, según los estudios del equipo de D'Amico, Hingson, Kim, NIAAA, O'Malley y Wechsler, se encuentran *peleas, herirse o lesionarse, tener problemas con la policía y causar desperfectos a la propiedad*. Así como también el consumo de otras sustancias, sobre todo tabaco y/o cánnabis.

Respecto a los problemas escolares, resaltar la importancia de *faltar a clase, llegar tarde a la escuela y obtener una menor calificación académica*, que son evaluados por la mayoría de los estudios del equipo de investigación de Wechsler. Si bien, D'Amico y sus colaboradores se centran más en el *bajo rendimiento y dificultades en el estudio*, así como otros autores, por ejemplo Hingson y Kenkel, Arata y sus colaboradores y el equipo de Chatterji, incluyen en sus trabajos *dejar de lado las responsabilidades*.

Entre los síntomas derivados de la intoxicación, se observa mayor interés por las *lagunas de memoria* y la *resaca*. Éstas se incluyen, mayoritariamente, en las investigaciones de O'Hare, Wechsler, Cortés, Read, Kahler, Strong y Colder y en las de Anderson y Baumberg.

En relación a las consecuencias derivadas de accidentes tras el consumo de alcohol, la *alta mortalidad* en esta población, sobre todo por *accidentes de*



*tráfico*, es la que genera mayor interés, principalmente en los trabajos de Anderson y Baumberg, el equipo de Hingson, Shield y Wechsler y Nelson.

Al revisar las consecuencias asociadas a los daños causados a terceras personas es Wechsler el que más incide sobre ellas. No obstante, también destacan los estudios de Hingson y sus colaboradores, que evalúan *ser golpeado, asaltado o sufrir abusos sexuales*. Del mismo modo que los de Anderson y Baumberg, que se centran más en consecuencias relacionadas con *problemas para poder estudiar, violencia doméstica y homicidios*.

Por último, cabe destacar una vez más los trabajos de Wechsler sobre los problemas interpersonales *-arrepentirse de algo que se hizo o se dijo mientras se estaba bebido y conflictos con los demás-*. Si bien, O'Hare, además de evaluar este tipo de consecuencias, también examina la capacidad de autocontrol en el consumo.

A pesar de la importancia que tienen las consecuencias que genera el CIA sobre la población joven (OMS, 2002), lo cierto es que no se dispone de instrumentos adecuados que permitan identificarlas y medirlas. Uno de los principales objetivos de la investigación más reciente ha sido, precisamente, desarrollar medidas de evaluación sobre las consecuencias psicosociales.

### **3.1.1. Evaluación de las consecuencias psicosociales**

Entre los instrumentos de evaluación más utilizados para dar cuenta de los problemas relacionados con el patrón de consumo de los jóvenes se recurre al AUDIT *-Alcohol Use Disorders Identification Test-* (Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente y Grant, 1993) a pesar de no ser específico para esta población (Clements, 1998; Kokotailo, Devos-Comby y Lange, 2008; Egan, Gangnon, Brown, Mundt y Fleming, 2004; O'Hare y Sherrer, 1999). Se trata de

una herramienta de *screening* para la detección temprana del consumo de riesgo o perjudicial. Consta de diez preguntas que hacen referencia al patrón de consumo (primeros tres ítems), a los síntomas de dependencia (ítems 4, 5 y 6) y a las consecuencias derivadas del consumo (ítems del 7 al 10).

Diversas investigaciones que han querido probar su eficacia han comprobado su poco valor discriminativo entre consumidores CIA (Cortés, Motos, Giménez, Tomás, y Espejo, 2011; Cortés, Sancerni, Giménez y Motos, 2013; Shakeshaft, Bowman y Sanson-Fisher, 1998). Además es importante destacar que no diferencia entre varones y mujeres a la hora de determinar la cantidad de consumiciones necesarias (Bradley, Bush, Epler, Dobie, Davis, Sporleder y Kivlahan, 2003), ya que el tercer ítem referido a esta forma de consumo juvenil en una única ocasión tan sólo incluye 6 o más consumiciones. Y por otro lado, no tiene en cuenta para definir los ítems del 7 al 10 las consecuencias propias de este colectivo que no corresponden con las de un consumo de riesgo no intensivo (Clements, 1998; Cortés, Sancerni, Giménez y Motos, 2013; Devos-Comby y Lange, 2008; Espejo, Donat y Cortés, 2010; Kokotailo, y cols., 2004; O'Hare y Sherrer, 1999), de ahí que se pueda pasar por alto un importante número de consumidores intensivos. En este sentido, es necesario que, además del AUDIT, se incluyan otros indicadores para determinar de forma más concreta la conducta de consumo de esta población (Caamaño-Isorna, Corral, Parada, y Cadaveira, 2008; Cortés y cols., 2010, 2013; Shakeshaft y cols., 1998).

En los últimos años se ha desarrollado mucha investigación centrada en la evaluación de consecuencias derivadas del consumo de alcohol en jóvenes CIA. Los primeros instrumentos utilizados incluían consecuencias más propias de la dependencia/abuso característica de la población adulta (Clements, 1998; Harrell, Kapsak y Cook, 1986). Algunos ejemplos son el *Svanum's Scale*

(Svanum y McGrew, 1995) o el AAIS -*Adolescent Alcohol Involvement Scale*- (Mayer y Filstead, 1980).

Esto motivó la elaboración de instrumentos centrados en problemas menos extremos (por ejemplo, resaca, lagunas de memoria, relaciones sexuales sin protección, conducir intoxicado, etc.). Los más destacados: el RAPI -*Rutgers Alcohol problema Index*- (White y Labouvie, 1989), el CAPS -*College Alcohol Problems Scale*- (O'Hare, 1997; Maddock, Laforge, Rossi y O'Hare, 2001), el YAAPST -*Young Adult Alcohol Problems Screening Test*- (Hurlbut y Sher, 1992), y el YAACQ -*Young Adult Alcohol Consequences Questionnaire*- (Read, Kahler, Strong y Colder, 2006).

El **RAPI** (*Rutgers Alcohol Problema Index*) se compone de 23 ítems con escala de respuesta likert de 5 puntos en los que se pide que indiquen con qué frecuencia han experimentado cada problema a lo largo de la vida y durante los últimos 3 años: desde 1 (nunca) a 5 (siempre) o de 1 (nunca) a 5 (más de 10 veces), dependiendo de los ítems. Esta escala incluye 6 ítems sobre problemas sociales/personales (*he tenido problemas con la policía por algo que hice cuando estaba bebiendo o me he peleado o discutido con mis amigos*), 4 relacionados con el abuso de alcohol (*me he perdido alguna clase o he ido a la escuela bajo los efectos del alcohol*), 6 de dependencia (*me he tomado alguna copa de alcohol antes o durante el desayuno o ahora necesito beber más cantidad de alcohol para conseguir los mismos efectos que antes*), así como 4 relacionados con la autoestima (*me he sentido culpable por mi manera de beber o he causado vergüenza ajena por mi manera de consumir*) y 3 sobre los efectos agudos de la intoxicación (*no recuerdo algunos momentos cuando estaba consumiendo o me he llegado a desmayar*). Sin embargo, sólo ciertas dimensiones de problemas quedan representadas en el RAPI. Además, éste se ha evaluado con una muestra de adolescentes menores de 15 años, de ahí que no

incluya algunos de los problemas relevantes para estudiantes universitarios (e.g., conducir bajo los efectos del alcohol o tener relaciones sexuales de riesgo) (Martens, Neighbors, Dams-O'Connor, Lee, y Larimer, 2007; Neal, Corbin y Fromme, 2006).

En un primer intento de aplicar el RAPI a jóvenes españoles, López, Fernández, Fernández, Campillo y Secades, de la Universidad de Oviedo (2012), han encuestado a 569 estudiantes de 16 a 18 años seleccionados al azar, consumidores de alcohol en el último año. Estos primeros resultados indican que se trata de un instrumento de evaluación fiable y válido para detectar los problemas derivados del consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes. Sin embargo, no está exento de limitaciones. Carece de validez convergente, dado que todavía no existen instrumentos estandarizados en España con los que comparar los resultados obtenidos del RAPI. Tampoco se analizan las posibles diferencias en el funcionamiento de los ítems según el género. Además, el método de selección de la muestra no garantiza que sea representativa de toda la población escolar.

A partir de una revisión de los instrumentos utilizados en importantes estudios sobre consumo de alcohol en universitarios O'Hare (1997) elabora el **CAPS** (*College Alcohol Problems Scale*) formado por un total de 10 problemas diferenciados en dos grandes factores. La *Sub-escala socio-emocional*: sentirse triste, melancólico o deprimido; sentirse irritable o nervioso; problemas familiares relacionados con su forma de beber; relaciones y amistades muy afectadas; herir a otra persona emocional/físicamente y sentirse mal consigo mismo. La *Sub-escala de problemas comunitarios*: náuseas, vómitos o sensación de cansancio/resaca; gastar demasiado dinero en alcohol o drogas, conducir bajo la influencia del alcohol y problemas con la ley o la escuela.

Se pide a los participantes que califiquen la frecuencia con la que han experimentado cada uno de los problemas durante el último año como consecuencia del consumo de alcohol, a partir de una escala likert de 5 puntos: desde 1 (nunca/casi nunca) a 5 (muy a menudo).

No obstante, se obtiene un mal ajuste del instrumento, dado que se ha construido en base a una muestra de estudiantes grandes consumidores de alcohol. Por este motivo, Maddock, Laforge, Rossi y O'Hare (2001), han reajustado esta medida para ser utilizada en la población general de estudiantes consumidores.

Finalmente la escala consta de 8 ítems clasificados en dos sub-escalas. La primera referida a *problemas sociales*: actividad sexual no planificada; conducir bajo la influencia del alcohol; no usar protección en las relaciones sexuales e involucrarse en actividades ilegales asociadas al consumo de drogas. La segunda sub-escala relacionada con *problemas personales*: sentirse triste o deprimido; nervioso o irritable; sentirse mal consigo mismo y tener problemas de sueño o de apetito.

En ella se pide a los participantes que indiquen con qué frecuencia han experimentado tales consecuencias como resultado del consumo de bebidas alcohólicas, con una escala likert de 6 puntos: desde 0 (nunca/casi nunca) a 5 (10 o más veces).

Una de las limitaciones de esta escala es que el marco temporal utilizado (12 meses) puede influir en el resultado. Se aconseja acortar el período de tiempo de los ítems a 6 meses para facilitar el recuerdo de los problemas experimentados y por tanto reducir el sesgo de medición. Asimismo, no está diseñada para ser una medida integral de los problemas con el alcohol entre estudiantes universitarios, sino que más bien incluye una lista representativa de los mismos.

El **YAAPST** (*Young Adult Alcohol Problems Screening Test*) contiene 27 preguntas que evalúan una serie de consecuencias relacionadas con el alcohol que experimentan los estudiantes universitarios (Hurlbut y Sher, 1992). Concretamente 7 ítems se relacionan con la carencia de responsabilidades (*¿has tenido problemas en el trabajo/escuela a causa del consumo de alcohol?* o *¿has llegado tarde a la escuela/trabajo por tener resaca o estar indispuesto a causa de haber bebido?*), 4 con problemas sociales/interpersonales (*¿alguna vez has perdido amigos o pareja por tu forma de consumir?* o *¿alguna vez tu pareja, padres u otros se han quejado de tu forma de beber?*), 2 asociados a problemas legales (*¿alguna vez has sido arrestado por conducir ebrio, conducir en estado de ebriedad o conducir bajo la influencia del alcohol?* o *¿alguna vez has sido arrestado, aunque sea por unas horas, por ir borracho?*) y 2 de situaciones de alto riesgo (*¿alguna vez has mantenido relaciones sexuales de las que luego te has arrepentido?* o *¿has conducido un vehículo cuando sabías que habías bebido demasiado para circular con seguridad?*). Además 4 ítems representan las dimensiones más comunes de la dependencia del alcohol -tolerancia y síndrome de abstinencia- (*¿alguna vez has tenido temblores después de beber o cuando has abandonado el consumo? por ejemplo, temblarte las manos cuando has cogido una taza de café o ¿alguna vez has necesitado beber algo de alcohol nada más levantarte por la mañana?*). La medida también incluye 3 ítems sobre los efectos agudos de la intoxicación (*¿has tenido resaca al día siguiente de haber bebido?* o *¿has sentido náuseas o vómitos después de beber?*) y 1 ítem relacionado con la baja autoestima (*¿alguna vez te has sentido culpable por tu consumo?*).

Los participantes responden en un formato dicotómico (0 = no, nunca/ 1 = sí, pero no en el último año). En el caso de experimentar alguna de estas consecuencias durante el último año, se revisa la frecuencia de ocurrencia

mediante una escala de 8 puntos: desde 2 (una vez) a 9 (40 o más veces) para los ítems 1-8; y en una escala de 3 puntos: desde 2 (una vez) a 4 (3 o más veces) para los ítems 9-20. Para las preguntas 21-27, no se recoge la frecuencia de ocurrencia, sólo si han experimentado alguna de las consecuencias durante el último año (con una puntuación de 2 en caso de ser la respuesta afirmativa).

El YAAPST evalúa las consecuencias en función de dos intervalos temporales, de manera que permite distinguir entre las que han ocurrido a lo largo de la vida y aquellas más recientes.

Este instrumento destaca por ser fácil de administrar, relativamente corto y con buenas propiedades psicométricas, lo que lo hacen ser uno de los más utilizados para evaluar los problemas relacionados con el consumo de alcohol en estudiantes universitarios (Allen y Columbus, 1995; Hurlbut y Sher, 1992; Palfai y Wood, 2001; Wood, Read, Palfai y Stevenson, 2001). Pese a ello, la mayoría de los ítems representan consecuencias mucho más severas que las que normalmente experimentan estos estudiantes universitarios (Kahler, Strong, Read, Palfai y Wood, 2004). El equipo de investigación de Kahler (2004), comprueba que la mayoría de estudiantes experimentan 3 consecuencias o menos (principalmente: resaca, vómitos y pérdida de memoria). Estos resultados sugieren la necesidad de incluir una mayor diversidad de consecuencias menos severas, de manera que se facilite poder identificar a los bebedores de riesgo entre la población juvenil.

Además, las medidas de evaluación existentes priorizan los comportamientos exteriorizados, como peleas, daños a la propiedad o ser arrestado durante la intoxicación, los cuales parecen definir mejor a los varones (Crick y Zahn-Waxler, 2003). Por ello, no sólo es importante ajustar el tipo de consecuencias a evaluar pensando en población joven, sino también incluir consecuencias de carácter interno y/o interpersonal que permitan caracterizar

mejor a las mujeres consumidoras (e.g., estado de ánimo disminuido, reducción de la autoestima o relaciones dañadas), las cuales aparecen subestimadas a día de hoy (Lo, 1996; Perkins, 2002), a pesar de estar realizando un consumo similar al de los varones, e incluso superarlos en número.

Con el fin de solucionar estos problemas Read, Kahler, Strong y Colder (2006), han elaborado un instrumento de medida multidimensional capaz de detectar un amplio rango de consecuencias relacionadas con el alcohol que experimentan los estudiantes universitarios: *Young Adult Alcohol Consequences Questionnaire -YAACQ-* (versión reducida B-YAACQ; Kahler, Strong y Read, 2005). El conjunto de las consecuencias seleccionadas se clasifican en 8 dimensiones:

1. Consecuencias socio-interpersonales (e.g., mientras consumo he dicho o hecho cosas vergonzosas).
2. Determinación de control (e.g., a menudo bebo más de lo que había planeado).
3. Autopercepción (e.g., me siento mal a causa de la bebida).
4. Conductas de riesgo asociadas (e.g., he conducido un coche a pesar de haber bebido demasiado).
5. Consecuencias académicas/profesionales (e.g., he recibido una calificación más baja en un examen de lo que normalmente habría sacado debido a la bebida).
6. Dependencia física (e.g., me he dado cuenta de que necesito grandes cantidades de alcohol para sentir algún efecto).
7. Síntomas físicos (e.g., he tenido menos energía o he estado más cansado a causa de mi consumo).
8. Lagunas de memoria (e.g., no soy capaz de recordar grandes intervalos de tiempo mientras consumo).



Los resultados de este instrumento (Devos-Comby y Lange, 2008; Kahler y cols., 2005) indican que más de la mitad de los bebedores regulares tienen más probabilidad de experimentar consecuencias relacionadas con los efectos agudos de la intoxicación (resaca, dolor de estómago, desmayos), problemas sociales/interpersonales leves (decir o hacer cosas vergonzosas mientras se consume) e involucrarse en situaciones peligrosas (asumir riesgos innecesarios). En segundo lugar, destacan consecuencias relacionadas con un mayor nivel de implicación con el consumo, con una menor probabilidad de que se abstengan de beber y con un alto riesgo de meterse en situaciones de peligro, de beber en exceso, y de informar de cierta tolerancia al alcohol (señalados por el 50% de la muestra). A continuación, se encuentran consecuencias que reflejan problemas de conducta: conflictos con las personas más cercanas, pasar demasiado tiempo bebiendo, imagen corporal dañada y síntomas de abstinencia (entre el 25% y el 50% de jóvenes bebedores). El último grupo de ítems representa las consecuencias más graves: deterioro social, consecuencias físicas a largo plazo e indicios de dependencia del alcohol (identificados entre el 6% y el 22%).

Hasta ahora, el YAACQ ha representado la clasificación más elaborada y completa de los problemas que podemos encontrar en la literatura sobre el consumo de alcohol en población universitaria. Sin embargo, algunas consecuencias no están presentes en esta escala, tales como tener problemas con la ley, fracasar en intentar controlar o interrumpir el consumo y abandonar otras actividades sociales, ocupacionales o recreativas a causa del consumo de alcohol. Además, tampoco evalúa la frecuencia de los problemas con su formato de respuesta dicotómico (Devos-Comby y Lange, 2008).

Parece ser que ninguna de estas medidas son adecuadas, ya sea por medir algún aspecto parcial, normalmente limitado a la cantidad de alcohol

consumida, por no estar adaptados a la población española o por recoger información sobre el consumo perjudicial derivado de una ingesta más espaciada y continuada en el tiempo –no en atracón y de pocos años de evolución-, lo que genera unas consecuencias diferentes a las que encontramos en la población CIA.

En este sentido, el equipo de investigación de la Dra. Cortés de la Universitat de València ha elaborado un instrumento de evaluación del consumo intensivo de alcohol (IECI) (Cortés, Giménez y Espejo, 2012), fruto de un proyecto de investigación financiado por el Plan Nacional sobre Drogas del Gobierno de España. El instrumento se ha mostrado útil para diferenciar entre jóvenes CIA y no CIA. Éste recoge un conjunto de indicadores referidos, por una parte, al patrón de consumo (cantidad de alcohol consumida, duración de la ingesta, regularidad de esta conducta y edad de inicio); y por otro lado, a 30 consecuencias bio-psico-sociales derivadas del mismo y que aluden a: *Consecuencias Profesionales; Dependencia Física; Síntomas físicos; Auto percepción; Determinación de Control; Consecuencias Socio-Interpersonales; Conductas de Riesgo y Consumo de otras sustancias.*

Para comprobar la fiabilidad y validez de la escala se ha optado por ajustar los datos a un modelo de Teoría de Respuesta al Ítem (TRI) de dos parámetros (Birnbaum, 1968), sirviéndose para ello del programa XCALIBRE (Assessment System Corporation, 1995b).

Se ha seguido un procedimiento iterativo donde se han tenido en cuenta los siguientes análisis:

En primer lugar, se ha comprobado la independencia local de los ítems. Para ello, se han examinado las correlaciones entre los residuales de los ítems (Kahler, Strong y Read, 2005), mediante un análisis factorial confirmatorio

(AFC), utilizando el programa LISREL 8.8 (Jöreskog y Sörbom, 2006) y las estimaciones de los parámetros de severidad y discriminación.

Se han considerado ítems redundantes aquellos cuya correlación estimada entre residuales es mayor a 0.20. La decisión sobre qué ítems del par debe ser eliminado, se basa en el análisis de los valores del índice de homogeneidad y del estadístico de ajuste estimados por el programa XCALIBRE para cada uno de los ítems del par. Según estos dos criterios, se mantiene aquel ítem que presenta mejores propiedades psicométricas (mayor índice de homogeneidad), y un mejor ajuste al modelo de dos parámetros (residual estandarizado más próximo a cero).

Los resultados muestran residuales estandarizados con valores dentro del rango aceptable, por lo que las respuestas de los sujetos a los ítems se ajusta al modelo de dos parámetros. Además, los valores de los índices de homogeneidad de los ítems han sido satisfactorios, por lo que permiten afirmar que éstos se encuentran relacionados con el rasgo medido por la escala. Finalmente, la fiabilidad de la escala ha resultado satisfactoria ( $KR-21=0.85$ ).

Por otra parte, las estimaciones de severidad de los ítems (parámetro  $b$ ) oscilan entre -1.52 y 2.59 (media=1.05; d.t.=1.08), indicando que los ítems cubren un amplio rango de severidad de problemas derivados del consumo de alcohol, con una mayor representación de problemas de mayor severidad. Concretamente, el 53.3% de los ítems presenta valores de severidad alta ( $b > +1$ ), el 43.3% presenta severidad media ( $-1 < b < +1$ ), y el 3.3% de los ítems muestra valores de severidad baja ( $b < -1$ ).

Un alto índice de discriminación implica que cambios pequeños en el nivel de rasgo conllevan grandes cambios en la probabilidad de responder afirmativamente el ítem. Para los ítems de la escala analizada, las estimaciones de discriminación de los mismos oscilan entre 0.61 y 1.16 (media=0.82;

d.t.=0.13). Además, un análisis de la curva de información del test y de la curva característica del test ha permitido concluir que la escala es máximamente útil e informativa para sujetos con niveles medios-altos en el rasgo.

Posteriormente se ha llevado a cabo un análisis del funcionamiento diferencial de los ítems (FDI) en función del género, centrándose únicamente en el parámetro de severidad de los ítems (parámetro b). Siguiendo el procedimiento utilizado por Kahler, Strong y Read (2005), se ha estimado el parámetro de severidad para cada uno de los ítems, de forma independiente en el grupo de chicos y en el de las chicas. Si los ítems se comportan de modo similar en ambos grupos, significa que los valores de severidad estimados en cada grupo de manera independiente son similares (Holland y Wainer, 1993). Con el fin de poderlo evaluar se ha calculado un intervalo de confianza en torno a cada estimación y se ha evaluado el grado de solapamiento entre dichos intervalos de confianza.

También se han llevado a cabo diferentes análisis para poder evaluar el grado en que esta escala permite diferenciar entre estudiantes consumidores CIA (grupo CIA) y no CIA (grupo noCIA).

Primero se ha utilizado la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney (dada la gran diferencia en tamaño muestral entre los dos grupos a comparar) para evaluar la existencia de diferencias en la frecuencia de ocurrencia de las consecuencias derivadas del consumo entre los dos grupos. El análisis se ha realizado teniendo en cuenta la puntuación total en la escala de consecuencias y los resultados indican que la frecuencia de ocurrencia de las consecuencias derivadas del consumo de alcohol es mayor en el grupo CIA (U Mann-Whitney = 120908,  $p < .010$ ).

A continuación, se ha analizado detalladamente cada uno de los ítems de la escala. Las pruebas U de Mann-Whitney realizadas indican la existencia

de diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de ocurrencia de las consecuencias del consumo de alcohol para todos los ítems excepto para el S19 (*algunas personas cercanas han llegado a evitarme a consecuencia de mi manera de consumir alcohol*). En los 29 ítems restantes, la frecuencia de ocurrencia siempre es mayor para el grupo CIA.

De forma complementaria, se ha realizado un análisis adicional teniendo en cuenta los 30 ítems de la escala de consecuencias, pero considerados de forma dicotómica. De este modo se ha analizado la ocurrencia/no ocurrencia de cada una de las consecuencias del consumo de alcohol de forma diferencial para los dos grupos. Las pruebas *Chi-cuadrado* realizadas indican la existencia de diferencias estadísticamente significativas en la ocurrencia (si/no) de las consecuencias del consumo para todos los ítems excepto para el S19. Para el resto, la ocurrencia de una determinada consecuencia siempre es mayor para el grupo CIA.

También se ha utilizado la puntuación del AUDIT, como medida para validar la escala de consecuencias elaborada (validez convergente). La correlación entre los ítems de la escala de consecuencias y la del AUDIT es estadísticamente significativa ( $r=0.67$ ,  $p<0.01$ ).

Estos resultados evidencian la validez de la escala de consecuencias para identificar y discriminar entre sujetos que realizan CIA de los que no.

Por otra parte, para establecer los diferentes puntos de corte en el número de consecuencias y analizar la existencia de diferentes subgrupos de consumidores intensivos, se ha realizado un análisis de conglomerados de k-medias, utilizando como variables clasificadoras el *número de consecuencias* y los *gramos de alcohol consumidos*, diferenciando por sexos. Los resultados indican que el modelo que mejor se ajusta es el de tres conglomerados, tanto

para las mujeres como para los varones (CIA1, CIA2 y CIA3), resultando ser significativas ambas variables.

También se ha efectuado un análisis de varianza tomando como variables dependientes: *gramos de alcohol consumidos* y *número de consecuencias* y como factor de clasificación *pertenecer a uno de estos 5 grupos: noCIA, CIA1, CIA2, CIA3 y dependientes de alcohol*. De nuevo, se observan diferencias significativas en las variables dependientes. Además, ambas se comportan de manera similar, estableciéndose un continuo ascendente en el número de consecuencias paralelo a la cantidad de alcohol consumido. De este modo los puntos de corte se han fijado, tanto para varones como para mujeres, con la presencia de 8-13 consecuencias para los CIA y a partir de 20 consecuencias para los dependientes del alcohol.

De forma adicional, se incluye un apartado de determinantes cognitivos como orientación clínica para planificar objetivos, sobre motivos y expectativas por las que se considera importante realizar esta conducta.

Para lograr un adecuado ajuste de esta parte de la escala a la población diana, se han llevado a cabo diferentes análisis con el fin de eliminar aquellos que no muestran diferencias entre sujetos, que presentan índices de homogeneidad muy bajos y que no discriminan entre sujetos con actitudes opuestas.

En el primer punto, se ha recurrido a los estadísticos básicos: media y desviación típica, teniendo en cuenta que esta última no debe estar próxima a 0. Los resultados muestran variabilidad ( $Sx > 0$ ).

En el siguiente paso, se ha recurrido a la asimetría, curtosis e histogramas para observar si existía una distribución normal o no en todos los

ítems. Se ha escogido el criterio más laxo que es el del  $\pm 1$  de asimetría y curtosis. En este caso hay tres ítems que deben eliminarse.

Por último, para saber si todos los ítems miden lo mismo se ha recurrido a la Matriz de Correlaciones. En este caso se ha optado por utilizar el Índice de Homogeneidad Corregido, dada la cantidad de variables que se incluyen. Los resultados muestran dos ítems poco diferenciadores.

Este último paso se ha repetido quitando estos ítems y se ha podido observar que es posible eliminar también dos más, porque el resultado obtenido se acerca mucho al criterio de exclusión  $IH_c < 0.20$  (valor de referencia para descartar los ítems indiferenciadores); además no varía el Alfa de Cronbach al quitarlos.

Finalmente, esta parte del instrumento queda ajustada con 16 ítems sobre los motivos y expectativas del consumo de alcohol.

Los primeros resultados del instrumento muestran que las consecuencias más valoradas por los jóvenes, independientemente del sexo, son las que hacen referencia a los efectos agudos de la intoxicación (resaca, desmayos), una combinación de problemas sociales e interpersonales (decir o hacer cosas vergonzosas mientras se va bebido), pérdida de control (beber más de lo planeado y no darse cuenta de que se tiene que parar el consumo) y cierta tolerancia al alcohol (consumir cada vez más para experimentar los mismos efectos) (Cortés, 2010, 2012; Cortés y cols., 2011; Cortés y cols., 2013; Motos y Cortés, 2013).

Las consecuencias con menor grado de representación, tal como se pensaba desde un principio en base a las investigaciones precedentes, son las relacionadas con síntomas propios de una dependencia alcohólica (síntomas de abstinencia o pensar en dejar o reducir el consumo) y las que tienen que ver con

el consumo de otro tipo de sustancias (Cortés, 2010, 2012; Cortés y cols., 2011; Cortés y cols., 2013; Motos y Cortés, 2013).

Además, puede observarse como estos jóvenes esperan obtener los “efectos socializadores” que pueden derivar de consumos de menor cuantía. Destacan dos efectos esperados: mejorar las habilidades interpersonales tratando de ser una persona más habladora y “abierta”, y conseguir un estado de ánimo positivo acrecentado (estar eufórico) (Cortés, 2010, 2012; Cortés y cols., 2008; Motos, Belda y Cortés, 2013).

### **3.2. Consecuencias neuropsicológicas del CIA**

Actualmente, existe considerable literatura científica acerca de los efectos neuropsicológicos que ocasiona este patrón de consumo durante la adolescencia (Cadaveira, 2009; Chambers, Taylor y Potenza, 2003; Spear, 2002; Tapert, 2007; Winters, 2004; Ziegler, Wang, Yoast, Dickinson, McCaffree, Robinowitz y Sterling, 2005).

Se trata de un período evolutivo crítico en el que muchas áreas cerebrales experimentan importantes cambios funcionales y estructurales hasta los 21-22 años (Faden y Goldman, 2005). Por ello es más susceptible a daños causados por el alcohol que el cerebro adulto (Guerra, 2010). En este sentido, ya se dispone de diversa investigación, la mayoría estudios con animales de laboratorio. Los resultados de estas investigaciones plantean que la exposición a un consumo intensivo en esta edad provoca importantes alteraciones, principalmente en el hipocampo (problemas de aprendizaje y memoria espacial) y en el córtex prefrontal (problemas en la memoria de trabajo y menor flexibilidad cognitiva). Además, parece que estas alteraciones pueden persistir a largo plazo durante la edad adulta (Pascual, Blanco, Cauli, Miñarro y Guerra, 2007; Pascual, Boix, Felipe y Guerra, 2009; Schulteis, Archer, Tapert y Frank,



2008; Silvers, Tokunaga, Mittleman y Matthews, 2003; Silvers, Tokunaga, Mittleman, O'Buckley, Morrow y Matthews, 2006; Tokunaga, Silvers y Matthews, 2006; White, Ghia, Levin y Swartzwelder, 2000).

Los trabajos con humanos también parecen evidenciar una serie de anomalías neurocognitivas durante la adolescencia similares a los estudios con animales (Cadaveira, 2009, 2010; Crego, Rodríguez-Holguín, Parada, Mota, Corral y Cadaveira, 2009; Guerri, 2008, 2010).

Para poder comprobar estas consecuencias, se han realizado diferentes estudios con pruebas neurológicas entre jóvenes que realizan patrones CIA y los que no lo hacen.

Entre los primeros estudios neuropsicológicos destaca el de Moss, Kirisci, Gordon y Tarter (1994). Estos aplicaron una batería de pruebas a 38 adolescentes abusadores de alcohol y a 69 controles. Las puntuaciones verbales y las del cociente intelectual fueron significativamente menores para los adolescentes abusadores, que también demostraron un menor desempeño en las tareas de lectura de reconocimiento, lectura total y ortografía.

Por otra parte, Brown, Tapert, Granholm y Delis (2000), sometieron a 33 adolescentes CIA y a 24 controles de entre 15 y 16 años a una serie de tareas neuropsicológicas. Al inicio de cada una de ellas, les dieron un compendio de material verbal y no verbal y, posteriormente, se les pidió que repitieran la información. Los resultados mostraron un peor rendimiento en el grupo CIA en tareas de recuperación de la información verbal y no verbal, solución de problemas, atención, memoria de trabajo y habilidades visoespaciales. También se observaron efectos cada vez más acusados sobre la memoria, a medida que se incrementaba la cantidad de alcohol ingerida. Concretamente, en la capacidad para crear recuerdos y en la calidad de los mismos. Esto explica por qué algunos jóvenes cuando se levantan al día siguiente de haber bebido alcohol, recuerdan

sólo unas pocas horas (lagunas selectivas de memoria). Hoy en día, se sabe que estas lagunas no son sólo comunes entre las personas dependientes, sino que se dan con bastante frecuencia entre la gente joven. Principalmente se deben a una disfunción aguda del hipocampo (Wechsler y Wuethrich, 2002), siendo más probables cuanto más rápido se bebe. La pérdida de memoria es generalmente temporal, pero puede persistir durante algún tiempo después del episodio CIA (Wechsler y Wuethrich, 2002).

También, las investigaciones de Tapert y Brown (2000), revelaron niveles de atención significativamente más pobres en adolescentes bebedores (13-17 años), siendo su velocidad de procesamiento de información inferior.

Estudios más recientes, han observado que jóvenes con un patrón abusivo de alcohol muestran peor ejecución en las pruebas de memoria, de trabajo espacial y reconocimiento de figuras, y son más rápidos en la prueba de velocidad de respuesta motora que los que no realizan este patrón. Esto ha dado lugar a creer que los consumidores intensivos tienen mayor impulsividad motora que los que no realizan este patrón de consumo (Townshend y Duka, 2005; Scaife y Duka, 2009; Weissenborn y Duka, 2003). Del mismo modo, se han encontrado resultados similares en el estudio de Ehlers, Phillips, Finnerman, Gilder, Lau y Criado (2007), mediante la técnica de los potenciales evocados. La tarea consiste en pulsar una tecla cuando aparecen en la pantalla del ordenador fotografías de caras alegres y tristes. El grupo con un patrón CIA presenta menor latencia en responder a todos los tipos de expresión facial, en comparación con el grupo control. Este resultado parece indicar una activación más rápida del sistema de detección simple, lo cual podría estar relacionado con una mayor impulsividad por parte de estos sujetos.

Otra de las tareas cognitivas evaluadas es la toma de decisiones. Goudriaan, Grekin y Sher (2007) han medido las dificultades para tomar

decisiones, utilizando el *Iowa Gambling Test* (IGT) en consumidores CIA y no CIA con el objetivo de valorar el funcionamiento del córtex prefrontal -región cerebral donde se localiza esta habilidad-. El IGT consiste en un juego de cartas por ordenador en el que los participantes tienen que desarrollar la mejor estrategia para ganar, utilizando cartas de dos mazos, uno ventajoso y otro desventajoso. Los resultados muestran que los consumidores CIA eligen más cartas del mazo desventajoso, con lo que obtienen una peor ejecución. En conclusión, esta forma de consumo durante la adolescencia puede influir significativamente en la toma de decisiones, y por consiguiente lleva a la posibilidad de que exista algún daño en el cortex prefrontal.

En España, también se han realizado algunas investigaciones neuropsicológicas. Destaca el estudio de García-Moreno, Expósito, Sanhuesa y Angulo (2008) en el que han comparado el rendimiento neuropsicológico de 62 estudiantes universitarios. Los resultados indican un rendimiento significativamente inferior en los consumidores de alcohol. Concretamente, cometen más perseveraciones e intromisiones en el recuerdo libre del Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (TAVEC), obtienen más falsos positivos en el ensayo de reconocimiento de esta misma prueba, y muestran menor rendimiento en el Subtest de Dígitos de la Escala de Memoria de Wechsler (WMS-III), en la tarea de Cubos de Corsi, en el Test Stroop de Colores y Palabras y en el Recitado de Series.

Estos datos, indican que los consumidores abusivos de alcohol presentan dificultades en la atención y en las funciones ejecutivas, tales como el control inhibitorio, la flexibilidad cognitiva o la memoria de trabajo. Una vez más, funciones relacionadas con el córtex prefrontal.

Otra de las investigaciones destacadas en este país es la del equipo de investigación del Dr. Cadaveira de la Universidad de Santiago de Compostela.

En sus resultados han encontrado diferencias significativas en componentes de potenciales evocados e hipoactividad en la corteza prefrontal (BA 10) en tareas que precisan memoria de trabajo (Cadaveira, 2009; Crego y cols., 2008; Parada y cols., 2008)

En resumen, los resultados de los trabajos publicados hasta la fecha indican que los jóvenes y adolescentes que presentan un patrón CIA, muestran menor rendimiento neuropsicológico en tareas que evalúan funciones cognitivas, como el control inhibitorio, atención sostenida, flexibilidad cognitiva, planificación, toma de decisiones, aprendizaje, memoria de trabajo y memoria declarativa. La mayoría directamente relacionadas con el funcionamiento del córtex prefrontal y el hipocampo.

Por otra parte, se han evaluado las diferencias estructurales en el cerebro de los consumidores CIA utilizando técnicas de neuroimagen, como la Resonancia Magnética Nuclear (*RMN*). Esto ha permitido comprobar que el tamaño de algunas regiones del área prefrontal es inferior en los CIA, especialmente el de las áreas encargadas de procesos atencionales y funciones ejecutivas (Medina, Schweinsburg, Cohen, Nagel y Tapert, 2007). También, se ha observado que el hipocampo izquierdo de los adolescentes que beben en exceso de manera intermitente es significativamente más pequeño, lo que puede relacionarse directamente con la mayor dificultad que muestran a la hora de recuperar información almacenada (Brown, Tapert, Granholm y Delis, 2000; DeBellis, Clark, Beers, Soloff, Boring, Hall, Kersh y Keshavan, 2000; Medina y cols., 2007). Estos resultados apoyan los obtenidos en las pruebas neuropsicológicas previas (disminución en el nivel de recuerdo, atención y procesamiento de la información).

Igualmente, se han realizado investigaciones sirviéndose de la Resonancia Magnética Funcional (*RMF*), para poder visualizar cambios en los

niveles de oxígeno que regulan la actividad cerebral mientras el sujeto realiza actividades con varios niveles de dificultad. De este modo, la intensificación de la actividad cerebral suele coincidir con el incremento de la dificultad de la tarea, mientras que cuanto más fácil es el ejercicio, menos intensa es la actividad cerebral. En este sentido, el equipo de investigación de la Dra. Tapert, ha llevado a cabo un estudio longitudinal con el fin de poder averiguar si los jóvenes CIA presentan anomalías previas a su inicio en el consumo. Concretamente, en el primer año los resultados no han mostrado diferencias significativas entre los que ya se han iniciado en el consumo y los que no consumen, en tareas de memoria y atención. Sin embargo, durante el seguimiento, el rendimiento de los adolescentes CIA ha disminuido un 10%, así como también se ha detectado una menor actividad cerebral durante la realización de los ejercicios (Tapert, 2007; Tapert y Brown, 1999). Estos resultados coinciden con los de otras investigaciones, las cuales concluyen que el cerebro dispone de una gran capacidad para compensar las regiones afectadas por un consumo elevado de alcohol, pero si dicho abuso se prolonga en el tiempo, el cerebro pierde esta capacidad de compensación y el rendimiento disminuye (Suzuki, Hagino, Nohara, Zhou, Kawasaki, Takahashi y cols., 2005). Por ello, en el estudio de la Dra. Tapert, se ha podido observar que el cerebro de adolescentes que llevan un año consumiendo de forma intensiva muestra mayor activación, dado que trabaja más para reorganizar los sistemas cerebrales que intervienen en la ejecución de las tareas, con el fin de realizarlas con éxito. Pero en jóvenes que llevan consumiendo de esta manera 4 ó 5 años, el rendimiento disminuye, al ser incapaz el cerebro de llevar a cabo, durante este tiempo, la compensación de los sistemas implicados (Tapert, 2007). Esta descompensación se torna más acusada si se sigue consumiendo 8 a 10 años después, incrementándose, de esta manera, la magnitud de las mismas dificultades de

atención, memoria de trabajo y memoria declarativa episódica (Tapert, Granholm, Leedy y Brown, 2002; Hanson, Cummins, Tapert y Brown, 2011).

Puede concluirse que no sólo es importante el tipo de consumo del adolescente, sino también su aparición en edades tempranas, lo que se relaciona con una mayor probabilidad de aparición de problemas de memoria y aprendizaje.

Respecto a las diferencias de género, se ha comprobado que el alcohol provoca mayores deterioros -funcionales y estructurales-, en las mujeres. Al respecto, se han identificado algunas regiones del área prefrontal más pequeñas entre las mujeres consumidoras (Medina, McQueeney, Nagel, Hanson, Schweinsburg y Tapert, 2008). Además, en estudios recientes con pruebas de neuroimagen funcional, las mujeres consumidoras abusivas presentan una menor actividad neural en regiones de la corteza cerebral, sobre todo en el córtex prefrontal, asociadas con una peor ejecución en pruebas neuropsicológicas de atención sostenida, flexibilidad cognitiva y memoria de trabajo visoespacial (Scaife y Duka, 2009). Esto se debe, principalmente, a que las mujeres son más vulnerables a los efectos neurotóxicos de esta sustancia y tienen un menor metabolismo cortical frontal que los varones bebedores, mostrando mayor afectación en regiones frontales y en funciones cognitivas implicadas como la atención, la memoria de trabajo o los procesos inhibitorios (Squeglia, Schweinsburg, Pulido y Tapert, 2011). Estos hallazgos, sugieren que las mujeres bebedoras tienen mayor riesgo de experimentar problemas conductuales y neuropsicológicos a largo plazo (Hommer, 2003; Hommer, Momenan, Kaiser y Rawlings, 2001; Mann, Ackermann, Croissant, Mundle, Nakovics y Diehl, 2005; Schweinsburg, Alhassoon, Taylor, Gonzalez, Videen, Brown, Patterson y Grant, 2003).

Con todo lo anterior, parece ser que la adolescencia es un período de alto riesgo para el consumo de alcohol, especialmente cuando su inicio es muy temprano. Existen evidencias de que el inicio precoz en el abuso de esta sustancia es un predictor de la dependencia y otros problemas cognitivo-conductuales asociados que ocurren años después (Grant y Dawson, 1997; DeWit, Adlaf, Offord y Ogborne, 2000). De hecho, en quienes se inician en el consumo antes de los 15 años se multiplica por cuatro la probabilidad de desarrollar dependencia del alcohol, en comparación con los que empiezan a los 20 o más tarde (Denis, Babor, Roebuck y Donaldson, 2002; Grant y Dawson, 1997, 1998). Concretamente cerca del 40% de los que se inician antes de los 15 años muestra mayor probabilidad de desarrollar algún trastorno de este tipo (DeWit, Adlaf, Offord y Ogborne, 2000), mientras que los que se retrasan unos 5 años, reducen en un 50% el riesgo de aparición de una posible dependencia (Grant y Dawson, 1997, 1998).

## **4. ESTRATEGIAS Y MÉTODOS DE PREVENCIÓN**

La presencia cada vez más notoria de jóvenes que realizan este patrón de consumo (EDADES, 2009, 2011; ESTUDES, 2010; EUROCARE, 2011) junto con las consecuencias que genera, tanto psico-sociales (Anderson y Baumberg, 2006; Chatterji y cols., 2004; Cortés y cols., 2005, 2006, 2010, 2011, 2012; Cranford y cols., 2006; Hingson y cols., 2004; Hingson, Heeren, Zakocs, Kopstein y Wechsler, 2005; Hingson y Kenkel, 2004; Hingson y cols., 2009; Huchting y cols., 2008; Miller y cols., 2006; Wechsler y Nelson, 2001), como neuropsicológicas (Cadaveira, 2009; Chambers y cols., 2003; Spear, 2002; Tapert, 2007; Winters, 2004; Ziegler y cols., 2005), lleva a considerar este colectivo como un grupo de alto riesgo, expuesto en mayor medida a distintos factores de riesgo personales, sociales, familiares y de relación,

capaces de generar problemas. Por ello es importante desarrollar estrategias para paliar esta problemática. Al respecto, destacan dos tipos: aquellas que van dirigidas a la *oferta* de la sustancia (políticas del consumo de alcohol: restricciones y sanciones) y las que se hacen sobre la *demanda*, centradas en educar y formar a la persona en el desarrollo de capacidades para afrontar con una actitud más crítica y autónoma la oferta de la sustancia (Gonzalo-Robles, 1997). Dentro de estas últimas destacan las actuaciones preventivas de tipo selectivo e indicado que cubren las necesidades de este colectivo que no son cubiertas adecuadamente por las intervenciones de prevención universal (Arbex, 2002; Becoña, 2003; Cortés, 2005, 2006, 2008, 2010; Cortés y cols., 2007, 2008; EMCDDA, 2003).

A continuación se comentarán por una parte las medidas de carácter político vigentes en el marco europeo y español, útiles para la población del estudio que nos ocupa (jóvenes entre 18 y 19 años) y posteriormente las actuaciones de prevención selectiva e indicada aplicadas en los últimos años sobre este mismo colectivo.

#### **4.1. Actuaciones sobre la oferta: políticas de alcohol**

Babor, Caetano, Casswell, Edwards, Giesbrecht, Gram y cols., (2003) tras efectuar diversas revisiones sobre estrategias políticas en temas de alcohol, optaron por clasificarlas en función de cuatro parámetros: *efectividad*, *transculturalidad*, *amplitud del soporte científico* y *coste de implementación*.

*La efectividad* se refiere a la evidencia científica: 0, no hay evidencia de efectividad; +, evidencia de efectividad limitada; ++, evidencia de efectividad moderada y +++, evidencia de efectividad elevada. *La transculturalidad* se refiere a que una medida es igualmente aplicable a países, regiones o clases sociales diferentes: 0, no se ha probado adecuadamente la estrategia; +, sólo se



ha estudiado en un país; ++, se ha estudiado en 2-4 países y +++, se ha estudiado en 5 o más países. *La amplitud del soporte científico* se refiere a la disponibilidad de estudios, revisiones y metaanálisis: 0, no se han realizado estudios de efectividad; +, sólo existe un estudio de efectividad completo y bien diseñado; ++, 2-4 estudios completos y +++, 5 o más estudios completos. El cuarto parámetro referido al coste de la medida lo catalogaron como bajo, moderado o elevado.

En la tabla 15 se muestran las estrategias aplicables a la población del estudio que muestran adecuada *efectividad, transculturalidad y amplitud del soporte científico*, así como un *coste* bajo, o en su defecto moderado en la implementación.

Estrategia	Efectividad	Amplitud del soporte	Transculturalidad	Coste de implementación
Impuestos y precios	+++	+++	+++	bajo
Restricción días y horas	++	++	++	Bajo
Dispensación responsable	+	+++	++	Moderado
Responsabilidad del camarero o local	+++	+	+	Bajo
Puntos de control	++	+++	+++	Moderado
Controles aleatorios	+++	++	+	Moderado
Suspensión del permiso	++	++	++	Moderado
Tasa legal de alcoholemia baja	+++	+++	++	Bajo
Tasa 0 en jóvenes	+++	++	+	Bajo
Permiso graduado	++	++	++	Bajo
Reducir volumen de anuncios	+ / ++	++	++	Bajo

Tabla 15. Selección de estrategias aplicables a nuestra población de estudio, evaluadas por Babor y cols. (2003) y Anderson y Baumberg (2006) (tomado de MSC, 2008, pp.65-80).

### Política impositiva y de precios

El precio y los impuestos que gravan las bebidas alcohólicas han sido utilizados por los gobiernos no sólo como fuente de ingresos, sino también para controlar los problemas derivados del consumo de alcohol. Se ha comprobado sistemáticamente que el incremento de precio reduce un amplio espectro de daños provocados por la embriaguez y el consumo concentrado de alcohol, tales como los accidentes de tráfico y sus víctimas, las lesiones intencionadas o involuntarias, las violaciones y los robos, los homicidios, los delitos y la violencia (Anderson y Baumberg, 2006; Farke y Anderson, 2007). De ahí que esta medida se considere una herramienta rentable al generar un ingreso directo y disminuir el daño.

Se ha estimado que un aumento de precios en torno al 10% en Europa prevendría más de 9.000 muertes, con el beneficio adicional de 13 billones de euros ingresados por el estado en concepto de impuestos. En los países mediterráneos, un 10% de aumento en el precio de las bebidas alcohólicas reduciría el consumo en un 2% (Anderson y Baumberg, 2006; Portella, Ridao, Carrillo, Ribas, Ribó y Salvat, 1998).

En España, hasta hace poco existía una baja fiscalidad de las bebidas alcohólicas, comparado con otros países. Pero con las nuevas medidas del gobierno central para reducir el déficit, el 1 de septiembre de 2012 el IVA pasó del 18% al 21%, igualándose a la media europea (Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. Boletín Oficial del Estado, núm. 168 de 14 de julio de 2012).

### Restricción de días y horas para vender bebidas alcohólicas

En España los establecimientos que venden bebidas alcohólicas en los que no está permitido su consumo (e.g., tiendas abiertas las 24 horas), no pueden vender o dispensar alcohol en horario nocturno (de 22 a 8 horas). Además, deben contar con una licencia específica, concedida por la administración competente, para poder vender este tipo de bebidas (DOCV, 2011; Proyecto De Ley, num. 097 de 2009).

También queda prohibida la venta de alcohol a través de máquinas automáticas, salvo que cumplan determinados requisitos, como la ubicación en lugares que permitan su control por parte del dueño o los trabajadores del establecimiento (Proyecto De Ley, num. 097 de 2009).

En locales en los que está permitido el consumo de alcohol, las limitaciones referidas a horarios dependen de las comunidades autónomas. En la Comunidad Valenciana el horario de cierre en restaurantes, cafés, bares y cafeterías queda limitado hasta la 01.30 de la madrugada, prolongado hasta las 02.30 en verano. Además, los que están ubicados en la zona marítimo-terrestre tienen un horario fijado entre las 10.00 de la mañana y las 03.00 de la madrugada. En conciertos, pubs y salones de banquetes queda establecido a las 03.30, ampliando el cierre hasta las 4 de la madrugada. Por último, las salas de fiesta, discotecas y salas de baile cierran a las 07.30 de la mañana. Asimismo, los ayuntamientos pueden autorizar la ampliación del horario con motivo de fiestas locales o patronales, acontecimientos de carácter ferial, certámenes, exposiciones o actuaciones puntuales (DOCV, 2011). Estas restricciones vienen ligadas a la normativa que prohíbe el consumo de alcohol en la vía pública salvo en terrazas y en fiestas patronales que estén autorizadas por los ayuntamientos (Federación Española de Municipios y Provincias, 2003).

Todas estas estrategias son consideradas de las más efectivas, dado que se ha comprobado en diversos países europeos que la reducción de horas y días de venta disminuye los problemas de consumo concentrado de alcohol (Anderson, 2007).

#### Dispensación responsable en los locales y formación de los camareros

En cuanto a los locales de dispensación, se les exige que la cantidad de alcohol servido no supere determinado tamaño, que los empleados tengan una formación en dispensación responsable o que estén prohibidas las promociones especiales (2 X 1, barra libre, concursos y premios). Sin embargo, existe cierta laxitud en el cumplimiento de estas leyes (MSC, 2008).

#### Puntos de control

Se recomienda utilizarlos de forma aleatoria (cualquier lugar y día u hora), a fin de que la percepción de poder ser detectado sea elevada. Ello no obsta para tener puntos fijos y realizar campañas puntuales de control, aunque sus efectos sean temporales (DGT, 2010). Conviene que los puntos fijos sean visibles y anunciados con avisos cuando al conductor ya no le queda más remedio que pasar por ellos. Si bien, la efectividad de los controles aleatorios es superior a los fijos, lo que no es de extrañar porque la población desarrolla rápidamente estrategias de evitación. Se estima que la introducción de controles de alcoholemia amplios y sin restricciones puede reducir los accidentes mortales en más del 20% (Eurocare, 2003).

#### Suspensión del permiso

La suspensión del permiso es una estrategia de probada eficacia para reducir la siniestralidad, aunque su efectividad depende de la inmediatez y

gravedad de la sanción. Actualmente, con el permiso por puntos, se están obteniendo buenos resultados en cuanto a la disminución de infracciones de tráfico en España. El balance de estos últimos años del permiso por puntos muestra un saldo positivo de unas 3.000 vidas no perdidas. España es el país que más ha disminuido su accidentalidad (53%). De hecho, actualmente es el séptimo país europeo con menos muertes (DGT, 2010; Gutiérrez, 2011).

#### Tasa de alcoholemia baja y tolerancia cero

En nuestro país, la tasa de alcohol en sangre no debe ser superior a 0.5 gr./l. o 0.25 ml./l. de aire espirado, viéndose reducido para los noveles con menos de dos años de carné y profesionales a 0.3 gr./l. y 0.15 ml./l., respectivamente. Si bien, desde hace años en muchos países del entorno europeo, se está implantando una tasa de alcoholemia cero. De hecho, en Alemania o Suiza la tasa cero ya está en vigor para profesionales y noveles. En algunos países nórdicos es común el límite 0.2 gr./l. para todos los conductores. Otros como Hungría o República Checa exigen tasa cero de alcoholemia para todos los conductores. Por contra Irlanda, Reino Unido y Malta tienen los límites máximos de alcohol permitido con 0.8 gr./l. en sangre para todos los conductores.

Todo ello, viene motivado, en gran parte, por la cantidad de estudios que evidencian una disminución de la mortalidad en las carreteras cuando se reduce la tasa de alcoholemia, mientras que ocurre todo lo contrario cuando los cambios son al alza, como ocurrió en Portugal en el año 2002, cuando la tasa legal pasó de 0.2g./l. a 0.5g./l. y las muertes de tráfico aumentaron en un 10% (Eurocare, 2003).

En este sentido, la Dirección General de Tráfico (DGT, 2012) también estudia la posibilidad de rebajar a cero la tasa de alcoholemia permitida para

reducir una de las causas principales de la siniestralidad en las carreteras, especialmente entre los jóvenes menores de 30 años, debido en gran parte a su doble inexperiencia al volante y al alcohol y a las características propias de la juventud (e.g., correr riesgos para impresionar) (DGT, 2012; González, 1996; Rodríguez-Martos, 2007).

#### Permiso graduado

Las limitaciones del permiso en conductores noveles se han mostrado efectivas. Suelen incluir varias limitaciones: una alcoholemia legal más baja, un menor límite de velocidad, prohibición de conducción nocturna, etc. (Hartling, Wiebe, Russell, Petruk, Spinola, y Klassen, 2004). En España, aunque no existe el permiso graduado, los noveles tienen menos puntos asociados al permiso de conducir (8, en lugar de 12) y una tasa de alcoholemia más baja.

#### Reducción del volumen de los anuncios

Actualmente, en nuestro país, la ley prohíbe la publicidad en televisión de todos los anuncios de bebidas de más de 20 grados de alcohol a cualquier hora. También prohíbe la publicidad de alcohol en lugares donde no está permitida su venta (Proyecto De Ley, num. 097 de 2009). Sin embargo, recientemente el actual gobierno ha aprobado la Ley de Licencia Exprés que vuelve a permitir la publicidad de bebidas alcohólicas de menos de 20 grados en lugares donde su venta o consumo esté prohibida (por ejemplo en los estadios de fútbol).

Ello ha causado de nuevo críticas por parte de diversas organizaciones (Asociación de Usuarios de la Comunicación -AUC-), dado que la mayoría de las campañas publicitarias siguen centrando sus objetivos en este sector de la población, utilizando herramientas de corte emocional (valores de tipo idealista

y hedonistas: el poder, la libertad, la competitividad, la seducción, etc.), generando así una actitud positiva hacia esta sustancia que hace olvidar su peligrosidad (García del Castillo, López-Sánchez, Quiles y García del Castillo-López, 2009; García-Rodríguez, Gázquez, López y García, 2012).

A pesar de la eficacia de estas medidas, todavía no existe una normativa conjunta que se aplique en toda la sociedad española. En los últimos años se ha intentado implantar una norma básica que abordara este gran problema a nivel estatal, armonizando toda la normativa vigente. Se trata del Anteproyecto de Ley para prevenir y reducir el consumo de alcohol de la población juvenil, especialmente entre los jóvenes menores de edad, elaborado en sintonía con las estrategias y planes de actuación de la OMS y de la Comisión Europea, y siguiendo las recomendaciones de los expertos, tanto a nivel nacional como internacional, así como de las experiencias que han mostrado su eficacia en países del entorno. El objetivo fundamental de esta norma es proteger la salud de los más jóvenes mediante acciones más duras desde distintos ámbitos para prevenir y reducir el consumo de alcohol y sus consecuencias para la salud y para el desarrollo físico, intelectual y personal. Lamentablemente, el Anteproyecto de Ley del alcohol se ha interrumpido dos veces, por ser un tema de confrontación y de enfrentamiento electoral, cediendo, de este modo, a los intereses económicos de la industria de bebidas alcohólicas.

#### **4.2. Actuaciones sobre la demanda: prevención selectiva e indicada**

Como se ha comentado en el punto anterior, debemos contemplar una *prevención de carácter selectivo* para aquellos jóvenes expuestos a distintos factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol, independientemente de si ya están realizando una ingesta o no de esta sustancia. Por ejemplo, los

consumidores de alcohol de fin de semana o sus acompañantes con problemas escolares, familiares, de relación, etc. (grupos de riesgo). O, más bien, una *prevención indicada* en el caso de jóvenes que ya están realizando consumos sistemáticos problemáticos, con una falta de control notoria y con consecuencias bio-psico-sociales ya considerables, o que tengan muchos factores de riesgo asociados (grupos de alto riesgo) (Arbex, 2002).

Además, no hay que olvidar que la adicción es un *proceso*, por lo que no va a resultar fácil categorizar a muchos de estos jóvenes dentro de un único tipo de prevención -selectiva e indicada-. En cualquier caso, desde la literatura (Anderson y Baumberg, 2006; Cortés, 2010; González, Fernández y Secades, 2004; EMCDDA, 2009) se plantea la necesidad de una intervención desde distintos ámbitos -multidimensional- (escolar, familiar y comunitario), con el fin de actuar sobre todo el conjunto de frentes abiertos que posee esta problemática.

La prevención escolar es la intervención más desarrollada al constituir el marco idóneo de formación, educación y promoción de conductas saludables y prosociales por dos motivos: permitir el acceso a la totalidad de los adolescentes, al ser obligatoria la escolarización hasta los 16 años y disponer de infraestructura adecuada para el desarrollo de programas (González y cols., 2004; Secades-Villa, 1996).

Sin embargo, aunque esta prevención escolar sea muy importante y necesaria, es insuficiente en muchos casos si no va acompañada de una prevención más intensiva a nivel familiar y comunitario (Becoña y Cortés, 2011).

Dentro del ámbito familiar, la presencia de conflictos o rupturas familiares, la inconsistencia en las normas, límites poco claros, refuerzos inconsistentes para la conducta positiva, castigos excesivamente severos,



expectativas poco realistas sobre los hijos y una actitud permisiva hacia el consumo de alcohol en ciertas situaciones sociales (fiestas, celebraciones, reuniones con los amigos, etc.), facilitan no sólo el inicio en el consumo de alcohol, sino también el posterior mantenimiento de consumos perjudiciales para estos colectivos (Latendresse, Rose, Viken, Pulkkinen, Kaprio y Dick, 2008; Leveridge, Stoltenberg y Beesley, 2005; Munoz-Rivas y Graña, 2001; Romero y Ruiz, 2007; Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt y Kustner, 2007).

En este sentido, se requiere de actuaciones que promuevan pautas de conducta encaminadas hacia una mayor supervisión sobre las actividades y amistades de sus hijos y una adecuada comunicación, marcada por un diálogo sincero entre padres e hijos. Ello facilita una mayor confianza en sí mismos, mayor autocontrol, madurez y competencia social (Al-Halabí, Errasti, Fernández, Carballo, Secades y García, 2009; Craig, 1997). Factores que ayudan a reducir tanto el riesgo en el consumo de alcohol como el mantenimiento de esta conducta entre los jóvenes (Al-Halabí y cols., 2009; Latendresse, y cols., 2008).

También se requiere de una intervención comunitaria, dada la multitud de factores que inciden directa e indirectamente sobre la práctica de esta conducta (asociación consumo de alcohol a momentos de ocio y diversión; disponibilidad y accesibilidad del alcohol, etc.). De hecho, varios estudios han comprobado que una actitud social permisiva hacia esta sustancia es uno de los factores más importantes para predecir el consumo abusivo entre los jóvenes. Actualmente existe una clara percepción de normalidad hacia consumos aceptados socialmente con la convicción de que la ingesta de esta sustancia facilita las relaciones sociales y permite la evasión de los propios problemas.

Esto se traduce en la existencia de una gran tolerancia social hacia el uso de alcohol y las repercusiones que puede generar (Rosón, 2008).

La prevención comunitaria actúa reforzando los mensajes y normas de la comunidad contra el abuso de esta sustancia y poniendo en marcha distintos recursos y medios comunitarios, promoviendo la participación y movilización de instituciones, organizaciones, colectivos y personas de la comunidad para lograr este fin (Pentz, 2003; PNSD, 2000). De esta manera, se consigue incidir en más factores de riesgo en distintos niveles (micro/macrosociales) y lograr una mejor consistencia en la intervención (Pentz, 1999).

Habitualmente un programa comunitario incluye otros subprogramas (escolar, familiar, etc.), o incluso técnicas de carácter puntual (consejo/intervención breve) que coordinándose funcionan sinérgicamente todos entre sí. De hecho, Batisstich, Solomon, Watson y Schaps (1997) comprobaron cómo los programas de prevención comunitaria que combinaban dos o más programas, resultaban ser más efectivos que un programa simple. Entre las herramientas comunitarias que han mostrado su utilidad en el caso de los jóvenes CIA (Babor y cols., 2003) destaca el *consejo breve*. Estas técnicas se caracterizan por ser de corta duración (5-20 minutos) y dirigirse principalmente a individuos que mantienen un consumo de riesgo dentro de la comunidad, con el objetivo de reducir los niveles de consumo y los problemas asociados (García del Castillo, 2012). Para ello se sirven del asesoramiento sobre los daños asociados en el caso de mantener el actual patrón de consumo y sobre las alternativas que pueden utilizarse para reducir esta conducta. Todo ello se consigue utilizando técnicas motivacionales, teniendo como objetivo fomentar la autoconfianza de la persona de manera que vea factible realizar el cambio en su conducta de consumo (Emmen, Schippers, Bleijenberg y

Wollsheim, 2004; Heather y Stockwell, 2004; Raistrich, Heather y Godfrey, 2006).

Los resultados de varias investigaciones demuestran que los consejos breves reducen el consumo de alcohol peligroso y dañino, incluyendo el consumo concentrado de alcohol y sus consecuencias (Kaner y cols., 2007).

Llegados a este punto, se ha considerado la necesidad de revisar las diferentes actuaciones preventivas que se realizan en la Unión Europea, dirigidas a esta población de riesgo, examinando si siguen los pasos que ha de cubrir una intervención preventiva para ser efectiva (Anderson y Baumberg, 2006; Becoña, 2002; González y cols., 2004; PNSD, 2009), y así poder evaluar con mayor criterio los aspectos a los que se les presta más atención, entresacando posibles mejoras que permitan ajustar y optimizar la intervención a las necesidades del colectivo.

En este sentido, para detectar a los adolescentes o jóvenes en situación de riesgo, es necesario llevar a cabo una primera evaluación, a través de instrumentos de filtraje *-screening-*, para determinar con precisión la severidad del problema y evaluar las necesidades de la persona o grupo. El proceso de filtraje debería abarcar la severidad del uso de sustancias junto con condiciones de salud, problemática familiar, escolar, redes sociales y desajuste psicológico.

Esta primera evaluación constituye una estrategia imprescindible para diseñar un programa de intervención, ya que proporciona información precisa de los antecedentes (determinantes cognitivos) y los consecuentes (efectos del consumo) que están manteniendo la conducta de consumo.

Con la información recogida se puede decidir la intervención a realizar, siempre basada en la evidencia empírica y en modelos teóricos contrastados. Es de suma importancia realizar una correcta planificación de los objetivos, de las

actividades y de la evaluación que se va a realizar. Nunca deberían improvisarse este tipo de intervenciones, ya que los efectos pueden ser contrarios a los que se pretenden. Los objetivos han de ser seleccionados en base a los factores de riesgo que se desean eliminar y los factores de protección a impulsar.

En la Tabla 16 aparecen los factores de riesgo que las actuaciones selectivas e indicadas más efectivas tratan de reducir o eliminar (CSAP, 2004). Estos aparecen clasificados en cinco bloques: individuales, familiares, de iguales, escolares y comunitarios. Este tipo de actuaciones suelen incluir factores de riesgo presentes en los diferentes contextos en los que se desenvuelve el joven, ya que con ello se pretende que los efectos que se consiguen con las intervenciones que se desarrollan en un ámbito concreto (e.g. la escuela) sean reforzados por otras influencias a las que se ven expuestos, como la de la familia, los iguales o la comunidad.

A partir de la revisión realizada por el Centro de Prevención del Abuso de Sustancias, CSAP (2004) del Departamento de Salud de los Estados Unidos, se han extraído las estrategias que con mayor frecuencia han demostrado mejores resultados en la intervención selectiva o indicada: entrenamiento en habilidades interpersonales y de resistencia, entrenamiento en toma de decisiones y resolución de conflictos, actividades de ocio alternativo y estrategias afectivas, por ejemplo el incremento de la autoestima. Además, un factor común en todas las intervenciones eficaces es la inclusión de algún tipo de componente orientado a modificar los principales factores de riesgo del ambiente familiar, como son el uso de drogas por parte de los padres y/o hermanos, un estilo educativo inadecuado, la ausencia de supervisión parental o la falta de comunicación padres e hijos.

INDIVIDUALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitudes y creencias favorables hacia el alcohol, tabaco y drogas ilegales.</li> <li>• Falta de habilidades sociales y emocionales para la vida: autocontrol, asertividad, habilidades de rechazo, manejo del estrés.</li> <li>• Bajo rendimiento escolar.</li> <li>• Problemas de comportamiento en casa, en la escuela y en otros ambientes.</li> <li>• Contacto con alcohol y/u otras drogas.</li> <li>• Problemas psicológicos y emocionales: depresión, ansiedad.</li> </ul>
FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitudes favorables de los padres y/o hermanos hacia el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales.</li> <li>• Abuso de sustancias de los padres y otros familiares.</li> <li>• Disponibilidad de sustancias.</li> <li>• Falta de supervisión e implicación de los padres en la educación y en las actividades de los hijos, tanto de la escuela como de las que lleva a cabo con sus iguales.</li> <li>• Falta de comunicación padres e hijos.</li> <li>• Conflictos familiares.</li> <li>• Desorganización familiar.</li> <li>• Desempleo.</li> <li>• Enfermedad mental de los padres.</li> <li>• Normas y métodos disciplinarios inconsistentes o inefectivos y falta de supervisión.</li> <li>• Negligencia y abuso de menores.</li> </ul>
IGUALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Influencias negativas de los iguales.</li> <li>• Implicación de los iguales en problemas de conducta y uso de drogas.</li> <li>• Susceptibilidad hacia la presión negativa.</li> <li>• Apoyos para el comportamiento antisocial y el consumo de drogas.</li> <li>• Rechazo de los iguales.</li> <li>• Disponibilidad de sustancias.</li> </ul>
ESCUELA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absentismo y fracaso escolar.</li> <li>• Ambiente negativo dentro del aula y en la escuela.</li> <li>• Comportamiento y/o entorno disruptivo para el aprendizaje, delincuencia y consumo de drogas.</li> <li>• Normas y sanciones inconsistentes o ambiguas para el comportamiento de los alumnos.</li> <li>• Falta de vínculos con la escuela y con los profesores.</li> <li>• Pobre sentido de la comunidad.</li> <li>• Falta de profesorado cercano, modelador y reforzante.</li> <li>• Falta de implicación familiar en la escuela.</li> </ul>
COMUNIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desorganización.</li> <li>• Servicios y oportunidades inadecuadas para que los jóvenes se impliquen en la comunidad.</li> <li>• Falta de actividades recreativas positivas.</li> <li>• Fácil acceso a drogas.</li> <li>• Actitudes de la comunidad a favor del uso de alcohol.</li> <li>• Aislamiento.</li> <li>• Falta de apego a la comunidad.</li> </ul>

Tabla 16. Factores de riesgo de los programas de carácter selectivo e indicado según el *Center for Substance Abuse Prevention (CSAP, 2004)*.

También es imprescindible analizar el cumplimiento de todos los pasos que se han llevado a cabo en la aplicación de la intervención preventiva (*evaluación del proceso*), así como evaluar los cambios que se han producido después de la aplicación de la misma (*evaluación de resultados*) (Becoña, 2002; CSAP, 2001); y si éstos coinciden con los objetivos que se persiguen.

Con el fin de averiguar a qué aspectos se les presta mayor atención en los programas preventivos de las últimas décadas, se ha analizado un conjunto de intervenciones preventivas dirigidas a la población consumidora de alcohol, incluyendo los casos en los que además se consumen otras sustancias.

La búsqueda de actuaciones preventivas se ha realizado mediante una consulta en la base de datos del *European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction (EMCDDA)* del Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías (OEDT), en función del nivel de riesgo que presentan los sujetos -prevención selectiva e indicada- y aludiendo al consumo de alcohol preferentemente.

En total se han encontrado 41 programas de carácter selectivo y 5 de carácter indicado de diferentes países que se han clasificado en 6 grupos o categorías atendiendo a los destinatarios de los mismos o espacios donde tiene lugar la intervención: programas dirigidos a población inmigrante o etnias; hijos de familias deterioradas por consumo de alcohol y/o drogas; población con alto riesgo de abandono escolar, exclusión, delincuencias y trastornos psicopatológicos; niños que viven en zonas urbanas desfavorecidas; jóvenes consumidores de alcohol y otras drogas; y por último actuaciones realizadas en lugares de ocio. De todos ellos, 10 programas de prevención selectiva y 1 de indicada se dirigen al grupo diana, caracterizado por el consumo de alcohol y otras drogas. En la tabla 17 se muestran las principales características de cada uno de estos programas.

Se puede observar que existe diversidad de países europeos que emplean este tipo de actuaciones, pero los más destacados son España y Reino Unido. La mayoría aplican una intervención focalizada en la comunidad y dirigida a jóvenes, entre 13 y 25 años, que empiezan a experimentar con las drogas o que ya están involucrados en el consumo/abuso de sustancias. La mayoría de sus objetivos se encuentran entre los más efectivos en este tipo de programas (CSAP, 2004): reducir el consumo, prevenir el abuso de sustancias, disminuir factores de riesgo –sobre todo los familiares- y promover los de protección, disminuir los daños causados por el consumo y modificar actitudes del uso de drogas. Asimismo promueven el desarrollo de competencias emocionales e interpersonales para hacer frente a las conductas de riesgo (autoestima, resolución de problemas, resistencia a la presión de grupo, toma de decisiones, etc.) y promover la conciencia sobre el consumo de drogas.

Paralelamente, una de las características principales, mencionada anteriormente, para que un programa de prevención selectiva o indicada sea eficaz es que abarque los diferentes frentes de acción (individual, familiar, escolar, social, etc.) para alcanzar al máximo los resultados esperados y que estos se mantengan en el tiempo. En este sentido, aunque la mayoría de las intervenciones analizadas se enmarcan dentro de un solo ámbito de estudio, también centran su trabajo en otras áreas relacionadas, permaneciendo siempre presente en todas ellas los aspectos individuales (autoestima, auto-concepto, emociones, etc.).

No obstante, algunos programas carecen de objetivos específicos que abordan el consumo de alcohol de manera intensiva, tal vez por la ausencia de instrumentos de *screening* ajustados a las necesidades reales del grupo.

PAÍS/ FECH/ TIPO PREV.	<sup>2</sup> GRUPO/ EDAD OBJETO	<sup>1</sup> SUSTS.	<sup>2</sup> OBJ. GENERAL
<i>Prevention Centre for Children and Young ALTUM-Environment programes/</i>			
Polonia 01/04-12/04 Comunitaria	Niños/jóvenes que han tenido contacto con drogas 10-25	TB, CNN, OH, INH	- Prevenir la adicción y diversas formas de patología sociales
<i>Face to Face (Sefton Youth Service)</i>			
Reino Unido 1997- Comunitaria	Niños/ jóvenes con abuso 4-19	TB, CNN, OP, OH, EX, CC, ANF, MTF, INH	- Reducir consumo drogas - Prevenir el daño por el cons. de drogas
<i>SUSPERTU: Adolescent Support Programme (Human Project Foundation in</i>			
España 1997- Comunitaria	Jóvenes en riesgo y consumidores 13-20	TB, CNN, OP, OH, EX, CC, ANF, MTF, INH	Prev./reducir consumo drogas, disminuyendo los fact. riesgo, incrementando los de protección
<i>Rave Against Drugs (YAD Youth Against Drugs)</i>			
Finlandia 2005-2007 Comunitaria	Adultos, niños y jóvenes de cultura <i>rave</i> (tecno, house) asociada cons. drogas 16-30	TB, CNN, OP, OH, EX, CC,	- Prev. y reducir probls. de consumo drogas - Ofrecer inf. en contextos de cultura <i>rave</i> - Dar alternativas que afectan a las actitudes pro-droga

Tabla 17. Programas de prevención selectiva e indicada (parte sombreada) dirigidos a jóvenes



<b>2OBJ. ESPECÍFICOS:</b> <i>Indicadores de evaluación</i>	<b>TIPO DE EVALUACIÓN,</b> <b>Proceso o resultados:</b> <i>conclusiones</i>
<b>Prevention Centre (Altum Association)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducir la frecuencia de consumo después de 12 meses: <i>frecuencia de las conductas destructivas y medición del consumo a los 12 meses</i></li> <li>- Aumentar la conciencia de daños por consumo: <i>nivel de conocimiento sobre consecuencias por uso de sustancias</i></li> <li>- Promover actitudes positivas de estilo de vida saludable en 3 niveles:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Conducta:</b> eliminar conds. que peligran la salud, reforzando conds. alternativas (clases de arte, literatura, etc.)</li> <li>2. <b>Personalidad:</b> incrementar conds. interpersonales de promoción de la salud (autoconfianza, autocontrol, responsabilidad, reducción de conflictos emocionales, etc.)</li> <li>3. <b>Ambiente:</b> favorecer ambientes sanos y aceptados por la sociedad (ambiente familiar asertivo, cálido, empático, etc.)</li> </ol> </li> <li>• <i>Nivel de aceptación del estilo de vida saludable: formas de pasar tiempo de ocio, nivel de autocontrol, nivel familiar asertivo, etc.</i></li> <li>• <i>Frecuencia de las conductas destructivas, como peleas y riñas</i></li> </ul>	Resultados: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Disminución consumo de drogas</i></li> <li>- <i>Aumento conocimientos sobre efectos de las drogas</i></li> <li>- <i>Mayor interés por el deporte</i></li> <li>- <i>Tiempo con el grupo de iguales</i></li> <li>- <i>Disminución de conflictos</i></li> <li>- <i>Disminución de absentismo escolar y del rechazo a la escuela</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar conocimiento y una mayor conciencia del cons. de drogas: <i>nivel de conocimiento y conciencia</i></li> <li>- Facilitar soluciones positivas en las situaciones relacionadas con las drogas: <i>nivel de relación con la comunidad local entre ambas partes (jóvenes participantes-miembros de la comunidad)</i></li> <li>- Reducir el daño relacionado con las drogas a nivel individual y comunitario: <i>nº de accidentes relacionados con las drogas en las escuelas y la comunidad</i></li> </ul>	Resultados: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Aumento del conocimiento y actitudes negativas respecto al abuso de drogas</i></li> </ul>
<b>Navarra)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar la formación para potenciar las capacidades personales y desarrollar las responsabilidades sociales (autoestima, autocontrol emocional, toma de decisiones, resolución de problemas, etc.): <i>nivel de conocimientos, consumo o no de drogas e intención de consumo, motivación y autocontrol del consumo</i></li> <li>- Proporcionar a los padres inf. y estrategias educativas (comunicación, resolución de conflictos, etc.) para hacer frente al cons. de sus hijos</li> <li>- Ofrecer servicio de atención y orientación a profesionales que trabajan con adolescentes</li> </ul>	Resultados: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Las familias que participaron <u>activamente</u> en el programa con sus hijos obtuvieron mayor éxito</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollar métodos preventivos que trabajen actitudes y niveles de conocimiento en sustancias específicas de esta cultura: <i>adecuación de los métodos desarrollados para el cambio de actitudes</i></li> <li>- Organizar eventos libres de drogas y OH para promover una cultura alternativa libre de sustancias: <i>nº de eventos libres de drogas organizados por el proyecto</i></li> <li>- Fomentar la participación de los jóvenes de esta cultura en las actividades de voluntariado: <i>nº de participantes voluntarios en las actividades</i></li> </ul>	Proceso: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Las actividades y material bien recibidos por el grupo diana</i></li> <li>- <i>Los puntos de información se han percibido de fácil acceso</i></li> </ul>

consumidores de alcohol y/u otras drogas.

PAÍS/ FECH/ TIPO PREV.	<sup>2</sup> GRUPO/ EDAD OBJETO	<sup>1</sup> SUSTS.	<sup>2</sup> OBJ. GENERAL
<i>Weekend's Coming: Prevention Of Adolescent Alcohol And Ecstasy Use</i>			
España 2001- Escolar	Jóvenes en riesgo y consumidores 14-15	OH	- Enseñar a vivir con las drogas. - Prev. abuso de OH y cons. drogas sintéticas en el contexto cultural juvenil, atendiendo a la motivación
<i>Blands Bands on the Move (Comune di Paterno D'Adda)</i>			
Italia 2003- Comunitaria	Jóvenes en riesgo o abusan drogas/ OH 15-25	TB, CNN, OP, OH, EX, CC, ANF	- Prev. abuso de drogas - Reducir riesgo al consumo drogas
<i>Youth Counselling Centre: WAGGON (TENDER, a Youth Work organization)</i>			
Austria 1995- Comunitaria	Jóvenes que asisten a un centro de asesoramiento juvenil en un vagón de tren 13-19	TB, CNN, OP, OH, EX, CC, ANF, MTF, INH	Evitar conds. relacionadas con cons. problemático
<i>Pre-Venture: Personality-Targeted Interventions for Adolescente Alcohol Misuse</i>			
Reino Unido 2003-2008 Escolar	Jóvenes en riesgo o consumo de drogas/ OH 13-16	TB, CNN, OP, OH, EX, CC, ANF, MTF, INH	Evaluar la efectividad de las estrategias de la personalidad asociadas con patrones de abuso de sustancias u otras conds. de riesgo

Tabla 17 (cont). Programas de prevención selectiva e indicada (parte sombreada) dirigidos a jóvenes

<b>2ºOBJ. ESPECÍFICOS:</b> <i>Indicadores de evaluación</i>	<b>TIPO DE EVALUACIÓN,</b> <b>Proceso o resultados:</b> <b>conclusiones</b>
<i>(Departamento de Personalidad de la facultad de psicología de la Universidad de Murcia)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducir cons. OH y drogas sintéticas y cambiar actitud hacia estas sustancias: <i>consumo de OH y drogas sintéticas y nº de episodios de intoxicación; intención de consumo de OH, TB, CNN y EX; y actitudes hacia las drogas</i></li> <li>- Proporcionar inf. sobre estas sustancias y corregir la sobreestimación del cons. entre pares y riesgo percibido: <i>inf. sobre drogas y riesgo percibido</i></li> <li>- Desarrollar HHSS, resolución de problemas y resistencia a la presión del grupo: <i>HHSS aprendidas (cond. asertiva); dificultades interpersonales; (auto-control); susceptibilidad a la persuasión y HH para resolver problemas</i></li> </ul>	Resultados: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Reducción del cons. OH y del nº de intoxicaciones en el último mes</i></li> <li>- <i>Mejora en la actitud saludable y mayor conocimiento sobre OH y drogas sintéticas</i></li> <li>- <i>No hay cambios significativos en las evaluaciones de seguimiento, salvo en la perc. riesgo</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toma de conciencia de los contextos de consumo, motivaciones y creencias individuales sobre su consumo, para promover habilidades para resistir la presión social y el desarrollo de la capacidad de analizar en situaciones de riesgo: <i>estimación de los objetivos del cambio logrado en los participantes en relación (%) a las expectativas planteadas durante la fase de planteamiento</i></li> <li>- Aumentar la información sobre las consecuencias del cons. de sustancias ilegales (CCN, EX, ANF, CC y OP) y legales (OH): <i>estimación de los objetivos del cambio logrado en los participantes en relación (%) a las expectativas planteadas durante la fase de planteamiento</i></li> </ul>	Proceso y resultados
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Llegar al grupo objeto, ofreciendo un punto de encuentro a gusto de los jóvenes: <i>nº de visitantes</i></li> <li>- Establecer un lugar seguro donde los jóvenes se sienten cómodos con el personal y donde pueden averiguar sus opciones mediante diversas actividades de orientación, apoyo y asesoramiento (counseling): <i>nº y contenidos de asesoramientos (counseling) realizados</i></li> </ul>	Proceso: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Satisfacción de los profesionales, de las actividades y del lugar de intervención.</i></li> <li>- <i>Promedio de atendidos por día: 50 jóvenes</i></li> </ul>
<i>(Institute of Psychiatry, King's College London)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar el grado en que las intervenciones dirigidas a la personalidad previenen o reducen el uso problemático de sustancias: <i>retraso de la aparición y reducción en el consumo problemático de OH (medidas CIA: cantidad de alcohol, frecuencia, nº de problemas con el OH y gravedad del consumo)</i></li> <li>- Evaluar el grado en que las intervenciones dirigidas a la personalidad, previenen o reducen los problemas psicológicos como ansiedad y depresión, así como las conductas de riesgo en adolescentes:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Retraso en el inicio y/o reducción de los síntomas de comportamiento antisocial</i></li> <li>- <i>Retraso en la aparición y/o reducción de los problemas emocionales (ansiedad, depresión, etc.)</i></li> </ul> </li> </ul>	Resultados: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Reducción de la tasa de consumo excesivo de OH, del cons. semanal y del inicio del consumo en todos los grupos de personalidad</i></li> <li>- <i>Reducción y retraso de problemas emocionales (depresión y ansiedad)</i></li> <li>- <i>Menores tasas de conductas delictivas, de problemas de conducta y de absentismo escolar</i></li> </ul>

consumidores de alcohol y/u otras drogas.

PAÍS/ FECH/ TIPO PREV.	<sup>2</sup> GRUPO/ EDAD OBJETO	<sup>1</sup> SUSTS.	<sup>2</sup> OBJ. GENERAL
<i>Socio-labour Skills Programme for the Prevention of Drug Addiction (Asociación)</i>			
España 2000-2001 Escolar	Jóvenes en riesgo de cons. de drogas 16-25	TB, CNN, OP, OH, EX, CC, ANF, MTF, INH	Entrenamiento en HHSS y cognitivas en jóvenes en sit. de riesgo
<i>Madrid Municipal Government Intervention Programme for Adolescents (Plan)</i>			
España 1995- Comunitaria, familiar y escolar	Jóvenes riesgo consumo drogas 13-18	CNN, OP, OH, CC, ANF	- Evitar el consumo - Ofrecer un tratamiento especializado para adictos y sus familias
<i>Counselling intervention for students with psychosocial Problems (Counselling)</i>			
Grecia 01/03/99 Escolar	Adolescentes con problemas psicosociales 13-17	TB, CNN, OP, OH, EX, CC, ANF, MTF, INH	Hacer frente a los problemas psicosociales que se detectan en el entorno escolar, como factores intermediarios a la prevención del consumo de drogas

Tabla 17 (cont). Programas de prevención selectiva e indicada (parte sombreada) dirigidos a jóvenes

<b>2OBJ. ESPECÍFICOS:</b> <i>Indicadores de evaluación</i>	<b>TIPO DE EVALUACIÓN,</b> <b>Proceso o resultados:</b> <b>conclusiones</b>
<b>Cultural Norte Joven)</b>	
- Modificar o mejorar las HH mediante el trabajo con la comunicación asertiva, resistencia presión de grupo, auto-evaluación y resolución de conflictos: <i>nº participantes; implicación de los participantes; HHSS adquiridas</i>	Proceso y resultados
<b>Municipal sobre Drogas. Ayuntamiento de Madrid)</b>	
- Detección temprana de niños adolescentes en riesgo de adicción y motivar a adictos a buscar tratamiento: <i>nº adolescentes en tratamiento; nº de seguimientos individuales; abstinencia de drogas; ausencia de conductas delictivas; mejora de la conciencia de los problemas, de la salud, de la maduración personal, de la dinámica familiar, de las habilidades de afrontamiento, de la identificación de factores de riesgo para el consumo de drogas y del uso de tiempo libre</i> - Asesorar a familias de menores que consumen drogas y a profesores con la ayuda de servicios sociales y sanitarios que trabajan con menores de manera integral (colaboración conjunta): <i>nº de familias -de forma individual o en grupos-; conocimiento de las causas de la adicción a las drogas, de factores de riesgo y protección para el abuso de drogas, de los recursos de la comunidad para adolescentes; habilidades para discutir el tema de las drogas con los hijos; nº de mediadores que trabaja el programa</i>	Proceso y resultados
<b>Centre for Combating Drugs of the Prefecture of Ioannina, -S.S.K.N.N.I.-)</b>	
- Fomentar el desarrollo personal de los factores psicológicos (autoestima) y HH personales (afrontar el estrés, toma de decisiones, etc): <i>grado de desarrollo de sus HH personales</i> - Mejorar relaciones interpersonales con la mejora de las HH de comunicación, expresión de las emociones y la gestión de conflictos: <i>grado de mejora de sus relaciones interpersonales</i> - Motivar a los estudiantes en la búsqueda de psicoterapia en servicios sociales especializados: <i>nº de referencias de servicios de apoyo sociales y de salud mental</i>	Resultados: - <i>Mejora en las HH personales (toma decisiones, estado de ánimo, imagen de sí mismo, autoestima y actitud positiva hacia la vida).</i> - <i>Mejora en la relación con los padres, en gestionar eficazmente sit. difíciles, en expresar los sentimientos y en las relaciones de pares</i>

consumidores de alcohol y/u otras drogas.

<sup>1</sup>TB- tabaco, CNN- cánnabis, OP- opiáceos, OH- alcohol, EX – éxtasis, CC- cocaína, ANF- anfetaminas, MTF- metanfetaminas, INH- inhalantes.

<sup>2</sup> cons.- consumo, cond.- conducta, activ.- actividad, perc.- percepción, conoc.- conocimiento, inf.- información, probl.- problema, HHSS.- habilidades sociales, sit. – situación, prev.- prevenir.

También es patente la escasa concreción de las actividades a desarrollar en algunos de los programas, quedando como una muestra o esquema de lo que se podría realizar sin un detalle más profundo. Por ejemplo, el programa austríaco *Youth Counselling Centre: WAGGON* se basa en objetivos demasiado generales, centrándose simplemente en alcanzar el máximo número de participantes intervenidos a través del *counselling*, sin detallar las estrategias específicas desarrolladas dentro de cada práctica. En otros casos, como el *Rave Against Drugs*, se atiende a un grupo muy concreto -la cultura *Rave*-, cubriendo sus necesidades mediante alternativas de ocio (espacios o conciertos libres de drogas) y puntos de información en espacios libres de drogas, encargados por los mismos integrantes. Otro ejemplo son las intervenciones que trabajan de manera puntualizada, utilizando unidades móviles (e.g. camionetas) en las que imparten charlas informativas y actividades de ocio alternativas. O incluso un servicio de atención telefónica las 24 horas para dar apoyo y asesoramiento, que se complementa con visitas, actividades e información sobre el consumo de sustancias y daños asociados (*Face to Face* o *Blands Bands on the Move*).

En esta misma línea, excepto el programa *Face to Face*, se observa también una falta de especificación en los indicadores de evaluación, resultando demasiado superficiales, y dificultando, de este modo, su medición -objetivo primordial de toda medida preventiva-. Por otro lado, aparece poca información detallada sobre la evaluación aplicada. En algunos casos, simplemente mencionan el tipo de evaluación empleada sin aportar más información.

Uno de los programas que ofrece una perspectiva más amplia de trabajo es el *Prevention Centre for Children and Youth ALTUM*. El mismo se centra en la promoción de un estilo de vida saludable como elemento principal de la prevención de adicciones, a través de actividades de ocio alternativas, ejercicios de autocontrol, del sentido de la responsabilidad y de resolución de conflictos; y

en estrategias para evitar situaciones o actividades de riesgo. El programa es una alternativa para gestionar de manera saludable el tiempo de ocio y es un apoyo activo y mutuo entre toda la comunidad. Asimismo, las acciones del programa *SUSPERTU: Adolescent Support programme*, van más allá e incluyen servicio de orientación a los profesionales, colaboración con otros servicios sociales, y asesoramiento y formación a las familias. Sin embargo, carece de indicadores de evaluación, en dos objetivos, para poder medir las estrategias de intervención, lo que dificulta llevarlo a la práctica por otros expertos.

Por último, queda mencionar aquellos programas, como el *Counselling Intervention for Students with psychosocial problems* que han incluido un plan de acción integral (individuo-contexto), complementado con una intervención individualizada (terapia) -en el caso de que sea necesario-, focalizada en las necesidades específicas del adolescente en concreto. Además, en algunos de los programas se le ha dado especial importancia al trabajo motivacional (*Madrid Municipal Government Intervention Programme for Adolescents* o *Weekend's Coming: Prevention of Adolescent Alcohol and Ecstasy Use*) y a algunos aspectos de la personalidad (*Pre-Venture: Personality-Targeted Interventions for Adolescent Alcohol Misuse*), conformando, de este modo, un proyecto de intervención preventiva mucho más completo que todos los comentados hasta el momento.

Concretamente, este último es uno de los pocos programas escolares de prevención selectiva con efectos a largo plazo sobre el comportamiento de consumo de alcohol en adolescentes. Lammers y su equipo de investigación (2011) quisieron estudiar su eficacia en estudiantes de educación secundaria de los Países Bajos. Los resultados mostraron una reducción del consumo excesivo de alcohol, del consumo semanal y de los problemas relacionados a los 2, 6 y 12

meses. También se observaron menores tasas de depresión, ansiedad, conductas delictivas, problemas de conducta y absentismo escolar.

El *Pre-venture* incorpora elementos de la teoría motivacional y cognitivo-conductual que han demostrado ser eficaces en la reducción del abuso de alcohol y problemas psicológicos asociados. Además, utiliza la intervención breve (dos sesiones), acortando el tiempo de trabajo y facilitando, de este modo, su implementación en las escuelas. La intervención consta de dos componentes: psico-educativo, en el que se trabaja la dependencia emocional, agresión, conductas de riesgo y abuso de sustancias; y cognitivo-conductual, centrado en las habilidades de afrontamiento conductuales y cognitivas.

Cabe recalcar que es uno de los pocos programas escolares con efectos probados sobre la conducta CIA de los adolescentes (Conrod, Castellanos y Strang, 2010; Conrod, Comea y Maclean, 2006; Lammers, y cols., 2011), dada la limitada disponibilidad que existe todavía de este tipo de intervenciones, a pesar de demostrar ser más eficaces en poblaciones con alto riesgo (Cuijpers, Scholten y Conijn, 2006; Gottfredson y Wilson, 2003).

De hecho, de todos los programas analizados, solamente uno se centra específicamente en dicho patrón de consumo: el *Weekend's Coming: Prevention Of Adolescent Alcohol And Ecstasy Use*. En particular, se basa en el supuesto de que estos adolescentes y jóvenes consumen por motivos personales: búsqueda de estímulos positivos (sensaciones de placer), de escape/evitación de estímulos negativos (infelicidad), o por motivos de índole social: persuasión o invitación (a través de los amigos) y facilitar las relaciones interpersonales (el efecto de desinhibición). Por tanto, atendiendo a la motivación subyacente de dicho uso, el programa busca impactar en el binomio diversión-drogas asociado a los patrones actuales de consumo de alcohol en la población juvenil. Los resultados indican una reducción del consumo de alcohol y del número de intoxicaciones



durante el último mes en jóvenes CIA. También, reflejan una actitud positiva hacia actividades saludables y un mayor conocimiento sobre el consumo de alcohol y otras drogas.

Asimismo, una de las ventajas de estos tres últimos programas mencionados es que disponen de unos indicadores de evaluación concretos, cuantificables y ajustados a la situación de riesgo, resultando fácil de aplicar por otros profesionales del sector.

Entre los programas que optan por emplear una evaluación de resultados, la mayoría alcanzan los efectos esperados tras la intervención e incluso en algunos programas, como el *Weekend's Coming: Prevention of Adolescent Alcohol and Ecstasy Use*, el *Pre-Venture* o el *Prevention Centre for Children and Young: ALTUM*, incluyen un seguimiento con el fin de comprobar que los objetivos se mantienen en el tiempo. Pero, a pesar de mostrar buenos resultados, no dejan de estar incompletos.

Es imprescindible (Becoña, 2002; EMCDDA, 2003; González, Fernández y Secades, 2004), llevar a cabo una evaluación que incluya la planificación, el proceso y los resultados para determinar con mayor eficacia la efectividad del programa en los participantes, comprobar los objetivos alcanzados y proporcionar información sobre la prestación del servicio, y de este modo poder hacer cambios que mejoren la efectividad del programa y garantizar la calidad global del proyecto (Alvira, 1999; Muraskin, 1993).

En conjunto, parece que existe una falta de planteamientos de prevención selectiva e indicada ajustados a las necesidades de la población CIA. La razón es que la mayoría de intervenciones se dirigen a un grupo de riesgo más amplio -jóvenes en riesgo o que abusan de sustancias en general-, adoptando así medidas similares al resto de intervenciones preventivas, sin

ahondar en las verdaderas necesidades -determinantes cognitivos y consecuencias- del grupo diana -jóvenes CIA-.

Estas observaciones tratan de advertir que existe una falta de actualización de los contenidos relacionados con esta conducta de consumo, así como de estrategias preventivas europeas que contemplen los factores implicados en la realización de esta conducta desadaptativa, apelando con mayor énfasis y claridad a la necesidad urgente de desarrollar este tipo de medidas.

## **5. Objetivos de la investigación**

Como se ha visto hasta el momento, es necesario proponer y diseñar actuaciones preventivas que traten de paliar las consecuencias generadas por este nuevo patrón de consumo juvenil.

El objetivo de este trabajo es poder identificar con mayor precisión las necesidades sobre las que intervenir en este colectivo y de este modo mejorar el ajuste del diseño de futuras acciones preventivas, de carácter selectivo e indicado.

Para alcanzar este objetivo se plantean diferentes objetivos específicos:

1. Determinar la presencia del patrón de Consumo Intensivo de Alcohol en jóvenes universitarios consumidores de alcohol.

Tras la revisión de la investigación efectuada se espera confirmar con este trabajo algunas de las pautas de consumo. Concretamente:

- 1.1. Una mayor prevalencia de la conducta CIA entre las mujeres (Calafat, 2007; Cortés, 2006, 2010, 2012; Cortés y cols., 2007; Motos y Cortés, 2013; Navarrete, 2004; Salamó y cols., 2009).

- 1.2. Una mayor cantidad de alcohol ingerido por varones CIA (Calafat, 2007; Cortés, 2010, 2012; Cortés y cols., 2007; Motos y Cortés, 2013; Sanchez, 2002; Salamó, Gras y Font-Mayolas, 2009; White, Kraus y Swartzwelder, 2006).
  - 1.3. Un consumo que doble los gramos de alcohol que definen un CIA (Cortés, 2010, 2012; Cortés y cols, 2007, 2008, 2010, 2011; Giménez, y cols., 2010; Motos y cols., 2013; Motos y Cortés, 2013, Motos y cols., 2011, Turner, Bauerle y Shu, 2004; White, Kraus y Swartzwelder, 2006).
  - 1.4. Una ingesta de alcohol de fin de semana (Cadaveira, 2010; Calafat, 2007; Cortés y cols., 2007, 2008, 2010; ESTUDES, 2010, MSC, 2008), pero también se incluy el jueves al tratarse de población universitaria (Cortés, 2006, 2010, 2012; Cortés y cols., 2007, 2008; Motos y Cortés, 2013; Motos, Belda y Cortés, 2013).
  - 1.5. Una frecuencia de realización de CIA superior a una vez al mes (Anderson, 1996; Anderson y Baumberg, 2006; Babor y cols., 2001; Rodríguez-Martos, 2007).
  - 1.6. Una mayor frecuencia de CIA en épocas vacacionales (Carpenter, 2003; Cho y cols., 2001; Cortés y cols., 2007).
- 2a. Determinar la existencia de diferentes tipologías de consumidores según el sexo, procedencia y gramos de alcohol ingeridos por episodio de consumo. Al mismo tiempo, evaluar los determinantes cognitivos (motivos y expectativas) y las consecuencias asociadas al consumo que definen o caracterizan cada uno de los diferentes tipos de consumidores intensivos.

- 2.1. Una mayor cantidad de alcohol ingerido por varones CIA (Calafat, 2007; Cortés, 2010, 2012; Cortés y cols., 2007; Motos y Cortés, 2013; Sanchez, 2002; Salamó, Gras y Font-Mayolas, 2009; Turner y cols., 2004).
- 2.2. La frecuencia de la conducta CIA supera los límites establecidos a partir de los cuales se incrementa la probabilidad de experimentar consecuencias negativas (Anderson, 1996; Babor y cols., 2001; Caamaño-Isorna y cols., 2008; Cortés y cols., 2013; Motos y Cortés, 2013; Parada y cols., 2011; Wechsler y cols., 1994; Wechsler y cols., 1998; Wechsler y Nelson, 2001, 2006).
- 2.3. Los grupos CIA esperan experimentar, en mayor medida, efectos del consumo de alcohol que realmente se derivan de un consumo inferior (Cortés y cols., 2007, 2008; Cortés, 2010, 2012; Cortés y cols., 2013; Lyvers y cols., 2009; Lo, 1996; Motos y cols., 2013; Navarrete, 2004; Perkins, 2002; Read, 2003).
- 2.4. Los CIA esperan obtener de su consumo efectos socializadores, estimulantes y desinhibitorios (más hablador, eufórico, hace aguantar más tiempo de fiesta, hace decir cosas que no diría estando sobrio, etc.) (Cortés, 2010, 2012; Cortes, y cols., 2008; Cortés y cols., 2010; Cortés y cols., 2011; Cortés y cols., 2013; Motos, Belda y Cortés, 2013; Navarrete, 2004).
- 2.5. Las consecuencias más experimentadas por la mayoría de jóvenes CIA son las relacionadas con los síntomas causados por la intoxicación alcohólica (resaca, vómitos, lagunas de memoria, etc.), problemas socio-interpersonales, problemas de autocontrol y síntomas de tolerancia física (Cortés, 2010, 2012; Cortés y cols., 2007, 2008; Cortés y cols., 2010, Cortés y cols., 2013;

Devo-Comby y Lange, 2008; Kahler y cols., 2005; Wechsler y cols., 1994; Wechsler y cols., 1998; Wechsler y Nelson, 2001).

2.6. Las consecuencias menos representadas son las que hacen referencia a los síntomas propios de una dependencia alcohólica (*síntomas de abstinencia*) (Cortés, 2010, 2012; Cortés y cols., 2007, 2008; Cortés y cols., 2010, Cortés y cols., 2013; Kahler y cols., 2005; Read y cols., 2006), consumo de otras sustancias (Cortés, 2010, 2012; Cortés y cols., 2007, 2008; Cortés y cols., 2010, Cortés y cols., 2013) y un deterioro socio-interpersonal (Kahler y cols., 2005; Read y cols., 2006).

2.7. Los problemas más externalizados son más característicos de los varones, como las *discusiones, conflictos, peleas, dañar a otra persona, etc.* (Crick y Zahn-Waxler, 2003; Kahler y cols., 2004, 2005; Read y cols., 2006) y los problemas de carácter interno/emocional (*estado de ánimo disminuido o deprimido, reducción autoestima, etc.*) son más propios de las mujeres (Lo, 1996; Kahler y cols., 2004, 2005; Perkins, 2002; Read, y cols., 2006).

2b. Determinar las diferentes tipologías de los consumidores no intensivos en función del sexo, procedencia y gramos de alcohol ingerido por episodio de consumo. Al mismo tiempo evaluar los determinantes cognitivos (motivos y expectativas) y las consecuencias asociadas a su consumo.

2.8. Los grupos CIA consumen mayor cantidad de alcohol que los colectivos noCIA (Anderson y Baumberg, 2006; Farke y Anderson, 2007; Brick, 2006; Cortés, 2010, 2012; Cortés y cols., 2007, 2008; Cortés y cols., 2010; Cortés y cols., 2011; Cortés y cols., 2013; Motos, y cols., 2013; Tronch, y cols., 2012).

- 2.9. Los grupos CIA realizan un mayor número de veces esta conducta que los colectivos noCIA (Anderson, 1996; Babor y cols., 2001; Cortés, 2010, 2012; Cortes, y cols., 2008; Cortés y cols., 2010; Cortés y cols., 2011; Cortés y cols., 2013; Motos, y cols., 2013; NIAAA, 2002; Presley y Pimentel, 2006; Tronch, y cols., 2012; Wechsler y cols., 1994; Wechsler y cols., 1998; Wechsler y Nelson, 2001).
  - 2.10. Los grupos CIA se han iniciado en el consumo de alcohol a una edad más temprana que los colectivos noCIA (Cortés, 2010, 2012; Cortes, y cols., 2008; Cortés y cols., 2010; Cortés y cols., 2011; Cortés y cols., 2013; Denis y cols., 2002; DeWit y cols., 2000; Grant y Dawson, 1997, 1998; Motos, y cols., 2013; Tronch, y cols., 2012).
  - 2.11. Identificar los determinantes cognitivos y las consecuencias a tener en cuenta en la intervención de los colectivos noCIA.
3. Determinar la existencia de diferentes tipologías de consumidores según los gramos ingeridos por episodio de consumo, la frecuencia de consumo al mes y la edad de inicio en el consumo. Al mismo tiempo, explorar los determinantes cognitivos (motivos y expectativas) y las consecuencias asociadas al consumo que definen o caracterizan cada uno de los diferentes tipos de consumidores intensivos
    - 3.1. Incremento de la frecuencia de la conducta CIA conforme aumenta la cantidad de alcohol ingerido (Caamaño-Isorna y cols., 2008; Cortés y cols., 2013; Motos y Cortés, 2013; Parada y cols., 2011; Presley y Pimentel, 2006; Wechsler y cols., 1994; Wechsler y cols., 1998; Wechsler y Nelson, 2001, 2006).

- 3.2. Menor edad de inicio en el consumo conforme se incrementa la cantidad de alcohol ingerido (Cadaveira, 2009; Calafat, 2007; Cortés, 2010, 2011; Cortés y cols., 2010; Cortés y cols., 2013; Kahler y cols., 2004; Motos y Cortés, 2013; Read y cols., 2008).
  - 3.3. Mayor distorsión de los motivos y expectativas del consumo de alcohol a medida que el patrón CIA es más extremo (*incremento de la cantidad y frecuencia de estos episodios de consumo y una edad de inicio más temprana*) (Cortés, 2010, 2012; Cortés y cols., 2008; Cortés y cols., 2010, Cortés y cols., 2013; Lyvers, Hasking, Hani, Rhodes y Trew, 2009; Read y cols., 2006; Read y cols., 2003).
  - 3.4. Mayor probabilidad de experimentar consecuencias negativas derivadas del consumo de alcohol a medida que se incrementa la cantidad de alcohol consumido y la frecuencia de consumo y disminuye la edad de inicio (Anderson, 1996; Arata y cols., 2003; Babor y cols., 2001; Chatterji y cols., 2004; Cortés, 2010, 2012; Cortés y cols., 2008; Cortés y cols., 2010; Cortés y cols., 2011; Cortés y cols., 2013; Craford, McCabe y Boyd, 2006; D'Amico y cols., 2001; Gill, Murdoch y O'May, 2009; Ham y Hope, 2003; Hingson y cols., 2004; Hingson y cols., 2005; Kim y cols., 1997; MSC, 2008; NIAAA, 2002; Presley y Pimentel, 2006; Read, y cols., 2006; Wechsler y cols., 1994; Wechsler y cols., 1998; Wechsler y cols., 2000; Wechsler y Nelson, 2001; Wechsler y cols., 2002).
4. Evaluar la adecuación del Test de Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso de Alcohol -AUDIT- (Babor, De La Fuente, Saunders y Grant, 1989) para detectar el consumo intensivo de alcohol..

- 4.1. El AUDIT muestra baja discriminación entre los universitarios CIA, sobre todo entre los que consumen cantidades más bajas (Cortés, Luque, Giménez, y Motos, 2012; Cortés, Motos, Giménez, Tomás y Espejo, 2011; Cortés, Sancerni, Giménez y Motos, 2013).
- 4.2. El AUDIT muestra baja consistencia interna (fiabilidad) en población universitaria (Cortés, Luque, Giménez, y Motos, 2012; Cortés, Motos, Giménez, Tomás y Espejo, 2011; Cortés, Sancerni, Giménez y Motos, 2013).
5. Revisar las diferentes actuaciones preventivas que se realizan en la Unión Europea, dirigidas a esta población de riesgo. Al mismo tiempo, explorar si realizan una evaluación de necesidades ajustada, y aportar mejoras para optimizar la intervención.



## **CAPÍTULO 2.**

### **MÉTODO**



## 1. PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DE LAS MUESTRAS

En este apartado se detalla por separado el procedimiento de obtención de dos muestras: una recogida en la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y la otra en la Universitat de València (UV), debido a que el método de recogida de las mismas es diferente. Además, se realizan análisis de datos diferenciando ambas muestras para evaluar la existencia de significación entre ambas regiones.

### 1.1. *Muestra de la Universidad Complutense de Madrid*

Se encuestaron y posteriormente entrevistaron a estudiantes de primer curso de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) que participaron en el proyecto de investigación *Valoración del daño cerebral asociado al consumo intensivo de alcohol (binge drinking) en jóvenes: Evaluación comportamental, neuropsicológica y psicofisiológica* (aprobado el 6 de enero de 2011 en el BOE por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad).

En la parte de la encuesta se incluyeron ítems sobre hábitos de consumo -cantidad de alcohol consumido, tiempo de consumo, regularidad de consumo y edad de inicio-. Además, se incluyó la versión española del SCL-90-R (González de Rivera y cols., 1989) para recoger información sobre posibles síntomas psiquiátricos de forma estandarizada.

Inicialmente este instrumento fue aplicado a 4200 estudiantes de todas las áreas del conocimiento (Ciencias Básicas, Ciencias Sociales, Ciencias de la Salud, Humanidades y Ciencias de la Educación). Tras la autorización oportuna del rectorado de la UCM se concretaron las fechas de los pases en los grupos.

De cada una de las carreras universitarias se seleccionó una de las asignaturas troncales. Tras contactar con los docentes responsables de las mismas, y pedir su colaboración, se programó el pase del instrumento.

Los pases se realizaron en las aulas docentes y dentro del horario lectivo, primando de este modo la asistencia, así como la reducción de posibles interferencias en sus respuestas (uno de los errores más citados en los estudios de campo sobre el consumo de alcohol en jóvenes) (Cortés, Espejo, Giménez, Mestre, Samper, Nácher y Dolz, 2006). Tras enmarcar la investigación se explicaron los ítems que pudieran resultar más problemáticos (por ejemplo la tabla de consumo semanal). Asimismo, se insistió en la importancia de su colaboración y en la sinceridad de sus respuestas, destacando el anonimato y voluntariedad de su participación. Una vez terminado el pase se solicitó a los alumnos que indicaran un número de teléfono o e-mail de contacto en el caso de querer participar en las otras fases de la investigación.

Sólo se citó para la entrevista a alumnos/as cuyo SCL-90-R fue negativo. Inicialmente se verificó el cumplimiento de los criterios establecidos (tabla 18) y seguidamente se les pidió que rellenasen el Test de Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso de Alcohol -AUDIT- (Babor, De La Fuente, Saunders y Grant, 1989) y el instrumento IECI sobre los determinantes cognitivos (expectativas y motivos del consumo) y las consecuencias asociadas al consumo de alcohol.

Del conjunto de entrevistados -444 estudiantes-, 85 fueron desestimados por no ser consumidores de alcohol -abstinentes- o no haber consumido alcohol durante el último año.

Criterios de inclusión
Haber proporcionado un medio de contacto (teléfono/correo electrónico).
Pertenecer a la cohorte de los nacidos en 1992 o en los años posteriores
Etnia caucásica
Lengua materna: español
No consumidor de drogas ilegales en el último año
No consumidores o consumidores ocasionales de cannabis
No consumo regular de fármacos con efectos psicoactivos
Puntuación en el SCL-90-R por debajo del percentil 90 en el GSI o en al menos dos dimensiones sintomáticas en la tabla de población no clínica

Tabla 18. Criterios de inclusión de la muestra.

## 1.2. Muestra de Valencia

La muestra se obtuvo a partir de universitarios entre 18 y 26 años a partir de un muestreo de las diferentes áreas de conocimiento de la Universitat de València.

En el instrumento se incluían las mismas variables que posteriormente se utilizaron en la muestra madrileña para evaluar el patrón de consumo, los determinantes cognitivos y las consecuencias derivadas de su consumo. También se incluyó el AUDIT.

Los cuestionarios se cumplimentaron en las aulas docentes dentro del horario lectivo de cada grupo (mañana o tarde), estando presente el investigador o algún colaborador entrenado. La cumplimentación de la encuesta también fue anónima y voluntaria.

De todos los participantes encuestados (n=603), solamente se seleccionaron aquellos con edades comprendidas entre los 18 y 19 años.

No obstante, en los primeros análisis descriptivos se observó un desajuste en el género entre las muestras de ambas regiones (Madrid-Valencia), dificultando la adecuación de los análisis posteriores. Por este motivo, se tuvo

que realizar un pase adicional del instrumento en la Universitat de València, logrando equilibrar ambas muestras. Concretamente fueron voluntarios del primer curso de carrera del Grado de Psicología (n=90).

### **1.3. Descripción de la muestra definitiva**

La muestra incluye un total de 749 participantes (367 de la UCM, 49% y 382 de la UV, 51%), de 18 y 19 años ( $\bar{X}$ =18.26, d.t.=0.437), de los que el 64% son mujeres (n=479) y el 36% varones (n=270) (tabla 19).

Procedencia	Mujer	Varón	Total
Valencia	244 (32.6%)	138 (18.4%)	382 (51%)
Madrid	235 (31.4%)	132 (17.6%)	367 (49%)
Total	479 (64%)	270 (36%)	749 (100%)

Tabla 19. Distribución de la muestra definitiva según sexos y regiones.

## **2. INSTRUMENTOS**

Se han utilizado dos instrumentos: El *Instrumento de Evaluación de Consumo Intensivo -IECI-* (Cortés, Giménez, Espejo, Tomás y Motos, 2011) que consta de tres apartados: patrón de consumo, determinantes cognitivos (*motivos y expectativas de resultado*) y consecuencias asociadas a la conducta de consumo de los jóvenes (ver el anexo I) y el *Use Disorders Identification Test -AUDIT-* (Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente y Grant, 1993).

---

## **2.1. Instrumento de Evaluación de Consumo Intensivo (IECI)**

### **2.1.1. Patrón de consumo**

#### Ingesta de alcohol

Tras registrar la edad y el sexo de los entrevistados se incluye una pregunta para medir el consumo de alcohol con cuatro posibles respuestas: *Sí* (han consumido en los últimos seis meses), indicando el número de consumiciones que suelen tomar en una salida habitual y el número de consumiciones en un día especial (*celebraciones, fiestas, bodas, cumpleaños, etc.*); *No* (hace más de un año que no consumen), especificando el número de consumiciones que solían tomar; *No, sólo puntualmente* (han realizado algún consumo esporádico durante los últimos seis meses -menos de una vez al mes-) o *No, nunca he consumido alcohol*.

#### Autorregistro

Mediante una tabla de registro de consumo de una semana habitual, los participantes indican el número de consumiciones en los días que suelen consumir alcohol, la hora de consumo en la que se consume cada una de ellas, el tipo de bebida (vodka, cerveza, ron, etc.) y el tamaño/tipo de recipiente (cubata, tercio, quinto, chupito, *litrona*, etc.).

Toda esta información facilita, posteriormente, el cálculo del número de gramos ingeridos en una sesión de consumo (Devos-Comby y Large, 2008; Giménez y cols., 2010, 2011, 2013; Graves y Kaskutas, 2002; Kerr, Greenfield, Tujague y Brown, 2005; Montañana, Tronch, Motos, Giménez y Cortés, 2012; Stockwell y Honig, 1990). Concretamente, se ha elaborado una lista de la equivalencia en gramos de diferentes tipos de bebida (tabla 20), tomando como

referencia la medición estándar en España: 10 gramos de alcohol equivalen a una consumición de fermentados y a media consumición de destilados (Gual y cols., 1999; ICAP, 2009). En las bebidas de graduación media (licores de frutas, Martini, etc.) se ha considerado 15 gramos por consumición, ya que resulta más ajustada, según los últimos resultados de investigaciones previas (Giménez y cols., 2010, 2011, 2013).

Cantidad (centímetros cúbicos)	Gramos
1 vaso de vino (100)	10
1 litro de vino (1000)	100
1 caña de cerveza ó 1 botellín (250)	10
1 tercio (330)	15
1 litro de cerveza (1000)	40
1 sangría, calimocho o tinto de verano	10
1 copa/cubata de cualquier bebida destilada, tal como whisky, vodka, ginebra o ron	20
1 botella de whisky, ron, vodka, etc. (1000)	200
1 copa/cubata de licores medios (malibú, licor de melocotón, etc.)	15
Chupitos de licor de mora, manzana, melocotón, etc.	10
Chupitos destilados (ej. tequila, cazalla, vodka, etc.)	15
1 mini/cubalitro/litrona equivale a 4 consumiciones	80 (e.g. 1 mini de vodka)
	40 (e.g. 1 mini de cerveza)

Tabla 20. Equivalencia en gramos de los diferentes tipos de bebidas.

A partir del cálculo de los gramos de alcohol ingeridos en una sesión de consumo (2-3 horas; NIAAA, 2004) se ha establecido la variable *tipo de consumo*, clasificando a los jóvenes en dos categorías, en función de si superan o no el límite de gramos de alcohol fijado para el consumo intensivo por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2008):

- Consumidores Intensivos de Alcohol (CIA): varones que ingieren 60 o más gramos de alcohol y mujeres que consumen 40 o más



gramos, alcanzando en todos los casos un nivel de alcohol en sangre de 0.8gr./l.

- No Consumidores Intensivos de Alcohol (noCIA): aquellos que no alcanzan tales cantidades en un episodio de consumo.

### Antecedentes

Se especifica la edad del primer consumo de alcohol, así como el tiempo que llevan realizando el consumo indicado en la tabla de autorregistro (*¿Cuánto tiempo hace que estás consumiendo de la manera que has detallado en la tabla? -especifica en nº de meses-*).

### Frecuencia de la conducta de consumo

En este apartado se mide la frecuencia de consumo de alcohol durante los últimos 6 meses, mediante una escala de 10 puntos, desde *nunca* hasta *9 o más veces al mes*. Se ha utilizado este intervalo temporal como medida más adecuada para evaluar la conducta de consumo según la literatura científica (Courtney y Polich, 2009; Hartley, Elsabagh y File, 2004; Townshend y Duka, 2002, 2005; Weissenborn y Duka, 2003).

También se registra el número de veces que realizan el tipo de consumo que especifican en la tabla de autorregistro, durante un período de 30 días (*¿Cuántos días al mes sueles realizar este consumo?*).

### 2.1.2. Determinantes cognitivos de la conducta de consumo

El IECI incluye un apartado que recoge los motivos y expectativas más aludidas entre los estudiantes por las que afirman llevar a cabo esta conducta de consumo.

Concretamente, se incluyen 16 ítems relacionados con las diversas situaciones o estados que piensan que puede proporcionarles esta manera de consumir alcohol. La escala de respuesta utilizada es un continuo de 1 a 10 (a mayor puntuación, mayor acuerdo) y el contenido de los ítems se clasifica en tres apartados: **Beber ME...** (*...anima, alegre, produce euforia//...permite confiar más en mí mismo//...ayuda a relacionarme con los demás...*); **Bebo PORQUE...** (*es divertido// ...es habitual hacerlo en ocasiones especiales// ...me ayuda a aguantar más tiempo de fiesta...*) y **Bebo PARA...** (*emborracharme*).

### 2.1.3. Consecuencias derivadas de la conducta de consumo

El IECI incluye un total de 30 ítems que permiten rastrear diferentes niveles de gravedad de la conducta de Consumo Intensivo de Alcohol a lo largo de los últimos seis meses (tabla 21). Todos ellos se responden mediante una escala dicotómica.

Síntomas físicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• He tenido resaca (dolor de cabeza, dolor de estómago, sentirme mal,...) la mañana después de beber</li> <li>• Me he sentido mal e incluso he vomitado después de beber</li> <li>• No he podido levantarme a la hora normal en la que suelo hacerlo, tras un consumo elevado de alcohol</li> <li>• Me he desmayado a causa de mi consumo de alcohol</li> <li>• Me he despertado en un lugar después de haber bebido sin poder recordar cómo llegué allí</li> <li>• He olvidado cosas que han ocurrido mientras estaba bebiendo</li> <li>• Mi apariencia física se ha visto perjudicada por mi consumo de alcohol</li> <li>• Por mi consumo de alcohol, no he comido correctamente (me salto comidas, como cualquier cosa...)</li> </ul>
Pérdida de Control	<ul style="list-style-type: none"> <li>• He bebido durante más tiempo del que había planeado</li> <li>• He intentado reducir o incluso dejar de consumir alcohol de esta manera</li> <li>• Una vez empiezo me resulta difícil darme cuenta cuándo debo parar de beber</li> </ul>
Conductas de Riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• He perjudicado o lesionado a otra persona mientras estaba bebiendo</li> <li>• Cuando he bebido he mantenido relaciones sexuales sin protección</li> </ul>
Autopercepción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumir alcohol me ha hecho sentirme deprimido o triste</li> <li>• Me he sentido culpable o avergonzado por mi manera de consumir alcohol</li> <li>• Consumir alcohol me ha hecho sentir infeliz</li> </ul>
Dependencia Física	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Me he dado cuenta que ahora necesito mayor cantidad de alcohol que hace unos años para poder notar sus efectos o para emborracharme</li> <li>• Me he sentido ansioso, agitado o inquieto tras dejar de beber o reducir el consumo de alcohol</li> </ul>
Consecuencias Socio-Interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando bebo digo cosas duras o crueles</li> <li>• Mi manera de consumir alcohol ha podido causar vergüenza o bochorno a alguien</li> <li>• Mi novio/a, pareja, padres se quejan de mi manera de consumir alcohol</li> <li>• He tenido conflictos o discusiones con gente cercana a consecuencia de mi manera de consumir</li> <li>• Cuando consumo digo cosas de las que luego me arrepiento</li> <li>• Mi familia se ha visto afectada por mi consumo de alcohol</li> <li>• Algunas personas cercanas han llegado a evitarme a consecuencia de mi manera de consumir alcohol</li> </ul>
Consecuencias Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• He ido al trabajo o lugar donde estudio bajo los efectos del alcohol</li> <li>• He descuidado mis responsabilidades con la familia, el trabajo o estudios a causa de la bebida</li> </ul>
Otras consecuencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• He dejado de realizar otras actividades lúdicas porque he preferido estar consumiendo alcohol</li> <li>• Cuando estoy bebiendo, tomo otras drogas que normalmente no consumo en otros momentos</li> <li>• He tenido problemas económicos porque he gastado demasiado dinero en alcohol</li> </ul>

Tabla 21. Consecuencias incluidas en el IECI, diferenciadas por su contenido.

## **2.2. Use Disorders Identification Test (AUDIT)**

Cuestionario diseñado específicamente para la detección temprana de consumos de riesgo y perjudicial. Se compone de diez ítems que hacen referencia a aspectos relacionados con la conducta de consumo de alcohol, ocurridos durante los últimos doce meses. Estos se diferencian en tres apartados: los tres primeros ítems relacionados con el patrón de consumo. Concretamente, la frecuencia de consumo (*¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?*), la cantidad típica (*¿Cuántas bebidas alcohólicas consume en un día cualquiera de consumo?*) y la frecuencia de consumo intensivo (*¿Con qué frecuencia consume 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?*). Los tres siguientes ítems hacen referencia a los síntomas de dependencia. En este caso, la pérdida de control sobre el consumo (*¿Cuántas veces durante el último año no ha sido capaz de parar una vez que había empezado?*), la falta de responsabilidad (*¿Cuántas veces durante el último año ha dejado de cumplir con sus obligaciones a causa del alcohol?*) y los síntomas de abstinencia (*¿En cuantas ocasiones durante el último año ha necesitado tomar una copa por la mañana para poder arrancar, después de haber consumido gran cantidad de alcohol durante la noche anterior?*). Los cuatro últimos ítems dan cuenta de las consecuencias derivadas del consumo. En concreto, los sentimientos de culpa tras el consumo (*¿Cuántas veces durante el último año se ha sentido culpable o ha tenido remordimientos después de haber bebido?*), lagunas de memoria (*¿Con cuanta frecuencia durante el último año ha sido incapaz de recordar lo que había pasado la noche anterior porque había estado bebiendo?*), lesiones relacionadas con el alcohol (*¿Ha tenido algún accidente o ha herido a alguien como consecuencia de consumir alcohol?*) y preocupación de terceras personas por la conducta de consumo (*¿Se*

*ha preocupado algún amigo, familiar, médico u otro profesional por su consumo de bebidas alcohólicas, o le han sugerido que no beba tanto?)).*

Los siete primeros ítems se miden mediante una escala de 5 puntos, desde 0 (nunca) a 4 (diariamente o casi diariamente). Los dos últimos se responden a través de una escala de tres puntos, desde 0 (nunca) a 2 (sí durante el último año).

Una puntuación total mayor de 7 en los varones y mayor de 5 en las mujeres indica un consumo de riesgo o perjudicial. Cuando se alcanza una puntuación de 13, se sospecha una posible dependencia de alcohol (Cherpitel, Tam, Midanik, Caetano y Greenfield, 1995).

### **3. ANÁLISIS DE DATOS**

En primer lugar se han realizado análisis descriptivos (frecuencias, medias, porcentajes, etc.) para las variables generales de consumo de alcohol.

Posteriormente, se han realizado los análisis de conglomerados con el grupo etiquetado como Consumidores Intensivos de Alcohol (CIA). El procedimiento de extracción seleccionado ha sido el de *Análisis de conglomerados en dos fases*, ya que el algoritmo que emplea este procedimiento incluye dos importantes características: permite incluir variables categóricas y continuas conjuntamente, y selecciona automáticamente el número óptimo final de conglomerados. Las variables utilizadas para realizar este análisis son: *gramos de alcohol consumidos en una sesión, sexo y procedencia* (Madrid o Valencia). Esto permite establecer la variable *tipo de consumidor intensivo* con tantos niveles como conglomerados obtenidos. Seguidamente, se ha seguido el mismo procedimiento con el grupo etiquetado como No Consumidores

Intensivos de Alcohol (noCIA), estableciendo la variable *tipo de consumidor no intensivo*. En ambos casos la calidad de los conglomerados es buena.

A partir de los grupos finales obtenidos por los dos clusters se ha creado una variable nueva (*tipo de consumidor*) con un total de 8 grupos de estudiantes: mujer consumidora intensiva de Valencia (*mujer-CIA-V*), mujer consumidora intensiva de Madrid (*mujer-CIA-M*), varón consumidor intensivo de Madrid (*varón-CIA-M*), varón consumidor intensivo de Valencia (*varón-CIA-V*), mujer no consumidora intensiva de Valencia (*mujer-noCIA-V*), mujer no consumidora intensiva Madrid (*mujer-noCIA-M*), varón no consumidor intensivo de Madrid (*varón-noCIA-M*) y varón no consumidor intensivo de Valencia (*varón-noCIA-V*). No se ha excluido del análisis a ningún sujeto.

Con los grupos finales obtenidos se ha realizado un análisis de varianza (ANOVA) para averiguar la existencia de diferencias entre los grupos (*variable independiente*) en función de indicadores relacionados con el consumo de alcohol: *edad de inicio en el consumo*, *gramos de alcohol consumidos por sesión* y *frecuencia de consumo mensual*, así como de los determinantes cognitivos (motivos y expectativas de consumo).

En los casos en que los análisis de varianza han resultado significativos se han efectuado *pruebas a posteriori* (*Tukey/Games-Howell*) para determinar entre qué grupos se encuentran estas diferencias.

También, se han realizado pruebas *Chi-Cuadrado* para comprobar si los distintos grupos difieren en las consecuencias derivadas de su consumo (variable dicotómica).

Dado que este análisis no ofrece la posibilidad de ejecutar *pruebas a posteriori*, se ha efectuado, de nuevo, el análisis estadístico comparando los

grupos de consumidores por pares, con el fin de comprobar entre qué grupos se hallan diferencias.

A continuación, se ha realizado un nuevo cluster (bietápico) entre los consumidores CIA en cada muestra (Madrid/Valencia), para dar cuenta de las agrupaciones en función de los indicadores de riesgo: *gramos de alcohol ingeridos por sesión, edad de inicio y número de veces que se repite esta conducta de consumo al mes*.

El resultado ofrece una única solución de dos grupos en ambas poblaciones. Se ha excluido del análisis a cinco sujetos por la ausencia de información de la variable *edad de inicio en el consumo*.

A estos se les ha agregado dos grupos más: uno formado por estudiantes de la UCM y el otro por estudiantes de ciclos formativos y de la UV que consumen alcohol sin alcanzar los criterios seleccionados para definir el CIA.

Con los grupos finales más los grupos añadidos, se ha generado una nueva variable (*tipo de consumidor 2*) con un total de 6 grupos de estudiantes: universitarios CIA de Madrid (*CIA-moderado-M*); estudiantes CIA de Valencia (*CIA-moderado-V*); universitarios CIA con consumos más extremos de Madrid (*CIA-extremo-M*); estudiantes CIA con consumos más extremos de Valencia (*CIA-extremo-V*); universitarios que no realizan consumo intensivo de Madrid (*noCIA-M*) y estudiantes que no realizan consumo intensivo de Valencia (*noCIA-V*).

Para comprobar la existencia de diferencias entre la nueva agrupación (*variable independiente*) y las variables que la conforman (*gramos consumidos por sesión, edad de inicio y frecuencia mensual*) se ha recurrido al análisis de varianza (ANOVA). Del mismo modo, se requiere de este procedimiento estadístico para identificar diferencias en el número de consecuencias

experimentadas y en los ítems incluidos en la escala de determinantes cognitivos. Asimismo, se ha procedido a las *pruebas a posteriori* (*Tukey/Games-Howell*) para determinar entre qué grupos se encuentran estas diferencias.

También se ha aplicado pruebas *Chi-cuadrado* para comprobar la existencia de diferencias significativas entre los grupos.

Por último, se ha calculado el coeficiente de Alfa de Cronbach para comprobar la consistencia interna (fiabilidad) del AUDIT. También, se ha efectuado un análisis de varianza en cada una de las variables para averiguar la existencia de diferencias entre los grupos en función de las puntuaciones medias del total de la escala. De forma adicional, se han analizado las matrices de correlación de cada pregunta con el total de la escala.



## **CAPÍTULO 3. RESULTADOS**



En este capítulo se trata de responder a cada uno de los objetivos específicos propuestos relacionados con el patrón de consumo (gramos de alcohol consumidos, edad de inicio, frecuencia mensual, etc.), los determinantes cognitivos (motivos y expectativas de resultado), las consecuencias derivadas del mismo y la adecuación del instrumento AUDIT para dar cuenta del CIA.

## 1. PATRÓN DE CONSUMO

Prácticamente la totalidad de los entrevistados, independientemente del sexo (tabla 23), consume alcohol de manera regular durante los últimos seis meses (96.4%; n=722), mientras que el 3.6% (n=27) señala haber bebido sólo en ocasiones puntuales -menos de una vez al mes-.

		N	%
Mujer	Consumidora regular	465	97.1
	Consumidora puntual	14	2.9
	total	479	100
Varón	Consumidor regular	257	95.2
	Consumidor puntual	13	4.8
	total	270	100

Tabla 23. Distribución de la muestra según el consumo y el sexo.

La edad del primer consumo se sitúa en los 14.85 años (d.t.=1.417), no encontrándose diferencias significativas en función del sexo (varones=14.85 años, d.t.=1.168 y mujeres=14.86, d.t.=1.287;  $t_{(453.856)}=.047$ ,  $p<.963$ ).

En general ingieren unos 90 gramos de alcohol ( $\bar{X}=90.73$ ; d.t.=52.240), aunque esta cantidad se incrementa notablemente en el caso de los varones ( $\bar{X}=108.22$ ; d.t.=62.288), quedando las mujeres en un lugar secundario ( $\bar{X}=80.88$ ; d.t.=42.639) ( $t_{(408.938)}=-6.381$ ;  $p<.000$ ).

En cuanto a la regularidad del consumo informan ingerir alcohol 4 ó 5 días al mes ( $\bar{X}$ =4.45; d.t.=2.697) durante 5 de los 6 meses evaluados ( $\bar{X}$ =5.18; d.t.=1.31). La mayor prevalencia se da en los meses de julio ( $\bar{X}$ =4.77; d.t.=3.009) y agosto ( $\bar{X}$ =5.41; d.t.=3.104), siendo el mes de mayo ( $\bar{X}$ =2.81; d.t.=2.466), el de menor consumo.

Mayoritariamente consumen los fines de semana (tabla 24), especialmente los sábados (89.41%), con una media de 83.13 gramos. Le sigue el viernes con un 67.5% de entrevistados realizando consumos de unos 70 gramos de alcohol y muy por debajo el jueves con un 19% de consumidores y una media de unos 56 gramos.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
N	42	50	81	144	503	667	87
%	5.63	6.70	10.86	19.30	67.43	89.41	11.66
$\bar{X}$ g.	15.12	19.50	26.48	56.01	68.82	83.13	22.82
d.t.	9.40	14.92	28.47	43.16	46.65	51.72	19.97

Tabla 24. Distribución de la media de gramos consumidos por cada día de la semana y proporción de consumidores por cada día de la semana.

Al atender a las diferencias según el género, los varones consumen mayor cantidad los viernes ( $t_{(305,999)}=-4.195$ ;  $p<.000$ ) y los sábados ( $t_{(366,034)}=-6.309$ ;  $p<.000$ ). Sin embargo, los jueves se igualan los consumos ( $t_{(142)}=.072$ ;  $p<.942$ ) (tabla 25).

	Jueves		Viernes		Sábado	
	N	$\bar{X}$ g.(d.t.)	N	$\bar{X}$ g.(d.t.)	N	$\bar{X}$ g.(d.t.)
Mujer	97	56.19 (43.963)	312	61.65 (39.144)	421	73.21 (41.571)
Varón	47	55.63 (41.919)	190	80.78 (54.974)	214	101.43 (61.888)

Tabla 25. Distribución de la media de gramos consumidos los días de mayor consumo de la semana en función de género.

Más del 80% de los entrevistados realiza un consumo intensivo -CIA- (n=616). Entre sexos, el 84.66% de las mujeres (n=405) y el 78.15% de los varones (n=211) (tabla 26).

<i>Tipo de consumo</i>	<i>Mujer</i>	<i>Varón</i>	<i>total</i>
CIA	405 (54.1%)	211 (28.2%)	616 (82.2%)
noCIA	74 (9.9%)	59 (7.9%)	133 (17.8%)
Total	479 (64%)	270 (36%)	749 (100%)

Tabla 26. Distribución de la muestra según sexos y tipo de consumo.

Los CIA se han iniciado en el consumo de alcohol con 14 años y medio ( $\bar{X}$ =14.58; d.t.=1.352), no apreciándose diferencias significativas entre hombres ( $\bar{X}$ =14.51; d.t.=1.578) y mujeres ( $\bar{X}$ =14.78; d.t.=1.219) ( $t_{(337.738)}=.851$ ;  $p<.305$ ).

La cantidad de alcohol consumida supera los 100 gramos ( $\bar{X}$ =103; d.t.=47.614), siendo nuevamente superior entre los varones ( $\bar{X}$ = 128.08; d.t.=54.650) en comparación con las mujeres ( $\bar{X}$ = 90.78; d.t.=37.694) ( $t_{(316.881)}=-9.933$ ;  $p<.000$ ).

Es importante señalar que la frecuencia con la que realizan estos episodios de consumo intensivo se acerca a los 5 días al mes ( $\bar{X}$ =4.76; d.t.=2.429) durante 5 meses y medio de los 6 evaluados ( $\bar{X}$ =5.50; d.t.=1.001). La mayor prevalencia de esta conducta de consumo también se encuentra entre los meses de julio ( $\bar{X}$ =5.12; d.t.=2.962) y agosto ( $\bar{X}$ =5.93; d.t.=2.941). El mes de mayo ( $\bar{X}$ =3.06; d.t.=2.83) registra el menor número de episodios.

El mayor porcentaje de consumidores CIA se encuentra los sábados (tabla 27), con un 89.44% del colectivo y consumos de alcohol próximos a los 95 gramos de alcohol. Le siguen el viernes con un 71.75% de jóvenes CIA e ingestas superiores a los 75 gramos de alcohol y el jueves con un 21.75% de estudiantes CIA y una media de 58.36 gramos.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
N	36	47	72	134	442	554	78
%	5.84	7.63	11.69	21.75	71.75	89.94	12.66
$\bar{X}$	15.41	18.93	28.12	58.36	75.16	94.71	23.52
d.t.	9.95	14.92	58.36	43.75	46.11	48.96	20.85

Tabla 27. Distribución de la media de gramos consumidos por cada día de la semana y proporción de consumidores CIA por cada día de la semana.

Al igual que ocurre con la población en general, entre los CIA se observan diferencias significativas entre sexos, tanto los viernes ( $t_{(257,485)}=-4.555$ ;  $p<.000$ ) como los sábados ( $t_{(287,139)}=-8.220$ ;  $p<.000$ ), siendo superior el consumo entre los varones. Por otro lado, las cantidades de alcohol ingeridas los jueves son similares entre ambos sexos ( $t_{(132)}=.167$ ;  $p<.867$ ) (tabla 28).

	Jueves		Viernes		Sábado	
	N	$\bar{X}$ (d.t.)	N	$\bar{X}$ (d.t.)	N	$\bar{X}$ (d.t.)
Mujer	91	58.80 (44.14)	278	66.99 (38.07)	362	81.71 (38.54)
Varón	43	57.44 (43.40)	164	89.02 (54.59)	192	119.21 (56.65)

Tabla 28. Distribución de la media de gramos consumidos los días de mayor consumo de la semana en función de género, entre consumidores CIA.

## 2. CLASIFICACIÓN DE CONSUMIDORES

Se han realizado dos análisis de conglomerados. El primero de ellos, el que suele encontrarse en la literatura científica, trata de verificar la incidencia de tipologías de CIA. Por ello se realiza un cluster con el grupo etiquetado como CIA y otro con el grupo noCIA. En ambos casos, se han incluido las variables: sexo, procedencia (Madrid/Valencia) y gramos ingeridos por ocasión de consumo. Se han obtenido cuatro grupos en cada cluster, lo que ha generado una nueva variable *tipo de consumidor*, formada por un total de ocho grupos.

Por otra parte, se han realizado dos nuevos clusters según la procedencia (Madrid/Valencia), a partir de los indicadores que incrementan la probabilidad de experimentar consecuencias derivadas de este patrón de consumo: gramos consumidos en un intervalo de tiempo, edad de inicio en el

consumo y frecuencia mensual. En esta ocasión, no se ha incluido la variable género para la formación de los grupos, dado que los resultados con la primera variable han mostrado poca significación entre ambos sexos en la probabilidad de ocurrencia de las consecuencias. El resultado ofrece una única solución de dos grupos en ambas muestras: uno formado por estudiantes CIA caracterizados por consumos más extremos y otro por estudiantes CIA con consumos más moderados. Se ha excluido del análisis a cinco sujetos por no disponer de su *edad de inicio en el consumo*. Esto ha permitido generar una segunda variable a la que se le ha llamado *tipo de consumidor 2* y que se compone de los cuatro grupos resultantes del cluster más los dos grupos pertenecientes a los noCIA de cada una de las universidades. Estos dos grupos se han agregado al resultado obtenido por el cluster.

A continuación se describen por una parte los resultados obtenidos de los grupos que conforman la variable *tipo de consumidor*, y por otra los resultados de los grupos que incluyen la variable *tipo de consumidor 2*, para poder comprobar la existencia o no de diferencias respecto a los indicadores de riesgo relacionados con este patrón de consumo, los efectos que esperan obtener con esta conducta y las consecuencias que se derivan de la misma.

## **2.1. Tipo de consumidor**

### **2.1.1. Descripción de los grupos**

En la tabla 29 se detallan las diferentes agrupaciones de la variable *tipo de consumidor*, en relación con la procedencia, el sexo y la cantidad de alcohol consumida por ocasión.

		Sexo	N (%)	Gramos consumidos $\bar{X}$ (d.t.)	
Grupos Cluster CIA	Procedencia	Valencia	Mujer	207 (33.5)	91.86 (40.02)
			Varón	107 (17.3)	133.60 (54.06)
		Madrid	Mujer	199 (32.3)	89.80 (35.14)
			Varón	104 (16.9)	122.40 (54.94)
Grupos Cluster noCIA	Procedencia	Valencia	Mujer	37 (28.7)	23.11 (7.58)
			Varón	31 (24)	31.77 (11.59)
		Madrid	Mujer	33 (25.6)	19.19 (6.34)
			Varón	28 (21.7)	35.40 (12.66)

Tabla 29. Descriptivos de los clusters que conforman la variable tipo de consumidor.

Dentro del cluster CIA, un tercio del colectivo son mujeres de la UV (*Mujer-CIA-V*) y alrededor del 32% son mujeres de la UCM (*Mujer-CIA-M*). Las primeras consumen más de 90 gramos de alcohol por sesión y las segundas cerca de los 89 gramos, no encontrándose diferencias entre estos consumos. Entre los varones, el 17.3% son de la UV (*Varón-CIA-V*) y el 16.9% de la UCM (*Varón-CIA-M*). Estos últimos ingieren una media de 122 gramos de alcohol, mientras que sus compañeros valencianos alcanzan los 133 gramos. En este caso, tampoco se muestran diferencias entre consumos.

En el cluster noCIA, el 29% aproximadamente son mujeres de la UV (*Mujer-noCIA-V*) y el 25.6% de la UCM (*Mujer-noCIA-M*). Las segundas ingieren cantidades inferiores a los 20 gramos por ocasión de consumo. Por su parte, las valencianas superan los 23 gramos. En el caso de los varones, cerca del 22% son universitarios de la UCM (*Varón-noCIA-M*) y el 24% de Valencia (*Varón-noCIA-V*). Estos últimos ingieren alrededor de 30 gramos de alcohol por



sesión y sus compañeros de la UCM alcanzan los 35 gramos. En ninguno de los casos anteriores se obtienen diferencias significativas.

Sí que aparecen diferencias significativas en la cantidad consumida al comparar los 8 grupos ( $F_{(7,738)}=72.234$ ;  $p<.000$ ) (tabla 29). Las pruebas *a posteriori* (Games-Hawell) indican que los grupos CIA ingieren mayor cantidad que los noCIA ( $p<.000$ ). Entre sexos, los varones CIA realizan ingestas superiores a las mujeres CIA ( $p<.000$ ). Del mismo modo que los chicos noCIA ingieren mayores cantidades que las chicas noCIA ( $p<.017$ ).

A partir de la clasificación en 8 grupos establecida por los clusters, se han analizado posibles diferencias entre ellos tomando en consideración dos nuevos indicadores de riesgo: frecuencia del consumo al mes y edad en la que se iniciaron en el consumo.

Los análisis de varianza (ANOVAs) realizados señalan la existencia de efectos principales significativos: frecuencia mensual ( $F_{(7,737)}=12.149$ ;  $p<.000$ ) y edad de inicio ( $F_{(7,731)}=16.850$ ;  $p<.000$ ).

En la tabla 30 se presenta la frecuencia mensual de consumo de los diferentes grupos. Entre los estudiantes de la UV no existen diferencias significativas entre los colectivos CIA en función del sexo, al igual que ocurre entre los noCIA. Sin embargo al comparar ambos grupos (CIA/noCIA), los primeros, independientemente del sexo, consumen mayor número de veces que los varones noCIA ( $p<.000$ ).

Resultados similares se observan en el caso de la UCM, no encontrándose diferencias según el género entre los grupos CIA ni entre los noCIA. En cambio, al comparar ambos colectivos, la frecuencia de consumo es mayor entre los chicos y chicas consumidores intensivos que entre las mujeres noCIA ( $p<.000$ ).

También se observan diferencias según la procedencia. En este caso, los varones y las mujeres CIA de Valencia ingieren alcohol mayor número de veces al mes que los chicos y chicas noCIA de la UCM ( $p<.046$ ). Así como se han encontrado diferencias entre los consumidores intensivos de Madrid, independientemente del sexo, con una frecuencia de consumo superior a la de los varones noCIA de la UV ( $p<.000$ ). No se han encontrado diferencias entre los grupos CIA de ambas universidades.

			N (%)	Frec. consumo al mes $\bar{X}$ (d.t.)
CIA	Valencia	Mujer	207 (33.5)	4.95 (2.65)
		Varón	107 (16.9)	5.07 (1.89)
	Madrid	Mujer	199 (17.3)	4.35 (2.28)
		Varón	104 (32.3)	4.84 (2.66)
noCIA	Valencia	Mujer	37 (28.7)	4.27 (5.11)
		Varón	31 (21.7)	1.84 (1.69)
	Madrid	Mujer	31 (24)	2.03 (1.15)
		Varón	25 (25.6)	3.40 (2.88)

Tabla 30. Número de veces de consumo de alcohol al mes.

Asimismo se muestran diferencias significativas en la edad de inicio en función del patrón de consumo (tabla 31). Al respecto, entre los jóvenes de la UV, los chicos CIA se han iniciado más pronto en el consumo de alcohol que los grupos de chicos y chicas no consumidores intensivos ( $p<.009$ ).

Se presentan resultados similares entre los universitarios de la UCM. En este caso, tanto los chicos como las chicas CIA han empezado a consumir alcohol antes que sus compañeros y compañeras que no realizan esta conducta de consumo ( $p<.011$ ).

También se encuentran diferencias en función de la procedencia. En este sentido, los varones y mujeres CIA de Valencia han realizado los primeros consumos antes que los colectivos de estudiantes de Madrid independientemente del sexo y de su patrón de consumo ( $p < .004$ ).

			N (%)	Edad de inicio $\bar{X}$ (d.t.)
CIA	Valencia	Mujer	207 (33.5)	14.48 (1.24)
		Varón	107 (16.9)	14.12 (1.60)
	Madrid	Mujer	199 (17.3)	14.96 (1.14)
		Varón	104 (32.3)	15.11 (1.39)
noCIA	Valencia	Mujer	37 (28.7)	15.11 (1.50)
		Varón	31 (21.7)	15.23 (1.43)
	Madrid	Mujer	31 (24)	16.06 (1.03)
		Varón	25 (25.6)	16.24 (1.36)

Tabla 31. Edad media de inicio en el consumo de alcohol.

### 2.1.2. Determinantes cognitivos del consumo de alcohol

En los ANOVAs realizados para comprobar si existen diferencias significativas entre los 8 grupos procedentes de los clusters en los efectos que esperan obtener de su consumo, destacan principalmente aquellos relacionados con la *mejora de las relaciones interpersonales*, del *estado de ánimo*, *búsqueda de la desinhibición* y *creencias normativas asociadas a esta sustancia*.

En general, los consumidores intensivos, sobre todo los de la UV otorgan mayor importancia a todos los motivos y expectativas anunciadas (tabla 32).

Beber alcohol: $\bar{X}$ (d.t.)	CIA				noCIA				F	P
	Valencia		Madrid		Valencia		Madrid			
	M	V	M	V	M	V	M	V		
a) Hace perder noción del tiempo	5.50 (2.91)	5.21 (3.25)	3.10 (2.82)	2.49 (2.31)	3.95 (3.02)	3.20 (2.92)	1.33 (2.26)	2.39 (2.20)	24.16	.000
b) Anima, produce euforia	7.14 (2.05)	6.91 (2.49)	6.01 (2.41)	5.90 (2.47)	4.43 (2.78)	4.47 (2.87)	3.73 (3.02)	4.75 (2.41)	17.6	.000
c) Hace sentir bien	5.64 (2.25)	5.34 (2.66)	5.25 (2.43)	5.02 (2.19)	3.03 (2.64)	3.24 (2.67)	3.09 (2.77)	4.04 (2.22)	12.01	.000
d) Hace hacer o decir cosas que no haría	7.27 (2.48)	6.75 (2.86)	5.76 (2.68)	5.81 (2.39)	5.24 (2.85)	4.13 (3.11)	3.67 (2.78)	4.39 (3.32)	15.61	.000
e) Facilita hablar con los demás	6.78 (2.76)	6.07 (2.84)	5.78 (2.67)	5.43 (2.61)	4.84 (3.06)	4.27 (2.80)	3.58 (3.11)	4.36 (3.07)	10.17	.000
i) Ayuda a relacionarme	6.05 (2.96)	5.71 (3.03)	5.08 (2.76)	5.03 (2.53)	4.22 (2.49)	4.13 (3.04)	2.97 (2.91)	3.46 (3.18)	8.83	.000
k) Es divertido	5.56 (2.72)	5.37 (2.96)	5.08 (2.57)	5.31 (2.43)	2.97 (2.67)	3.20 (2.91)	3.00 (2.55)	4.04 (2.44)	9.92	.000
l) Ayuda a aguantar más tiempo	5.62 (3.10)	5.89 (3.14)	4.42 (3.20)	4.66 (3.18)	2.73 (3.07)	3.23 (3.17)	2.91 (3.06)	2.57 (2.76)	11.41	.000
n) Gusta sensación que produce	5.80 (2.58)	6.17 (2.69)	5.08 (2.49)	5.29 (2.23)	2.76 (2.60)	3.20 (3.02)	2.67 (2.96)	3.75 (2.61)	17.10	.000
o) Lo hacen la mayoría de mis amigos	4.50 (3.37)	5.58 (3.13)	3.53 (3.08)	4.10 (3.04)	2.76 (2.99)	3.80 (3.37)	3.06 (3.01)	2.64 (2.77)	7.12	.000
j) Es habitual en ocasiones especiales	6.22 (2.79)	6.10 (2.94)	5.97 (2.72)	6.07 (2.29)	5.78 (2.64)	5.47 (3.17)	4.88 (3.07)	5.68 (2.79)	-	-
f) Permite confiar en uno mismo	4.52 (2.97)	4.42 (3.06)	4.07 (2.89)	3.91 (2.66)	2.86 (2.97)	2.97 (2.82)	2.12 (2.56)	2.82 (2.67)	5.339	.000
h) Permite arriesgarme con el sexo	3.50 (3.26)	4.52 (3.53)	2.73 (2.86)	3.26 (2.86)	2.30 (2.46)	2.57 (3.04)	1.00 (1.84)	2.29 (2.58)	7.393	.000
m) Es la manera de celebrar las cosas	3.49 (2.79)	4.90 (3.38)	3.17 (2.78)	3.48 (2.77)	2.08 (2.53)	2.67 (2.83)	1.48 (1.92)	2.39 (2.71)	8.593	.000
p) Para emborracharse	4.49 (3.11)	4.81 (3.35)	3.19 (2.70)	3.64 (2.72)	1.89 (2.81)	2.37 (3.25)	0.76 (1.46)	1.11 (1.95)	16.187	.000

Tabla 32. Grado de acuerdo con los motivos y expectativas del consumo de alcohol en función del tipo de consumidor -parte sombreada, puntuaciones medias inferiores a 5- .

Primero se detallan los determinantes cognitivos más importantes para los grupos (gráfico 9) y posteriormente aquellos relevantes para algunos colectivos (parte sombreada de la tabla 32).

No se comentarán las puntuaciones medias del ítem beber alcohol me ayuda cuando estoy deprimido o nervioso, a pesar de ser significativas, dado que son muy bajas y cualitativamente no representa un motivo relevante para estos grupos.

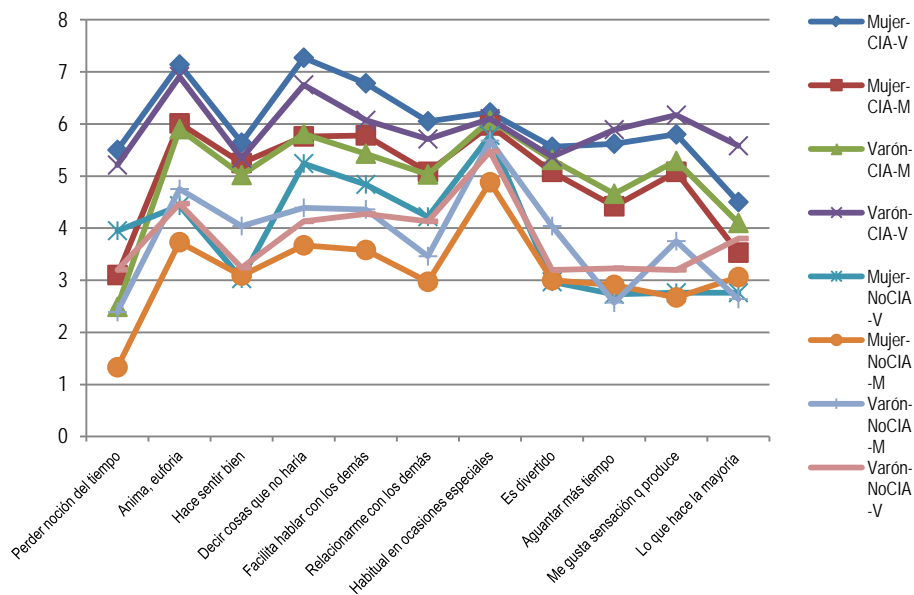


Gráfico 9. Grado de acuerdo con los motivos y expectativas más relevantes del consumo de alcohol en función del tipo de consumidor.

Las pruebas *a posteriori* (Tukey/Games-Howell) indican diferencias significativas en aquellas expectativas o motivos que hacen referencia principalmente a:

*Mejorar las relaciones interpersonales.* Entre los estudiantes de Valencia, las chicas CIA afirman con mayor intensidad que beben porque les ayuda a relacionarse y a hablar con los demás, en comparación con los varones y mujeres noCIA ( $p < .014$ ). Estas mismas diferencias se encuentran entre los varones CIA en relación con los chicos que no practican esta conducta de consumo ( $p < .037$ ).

En el caso de los jóvenes de la UCM en estas mismas variables, también se muestran diferencias entre los consumidores intensivos

independientemente del sexo, siendo sus puntuaciones significativamente más elevadas que las de las mujeres noCIA ( $p < .019$ ).

Asimismo, se encuentran diferencias en estas variables en función de la procedencia. Los estudiantes CIA de la UV indican mayores puntuaciones que los estudiantes de Madrid independientemente del sexo y del patrón de consumo que realicen ( $p < .015$ ).

*Mejorar el estado de ánimo.* Entre los grupos de la UV, las mujeres y varones CIA opinan con mayor grado que el alcohol les anima, alegra y les produce euforia, en comparación con los grupos de chicos y chicas noCIA ( $p < .003$ ).

En el caso de los jóvenes madrileños respecto a esta misma expectativa, tanto los universitarios como las universitarias CIA presentan puntuaciones significativamente superiores que las universitarias que no realizan esta conducta de consumo ( $p < .010$ ).

Además, se observan diferencias entre ambas universidades en esta expectativa, siendo las consumidoras intensivas de la UV las que muestran mayor grado de acuerdo respecto a todos los grupos de estudiantes de Madrid, con independencia del sexo y del patrón de consumo que realicen ( $p < .001$ ). También los varones CIA de la UV indican valores superiores a los estudiantes noCIA madrileños ( $p < .003$ ).

Otra expectativa relacionada con la mejora del estado de ánimo que resulta relevante para todos los grupos consumidores intensivos, independientemente del sexo y de la procedencia, es aquella relacionada con la sensación de bienestar tras el consumo. Estos afirman que el alcohol les hace sentir bien, en comparación con todos los colectivos de universitarios que no

practican esta conducta ( $p<.049$ ). No se han encontrado diferencias significativas entre los diferentes colectivos CIA.

*Desinhibirse.* Dentro de la población universitaria de Valencia, destacan de nuevo las chicas que consumen de manera intensiva sobre los estudiantes que no realizan esta conducta de consumo. En este sentido, las primeras opinan en mayor medida que el alcohol les hace decir o hacer cosas que no harían estando sobrias ( $p<.004$ ). Estas diferencias también se encuentran entre los varones CIA frente a sus compañeros de su mismo sexo pero que no realizan este tipo de consumo ( $p<.028$ ).

Entre los estudiantes de la UCM en esta misma variable, se muestran puntuaciones significativamente superiores entre los chicos y chicas CIA respecto a las universitarias que no consumen de manera intensiva ( $p<005$ ).

Al comparar las diferencias entre ambas universidades en la misma variable, de nuevo destacan las consumidoras intensivas de Valencia con un grado de acuerdo significativamente superior a los estudiantes de Madrid, independientemente del sexo y de su patrón de consumo ( $p<.000$ ). Se observan resultados similares entre los chicos CIA valencianos respecto a los grupos de estudiantes noCIA de la UCM ( $p<.027$ ).

Con respecto al *efecto placentero* que provoca la sustancia y los *aspectos lúdicos* asociados a ella, se muestran resultados parecidos a los del ítem relacionado con la sensación de bienestar que provoca esta sustancia. En este sentido, todos los colectivos de universitarios CIA evaluados, reconocen con mayor firmeza que beben alcohol porque les gusta la sensación que produce y porque es divertido, respecto a los cuatro grupos de consumidores noCIA ( $p<.048$ ). No se han encontrado diferencias entre los colectivos CIA.

Paralelamente se observan diferencias en aspectos relacionados con la *sensación subjetiva del paso del tiempo*. Destacan los estudiantes CIA de la UV frente a los compañeros de su misma universidad que no realizan este patrón de consumo ( $p<.043$ ). En concreto opinan que el consumo de alcohol les hace perder la noción del tiempo. No se han encontrado diferencias significativas entre los grupos de universitarios de la UCM.

En función de la procedencia en esta misma creencia, los consumidores intensivos valencianos, obtienen mayor grado de acuerdo que los alumnos de la UCM independientemente del sexo y del patrón de consumo que realicen ( $p<.000$ ).

En el caso de los *efectos estimulantes* de la sustancia, los jóvenes que realizan consumos intensivos de alcohol de Valencia, reconocen con mayor intensidad que beben alcohol porque les ayuda a aguantar más tiempo de fiesta, en comparación con sus compañeros noCIA ( $p<.003$ ).

Entre los universitarios de la UCM sobre este motivo de consumo, los varones CIA muestran mayores puntuaciones que los estudiantes noCIA ( $p<.037$ ).

Al comparar ambas universidades, los estudiantes CIA valencianos muestran mayor acuerdo sobre este motivo de consumo que las mujeres CIA de Madrid ( $p<.003$ ) y los grupos de estudiantes noCIA de esta última universidad ( $p<.000$ ). También se observan diferencias entre los chicos madrileños que ingieren alcohol de manera intensiva frente a las chicas de Valencia que no practican este patrón de consumo ( $p<.028$ ).

En cuanto a las *creencias normativas respecto al consumo de esta sustancia*, entre los universitarios valencianos destacan los varones CIA que manifiestan, en mayor grado, consumir alcohol porque lo hacen la mayoría de



sus amigos cuando salen de fiesta, en comparación con sus compañeros y compañeras noCIA ( $p < .002$ ). Estas diferencias también se observan entre las mujeres CIA sobre sus compañeras no consumidoras intensivas ( $p < .042$ ). No se han encontrado diferencias entre los colectivos de estudiantes pertenecientes a la UCM.

Según la procedencia en esta misma creencia, los varones CIA de la UV muestran mayores puntuaciones que los universitarios de la UCM, independientemente del sexo y tipo de consumo ( $p < .015$ ). Al igual que ocurre entre las consumidoras intensivas de Valencia frente a los chicos de Madrid que no realizan esta conducta desadaptativa ( $p < .032$ ).

Por otro lado, la creencia relacionada con la normalidad de la conducta de consumo de alcohol en ocasiones especiales (fiestas, aniversarios, etc.) destaca en todos los grupos evaluados, sin observarse diferencias entre ellos.

Es interesante mencionar diferencias significativas de algunos colectivos de estudiantes, pese a obtener puntuaciones por debajo de la media -inferiores a 5-. Es el caso del colectivo de varones CIA de Valencia respecto al *riesgo en la práctica de conductas peligrosas* y en los *efectos socializadores de la conducta de consumo de alcohol*. En este sentido, estos estudiantes manifiestan, en mayor medida, arriesgarse más con el sexo cuando beben alcohol y además opinan, con mayor firmeza, que el consumo de esta sustancia es la manera en que se celebran las cosas, en comparación con los grupos de estudiantes noCIA, independientemente del sexo y de la universidad a la que pertenezcan ( $p < .050$ ).

En el caso de la expectativa relacionada con la *mejora de aspectos personales*, destacan principalmente el grupo de mujeres que realizan CIA de la UV. Estas opinan en mayor medida que el alcohol les ayuda a confiar más en sí mismas, frente a los estudiantes que no practican esta conducta de consumo,

independientemente del sexo y procedencia ( $p < .029$ ). En segundo lugar, se encuentran los varones CIA de la UV, con una puntuación significativamente superior a la del colectivo de consumidoras no intensivas de Madrid ( $p < .020$ ).

Por último, los estudiantes que practican consumo intensivo de Valencia, afirman que consumen alcohol con el objetivo de alcanzar la embriaguez, en comparación con los grupos de chicos y chicas noCIA, independientemente de la universidad en la que estudien ( $p < .035$ ).

Cabe añadir que no se han encontrado diferencias significativas entre los grupos noCIA en ninguna de las expectativas evaluadas.

### 2.1.3. Consecuencias derivadas del consumo de alcohol

Los análisis de *Chi-cuadrado* muestran diferencias significativas en la mayoría de las consecuencias entre los grupos (tabla 33). Los consumidores intensivos, especialmente los de la UV, alcanzan los mayores porcentajes de ocurrencia.

Consecuencias	CIA				noCIA				X <sup>2</sup>	P
	Valencia		Madrid		Valencia		Madrid			
	M % (n)	V % (n)	M % (n)	V % (n)	M % (n)	V % (n)	M % (n)	V % (n)		
FS1. Por mi consumo, no he comido correctamente	59.2 (122)	50.9 (54)	36.2 (72)	31.7 (33)	32.4 (12)	25.8 (8)	12.1 (4)	21.4 (6)	57.584	.000
FS4. Mi apariencia física se ha visto perjudicada por mi consumo de alcohol	11.6 (24)	18.7 (20)	7.5 (15)	10.6 (11)	2.7 (1)	12.9 (4)	3 (1)	3.6 (1)	15.951	.026
FS5. He tenido resaca al día siguiente del consumo	92.3 (191)	94.4 (101)	86.4 (172)	86.5 (90)	64.9 (24)	61.3 (19)	51.5 (17)	42.9 (12)	103.208	.000
FS6. No he podido levantarme a la hora en la que suelo hacerlo	74.8 (154)	78.5 (84)	66.3 (132)	67.3 (70)	35.1 (13)	32.3 (10)	24.2 (8)	50 (14)	73.671	.000

Tabla 33. Porcentaje de estudiantes que han experimentado consecuencias incluidas en el IECI durante los últimos 6 meses. Se mantiene la clasificación obtenida en los clusters.

Consecuencias	CIA				noCIA				X <sup>2</sup>	P
	Valencia		Madrid		Valencia		Madrid			
	M % (n)	V % (n)	M % (n)	V % (n)	M % (n)	V % (n)	M % (n)	V % (n)		
FS9. Me he desmayado a causa de mi consumo de alcohol	9.3 (19)	4.7 (5)	4.5 (9)	1 (1)	2.7 (1)	9.7 (3)	0 (0)	0 (0)	16.357	.022
FS10. Me he sentido mal e incluso he vomitado	72.9 (151)	76.6 (82)	72.9 (145)	78.8 (82)	35.1 (13)	41.9 (13)	36.4 (12)	57.1 (16)	59.146	.000
FS11. Me he despertado en un lugar después de haber bebido sin recordar cómo llegué allí	16 (33)	30.8 (33)	6.5 (13)	11.5 (12)	2.7 (1)	9.7 (3)	0 (0)	0 (0)	53.041	.000
FS12. He olvidado cosas que han ocurrido mientras he estado bebiendo	77.3 (160)	74.3 (78)	76.9 (153)	71.2 (74)	37.8 (14)	38.7 (12)	48.5 (16)	39.3 (11)	62.756	.000
DC1. He bebido más de lo que había planeado antes de empezar	76.7 (158)	72 (77)	73.9 (147)	74 (77)	43.2 (16)	38.7 (12)	42.4 (14)	67.9 (19)	45.714	.000
DC4. Una vez empiezo me resulta difícil darme cuenta cuándo debo parar de beber	30.1 (62)	42.1 (45)	17.6 (35)	25 (26)	8.1 (3)	12.9 (4)	9.1 (3)	3.6 (1)	45.475	.000
DC5. He intentado reducir o incluso dejar de consumir	15.5 (32)	29 (31)	7.5 (15)	12.5 (13)	2.7 (1)	16.1 (5)	12.1 (4)	3.6 (1)	34.663	.000
SI3. He tenido conflictos/discusiones con gente cercana a causa de mi consumo	19.8 (41)	36.4 (39)	8.5 (17)	10.6 (11)	2.7 (1)	12.9 (4)	3 (1)	7.1 (2)	58.105	.000
SI5. Mi pareja, padres se quejan de mi manera de consumir alcohol	16.9 (35)	27.1 (29)	15.1 (30)	16.3 (17)	0 (0)	6.5 (2)	3 (1)	7.1 (2)	25.464	.001
SI6. Cuando bebo digo cosas crueles	21.4 (44)	44.9 (48)	12.1 (24)	13.5 (14)	10.8 (4)	32.3 (10)	3 (1)	7.1 (2)	66.522	.000
SI7. Durante el consumo digo/hago cosas de las que luego me arrepiento	56 (116)	57 (61)	48.2 (96)	36.5 (38)	21.6 (8)	38.7 (12)	27.3 (9)	25 (7)	36.779	.000
SI8. Mi familia se ha visto afectada por mi consumo de alcohol	1.9 (4)	5.7 (6)	3 (6)	3.8 (4)	0 (0)	3.2 (1)	0 (0)	3.6 (1)		
SI9. Algunas personas han llegado a evitarme a consecuencia de mi consumo	2.5 (5)	7.5 (8)	0 (0)	1.9 (2)	0 (0)	9.7 (3)	0 (0)	3.6 (1)	24.018	.001
SI10. Mi manera de consumir ha podido causar vergüenza a alguien	28.2 (58)	40.6 (43)	26.1 (52)	25 (26)	2.7 (1)	19.4 (6)	6.1 (2)	17.9 (5)	31.221	.000

Tabla 33 (continuación). Porcentaje de estudiantes que han experimentado consecuencias incluidas en el IECl durante los últimos 6 meses. Se mantiene la clasificación obtenida en los clusters.

AP2. Consumir alcohol me ha hecho sentirme infeliz	28 (58)	24.8 (26)	14.6 (29)	17.3 (18)	16.2 (6)	25.8 (8)	12.1 (4)	10.7 (3)	17.352	.015
AP3. Me he sentido culpable/avergonzado por mi manera de consumir	34.8 (72)	35.5 (38)	24.1 (48)	34.6 (36)	18.9 (7)	25.8 (8)	6.1 (2)	21.4 (6)	20.614	.004
AP4. Consumir alcohol me ha hecho sentirme deprimido/triste	42 (87)	29.9 (32)	36.7 (73)	25 (26)	16.2 (6)	19.4 (6)	15.2 (5)	21.4 (6)	26.225	.000
RS8. Mi consumo me ha llevado a realizar prácticas sexuales de riesgo	13 (27)	19.6 (21)	7 (14)	15.4 (16)	2.7 (1)	16.1 (5)	0 (0)	3.6 (1)	22.523	.002
RS10. He perjudicado/lesionado a otra persona mientras estaba bebiendo	4.4 (9)	27.4 (29)	3 (6)	11.5 (12)	0 (0)	9.7 (3)	0 (0)	3.6 (1)	72.564	.000
PA4. He descuidado mis responsabilidades con familia/trabajo/estudios a causa de la bebida	10.1 (21)	9.3 (10)	5.5 (11)	9.6 (10)	0 (0)	6.5 (2)	0 (0)	3.6 (1)		
PA5. He ido al trabajo/estudio bajo los efectos del alcohol	12.6 (26)	16 (17)	3.5 (7)	16.3 (17)	5.4 (2)	6.5 (2)	0 (0)	0 (0)	28.855	.000
OT1. He dejado de realizar otras actividades por el consumo	11.6 (24)	23.4 (25)	7 (14)	12.5 (13)	2.7 (1)	6.5 (2)	0 (0)	0 (0)	31.935	.000
OT3. Cuando bebo tomo otras drogas que normalmente no consumo	13 (27)	33.3 (35)	8 (16)	7.7 (8)	2.7 (1)	16.1 (5)	0 (0)	0 (0)	60.419	.000
OT5. He tenido problemas económicos	8.2 (17)	21.5 (23)	4.5 (9)	8.7 (9)	2.7 (1)	6.5 (2)	0 (0)	3.6 (1)	33.659	.000
DF3. Necesito mayor cantidad de alcohol que hace unos años	56.5 (117)	72 (77)	44.7 (89)	59.6 (62)	16.7 (6)	25.8 (8)	9.1 (3)	17.9 (5)	87.006	.000
DF4. Me he sentido ansioso/agitado tras dejar de beber o reducir el consumo	4.3 (9)	11.2 (12)	3.5 (7)	2.9 (3)	2.7 (1)	9.7 (3)	0 (0)	3.6 (1)	14.929	.037

Tabla 33 (continuación). Porcentaje de estudiantes que han experimentado consecuencias incluías en el IECI durante los últimos 6 meses. Se mantiene la clasificación obtenida en los clusters.

A continuación se detallan las consecuencias más relevantes referidas a aspectos relacionados con síntomas propios de la intoxicación alcohólica, pérdida de control, problemas socio-interpersonales y síntomas de tolerancia. La mayoría de ellas son experimentadas por más del 40% de los jóvenes. Con menor grado de representación, se encuentran algunos problemas de carácter

interno/emocional, conductas de riesgo y problemas académicos o profesionales. No se comentarán las consecuencias con porcentajes de ocurrencia muy bajos, ya que cualitativamente no son relevantes para estos colectivos.

Tal como indica el gráfico 10 sobre los síntomas físicos, la *resaca* es experimentada por todos los grupos evaluados -porcentajes superiores al 50%-. Si bien, las prevalencias de los cuatro grupos de consumidores intensivos superan a las de los grupos que no realizan esta conducta de consumo, independientemente del sexo y procedencia ( $X^2=8.280$ ;  $p<.004$ ).

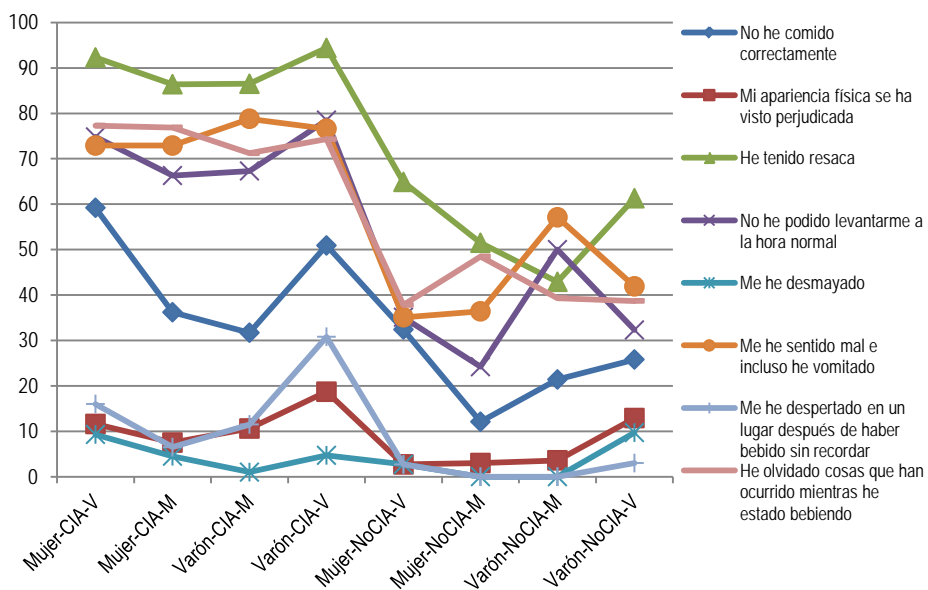


Gráfico 10. Proporción de estudiantes que reconocen experimentar consecuencias relacionadas con síntomas físicos.

Además, en esta misma consecuencia se encuentran diferencias en función del género y la procedencia entre los colectivos CIA. Al respecto, la proporción de varones de la UV supera a la de los chicos y chicas de la UCM ( $X^2=4.583$ ;  $p<.032$ ). No se observan diferencias entre los grupos noCIA.

Resultados similares se encuentran entre las *dificultades para levantarse a la hora habitual* tras el consumo de alcohol. Destacan los jóvenes consumidores intensivos independientemente del sexo y de la universidad en la que estudien. Sus porcentajes de ocurrencia son significativamente superiores a los de todos los colectivos de estudiantes noCIA ( $X^2=9.063$ ;  $p<.003$ ).

Así pues, entre los grupos CIA, en esta misma variable existe una proporción de varones de la UV significativamente superior a la de las universitarias de Madrid ( $X^2=4.967$ ;  $p<.026$ ).

En menor medida, se observan diferencias significativas entre los jóvenes que no realizan CIA, alcanzando mayor porcentaje de ocurrencia los varones de la UCM en comparación con sus compañeras de la misma universidad ( $X^2=4.358$ ;  $p<.037$ ).

En el caso de la consecuencia referida a las lagunas de memoria (blackouts), de nuevo predominan los grupos que consumen de manera intensiva sobre los universitarios que no realizan este patrón de consumo ( $X^2=5.712$ ;  $p<.017$ ). En este sentido, existe mayor número de jóvenes CIA que reconocen *haber olvidado cosas que han ocurrido mientras estaban bebiendo alcohol*. No se han encontrado diferencias entre los grupos CIA, ni entre los noCIA.

En cuanto a los problemas relacionados con *desajustes alimentarios* durante el consumo, destacan los estudiantes de Valencia. En concreto los grupos CIA reconocen no comer correctamente (saltarse comidas o comer cualquier cosa) cuando consumen alcohol, en comparación con sus compañeros y compañeras noCIA ( $X^2=6.311$ ;  $p<.012$ ). Entre los grupos de la UCM no se han encontrado diferencias significativas.

Al comparar ambas universidades respecto a esta consecuencia, las proporciones de los jóvenes CIA de la UV son significativamente mayores a las de los colectivos de estudiantes de la UCM, independientemente del sexo y de su patrón de consumo ( $X^2=6.217$ ;  $p<.013$ ).

También, entre los no consumidores intensivos, predominan las universitarias de Valencia frente a las universitarias de Madrid ( $X^2=4.081$ ;  $p<.043$ ).

Asimismo, se muestran diferencias en relación con los *síntomas de malestar, mareos e incluso vómitos*, entre los universitarios valencianos. La prevalencia de los varones CIA es significativamente superior a la de los estudiantes noCIA ( $X^2=4.238$ ;  $p<.040$ ). Entre las chicas, sobresalen las que realizan consumos intensivos sobre sus compañeras noCIA ( $X^2=11.930$ ;  $p<.001$ ).

Del mismo modo ocurre con la población universitaria de Madrid en relación a esta misma consecuencia, siendo las proporciones de los chicos CIA significativamente superiores a las de sus compañeros y compañeras no consumidores intensivos ( $X^2=20.994$ ;  $p<.000$ ). Al igual que son mayores entre las consumidoras intensivas que entre sus compañeras noCIA ( $X^2=20.365$ ;  $p<.000$ ).

Al comparar ambas procedencias en esta consecuencia, existen mayores porcentajes de chicos CIA de la UV que de estudiantes noCIA de Madrid ( $X^2=18.541$ ;  $p<.000$ ). Del mismo modo ocurre entre los varones CIA de Madrid respecto a los estudiantes noCIA de Valencia ( $X^2=23.722$ ;  $p<.000$ ). Entre las mujeres, destacan las consumidoras intensivas valencianas frente a las chicas noCIA de Madrid ( $X^2=17.238$ ;  $p<.000$ ), así como las chicas CIA madrileñas sobre las no consumidoras intensivas de Valencia ( $X^2=20.071$ ;  $p<.000$ ). No se han encontrado diferencias entre los grupos CIA, ni entre los noCIA.

En menores proporciones, es interesante destacar el colectivo de varones que realizan la conducta CIA de la UV con prevalencias significativamente superiores al resto de los grupos, con independencia del sexo, procedencia y del patrón de consumo que realicen. En este caso, más del 30% manifiesta *tener dificultades para recordar cómo había llegado al lugar donde despertó después de haber bebido alcohol* ( $X^2=5.583$ ;  $p<.018$ ) y cerca del 19% reconoce que su *aparición física se ha podido ver perjudicada en algún momento a causa de su conducta de consumo* ( $X^2=3.862$ ;  $p<.049$ ).

En cuanto a los ítems relacionados con problemas de autocontrol en el consumo de alcohol (gráfico 11), entre los universitarios de Valencia existe mayor proporción de chicos y chicas CIA (alrededor del 75%) que afirman *haber bebido mayor cantidad de alcohol del que tenían planeado en un principio*, en comparación con los estudiantes noCIA ( $X^2=17.267$ ;  $p<.000$ ).

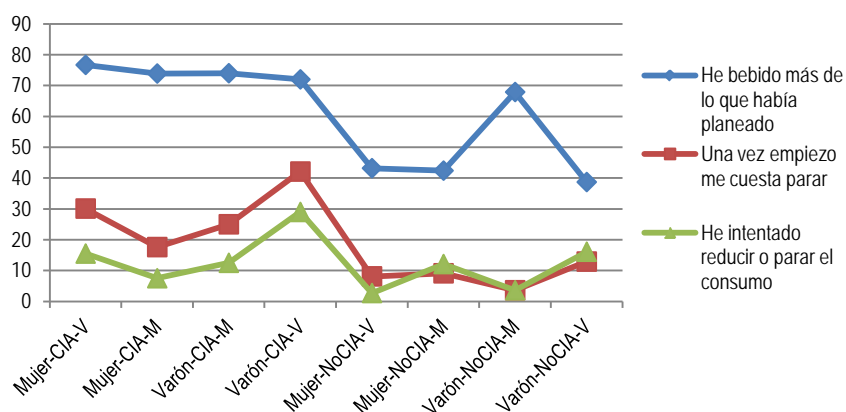


Gráfico 11. Proporción de estudiantes que reconocen experimentar consecuencias relacionadas con la pérdida de control.

Entre los jóvenes de la UCM en esta misma consecuencia, existen porcentajes de ocurrencia significativamente mayores de chicos y chicas CIA y



de varones noCIA (más del 65%) que de consumidoras no intensivas ( $X^2=13.697$ ;  $p<.000$ ).

También, se observan mayores prevalencias de estudiantes CIA de Valencia que manifiestan experimentar esta consecuencia en relación con las chicas noCIA de la UCM ( $X^2=9.673$ ;  $p<.002$ ). Así como de consumidores intensivos de esta última universidad en comparación con los estudiantes noCIA de la UV.

Además, entre los estudiantes noCIA, los varones madrileños superan, en proporción, al resto de los grupos ( $X^2=3.885$ ;  $p<.049$ ). No se han encontrado diferencias significativas entre los grupos CIA.

Algunas consecuencias con menor grado de representación destacan entre los universitarios valencianos, sobretodo entre los varones que realizan consumos intensivos. El 42% reconoce *tener dificultades en parar de consumir una vez que ya han empezado*, respecto a sus compañeras CIA ( $X^2=14.258$ ;  $p<.000$ ) y estudiantes que no realizan este patrón de consumo ( $X^2=12.165$ ;  $p<.000$ ). También se observa mayor prevalencia entre las consumidoras intensivas (30%) que entre los chicos y chicas noCIA ( $X^2=6.339$ ;  $p<.012$ ).

Respecto a la muestra de estudiantes de la UCM en esta variable, los chicos que realizan CIA muestran mayores prevalencias (25%) que los varones que no realizan este patrón ( $X^2=6.226$ ;  $p<.013$ ).

Entre ambas universidades en relación a la misma variable, se encuentran porcentajes de ocurrencia significativamente superiores entre los chicos CIA de Valencia frente a los universitarios y universitarias de la UCM independientemente del tipo de consumo ( $X^2=12.165$ ;  $p<.000$ ). También, ocurre lo mismo entre las mujeres CIA valencianas sobre los estudiantes noCIA de Madrid ( $X^2=8.815$ ;  $p<.003$ ). Los porcentajes de varones que consumen de

manera intensiva de esta última universidad son significativamente superiores a los de las universitarias valencianas que no realizan CIA ( $X^2=4.766$ ;  $p<.029$ ). No se muestran diferencias significativas entre los colectivos noCIA.

Por lo que respecta a los *intentos de reducir o incluso dejar de consumir de la manera que han indicado*, de nuevo sobresalen los consumidores de la UV. Los varones CIA presentan prevalencias significativamente superiores (29%) al resto de grupos evaluados, independientemente de su patrón de consumo, procedencia y género ( $X^2=7.917$ ;  $p<.005$ ). En un segundo plano, se encuentran sus compañeras CIA (15%) y compañeros noCIA (12%) con proporciones significativamente superiores a las universitarias de esta universidad que no realizan CIA ( $X^2=4.367$ ;  $p<.037$ ) y a los chicos de la UCM que tampoco practican esta conducta de consumo ( $X^2=3.954$ ;  $p<.047$ ). De nuevo, entre los colectivos que no practican este patrón de consumo no se aprecian diferencias significativas.

En cuanto a problemas socio-interpersonales derivados de la conducta de consumo (gráfico 12), la muestra de la UV presenta porcentajes superiores de estudiantes CIA (más del 55%) que reconocen *arrepentirse de haber hecho o dicho algo cuando estaban bebidos*, en comparación con las mujeres noCIA ( $X^2=5.023$ ;  $p<.025$ ).

Entre los jóvenes de la UCM en esta misma consecuencia, destaca el colectivo de chicas CIA (48%) sobre los grupos noCIA ( $X^2=5.023$ ;  $p<.025$ ).

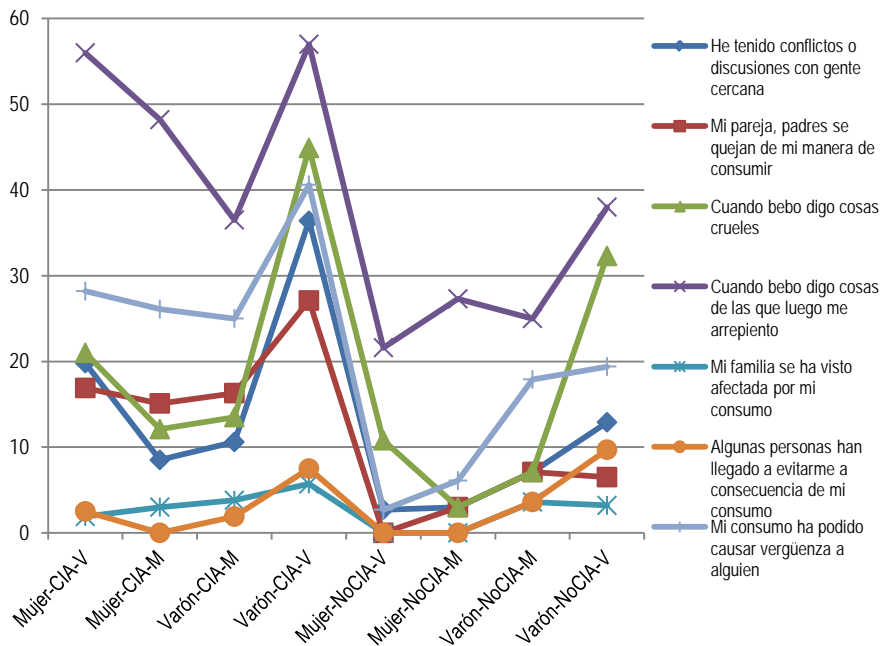


Gráfico 12. Proporción de estudiantes que reconocen experimentar consecuencias relacionadas con problemas socio-interpersonales.

Al comparar ambas universidades en esta consecuencia, los estudiantes CIA de la UV superan de manera significativa a los varones CIA de Madrid ( $X^2=8.969$ ;  $p<.003$ ) y a los estudiantes que no realizan este patrón de consumo de esta última universidad ( $X^2=9.437$ ;  $p<.002$ ). También se observan mayores proporciones de consumidoras intensivas de la UCM que de universitarias noCIA de la UV ( $X^2=8.969$ ;  $p<.003$ ). No se observan diferencias entre los grupos noCIA.

Cabe mencionar que los chicos valencianos alcanzan porcentajes mayores al resto de los grupos evaluados, en consecuencias relacionadas con *decir cosas duras o crueles* a personas cercanas ( $X^2=18.740$ ;  $p<.000$ ); tener *la sensación de causar vergüenza a terceros* ( $X^2=4.697$ ;  $p<.030$ ); tener *conflictos o discusiones con otras personas* a causa del consumo ( $X^2=6.212$ ;  $p<.013$ ) y

tener quejas de la pareja o familia por la forma de consumo ( $X^2=4.518$ ;  $p<.034$ ).

Además, entre los estudiantes de la UV, destacan los varones noCIA, (más del 32%) y las consumidoras CIA (más del 20%) que reconocen decir cosas crueles, en comparación con sus compañeras noCIA ( $X^2=4.746$ ;  $p<.029$ ). No se encuentran diferencias significativas entre los grupos de la UCM en relación a esta consecuencia.

No obstante, entre ambas universidades respecto a esta misma consecuencia, se muestran proporciones significativamente más elevadas entre los chicos noCIA de Valencia, en comparación con los varones y mujeres de la UCM, con independencia de su forma de consumo ( $X^2=5.772$ ;  $p<.016$ ). También destacan entre las consumidoras intensivas de la UV frente a los estudiantes de la UCM que no practican esta conducta de consumo ( $X^2=6.265$ ;  $p<.012$ ).

Asimismo, una cuarta parte de los estudiantes CIA de la universidad madrileña y de las chicas CIA de la universidad valenciana revelan que su forma de consumo ha podido causar vergüenza a otros, frente a las universitarias noCIA tanto de Valencia como de Madrid ( $X^2=5.461$ ;  $p<.019$ ). De la misma manera una quinta parte de estos mismos grupos manifiesta recibir quejas por parte de su pareja o familia sobre el tipo de consumo que realiza, en comparación con todos los grupos de consumidores no intensivos ( $X^2=3.935$ ;  $p<.049$ ). En ambos casos, no se muestran diferencias significativas entre los consumidores intensivos.

Paralelamente, destacan las chicas CIA de la UV (20%) en relación con los conflictos o discusiones que han experimentado a causa de su manera de beber alcohol, frente a los colectivos noCIA ( $X^2=3.124$ ;  $p<.039$ ). En este caso, no observan diferencias entre los grupos de la UCM, ni entre los noCIA.

Respecto a los síntomas de dependencia física (gráfico 13), también se muestran diferencias, siendo los consumidores intensivos, tanto varones como mujeres de ambas universidades los que dan cuenta, en mayores proporciones, de que *necesitan cantidades más elevadas de alcohol que hace unos años para conseguir los mismos efectos de embriaguez*, en comparación con todos los grupos noCIA ( $X^2=3.936$ ;  $p<.047$ ).

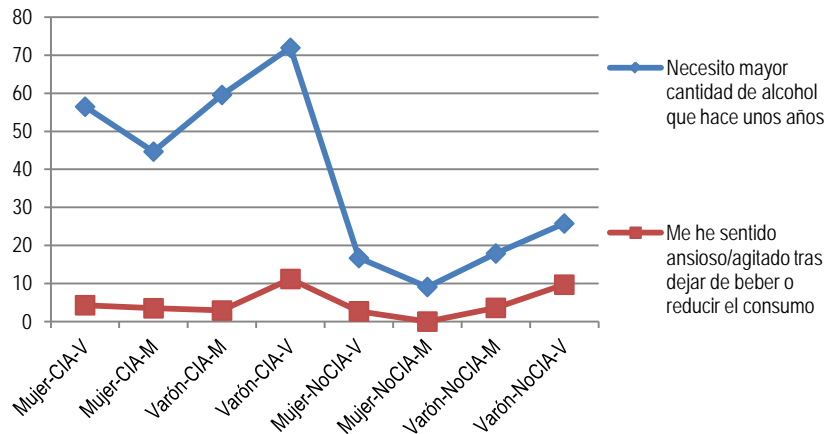


Gráfico 13. Distribución de la proporción de estudiantes respecto a las consecuencias con la dependencia física.

Además, dentro de los colectivos de consumidores intensivos se encuentran diferencias en este mismo problema en función del género y de la procedencia, mostrando mayores porcentajes de ocurrencia los varones valencianos (72%) sobre las mujeres de ambas universidades ( $X^2=7.100$ ;  $p<.009$ ), así como los chicos madrileños (60%) sobre las chicas de su misma universidad ( $X^2=6.059$ ;  $p<.014$ ). Si bien, entre las mujeres, predominan las estudiantes de Valencia (56%) sobre las de Madrid ( $X^2=5.650$ ;  $p<.017$ ).

Entre las consecuencias relacionadas con aspectos de carácter más interno *-autopercepción-* (gráfico 14), dentro de la muestra de universitarios

valencianos, alrededor del 35% de los colectivos CIA muestran mayor *sentimiento de culpabilidad* por su forma de consumir, en comparación con los compañeros y compañeras que no practican esta conducta de consumo ( $X^2=4.470$ ;  $p<.034$ ).

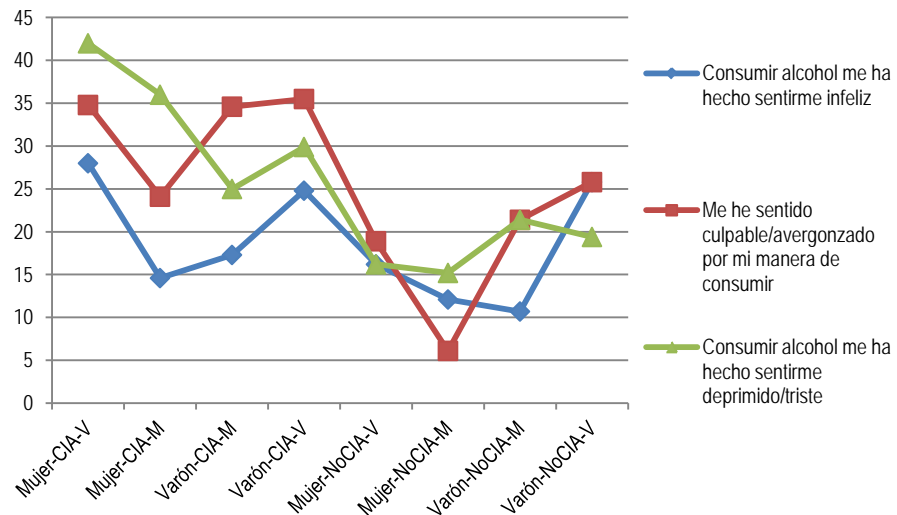


Gráfico 14. Proporción de estudiantes que reconocen experimentar consecuencias relacionadas con la autopercepción.

También manifiestan este sentimiento en mayor medida los universitarios de Madrid. En concreto, los varones CIA (más del 34%) sobre los estudiantes noCIA ( $X^2=5.460$ ;  $p<.019$ ); al igual que las consumidoras intensivas (25%) frente a sus compañeras que no practican este patrón de consumo ( $X^2=5.461$ ;  $p<.019$ ).

Si se comparan ambos centros universitarios respecto a este sentimiento, predominan los alumnos CIA de Valencia por encima de las consumidoras intensivas de Madrid ( $X^2=5.540$ ;  $p<.019$ ) y de los estudiantes noCIA de esta última universidad ( $X^2=11.010$ ;  $p<.001$ ).

Entre los estudiantes noCIA, también se observan diferencias, destacando los varones de la UV sobre las mujeres de la UCM ( $X^2=4.727$ ;  $p<.030$ ).

En general, existe una mayor prevalencia de mujeres que reconoce sentir *tristeza o depresión* durante el consumo. En concreto, entre el colectivo de universitarios de Valencia, destacan las chicas que practican un consumo intensivo con un porcentaje significativamente mayor (42%) que los varones CIA ( $X^2=4.404$ ;  $p<.036$ ) y que los grupos noCIA ( $X^2=4.377$ ;  $p<.036$ ).

También predominan las chicas CIA de Madrid (37%) frente a sus compañeros consumidores intensivos ( $X^2=4.238$ ;  $p<.040$ ) y sus compañeras no consumidoras intensivas ( $X^2=5.869$ ;  $p<.015$ ).

Además, se observan diferencias en función de la procedencia, destacando las valencianas CIA sobre los chicos CIA de Madrid ( $X^2=8.678$ ;  $p<.003$ ) y los grupos noCIA de esta misma universidad ( $X^2=8.698$ ;  $p<.003$ ). Así como entre las consumidoras intensivas de la UCM frente a las mujeres que no practican esta conducta de consumo de la UV ( $X^2=5.869$ ;  $p<.015$ ). No se encuentran diferencias entre los grupos de no consumidores intensivos.

Respecto a los *sentimientos de infelicidad* durante el consumo se observan diferencias en función de la procedencia y del género. El 28% de las consumidoras CIA de Valencia afirma experimentar tal sentimiento, en relación con los cuatro grupos de estudiantes de la UCM ( $X^2=3.843$ ;  $p<.050$ ). Así como una cuarta parte de varones consumidores intensivos de la UV, en comparación con las mujeres de Madrid que también realizan CIA ( $X^2=4.815$ ;  $p<.028$ ) y los grupos noCIA de esta última universidad ( $X^2=5.205$ ;  $p<.020$ ). En esta consecuencia, tampoco se observan diferencias entre los noCIA.

Entre las conductas de riesgo (gráfico 15), predomina el grupo de varones CIA de la UV. En este caso, más del 27% reconoce haber *perjudicado o incluso lesionado a otras personas* a causa de su manera de consumir alcohol, en relación con el resto de los grupos evaluados ( $X^2=4.173$ ;  $p<.041$ ). Además, cerca del 20% revela haber practicado *conductas sexuales de riesgo*, frente a las mujeres CIA de Madrid ( $X^2=10.890$ ;  $p<.001$ ) y los grupos de jóvenes no consumidores intensivos ( $X^2=4.194$ ;  $p<.041$ ), exceptuando los chicos noCIA de Valencia. Estos últimos manifiestan mayor porcentaje de ocurrencia (16%) que sus compañeros y compañeras noCIA, independientemente de la universidad a la que pertenezcan ( $X^2=5.774$ ;  $p<.016$ ).

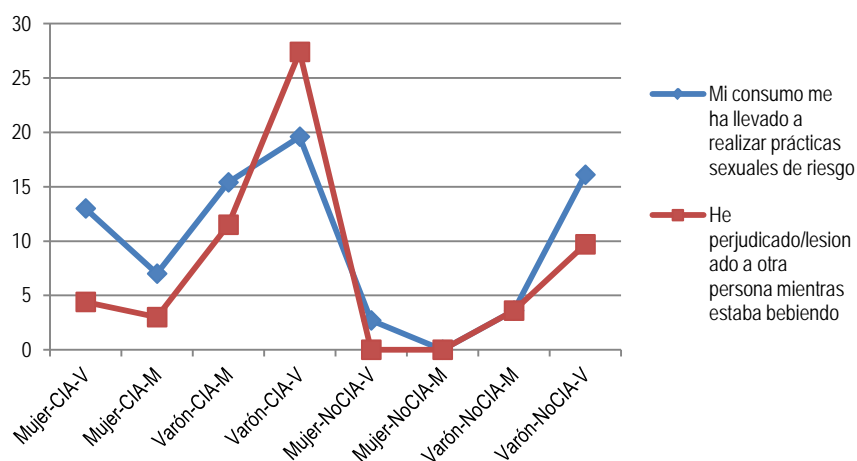


Gráfico 15. Proporción de estudiantes que reconocen experimentar consecuencias relacionadas con conductas de riesgo.

Tal como se muestra en el gráfico 16, se observan prevalencias significativamente superiores entre los chicos CIA de la UV frente al resto de grupos evaluados. Al respecto, un tercio de ellos afirma *consumir otras sustancias* cuando bebe alcohol ( $X^2=13.564$ ;  $p<.000$ ), un 23% *abandona otro tipo de actividades no relacionadas con esta conducta* ( $X^2=4.216$ ;  $p<.040$ ) y



más de un 21% tiene *problemas económicos* a causa del consumo ( $X^2=4.878$ ;  $p<.027$ ).

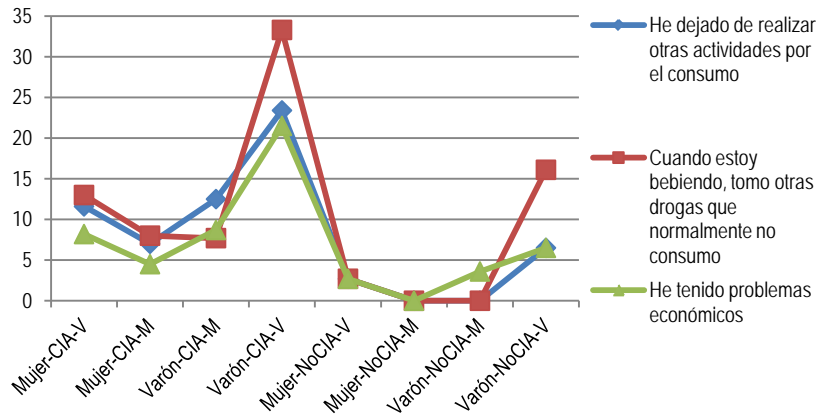


Gráfico 16. Proporción de estudiantes que reconocen experimentar otras consecuencias.

No obstante, existe una proporción significativa de bebedoras intensivas de Valencia y de varones CIA de Madrid (cerca del 12%) que reconocen dejar de lado otras actividades a causa del consumo, en relación con los estudiantes madrileños noCIA ( $X^2=3.882$ ;  $p<.049$ ). Así como un 13% de universitarias valencianas CIA que manifiesta mezclar otro tipo de sustancias mientras bebe alcohol, en comparación con los estudiantes noCIA de Madrid ( $X^2=4.557$ ;  $p<.033$ ).

En relación con esta última consecuencia, también destaca el colectivo de varones valencianos que no realizan este patrón de consumo (16%) en comparación con sus compañeros y compañeras noCIA, independientemente de la universidad de procedencia ( $X^2=4.126$ ;  $p<.042$ ). En ninguna de estas consecuencias se han encontrado diferencias entre los grupos noCIA.

Por último, existen diferencias significativas en función del género y del patrón de consumo en relación con la consecuencia asociada con *llegar a la universidad o al trabajo bajo los efectos del alcohol*. En este caso, destacan los chicos y chicas de la UV y los varones de la UCM que consumen de manera intensiva, en comparación con las universitarias CIA de Madrid ( $X^2=11.110$ ;  $p<.001$ ) y los grupos de estudiantes noCIA de esta misma universidad ( $X^2=3.954$ ;  $p<.047$ ) (gráfico 17).

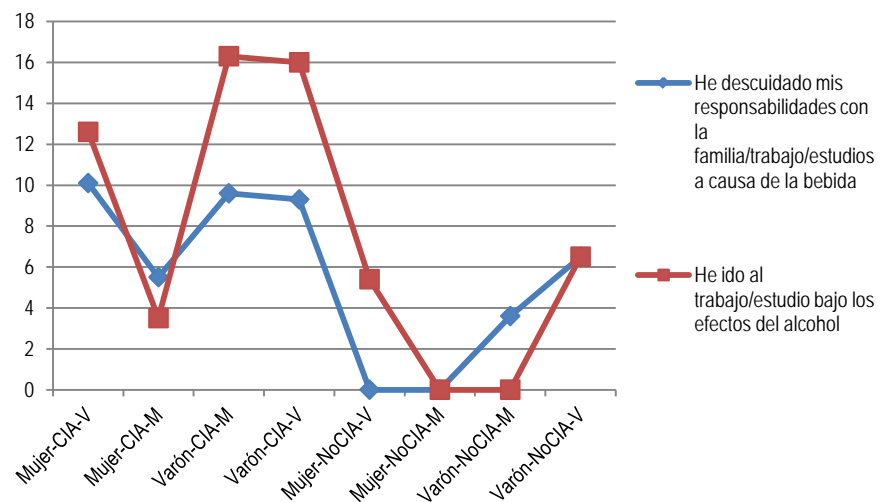


Gráfico 17. Proporción de estudiantes que reconocen experimentar consecuencias relacionadas con problemas profesionales.

## 2.2. Tipo de consumidor 2

### 2.2.1. Descripción de los grupos

En la tabla 34 se detallan las diferentes agrupaciones derivadas de los dos clusters realizados con los consumidores CIA de la UV y con los CIA de la UCM. A los cuatro grupos resultantes se les ha añadido dos grupos noCIA, uno formado por estudiantes de Valencia y el otro por estudiantes de Madrid. Estos seis grupos conforman la variable *tipo de consumidor 2*.

En los clusters se ha incluido la variable cantidad de alcohol ingerido, así como dos de los indicadores de riesgo asociados al CIA: la frecuencia de la conducta de consumo y la edad de inicio. Estas dos variables, a pesar de no tenerse en cuenta en la definición, han demostrado su influencia en el incremento de la probabilidad de experimentar consecuencias negativas asociadas al consumo, incluyendo la posibilidad de quedar vinculado al proceso adictivo.

			N (%)	Gramos consumidos $\bar{X}$ (d.t.)	Frec. consumo al mes $\bar{X}$ (d.t.)	Edad de inicio $\bar{X}$ (d.t.)	
Grupos cluster CIA	procedencia	Valencia	1	172 (55.7)	130.52 (50.19)	6.26 (2.45)	13.70 (1.28)
			2	137 (44.3)	75.66 (25.83)	3.42 (1.16)	15.18 (1.01)
		Madrid	1	96 (31.8)	131.56 (56.09)	7.54 (1.55)	14.65 (1.27)
			2	206 (68.2)	86.65 (30.96)	3.12 (1.12)	15.18 (1.19)
Grupos añadidos noCIA	Valencia		68 (51.13)	27.06 (10.48)	3.16 (4.10)	15.16 (1.46)	
	Madrid		65 (48.87)	27.08 (16.75)	2.55 (2.11)	16.17 (1.19)	

Tabla 34. Descriptivos de los clusters que conforman la variable tipo de consumidor 2.

Dentro del cluster CIA de la UV, el primer grupo está formado por 172 sujetos, de los cuales el 58.72% son mujeres (n=101) y el 41.28% varones (n=71). De los 137 sujetos del segundo grupo, el 75.91% son mujeres (n=104) y el 24.09% varones (n=33).

El primer grupo de consumidores ingiere más de 130 gramos de alcohol por sesión, de ahí que se le haya otorgado la etiqueta *CIA-extremo-V*. Los consumidores del segundo grupo consumen cerca de los 76 gramos, siendo etiquetados como *CIA-moderado-V*. Al comparar el consumo de ambos grupos se aprecian diferencias significativas ( $t_{(266.595)}=12.418$ ;  $p<.000$ ).

Los CIA extremos realizan esta conducta con una frecuencia de unos 6 días al mes, superior a la de los consumidores CIA moderados -alrededor de los 3 días y medio- ( $t_{(255.505)}=13.389$ ;  $p<.000$ ).

Además, el grupo CIA extremo empieza a experimentar con el alcohol a una edad más temprana que los estudiantes CIA moderados -13 años y medio vs. 15 años- ( $t_{(306.961)}=-11.236$ ;  $p<.000$ ).

Respecto al cluster de consumidores intensivos de la UCM, de los 96 estudiantes del primer grupo, el 58.33% son mujeres (n=56) y el 41.67% varones (n=40). Del segundo grupo de consumidores (n=206), un 69% son mujeres (n=142) y un 31% varones (n=64).

Al igual que ocurre en el cluster de la UV, el primer grupo consume mayor cantidad de alcohol que el segundo -132 gramos vs. 87 gramos- ( $t_{(122.743)}=7.340$ ;  $p<.000$ ). Por ello se le ha otorgado la etiqueta de *CIA-extremo-M* al primer grupo y *CIA-moderado-M* al segundo.

Los CIA extremos afirman realizar esta conducta alrededor de 7 días y medio al mes, mientras que los CIA moderados consumen unos 3 días al mes ( $t_{(142.750)}=24.981$ ;  $p<.000$ ).

Además, estos últimos se han iniciado en el consumo de alcohol sobre los 15 años, edad superior a la de los consumidores extremos -sobre los 14 años y medio- ( $t_{(175,352)}=-3.513$ ;  $p<.001$ ).

Por otra parte, el colectivo de estudiantes noCIA de la UV está formado por un 54.41% de mujeres ( $n=37$ ) y un 45.59% de varones ( $n=31$ ) (*noCIA-V*). Los jóvenes de la UCM, está formado por un 56.92% de mujeres ( $n=37$ ) y un 43.08% de varones ( $n=28$ ) (*noCIA-M*).

Ambos grupos ingieren alrededor de 27 gramos de alcohol, unas 3 veces al mes.

Además, los pertenecientes a la UV se han iniciado en el consumo alrededor de los 15 años y los madrileños después de los 16 años. No se han encontrado diferencias en ninguno de los tres indicadores evaluados.

Se ha llevado a cabo un análisis de varianza (ANOVA), tomando como variable independiente *tipo de consumidor 2* (CIA-extremo-V; CIA-moderado-V; CIA-extremo-M; CIA-moderado-M; noCIA-V y noCIA-M) y como variables dependientes los distintos indicadores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol.

Los resultados muestran la existencia de efectos principales significativos entre los grupos en función de los gramos consumidos por sesión ( $F_{(5,738)}=142.370$ ;  $p<.000$ ), la frecuencia mensual ( $F_{(5,735)}=110.224$ ,  $p<.000$ ) y la edad de inicio en el consumo ( $F_{(5,739)}= 51.902$ ;  $p<.000$ )

Respecto a la cantidad de alcohol consumida, las pruebas *a posteriori* (Games-Howell) indican que entre los grupos CIA extremos no existen diferencias significativas. Sin embargo al compararlos con el resto de los grupos, estos consumen mayor cantidad de alcohol que los CIA moderados

( $p < .000$ ) y que los noCIA ( $p < .000$ ), independientemente de la procedencia de los grupos.

Entre los grupos CIA moderados se observan diferencias, destacando los universitarios de Madrid con ingestas significativamente superiores ( $p < .006$ ). Además, estos ingieren cantidades superiores a las de los grupos noCIA ( $p < .000$ ), no encontrándose diferencias entre estos últimos.

En relación con la frecuencia de consumo, entre los grupos CIA extremos los pertenecientes a la UV realizan esta conducta de consumo con una mayor periodicidad que los de la UCM ( $p < .000$ ). También se encuentran diferencias en comparación con los otros grupos evaluados, predominando estos sobre los CIA moderados ( $p < .000$ ) y los noCIA ( $p < .000$ ), independientemente de su procedencia.

En el caso de los colectivos CIA moderados, no se han encontrado diferencias significativas entre ellos. No obstante, los estudiantes de la UV muestran una frecuencia significativamente superior al colectivo noCIA de la UCM ( $p < .035$ ). En esta variable tampoco se han encontrado diferencias entre los colectivos noCIA.

En cuanto a la edad media de inicio en el consumo, destacan los estudiantes CIA extremos de Valencia. Estos se han iniciado en el consumo de alcohol a una edad significativamente más temprana que el resto de los grupos, independientemente de la procedencia y del patrón de consumo que realicen ( $p < .000$ ).

Les siguen sus compañeros que también realizan consumos extremos de la UCM. Estos sitúan su primer consumo antes que los grupos CIA moderados de ambas universidades ( $p < .010$ ) y que el grupo noCIA de Madrid ( $p < .000$ ).

Además, se observa que los estudiantes CIA moderados de ambas universidades y los noCIA de Valencia se han iniciado en el consumo de esta sustancia prácticamente a la misma edad, siendo ésta significativamente inferior a la de los estudiantes no consumidores intensivos de la UCM ( $p < .000$ ).

### **2.2.2. Determinantes cognitivos del consumo de alcohol**

Los resultados del análisis de varianza realizado para comprobar si existen diferencias entre los 6 grupos respecto a los determinantes cognitivos asociados al consumo, muestran una mayor distorsión en aquellos relacionados con la *desinhibición*, la *mejora de las relaciones interpersonales* y del *estado de ánimo* y las *creencias normativas asociadas a esta sustancia*.

Generalmente son los colectivos CIA, especialmente los de la UV, los que dan mayor relevancia a los efectos esperados analizados (tabla 29).

A continuación se especifican los determinantes cognitivos más importantes para los grupos y posteriormente aquellos relevantes para algunos colectivos (gráfico 18).

No se van a comentar puntuaciones medias de algunos ítems relacionados con la práctica de conductas sexuales de riesgo, mejora de los aspectos personales, y efectos socializadores y normativos del consumo de alcohol, a pesar de ser significativas, ya que son muy bajas y cualitativamente no son representativas para estos grupos.

Beber alcohol: $\bar{X}$ (d.t.)	CIA				noCIA		F	P
	valencia		Madrid		Valencia	Madrid		
	E	M	E	M				
a) Hace perder noción del tiempo	5.68 (2.98)	5.04 (3.00)	3.25 (2.65)	2.73 (2.66)	3.61 (2.97)	1.66 (2.25)	35.015	.000
b) Anima, produce euforia	7.33 (2.09)	6.77 (2.23)	6.41 (2.20)	5.78 (2.50)	4.45 (2.80)	4.02 (2.79)	28.601	.000
c) Hace sentir bien	5.68 (2.27)	5.43 (2.50)	5.68 (2.11)	4.94 (2.41)	3.12 (2.63)	3.34 (2.57)	19.460	.000
d) Hace hacer o decir cosas que no haría	7.06 (2.58)	7.19 (2.61)	6.17 (2.31)	5.60 (2.68)	4.75 (2.99)	3.71 (3.09)	24.301	.000
e) Facilita hablar con los demás	6.44 (2.88)	6.66 (2.71)	5.97 (2.60)	5.52 (2.67)	4.58 (2.94)	3.78 (3.10)	14.262	.000
i) Ayuda a relacionarme	5.95 (3.00)	5.93 (2.95)	5.42 (2.59)	4.89 (2.71)	4.18 (2.73)	3.09 (3.00)	13.723	.000
k) Es divertido	5.85 (2.66)	5.09 (2.94)	5.66 (2.32)	4.94 (2.58)	3.08 (2.75)	3.31 (2.55)	16.946	.000
l) Ayuda a aguantar más tiempo	6.25 (2.78)	5.07 (3.37)	5.41 (2.99)	4.08 (3.20)	2.96 (3.10)	2.63 (2.87)	21.921	.000
n) Gusta sensación que produce	6.30 (2.46)	5.53 (2.71)	5.71 (2.22)	4.89 (2.44)	2.96 (2.78)	2.98 (2.82)	28.360	.000
o) Lo hacen la mayoría de mis amigos	5.25 (3.38)	4.43 (3.23)	3.93 (3.35)	3.63 (2.94)	3.22 (3.18)	2.74 (2.90)	9.101	.000
p) Para emborracharse	5.02 (3.22)	4.09 (3.12)	4.03 (2.78)	3.02 (2.62)	2.10 (3.00)	0.86 (1.65)	26.846	.000
j) Es habitual en ocasiones especiales	6.30 (2.67)	6.04 (3.04)	6.38 (2.28)	5.83 (2.69)	5.64 (2.86)	5.20 (2.98)		

Tabla 29. Grado de acuerdo con los motivos y expectativas del consumo de alcohol en función del tipo de consumidor 2.

Las pruebas *a posteriori* (Tukey/Games-Howell) indican diferencias significativas en aquellos ítems relacionados con:

*Desinhibirse.* Entre la muestra universitaria de Valencia, los consumidores intensivos, tanto los que realizan consumos extremos como los que realizan consumos moderados, opinan en mayor medida que el alcohol les hace decir o hacer cosas que no harían estando sobrios, en comparación con los estudiantes noCIA ( $p < .000$ ). Entre ambos colectivos CIA (extremo/moderado) no se encuentran diferencias significativas.



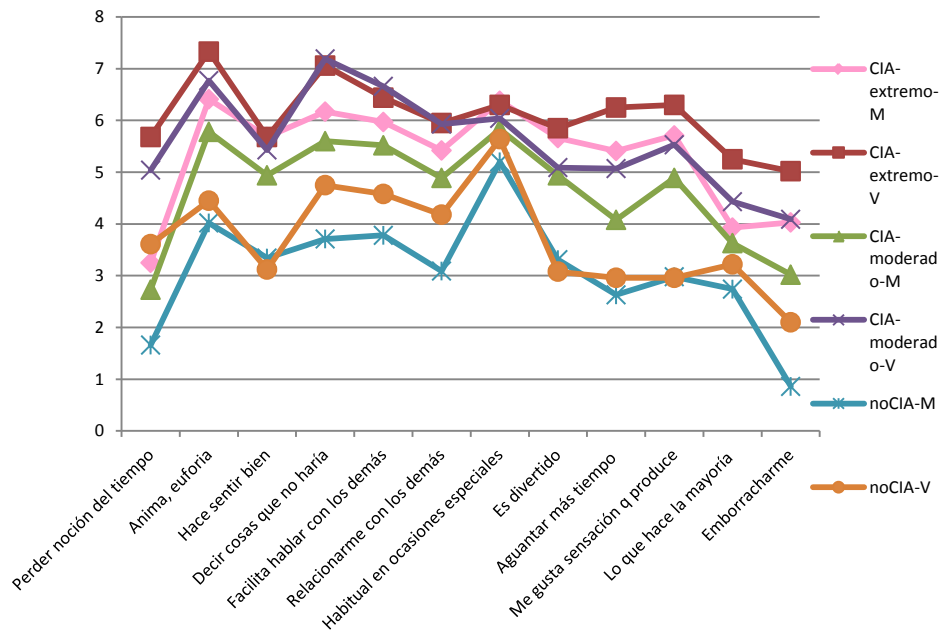


Gráfico 18. Grado de acuerdo con los motivos y expectativas más relevantes del consumo de alcohol en función del tipo de consumidor 2.

Entre los universitarios de Madrid en esta misma variable, se muestran puntuaciones significativamente superiores entre los consumidores extremos y moderados respecto a los noCIA ( $p < .000$ ). Entre los dos primeros, tampoco se encuentran diferencias.

Al comparar las diferencias entre las muestras según su procedencia en esta variable, destacan los colectivos CIA de la UV, tanto los consumidores extremos como los moderados, con un grado de acuerdo significativamente superior a todos los colectivos de estudiantes de Madrid, independientemente de su patrón de consumo ( $p < .046$ ). Asimismo, los consumidores CIA extremos de la UCM destacan sobre los estudiantes que no consumen de manera intensiva de Valencia ( $p < .018$ ).

*Mejorar las relaciones interpersonales.* Entre los estudiantes de la UV, los grupos CIA extremos y moderados afirman con mayor intensidad que beben porque les ayuda a relacionarse y a hablar con los demás, en comparación con los estudiantes que no consumen de manera intensiva ( $p < .001$ ). No aparecen diferencias significativas entre ambos colectivos CIA.

En el caso de los jóvenes de la UCM en estas mismas variables, también se muestran diferencias entre los grupos CIA extremos y moderados, respecto al colectivo noCIA ( $p < .001$ ). En este caso, tampoco se encuentran diferencias entre ambos grupos de estudiantes CIA.

En función de la procedencia respecto a estas variables, los grupos CIA extremo y moderado de la UV indican mayores puntuaciones que los universitarios CIA moderados de Madrid ( $p < .020$ ) y que los noCIA de esta misma universidad ( $p < .000$ ). Asimismo, el grupo CIA extremo de Madrid muestra mayor grado de acuerdo que los jóvenes no consumidores intensivos de Valencia ( $p < .048$ ).

*Mejorar el estado de ánimo.* Entre los universitarios de Valencia, ambos grupos CIA opinan en mayor grado que el alcohol les anima, alegra y les produce euforia, frente a los estudiantes que no realizan este patrón de consumo ( $p < .000$ ). No se han encontrado diferencias entre los CIA.

En el caso de los alumnos de la UCM respecto a esta expectativa, tanto los que realizan consumos extremos como moderados presentan puntuaciones significativamente mayores que los grupos noCIA ( $p < .000$ ), no encontrándose diferencias significativas entre los primeros.

Además, entre ambas universidades se observan diferencias en relación a la misma, siendo el grupo CIA extremo de Valencia el que muestra mayor grado de acuerdo respecto a todos los colectivos de la UCM,

independientemente del patrón de consumo que realicen ( $p < .012$ ). También, los CIA moderados de Valencia muestran mayores puntuaciones que el grupo CIA moderado de Madrid ( $p < .002$ ) y que los estudiantes noCIA de esta última universidad ( $p < .000$ ). Por parte de los universitarios madrileños, los que realizan consumos intensivos, tanto extremo como moderado, otorgan mayor grado de importancia a esta variable que el grupo noCIA de la UV ( $p < .010$ ).

En cuanto a la expectativa relacionada con la *sensación de bienestar*, entre los grupos de la UV destacan de nuevo los jóvenes CIA con consumos extremos y moderados, respecto a sus compañeros no consumidores intensivos ( $p < .000$ ). En concreto, reconocen que el consumo de alcohol les hace sentir bien. No se han encontrado diferencias significativas entre los grupos CIA.

Respecto a los jóvenes de la UCM en esta misma expectativa, destaca el grupo de consumidores intensivos extremos con mayores puntuaciones frente a sus compañeros noCIA ( $p < .000$ ). Asimismo, no se observan otras diferencias significativas entre los grupos madrileños.

Al comparar ambas universidades en esta variable, destacan los estudiantes que realizan consumos intensivos extremos de la UV, con mayores puntuaciones respecto a los estudiantes CIA moderados ( $p < .030$ ) y noCIA de Madrid ( $p < .000$ ). Los valencianos CIA moderados también sobresalen sobre los estudiantes que no practican esta conducta de consumo de la UCM ( $p < .000$ ). Por parte de los alumnos de la universidad madrileña, los que realizan consumos extremos indican mayor grado de acuerdo que los universitarios noCIA de Valencia ( $p < .000$ ).

En el caso de los *efectos estimulantes* de la sustancia, dentro de la muestra valenciana, los consumidores intensivos, tanto los que alcanzan consumos extremos como los que realizan ingestas moderadas, reconocen con mayor intensidad que beben alcohol porque les ayuda a aguantar más tiempo de

fiesta, en comparación con sus compañeros que no realizan este tipo de consumo ( $p < .000$ ). Además, existen diferencias entre ambos colectivos CIA, siendo los extremos los que otorgan mayor importancia a este efecto ( $p < .014$ ).

Resultados similares se observan entre los estudiantes de la UCM respecto a este motivo de consumo. Los colectivos CIA extremos y moderados muestran mayores puntuaciones que los estudiantes noCIA ( $p < .000$ ). Si bien, entre los grupos CIA, los estudiantes que realizan un consumo extremo indican valores significativamente superiores a los moderados ( $p < .007$ ).

Según la procedencia en esta variable, los valencianos CIA extremos manifiestan mayor grado de acuerdo que los estudiantes CIA moderados de Madrid ( $p < .000$ ) y los noCIA de esta universidad ( $p < .000$ ). También se observan diferencias entre los CIA moderados de la UV frente a los estudiantes que no realizan este tipo de conducta de la UCM ( $p < .000$ ). En la misma línea, los estudiantes que realizan consumos extremos de Madrid indican puntuaciones significativamente superiores a los noCIA de la UV ( $p < .000$ ).

Paralelamente se observan diferencias en aspectos relacionados con el *efecto placentero* del alcohol, predominando de nuevo ambos grupos CIA de la UV respecto a sus compañeros noCIA ( $p < .000$ ). En este sentido, reconocen con mayor firmeza que beben alcohol porque les gusta la sensación que produce. No se aprecian diferencias entre los CIA.

Entre la muestra de la UCM respecto a este motivo de consumo, destacan los consumidores intensivos extremos sobre sus compañeros CIA moderados ( $p < .048$ ) y noCIA ( $p < .000$ ).

Al comparar ambas muestras en función de la procedencia, los universitarios valencianos que realizan consumos intensivos extremos otorgan mayor relevancia a este motivo de consumo que los consumidores moderados

( $p < .000$ ) y noCIA de la UCM ( $p < .000$ ). Los CIA moderados de Valencia también sobresalen respecto a los estudiantes madrileños que no realizan este patrón de consumo ( $p < .000$ ). También existen diferencias significativas entre ambos grupos CIA de la UCM respecto al colectivo que no practica esta conducta de la UV ( $p < .000$ ).

En relación a los *aspectos lúdicos* asociados al consumo de esta sustancia destacan todos los colectivos CIA, extremos y moderados, con independencia de la procedencia en comparación con los grupos noCIA de ambas universidades ( $p < .000$ ). Concretamente, reconocen con mayor firmeza que beben alcohol porque les resulta divertido, no encontrándose diferencias entre ellos.

Resultados similares se aprecian con el efecto referido a la *sensación subjetiva del paso del tiempo*. En este caso, destacan los consumidores CIA de Valencia sobre el resto de grupos con independencia del tipo de consumo que realicen y de la universidad a la que pertenezcan ( $p < .000$ ). En este sentido, opinan que el consumo de alcohol les hace perder la noción del tiempo. No se observan otras diferencias significativas entre los grupos CIA de la UCM.

Al igual que muestran los resultados del *cluster* anterior, la *creencia normativa* que hace referencia a la normalidad de esta conducta de consumo en momentos especiales (fiestas, aniversarios, etc.), es compartida por todos los grupos (puntuaciones superiores a 5).

En menor medida, es interesante mencionar que únicamente los valencianos con consumos más extremos afirman beber alcohol porque lo hacen la mayoría de sus amigos, en comparación con los CIA extremos y moderados de la UCM ( $p < .029$ ) y los grupos noCIA ( $p < .000$ ), y con el objetivo de llegar a

la embriaguez, frente al grupo CIA moderado de la UCM ( $p < .000$ ) y los colectivos noCIA ( $p < .000$ ).

Por último, conviene señalar que no se han encontrado diferencias significativas entre los grupos noCIA en ninguna de las expectativas evaluadas.

### **2.2.3. Consecuencias derivadas del consumo de alcohol**

Se observan diferencias significativas entre los grupos en todas las consecuencias (excepto en *mi familia se ha visto afectada por mi consumo*). En todas ellas, se muestra una mayor incidencia entre los grupos CIA, especialmente entre los que realizan consumos extremos de la UV.

En general, las consecuencias con una mayor prevalencia de ocurrencia entre los jóvenes son las relacionadas con los síntomas propios de la intoxicación (*resaca, lagunas de memoria, malestar y vómitos, dificultades para levantarse el día siguiente a la hora habitual y saltarse comidas durante el consumo*), problemas de autocontrol (*he bebido más de lo planeado en un principio*), problemas socio-interpersonales (*durante el consumo he dicho o hecho cosas de las que luego me he arrepentido*) y síntomas de la tolerancia hacia el alcohol (*necesito mayor cantidad de alcohol que hace unos años para poder notar sus efectos*). Todas ellas se resaltan en sombreado en la tabla 30.

Consecuencias	CIA				noCIA		X <sup>2</sup>	P
	Valencia		Madrid		Valencia	Madrid		
	E	M	E	M				
FS1. Por mi consumo, no he comido correctamen.	62.2 (107)	49.6 (68)	43.8 (42)	30.6 (63)	29.4 (20)	15.4 (10)	66.700	.000
FS4. Mi apariencia física se ha visto perjudicada por mi consumo...	18.6 (32)	7.3 (10)	11.5 (11)	7.3 (15)	7.4 (5)	3.1 (2)	21.014	.001
FS5. He tenido resaca al día sig. del consumo	95.9 (165)	89.1 (122)	90.6 (87)	84.5 (174)	63.2 (43)	46.2 (30)	111.924	.000
FS6. No he podido levantarme a la hora en la que suelo hacerlo	80.8 (139)	68.6 (94)	72.9 (70)	64.1 (132)	33.8 (23)	32.3 (21)	81.231	.000
FS9. Me he desmayado a causa de mi consumo de alcohol	8.8 (15)	6.6 (9)	4.2 (4)	2.9 (6)	5.9 (4)	0 (0)	11.245	.047
FS10. Me he sentido mal e incluso he vomitado	78.5 (135)	69.3 (95)	84.4 (81)	70.4 (145)	38.2 (26)	43.1 (28)	67.942	.000
FS11. Me he despertado en un lugar después de haber bebido sin recordar cómo llegué allí	26.7 (46)	14 (19)	16.7 (16)	4.4 (9)	5.9 (4)	0 (0)	57.548	.000
FS12. He olvidado cosas que han ocurrido mientras he estado bebiendo	82 (145)	67.2 (92)	80.2 (77)	72.8 (150)	38.2 (26)	40 (26)	76.187	.000
DC1. He bebido más de lo que había planeado antes de empezar	80.8 (139)	67.2 (92)	79.2 (76)	71.4 (147)	41.2 (28)	49.2 (32)	53.182	.000
DC4. Una vez empiezo me resulta difícil darme cuenta cuándo debo parar de beber	39 (67)	26.5 (36)	25 (24)	18 (37)	10.3 (7)	6.2 (4)	44.556	.000
DC5. He intentado reducir o incluso dejar de consumir	20.3 (35)	18.2 (25)	11.5 (11)	8.3 (17)	8.8 (6)	7.7 (5)	18.101	.003
SI3. He tenido conflictos/discusiones con gente cercana a causa de mi consumo	27.9 (48)	22.6 (31)	17.7 (17)	5.3 (11)	7.4 (5)	4.6 (3)	51.564	.000
SI5. Mi pareja, padres se quejan de mi manera de consumir alcohol	23.3 (40)	16.8 (23)	19.8 (19)	13.6 (28)	2.9 (2)	4.6 (3)	24.118	.000
SI6. Cuando bebo digo cosas crueles	32 (55)	26.3 (36)	19.8 (19)	9.2 (19)	20.6 (14)	4.6 (3)	43.938	.000
SI7. Durante el consumo digo/hago cosas de las que luego me arrepiento	57 (98)	54.7 (75)	51 (49)	41.3 (85)	29.4 (20)	24.6 (16)	34.889	.000
SI8. Mi familia se ha visto afectada por mi consumo de alcohol	3.5 (6)	2.9 (4)	5.2 (5)	2.4 (5)	1.5 (1)	1.5 (1)		

Tabla 30. Porcentaje de estudiantes que han experimentado consecuencias incluidas en el IECI durante los últimos 6 meses. Se mantiene la clasificación obtenida en los clusters.

Consecuencias	CIA				noCIA		X <sup>2</sup>	P
	Valencia		Madrid		Valencia	Madrid		
	E	M	E	M				
SI9. Algunas personas han llegado a evitarme a consecuencia de mi consumo	6.5 (11)	1.5 (2)	0 (0)	1 (2)	4.4 (3)	0 (0)	19.186	.002
SI10. Mi manera de consumir ha podido causar vergüenza a alguien	36 (62)	27 (37)	36.5 (35)	20.9 (43)	10.3 (7)	10.8 (7)	34.161	.000
AP2. Consumir alc. me ha hecho sentirme infeliz	26.5 (45)	28.5 (39)	15.6 (15)	15.5 (32)	20.6 (14)	10.8 (7)	17.357	.004
AP3. Me he sentido culpable/avergonzado por mi manera de consumir	36 (62)	32.1 (44)	27.1 (26)	28.2 (58)	22.1 (15)	12.3 (8)	15.493	.008
AP4. Consumir alcohol me ha hecho sentirme deprimido/triste	37.8 (65)	38.7 (53)	34.4 (33)	32 (66)	17.6 (12)	18.5 (12)	17.462	.004
RS8. Mi consumo me ha llevado a realizar prácticas sexuales de riesgo	19.8 (34)	8.8 (12)	13.5 (13)	8.3 (17)	8.8 (6)	1.5 (1)	22.406	.000
RS10. He perjudicado/lesionado a otra persona mientras estaba bebiendo	15.8 (27)	6.6 (9)	13.5 (13)	2.4 (5)	4.4 (3)	1.5 (1)	32.676	.000
PA4. He descuidado mis responsabilidades con familia/trabajo/estudios a causa de la bebida	13.4 (23)	5.8 (8)	12.5 (12)	4.4 (9)	2.9 (2)	1.6 (1)	20.994	.001
PA5. He ido al trabajo/estudio bajo los efectos del alcohol	18.7 (32)	8 (11)	15.6 (15)	4.4 (9)	5.9 (4)	0 (0)	35.395	.000
OT1. He dejado de realizar otras actividades por el consumo	21.5 (37)	8.8 (12)	12.5 (12)	7.3 (15)	4.4 (3)	0 (0)	35.261	.000
OT3. Cuando bebo tomo otras drogas que normalmente no consumo	28.1 (48)	8.8 (12)	13.5 (13)	5.3 (11)	8.8 (6)	0 (0)	60.923	.000
OT5. He tenido problemas económicos	15.7 (27)	8 (11)	13.5 (13)	2.4 (5)	4.4 (3)	1.5 (1)	31.189	.000
DF3. Necesito mayor cantidad de alcohol que hace unos años	72.1 (124)	48.9 (67)	67.7 (65)	41.7 (86)	20.6 (14)	10.8 (7)	114.477	.000
DF4. Me he sentido ansioso/agitado tras dejar de beber o reducir el consumo	9.3 (16)	3.6 (5)	2.1 (2)	3.9 (8)	5.9 (4)	1.5 (1)	11.552	.041

Tabla 30 (cont). Porcentaje de estudiantes que han experimentado consecuencias incluidas en el IECl durante los últimos 6 meses. Se mantiene la clasificación obtenida en los clusters.



A continuación se detallan las consecuencias más notorias (gráfico 18) y posteriormente otras que, aunque con menor grado de representación, son relevantes para algunos de los grupos (gráfico 19).

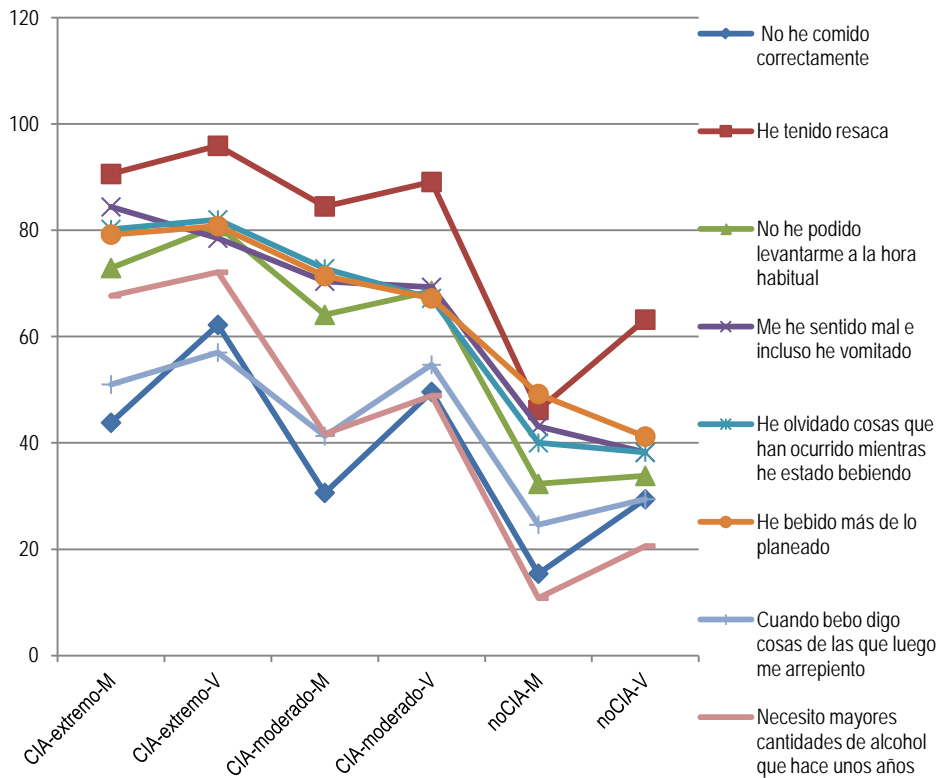


Gráfico 18. Consecuencias que gozan de mayor representatividad.

Tal como se observa en el gráfico 18, principalmente destacan los *síntomas de resaca* experimentados después del consumo de alcohol. En concreto, los cuatro grupos CIA muestran porcentajes significativamente superiores (más del 85%) a los de los grupos noCIA de ambas universidades ( $X^2=38.969$ ;  $p<.000$ ).

Entre los consumidores intensivos también existen diferencias significativas en esta consecuencia, en función de la procedencia y del tipo de consumo. Al respecto, la proporción de estudiantes extremos de la UV supera a la de sus compañeros CIA moderados ( $X^2=5.457$ ;  $p<.019$ ) y a la de los grupos de la UCM ( $X^2=13.314$ ;  $p<.000$ ).

Incluso, existen diferencias importantes entre los colectivos que no realizan CIA en relación a esta consecuencia, siendo mayor la proporción de estudiantes de Valencia ( $X^2=3.916$ ;  $p<.048$ ).

Resultados similares se encuentran en los síntomas de *malestar, mareos y vómitos* entre los consumidores CIA, independientemente de su patrón de consumo y procedencia. Estos muestran prevalencias significativamente superiores (más del 70%) a las de los estudiantes no consumidores intensivos de ambas universidades ( $X^2=27.546$ ;  $p<.000$ ).

En este caso, también se encuentran diferencias entre los colectivos CIA, siendo el grupo extremo de Madrid el que presenta mayor porcentaje de ocurrencia que sus compañeros consumidores moderados ( $X^2=6.581$ ;  $p<.010$ ) y que los dos grupos de Valencia ( $X^2=6.091$ ;  $p<.010$ ).

En el caso de las consecuencias relacionadas con las lagunas de memoria y con la pérdida del control en el consumo, entre los estudiantes de la UV, más del 80% de los consumidores intensivos extremos y el 67% de los moderados reconocen *haber olvidado cosas que han ocurrido durante el consumo y beber mayor cantidad de alcohol del que tenían planeado en un principio* en comparación con sus compañeros noCIA ( $X^2=12.634$ ;  $p<.000$ ). También se observan diferencias entre los dos colectivos CIA, destacando los consumidores extremos ( $X^2=7.541$ ;  $p<.006$ ).

En la muestra de universitarios de Madrid, respecto a estas consecuencias, existen porcentajes de ocurrencia superiores entre los estudiantes CIA extremos (80%) y moderados (72%) en comparación con el colectivo noCIA ( $X^2=10.790$ ;  $p<.001$ ). No se han encontrado diferencias significativas entre los grupos CIA.

Al comparar ambas universidades en esta consecuencia, las proporciones de jóvenes CIA de la UV, tanto moderados como extremos, son significativamente mayores a la de los estudiantes no consumidores intensivos de la UCM ( $X^2=5.974$ ;  $p<.015$ ). También existen diferencias entre los consumidores intensivos extremos de Madrid con un porcentaje de ocurrencia superior al de los estudiantes CIA moderados de Valencia ( $X^2=3.869$ ;  $p<.049$ ) y noCIA de esta última universidad ( $X^2=24.308$ ;  $p<.000$ ). Así como entre los CIA moderados de la UCM sobre los noCIA de la UV ( $X^2=20.182$ ;  $p<.000$ ).

Con respecto a las *dificultades para levantarse al día siguiente a la hora habitual*, se muestran resultados parecidos a los de la consecuencia relacionada con la resaca. En este sentido, todos los colectivos CIA presentan mayores prevalencias (más del 64%) que los dos grupos noCIA ( $X^2=20.287$ ;  $p<.000$ ).

Además, entre los CIA destacan los estudiantes valencianos que realizan consumos extremos en comparación con sus compañeros CIA moderados ( $X^2=6.121$ ;  $p<.013$ ) y con todos los grupos de Madrid ( $X^2=12.938$ ;  $p<.000$ ).

En cuanto a los síntomas de tolerancia hacia la sustancia, también se observan diferencias, siendo los consumidores intensivos extremos (más del 67%) y moderados (más del 40%) de ambas universidades los que dan cuenta, en mayores proporciones, de que *necesitan cantidades más elevadas de alcohol*

que hace unos años para conseguir los mismos efectos, en comparación con los dos grupos noCIA ( $X^2=21.036$ ;  $p<.000$ ).

Al mismo tiempo, se observan diferencias en relación a este problema entre los consumidores intensivos en función del patrón de consumo, alcanzando mayores porcentajes de ocurrencia los consumidores extremos sobre los moderados de ambas universidades ( $X^2=34.958$ ;  $p<.000$ ).

Por lo que respecta al problema relacionado con el sentimiento de arrepentirse por haber dicho o hecho algo durante el consumo, entre la muestra de la UV destacan ambos consumidores intensivos (más del 54%) frente a los estudiantes que no realizan esta conducta de consumo ( $X^2=11.728$ ;  $p<.001$ ). No se han encontrado diferencias entre los dos colectivos CIA.

Entre la muestra de la UCM en esta misma consecuencia, los consumidores extremos superan de manera significativa (51%) al grupo noCIA ( $X^2=10.796$ ;  $p<.001$ ). No se observan otras diferencias entre los grupos madrileños.

Si se comparan ambos centros universitarios, existe mayor número de universitarios valencianos CIA, tanto extremos como moderados, que reconocen experimentar este sentimiento en comparación con los estudiantes CIA moderados de Madrid ( $X^2=9.268$ ;  $p<.002$ ) y noCIA de esta última universidad ( $X^2=19.789$ ;  $p<.000$ ). También se encuentran mayores proporciones de jóvenes CIA extremos de la UCM en relación con los estudiantes no consumidores intensivos de la UV ( $X^2=7.267$ ;  $p<.007$ ).

Paralelamente, destacan los consumidores intensivos extremos de Valencia (62%) en relación con desajustes alimentarios durante el consumo de alcohol sobre el resto de grupos evaluados, independientemente del patrón de consumo que realicen y de la procedencia ( $X^2=37.887$ ;  $p<.000$ ). En un segundo

plano, se encuentran sus compañeros CIA moderados y los consumidores extremos de Madrid con proporciones significativamente superiores a los estudiantes CIA moderados madrileños ( $X^2=12.653$ ;  $p<.000$ ) y a los grupos noCIA ( $X^2=21.817$ ;  $p<.000$ ).

En el gráfico 19 se representan aquellas consecuencias que, aunque con una menor incidencia, son experimentadas por un porcentaje importante de los grupos.

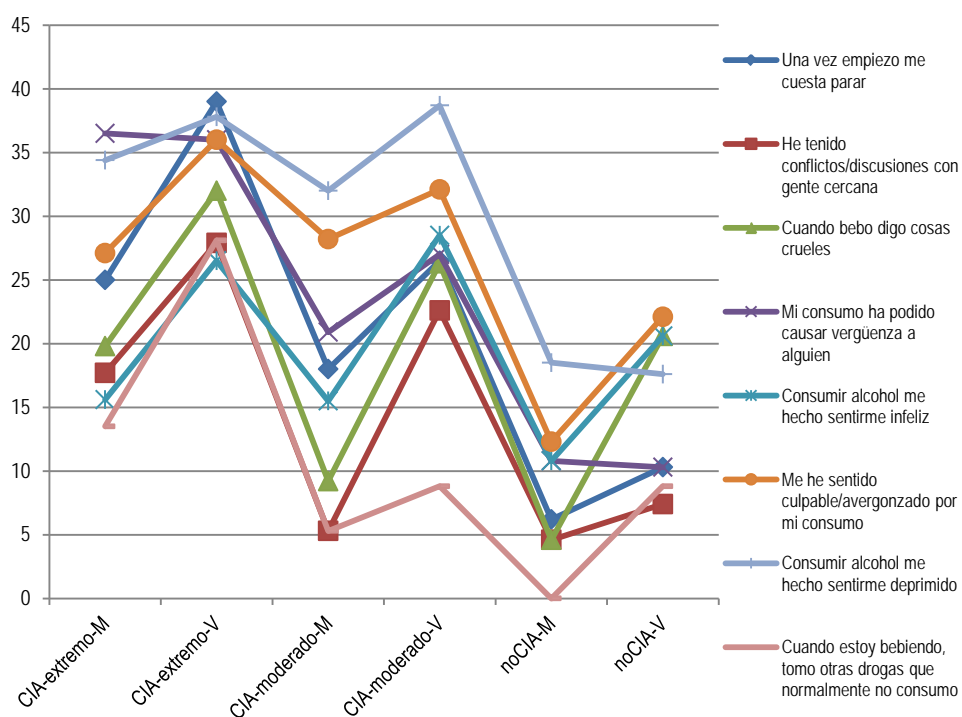


Gráfico 19. Proporción de estudiantes que reconocen experimentar consecuencias también en un nivel importante de representatividad.

Entre las consecuencias de carácter interno, más del 30% de los colectivos de consumidores intensivos, independientemente de su patrón de consumo y de su procedencia, reconocen experimentar sentimientos de tristeza o depresión cuando consumen alcohol, en comparación con los dos grupos noCIA ( $X^2=4.443$ ;  $p<.035$ ). No se han encontrado diferencias significativas entre los grupos CIA.

Resultados similares se muestran con la sensación de estar avergonzado o sentirse culpable por su manera de consumir alcohol. De nuevo destacan todos los colectivos de consumidores intensivos (alrededor del 30%) sobre el grupo de estudiantes que no realiza CIA de la UCM ( $X^2=6.736$ ;  $p<.009$ ). En este caso, tampoco se observan diferencias entre los consumidores intensivos.

En menores proporciones sobresalen los grupos CIA extremos y moderados de Valencia (cerca del 27%) respecto al sentimiento de infelicidad tras el consumo, en comparación con todos los grupos de la UCM, independientemente de su patrón de consumo ( $X^2=7.851$ ;  $p<.005$ ).

En cuanto a problemas asociados a una falta de autocontrol, destacan los jóvenes consumidores intensivos extremos de Valencia sobre el resto de los grupos evaluados ( $X^2=5.349$ ;  $p<.021$ ). En concreto, el 39% reconoce tener dificultades para parar de beber una vez que ya han empezado.

En segundo lugar destaca el 27% de los estudiantes CIA moderados de esta misma universidad y el 25% de consumidores intensivos extremos de Madrid en esta variable, frente a los grupos no consumidores intensivos de ambas universidades ( $X^2=8.971$ ;  $p<.003$ ).

También reconocen experimentar esta consecuencia los consumidores CIA moderados de la UCM, alcanzando mayores proporciones que sus compañeros noCIA ( $X^2=5.365$ ;  $p<.021$ ).

---

Entre las consecuencias relacionadas con problemas socio-interpersonales, de los estudiantes de la UV, el 36% de los CIA extremos y el 27% de los CIA moderados admiten que en ocasiones tienen la *sensación de causar vergüenza a terceras personas* por su forma de consumo, en relación con los estudiantes noCIA ( $X^2=15.778$ ;  $p<.000$ ). Entre los primeros no aparecen diferencias significativas.

Dentro de la muestra de la UCM en esta misma consecuencia, se observan diferencias entre los consumidores intensivos extremos y moderados respecto a los noCIA, siendo los que realizan esta conducta desadaptativa los que presentan mayores proporciones ( $X^2=13.552$ ;  $p<.000$ ). Además, entre los dos grupos CIA, alcanzan mayor porcentaje de ocurrencia los consumidores extremos -sobre el 37%- ( $X^2=8.635$ ;  $p<.003$ ).

Al comparar las muestras según su procedencia en esta consecuencia, se observan proporciones significativamente más elevadas entre los estudiantes CIA extremos de Valencia, en comparación con los CIA moderados de Madrid ( $X^2=10.756$ ;  $p<.001$ ) y los noCIA de esta última universidad ( $X^2=14.605$ ;  $p<.000$ ). También, predominan los CIA moderados de la UV sobre los que no practican esta conducta de consumo de la UCM ( $X^2=6.823$ ;  $p<.009$ ). Entre los alumnos madrileños, los CIA (extremos y moderados) superan en proporción a los no consumidores intensivos valencianos ( $X^2=3.836$ ;  $p<.050$ ).

En cuanto a la consecuencia asociada con *decir cosas duras o crueles* a otros durante el consumo, destacan los tres colectivos de consumidores de Valencia con prevalencias significativamente superiores a los colectivos CIA moderados de la UCM ( $X^2=30.823$ ;  $p<.000$ ) y los noCIA de esta universidad ( $X^2=7.606$ ;  $p<.006$ ). No se han encontrado diferencias entre los colectivos de la UV.

También prevalecen los estudiantes CIA extremos de Madrid sobre sus compañeros CIA moderados ( $X^2=5.702$ ;  $p<.017$ ) y noCIA de esta misma universidad ( $X^2=6.952$ ;  $p<.008$ ).

Resultados semejantes se encuentran en tener *discusiones o conflictos con otros* durante el consumo. En este sentido, de la muestra de la UV, ambos colectivos intensivos muestran mayores prevalencias que sus compañeros no consumidores intensivos ( $X^2=11.965$ ;  $p<.001$ ).

Entre los estudiantes de la UCM en esta variable, los consumidores intensivos extremos muestran una prevalencia más elevada que los CIA moderados ( $X^2=12.147$ ;  $p<.000$ ) y los noCIA ( $X^2=6.222$ ;  $p<.013$ ).

Asimismo, se aprecian diferencias respecto a esta variable en función de la procedencia. Los estudiantes CIA extremos y moderados de Valencia manifiestan mayores porcentajes que los estudiantes CIA moderados ( $X^2=36.241$ ;  $p<.000$ ) y noCIA de Madrid ( $X^2=15.153$ ;  $p<.000$ ).

Por último, cabe recalcar un porcentaje significativamente importante de estudiantes CIA extremos de Valencia que afirma *consumir otras sustancias* cuando ingiere alcohol, frente al resto de grupos ( $X^2=7.362$ ;  $p<.007$ ).

En la mayoría de las consecuencias evaluadas no se han encontrado diferencias significativas entre los grupos noCIA, excepto en aquellas relacionadas con los síntomas de resaca y con decir cosas duras o crueles durante el consumo de alcohol.

En general, las consecuencias menos representativas por parte de estos colectivos son las referidas a conductas de riesgo, problemas académicos y económicos, y síntomas de abstinencia al alcohol.

La investigación existente (Anderson y Baumberg, 2006; Babor y cols., 2001; Cortés, 2010, 2012; Cortés y cols., 2011, 2013; Kahler y cols., 2004,



2005; NIAAA, 2002; Read, 2008; Rodríguez-Martos, 2007) muestra que conforme se incrementa la cantidad y frecuencia de consumo también lo hace el número de consecuencias negativas asociadas a esta conducta. Dado que en los clusters efectuados que han dado lugar a la variable tipo de consumidor 2 se han manejado estos indicadores -cantidad y frecuencia-, seguidamente se tratará de verificar la incidencia de esta relación.

La tabla 31 presenta las puntuaciones medias del número de consecuencias que experimentan cada uno de los grupos que conforman la variable tipo de consumidor 2.

				N	$\bar{X}$	D.T.
Grupos cluster CIA	procedencia	Valencia	Extremo	162	10.97	4.612
			Moderado	133	8.35	4.330
		Madrid	Extremo	96	9.11	3.944
			Moderado	206	6.84	3.120
Grupos añadidos noCIA	Valencia		68	4.85	4.355	
	Madrid		64	3.53	3.018	

Tabla 31. Puntuaciones medias del número de consecuencias experimentadas durante los seis últimos meses por los grupos de la variable tipo de consumidor 2.

El análisis de varianza muestra diferencias significativas entre los grupos ( $F_{(5,723)}=48.702$ ,  $p<.000$ ). Concretamente, las pruebas *a posteriori* indican que el grupo CIA extremo de Valencia es el que ha experimentado mayor número de consecuencias que el resto de los grupos evaluados ( $p<.009$ ), alrededor de 11 consecuencias a lo largo de los últimos seis meses.

Le siguen el colectivo de universitarios CIA extremos de la UCM y los CIA moderados de la UV. Estos afirman experimentar entre 8 y 9 consecuencias derivadas de su forma de consumo, en comparación con el grupo CIA moderado de Madrid ( $p<.008$ ) y los grupos noCIA de ambas universidades ( $p<.000$ ).

Por último, destacan los jóvenes consumidores CIA moderados de la UCM (7 consecuencias aproximadamente), por encima de los jóvenes que no realizan un consumo intensivo ( $p < .010$ ).

No se han encontrado diferencias significativas entre los grupos noCIA.

### 3. AUDIT

El AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) es uno de los instrumentos de evaluación más utilizados para dar cuenta de este patrón de consumo entre los jóvenes. Si bien, éste no se diseñó pensando en esta población, por lo que es importante explorar su adecuado funcionamiento entre estos consumidores.

En primer lugar se describen los resultados obtenidos por los grupos CIA que conforman la variable *tipo de consumidor*, y posteriormente los resultados de los grupos CIA de la variable *tipo de consumidor 2*. No se van a considerar los colectivos noCIA, ya que todos ellos se clasifican correctamente.

#### 3.1. Tipo de consumidor

En la tabla 31 se muestran las puntuaciones medias de los diferentes grupos de consumidores intensivos en esta variable.

Los resultados del análisis de varianza señalan diferencias significativas entre los grupos ( $F_{(3,613)}=15.180$ ;  $p < .000$ ), siendo los varones de la UV los que alcanzan mayor puntuación que el resto de los grupos ( $p < .006$ ).

Grupos Cluster CIA	Procedencia	Valencia	Sexo	N (%)	$\bar{X}$ (d.t.)
			Mujer	207 (33.5)	6.48 (3.245)
		Varón	107 (17.3)	8.93 (4.249)	
	Madrid	Mujer	199 (32.3)	6.27 (3.134)	
		Varón	104 (16.9)	7.11 (3.772)	

Tabla 31. Puntuaciones medias del AUDIT en los grupos que incluyen la variable tipo de consumidor.

Las puntuaciones de los colectivos superan los puntos de corte establecidos por Cherpitel y cols., (1995) ( $\leq 6$  en mujeres y  $\leq 8$  en varones), salvo los chicos de la UCM ( $\bar{X}=7.11$ ).

Pero las desviaciones típicas son muy amplias (más de tres puntos) en todos los casos. Esto hace prever que algunos de los entrevistados estén mal clasificados ( $> 6$  en mujeres y  $> 8$  en varones) (tabla 32).

Grupos Cluster CIA	Procedencia	Valencia	Sexo	Bien clasificados		Mal clasificados	
				N	%	N	%
			Mujer	123	59.4	84	40.6
Varón	58	54.2	49	45.8			
Madrid	Mujer	106	53.3	93	46.7		
	Varón	37	35.6	67	64.4		

Tabla 32. Porcentajes bien y mal clasificados de los grupos en el AUDIT.

Tal como se muestra en la tabla el porcentaje de mujeres y varones de ambas universidades mal clasificados es bastante notorio, más del 40% en la mayoría de los casos y superando el 64% entre los chicos de la UCM.

Con objeto de observar el funcionamiento de los diferentes ítems que forman el AUDIT, en la tabla 33 se presenta la puntuación media obtenida por los estudiantes en cada uno de ellos.

	Valencia		Madrid		F	P
	Mujer $\bar{X}$ (d.t.)	Varón $\bar{X}$ (d.t.)	Mujer $\bar{X}$ (d.t.)	Varón $\bar{X}$ (d.t.)		
A1	1.96 (0.618)	2.22 (0.756)	2.01 (0.559)	2.20 (0.613)	6.552	.000
A2	1.23 (0.884)	1.76 (1.123)	1.05 (0.642)	1.51 (0.924)	17.707	.000
A3	0.96 (0.852)	1.52 (0.894)	0.72 (0.745)	1.25 (1.012)	23.053	.000
A4	0.29 (0.531)	0.32 (0.608)	0.22 (0.473)	0.20 (0.449)	-	-
A5	0.29 (0.531)	0.32 (0.608)	0.22 (0.473)	0.20 (0.449)	-	-
A6	0.00 (0.000)	0.20 (0.606)	0.02 (0.158)	0.04 (0.238)	12.544	.000
A7	0.57 (0.586)	0.54 (0.677)	0.63 (0.644)	0.45 (0.573)	-	-
A8	0.72 (0.645)	0.81 (0.814)	0.81 (0.623)	0.61 (0.598)	2.622	.050
A9	0.32 (0.963)	0.93 (1.161)	0.39 (1.095)	0.46 (1.190)	7.409	.000
A10	0.15 (0.693)	0.26 (0.915)	0.13 (0.659)	0.21 (0.784)	-	-

Tabla 33. Puntuaciones del AUDIT por ítems.

Tal como señalan los resultados del análisis de varianza, las tres primeras preguntas referidas al riesgo del consumo, son las que muestran mayores puntuaciones, obteniendo la máxima puntuación en el ítem 1 (*¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?*).

En este ítem y en el 2 (*¿Cuántas bebidas consume en un día cualquiera de consumo?*) los varones superan a las mujeres, independientemente de la universidad en la que estudien ( $p < .050$ ).

Los mismos resultados se muestran en el ítem 3 que hace referencia al patrón de consumo intensivo (*¿Con qué frecuencia consume 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?*). En este sentido, tanto los varones de la UV como los de la UCM alcanzan mayores puntuaciones que las mujeres independientemente de la universidad a la que pertenezcan ( $p < .000$ ).

También existen diferencias entre las mujeres, siendo las chicas de la UV las que afirman consumir con mayor frecuencia 6 o más consumiciones por ocasión que las universitarias madrileñas ( $p < .015$ ).

Las preguntas de la 4 a la 6, dirigidas hacia posibles síntomas de dependencia, señalan puntuaciones inferiores a 0.32. Únicamente el ítem 6 (*¿En cuantas ocasiones durante el último año ha necesitado tomar una copa por la mañana, después de haber consumido alcohol durante la noche anterior?*) indica diferencias entre los grupos, destacando los varones de la UV sobre las mujeres de ambas universidades ( $p < .015$ ). No se han encontrado diferencias entre los grupos de la UCM. Cabe añadir que a pesar de haber diferencias significativas, las puntuaciones de cada grupo son muy bajas (de 0 a 0.20).

Los ítems 7 al 10, hacen referencia a consecuencias derivadas del consumo de alcohol. Se observan diferencias significativas en la pregunta 8 (*¿Con cuanta frecuencia durante el último año ha sido incapaz de recordar lo que había pasado la noche anterior porque estaba bebiendo?*) únicamente entre los universitarios de Madrid, alcanzando mayores puntuaciones las mujeres sobre los varones ( $p < 0.31$ ).

También se muestran diferencias en el ítem 9 (*¿Ha tenido algún accidente o ha herido a alguien por haber consumido alcohol?*). Al respecto, destacan los chicos de la UV sobre el resto de los grupos evaluados ( $p < .050$ ). Entre los universitarios de Madrid no se han encontrado diferencias.

### **3.2. Tipo de consumidor 2**

En la tabla 34 se muestran las puntuaciones medias de los grupos CIA de la variable *tipo de consumidor 2* en el AUDIT. En este caso se ha diferenciado por sexos cada uno de los grupos, de manera que se facilita el

comentario de los resultados, ya que el AUDIT diferencia puntos de corte para hombres y mujeres.

Grupos Clusters CIA	Procedencia			Sexo	N (%)	$\bar{X}$ (d.t.)
				Mujer	101 (32.69)	7.53 (3.410)
		Valencia	Extremo	Varón	71 (22.98)	9.77 (4.273)
				Moderado	Mujer	104 (33.66)
			Varón		33 (10.68)	7.09 (3.609)
			Madrid	Extremo	Mujer	56 (18.54)
		Varón			40 (13.25)	9.25 (4.143)
		Moderado		Mujer	142 (47.02)	5.36 (2.476)
Varón	64 (21.19)			5.77 (2.810)		

Tabla 34. Puntuaciones medias del AUDIT en función de los clusters CIA de la variable tipo de consumidor 2.

Se aprecian diferencias significativas entre los grupos de la UV ( $F_{(3,305)}=21.825$ ;  $p<.000$ ) y de la UCM ( $F_{(3,298)}=29.232$ ;  $p<.000$ ).

En cuanto a la muestra de Valencia, los varones con consumos extremos superan al resto de sus compañeros independientemente del tipo de consumo que realicen y del sexo ( $p<.029$ ). También se encuentran diferencias entre los grupos de mujeres, obteniendo mayores puntuaciones las que realizan consumos extremos ( $p<.000$ ).

Entre los estudiantes de la universidad madrileña, se observan diferencias significativas en función del patrón de consumo. En este sentido, los colectivos de chicos y chicas CIA extremos indican mayores puntuaciones que los chicos y chicas CIA moderados ( $p<.000$ ).

Al comparar ambas muestras universitarias, se observan diferencias entre los distintos grupos ( $F_{(7,603)}=22.530$ ;  $p<.000$ ). Al respecto, tanto los varones como las mujeres CIA extremos de la UV muestran puntuaciones significativamente más elevadas que los grupos CIA moderados de Madrid, con independencia del sexo ( $p<.000$ ). Asimismo, entre los estudiantes de la UCM,

destacan los consumidores extremos de ambos sexos frente a las universitarias CIA moderadas de Valencia ( $p < .000$ ).

Un aspecto importante a considerar es que únicamente los entrevistados que realizan consumos intensivos extremos superan los puntos de corte establecidos. Además, al igual que muestran los resultados de la variable anterior, las desviaciones típicas son muy amplias en todos los grupos evaluados, por lo que es muy posible que algunos de los entrevistados puedan estar mal clasificados (tabla 35).

Grupos Clusters CIA	Procedencia		Sexo	Bien clasificados		Mal clasificados	
				N	%	N	%
				Valencia	Extremo	Mujer	76
Varón	45	63.4	26			36.6	
	Moderado	Mujer	46	44.2	58	55.8	
		Varón	12	36.4	21	63.6	
	Madrid	Extremo	Mujer	46	82.1	10	17.9
			Varón	24	60	16	40
	Moderado	Mujer	60	42.3	82	57.7	
		Varón	13	20.3	51	79.7	

Tabla 35. Porcentajes bien y mal clasificados de los grupos en el AUDIT.

En general los resultados señalan un alto porcentaje de universitarios mal clasificados. El grupo de mujeres CIA extremas de la UCM son las mejor identificadas, con más del 80% de ellas. Sin embargo, en la mayoría de los colectivos los porcentajes de mal clasificados son considerablemente más elevados, sobre todo entre los consumidores moderados, como el caso de los varones de la UCM que constituye un 80% no detectado.

En la tabla 36 se muestra la puntuación media obtenida por los estudiantes para cada uno de los ítems del AUDIT.

	Valencia				Madrid				F	P
	Extremo		Moderado		Extremo		Moderado			
	Mujer X̄(d.t.)	Varón X̄ (d.t.)	Mujer X̄ (d.t.)	Varón X̄ (d.t.)	Mujer X̄ (d.t.)	Varón X̄ (d.t.)	Mujer X̄ (d.t.)	Varón X̄ (d.t.)		
A1	2.19 (0.612)	2.34 (0.736)	1.74 (0.540)	2.00 (0.750)	2.34 (0.611)	2.55 (0.677)	1.89 (0.478)	1.98 (0.454)	15.170	.000
A2	1.44 (0.943)	1.99 (1.165)	1.04 (0.787)	1.30 (0.918)	1.32 (0.636)	1.88 (0.992)	0.95 (0.611)	1.28 (0.806)	14.635	.000
A3	1.30 (0.912)	1.75 (0.840)	0.65 (0.650)	1.06 (0.864)	1.25 (0.792)	1.90 (0.982)	0.52 (0.616)	0.84 (0.801)	30.689	.000
A4	0.33 (0.602)	0.38 (0.763)	0.27 (0.446)	0.27 (0.517)	0.50 (0.688)	0.38 (0.774)	0.23 (0.467)	0.09 (0.294)	2.962	.005
A5	0.44 (0.639)	0.31 (0.646)	0.14 (0.353)	0.36 (0.549)	0.41 (0.626)	0.25 (0.439)	0.15 (0.376)	0.17 (0.456)	4.792	.000
A6	0.00 (0.000)	0.21 (0.631)	0.00 (0.000)	0.18 (0.584)	0.05 (0.297)	0.10 (0.379)	0.00 (0.000)	0.00 (0.000)	-	-
A7	0.52 (0.576)	0.52 (0.694)	0.61 (0.598)	0.58 (0.663)	0.88 (0.764)	0.48 (0.640)	0.54 (0.566)	0.44 (0.531)	2.746	.008
A8	0.89 (0.598)	0.85 (0.873)	0.54 (0.637)	0.64 (0.549)	1.07 (0.684)	0.70 (0.648)	0.71 (0.566)	0.55 (0.561)	5.698	.000
A9	0.28 (0.896)	1.07 (1.54)	0.37 (1.034)	0.67 (1.291)	0.71 (1.398)	0.70 (1.400)	0.27 (0.930)	0.31 (1.022)	4.916	.000
A10	0.16 (0.674)	0.37 (1.085)	0.15 (0.721)	0.06 (0.348)	0.16 (0.654)	0.35 (1.001)	0.11 (0.664)	0.13 (0.604)	-	-

Tabla 36. Puntuaciones del AUDIT por ítems.

Las tres primeras preguntas relacionadas con el riesgo del consumo son las que muestran mayores puntuaciones de toda la escala. El primer ítem referido a la *frecuencia de consumo*, entre los estudiantes valencianos, los chicos y chicas CIA extremos consumen alcohol con una frecuencia significativamente superior a la de sus compañeras CIA moderadas ( $p<.000$ ).

Resultados similares se observan en la muestra de Madrid en este mismo ítem, destacando los chicos y chicas CIA extremos sobre sus compañeros y compañeras CIA moderados ( $p<.012$ ).

Al comparar las dos muestras universitarias en este ítem, los varones CIA extremos de la UV superan a los dos colectivos de estudiantes CIA moderados de Madrid ( $p<.020$ ), mientras que las mujeres extremas de Valencia alcanzan una mayor puntuación que las madrileñas CIA moderadas ( $p<.001$ ).



También, los chicos que realizan consumos intensivos extremos de la UCM obtienen puntuaciones más elevadas que los chicos y chicas CIA moderados de la UV ( $p<.036$ ), mientras que las mujeres CIA extremas de la UCM superan a las valencianas CIA moderadas ( $p<.000$ ).

Respecto a la segunda pregunta referida a la *cantidad de alcohol consumido habitualmente*, entre los universitarios valencianos destacan los varones que realizan consumos extremos. En concreto, ingieren mayor número de bebidas alcohólicas en un día habitual que sus compañeros y compañeras de universidad, independientemente del tipo de consumo que realicen ( $p<.036$ ). También destacan las chicas extremas en comparación con las consumidoras más moderadas ( $p<.027$ ).

Entre los entrevistados de la UCM en este mismo ítem, los chicos extremos obtienen mayores puntuaciones que ambos colectivos de estudiantes más moderados ( $p<.043$ ). También se encuentran diferencias entre las consumidoras extremas frente a las consumidoras moderadas ( $p<.007$ ).

Al comparar los estudiantes de las distintas localidades en esta misma pregunta, predominan los chicos CIA valencianos que consumen de manera extrema sobre las madrileñas que también realizan consumos extremos ( $p<.027$ ) y sobre los grupos CIA moderados de esta última universidad independientemente del sexo ( $p<.002$ ). También se observan diferencias entre las valencianas extremas con una puntuación significativamente superior a la de las universitarias CIA moderadas de Madrid ( $p<.000$ ). Asimismo, los chicos con consumos extremos de esta última universidad superan a las valencianas que realizan consumos moderados ( $p<.000$ ).

En cuanto al ítem 3 relacionado con el *patrón de consumo intensivo*, destacan principalmente los varones CIA que realizan consumos extremos de ambas universidades, sobre el resto de los grupos evaluados,

independientemente del sexo y del tipo de consumo ( $p < .027$ ). Les siguen las chicas CIA extremas de Valencia y Madrid con valores superiores a los de sus compañeras CIA moderadas de ambas universidades ( $p < .000$ ). En un plano secundario, se encuentran los chicos con consumos más moderados de la UV con puntuaciones significativamente superiores a las universitarias moderadas de la UCM ( $p < .031$ ).

En general, las preguntas relacionadas con los síntomas de dependencia (4-6), muestran puntuaciones muy bajas que oscilan entre 0 y 0.50. Las diferencias entre los grupos son significativas para los ítems 4, relacionado con la *pérdida de control* y 5, asociado con la *falta de responsabilidad*.

En el primero, destacan los chicos y chicas que realizan consumos extremos de ambas universidades, en comparación con el grupo de chicos moderado de la UCM ( $p < .050$ ).

En el segundo, las consumidoras extremas de Valencia adquieren una mayor puntuación que sus compañeras de universidad con consumos más moderados ( $p < .002$ ) y que los grupos de varones y mujeres que realizan este mismo tipo de consumo de Madrid ( $p < .048$ ).

Respecto a los cuatro últimos ítems referidos a consecuencias derivadas del consumo de alcohol, se encuentran diferencias significativas en la pregunta 7 relacionada con los *sentimientos de culpa* por la forma de consumo. En este caso, únicamente se aprecian diferencias entre el grupo de consumidoras intensivas extremas de la universidad de Madrid sobre los varones CIA moderados de esta misma universidad ( $p < .012$ ).

En relación con el ítem 8 que hace referencia a *lagunas de memoria* durante el consumo, destacan las consumidoras extremas de ambas universidades. En concreto, las que estudian en la universidad madrileña

obtienen puntuaciones significativamente superiores que los cuatro grupos de estudiantes con consumos moderados ( $p < .016$ ). En el caso de las valencianas, superan a sus compañeras CIA moderadas ( $p < .002$ ) y a los chicos madrileños que también realizan este mismo tipo de consumo ( $p < .006$ ).

Por último, se observan diferencias respecto al ítem 9, relacionado con *herirse a uno mismo o a otros*. Al respecto, predominan los chicos consumidores extremos de la UV con una puntuación más elevada que la de sus compañeras de universidad que realizan CIA extremo y moderado ( $p < .022$ ) y que las puntuaciones de los grupos de mujeres y varones con consumos moderados de la universidad de Madrid ( $p < .020$ ).

Dadas las bajas puntuaciones de los grupos evaluados en la mayoría de los ítems de la escala, se ha analizado el índice de Cronbach para comprobar la consistencia interna de la escala en esta población. El resultado muestra un valor de 0.704 (0.7 mínimo de fiabilidad aceptado) que a pesar de ser satisfactorio es menor que el obtenido en estudios precedentes.

También se ha analizado las matrices de correlación de cada ítem con el total de la escala, observando que los ítems 6, 9 y 10 son los que menor relación muestran con el resto de ítems (tabla 37).

En concreto, la correlación total corregida puede considerarse un índice de discriminación del ítem, situándose el mínimo aceptable en 0.30. En este sentido, se observa que los ítems 6 y 10 no alcanzan ese mínimo y su exclusión mejora mínimamente la consistencia interna de la escala (de  $r = .704$  a  $r = .705$ ).

Respecto al ítem 9, a pesar de que su correlación alcanza el mínimo necesario ( $r = .302$ ), su eliminación mejora la fiabilidad hasta un  $\alpha = .707$ . Este resultado confirma que la escala puede prescindir de estos tres ítems por no aportar información relevante para identificar a estos colectivos. Aún así, con

los siete ítems restantes de la escala la consistencia interna no es lo suficientemente satisfactoria como la que se obtiene en otros estudios con población adulta.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
A1	4.19	11.816	.421	.672
A2	5.07	10.138	.520	.649
A3	5.26	10.072	.598	.631
A4	5.90	12.505	.381	.682
A5	5.93	12.951	.304	.692
A6	6.11	13.789	.189	.705
A7	5.65	12.517	.318	.689
A8	5.51	11.763	.448	.668
A9	5.75	10.931	.302	.707
A10	6.00	12.668	.221	.705

Tabla 37. Puntuaciones medias, varianzas, correlaciones y Alfa de Cronbach de la escala si se elimina el elemento.

# **CAPÍTULO 4.**

## **DISCUSIÓN**



Inicialmente se presentan las principales conclusiones obtenidas que dan respuesta a cada uno de los objetivos planteados. En segundo lugar, se proponen retos a analizar y considerar en futuras actuaciones preventivas dentro de este ámbito, y por último, se comentan limitaciones del presente estudio.

**El objetivo principal de este trabajo se centra en analizar los determinantes cognitivos (motivos y expectativas) y las consecuencias asociadas a la conducta CIA en jóvenes universitarios, con el fin de identificar las necesidades sobre las que intervenir en este colectivo. De esta manera se dispondrá de información más precisa que permita diseñar acciones preventivas útiles ante esta problemática.**

<p><u>Objetivo específico 1.</u> Determinar la presencia del patrón de Consumo Intensivo de Alcohol en jóvenes universitarios consumidores de alcohol.</p>
--

La mayoría de los consumidores entrevistados afirman realizar un consumo intensivo, siendo superior la proporción de mujeres CIA. Sin embargo, los varones consumen mayores cantidades de alcohol. Estos resultados coinciden con investigaciones anteriores (Calafat, 2007; Cortés, Espejo, Del Río y Gómez, 2010; Cortés y cols., 2007, 2008; Navarrete, 2004; Salamó, Gras y Font-Mayolas, 2009; White, Kraus y Swartzwelder, 2006).

El número de gramos consumidos, tanto en varones como en mujeres, supera con creces el límite establecido por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2008), llegando a doblar tales cantidades. Este resultado viene a coincidir con el obtenido en estudios previos (Cortés, 2010, 2012; Cortés y cols., 2007, 2008,

2010, 2011; Giménez, Cortés, Motos y Soler, 2010; Motos, Belda y Cortés, 2013; Motos y Cortés, 2013, Motos, Cortés y Giménez, 2011; Turner, Bauerle y Shu, 2004; White, Kraus y Swartzwelder, 2006).

Otro indicador asociado a la conducta de consumo intensivo es la regularidad con la que se realiza esta conducta. En este estudio se ha utilizado un período de evaluación de seis meses, al resultar ser el más adecuado para dar cuenta del carácter circunstancial de este patrón (Carpenter, 2003; Cho y cols., 2001; Cortés, Espejo y Giménez, 2007; Courtney y Polich, 2009; Hartley, Elsabagh y File, 2004; Townshend y Duka, 2002, 2005; Weissenborn y Duka, 2003). Además, ha mostrado ser el período más adecuado al distorsionar en menor medida el nivel de recuerdo de los entrevistados (LaBrie y cols., 2007; Schulenberg y cols., 1996; Vik, Tate y Carrello, 2000; Weingardt, y cols., 1998). En este sentido, al igual que en investigaciones anteriores, existe mayor prevalencia de la práctica de esta conducta durante los meses vacacionales (julio y agosto), mientras que su incidencia disminuye claramente en período de exámenes (Carpenter, 2003; Cortés, y cols., 2007; Motos, Cortés y Giménez, 2011; Tronch, Montañana, Motos, Giménez y Cortés, 2012).

Respecto a la frecuencia con la que se realiza CIA -aproximadamente 5 veces al mes-, se superan los límites de riesgo establecidos tanto por Babor, Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro (2001) -menor a una vez por mes-, como por Anderson (1996) -dos o más veces al mes-.

Estos jóvenes realizan CIA principalmente los fines de semana -sábado y viernes- (Cadaveira, 2010; Calafat, 2007; Cortés y cols., 2007, 2008, 2010; ESTUDES, 2010, MSC, 2008), aunque al tratarse de población universitaria, el fin de semana incluye el jueves como uno de los días de mayor consumo (Cortés, 2006, 2010, 2012; Cortés y cols., 2007, 2008; Motos y Cortés, 2013; Motos, Belda y Cortés, 2013).



Llama la atención que la edad de inicio en el consumo sea superior a la que indican los informes nacionales e internacionales (ESTUDES, 2010; Eurobarómetro, 2010), pero es comprensible si se tiene en cuenta que el estudio realizado evalúa solamente población universitaria (18-19 años), y no es este colectivo sino el adolescente el que se inicia antes en el consumo de alcohol - 12.5 años- (Anderson y Baumberg, 2006; Cortés y cols, 2007, 2008; Cortés y cols., 2010).

En resumen, los resultados del estudio demuestran que el CIA es el patrón de consumo de alcohol más generalizado en el colectivo de consumidores universitarios de ambas ciudades, caracterizado por la ingesta de cantidades de alcohol que duplican los límites de riesgo. Se trata de una conducta intermitente, realizada con mayor frecuencia durante épocas vacacionales y en menor medida en momentos que exigen mayor responsabilidad académica. La ingesta suele producirse de jueves a sábado mayoritariamente y con una frecuencia de 5 días al mes.

Se verifica, con más o menos parcialidad, el patrón de consumo que desde hace unos años vienen evaluando investigadores de diferentes países (Anderson y Baumberg, 2006; Bloomfield y cols., 2003; Calafat, 2007; Cortés, 2005, 2007; Cortés y cols., 2010; Cortés y cols., 2007, 2008; Farke y Anderson, 2007; Gmel y cols., 2003; Kuntsche y cols., 2004; Wechsler, y cols., 1994).

Objetivo específico 2a. Determinar la existencia de diferentes tipologías de consumidores intensivos según el *sexo*, *procedencia* y *gramos de alcohol ingeridos por episodio de consumo*. Al mismo tiempo, evaluar los determinantes cognitivos (motivos y expectativas) y las consecuencias asociadas al consumo que definen o caracterizan cada uno de los diferentes

consumidores intensivos: mujeres y varones de la UV, y mujeres y varones de la UCM.

Llama la atención que ambos grupos de varones consumen mayores cantidades de alcohol que los grupos de mujeres. Aún así, tanto los varones como las mujeres doblan las cantidades de alcohol de la definición del CIA para cada uno de los sexos (MSC, 2008). Estos datos coinciden con los obtenidos en otras investigaciones (Calafat, 2007; Cortés, 2010, 2012; Cortés y cols., 2008; Motos, Belda y Cortés, 2013; Motos y Cortés, 2013; Read y cols., 2006; Salamó y cols., 2009; Turner y cols., 2004; White y cols., 2006).

Al considerar otras variables relacionadas con el patrón de consumo, como la edad de inicio, se observa que los grupos de la UV se iniciaron en la ingesta de alcohol a una edad más temprana que los de la Universidad de Madrid, lo que puede justificar en parte las diferencias en el número de consecuencias experimentadas entre ambos colectivos. Éstas serán comentadas en el subapartado de consecuencias dentro del objetivo 3.

Asimismo, todos los grupos realizan esta conducta de consumo con la misma frecuencia -unos 4 ó 5 días al mes-, superando los límites establecidos como punto de inflexión del incremento notorio de consecuencias negativas asociadas al consumo CIA. Resultados similares se observan en estudios previos (Anderson, 1996; Babor, y cols., 2001; Caamaño-Isorna y cols., 2008; Cortés y cols., 2013; Motos y Cortés, 2013; Parada y cols., 2011; Wechsler y cols., 1994; Wechsler y cols., 1998; Wechsler y Nelson, 2001, 2006).

Tanto los varones como las mujeres duplican la cantidad considerada CIA para cada uno de ellos. Además, en todos los casos son los varones los que ingieren más alcohol. Nuevamente se confirma parte de los resultados comentados en el objetivo 1.

Además, en todos los grupos se verifica la realización de la conducta más de dos veces al mes. Este resultado apoya la necesidad y adecuación de incluir un nuevo descriptor en la operacionalización del CIA de España. A los criterios de *cantidad de alcohol ingerido* -60g en varones y 40g en mujeres- del *intervalo temporal* durante el que se realiza la ingesta –unas 2 horas- y del *nivel de alcohol en sangre* alcanzado -0,8g/l- sería oportuno añadir el de la **frecuencia de realización de la conducta** –al menos 2 veces al mes-. El resultado obtenido en este trabajo apoya las investigaciones de algunos estudiosos en el tema que aluden a la importancia de este criterio desde los años 90 (Anderson, 1996; Ham y Hope, 2003; NIAAA, 2002; Presley y Pimentel, 2006).

Por otra parte, un aspecto modulador de la conducta de consumo son los efectos que la persona espera conseguir con la ingesta que realiza. En este sentido, se observa que todos los colectivos esperan obtener unos efectos propios de un consumo de menor cuantía (Cortés y cols., 2007, 2008; Cortés, 2010, 2012; Cortés y cols., 2013; Lyvers y cols., 2009; Lo, 1996; Motos y cols., 2013; Navarrete, 2004; Perkins, 2002; Read, 2003). Estos son, principalmente, conseguir un **estado de ánimo positivo acrecentado** (euforia), **desinhibirse** (ser más extrovertidos, espontáneos, atrevidos, etc.), **divertirse, mejorar sus habilidades interpersonales** tratando de ser personas más habladoras o que se relacionan mejor con los demás y conseguir la **sensación placentera de su consumo**. Además es importante trabajar también las creencias normativas erróneas que asocian a esta sustancia y que les permiten **justificar como normal el consumo de alcohol en ocasiones especiales** (e.g., fiestas, celebraciones, aniversarios, etc.).

No obstante, el problema aparece cuando se comparan estos efectos deseados con los provocados realmente con los niveles de alcohol que están

ingiriendo (Becoña, 1999, 2002; Pascual y Guardia, 2012; Townshend y Duka, 2005).

Así, por ejemplo, los jóvenes CIA buscan mejorar con su consumo aspectos de tipo personal o social (conseguir una mayor confianza y seguridad en uno mismo, perder la vergüenza, ser más hablador, etc.), pero estos efectos no pueden alcanzarse con cantidades de alcohol tan elevadas. Al contrario, todas estas capacidades suelen verse deterioradas dando lugar a discusiones o conflictos, actitudes desagradables y ofensivas con otros, etc.

La diversión durante el consumo es uno de los motivos más importantes. Además, si atendemos a lo que dicen los jóvenes, éstos reconocen experimentar malestar, mareos e incluso vómitos durante el consumo.

Parece ser que algunas de estas consecuencias ya comienzan a percibir las, como se verá en el punto siguiente, sin embargo las sitúan en un plano secundario.

Estos resultados evidencian la necesidad de intervenir para ajustar estos motivos y expectativas a las cantidades reales de alcohol que están consumiendo todos los grupos.

También, sería conveniente trabajar en el colectivo de estudiantes de la UV expectativas o motivos relacionados con **la sensación de perder la noción del tiempo, aguantar más tiempo de fiesta y la creencia normativa de que todos sus iguales consumen al mismo nivel.**

En menor medida, sería recomendable introducir en el grupo de varones de la UV determinantes relacionados con los **efectos socializadores o normalizadores** del consumo de alcohol (consumir alcohol es la manera en cómo se celebran las cosas) y hacer consciente al joven de lo que supone **llegar a la embriaguez para su organismo.**

Estos resultados vienen a confirmar la necesidad de trabajar, dependiendo del colectivo destinatario, tanto los aspectos comunes de expectativas distorsionadas mencionadas al inicio de este apartado, como aspectos puntuales que necesitan de un refuerzo.

En todos los colectivos es necesario trabajar las siguientes expectativas y motivos de consumo para ajustarlas a la realidad de la cantidad de gramos de alcohol que consumen: mejorar el estado de ánimo; mejorar las habilidades interpersonales; conseguir efectos placenteros de la sustancia; desinhibirse; divertirse y la creencia normativa asociada al consumo de esta sustancia en momentos especiales.

En los varones y mujeres de la UV: conseguir efectos estimulantes con este nivel de consumo, experimentar la sensación de perder la noción del tiempo y la creencia normativa asociada al consumo de alcohol de los iguales.

En los varones de la UV: la creencia normativa de consumir alcohol para celebrar las cosas. Además, en este caso concreto tendrá que hacerse especial énfasis en los efectos de una intoxicación a nivel orgánico, ya que en este colectivo el objetivo de algunos jóvenes es llegar a ese estado.

Es importante en cualquier intervención psicosocial dirigida a estos jóvenes tener en cuenta todas estas expectativas distorsionadas que influyen en la realización de su conducta de consumo. De este modo se tendrá en cuenta un aspecto esencial para elevar la predisposición al cambio de una conducta: el incremento del nivel de conciencia de la persona sobre las consecuencias reales que genera el consumo de alcohol en estas cantidades.

Entre las consecuencias derivadas del consumo de alcohol, las más notorias para estos jóvenes son las relacionadas con los síntomas físicos propios de la intoxicación (**resaca** al día siguiente de consumir alcohol, **dificultades**

**para levantarse** al día siguiente a la hora habitual, **malestar** y **vómitos** debido a las elevadas cantidades que ingieren y el **olvido de acontecimientos vividos** durante el momento de la ingesta -lagunas de memoria-, la pérdida de control sobre el consumo (**beber mayor cantidad de alcohol del que habían planeado en un principio**), los problemas socio-interpersonales (**arrepentirse de haber dicho o hecho algo durante el consumo**) y la tolerancia (**necesitar mayor cantidad de alcohol que hace unos años para notar los mismos efectos**).

Algunas de estas consecuencias, como síntomas de resaca, beber mayor cantidad de alcohol del planeado y necesitar cada vez mayores cantidades de alcohol para notar los mismos efectos, coinciden con las obtenidas por Kahler y cols., (2004, 2005), Cortés y cols., (2007, 2008, 2010, 2001, 2012, 2013), Devos-Comby y Lange, (2008), y Read y cols., (2006). En este trabajo, además de apoyar los resultados de estas investigaciones, también se destaca la importancia de reconocer otras consecuencias como el malestar y vómitos, no poder levantarse a la hora habitual al día siguiente y no poder recordar acontecimientos ocurridos durante el consumo, las cuales fueron evaluados por primera vez por el equipo de la Dra. Cortés (2008, 2010, 2011).

Dada la elevada presencia de estas consecuencias en todos los grupos CIA (aunque en algunos de ellos destacan más que en otros), sería necesario tenerlas en cuenta como herramientas de trabajo del profesional a la hora de planificar la intervención en cualquiera de ellos.

También reconocen los consumidores de la UV aspectos relacionados con **desajustes alimentarios** durante el consumo (saltarse comidas, comer cualquier cosa, etc.) y **dificultades para frenar su consumo una vez han iniciado la ingesta de alcohol**.

Con menor grado de incidencia, se encuentran las consecuencias de carácter socio-interpersonal. Al respecto, Kalher y cols., (2004, 2005), entre otros, afirmaban que este tipo de problemas, más externalizados, eran más propios de los varones (Crick y Zahan-Waxler, 2003; Read y cols., 2006). En nuestro estudio, únicamente se observa una alta incidencia en los universitarios de Valencia. Es precisamente este colectivo el que afirma haber experimentado en ocasiones **discusiones o conflictos con gente cercana**, haber recibido **quejas de sus padres o pareja**, haber dicho **cosas crueles debido a su consumo** o incluso haber **causado vergüenza a otras personas** a causa de su consumo.

Un aspecto adicional sobre el que también se ha obtenido información en este mismo colectivo, aunque en menor medida, es el reconocimiento de **haber perjudicado o dañado a otra persona** a causa de su manera de consumir, **haberse despertado en un lugar después de beber alcohol sin recordar cómo había llegado hasta allí**, **consumir otras sustancias** mientras se bebe alcohol y **dejar de lado otras actividades** no relacionadas con la conducta de consumo.

En relación con las consecuencias de carácter interno/emocional, la investigación existente las catalogaba más propias de la población de mujeres (Kahler y cols., 2004, 2005; Lo, 1996; Perkins, 2002; Read y cols., 2006). Sin embargo, investigaciones más recientes (Cortés, 2010, 2012; Cortés y cols., 2007, 2008; Cortés y cols., 2011; Cortés y cols., 2013), no encontraron diferencias en los porcentajes de varones y mujeres que reconocieron haber experimentado consecuencias de esta índole. Los resultados del estudio que nos ocupa coinciden con estas últimas investigaciones, destacando consecuencias relacionadas con **sentimientos de culpa, vergüenza e infelicidad** a causa de su

conducta de consumo, exceptuando aquella relacionada con **sentirse deprimido**, que es mayor en mujeres.

Un aspecto a tener en cuenta es la discrepancia que existe entre algunas de las consecuencias negativas que dicen experimentar a causa de su conducta de consumo y los efectos positivos que esperan obtener al realizar esta conducta.

En concreto, buscan conseguir un estado de ánimo positivo (estar alegres, animados, eufóricos, etc.); pero ya reconocen que cuando beben experimentan sentimientos de tristeza, depresión, culpa, infelicidad, etc.

También buscan ser más extrovertidos y desinhibidos, pero en realidad afirman arrepentirse de haber dicho o hecho alguna cosa mientras se encontraban bajo los efectos del alcohol.

Pretenden divertirse y sin embargo manifiestan haber experimentado malestar e incluso haber vomitado mientras estaban consumiendo.

Buscan mejorar sus habilidades interpersonales, sin embargo afirman haber dicho cosas crueles que han podido ofender y generar discusiones o avergonzar a gente de su alrededor.

Por todo ello, conviene ajustar de manera paralela las consecuencias negativas que realmente empiezan a experimentar de su conducta de consumo, con las expectativas positivas que ellos buscan, más propias de consumos de menores cantidades de alcohol.

Todos estos resultados obtenidos vienen a confirmar también una de las críticas que se efectuaba a los instrumentos de evaluación de consecuencias de otros países -YAACQ, RAPI, CAPS, YAAPST-. En este caso, al evaluar mediante el IECI consecuencias más concretas del proceso de adquisición general y sin incidir en la dependencia, se ha podido comprobar como los



jóvenes a pesar de no reconocer que muestran pérdida de control sí que reconocen haber consumido más de lo que se habían propuesto en un principio.

Ocurre lo mismo con problemas académicos/laborales. En este caso, la mayoría no reconoce **descuidar o abandonar sus responsabilidades en los estudios, el trabajo o la familia**, pero sí que perciben síntomas físicos, tales como resaca, dolor de cabeza al día siguiente e incluso no poderse levantar a la hora habitual, que pueden estar mostrando una probable incidencia sobre el rendimiento académico o laboral.

Por último, las consecuencias menos representativas de todos los colectivos evaluados coinciden con las de otros estudios (Cortés, 2010, 2012; Cortés y cols., 2010, Cortés y cols., 2011, Cortés y cols., 2013; Devos-Comby y Lange, 2008; Kahler y cols., 2005; Read y cols., 2006). Éstas hacen referencia a los síntomas de abstinencia (**ansiedad o agitación tras dejar el consumo o reducirlo**), deterioro socio-interpersonal (**mi familia se ha visto afectada y algunas personas me han evitado**) y conductas de riesgo (**me he desmayado a causa de mi manera de consumir alcohol**).

Entre las consecuencias que reconocen experimentar, las más destacadas en todos los grupos son: síntomas propios de la intoxicación (resaca, dificultades para levantarse al día siguiente a la hora habitual, malestar y vómitos debido a las elevadas cantidades que ingieren y el olvido de acontecimientos vividos durante el momento de la ingesta), aspectos relacionados con la pérdida de control sobre la conducta de consumo (beber mayor cantidad de alcohol de lo que habían planeado en un principio) y problemas socio-interpersonales (arrepentirse de haber dicho o hecho algo durante el consumo).

También son importantes para los grupos de mujeres y varones de la UV: desajustes alimentarios (no comer correctamente o saltarse comidas durante el consumo) y tolerancia (necesitar mayor cantidad de alcohol que hace unos años para notar los mismos efectos).

El reconocimiento de todas estas consecuencias permite advertir que, a pesar de ser una población de precontemplados a nivel motivacional, hay un porcentaje evaluado de estos consumidores que está progresando hacia un nivel superior de cambio -contemplación-, lo que hace pensar en la necesidad de diseñar intervenciones centradas en la resolución de la ambivalencia.

Además, estas consecuencias reconocidas suponen una herramienta fundamental de la que puede servir el profesional para trabajar entre otros aspectos las expectativas distorsionadas.

Objetivo específico 2b. Determinar las diferentes tipologías de los consumidores no intensivos en función del *sexo, procedencia y gramos de alcohol ingeridos por episodio de consumo*. Al mismo tiempo evaluar los determinantes cognitivos (motivos y expectativas) y las consecuencias asociadas a su consumo.

Se han efectuado los análisis de conglomerados oportunos (ver apartado 2 del capítulo de Resultados), obteniendo cuatro grupos de consumidores noCIA: mujeres y varones de la UV y mujeres y varones de la UCM.

Es interesante comentar que los varones noCIA consumen mayores cantidades que las mujeres, sin embargo, ninguno alcanza el límite de *riesgo alto o nivel III* (OMS, 2000), que define al CIA -60/40g-, a partir del cual aumenta la probabilidad de experimentar mayor problemática asociada al consumo (Anderson y Baumberg, 2006; Farke y Anderson, 2007; Brick, 2006;

Cortés y cols., 2008; Cortés, 2010, 2011; Cortés y cols., 2010; Cortés y cols., 2012; MSC, 2008; Selin, 2003).

Llama la atención que la mayoría de los grupos, realizan esta conducta con una frecuencia superior a lo que se considera el límite de riesgo (Anderson, 1996), aunque siempre por debajo de la frecuencia con la que consumen los CIA. Sin embargo, la cantidad de alcohol ingerida por los noCIA está dentro de un nivel de riesgo bajo, por lo que la frecuencia no supone, como en el caso de los CIA, un indicador de riesgo de consecuencias negativas asociadas.

Tanto el grupo noCIA de la UV como el grupo noCIA de la UCM, se iniciaron en el consumo a una edad más tardía que sus compañeros CIA, lo que coincide con investigación previa.

Como se ha comentado en la introducción, varios estudios establecen un vínculo entre un inicio precoz en el consumo y una mayor probabilidad de desarrollar un consumo abusivo o dependencia (Dennis y cols., DeWit y cols., 2000; Grant y Dawson, 1997; Oliva y cols., 2008). Al comparar los colectivos CIA-noCIA se confirma que los iniciados a menor edad en el consumo de alcohol son los que en estos momentos están realizando consumos de riesgo, por lo que nuevamente se verifica la tendencia de estas investigaciones.

Todos los grupos noCIA realizan un consumo de nivel de riesgo bajo, tanto en cantidad de consumo como en frecuencia realizada, lo que justifica la poca prevalencia de consecuencias asociadas al mismo.

Por lo que respecta a los efectos que esperan obtener de su consumo, destacan principalmente mejorar el estado de ánimo (alegría, euforia), las habilidades interpersonales (ser más habladores), y buscar la desinhibición.

En este caso, las expectativas no están distorsionadas, puesto que los efectos que esperan obtener coinciden con los que realmente experimentan.

Las consecuencias que mayormente reconocen estos colectivos son las relacionadas con los síntomas físicos propios de la intoxicación: resaca, malestar y vómitos.

Es posible que estas consecuencias hayan constituido un freno hacia un consumo intensivo de alcohol.

Objetivo específico 3. Determinar la existencia de diferentes tipologías de consumidores intensivos según los *gramos de alcohol ingeridos por episodio de consumo*, la *frecuencia de consumo al mes* y la *edad de inicio*. Al mismo tiempo, evaluar los determinantes cognitivos (motivos y expectativas) y las consecuencias asociadas al consumo que definen o caracterizan cada uno de los diferentes tipos de consumidores intensivos.

Los análisis de conglomerados (ver apartado 2 del capítulo de Resultados), han ofrecido cuatro grupos de consumidores intensivos: estudiantes de la UV con consumos extremos y moderados, y estudiantes de la UCM con consumos extremos y moderados.

Se diferencian claramente dos grupos en función de las cantidades de alcohol que ingieren. Un grupo que consume cantidades inferiores a los 90 gramos de alcohol por episodio -CIA moderado- y un segundo cuyas ingestas superan los 130 gramos de alcohol -CIA extremo-. Además, en ambos grupos hay tanto hombres como mujeres.

El grupo CIA extremo de la UCM consume mayor número de veces al mes -7 veces aproximadamente- que el grupo CIA extremo de la UV -6 veces aproximadamente-. Esta diferencia queda en segundo lugar dado que en ambos grupos la frecuencia de realización considerada como límite que marca una mayor probabilidad de consecuencias psicosociales -2 o más veces al mes- queda superada con creces. Esto viene a confirmar nuevamente la necesidad de incluir este indicador en la definición del CIA.

Es importante señalar que los dos grupos de consumo extremo realizan esta conducta con mayor frecuencia que los grupos de consumo moderado, aunque en estos últimos casos también se supera el límite establecido. Puede concluirse que se da un incremento de la frecuencia de consumo conforme los grupos ingieren mayores cantidades de alcohol. Este resultado viene a coincidir con investigaciones previas (Caamaño-Isorna y cols., 2008; Cortés y cols., 2013; Motos y Cortés, 2013; Parada y cols., 2011; Presley y Pimentel, 2006; Wechsler y cols., 1994; Wechsler y cols., 1998; Wechsler y Nelson, 2001, 2006).

Por otra parte, los dos grupos CIA extremos se iniciaron en el consumo de alcohol a una edad más temprana -14 años aproximadamente- que los grupos CIA moderados. Al respecto, la investigación previa ha demostrado que el inicio temprano en el consumo, junto con un patrón de ingesta de carácter intensivo, se relaciona con una mayor probabilidad de desarrollar un consumo abusivo y mayor prevalencia de dependencia (Dennis y cols., 2002; DeWit y cols., 2000; Oliva y cols., 2008).

En nuestro estudio puede concluirse que disminuye la edad a medida que los colectivos beben cantidades superiores de alcohol, coincidiendo con resultados de otros estudios realizados con poblaciones similares (Cadaveira,

2009; Calafat, 2007; Cortés, 2010, 2011; Cortés y cols., 2010; Cortés y cols., 2013; Kahler y cols., 2004; Motos y Cortés, 2013; Read y cols., 2008)

Dentro del colectivo CIA pueden diferenciarse distintos niveles de consumo. Por una parte, aquellos que consumen alrededor de 80 gramos de alcohol y una frecuencia de unos 3 días al mes. Y por otra parte, un grupo más extremo, tanto de consumo como de frecuencia.

Todos los grupos superan en cantidad -60/40g- y en frecuencia -2 o más veces al mes- el límite de riesgo a partir del cual se incrementa la probabilidad de aparecer consecuencias derivadas de esta conducta de consumo (Anderson, 1996; Babor y cols., 2001; Craford y cols., 2006; Gill y cols., 2009; MSC, 2008; NIAAA, 2002), estableciéndose, además, una posible relación paralela en función de estas variables que se comentará en el siguiente apartado de conclusiones: *a mayor cantidad y frecuencia, mayor problemática asociada a esta conducta de consumo*. Esta relación se ha comprobado en investigaciones anteriores (Ham y Hope, 2003; Knight, Wechsler Kuo, Seibring, Weitzman y Schuckit, 2002; Parada y cols., 2011; Wechsler y cols., 1994; Wechsler y Nelson, 2001).

Puede sorprender que la edad de inicio en el consumo sea superior a la que indican los últimos estudios (ESTUDES, 2010; Eurobarómetro, 2010), pero es evidente si se tiene en cuenta que en este trabajo se evalúa a universitarios y que la edad de inicio se incrementa conforme la edad cronológica de los entrevistados. Por ello, los adolescentes sitúan la edad de inicio en el consumo de alcohol a los 12.5 años, mientras que los jóvenes de 18 años lo hicieron a edades superiores -alrededor de los 14 años- (Anderson y Baumberg, 2006; Cortés y cols., 2007, 2008; Cortés y cols., 2010).

Respecto a los efectos que esperan obtener de su conducta de consumo, estudios previos comprobaron mayor grado de distorsión entre los jóvenes consumidores más extremos (Cortés, 2010, 2012; Cortés y cols., 2010; Cortés y col., 2013; Lyvers, Hasking, Hani, Rhodes. y Trew, 2009; Read y cols., 2006; Read, Wood, Kahler, Maddock y Palfai, 2003).

Estos resultados concuerdan con los obtenidos en el estudio que nos ocupa, en la mayoría de las expectativas y motivos evaluados. Sin embargo, dada la elevada distorsión que también manifiestan los colectivos CIA moderados, es conveniente que se trabajen en todos ellos por igual.

Entre las expectativas más distorsionadas, y mucho más conforme mayor son los gramos de alcohol ingeridos, están la idea de conseguir de este modo un **estado de ánimo positivo, diversión, desinhibición, mejora de las habilidades interpersonales**, y todo ello creyendo que el **consumo en esas cantidades es lo que suele hacerse cuando se está en momentos de celebración** especiales en la vida de una persona.

Además, es importante trabajar entre los consumidores extremos, independientemente de su lugar de procedencia, los motivos relacionados con la **búsqueda de efectos placenteros** (me gusta la sensación que produce) y **estimulantes** (me ayuda a aguantar más horas de fiesta), ya que precisamente en estos colectivos van a suponer un motor para continuar consumiendo, siendo realmente imposible conseguir nada de ello, debido a los efectos depresores de la propia sustancia.

También, es importante en el colectivo de consumidores extremos de la UV, desmontar la creencia normativa de pensar que **todos los jóvenes de su edad realizan un consumo similar** e incidir en las repercusiones que **una intoxicación continuada por alcohol tiene sobre sus capacidades personales**.

En todos los colectivos deben trabajarse las siguientes expectativas distorsionadas, ya que en ninguno de los grupos pueden alcanzarse debido a los altos niveles de consumo de alcohol que realizan: mejorar el estado de ánimo; mejorar las habilidades interpersonales; desinhibirse y divertirse. También es importante trabajar la normalización que se le da a asociar consumos de elevadas cantidades de alcohol como forma de celebrar cualquier evento.

En los consumidores extremos debe también incluirse la necesidad de remarcar los efectos de una sustancia depresora como el alcohol, desmontar la creencia normativa de que todos los iguales son CIA y finalmente ser consciente de qué supone la embriaguez para su organismo.

Se confirma la existencia de una mayor distorsión de expectativas (en número de ellas y en porcentaje de jóvenes que reconocen tenerlas) a medida que el patrón CIA es más extremo. Esto apunta resultados anteriores (Cortés, 2010, 1012; Cortés y cols., 2010; Cortés y cols., 2013; Lyvers y cols., 2009; Read y cols., 2006; Read y cols., 2003).

En cuanto a las consecuencias percibidas derivadas del consumo de alcohol, se ha demostrado en reiteradas ocasiones la existencia de una mayor probabilidad de experimentar consecuencias negativas a medida que se incrementa la cantidad de alcohol consumido (Cortés, 2010, 2012; Cortés y cols., 2010; Cortés y cols., 2013; Craford, McCabe y Boyd, 2006; Gill, Murdoch y O'May, 2009; Ham y Hope, 2003; MSC, 2008; Read y cols., 2006; Wechsler y cols., 1994; Wechsler y Nelson, 2001) y la frecuencia del consumo (Anderson, 1996; Babor y cols., 2001; Ham y Hope, 2003; Knight, y cols., 2002; NIAAA, 2002; Parada y cols., 2011; Presley y Pimentel, 2006; Wechsler y cols., 1994; Wechsler y Nelson, 2001); y conforme disminuye la edad de inicio en el consumo de alcohol (Cadaveira, 2009; Calafat, 2007; Cortés, 2010,



2011; Cortés y cols., 2010; Cortés y cols., 2013; Kahler y cols., 2004; Motos y Cortés, 2013; Read y cols., 2008).

Esta tendencia se encuentra al evaluar los grupos de jóvenes de este estudio, siendo los consumidores intensivos extremos los que experimentan mayor número de consecuencias (entre 9-11).

Además, entre los dos grupos CIA extremos, son los universitarios valencianos los que reconocen mayor número de consecuencias, pudiéndose deber, entre otras razones, a su inicio más temprano en el consumo de alcohol.

Este inicio justifica un consumo de alcohol más dilatado en el tiempo y por ello un incremento de la probabilidad de aparición de mayor número de problemas asociados a esta conducta.

La relación observada de mayor consumo y mayor número de consecuencias percibidas apoya los estudios que vinculan una edad de inicio precoz con una mayor probabilidad de quedar inmersos en el proceso adictivo (Dennis y cols., 2002; DeWit y cols., 2000; Grant y Dawson, 1997; Oliva y cols., 2008).

Las consecuencias que principalmente reconocen experimentar estos cuatro colectivos son las relacionadas con la **resaca; malestar y vómitos; dificultades para levantarse al día siguiente del consumo; lagunas de memoria y beber mayor cantidad de alcohol del previsto en un principio.**

Al igual que se comentó en el objetivo 2, sería importante incluirlas todas ellas como herramientas de trabajo del profesional que diseña y lleva a cabo la intervención con estos colectivos.

Una de las más reconocidas por parte de los consumidores extremos de ambas universidades, es el darse cuenta de que **necesitan mayor cantidad de alcohol para notar sus efectos que hace unos años.**

Es importante subrayar que los grupos CIA extremos y moderados de la UV afirman **no comer bien o saltarse comidas** cuando beben alcohol (desajustes alimentarios) y **arrepentirse de haber hecho o dicho algo durante el consumo**.

En menor medida, destacan en todos los grupos, problemas de carácter interno/emocional (**sentir tristeza, culpa o vergüenza**) y entre los consumidores extremos y moderados valencianos, algunos problemas de carácter socio-interpersonal (**conflictos y discusiones con gente cercana** y llegar a **decir cosas duras o crueles a causa de su consumo**).

Más concretamente, el grupo CIA extremo de la UV reconoce experimentar problemas asociados al **consumo de otras drogas durante la ingesta de alcohol, dificultades para frenar el consumo una vez que ya ha empezado y causar vergüenza a otros por su forma de consumo**.

Entre las consecuencias que reconocen experimentar, las más destacadas en todos los grupos son: Síntomas propios de la intoxicación (resaca, dificultades para levantarse al día siguiente a la hora habitual, malestar y vómitos y el olvido de acontecimientos vividos durante el momento de la ingesta) y pérdida de control en el consumo (beber mayor cantidad de alcohol del que habían planeado en un principio).

También son importantes para los grupos CIA extremos y moderados de la UV: desajustes alimentarios durante el consumo de alcohol y arrepentirse de haber dicho o hecho algo mientras estaban ingiriendo alcohol.

Para los consumidores extremos de la UV y de la UCM: necesitar mayores cantidades de alcohol que antes para notar los mismos efectos (tolerancia).

Al igual que ocurría con las expectativas distorsionadas, también en este caso se observa un mayor reconocimiento de consecuencias derivadas de realizar un CIA a medida que esta conducta de consumo es más extrema. Esto viene a confirmar la investigación previa al respecto (Anderson, 1996; Babor y cols., 2001; Cortés, 2010, 2012; Cortés y cols., 2008; Cortés y cols., 2010; Cortés y cols., 2011; Cortés y cols., 2013; Craford, McCabe y Boyd, 2006; Gill, Murdoch y O'May, 2009; Ham y Hope, 2003; MSC, 2008; NIAAA, 2002; Presley y Pimentel, 2006; Read, y cols., 2006; Wechsler y cols., 1994; Wechsler y cols., 1998; Wechsler y cols., 2000; Wechsler y Nelson, 2001; Wechsler y cols., 2002).

Objetivo específico 4. Evaluar la adecuación del Test de Identificación de Trastornos relacionados con el Uso de Alcohol -AUDIT- (Babor, De La Fuente, Saunders y Grant, 1989) para detectar el consumo intensivo de alcohol.

Tal como se ha podido comprobar en el apartado de resultados correspondiente, existe un elevado porcentaje de jóvenes CIA que no son identificados como consumidores de riesgo según el AUDIT (entre el 25 y 40% de los consumidores extremos y entre el 56 y 63% de los consumidores moderados), siendo mayor el error entre los CIA moderados. El grupo mejor identificado por esta escala es el de las mujeres CIA extremas de la UCM, con más del 80%. En cambio, el colectivo de varones con consumos moderados es el peor parado, pues cerca del 80% de ellos no son detectados como consumidores de riesgo.

Además, si atendemos a los puntos de corte considerados en este estudio (Cherpitel y cols., 1995):  $\leq 6$  en mujeres y  $\leq 8$  en varones, únicamente los grupos consumidores extremos superan estos límites.

Si tenemos en cuenta las puntuaciones de cada uno de los diez ítems que forman el AUDIT, en general los consumidores extremos de ambas muestras universitarias, obtienen mayores puntuaciones en cada uno de ellos. Concretamente, los ítems más representativos para todos los colectivos son los tres primeros, que reflejan el patrón de consumo -cantidad consumida-.

De ellos, el tercero trata de medir un consumo concentrado de seis o más consumiciones por ocasión, lo que genera dificultades, ya que no contempla una diferenciación por sexo. Por este motivo, muchas mujeres CIA (superan los 40 gramos de alcohol) no son identificadas por este ítem como consumidoras de riesgo. En general se observa una mayor frecuencia de varones con consumos extremos que sobrepasan este límite (6 o más consumiciones por ocasión) que de mujeres CIA extremas o moderadas.

Otro error atribuible a este ítem es que utiliza el número de consumiciones para medir el consumo. Al respecto, tal como se ha comentado en la primera parte de este trabajo, existe literatura que considera esta medida demasiado confusa para ajustar la cantidad real de alcohol consumido, ya que no tiene en cuenta el tipo de alcohol, ni el tamaño de los recipientes. En este caso, se aconseja como medida más exacta y fiable utilizar los gramos de alcohol puros vertidos en una consumición (Brick, 2006; Selin, 2002).

Todo ello lleva a considerar que este ítem es poco representativo para esta población, a pesar de ser el único que trata de dar cuenta de un consumo concentrado. Sería importante, en caso de querer continuar utilizando este instrumento ajustar este ítem 3 a los criterios de evidencia científica que definen

---

un consumo intensivo en España -gramos de alcohol en un intervalo de dos horas-.

El resto de ítems de la escala también se muestran poco representativos para estos jóvenes, ya que las puntuaciones medias alcanzadas en todos los grupos son muy bajas. Este resultado coincide con el obtenido con otras muestras (Cortés, Luque, Giménez y Motos, 2012; Cortés, Motos, Giménez, Tomás y Espejo, 2011; Cortés, Sancerni, Giménez, y Motos, 2013; Devos-Comby y Lange, 2008).

La baja discriminación de estos jóvenes en la mayoría de los ítems, puede deberse a la falta de ajuste que se aprecia en el contenido, ya que representan consecuencias mucho más severas, propias de la dependencia o abuso, que están alejadas de las que caracterizan a estos estudiantes (Clements, 1998; Cortés y cols., 2013; Devos-Comby y Lange, 2008; Espejo, Donat y Cortés, 2010; Kokotailo y cols., 2004; Kahler y cols., 2004; O'Hare y Sherrer, 1999).

La mayoría de los universitarios CIA no son identificados como consumidores de riesgo por el AUDIT, sobre todo los que realizan consumos moderados.

Los tres primeros ítems, referidos al patrón de consumo, son los que mejor identifican a esta población. Sin embargo, el ítem 3 que mide el consumo intensivo, no diferencia entre hombres y mujeres a la hora de determinar el número de consumiciones necesarias, lo que genera muchos falsos positivos, impidiendo identificar a una buena parte de la población femenina CIA.

El resto de ítems, referidos a los síntomas de dependencia (4-6) y a las consecuencias asociadas al consumo (7-10), no se ajustan a los problemas propios de esta población. Un ejemplo de ello es el ítem que hace referencia a

tomar alguna bebida alcohólica nada más levantarse por la mañana, después de haber bebido el día anterior.

En resumen, el patrón de consumo juvenil CIA no está bien recogido por el AUDIT. Sería necesario ajustar el ítem 3 considerando la operacionalización del CIA del MSC (2008), limitar los ítems relacionados con dependencia (estos no han sido bien evaluados ni en el AUDIT, ni tampoco en el IECI), dejando alusión solo a la tolerancia y sustituyendo las consecuencias incluidas en los últimos cuatro ítems por otras más propias del colectivo CIA.

Además, sería recomendable no olvidar que el AUDIT es tan solo un instrumento de detección de un posible consumo de riesgo, por lo que no va a ser suficiente ni para confirmar este consumo ni para planificar una intervención a realizar con estos colectivos.

Objetivo específico 5. Revisar las diferentes actuaciones preventivas que se realizan en la Unión Europea, dirigidas a esta población de riesgo. Al mismo tiempo, explorar si realizan una evaluación de necesidades ajustada, y aportar mejoras para optimizar la intervención.

Con el fin de averiguar a qué aspectos se les presta mayor atención en las actuaciones preventivas dirigidas a jóvenes consumidores de alcohol, se llevó a cabo una búsqueda en la base de datos del *European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction (EMCDA)* del Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías (OEDT), de medidas preventivas de carácter selectivo e indicado.

Únicamente se encontraron diez programas de carácter selectivo y uno de carácter indicado que iban dirigidos a este colectivo.

Una ventaja de la mayoría de estos programas es que realizan una intervención desde distintos ámbitos -escolar, familiar o comunitario- (multidisciplinar).

Con este propósito, consiguen actuar sobre factores de riesgo presentes en los diferentes contextos en los que se desenvuelve el joven, para reforzar desde otros ámbitos los efectos que se van consiguiendo y alcanzar al máximo los resultados esperados. Por ejemplo, si se trabajan aspectos relacionados con el entrenamiento de la toma de decisiones en la escuela, éstas también deben reforzarse en otros contextos, como en casa o con el grupo de iguales, etc.

Otro punto fuerte de estas actuaciones es que trabajan objetivos que han mostrado ser eficaces en intervenciones específicas -selectivas/indicadas- (CSAP, 2004), como reducir el consumo, prevenir el abuso de sustancias, disminuir factores de riesgo, modificar actitudes, etc.

Si se atiende a cada uno de los programas evaluados, se diferencian claramente dos grupos:

El primer grupo (*Youth Counselling Centre: WAGGON; Rave Against Drugs; Face to Fac; Blands Bands on the Move* o el *Prevention Centre for Children and Youth ALTUM*) utiliza estrategias de carácter informativo, que persiguen sensibilizar y concienciar al grupo, aportando información sobre el consumo de sustancias y daños asociados, con el objetivo de conseguir un cambio de actitud.

El problema es que el tipo de estrategias que utilizan son consideradas demasiado superficiales e insuficientes para conseguir un cambio por sí solas.

Principalmente, las intervenciones que aplican son de carácter puntual, en las que se imparten charlas informativas y actividades de ocio alternativas con el objetivo de promover un estilo de vida saludable en el que no esté

presente el uso de drogas. Sin embargo, son insuficientes si no se combinan con otras intervenciones de carácter formativo, como las que se comentarán en el segundo grupo.

Otro punto débil de estos programas es que su intervención abarca una franja de edad muy amplia. Esto implica que los grupos en los que trabajan son poco homogéneos y por tanto resulte imposible aplicar una intervención específica, característica de los programas selectivos o indicados.

Además, carecen de objetivos bien definidos, sin detallar de manera precisa las estrategias específicas desarrolladas dentro de cada práctica.

Del mismo modo, se observa una falta de especificación en los indicadores de evaluación, resultando demasiado superficiales, y dificultando, de este modo, su medición -objetivo primordial de toda medida preventiva-.

El segundo grupo de actuaciones (*SUSPERTU: Adolescent Support Programme; Counselling Intervention for Students with Psychosocial Problems; Madrid Municipal Government Intervention Programme for Adolescents; Weekend's Coming: Prevention of Adolescent Alcohol and Ecstasy Use* y *Pre-Venture: Personality-Targeted Interventions for Adolescent Alcohol Misuse*), utiliza estrategias de carácter formativo.

Estas incluyen un plan de acción integral (individuo-contexto), focalizado en las necesidades específicas del adolescente o de un grupo en concreto. Además, algunos de los programas inciden en la importancia del trabajo motivacional, obteniendo, de este modo, un proyecto de intervención preventivo mucho más completo que los comentados anteriormente.

Generalmente, incluyen servicio de orientación a los profesionales, colaboración con otros servicios sociales, y asesoramiento y formación a las familias.



Las estrategias que aplican se basan en aportar información para ampliar el conocimiento y ofrecer asesoramiento individualizado a grupos reducidos o al individuo en concreto, utilizando técnicas dirigidas al cambio, como entrenamiento en habilidades socio-interpersonales y de resistencia, entrenamiento en toma de decisiones y resolución de conflictos. Incluso, algunas introducen aspectos emocionales, como el aumento de la autoestima.

Por tanto, persiguen influir en el comportamiento del grupo o de la persona, ayudándole a que adquiera habilidades que le permitan tener la capacidad de tomar sus propias decisiones y afrontar las situaciones de riesgo.

Además, muchas de estas actuaciones realizan evaluaciones de seguimiento para observar la eficacia de las mismas, tiempo después.

En concreto, el *Pre-Venture: Personality-Targeted Interventions for Adolescent Alcohol Misuse*, es uno de los pocos programas escolares de prevención selectiva con efectos a largo plazo sobre la conducta CIA de los adolescentes, pese a no estar diseñado específicamente para intervenir sobre este sector de consumidores (Conrod, Castellanos y Strang, 2010; Conrod, Comea y Maclean, 2006; Lammers y cols., 2011). Los resultados mostraron una reducción del CIA, del consumo semanal y de los problemas relacionados a los 2, 6 y 12 meses (Lammers y cols., 2011).

El *Weekend's Coming: Prevention of Adolescent Alcohol And Ecstasy Use*, es el único de todos los programas analizados que trabaja con jóvenes consumidores intensivos. Se centra principalmente en desmontar los efectos que esperan obtener de su conducta de consumo (motivos y expectativas distorsionadas). Estos son, la búsqueda de estímulos positivos (sensaciones de placer), de escape/evitación de estímulos negativos (infelicidad), o por motivos de índole social (persuasión o invitación a través de los amigos) y facilitar las relaciones interpersonales (el efecto de desinhibición).

A pesar de obtener buenos resultados a nivel de consumo (reducción del consumo de alcohol y del número de intoxicaciones durante el último mes en jóvenes CIA), no se evalúa si ha habido cambios en los determinantes cognitivos trabajados.

Además, no se ha realizado previamente una evaluación de las necesidades, lo que implica que algunas de las expectativas propias del colectivo CIA no sean recogidas por el programa, como por ejemplo, la búsqueda de los efectos estimulantes de la sustancia para aguantar más horas de fiesta, la sensación subjetiva de perder la noción del tiempo durante el consumo, la diversión asociada con el consumo de alcohol, la borrachera, así como creencias normativas del consumo de alcohol en momentos especiales.

Existe una carencia de planteamientos de prevención selectiva e indicada ajustados a las necesidades de la población CIA, dentro del marco de la Unión Europea. La razón principal es que la mayoría de intervenciones intentan llegar a un grupo de riesgo más amplio -jóvenes en riesgo o que abusan de sustancias en general-, y las que se dirigen a este colectivo no evalúan toda la severidad que comporta esta problemática.

Como consecuencia se adoptan medidas similares al resto de intervenciones preventivas, sin ahondar en las verdaderas necesidades de los jóvenes CIA: *determinantes cognitivos* (e.g. mejora de las relaciones interpersonales, del estado de ánimo, la búsqueda de la desinhibición, de los efectos placenteros y estimulares, llegar a la borrachera, etc.) y *consecuencias asociadas al consumo*, (e.g. síntomas físicos de la intoxicación, pérdida del control en el consumo, tolerancia, etc.).

A partir de estas observaciones, se recomienda que en las actuaciones preventivas dirigidas a este colectivo se lleve a cabo una primera evaluación de

necesidades para determinar con mayor precisión la gravedad del problema, ayudándose de instrumentos de *screening* ajustados a esta población (e.g. *Instrumento de Evaluación del Consumo Intensivo -IECI-*, adaptado a la población española).

Este tipo de instrumentos constituyen una herramienta imprescindible para diseñar un buen programa de intervención, ya que aportan información precisa de los antecedentes (expectativas, motivos y creencias) y de los consecuentes (consecuencias negativas asociadas al consumo) del grupo diana.

Por último, **se exige la necesidad urgente de desarrollar medidas preventivas de carácter selectivo/indicado dirigidas a este colectivo**, dada la elevada prevalencia de jóvenes consumidores CIA. También hay que considerar el peligro que implica para los jóvenes realizar esta conducta de consumo, asociada a consecuencias psicosociales y neuropsicológicas.

### **Limitaciones del Estudio y Líneas Futuras de Investigación**

Los resultados y alcances de este estudio deben manejarse con cautela al haberse realizado tan solo con muestras de universitarios con unas características psicológicas y socioculturales determinadas. Sería adecuado poder ampliar esta investigación a jóvenes de similares características de la población española general.

Además, sería muy importante ampliar la franja de edad de la muestra a evaluar, ya que el consumo intensivo de alcohol se detecta desde los 14 años y va incrementándose hasta alcanzar su máxima representación en la franja de edad de los 20 a 24 años (EDADES, 2009, 2011). Esto permitiría comprobar el ritmo de aparición de las consecuencias adversas derivadas del consumo conforme aumenta la edad y al mismo tiempo evaluar la permanencia o no de las mismas conforme desaparece o se aminora el nivel de consumo.

Otro aspecto a mejorar en estudios donde se evalúa el patrón de consumo juvenil de alcohol es reajustar los gramos que se atribuyen a cada consumición (10 gramos a fermentados o 20 gramos a destilados) basándose en los valores de las UBEs actuales.

El valor de la UBE (1 fermentado=1 UBE=10 gramos de alcohol) no se ajusta a la cantidad de alcohol que consumen realmente estos jóvenes. No hay que olvidar que se caracterizan por servirse ellos sus propias consumiciones, utilizando para ello envases peculiares que suelen diferir de los que se utilizan en establecimientos públicos. Esto lleva asociado consumiciones con mayor número de gramos de alcohol (Devos-Comby y Lange, 2008; Giménez y cols., 2010, 2011; Graves y Kaskutas, 2002; Stockwell y Honing, 1990; White y cols., 2013).

Por ello es importante en futuras investigaciones utilizar como medida más exacta el cálculo de los gramos de alcohol puros vertidos en cada consumición (Brick, 2006; Selin, 2003), o en su defecto las estimaciones que van obteniéndose en los sucesivos estudios realizados para concretar estos niveles (Giménez y cols., 2010, 2011).

A partir de los conocimientos aportados por este estudio sobre los determinantes cognitivos y las consecuencias características del colectivo CIA sería conveniente revisar los programas de prevención universal que se están aplicando actualmente, dado que no están siendo efectivos para frenar la aparición del patrón CIA. Por otra parte, estos conocimientos permiten también poder diseñar actuaciones de prevención selectiva, fundamentadas en un marco teórico que considere tanto los aspectos motivacionales que permitan incrementar la predisposición al cambio -centrándose en la ambivalencia-, como los determinantes de la conducta -creencias, expectativas y control percibido-.

## **BIBLIOGRAFÍA**



- Al-Halabí, S., Errasti, J.M., Fernández, J.R., Carballo, J.L., Secades, R. y García, O. (2009). El colegio y los factores de riesgo familiar en la asistencia a programas de prevención familiar del consumo de drogas. *Adicciones*, 21, 39-48.
- Alonso, F., Esteban, C., Calatayud, C., Montoro, L. y Alamar, B. (2004). *Los jóvenes en el tráfico: circunstancias culturales, sociales y psicológicas*. Edita: Attitudes. Con la colaboración del Instituto Universitario de Tráfico y Seguridad Vial (INTRAS).
- Alonso, D., Freijo, E. y Freijo, A. (1996). *La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Alvira, F. (1999). *Manual para la elaboración y evaluación de programas de prevención del abuso de drogas*. Madrid: Agencia Antidroga, Comunidad de Madrid.
- Allen, J.P. y Columbus, M. (Eds.) (1995). *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers*. Washington, DC: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Substance Abuse. (2001). Alcohol use and abuse: a pediatric concern. *Pediatrics*, 108, 185-189.
- Anderson, P. (1996). *Alcohol and primary health care*. WHO Regional Publications, European Series, N°. 64. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Anderson, P. (2007). *Binge drinking and Europe*. London: Institute of Alcohol Studies. Disponible en: [http://www.dhs.de/web/dhs\\_international/php/daten/Reviews/PHPReport\\_on\\_binge\\_drinking.pdf](http://www.dhs.de/web/dhs_international/php/daten/Reviews/PHPReport_on_binge_drinking.pdf)
- Anderson, P. y Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies, 2006.
- Arata, C.M., Stafford, J. y Tims, M.S. (2003). High school drinking and its consequences. *Adolescence*, 38, 567-579.
- Arbex, C. (2002). *Guía de intervención: menores y consumo de drogas*. Madrid: ADES.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Gram, K. y cols. (2003). *Alcohol no ordinary commodity: Research and Public policy*. New York: Oxford.
- Babor, T.F., 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*. Geneva, World Health Organization, 2nd edition.

- Baer, J.S., Kivlahan, D.R., Blume, A.W., McKnight, P. y Marlatt, G.A. (2001). Brief intervention for heavy-drinking college students: 4-year followup and natural history. *American Journal of Public Health, 91*, 1310-16.
- Battistich, V., Solomon, D., Watson, M. y Schaps, E. (1997). Caring school communities. *Educational Psychologist, 32*(3), 137-151. University Press.
- Becoña, E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. y Cortés, M.T. (2011). *Manual de adicciones para PIREs en formación*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Beirness, D.J., Foss, R.D. y Vogel-Sprott, M. (2004). Drinking on Campus: Self-Reports and Breath Tests. *Journal of Studies on Alcohol, 65*, 600-604.
- Bennett, M.E., Miller, J.H. y Woodall, W.G. (1999). Drinking, binge drinking, and other drug use among southwestern undergraduates: Three-year trends. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 25*(2), 331-350.
- Bjerre, B. (2005). Primary and secondary prevention of drink driving by the use of alcoholock device and program: Swedish experiences. *Accident Analysis and Prevention, 37*, 1145-1152.
- Bloomfield, K., Stockwell, T., Gmel, G. y Rehn, N. (2003). International comparisons of alcohol consumption. *Alcohol Research Health, 27*, 95-109.
- Bonomo, Y., Coffey, C., Wolfe, R., Lynskey, M., Bowes, G. y Patton, G. (2001). Adverse outcomes of alcohol use in adolescents. *Addiction, 96*, 1485-1496.
- Botvin, G.J., Baker, E. y Dusenbury, L. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial. *Journal of the American Association, 273*, 1106-1112.
- Bradley, K.A., Bush, K.R., Davis, T.M., Dobie, D.J., Burman, M.L., Rutter, C.M. y Kivlahan, D.R. (2001). Episodic heavy drinking among female Veterans Affairs patients: Prevalence and associated risks. *Psychology of Addictive Behaviors, 15*, 297-305.
- Bradley, K.A., Bush, K.R., Epler, A.J., Dobie, D.J., Davis, T.M., Sporleder, J.L. y Kivlahan, D.R. (2003). Two brief alcohol-screening tests From the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation in a female Veterans Affairs patient population. *Archives of Internal Medicine, 163*, 821-829.
- Brick, J. (2006). Standardization of alcohol concentrations in research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 30*, 1276-1287.
- Brismar, B. y Bergman, B. (1998). The significance of alcohol for violence and accidents. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22*, 2995-3065.



- Brown, S.A. y D'Amico, E.J. (2000). Facilitating adolescent self-change for alcohol problems: A multiple brief intervention approach. Presentado en *108<sup>th</sup> Annual Convention on the American Psychological Association*. Washington.
- Brown, S.A., Tapert, S.F., Granholm, E. y Delis, D.C. (2000). Neurocognitive functioning of adolescents: Effects of protracted alcohol use. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *24*, 164-171.
- Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M. y cols. (1975). Alcohol control policies in public health perspective. Helsinki, The Finnish Foundation for Alcohol Studies.
- Caamaño-Isorna, F., Corral, M., Parada, M. y Cadaveira, F. (2008). Factors associated with risky consumption and heavy episodic drinking among spanish university students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *69*, 308-312.
- Cadaveira, F. (2009). Alcohol y cerebro adolescente. *Adicciones*, *21*, 9-14.
- Cadaveira, F. (2010). Consecuencias neurocognitivas: estudio de seguimiento en jóvenes españoles que realizan binge drinking. Trabajo presentado en el Seminario Consumo Intensivo de Alcohol en Jóvenes: conocimiento, alternativas y viabilidad. Mayo, Valencia.
- Cahalan, D., Cisin, I.H. y Crossley, H.M. (1969). *American Drinking Practices, A National Study of Drinking Behavior and Attitudes. Monograph No.6*. New Brunswick: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Calafat, A. (2007). El abuso de alcohol de los jóvenes en España. *Adicciones*, *19*, 217-224.
- Calafat, A., Adrover, D., Juan, M. y Blay, N. (2008). Relación del consumo de alcohol y drogas de los jóvenes españoles con la siniestralidad vial durante la vida recreativa nocturna en tres comunidades autónomas en 2007. *Revista Española Salud Pública*, *82*, 323-331.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Castillo, A., Fernández, C., Franco, M., Pereiro, C. y Ros, M. (2005). El consumo de alcohol en la lógica del botellón. *Adicciones*, *17*, 193-202.
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Carey, K.B. (2001). Understanding binge drinking: Introduction to the special issue. *Psychology of Addictive Behaviors*, *15*, 283-286.
- Center for Substance Abuse Prevention (1997). *Selected findings in prevention. A decade of results from the Center for Substance Abuse Prevention (CSAP)*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Center for Substance Abuse Prevention (2001). *Principles of substance abuse prevention*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.

- Center for Substance Abuse Prevention (2004). SAMHSA Model Programs. Effective Substance Abuse and Mental Health Programs for Every Community. Disponible en: <http://modelprograms.samhsa.gov/>.
- Chambers, R.A., Taylor, J.R. y Potenza, M.N. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1041-1052.
- Chatterji, P., Dave, D., Kaestner, R. y Markowitz, S. (2004). Alcohol abuse and suicide attempts among youth. *Economics and Human Biology*, 2, 159-180.
- Chermack, S.T., Walton, M.A., Fuller, B.E. y Blow, F.C. (2001). Correlates of expressed and received violence across relationship types among men and women substance abusers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 140-150.
- Cherpitel, C.J., Bond, J., Ye, Y., Borges, G., Macdonald, S. y Giesbrecht, N. (2003). A cross-national meta-analysis of alcohol and injury: data from the Emergency Room Collaborative Alcohol Analysis Project (ERCAAP). *Addiction*, 98, 1277-1286.
- Cherpitel, C.J. y Rodríguez-Martos, A. (2005). Screening for alcohol problems and Brief Intervention in the Emergency Department: Opportunity for Prevention. *Adicciones*, 17, 181-192.
- Cherpitel, C.J., Tam, T., Midanik, L., Caetano, R. y Greenfield, T. (1995). Alcohol and nonfatal injury in the US general population: a risk function analysis. *Accident Analysis Prevention*, 27, 651-661.
- Chisholm, D., Rehm, J., Van Ommeren, M. y Monteiro, M. (2004). Reducing the Global Burden of Hazardous Alcohol Use: a Comparative Cost-Effectiveness Analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, 782-93.
- Cho, Y.I., Johnson, T.P. y Fendrich M. (2001). Monthly variations in self-reports of alcohol consumption. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(2), 268-72.
- Cisin, I.H. y Cahalan, D. (1968). Comparison of abstainers and heavy drinkers in a national survey. *Psychol. Res. Rep.*, 24, 10-22.
- Clements, R. (1998). A critical evaluation of several alcohol screening instruments using the CIDI-SAM as a criterion measure. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 985-993.
- Conrod, P.J., Castellanos-Ryan, 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, 85-93.
- Conrod, P.J., Comea, 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, 490-504.

- Cortés, M.T. (2005). *Aspectos psicosociales del fenómeno del botellón: Pasado, presente y futuro*. Ponencia invitada al VI Fórum. El botellón: Causas, Efectos y Alternativas, Palma de Mallorca.
- Cortés, M.T. (2006). *Realidad del fenómeno botellón: ¿hacia donde vamos?* Comunicación presentada en el 20 Congreso Sociedad, Familia y Drogas (FAD). Valencia.
- Cortés, M.T. (2007). *¿Se corresponden las alternativas con las necesidades reales?* XXXIV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, Valencia.
- Cortés, M.T. (2008). *Episodio de Consumo intensivo de Alcohol y botellón*. Trabajo presentado en la Conferencia internacional EMNA/FARE. Alcohol, familia y jóvenes. Prevención y tratamiento, noviembre, Madrid.
- Cortés, M.T. (2010). *Debates en drogodependencias: Aspectos sociales y de salud en el botellón: obligados a entenderse*. Valencia: Plan Municipal de Drogodependencias. Ayuntamiento de Valencia.
- Cortés, M.T. (2012). *Determinantes psico-sociales relacionados con el consumo intensivo de alcohol de mujeres jóvenes*. Trabajo presentado en las XIV Jornadas asociación Proyecto hombre. Jóvenes y alcohol: enfocando una realidad, Madrid.
- Cortés, M.T., Espejo, B., Del Río, B. y Gómez, C. (2010). Tipologías de consumidores de alcohol dentro de la práctica del botellón en tres ciudades españolas. *Psicothema*, 22(3), 363-368.
- Cortés, M.T., Espejo, B. y Giménez, J.A. (2007). Características que definen el fenómeno del botellón en universitarios y adolescentes. *Adicciones*, 19(4), 357-372.
- Cortés, M.T., Espejo, B. y Giménez, J.A. (2008). Aspectos cognitivos relacionados con la práctica del botellón. *Psicothema*, 20, 396-402.
- Cortés, M.T., Espejo, B., Giménez, J.A., Mestre, M.V., Samper, P., Nácher, M.J. y Dolz, L. (2006). *Peculiarities in high consumption of alcohol in youths. Is there a Worldwide tendency?* Comunicación presentada en el 26<sup>th</sup> International Congress of Applied Psychology, Athens.
- Cortés, M.T., Espejo, B., Giménez, J.A., y Motos, P. (2011). *Evaluación de las consecuencias psicosociales que derivan del consumo intensivo de alcohol en estudiantes universitarios*. Trabajo presentado en las XXXVIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, Madrid.
- Cortés, M.T.; Luque, L.; Giménez, J.A. y Motos, P. (2012). *Utilidad del AUDIT para identificar jóvenes consumidores intensivos de alcohol en España y Argentina*. Trabajo presentado en las XXXIX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, Tarragona.

- Cortés, M.T., Motos, P., Giménez, J.A., Tomás, I. y Espejo, B. (2011). *AUDIT functioning in the identification of alcohol intensive consumption by youngster*. Trabajo presentado en el Congreso Internacional Global Addiction.
- Cortés, M.T., Sancerni, M.D., Giménez, J.A. y Motos, P. (2013). *Ajuste de diferentes versiones del AUDIT para dar cuenta del Consumo Intensivo de Alcohol*. Trabajo presentado en las XL Jornadas Nacionales Socidrogalcohol, Murcia.
- Cortés, M.T., Tomás, I., Motos, P. y Giménez, J.A. (2013). *Assessment of the binge drinking consequences in spanish youth*. Presentada en el International Psychological Applications Conference and Trends, Madrid.
- Courtney, K.E. y Polich, J. (2009). Binge drinking in young adults: Data, definitions, and determinants. *Psychological Bulletin*, 135, 142-156.
- Craig, G.J. (1997). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall.
- 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, 1896-1905.
- Crego, A., Rodríguez-Holguín, S., Parada, M., Mota, N., Corral, M. y Cadaveira, F. (2009). Binge drinking affects attentional and visual working memory processing in young university students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33, 1870-1879.
- Crick, N.R. y Zahn-Waxler, C. (2003). The development of psychopathology in females and males: Current progress and future challenges. *Development and Psychopathology*, 15, 719-742.
- Cuijpers, P., Scholten, M. y Conijn, B. (2006). *Verslavingspreventie: een overzichtsstudie* Den Haag: ZonMw.
- D'Amico, E., McCarthy, D., Appelbaum, M., Metrik, J., Frissell, K. y Brown, S. (2002). Progression Into and Out of Binge Drinking Among High School Students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 341-349.
- Davey, J., Davey, T. y Obst, P. (2002). Alcohol consumption and drug use in a sample of Australian university students. *Youth Studies Australia*, 21, 25-32.
- DeBellis, M.D., Clark, D.B., Beers, S.R., Soloff, P.H., Boring, A.M., Hall, J., Kersh, A. y Keshavan, M.S. (2000). Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 737-744.
- DeBellis, M.D., Keshavan, M., Shifflett, H., Iyengar, S., Dahl, R., Axelson, D.A., y cols. (2002). Superior temporal gyrus volumes in pediatric generalized anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 51, 553-562.
- Degenhardt, L., Dillon, P., Duff, C. y Ross, J. (2006). Driving, drug use behaviour and risk perceptions of nightclub attendees in Victoria, Australia. *International Journal of Drug Policy*, 17, 41-46.

- DeJong, W. (2001). Finding common ground for effective campus-based prevention. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 292-296.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2012. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/PlanAccion2009\\_2012.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/PlanAccion2009_2012.pdf)
- Dennis, M., Babor, T.F., Roebuck, M.C. y Donaldson, J. (2002). Changing the focus: the case for recognizing and treating cannabis use disorders. *Addiction*, 97(Suppl. 1), 4-15.
- Devos-Comby, L. y Lange, J.E. (2008). Standardized Measures of Alcohol-Related Problems: A Review of Their Use Among College Students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 349-361.
- DeWit, D.J., Adlaf, E.M., Offord, D.R. y Ogborne, A.C. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 745-750.
- Diario Oficial de la Comunidad Valenciana. Presidencia de la Generalitat. *LEY 14/2010, de 3 de diciembre, de la Generalitat, de Espectáculos Públicos, Actividades Recreativas y Establecimientos Públicos*. Num. 6414/10.12.2010.
- Diario Oficial de la Comunidad Valenciana. Consellería de Gobernación. *ORDEN 13/2011, de 22 de diciembre, de la Conselleria de Gobernación, por la que se regulan los horarios de espectáculos públicos, actividades recreativas y establecimientos públicos, para el año 2012*. Num. 6688/29.12.2011.
- Díaz, R. y Ferri, M.J. (2002). Intervención en poblaciones de riesgo (1): los hijos de alcohólicos. *Adicciones*, 14 (Supl. 1), 353-374.
- Dirección General de Tráfico (2010). *Las principales cifras de la siniestralidad vial, España 2010*. Observatorio Nacional de Seguridad Vial (Madrid).
- Duff, C. y Rowland, B. (2006). "Rushing Behind the Wheel": Investigating the Prevalence of Drug Driving among Club and Rave Patrons in Melbourne, Australia". *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 13, 299-312.
- Ehlers, C.L., Phillips, E., Finnerman, G., Gilder, D., Lau, P. y Criado, J. (2007). P3 components and adolescent binge drinking in Southwest California Indians. *Neurotoxicology and Teratology*, 29, 153-163.
- Emmen, M.J., Schippers, G.M., Bleijenberg, G. y Wollsheim, H. (2004). Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting: systematic review. *British Medical Journal*, 328, 318-322.
- Engs, R.C. (1977). Drinking patterns and drinking problems of college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 2144-2156.

- Espada, J.P., Méndez, F.X. e Hidalgo, M.D. (2000). Consumo de alcohol en escolares: descenso de la edad de inicio y cambios en los patrones de ingesta. *Adicciones*, 20, 57-64.
- Espejo, B., Donat, P. y Cortés M.T. (2010). *Falsos positivos en la identificación de jóvenes que realizan consumo intensivo de alcohol*. Trabajo presentado en el VI Congreso Iberoamericano de Psicología, Oviedo.
- Eurocare (2003). *Drinking and Driving in Europe*. A Eurocare Report to the European Union. Recuperado en: <http://www.eurocare.org/publications/papers.html>
- European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2003). *Selective prevention: First overview on the European situation*. Lisbon: EMCDDA.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2009). *Annual Report 2009*. Disponible en: [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_93236\\_EN\\_EMCDAR2009\\_EN.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_93236_EN_EMCDAR2009_EN.pdf)
- European Union (2010). *Special Eurobarometer 331: EU citizens' attitudes towards alcohol*. Brussels: EU.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, 252, 1905-1907.
- Faden, V.B. y Goldman, M. (2005). The effects of alcohol on physiological processes and biological development. *Alcohol Research and Health*, 28, 125-132.
- Farke, W. y Anderson, P. (2007). El consumo concentrado de alcohol en Europa. *Adicciones*, 19, 333-340.
- Federación Española de Municipios y Provincias. *Modelo de Ordenanza Reguladora del Consumo Indebido de Bebidas Alcohólicas*. Madrid, Federación Española de Municipios y Provincias, Ministerio del Interior, 2003.
- Foxcroft, D.R., Ireland, D., Lister-Sharp, D.J., Lowe, G. y Breen, R. (2002). Long-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*, 98, 397-411.
- Franciscus, A. (2006). El alcohol y el hígado. *Alcohol and the liver*, 1, 1-2.
- García del Castillo, J.A., López-Sánchez, C., Quiles, M.C. y García del Castillo-López, A. (2009). Descripción y análisis de la publicidad de alcohol en la revista "Muy Interesante". *Revista Latina de Comunicación Social*, 64, 461-468. La Laguna (Tenerife) Universidad de La Laguna, recuperado el 10 de octubre de 2011, de [http://www.revistalatinacs.org/09/art/38\\_837\\_Elche/23Quiles.html](http://www.revistalatinacs.org/09/art/38_837_Elche/23Quiles.html). DOI: 10.4185/RLCS-64-2009-837-461-468.

- García-Moreno, L.M., Expósito, J., Sanhueza, C., y Angulo, M.T. (2008). Actividad prefrontal y alcoholismo de fin de semana en jóvenes. *Adicciones*, 20, 271-280.
- García-Rodríguez, J.A. (2000). *Mi hijo, las drogas y yo. Todo lo que padres y educadores necesitan saber sobre la educación y prevención en el consumo de drogas en la adolescencia*. Madrid: EDAF.
- García-Rodríguez, J.A., Gázquez, M., López, C. y García, A. (2012). Análisis del consumo de alcohol desde una perspectiva preventiva. En Pascual, F. y Guardia, J. (Eds.). *Monografía sobre alcoholismo* (pp. 333-369). Barcelona: Socidrogalcohol.
- García-Rodríguez, J.A. y López-Sánchez, C. (1998). Consideraciones metodológicas acerca de la prevención de las drogodependencias. En García-Rodríguez, J. A. y López-Sánchez, C. (Eds.). *Nuevas aportaciones a la prevención de las drogodependencias* (pp. 19-44). Madrid: Síntesis.
- Giménez, J.A., Cortés, M.T. y Motos, P. (2011). *Is still being useful the Standard Drink Unit in the assessment of consumption patterns by youngsters in Spain*, presentada en el Congreso Internacional Global Addiction, Lisbon.
- Giménez, J.A., Cortés, M.T. y Motos, P. (2013). *Usefulness of the Standard Drink Unit in the evaluation of consumption on female college students*, presentada en el International Psychological Applications Conference and Trends, Madrid.
- Giménez, J.A., Cortés, M.T., Motos, P. y Soler, E. (2010). “*La Unidad de Bebida Estándar*” como registro de consumo de alcohol de los universitarios dentro del botellón, presentada en las XXXVII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, Oviedo.
- González, J.C. (1996). Conducción de vehículos. Consumo de alcohol en los jóvenes. *Alcohol y Juventud 1995*, 87-104. Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. Madrid.
- González, A., Fernández, J.R. y Secades, R. (2004). Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo. Colegio Oficial de Psicólogos: Madrid.
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. En J. Steinberg y M.M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders* (pp. 20-26). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Gottfredson, D.C. y Wilson, D.B. (2003). Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Prevention Science*, 4, 27-38.
- Goudriaan, A.E., Grekin, E.R. y Sher, K.J. (2007). Decision making and binge drinking: A longitudinal study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31, 928-938.

- Graham, K., Osgood, D.W., Zibrowski, E., Purcell J., Gliksmann L. y Leonard, K. (2004). The effect of the Safer Bars programme on physical aggression in bars: results of a randomised controlled trial. *Drug & Alcohol review*, 23, 31-41.
- 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, 103-110.
- Grant, B.F. y Dawson, D.A. (1998). Age of onset of drug use and its association with DSM-IV drug abuse and dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse*, 10, 163-173.
- Graves, K. y Kaskutas, L.A. (2002). Beverage choice among Native and African American urban women. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 218-22.
- Greenfield, L.A. y Henneberg, M.A. (2001). Victim and Offender self-reports of alcohol involvement in crime. *Alcohol Research and Health*, 25, 20-31.
- Gruenewald, P. J., Johnson, F.W., Light, J. M. y Salz, R. F. (2003). Drinking to extremes: Theoretical and empirical analyses of peak drinking levels among college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 817-824.
- Gual, A., Rodríguez-Martos, A., LLigoña, A. y Llopis, J.J. (1999). Does the concept of a standard drink apply to viticultural societies? *Alcohol and Alcoholism*, 34, 153-160.
- Guerri, C. (2008). El consumo de alcohol, hoy. I Debate en drogodependencias. Valencia: Plan Municipal de Drogodependencias.
- Guerri, C. (2010). *Neurotoxicidad y alteraciones cognitivas y conductuales*. Trabajo presentado en el Seminario Consumo Intensivo de Alcohol en Jóvenes: conocimiento, alternativas y viabilidad. Mayo, Valencia.
- Guerri, C. y Pascual, M. (2010). Mechanisms involved in the neurotoxic, cognitive, and neurobehavioral effects of alcohol consumption during adolescence. *Alcohol*, 44, 15-26.
- Gutiérrez, A. (2011). El permiso por puntos cumple 5 años. *Tráfico y Seguridad Vial*, 209, 10-16.
- Hamm, L.S. y Hope, D.A. (2003). College students and problematic drinking: a review of the literature. *Clinical Psychological Review*, 23, 719-759.
- Hanson, K. L., Cummins, K., Tapert, S. F. y Brown, S. A. (2011). Changes in neuropsychological functioning over 10 years following adolescent substance abuse treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25, 127-142.
- Harford, T.C., Wechsler, H. y Rohman, M. (1983). The structural context of college drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 44, 722-732.



- 
- Harrell, A., Kapsak, K. y Cook, R. (1986). Screening for adolescent drinking problems: Phase I development. *Final Report, Publication No. PB 86-220654*. Springfield, VA: National Technical Information Service.
- Hartley, D.E., Elsabagh, S. y File, S.E. (2004). Binge drinking & sex: effects of mood & cognitive function in healthy young volunteers. *Pharmacology, Biochemistry & Behavior*, 78, 611-619.
- Hartling, L., Wiebe, N., Russell, K., Petruk, J., Spinola, C. y Klassen, T.P. (2004). Graduated driver licensing for reducing motor vehicle crashes among young drivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD003300.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Bridges, G.S., Lake, L., Gainey, R., Murphy, T. y Lishner, D.M. (1989). A Risk-Based Analysis Of Drug Abuse Prevention Strategies And Prospects. Seattle, WA: Developmental Research and Programs, Inc.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. L. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Healy, J. (2000). *Young people and substance abuse, Issues in Society*, v.138. Balmain: Spinney Press.
- Heather, N. y Stockwell, T. (2004). *The Essential Handbook of Treatment and Prevention of Alcohol Problems*. West Sussex: John Wiley and Sons Ltd.
- Hendricson, A.W., Maldve, R.E., Salinas, A.G., Theile, J.W., Zhang, T.A., Díaz, L.M., y cols. (2007). Aberrant synaptic activation of N-methyl-D-aspartate receptors underlies ethanol withdrawal hyperexcitability. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 321, 60-72.
- Herring, R., Berridge, V. y Thorn, B. (2008). Binge drinking: an exploration of a confused concept. *Journal of Epidemiological Community Health*, 62, 476-479.
- Hibbel, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Alströhm, S., Balakireva, O., Kokkevi, A. y Morgan, M. (2004). *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 36 European countries*. Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs.
- Hibbel, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. y Kraus, L. (2009). *The ESPAD report 2007. Alcohol and other drug use among students in 35 european countries*. Stockholm: The Swedish council for information on alcohol and other drugs (CAN) and the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).
- Hingson, R.W., Assailly, J.P. y Williams, A.F. (2004). Underage drinking: Frequency, consequences, and interventions. *Traffic Injury Prevention*, 5, 228-236.

- Hingson, R.W., Heeren, T. y Winter, M.R. (2006). Age at drinking onset and alcohol dependence. Age at onset, duration, and severity. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160, 739-774.
- Hingson, R.W., Heeren, T., Zakocs, R.C., Kopstein, A. y Wechsler, H. (2005). Magnitude of alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18-24. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 16, 12-20.
- Hingson, R. y Kenkel, D. (2004). Social, health, and economic consequences of underage drinking. In: National Research Council and Institute of Medicine, ed. *Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility*. Washington, DC: National Academies Press.
- Hingson, R., Zha, W. y Weitzman, E.R. (2009). Magnitude of and trends in alcohol-related mortality and morbidity among US college students ages 18-24. *Journal of Study on Alcohol and Drugs (suppl. 16)*, 12-20.
- Hommer, D.W. (2003). Male and female sensitivity to alcohol-induced brain damage. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27, 181-185.
- Hommer, D. W., Momenan, R., Kaiser, E. y Rawlings, R.R. (2001). Evidence for a gender-related effect of alcoholism on brain volume. *American Journal of Psychiatry*, 158, 198-204.
- Huchting, K., Lac, A. y LaBrie, J.W. (2008). An application of the Theory of Planned Behavior to sorority alcohol consumption. *Addictive Behaviors*, 33, 538-551.
- Hurlbut, S.C. y Sher, K.J. (1992). Assessing alcohol problems in college students. *Journal of American College Health*, 41, 49-58.
- Inglés, C.J. (2003). *Programa PEHIA. Enseñanza de habilidades interpersonales para adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Instituto de investigación de Drogodependencias (INID) (1997). Conclusiones de la I Reunión Nacional de Drogodependencias. Recuperado el 14 de diciembre de 2011, de <http://inid.umh.es/documentos/reuniones/conclusiones1a.pdf>
- Jackson, K.M. (2008). Heavy episodic drinking determining the predictive utility of five or more drinks. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 68-77.
- Jackson, K.M. y Sher, K.J. (2008). Comparison of longitudinal phenotypes based on alternate heavy drinking cut scores: A systematic comparison of trajectory approaches III. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 198-209.
- Jernigan, D.H., Ostroff, J., Ross, C. y O'Hara, J.A. (2004). Sex differences in adolescent exposure to alcohol advertising in magazines. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158, 629-634.
- Kahler, C.W., Hustad, J. y Barnett, N.P. (2008). Validation of the 30-Day version of the brief young adult alcohol consequences questionnaire for use in longitudinal studies. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69, 611-615.

- Kahler, C.W., Strong, D.R. y Read, J.P. (2005). Toward efficient and comprehensive measurement of the alcohol problems continuum in college students: The Brief Young Adult Alcohol Consequences Questionnaire. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29, 1180-1189.
- Kahler, C.W., Strong, D.R., Read, J.P., Palfai, T.P. y Wood, M.D. (2004). Mapping the continuum of alcohol problems in college students: A Rasch Model Analysis. *Psychological Addiction Behavior*, 18, 322-333.
- Kaner, E.F.S., Beyer, F., Dickinson, H.O., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C., Heather, N., Saunders, J. y Burnand, B. (2007). *Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.: CD004148. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.
- Kerr, W.C., Greenfield, T.K., Tujague, J. y Brown, S.E. (2005). A Drink is a drink? Variation in the amount of alcohol contained in beer, wine and spirits drinks in a US methodological sample. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29, 2015-2021.
- Kim, E., Larimer, M.E., Walker, D.D. y Marlatt, G.A. (1997). Relationship of Alcohol Use to Other Health Behaviors Among College Students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 166-173.
- Knight, J.R., Wechsler, H., Kuo, M., Seibring M., Weitzman, E.R. y Schuckit, M.A. (2002). Alcohol abuse and dependence among U.S. college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 263-270.
- Kokavec, A. y Crowe, S.F. (1999). A comparison of cognitive performance in binge versus regular chronic alcohol misusers. *Alcohol and Alcoholism*, 34, 601-608.
- Kokotailo, P.K., Egan, J., Gangnon, R., Brown, D., Mundt, M. y Fleming, M. (2004). Validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test in college students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 914-920.
- Komro, K. A., Williams, C. L., Forster, J.L., Perry, C.L., Farbakhsh, K. y Stigler, M.H. (1999). The relationship between adolescent alcohol use and delinquent behaviors. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 9, 13-28.
- Kuntsche, E., Rehm, J. y Gmel, G. (2004). Characteristics of binge drinkers in Europe. *Social Science and Medicine*, 59, 113-27.
- LaBrie, J.W., Pedersen, E.R. y Tawalbeh, S. (2007). Classifying risky-drinking college students: another look at the two-week drinker-type categorization. *Journal of Studies on Alcohol*, 68, 86-90.
- Lammers, J., Goossens, F., Lokman, S., Monshouwer, K., Lemmers, L., Conrod, P., Wiers, R., Engels, R. y Kleinjan, M. (2011). Evaluating a selective prevention programme for binge drinking among young adolescents: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 11, 126-134.

- Lange, J.E., y Voas, R.B. (2001). Defining binge drinking quantities through resulting blood alcohol concentrations. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 310-316.
- Lange, J.E., Voas, R.B. y Johnson, M.B. (2002). South of the border, a legal haven for underage drinking. *Addiction*, 97, 1195-1203.
- Latendresse, S., Rose, R., Viken, R., Pulkkinen, L., Kaprio, J. y Dick, D. (2008). Parenting mechanism in links between parents and adolescents alcohol use behaviors. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32, 322-330.
- Lazowski, L.E., Miller, F.G., Boye, M.W. y Miller, G.A. (1998). Efficacy of the Substance Abuse Subtle Screening Inventory-3 (SASSI-3) in identifying substance dependence disorders in clinical settings. *Journal of Personality Assessment*, 71, 114-128.
- Lederman, L.C., Stewart, L.P., Goodhart, F.W. y Laitman L. (2003). A case against "binge" as the term of choice: convincing college students to personalize messages about dangerous drinking. *Journal of Health Communitaire*, 8, 79-91.
- Leveridge, M., Stoltenberg, C. y Beesley, D. (2005). Relationship of attachment style to personality factors and family interaction patterns. *Contemporary Family Therapy*, 27, 577-597.
- Llopis, J.J., Gual, A. y Rodríguez-Martos, A. (2000). Registro del consumo de bebidas alcohólicas mediante la unidad de bebida estándar. Diferencias geográficas. *Adicciones*, 12, 11-19.
- Lo, C.C. (1996) Are women heavier drinkers than we thought they were? *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 531-535.
- López, C., Fernández, S., Fernández, J.R., Campillo, A. y Secades, R. (2012). Spanish adaptation and validation of the Rutgers Alcohol Problema Index (RAPI). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 251-264.
- Luczak, S.E., Wall, T.L., Shea, S.H., Byun, S.M. y Carr, L.G. (2001). Binge drinking in Chinese, Korean, and White college students, Genetic and ethnic group differences. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 306-309.
- Lyvers, M., Hasking, P., Hani, R., Rhodes, M. y Trew, E. (2009). Drinking motives, drinking restraint and drinking behavior among young adults. *Addictive Behaviors*, 35, 116-122.
- Maddock, J.E., Laforge, R.G., Rossi, J.S. y O'Hare, T. (2001). The College Alcohol Problems Scale. *Addictive Behaviors*, 26, 385-398.
- Mäkelä, K. y Mustonen, H., (1988). Positive and negative consequences related to drinking as a function of annual alcohol intake. *British Journal of Addiction*, 83, 403-408.

- Mäkelä, K. y Simpura, J. (1985). Experiences related to drinking as a function of annual alcohol intake and by sex and age. *Drug Alcohol Dependence*, 15, 389-404.
- Mann, K., Ackermann, K., Croissant, B., Mundle, G., Nakovics, H. y Diehl, A. (2005). Neuroimaging of gender differences in alcohol dependence: are women more vulnerable? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29, 896-901.
- Marczinski, C.A., Combs, S.W. y Fillmore, M.T. (2007). Increased Sensitivity to the Disinhibiting Effects of Alcohol in Binge Drinkers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 346-354.
- 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, 597-606.
- Mayer, J.E. y Filstead, W.J. (1980). Empirical procedures for defining adolescent alcohol misuse. In: J.E. Mayer y W.J. Filstead (Eds.) *Adolescence and alcohol* (pp. 51-68). Cambridge, MA: Ballinger Publishing.
- McCartt, A.T., Geary, L.L. y Berning, A. (2003). Observational study of the extent of driving while suspended for alcohol impaired driving. *Injury Prevention*, 9, 133-137.
- McLeod, R., Stockwell, T., Stevens, M. y Phillips, M. (1999). The relationship between alcohol consumption patterns and injury. *Addiction*, 94, 1719-1734.
- Medina, K.L., McQueeney, T., Nagel, B.J., Hanson, K.L., Schweinsburg, A.D. y Tapert, S.F. (2008). Prefrontal cortex volumes in adolescents with alcohol use disorders: unique gender effects. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32, 386-394.
- Medina, K.L., Schweinsburg, A.D., Cohen-Zion, M., Nagel, B.J. y Tapert, S.F. (2007). Effects of alcohol and combined marijuana and alcohol use during adolescence on hippocampal volume and asymmetry. *Neurotoxicology and Teratology*, 29, 141-152.
- Midanik, L.T., Tam, T.W., Greenfield, T.K. y Caetano, R. (1996). Risk functions for alcohol-related problems in a 1988 US sample. *Addiction*, 91, 1427-1437.
- Miller, F.G. y Lazowski, L.E. (1999). *The adult SASSI-3 manual*. Springville, IN: SASSI Institute.
- Miller, J.W., Naim, T.S., Brewer, R.D. y Jones, S.E. (2006). Binge Drinking and associated health risk behaviors among high school students. *Pediatrics*, 119, 76-85.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Moncada, S. (1997). *Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas*, en Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 85-101). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Montañana, E., Tronch, M., Motos, P., Giménez, J.A. y Cortés, M.T. (2012). “Unidad de Bebida Estándar” como registro del consumo de alcohol juvenil en España, presentada en el IX Congreso Nacional de Estudiantes de Psicología, Elche.
- Moselhy, H.F., Georgio, G. y Kahn, A. (2001). Frontal lobe changes in alcoholism: a review of the literature. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 357-368.
- Moss, H.B., Kirisci, L., Gordon, H.W. y Tarter, R.E. (1994). A neuropsychologic profile of adolescent alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18, 159-163.
- Motos, P., Belda, L. y Cortés, M.T. (2013). *Expectativas asociadas al patrón de consumo intensivo de alcohol en universitarios*. Trabajo presentado en el X Congreso Nacional de Estudiantes de Psicología, Elche.
- Motos, P. y Cortés, M.T. (2013). *Consecuencias asociadas al patrón de consumo intensivo de alcohol en universitarios*. Trabajo presentado en la I Jornada científica de jóvenes investigadores en la Universitat de València.
- Motos, P., Cortés, M.T. y Giménez, J.A. (2011). Adecuación y propuestas de mejora del contenido sobre creencias incluido en los programas de prevención universal. *Health and Addictions*, 11, 31-50.
- Muñoz-Rivas, M. y Graña, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 87-94.
- Muraskin, L.D. (1993). *Understanding evaluation: The way to better prevention programs*. Washington, D.C.: U.S. Department of Education.
- Murgraff, V., McDermott, M.R. y Walsh, J. (2001). Exploring attitude and belief correlates of adhering to the new guidelines for low-risk single-occasion drinking: an application of the theory of planned behaviour. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 135-140.
- Nagel, B.J., Schweinsburg, A.D., Phan, V. y Tapert, S.F. (2005). Reduced hippocampal volume among adolescents with alcohol use disorders without psychiatric comorbidity. *Psychiatry Research*, 139, 181-190.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism -NIAAA- (2004). Council approves definition of binge drinking. *NIAAA Newsletter*, 3(3).
- National Institute on Drug Abuse (1997). *Preventing Drug Use among Children and Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders*. Maryland: National Institutes of Health and National Institute on Drug Abuse.

- 
- Navarrete, L. (2004). *Juventud y drogas: 4 estudios sociológicos comparados*. Madrid: Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.
- 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*, 402-414.
- Nelson, T.E., Ur, C.L. y Gruol, D.L. (2005). Chronic intermittent ethanol exposure enhances NMDA-receptor-mediated synaptic responses and NMDA receptor expression in hippocampal CA1 region. *Brain Research, 1048*, 69-79.
- Nutt, D.J., King, L.A. y Lawrence, D.P. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. On behalf of the Independent Scientific Committee on Drugs. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com), 376, November 6, 2010.
- Nyström, M. (1992). Positive and negative consequences of alcohol drinking among young university students in Finland. *British Journal Addiction, 87*, 715-722.
- Observatorio Español sobre Drogas (2009). *Encuesta Estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 1994-2010*. En Informe 2011, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social (PNSD).
- Observatorio Español sobre Drogas (OED) (2009). *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 1995-2009*. En Informe 2010, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social (PNSD).
- Observatorio Español sobre Drogas. Informe 2009. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- O'Hare, T. (1990). Drinking in College: Consumption patterns, problems, Sex Differences and legal Drinking Age. *Journal of Studies on Alcohol, 51*, 536-541.
- O'Hare, T. (1997). Measuring problem drinking in first time offenders. Development and validation of the College Alcohol Problems Scale (CAPS). *Journal of Substance Abuse Treatment, 14*, 383-387.
- O'Hare, T. y Sherrer, M.V. (1999). Validating the Alcohol Use Disorder Identification Test with college first-offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 17*, 113-119.
- Oliva, A., Parra, A y Sánchez, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 20*, 108-116.

- O'Malley, P.M., Johnston, L.D. y Bachman, J.G. (1998). Alcohol use among adolescents. *Alcohol, Health and Research World*, 22, 85-93.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Declaración sobre Jóvenes y Alcohol. Conferencia Ministerial sobre Jóvenes y Alcohol. Estocolmo, Febrero 2001. EUR/00/5020274/6. Disponible en: [www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/alcohol/declaEsto.htm](http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/alcohol/declaEsto.htm)
- Organización Mundial de la Salud (2007). Comité de expertos de la OMS en problemas relacionados con el consumo de alcohol. Segundo informe. Ginebra, octubre de 2006.
- Organización Mundial de la Salud (2009). Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risk factors. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2010). Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Palfai, T. y Wood, M.D. (2001). Positive alcohol expectancies and drinking behavior: The influence of expectancy strength and memory accessibility. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 60-67.
- Parada, M., Corral, M., Caamaño-Isorna, F., Mota, N., Crego, A., Rodríguez, S. y Cadaveira, F. (2011). Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking). *Adicciones*, 23, 53-63.
- Parada, M., Mota-Miranda, N., Corral, M., Crego, A., Fernández-Eiré, C., Rodríguez Holguín, S., y cols. (2008). *Consumo intensivo de alcohol y memoria de trabajo en jóvenes universitarios: resultados preliminares*. Póster presentado en las XXXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol (A Coruña).
- Pascual, M., Blanco, A. M., Cauli, O., Minarro, J. y Guerri, C. (2007). Intermittent ethanol exposure induces inflammatory brain damage and causes long-term behavioural alterations in adolescent rats. *The European Journal of Neuroscience*, 25, 541-550.
- Pascual, M., Boix, J., Felipe, V. y Guerri, C. (2009). Repeated alcohol administration during adolescence causes changes in the mesolímbic dopaminergic and glutamatergic systems and promotes alcohol intake in the adult rat. *Journal of Neurochemistry*, 108, 920-931.
- Pentz, M.A. (1999). «Prevention in the community». En R. T. Ammerman, P.J. Ott y R.E. Tarter, R. E. (1999). *Prevention and social impact of drug and alcohol abuse* (pp. 327-344). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Pentz, M.A. (2003). Anti-drug-abuse policies as prevention strategies. En Z. Sloboda y W. Bukoski (Eds.) *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and practice* (pp. 217-241). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.



- Perkins, H.W. (2002). Surveying the damage: A review of research on consequences of alcohol misuse in college populations. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement No. 14*, 91-100.
- Perkins, H.W., DeJong, W. y Linkenbach, J. (2001). Estimated blood alcohol levels reached by “binge” and “nonbinge” drinkers: A survey of young adults in Montana. *Psychology of Addictive Behaviors, 15*, 317-320.
- Plan Nacional sobre Drogas (2000). *Estrategia nacional sobre drogas 2000-2008*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (2011). Manifiesto contra el consumo de bebidas alcohólicas por menores. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado el 20 de junio de 2012 de <http://www.pnsd.msc.es/novedades/pdf/Manifiesto.pdf>
- Plan Nacional sobre Drogas (2012). *ESTUDES 2010*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (2013). *EDADES 2011-2012*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Portella, E., Ridao, M., Carrillo, E., Ribas, E., Ribó, C. y Salvat, M. (1998). *El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico*. Madrid, Edit. Méd. Panamericana.
- Proyecto De Ley. Num. 097 de 2009 por medio del cual se establecen políticas para contrarrestar los efectos nocivos por causa del abuso en el consumo de bebidas alcohólicas por parte de los habitantes del territorio nacional, se protege al menor de edad y se dictan otras disposiciones.
- Quiles, M.J. y Espada, J.P. (2004). *Educación en la autoestima*. Madrid: Editorial CCS.
- Raistrick, D., Heather, N. y Godfrey, C. (2006). Review of the Effectiveness of treatment for alcohol problems. London: National Treatment Agency for Substance Misuse.
- Read, J.P., Beattie, M., Chamberlain, R. y Merrill, J.E. (2008). Beyond the “Binge” threshold, heavy drinking patterns and their association with alcohol involvement indices in college students. *Addiction Behavior, 33*, 225-34.
- 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*, 169-177.
- Read, J.P., Wood, M.D., Kahler, C.W., Maddock, J.E. y Palfai, T.P. (2003). Examining the role of drinking motives in college student use and problems. *Psychology of Addictive Behaviors, 17*, 13-23.
- Reial Automòbil Club de Catalunya (RACC) y Asociación Nacional de Fabricantes de Bebidas Refrescantes Analcohólicas (ANFABRA). *Los jóvenes: Alcohol y conducción*. Madrid. 8 de abril de 2009.

- Richardson, A. y Budd, T. (2003). Alcohol, Crime and Disorder: a Study of Young Adults. Home Office Research Study, 263. London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate.
- Rodríguez-Martos, A. (2007). Guía de estrategias preventivas para reducir la conducción bajo los efectos del alcohol y otras sustancias psicoactivas. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 2007.
- Rodríguez-Martos, A., García, C., Duran, A. (2004). Evaluación de un proyecto piloto de formación en dispensación responsable de bebidas alcohólicas. *Trastornos Adictivos*, 6, 240-247.
- Romero, A. y Ruiz, M. (2007). Does familism lead to increased parental monitoring? Protective factors for coping with risky behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 143-154.
- Room, R., Bondy, S.J. y Ferris, J. (1995). The risk of harm to oneself from drinking, Canada 1989. *Addiction*, 90, 499-513.
- Rosón, B. (2008). Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica. *Galicia Clínica*, 69, 29-44.
- Ross, H.L. (1982). *Deterring the drinking driver. Legal policy and social control*. Lexington, M.A. Lexington Books.
- Rossow, I., Parnanen, K. y Rehm, J. (2001). Alcohol, suicide and violence. En: Klingemann, H. y Gmel, G. (eds.). Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption, 93-112. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Sadava, S.W. (1984). Concurrent multiple drug use: Review and implications. *Journal of Drug Issues*, 14, 623-636.
- Salamó, A., Gras, M.E. y Font-Mayolas, S. (2010). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*, 22, 189-195.
- Sánchez, F. (2008). Actitudes frente al riesgo vial. *Intervención psicosocial*, 17, 45-59.
- Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., De la Fuente, J.R. y Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons With Harmful Alcohol Consumption II. *Addiction*, 88, 791-804.
- Scaife, J. C. y Duka, T. (2009). Behavioural measures of frontal lobe function in a population of young social drinkers with binge drinking pattern. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 93, 354-362.
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P.M., Gemeinhardt, B. y Kustner, U. (2007). Insecure family bases and adolescent drug abuse: A new approach to family patterns of attachment. *Attachment and Human Development*, 9, 111-126.

- Schulenberg, J., O'Malley, P., Backman, J.G., Wadsworth, K.N. y Johnston, L.D. (1996). Getting drunk and growing up: trajectories of frequent binge drinking during the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 289-303.
- Schulteis, G., Archer, C., Tapert, S. F. y Frank, L. R. (2008). Intermittent binge alcohol exposure during the periadolescent period induces spatial working memory deficits in young adult rats. *Alcohol*, 42, 459-467.
- Schweinsburg, B.C., Alhassoon, O.M., Taylor, M.J., Gonzalez, R., Videen, J.S., Brown, G.G., Patterson, T.L. y Grant, I. (2003). Effects of alcoholism and gender on brain metabolism. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1180-1183.
- Secades-Villa, R. (1996). *Alcoholismo juvenil. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Selin, K.H. (2003). Test-Retest Reliability of the Alcohol Use Disorder Identification Test in a General Population Sample. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27, 1428-1435.
- Selzer, M.L. (1968). Michigan Alcoholism Screening Test (MAST): Preliminary report. *University of Michigan Medical Center Journal*, 34, 143-145.
- Shakeshaft, A.P., Bowman, J.A. y Sanson-Fisher, R.W. (1998). Comparison of Three Methods to Assess Binge Consumption: One-Week Retrospective Drinking Diary, AUDIT, and Quantity/Frequency. *Substance Abuse*, 19, 191-203.
- Shield, K.D., Gmel, G., Patra, J. y Rehm, J. (2012). Global burden of injuries attributable to alcohol consumption in 2004: a novel way of calculating the burden of injuries attributable to alcohol consumption. *Population Health Metrics*, 9, 1-14.
- Silvers, J.M., Tokunaga, S., Mittleman, G. y Matthews, D.B. (2003). Chronic intermittent injections of high-dose ethanol during adolescence produce metabolic, hypnotic, and cognitive tolerance in rats. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27, 1606-1612.
- Silvers, J.M., Tokunaga, S., Mittleman, G., O'Buckley, T., Morrow, A.L. y Matthews, D.B. (2006). Chronic intermittent ethanol exposure during adolescence reduces the effect of ethanol challenge on hippocampal allopregnanolone levels and Morris water maze task performance. *Alcohol*, 39, 151-158.
- Smith, G.S., Branas, C.C. y Miller, T.R. (1999). Fatal nontraffic injuries involving alcohol: A metaanalysis. *Annals of Emergency Medicine*, 33, 659-668.
- Spear, L.P. (2002). The adolescent brain and the college drinker: biological basis of propensity to use and misuse alcohol. *Journal of Studies on Alcohol [suppl]*, 14, 71-81.

- Squeglia, L.M., Schweinsburg, A.D., Pulido, C. y Tapert, S.F. (2011). Adolescent binge drinking linked to abnormal spatial working memory brain activation: differential gender effects. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35, 1831-1841.
- Sripathirathan, K., Brown, J., Neafsey, E. J. y Collins, M. A. (2009). Linking binge alcohol-induced neurodamage to brain edema and potential aquaporin-4 upregulation: evidence in rat organotypic brain slice cultures and in vivo. *Journal of Neurotrauma*, 26, 261-273.
- Stockwell, T. y Honig, F. (1990). Labelling alcoholic drinks: Percentage proof, original gravity, percentage alcohol or standard drinks? *Drug and Alcohol Review*, 9, 81-89.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (1998). *National Household Survey on Drug Abuse: Main Findings 1996*. DHHS Publication No. (SMA) 98-3200. Rockville, MD: the Administration.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2005). *Results from the 2004 National Survey on Drug Use and Health, National findings*. Rockville: SAMHSA Office of Applied Statistics.
- Suzuki, M., Hagino, H., Nohara, S., Zhou, S.Y., Kawasaki, Y., Takahashi, T., y cols. (2005). Male-specific volume expansion of the human hippocampus during adolescence. *Cerebral Cortex*, 15, 187-193.
- Svanum, S. y McGrew, J. (1995). Prospective screening of substance dependence: The advantages of directness. *Addictive Behaviors*, 20, 205-213.
- Swahn, M.H. (2001). Risk factors for physical fighting among adolescent drinkers. *American Journal of Epidemiology*, 153, S72.
- Swahn, M.H. y Donovan, J.E. (2004). Correlates and predictors of violent behavior among adolescent drinkers. *Journal of Adolescent Health*, 34, 480-492.
- Taffe, M.A., Kotzebue, R.W., Crean, R.D., Crawford, E.F., Edwards, S. y Mandyam, C.D. (2010). Long-lasting reduction in hippocampal neurogenesis by alcohol consumption in adolescent nonhuman primates. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107, 11104-11109.
- Tapert, S.F. (2007). *Consumo de alcohol en Adolescentes: efectos sobre el cerebro*. Trabajo presentado en el Seminario Internacional sobre alcohol y daño cerebral en menores. Abril, Madrid.
- Tapert, S.F. y Brown, S.A. (1999). Neuropsychological correlates of adolescent substance abuse: Four-year outcomes. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 5, 481-493.
- Tapert, S.F. y Brown, S.A. (2000). Substance dependence, family history of alcohol dependence and neuropsychological functioning in adolescence. *Addiction*, 95, 1043-1053.

- Tapert, S.F., Brown, G.G., Kindermann, S.S., Cheung, E.H., Frank, L.R. y Brown, S.A. (2001). fMRI measurement of brain dysfunction in alcohol-dependent young women. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25, 236-245.
- Tapert, S.F., Granholm, E., Leedy, N.G. y Brown, S.A. (2002). Substance use and withdrawal: neuropsychological functioning over 8 years in youth. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8, 873-883.
- Tapert, S.F., Schweinsburg, A.D., Barlett, V.C., Brown, S.A., Frank, L.R., Brown, G.G. y Meloy, M.J. (2004). Blood oxygen level dependent response and spatial working memory in adolescents with alcohol use disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 1577-1586.
- Tokunaga, S., Silvers, J. M. y Matthews, D. B. (2006). Chronic intermittent ethanol exposure during adolescence blocks ethanol-induced inhibition of spontaneously active hippocampal pyramidal neurons. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30, 1-6.
- Townshend, J.M. y Duka, T. (2002). Patterns of alcohol drinking in a population of young social drinkers: a comparison of questionnaire and diary measures. *Alcohol and Alcoholism*, 37, 187-192.
- Townshend, J.M., y Duka, T. (2005). Binge drinking, cognitive performance and mood in a population of young social drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29, 317-325.
- Tronch, M., Montañana, E., Motos, P., Giménez, J.A. y Cortés, M.T. (2012). *Indicadores de riesgo en el patrón de consumo de alcohol entre jóvenes universitarios*. Trabajo presentado en el IX Congreso Nacional de Estudiantes de Psicología, Elche.
- Turner, J. C., Bauerle, J. y Shu, J. (2004). Estimated blood alcohol concentration correlation with self-reported negative consequences among college students using alcohol. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, 741-750.
- Vik, P.W., Tate, S.R. y Carrello, P. (2000). Detecting college binge drinkers using an extended time frame. *Addictive Behaviors*, 25, 607-612.
- Waagenar, A.C. y Toomey, T.L. (2002). Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *Journal of Studies on Alcohol Suppl.*, 1, 31-49.
- Wagner, T.H., Harris, K.M., Federman, B., Dai, L., Luna, Y. y Humphreys, K. (2007). Prevalence of substance use disorders among veterans and comparable nonveterans from the National Survey on Drug Use and Health. *Psychological Services*, 4, 149-157.
- Wallin, E. (2004). *Responsible beverage service. Effects of a community Action Project*. PhD Thesis. Stockholm: Karolinska Institutet; Dep. Public Health Sciences, Division of Social Medicine.

- Ward, R.J., Colivicchi, M.A., Allen, R., Schol, F., Lallemand, F., Witte, P. y cols. (2009). Neuro-inflammation induced in the hippocampus of 'binge drinking' rats may be mediated by elevated extracellular glutamate content. *Journal of Neurochemistry*, 111, 1119-1128.
- Wechsler, H., Davenport, A., Dowdall, G., Moeykens, B. y Castillo, S. (1994). Health and behavioral consequences of binge drinking in college: A National survey of students at 140 campuses. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1672-1677.
- Wechsler, H., Dowdall, G.W., Davenport, A. y Castillo, S. (1995a). Correlates of student binge drinking. *American Journal of Public Health*, 85, 921-926.
- Wechsler, H., Dowdall, G.W., Davenport, A. y Rimm, E.B. (1995b). A gender-specific measure of binge drinking among college students. *American Journal of Public Health*, 85, 982-985.
- Wechsler, H., Dowdall, G.W., Maenner, G., Gledhill-Hoyt, J. y Lee, H. (1998). Changes in binge drinking and related problems among American college students between 1993 and 1997: results of the Harvard School of Public Health College Alcohol Study. *Journal of American College Health*, 47, 57-68.
- Wechsler, H. y Isaac, N. (1992). Binge Drinkers at Massachusetts colleges. Prevalence, drinking style, time trends and associated. *JAMA*, 21, 2929-2931.
- Wechsler, H., Lee, J.E., Kuo, M. y Lee, H. (2000). College binge drinking in the 1990s: A continuing problem. *Journal of American College Health*, 48, 199-210.
- Wechsler, H., Lee, J.E., Kuo, M., Seibring, M. y Lee, H. (2002). Trends in College Binge Drinking During a Period of Increased Prevention Efforts. *Journal of American College Health*, 5, 203-217.
- Wechsler, H. y McFadden, M. (1979). Drinking among college students in New England. *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 969-996.
- Wechsler, H. y Nelson, T.F. (2001). Binge Drinking and the American College Student: What's Five Drinks? *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(4), 287-291.
- Wechsler, H. y Nelson, T.F. (2006). Relationship between level of consumption and harms in assessing drink cut-points for alcohol research: Commentary on "Many college freshmen drink at levels far beyond the binge threshold" by white et Al. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30, 922-927.
- Wechsler, H. y Nelson, T.F. (2010). Will increasing alcohol availability by lowering the minimum legal drinking age decrease drinking and related consequences among youths? *American Journal of Public Health*, 100, 986-992.

- 
- Wechsler, H. y Wuethrich, B. (2002). *Dying to drink: confronting binge drinking on college campuses*. Emmaus: Rodale Press.
- Weissenborn, R. y Duka, T. (2003). Acute alcohol effects on cognitive function in social drinkers: their relationship to drinking habits. *Psychopharmacology*, 65, 306-312.
- Weitzman, E.R. y Nelson, T.F. (2004). College Student binge drinking and the "prevention paradox", implications for prevention and harm reduction. *Journal of Drug Education*, 34, 247-265.
- Wells, S., Graham, K., Speechley, M. y Koval, J.J. (2005). Drinking patterns, drinking contexts and alcohol-related aggression among late adolescent and young adult drinkers. *Addiction*, 100, 933-944.
- Wells, S., Graham, K. y West, P. (2000). Alcohol-related aggression in the general population. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 626-632.
- Werch, C.E., Gorman, D.R. y Marty, P.J. (1987). Relationship between alcohol consumption and alcohol problems in young adults. *Journal of Drug Education*, 17, 261-275.
- White, A.M. (2006). Many college freshmen drink at levels far beyond the binge threshold. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30, 1006-1010.
- White, A.M., Ghia, A.J., Levin, E.D. y Swartzwelder, H.S. (2000). Binge pattern ethanol exposure in adolescent and adult rats: differential impact on subsequent responsiveness to ethanol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24, 1251-1256.
- White, A.M., Kraus, C.L. y Swartzwelder, H.S. (2006). Many college freshmen drink at levels far beyond the binge threshold. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30, 1006-1010.
- White, H.R., y Labouvie, E.W. (1989). Towards the assessment of adolescent problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 30-37.
- WHO (2004). *Global status report on alcohol*. Geneva: World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse.
- Winters, K.C. (2004). *Adolescent Brain Development and Drug Abuse*. Philadelphia: Treatment Research Institute.
- Wood, M.D., Read, J.P., Palfai, T.P. y Stevenson, J.F. (2001). Social influence processes and college student drinking: The mediational role of alcohol outcome expectancies. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 32-43.
- World Drink Trends 2005. World Advertising Research Council; 2005.
- World Health Organization -WHO- (2007). WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption. Documento recuperado en abril de 2008 de [www.who.int/substance\\_abuse/expert\\_committee\\_alcohol/](http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol/)

- Ziegler, D.W., Wang, C.C., Yoast, R.A., Dickinson, B.O., McCaffree, M.A., Robinowitz, C.B. y Sterling, M.L. (2005). The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. *Preventive Medicine*, 40, 23-32.
- Zwerling, C., y Jones, M.P. (1999). Evaluation of the effectiveness of blood alcohol concentration laws for younger drivers. *American Journal of Preventive Medicine*, 16, 76-80.



**ANEXO I**  
**CUESTIONARIO IECI**  
*(Cortés, Giménez y Espejo, 2012)*



### CUESTIONARIO IECI (Cortés, Giménez y Espejo, 2012)

Para responder **REDONDEA EL NÚMERO O LETRA** que precede a tu opción de respuesta, o bien escribe tu respuesta en la línea que se ofrece

- 1 Edad: \_\_\_\_\_
- 2 Sexo: 1. Mujer 2. Hombre
- 3 Indica en las siguientes tablas la **hora aproximada en la que te tomas** alguna consumición (en casa o fuera) y **en qué consiste** la misma. *Fijate en el ejemplo: Yo los miércoles me tomo una cerveza a las 20h y dos a las 21h, y luego un cubata de vodka a las 23h, otro de ginebra a las 00, otro de whisky a las 1:30, y dos chupitos de peché a las 3h.*

Miércoles (ejemplo)	Lunes	Martes	Miércoles
Antes de las 14h	Antes de las 14h	Antes de las 14h	Antes de las 14h
14h	14h	14h	14h
15h	15h	15h	15h
18h	18h	18h	18h
20h	20h	20h	20h
21h	21h	21h	21h
22h	22h	22h	22h
00h	00h	00h	00h
02h	02h	02h	02h
04h	04h	04h	04h
06h	06h	06h	06h
08h	08h	08h	08h

Sigue detrás el resto de la semana →

- 3 Indica en las siguientes tablas la hora aproximada en la que te tomas alguna consumición (en casa o fuera) y en qué consiste la misma. Fijate en el ejemplo: Yo los miércoles me tomo una cerveza a las 20h y dos a las 21h, y luego un cubata de vodka a las 23h, otro de ginebra a las 00, otro de whisky a las 1:30, y dos chupitos de peché a las 3h.

Miércoles (ejemplo)		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	
Antes de las 14h		Antes de las 14h		Antes de las 14h		Antes de las 14h		Antes de las 14h	
14h - 15h		14h - 15h		14h - 15h		14h - 15h		14h - 15h	
15h - 16h		15h - 16h		15h - 16h		15h - 16h		15h - 16h	
16h - 17h		16h - 17h		16h - 17h		16h - 17h		16h - 17h	
17h - 18h		17h - 18h		17h - 18h		17h - 18h		17h - 18h	
18h - 19h		18h - 19h		18h - 19h		18h - 19h		18h - 19h	
19h - 20h	1 cerveza	19h - 20h		19h - 20h		19h - 20h		19h - 20h	
20h - 21h	2 cervezas	20h - 21h		20h - 21h		20h - 21h		20h - 21h	
21h - 22h		21h - 22h		21h - 22h		21h - 22h		21h - 22h	
22h - 23h	1 cubata de vodka	22h - 23h		22h - 23h		22h - 23h		22h - 23h	
23h - 00h	1 cubata de ginebra	23h - 00h		23h - 00h		23h - 00h		23h - 00h	
00h - 01h	1 cubata de whisky	00h - 01h		00h - 01h		00h - 01h		00h - 01h	
01h - 02h		01h - 02h		01h - 02h		01h - 02h		01h - 02h	
02h - 03h	2 chupitos de peché	02h - 03h		02h - 03h		02h - 03h		02h - 03h	
03h - 04h		03h - 04h		03h - 04h		03h - 04h		03h - 04h	
04h - 05h		04h - 05h		04h - 05h		04h - 05h		04h - 05h	
05h - 06h		05h - 06h		05h - 06h		05h - 06h		05h - 06h	
06h - 07h		06h - 07h		06h - 07h		06h - 07h		06h - 07h	

- 4 Indica en la siguiente tabla cuántos días has realizado este tipo de consumo en los últimos SEIS meses.

(índice mes)	Nunca	1 día	2 días	3 días	4 días	5 días	6 días	7 días	8 días	9 ó más
(índice mes)	Nunca	1 día	2 días	3 días	4 días	5 días	6 días	7 días	8 días	9 ó más
(índice mes)	Nunca	1 día	2 días	3 días	4 días	5 días	6 días	7 días	8 días	9 ó más
(índice mes)	Nunca	1 día	2 días	3 días	4 días	5 días	6 días	7 días	8 días	9 ó más
(índice mes)	Nunca	1 día	2 días	3 días	4 días	5 días	6 días	7 días	8 días	9 ó más
(índice mes)	Nunca	1 día	2 días	3 días	4 días	5 días	6 días	7 días	8 días	9 ó más

- 5 Seguidamente, se presentan una serie de acontecimientos que pueden ocurrir mientras consumes alcohol o en un momento posterior. Señala en cada caso si te ha ocurrido a ti durante los últimos 6 meses.

	¿Te ha pasado?	
	SI	NO
FS5. He tenido resaca ( <i>dolor de cabeza, dolor de estómago, sentirme mal,...</i> ) la mañana después de beber	SI	NO
SI3. He tenido conflictos o discusiones con gente cercana a consecuencia de mi manera de consumir alcohol	SI	NO
DF3. Me he dado cuenta que ahora necesito mayor cantidad de alcohol que hace unos años para poder notar sus efectos o para emborracharme	SI	NO
AP4. Consumir alcohol me ha hecho sentirme deprimido o triste	SI	NO
SI5. Mi novio/a, pareja, padres se quejan de mi manera de consumir alcohol	SI	NO
DF4. Me he sentido ansioso, agitado o inquieto tras dejar de beber o reducir el consumo de alcohol	SI	NO
FS1. Por mi consumo de alcohol, no he comido correctamente (me salto comidas, como cualquier cosa...)	SI	NO
SI6. Cuando bebo digo cosas duras o crueles	SI	NO
DC4. Una vez empiezo me resulta difícil darme cuenta cuándo debo parar de beber	SI	NO
AP3. Me he sentido culpable o avergonzado por mi manera de consumir alcohol	SI	NO
OT1. He dejado de realizar otras actividades lúdicas porque he preferido estar consumiendo alcohol	SI	NO
SI7. Cuando bebo digo cosas de las que luego me arrepiento	SI	NO
DC1. He bebido más de lo que había planeado antes de empezar	SI	NO
PA4. He descuidado mis responsabilidades con la familia, el trabajo o estudios por causa de la bebida	SI	NO
AP2. Consumir alcohol me ha hecho sentirme infeliz	SI	NO
FS12. He olvidado cosas que han ocurrido mientras he estado bebiendo	SI	NO
OT3. Cuando estoy bebiendo, tomo otras drogas que normalmente no consumo en otros momentos	SI	NO
FS4. Mi apariencia física se ha visto perjudicada por mi consumo de alcohol	SI	NO
DC5. He intentado reducir o incluso dejar de consumir alcohol de esta manera	SI	NO
PA5. He ido al trabajo o lugar donde estudio bajo los efectos del alcohol	SI	NO
OT5. He tenido problemas económicos porque he gastado demasiado dinero en alcohol	SI	NO
RS8. Mi consumo de alcohol me ha llevado a realizar prácticas sexuales de las que luego me he arrepentido	SI	NO
FS10. Me he sentido mal e incluso he vomitado después de beber	SI	NO

	¿Te ha pasado?	
	SI	NO
SI8. Mi familia se ha visto afectada por mi consumo de alcohol	SI	NO
FS11. Me he despertado en un lugar después de haber bebido sin poder recordar cómo llegue allí	SI	NO
RS10. He perjudicado o lesionado a otra persona mientras estaba bebiendo	SI	NO
FS6. No he podido levantarme a la hora normal en la que suelo hacerlo, tras un consumo elevado de alcohol	SI	NO
FSS. Me he desmayado a causa de mi consumo de alcohol	SI	NO
SI10. Mi manera de consumir alcohol ha podido causar vergüenza o bochorno a alguien	SI	NO
SI9. Algunas personas cercanas han llegado a evitarme a consecuencia de mi manera de consumir alcohol	SI	NO

① Indica el nivel de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones (puntuá de 0-10: dónde 0 indica muy en desacuerdo y 10 muy acuerdo):

**Beber de manera concentrada\* ME:**

	Muy en DESACUERDO  Muy de ACUERDO										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a) ...hace perder la noción del tiempo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b) ...anima, me alegra, me produce euforia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c) ...hace sentir bien	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
d) ...permite hacer o decir cosas que normalmente no haría (desinhibición)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
e) ...facilita poder hablar con los demás	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
f) ...permite confiar más en mi mismo/a	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
g) ...ayuda cuando me siento deprimido o nervioso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
h) ...permite arriesgarme más con el sexo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
i) ...ayuda a relacionarme con los demás	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Bebo de manera concentrada\* PORQUE:**

	Muy en DESACUERDO  Muy de ACUERDO										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
j) ... es habitual hacerlo en ocasiones especiales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
k) ... es divertido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
l) ... me ayuda a aguantar más tiempo de fiesta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
m) ... es la manera como se celebran las cosas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
n) ... me gusta la sensación que produce	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
o) ... es lo que la mayoría de mis amigos hacen cuando salimos y bebemos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Bebo de manera concentrada\* PARA:**

	Muy en DESACUERDO  Muy de ACUERDO										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
p) ... emborracharme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

\* Beber de manera concentrada significa consumir varias bebidas alcohólicas durante un periodo corto de tiempo (unas horas).