

# CONSUMO MASIVO DE ALCOHOL Y ADICCIONES EN JÓVENES UNIVERSITARIOS

Programa de Doctorado en Ciencias Sociales y Jurídica

TESIS DOCTORAL



**CARLOS HERRUZO PINO**  
2019

Codirectoras:

Dra. Francisca López Torrecillas. Universidad de Granada

Dra. María José Pino Osuna. Universidad de Córdoba.



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

TITULO: CONSUMO MASIVO DE ALCOHOL Y ADICCIONES EN JÓVENES  
UNIVERSITARIOS

AUTOR: *Carlos Herruzo Pino*

---

© Edita: UCOPress. 2019  
Campus de Rabanales  
Ctra. Nacional IV, Km. 396 A  
14071 Córdoba

[https://www.uco.es/ucopress/index.php/es/  
ucopress@uco.es](https://www.uco.es/ucopress/index.php/es/ucopress@uco.es)

---



**CONSUMO MASIVO DE ALCOHOL  
Y ADICCIONES EN JÓVENES  
UNIVERSITARIOS**



**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA**

**Universidad de Córdoba**

**Tesis doctoral**

**CARLOS HERRUZO PINO**

**Codirectoras:**

**Dra. Francisca López Torrecillas. Universidad de Granada**

**Dra. María José Pino Osuna. Universidad de Córdoba**

**Programa de Doctorado en Ciencias Sociales y Jurídicas**

**Córdoba, febrero 2019**





**TÍTULO DE LA TESIS: CONSUMO MASIVO DE ALCOHOL  
Y ADICCIONES EN JÓVENES UNIVERSITARIOS**

**DOCTORANDO/A: Carlos Herruzo Pino**

**INFORME RAZONADO DEL/DE LOS DIRECTOR/ES  
DE LA TESIS**

(se hará mención a la evolución y desarrollo de la tesis, así como a trabajos y publicaciones derivados de la misma).

Dña. Francisca López Torrecillas y Dña. M<sup>a</sup> José Pino Osuna, catedráticas de universidad en el área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico en la Universidad de Granada y Universidad de Córdoba respectivamente, como directoras de la presente tesis realizada por D. Carlos Herruzo Pino, certifican que la misma es fruto de un largo proyecto y labor realizadas en el seno del Grupo de investigación HUM-775: Comportamientos de riesgo, salud y seguridad laboral del Plan Andaluz de Investigación, así como del proyecto Nuevas Adicciones y Discapacidad (PSI2015-69949-R) del Plan Nacional I+D+i-Retos. El trabajo cumple con los requisitos formales de originalidad y calidad y mantiene el rigor científico y académico exigibles como para que sea presentado para su defensa pública y evaluado en Comisión Académica en orden a la posible adquisición del grado de Doctor.

En esta Tesis, en primer lugar, se hace una introducción teórica y revisión de los temas que se abordan en la investigación: las sustancias psicoactivas, el concepto de adicción a sustancias y adicciones conductuales, la percepción de riesgo y su relación con el consumo de sustancias en jóvenes, aportando datos epidemiológicos que justifican la necesidad de estudiar este tema en profundidad. Posteriormente, en la parte empírica, se exponen los resultados surgidos del planteamiento de los objetivos, expresados de forma ordenada y siguiendo el orden en que éstos fueron planteados. Los resultados tienen una clara aplicación práctica, ya que se ha observado una vinculación entre el consumo y la percepción de riesgo, referida a aspectos importantes de la vida cotidiana como, por ejemplo, los accidentes de tráfico. Se han identificado 3 estilos perceptivos del riesgo asociado al consumo de sustancias tanto legales como ilegales, y se ha confirmado su valor predictivo respecto al consumo de las mismas, mostrando también relación con las fuentes de información sobre drogas que utilizan los jóvenes. Los datos proporcionados sobre los nuevos patrones de adicción entre los jóvenes como el *botellón*, tienen también una indiscutible vertiente aplicada de cara a la elaboración de programas de prevención.

Es preciso destacar que parte de los resultados de esta Tesis se han publicado ya ***Social Indicator Research***, una revista del primer cuartil (Q1) del JCR (*Journal of Citation Report –SSCI, Clarivate Analytics*), así como en ***Acción Psicológica***, una revista actualmente indexada en *Emerging Sources Index (Clarivate Analytics)*, existiendo dos artículos más en diferentes fases del proceso editorial. También es necesario indicar que esta Tesis se presenta para obtener la mención internacional, puesto que el doctorando realizó una estancia de 6 meses en York *Saint John University* (Reino Unido), razón por la cual aparecen redactadas también en lengua inglesa tanto el resumen como las conclusiones, así como al parte del objetivo tercero de la discusión del primer estudio. A continuación, se presentan las publicaciones y comunicaciones relacionadas con esta tesis.

Pino, M.J., Herruzo, C., Raya, A. y Herruzo, J. (2016) Legal and Illegal Substance Consumption and Traffic Accident Risk Perception Among

---

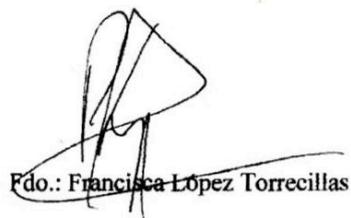
Spanish Young People. *Social Indicators Research*, 129, 835-845. *Impacto: 1.75. JCRSS: Q1*

- Herruzo, C., Lucena, V., Ruiz, R., Raya, A. y Pino, M.J. (2016) Differences by gender in the perception of risk associated with the Youth Drug Use. *Acción Psicológica*, 13, 79-90. *Impact Factor IN-RECS 2011 = 0.362. Q2. Emerging Source Citation Index (ESCI- Web of Science)*
- Lucena, V., Raya, A., Herruzo, J. y Herruzo, C. (en prensa): ¿Adicción o abuso de las TIC? En M. Osuna (Ed.) *La transversalidad de Género*. Madrid, Síntesis.
- Herruzo, C. (2018) A functional analysis of technologies and their addictions: The problem of self-control and generalized reinforcers. Paper presentado en 9th conference of the European Association for Behaviour Analysis (EABA), Würzburg, Alemania, 19-22/09/2018.
- Herruzo, C. (2018) El consumo de drogas ilegales en jóvenes. Un estudio comparativo. Comunicación presentada en 8th International Conference on Intercultural Education & 1st International Conference on Transcultural Health: The value of Education and Health for a Transcultural and Global World. Universidad de Almería, 20/06/2018.
- Pino, M.J.; Lucena, V., Herruzo, J., Raya, A. y Herruzo, C. (2018) Estudio de la correlación entre diversos instrumentos de evaluación del uso problemático de las TIC. Comunicación presentada en 8th International Conference on Intercultural Education & 1st International Conference on Transcultural Health: The value of Education and Health for a Transcultural and Global World. Universidad de Almería, 20/06/2018
- Pino, M.J.; Lucena, V., Herruzo, J., y Herruzo, C. (2018) Spirituality and drug use among Spanish university and non-university students. Comunicación presentada en 8th International Conference on Intercultural Education & 1st International Conference on Transcultural Health: The value of Education and Health for a Transcultural and Global World. Universidad de Almería, 20/06/2018.

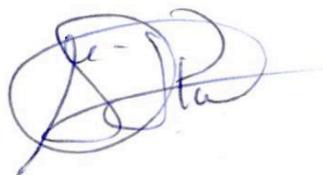
- Herruzo, C. y Pino, M.J (2019) Estilos perceptivos y consumo de cannabis en jóvenes. Póster aceptado en el I Congreso internacional y XLVI Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. A celebrar en Málaga, 7-9/03/2019.

Por todo ello, se autoriza la presentación de la tesis doctoral. Córdoba,  
20 de febrero de 2019

Firma de las directoras:



Fdo.: Francisca López Torrecillas



Fdo.: Mª José Pino Osuna

## Índice

Resumen .....	9
PARTE 1: INTRODUCCIÓN TEÓRICA .....	19
1. CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	21
1.1. Aspectos nosológicos y conceptuales del consumo de sustancias psicoactivas.....	22
1.2. Evolución histórica del consumo de sustancias psicoactivas....	31
1.3. Conducta de consumo en los jóvenes .....	33
1.4. Adicciones sin sustancia o conductuales .....	41
1.5. Etiología de la conducta de consumo.....	55
2. PERCEPCIÓN DE RIESGO .....	63
2.1. Definición de Percepción de Riesgo .....	63
2.2 Modelos de percepción de riesgo en Psicología de la Salud.....	63
2.3. Percepción de riesgo y consumo de sustancias .....	67
3. CONSUMO MASIVO DE ALCOHOL Y JÓVENES .....	81
3.1. Intoxicaciones etílicas agudas.....	90
3.2. <i>Binge drinking</i> y Botellón.....	92
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS DE LA TESIS.....	111
PARTE 2: ESTUDIOS EMPÍRICOS .....	115
5. ESTUDIO 1: ESTUDIO DE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO ASOCIADO AL CONSUMO EN JÓVENES.....	117
5.1. Método .....	117
5.2. Resultados .....	121
5.3. Discusión .....	141
6. ESTUDIO 2: CONSUMO MASIVO DE ALCOHOL Y JÓVENES UNIVERSITARIOS .....	153
6.1. Justificación y objetivos del estudio .....	153
6.2. Método .....	153
6.3. Resultados .....	156

<u>Consumo masivo de alcohol y adicciones en jóvenes universitarios</u>	<u>8</u>
6.3. Discusión .....	177
7. CONCLUSIONES .....	187
CONCLUSIONS .....	197
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	207
ANEXOS .....	239

## **Resumen**

Aunque el uso de las drogas es muy antiguo y las diferentes civilizaciones y sociedades las han consumido en distinto grado, forma y con diferentes fines, ideando también diversas estrategias para abordar los problemas que acarreaban, es en la Edad Contemporánea cuando dichos problemas son conceptualizados como una cuestión de salud pública y, vinculado a esta conceptualización, se empieza a hacer estudios sobre sus causas y consecuencias, adquiriendo un papel muy relevante el estudio del uso de las drogas por parte de la población joven. Es en este contexto donde se enmarca la presente tesis doctoral, en la preocupación por intentar avanzar en el conocimiento de las causas del consumo, de cómo los y las jóvenes entienden y se relacionan con las drogas. Para ello, en primer lugar, se hace una introducción teórica sobre el consumo de sustancias, su historia, nosología y etiología con el objetivo de tratar de esclarecer desde dónde partimos, qué sabemos y qué saben los jóvenes sobre estas cuestiones. En esta revisión teórica aparecen diversas ideas relevantes de las que emanan los objetivos de estas tesis.

Una de las variables destacadas en la literatura como relevantes a la hora de explicar y comprender el consumo de sustancias es la percepción de riesgo, entendida como la creencia que un individuo tiene acerca de los peligros que van asociados al consumo de una determinada sustancia. Es por ello que el primer objetivo de esta tesis es, precisamente, caracterizar esa percepción de riesgo y ver de qué manera se relaciona con el consumo de sustancias tanto legales como ilegales. Para ello se llevó a cabo un estudio, con un diseño prospectivo

y transversal ex post facto, en una muestra de 2776 jóvenes de 18 a 29 años de Andalucía. Se utilizó un cuestionario adaptado del empleado en otros estudios de investigación sobre la población universitaria en Andalucía y algunas agencias nacionales (Ruiz-Olivares et al. 2010), que incluía preguntas sobre datos sociodemográficos, patrones de consumo, percepción del riesgo y adicciones sin sustancia. Los resultados mostraron diferencias en la percepción de riesgo de las diferentes sustancias, existiendo ciertos sesgos en cuanto a los daños que pueden causar unas u otras sustancias, dejando claro que existe todavía desconocimiento sobre algunas drogas y sus posibles efectos y consecuencias, como la relación entre el consumo de alcohol y trastornos mentales, la percepción de que el cannabis es menos peligroso que el tabaco o el desconocimiento de qué efectos pueden tener los inhalantes. Se encontraron, además, diferencias en función del sexo, siendo la percepción de riesgo un poco más elevada en las mujeres para algunas drogas como el cannabis. Se planteó un segundo objetivo consistente en conocer cómo se relaciona el consumo de alcohol, cannabis y otras drogas con la percepción del riesgo de sufrir un accidente de tráfico bajo los efectos de dichas sustancias, y ver si había diferencias en función del sexo. Los resultados mostraron una correlación negativa entre el consumo y la percepción de riesgo, de manera que, a mayor consumo, menor percepción de riesgo de sufrir un accidente de tráfico y viceversa, siendo, para las mujeres, más alta la percepción de riesgo y menor el consumo. Por último, se plantea un tercer objetivo con la intención de determinar si existen patrones de percepción de riesgo y si éstos se relacionan con el consumo. Para ello se realizó un análisis de clúster que nos permitió identificar tres grupos

que aglutinaban las puntuaciones de percepción de riesgo: un primer grupo, que llamamos *estricto*, cuyas puntuaciones indican que consideran que las drogas siempre causan problemas. Un segundo grupo se ha denominado *laxo*, los cuales consideran que las drogas causan problemas a veces o rara vez. El tercer grupo denominado *consciente-permisivo* se caracteriza por considerar que drogas ilegales excepto el cannabis, casi siempre causan problemas. Se encontró una fuerte relación entre estilo perceptivo y consumo, obteniéndose una *Odds Ratio* entre los clústeres “estricto” y “laxo” para el consumo de cannabis en los últimos 30 días de 14.1, y entre el clúster consciente-permisivo y el laxo de 2,75. Por último, se realizó un análisis de regresión logística para tratar de predecir el consumo de cannabis mediante el estilo perceptivo, obteniendo como resultado que con esta variable, el consumo de alcohol y tabaco y la edad con la que tomó contacto con la bebida (combinados) y el cannabis, se predecía correctamente el 97,6% de los casos de consumo de cannabis, lo cual resulta bastante útil de cara a la prevención, aunque al ser un estudio transversal no podemos conocer la direccionalidad. Con el objeto de aportar más datos que puedan ayudar a la prevención, se analizaron también las fuentes de información por la que los y las jóvenes obtenían información referente a las drogas y su consumo, viéndose como, por lo general, las personas que consumen utilizan fuentes menos fiables como son los amigos, o personas en contacto con las drogas.

En un segundo estudio se planteó el abordaje de otro problema que es objeto de preocupación en nuestra sociedad. Nos referimos al consumo de alcohol y a ciertos fenómenos de reciente aparición como el llamado *botellón*, donde se dan unos patrones específicos de consumo

conocidos como *binge drinking* o atracón. Para ello, con una muestra de 2000 jóvenes de la Universidad de Córdoba, se utilizó un diseño transversal descriptivo y se aplicó un cuestionario en el cual se medían, además de datos sociodemográficos, pautas de consumo, asistencia y tipo de consumo en el botellón. Nos planteamos como primer objetivo específico conocer cuánto consumía el alumnado en función del curso, la rama de estudio y el sexo, categorizando el consumo en moderado (menos de 2UBE para mujeres y 3 para hombres), elevado (de 2 a 4 para mujeres y 3-6 para hombres) y muy elevado (más de 4 para mujeres y 6 para hombres). Encontramos que el 50% de los y las estudiantes tienen un consumo perjudicial de alcohol, además de diferencias significativas en función de la rama, curso y sexo en cuanto al consumo. Para conocer con más profundidad el fenómeno del botellón, nos planteamos el objetivo de caracterizar el consumo asociado a su realización, preguntando acerca de la frecuencia de las borracheras (44% de los hombres y 22% de las mujeres se había emborrachado en el último mes), el *binge drinking* (70% hombres y 50% de las mujeres tenían este tipo de consumo en el botellón), la frecuencia con la que asistían (16% mujeres y 20% hombres habían hecho botellón todas las semanas), la cantidad de alcohol consumida (7,3 UBE de media para hombres y 5,1 para mujeres) y el consumo de otras sustancias (el 40% consumía otras sustancias, principalmente tabaco, cannabis y cocaína). Por último, quisimos conocer como percibían las y los jóvenes el consumo, además de donde y con quién se habían iniciado en dicho consumo, perfilándose así nuestro último sub-objetivo. Los resultados nos muestran cómo un 46% de las mujeres y un 40% de los hombres apenas ven consecuencias negativas en el consumo, afirmando que

obtienen placer y bienestar al consumirlo (19% mujeres y 27% hombres) o mejora en las relaciones sociales (20% para ambos sexos). El 62% de las mujeres y el 54% de los hombres iniciaron su consumo en fiestas, y en un 90% de los casos lo hicieron con amigos.

A raíz de los datos obtenidos en ambos estudios, donde se refleja la relación existente entre la percepción de riesgo y el consumo de sustancias, además de los datos de consumo de alcohol en población universitaria y su caracterización, nos permiten contar con una información muy relevante de cara al diseño de programas de prevención específicos para la población joven, ya que, como se puede observar tanto en este estudio como en las encuestas nacionales, los datos de consumo indican que no se ha producido una reducción significativa en el consumo de algunas sustancias como el alcohol a lo largo del tiempo con las medidas tomadas hasta ahora. Es por ello que se hace necesario plantear nuevas alternativas y programas que ayuden a los jóvenes a ser conscientes y responsables con el consumo, más que desde las posturas clásicamente prohibicionistas, que como se ha visto no funcionan, apostando por una adecuada información y educación que permita el uso consciente y responsable por parte de los individuos, contando con la colaboración tanto de usuarios como de las instituciones a la hora de programar estas medidas preventivas, tratando de frenar el abuso y los problemas que este acarrea.



## **Abstract**

Drug use is an age-old phenomenon. with Different civilizations and societies have consumed narcotic substances to different degrees, in different forms and for different purposes, and devised different strategies to deal with the problems they entailed. But it is only in the contemporary age that these problems have been conceptualized as a public health issue and as a result studies have subsequently begun to be carried out into their causes and consequences. Studies into the use of drugs by the young population have taken on particular relevance, and this doctoral thesis has as its objective to further our knowledge of the causes of consumption and of how young people understand and relate to drugs. To do so, we first overviewed existing theories concerning substance consumption and the history, nosology and etiology of drugs, as a means of clarifying our point of departure and establishing what we know and what young people know about these issues. This overview provided a number of ideas which helped us formulate the thesis's objectives..

One of the variables identified in literature as relevant when explaining and understanding substance consumption is risk perception, understood as an individual's belief about the dangers associated with the consumption of a given substance. The first objective of the thesis was therefore precisely to characterize risk perception and try to find out how it relates to the consumption of both legal and illegal substances. To this end, a transversal, prospective ex post facto study was carried out on a sample of 2,776 young people between the ages of 18 and 29 in Andalusia, Spain. The questionnaire used, adapted from that used in other research studies into the university population in Andalusia and by some national agencies (Ruiz-Olivares et al. 2010, EDADES, ESTUDES), included questions on sociodemographic data, consumption patterns, risk perception and non-substance addictions. The results showed differences in risk perception for

different substances, with certain biases regarding the harm that can be caused by one or another substance. They also clearly indicated that there is still a lack of knowledge about certain aspects of drugs and their possible effects and consequences, such as the relationship between alcohol consumption and mental disorders, the perception that cannabis is less dangerous than tobacco and ignorance about what effects inhalants can have. Differences were also found between sexes, with risk perception slightly higher in women for some drugs such as cannabis. The second objective was to find out how the consumption of alcohol, cannabis and other drugs is related to perception of the risk of having a traffic accident under the effects of those substances, and, again, to see if there were differences according to sex. The results showed a negative correlation between consumption and risk perception: the higher the consumption, the lower the risk perceived of suffering a traffic accident and vice versa, with risk perception being higher and consumption lower for women. Finally, the third objective proposed was to determine the existence of risk perception patterns and whether these are related to consumption. For this purpose, a cluster analysis was carried out that allowed us to identify three groups covering the whole spectrum of risk perception scores: a first group, which we called *strict*, whose scores indicated that they consider that drugs always cause problems; a second group, denominated *lax*, which considered drugs to cause problems only sometimes or rarely; and a third group called *aware-permissive* which thought that all illegal drugs except cannabis almost always cause problems. A strong relationship was found between perceptual style and consumption, with *Odds Ratios* for cannabis consumption within the last 30 days of 14.1 between the "strict" and "lax" clusters, and 2.75 between the conscious-permissive and lax clusters. Finally, a logistic regression analysis was carried out to predict cannabis consumption by means of perceptual style. With this variable, alcohol and tobacco consumption and the age at which individuals began to drink and consume cannabis, 97.6% of the cases of cannabis consumption were correctly predicted. This was quite useful

for prevention, although, as it was a cross-sectional study, there was no indication of directionality. To obtain more data that could help prevention, the young people's sources of information about drugs and their use were also analyzed, the general view being that people who use drugs generally turn to less reliable sources such as friends or people in contact with drugs.

A second study addressed another problem that is a cause of concern in our society: alcohol consumption and the recent appearance of certain specific patterns of drinking behavior like binge-drinking and, in Spain, young people's outdoor drinking parties known as *botellones*. For this study, involving a sample of 2,000 young people from the University of Cordoba, a descriptive cross-sectional design was used and a questionnaire was applied in which, in addition to sociodemographic data, consumption patterns, attendance and the type of alcohol consumed in *botellones* were measured. Our priority objective was to find out how much alcohol students consumed by year and subject of study and by sex. Consumption was categorized as moderate (less than 2 standard drink units for women and 3 for men), high (from 2 to 4 for women and from 3 to 6 for men) and very high (over 4 for women and over 6 for men). We found that 50% of students had harmful levels of alcohol consumption, with significant differences in consumption depending on year and field of study and sex.. To learn more about the *botellón* phenomenon, we set ourselves the goal of characterizing the consumption parameters typically associated with such parties. Students were asked about frequency of drunkenness (44% of men and 22% of women had been drunk in the last month), *binge drinking* (70% of men and 50% of women had indulged in this type of consumption in a *botellón*), frequency of attendance (16% of women and 20% of men went to a *botellón* every week), the amount of alcohol consumed (an average of 7.3 standard drink units for men and 5.1 for women) and the use of other substances (40% of those surveyed said they consumed other substances, mainly tobacco, cannabis and

cocaine). Finally, we wanted to know how young people perceived alcohol consumption, and where and with whom they had first started drinking, thus profiling our last sub-objective. We found that 46% of women and 40% of men hardly perceive any negative consequences in alcohol consumption, affirming that they obtain pleasure and well-being from drinking (19% of women and 27% of men) or that it improves their social relationships (20% for both sexes). 62% of the women and 54% of the men first started drinking at parties, and in 90% of cases they did so with friends.

The data obtained in both studies reflecting the relationship which exists between risk perception and substance consumption, and the data on the level and nature of alcohol consumption among the university population provided us with information that is very useful for designing specific prevention programs for young people. As can be observed both in this study and in national surveys, consumption data shows that no significant long term reduction in the consumption of certain substances has been achieved by the measures implemented so far. It is therefore necessary to propose new alternatives and programs for raising young people's awareness and making them more responsible vis-à-vis consumption rather than relying on classic prohibitive measures which, as we have seen, do not work. There is a need for commitment to the provision of appropriate information and education which will facilitate conscientious, responsible use of substances by individuals, and for collaboration by both users and institutions in the programming of such preventive measures in an attempt to curb substance abuse and all its associated problems.

**PARTE 1:  
INTRODUCCIÓN  
TEÓRICA**



## **1. CONSUMO DE SUSTANCIAS.**

El uso y consumo de drogas o sustancias psicoactivas y las alteraciones en las funciones psíquicas resultantes, no es un fenómeno, ni mucho menos, reciente en la historia de la humanidad. Aunque en un principio parece que su uso era acotado a unos contextos muy concretos como rituales o actividades socializadoras dentro de las comunidades, poco a poco se ha ido extendiendo a otros espacios y contextos más amplios, convirtiéndose en un fenómeno mucho más frecuente, llegando a usarse con otros diversos fines como el placer, la búsqueda de sensaciones o la búsqueda de alivio de forma inmediata (Patricio, 2000).

Esto conlleva, inherentemente, la aparición de problemáticas relacionadas con el uso de estas sustancias. Problemas de salud física y psicológica, adicciones o problemas psicosociales son algunas de las consecuencias más frecuentes que derivan del uso de éstas.

Hay que añadir también que, tanto el fácil acceso a estas sustancias como el bajo coste económico de algunas de ellas, ha permitido que el consumo comience cada vez a edades más tempranas, aumentando los riesgos y consecuencias asociadas a estas sustancias. De hecho, según los datos de la OMS (2014), se calcula que casi un tercio de la mortalidad en adultos y dos tercios de las muertes prematuras están asociadas a comportamientos de riesgo que tienen su inicio en la juventud, como el consumo de sustancias.

Por tanto, dada la gravedad y complejidad de esta problemática, se hace necesario un estudio pormenorizado de este fenómeno, así como una delimitación conceptual que facilite la comprensión del mismo. Para ello, en el siguiente trabajo se hará, en primer lugar, una descripción nosológica del consumo de sustancias, así como una breve introducción histórica del mismo.

## **1.1. Aspectos nosológicos y conceptuales del consumo de sustancias psicoactivas.**

En este apartado se hará una breve introducción al concepto de “droga”, a las implicaciones del fenómeno adictivo, así como la evolución que ha sufrido a lo largo de la historia, con el objetivo de facilitar la comprensión y familiarizar al lector con los términos que se utilizarán en el presente trabajo

### ***1.1.1. Droga***

El concepto de “droga”, así como su definición, ha ido cambiando y refinándose a lo largo del tiempo. En un principio, en la farmacología clásica, era utilizado para referirse a cualquier sustancia que provocaba una alteración en el organismo obtenida directamente de una planta (Patricio, 2002). Esta primera aproximación generó bastante controversia dado que, en algunas civilizaciones, el uso de determinadas plantas está muy ligado a la propia cultura, por lo que rehúsan definir las como droga. Por ejemplo, en algunas culturas andinas como la boliviana, la hoja se usa de coca como estimulante, siendo muy similar al uso del té o del café, sin producir efectos secundarios ni adicción. Pero el hecho de que se puedan extraer de esta hoja los alcaloides para producir cocaína ha hecho que sea ilegal su venta fuera de estos países como cita el *Transnational Institute* en su obra “Hoja de coca: mitos y realidad” (Transnational Institute, 2017)

En 1969, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define por primera vez formalmente el término Droga como “*toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones*”, siendo muy similar a la definición de fármaco, por lo que en 1982 intentó delimitar el concepto a aquellas sustancias que producían dependencia apareciendo el concepto de *droga de abuso* como “*aquella de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de*

*producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser autoadministrada”* (Del Moral et al., 1998; pag. 3)

Otros autores también han intentado acotar el término como Becoña (2002), que lo define como cualquier sustancia psicoactiva que es consumida a través de cualquier vía de administración, que altera la percepción, el estado de ánimo y el funcionamiento cerebral.

En la actualidad, el término droga se utiliza para definir una variedad de sustancias que cumplen una serie de condiciones, desde una perspectiva médico-científica (Del Moral y Fernández, 2009):

- Cuando son introducidas en el organismo vivo son capaces de modificar o alterar las funciones psíquicas de éste (carácter psicoactivo o psicotrópico).
- Inducen la repetición de la autoadministración en los individuos que las consumen, debido al placer que producen (acción reforzante positiva).
- Al suprimir su consumo, pueden aparecer malestar psíquico y/o somático (dependencia física y/ o psicológica).
- La administración de la sustancia no tiene ninguna función médica y/o clínica y, en caso de que la tenga, puede utilizarse con una finalidad no terapéutica.

Como vemos, la definición de droga ha ido modificándose a lo largo de los años de la mano de diferentes autores y organizaciones. En las últimas décadas, este término ha ido perdiendo uso, siendo reemplazado por el de “sustancia psicoactiva”, relacionándose con la aparición de trastornos relacionados con el consumo de sustancias (OMS, 2004).

### 1.1.2. Sustancia psicoactiva

Se define como sustancia psicoactiva a aquella sustancia que introducida en el organismo afecta o altera el estado de ánimo y la conducta, acarreando trastornos incapacitantes para el consumidor a nivel personal, laboral, social y familiar, así como síntomas y estados característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia (Del Moral y Fernández, 2009).

Las drogas o sustancias psicoactivas se pueden clasificar según múltiples sistemas de categorización, aunque en la actualidad el criterio más usado es el farmacológico, es decir, en función de los efectos que producen en el sistema nervioso central y el cerebro. En este sentido, una de las clasificaciones más utilizadas es la planteada por Shuckit (2000). Este realiza una clasificación de las drogas agrupándolas en clases y categorías como se puede observar en la siguiente tabla (1):

Tabla 1: Agrupación drogas por clase y categorías

Clase	Ejemplos
Depresores del SNC	Alcohol, hipnóticos, sedantes, ansiolíticos (benzodiazepinas)
Estimulantes o simpatomiméticos del SNC	Cocaína y derivados, anfetaminas, metilfenidato, productos para perder peso
Opiáceos	Heroína, morfina, metadona y casi todas las prescripciones analgésicas
Cannabinoides	Marihuana, hachís
Alucinógenos	Dietilamina de ácido lisérgico (LSD), mescalina, psilocibina, éxtasis (MDMA), DMT
Inhalantes	Aerosoles, sprays, colas, tolueno, gasolina, disolventes
Drogas para contrarrestar otros efectos	Contienen: atropina, escopolamina, Estimulantes menores, antihistamínicos, analgésicos menores
Otros	Fenciclidina (PCP)

Otra clasificación utilizada con frecuencia es la propuesta por el manual DSM-5 (APA, 2013) que las agrupa en 11 sustancias: alcohol, alucinógenos, estimulantes (cocaína, y anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar), cafeína, cannabis, fenciclidina (PCP) o arilciclohexilaminas de acción similar, inhalantes, nicotina, opioides, y sedantes (hipnóticos o ansiolíticos).

### ***1.1.3 Uso vs Abuso***

Otro aspecto importante a definir es la diferencia entre el uso y el abuso de una determinada sustancia. En la literatura podemos encontrar de nuevo cómo hay diferentes aproximaciones e intento de descripción y distinción de ambos términos.

En 1994 la OMS (OMS1994) conceptualiza por primera vez el uso de una sustancia, relacionándolo con el uso recreativo de una sustancia ilegal de una manera ocasional, aislada, episódica que no genere dependencia ni tolerancia. Para Del Moral y Fernández (2009) el uso de una sustancia se refiere a la utilización sin que produzca efectos médicos, familiares y sociales. Otros autores como Escotado define su uso de manera controlada, para conseguir estados personales que sin estas sustancias sería complicado alcanzar, siendo consciente del efecto que tiene cada sustancia, para de esta manera poder hacer un uso adecuado y responsable (Escotado, 2004).

Por su parte, Siegel (1984) diferencia cuatro formas de consumo de drogas, de las cuales las dos primeras son episódicas y las dos últimas crónicas:

a) Experimental: consumo esporádico o realizado durante un período de tiempo limitado y en cantidad reducida. La droga consumida está en consonancia con el consumo del círculo en el que se realiza, siendo una elección limitada. Constituye un patrón inicial y común a todas las

adicciones. Se inicia por curiosidad, sentimiento de pertenencia a un grupo, sentirse adulto y/o búsqueda de nuevas experiencias.

b) Ocasional: consumo intermitente en cuanto a las cantidades de sustancia ingeridas, pudiendo llegar a ser significativas. La principal motivación es, generalmente, la integración grupal a través de mayores niveles de desinhibición personal. En este caso: los individuos, el tipo de droga y el lugar donde se realiza la administración. Este tipo de consumo aumenta también el peligro de desarrollar una adicción.

c) Habitual: consumo diario que tiene como propósito de aliviar el malestar psicorgánico (en términos de la dependencia física y/o psicológica) y mantener el rendimiento (como los consumidores diarios de cocaína). Existen alteraciones menores del comportamiento, dedicando el individuo la mayor parte de su tiempo a pensar en la droga, procurarla y auto-administrársela.

d) Compulsivo: consumo muy intenso varias veces al día. Existe un trastorno importante del comportamiento que va a derivar en una serie de consecuencias sociales. Impide también el afrontamiento de las tareas cotidianas, realizándose el consumo de forma individual y aislada para poder mantener su funcionamiento basal y de esta forma poder aliviar el síndrome de abstinencia que aparece cuando se deja de consumir.

El abuso de sustancias es conceptualizado como un patrón de consumo desadaptativo que puede causar daño a la salud física y psicológica. Por tanto, los individuos con este patrón de consumo pueden sufrir daño o deterioro de las obligaciones personales, laborales, sociales y familiares, manteniéndose el consumo a pesar de dichas consecuencias negativas (Casas, Roncero y Colmon, 2010). Flynn (1994) lo define como el uso recurrente y compulsivo de una sustancia

química, lo que conlleva una serie de consecuencias negativas en varias áreas de la vida del individuo.

Por tanto, el abuso es un uso nocivo, en el que el individuo tiene un comportamiento disfuncional, continuando con el consumo de la sustancia a sabiendas de las consecuencias de hacerlo. Esta conceptualización del abuso se equipara a la propuesta de abuso del DSM-IV-TR (APA, 2002). Precisamente, esta clasificación sitúa las categorías de abuso y dependencia en un plano equivalente con respecto a su importancia. En el último manual de la APA, DSM-5 (2013), ambos conceptos, abuso y dependencia, se engloban dentro de lo que categoriza como “Trastorno por consumo de sustancias”, por lo que desaparece la categorización propia de abuso.

#### ***1.1.4. Dependencia de sustancias***

El término dependencia está íntimamente relacionado con el de abuso, como hemos visto anteriormente en el DSM-5 APA (2013). Ambos términos se engloban en un mismo concepto, sin embargo, previamente sí estaba diferenciado, no solo por el anterior manual (DSM-IV-TR APA, 2002), sino también por otros organismos y autores. En 1992, la OMS (OMS, 1992) definió la dependencia como un síndrome que se caracteriza por un esquema conductual en el que el individuo establece una elevada prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos que son considerados habitualmente importantes para el individuo.

Para la APA (2002), la característica fundamental de la dependencia de sustancias es un grupo de síntomas fisiológicos, conductuales y cognoscitivos, que indican que el individuo continúa consumiendo una o más sustancias, a pesar de las consecuencias de hacerlo. Refiere, además, que existe un patrón de repetida autoadministración que lleva a la tolerancia, a la abstinencia y a una

ingesta y búsqueda compulsiva de la sustancia, siendo que el deseo imperioso (*craving*) o la necesidad irresistible de consumir, es uno de los síntomas que aparece más en los individuos dependientes.

Existe coincidencia entre las clasificaciones de la OMS (1992) y la APA (2002), en cuanto a que la dependencia como su nombre lo indica, hace que la persona esté supeditada y controlada por la sustancia psicoactiva, perdiendo el control sobre los efectos de la propia sustancia quedando, por tanto, en una situación de vulnerabilidad, exponiéndose a situaciones de riesgo y victimización, con las consecuentes repercusiones sociales que tiene la figura del “drogodependiente” en nuestra sociedad.

Por tanto, a modo resumen, podemos decir que la característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en la presencia de un grupo de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella, presentando un patrón de autoadministración que puede llevar a la tolerancia, a la abstinencia y a la ingesta compulsiva de la sustancia, existiendo una necesidad irresistible, o deseo imperioso de consumo (*craving*) siendo este de los síntomas que más frecuentes y distintivos en las personas dependientes

Dentro del concepto de dependencia, podemos encontrar además subcategorías o subtipos de dependencia.

#### **1.1.4.1 Tipos de dependencia**

La *dependencia física* es también denominada como neuroadaptación, un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo. Sus dos componentes fundamentales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia agudo. Es característica de las

sustancias depresoras (alcohol, opiáceos, hipnóticos, sedantes) y menos marcada en las drogas estimulantes (anfetaminas y derivados, cocaína y nicotina) y apenas perceptible en el caso de los alucinógenos (Becoña, Rodríguez y Salazar, 1999).

La dependencia física no es indispensable para la instauración de la dependencia como trastorno adictivo y sí lo son los efectos reforzadores positivos y negativos que llevan a la persona a cambios comportamentales, es decir, a la búsqueda, obtención y consumo de drogas. Estos efectos constituyen, en su conjunto la mayor parte de la dependencia psicológica que es denominada por algunos autores como dependencia conductual.

La *dependencia psicológica* viene determinada por el deseo irresistible (*craving*) de repetir la administración una o más sustancias con el objetivo de experimentar efectos placenteros, agradables y/o evasivos (sedación, euforia, alucinaciones); o bien para evitar el malestar que se siente con su ausencia. Por tanto, las actividades de búsqueda de la droga y la asociación de patrones de consumo patológico son los que condicionan la dependencia.

La dependencia psicológica es una situación compleja debido a la intensidad y rapidez con la que se instaura, así como la dificultad para salir de ella una vez establecida, entrando en juego un conjunto diverso de factores, entre otros: contextuales, educativos, sociales, ambientales, motivacionales, antropológicos, etc., relacionados con características de la propia droga (eficacia, propiedades intrínsecas, vía de administración, etc.) (Pérez-Milena, Martínez, Fernández, Pérez-Milena, Leal-Heilmiling, Jiménez-Pulido y Martínez-Fernández, 2005).

La *dependencia social* es referida cuando el consumo está vinculado al sentimiento de pertenencia a un grupo social, consiguiendo con esto la identidad personal en este grupo. Cuando se abandona el

consumo de la sustancia, esto puede provocar en el individuo drogodependiente crisis relacionales graves que llevan nuevamente a la reanudación del consumo con el objetivo de restablecer el equilibrio social, el cual le producía confort (Salazar, Ugarte, Vásques y Loaiza, 2013).

Estas definiciones permiten deducir que los conceptos de dependencia psicológica, física y social no son opuestos, sino que están interrelacionados, siendo puntos de vista diferentes de un mismo fenómeno, permitiendo de esta forma abordar la drogodependencia de una manera más completa, ya que tiene en cuenta factores físicos (neuroadaptación, tolerancia, abstinencia), psicológicos (características personales y aprendizaje) y sociales (cultura de grupo, medio ambiente y grupo de pertenencia).

### ***1.1.5 Adicción***

Otro concepto importante, relacionado nuevamente con los anteriores es el de *adicción*. El término adicción se ha usado tradicionalmente para referirse a la dependencia a una sustancia. Sin embargo, en la actualidad es utilizado también para referirse a conductas con características de dependencia no originadas por sustancias químicas como el juego, la comida, el uso del teléfono móvil, internet, el sexo, etc., donde la palabra adicción viene a significar necesidad imperiosa que no tiene en cuenta las consecuencias negativas para el individuo y su entorno (familiar y social) (Arellanez-Hernández, Diaz-Negrete, Wagner-Echeagaray y Pérez-Islas, 2004)

Para la OMS (1994), la adicción a las drogas se refiere al consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas donde el individuo, denominado adicto, es dominado por un deseo compulsivo de consumir la sustancia, llegando a excluir todas sus responsabilidades, además de que su consumo tiene un efecto

perjudicial para la sociedad y para la persona. De acuerdo con Del Moral y Fernández (2009), se puede considerar, a efectos prácticos, sinónimos los términos toxicomanía y drogodependencia, habiendo sido denotados los dos primeros por connotaciones negativas. Sin embargo, el término adicción se encuentra más relacionado con las adicciones sin sustancias.

## **1.2. Evolución histórica del consumo de sustancias psicoactivas**

El uso de las sustancias psicoactivas está vinculado a la historia y evolución de la humanidad desde bien pronto, principalmente por motivos religiosos, recreativos o médicos, como indica Seibel (2001). Se tiene constancia de que, hace más de 10.000 años, los pueblos sumerios tenían conocimiento del proceso de fermentación de la cebada, produciendo cerveza con elevado potencial alcohólico que era ofrecida a los dioses a modo de rito religioso. Otras culturas, como las tribus amazónicas y africanas o los indios del sureste de los Estados Unidos, usaban sustancias alucinógenas derivadas de plantas y animales como la bufotoxina en sus rituales religiosos. Aunque no se tiene un conocimiento exacto del inicio del consumo de sustancias psicoactivas en el continente europeo, las primeras evidencias del consumo de cannabis con usos medicinales en Europa Oriental datan del año 3000 a.C., según el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT, 2006).

A mediados del siglo XIX, se consiguen aislar los principios activos de algunas plantas (alcaloides) para la producción de nuevas sustancias más potentes, entre las cuales se encuentra el alcaloide del opio, denominado “morfina”. En este mismo periodo, aparecen otras drogas consideradas semisintéticas como la heroína, sintetizada a partir de la morfina. También se consigue aislar la cocaína a partir de las hojas de coca, aunque todavía se continúa dependiendo de las plantas para la elaboración de las sustancias (OEDT, 2006). El hecho de no conocer

aún el efecto adictivo de estas drogas hizo que su consumo fuese bastante elevado hasta que, a finales de dicho siglo, la población empezó a ser consciente de la problemática que acarrea el consumo de dichas sustancias (Rosa, Gomes y Carvalho, 2000).

En la segunda mitad de ese mismo siglo, XIX, se empiezan a sintetizar las primeras sustancias psicoactivas en los laboratorios sin necesidad de obtenerlas de los precursores vegetales, lo que supone el inicio de lo que comúnmente se conoce como drogas de laboratorio o diseño, siendo estas más fáciles de obtener y produciéndose en mayores cantidades, como las anfetaminas y los barbitúricos. Este aumento en la producción y el consumo de estas sustancias durante el final del siglo XIX y comienzos del XX, estuvo marcado por un hecho que potenció aún más la demanda de estas sustancias, la Primera y Segunda Guerra Mundial. La demanda de calmantes y estimulantes sintéticos para los soldados marca el cambio definitivo del uso de drogas naturales o semisintéticas por las drogas de laboratorio (Rosa et al., 2000).

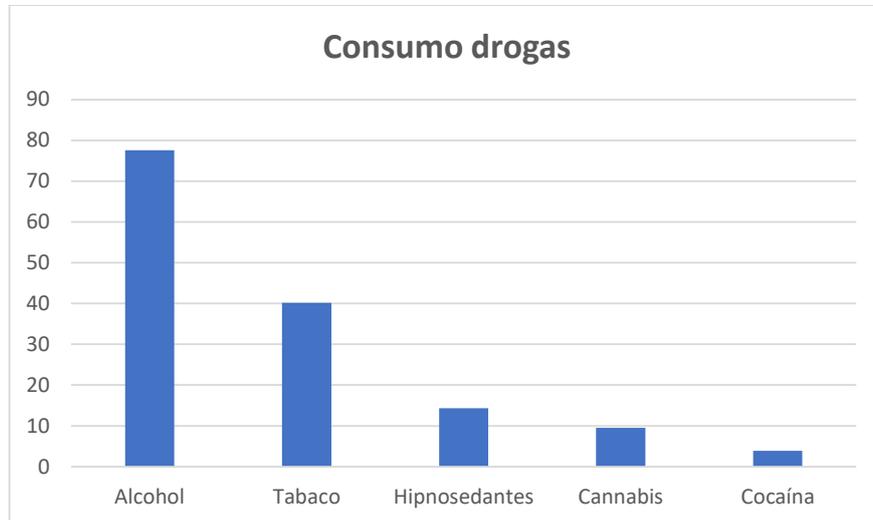
En España, en esta época, el consumo de drogas está prácticamente reducido al uso del tabaco, alcohol y algunos fármacos hipnosedantes (Pascual, 2009). Sin embargo, es a final de los años 60 y 70 del siglo XX cuando estas drogas de diseño empiezan a ser consumidas en nuestro país, coincidiendo con el cambio social que se produce al final del régimen franquista y, sobre todo, durante la transición política hacia la democracia, especialmente en los sectores más jóvenes de la población, produciéndose un aumento del consumo de LSD, cocaína y cannabis principalmente (Kahler y Merchán, 2003). Años más tarde, a finales de los 70 y sobre todo en los 80, hace su aparición en escena la heroína, acompañada de un aumento del uso del alcohol, que empieza a ser consumido en mayor cantidad por los jóvenes en ambientes festivos y como herramienta sociabilizadora, surgiendo lo que se llamó la cultura de la “litrona” (Elzo, Laespada y

Pallarés, 2003). En la siguiente década, los 90, se empiezan a ver y a conocer los efectos del consumo de estas “nuevas” drogas, sobre todo de la heroína, que se asocia con fenómeno endémico del VIH y el SIDA. Esto lleva a que el consumo de la heroína decaiga considerablemente, siendo sustituido por la cocaína que, a ojos de la sociedad, se presenta como menos adictiva, además del aumento del consumo de alcohol y otros estimulantes sintéticos (Kahler y Merchán, 2003).

Ya en el presente siglo, hay un incremento del uso del alcohol, en este caso de bajo coste y calidad, que además se consume en lugares públicos y en grandes grupos, en su mayoría jóvenes con reducido poder adquisitivo, sobre todo, estudiantes. Es entonces cuando surge la cultura del “*binge drinking*” o “botellón”. (Elzo et al., 2003; Pascual, 2009). Además, actualmente se observa también, no solo a nivel nacional, un aumento de las llamadas drogas emergentes, nuevos compuestos y derivados del éxtasis y los cannabinoides. Estas drogas, al ser analizadas, generalmente, no contienen lo que afirman los traficantes, siendo sustituidos por otros componentes hasta ahora no investigados de los cuales apenas existe información sobre sus efectos (OEDT, 2014).

### **1.3. Conducta de consumo en los jóvenes**

Las drogas más consumidas en nuestro país son el alcohol, el tabaco, los hipnosedantes y el cannabis. Según la encuesta EDADES (2017) un 77.6% de los encuestados de entre 15 y 64 años afirma haber consumido alcohol en los últimos 12 meses, un 40.2 % tabaco, un 14.3 % hipnosedantes, un 9.5 % cannabis y un 3.9 cocaína. Exceptuando los hipnosedantes, las tres sustancias más consumidas en nuestro país tienen algo en común, su edad de inicio se da en la adolescencia o juventud.



*Fuente: EDADES 2017. Consumo de drogas legales e ilegales en España.*

Según los últimos datos disponibles (EDADES, 2017), el alcohol y el tabaco son las sustancias que empiezan a consumirse a una edad más temprana, 16,6 y 16,4 años respectivamente. También a una edad temprana, entre los 18 y los 19 años, empieza a consumirse el cannabis, siendo esta la primera sustancia ilegal en consumirse. Por su parte, los hipnosedantes son la sustancia psicoactiva cuya ingesta comienza a una edad más avanzada. La edad media de inicio en su consumo se sitúa en 35,6 años, siendo ligeramente inferior al que corresponde a los hipnosedantes sin receta médica (32,5 años).



Las cifras de consumo en jóvenes de entre 15 y 34 años son iguales o superiores a los de mayor edad. En el caso del tabaco, La prevalencia del consumo en los últimos 30 días resulta muy similar entre el grupo de menores de 35 y mayores, encontrando que el 38,4% de los jóvenes menores de 35 años ha fumado en el último mes. Sin embargo, si nos referimos al cannabis encontramos que el consumo en el grupo de menores (12.9%) es prácticamente el triple que la contemplada en el grupo de mayor de edad (4,4%). La prevalencia en el grupo de 15 a 34 años apenas ha variado respecto a los informes de 2011 y 2013, por lo que podemos afirmar que esta tendencia de consumo se ha mantenido en este periodo de tiempo (EDADES, 2017)

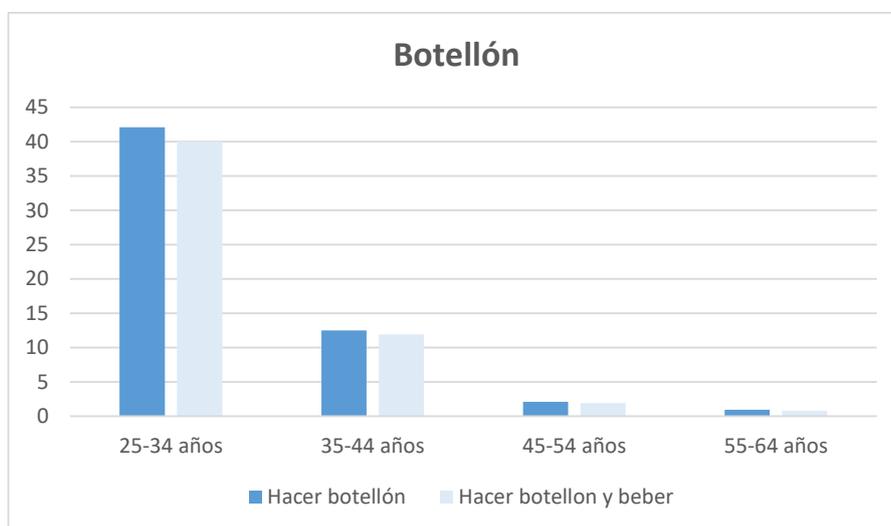
La otra sustancia psicoactiva con un inicio temprano, el alcohol (16.6 años), es la más consumida en nuestro país. Un 77.6% de los encuestados de entre 15 y 64 años afirma haberla consumido en los últimos 12 meses, y un 62.1% haberlo hecho en el último mes. Esto datos de consumo han variado poco desde que se realizó la primera encuesta en 1997 (EDADES, 2015). El alcohol es una droga con uso muy normalizado en nuestro país y con unos patrones de consumo bastante abusivos (Ivano, García-Altés y Nebot, 2011). En los últimos 12 meses, la prevalencia de las intoxicaciones etílicas agudas

(borracheras) en los jóvenes de entre 15 y 24 años se sitúa en el 18.2%, porcentaje superior que en el grupo comprendido entre 25 y 34 años 13.1%, por lo que podemos ver que en este rango a menor edad mayor porcentaje de borracheras.

En torno al consumo de esta droga surge un patrón de consumo singular en nuestro país, el llamado “botellón”, que es un tipo de “*binge drinking*” o que favorece este consumo abusivo. Este fenómeno, asociado a un grupo de edad más joven, ha sido abordado por diferentes autores. Haciendo una revisión de las distintas definiciones que se le ha dado a esta tipología de consumo, podemos definir botellón como una congregación de jóvenes de distintas edades en espacios públicos con el fin de consumir bebidas alcohólicas, generalmente de bajo coste económico, en un breve periodo de tiempo sin la supervisión de adultos (Gómez-Fraguela, Fernández, Romero y Luengo, 2008; Rodríguez, Agulló y Agulló, 2003). Además, este patrón de consumo está considerado en la actualidad como un factor de riesgo para el desarrollo posterior de abuso/dependencia, contando con una delimitación precisa de sus características: consumo de 60 o más gramos de alcohol en varones y de 40 o más gramos en mujeres, concentrado sobre todo en una sesión de consumo (habitualmente 4-6 horas), durante el que se mantiene un cierto nivel de intoxicación (alcoholemia no inferior a 0,8g/L) (Parada, Corral, Caamaño-Isorna, Mota, Rodríguez y Cadaveira, 2011).

Como reflejan los datos de la encuesta del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social EDADES (2017), este patrón de consumo es bastante frecuente en población joven. En los últimos 12 meses, en la población con una edad comprendida 15 a 24 años existe una prevalencia del 42,1%, si bien en los hombres la proporción asciende al 46,2%. Hay que resaltar que prácticamente la totalidad de los individuos que han realizado botellón han consumido alcohol en él.

De las personas de 15 a 18 años que han realizado botellón en el último año (39,6%), el 37% consumieron bebidas alcohólicas. Si nos referimos al grupo de 25 a 34 años la popularidad del botellón disminuye, aunque todavía el 12,5% admite esta práctica. Además, es destacable también que este porcentaje no disminuye mucho si nos ceñimos a los últimos 30 días. En torno al 30% de los hombres de entre 15 y 34 años y el 19% de las mujeres admite haber hecho botellón en el último mes.



Fuente: EDADES 2017. *Practica de botellón y consumo de alcohol por edades.*

Por tanto, como podemos inferir, a raíz de los datos expuestos, estamos ante un patrón de consumo bastante frecuente, con una tipología de consumo abusiva, que además está considerada factor de riesgo para desarrollar una dependencia hacia esta sustancia, el alcohol. Por tanto, se hace necesario dedicarle un capítulo a este patrón de consumo para abordar con mayor profundidad la dimensión de dicho fenómeno (ver capítulo 3).

El consumo de sustancias, así como sus consecuencias para la salud, las posibles adicciones y patrones de consumo asociados, es un

tema con una alta relevancia social que sido ampliamente abordado desde la literatura científica y también en población universitaria. (Zaldívar, López, García y Molina, 2011; Lucena, Ruiz-Olivares, Pino y Herruzo, 2013; Lopez-Caneda, Rodriguez, Cadaveira, Corral y Doallo, 2014; Mihalca, Gherasim, y Chendran, 2012; Farmer et al., 2015).

Por un lado, Zaldívar et al. (2011) exploraron el consumo de alcohol y otras drogas en universitarios y la existencia de diferencias entre hombres y mujeres. Para ello se encuestó a 506 estudiantes de la Universidad de Almería mediante autoinformes elaborados expresamente para esta investigación, así como el test AUDIT para el consumo de drogas. Los resultados mostraron que el alcohol es la sustancia más consumida y con la que alcanza con mayor frecuencia estados de embriaguez (70%), seguida por el cannabis. Encontraron también que en el último mes el 86,2% de los participantes había consumido alcohol, el 32.6% cannabis y el 3% drogas de diseño. Respecto al sexo, los hombres habían consumido más alcohol y cannabis que las mujeres en la última semana. Estos resultados coinciden con los de otras universidades españolas, pero superan a los de población general, poniendo de manifiesto la importancia de intervenir en el consumo que se da en la época universitaria.

Otro estudio también realizado con población universitaria llevado a cabo por Lucena et al. (2013) investigó el consumo de sustancias legales (alcohol, tabaco y psicofármacos) para conocer si existían diferencias en los patrones de consumo. Para ello se utilizó una muestra de 772 estudiantes de la Universidad de Córdoba y 2405 jóvenes no universitarios de la provincia, utilizando un cuestionario adaptado sobre patrones de consumo de sustancias legales. Los resultados mostraron que en ambas poblaciones (universitarios no universitarios) se da un consumo habitual muy elevado de las tres

sustancias, aunque los universitarios tienen un consumo más elevado de alcohol y psicofármacos que los no universitarios de tabaco. El consumo experimental se da de forma invertida, los universitarios experimentan más con el tabaco y los no universitarios con el alcohol y los psicofármacos. Concluyendo que existen patrones de consumo distintos en función del contexto donde se desarrolla la vida de los jóvenes.

López-Caneda et al. (2014) quisieron comprobar si había una relación entre la edad en los individuos beben por primera vez y un control inhibitorio relativamente débil o inmaduro. Para ello realizaron una revisión narrativa de los estudios relacionados con el desarrollo del control inhibitorio durante la adolescencia, los déficits en la capacidad inhibitoria en los trastornos del consumo por alcohol y los efectos de la ingesta aguda de alcohol sobre el control inhibitorio en adolescentes y adultos jóvenes. Estos autores encontraron que los procesos de control inhibitorio se desarrollan durante la adolescencia y juventud, que las funciones inhibitorias deficientes pueden predisponer al individuo al consumo indebido de alcohol y que el consumo agudo de alcohol puede perjudicar el control inhibitorio, afectando a la capacidad de prevenir o detener el comportamiento relacionado con el consumo de alcohol. Por tanto, estos autores concluyen que un control inhibitorio deficiente puede ser tanto la causa como la consecuencia del consumo excesivo de alcohol, destacando que la adolescencia y la adultez temprana puede ser un periodo especialmente vulnerable debido a un funcionamiento débil del control inhibitorio propio de esta edad y que el consumo de alcohol puede afectar al correcto desarrollo de la función inhibitoria alterando la regulación del consumo de alcohol. Los autores aluden a la necesidad de estudios longitudinales para evaluar la direccionalidad entre el control inhibitorio y el consumo de alcohol.

Por otro lado, respecto al consumo de cannabis mencionamos algunos estudios (Mihalca et al., 2012; Farmer et al., 2015) que resaltaron que las causas y las consecuencias del consumo de cannabis eran los trastornos psicóticos. Específicamente, el estudio de Mihalca et al. (2012) analizaron la relación entre el consumo de cannabis en la adolescencia y el desarrollo de psicosis. En su estudio, utilizaron una muestra de 583 adolescentes de cuatro colegios de Rumanía que tenían que completar unas escalas de predisposición hacia la psicosis, manipulando la frecuencia y la edad de consumo. El análisis de la varianza encontró relación entre la frecuencia de consumo y la percepción de riesgo de desarrollar psicosis, pero no encontró relación con la edad de inicio. Los autores destacan en su estudio la discrepancia entre los resultados de las investigaciones clínicas, que muestran que si existe una relación entre la edad de inicio del consumo y la aparición de síntomas psicóticos y la percepción que tienen los adolescentes acerca de las consecuencias del inicio temprano. Un Segundo ejemplo es el estudio realizado por Farmer et al. (2015) quienes trataron de proporcionar datos descriptivos acerca del inicio, la recuperación y la recurrencia de los trastornos por consumo de cannabis en adolescentes y jóvenes. Para ello utilizaron una muestra de 816 pandilleros con una edad de entre los 16 y los 30 años, a los que le realizaron evaluaciones diagnósticas para examinar los trastornos ocasionados por el consumo. Los resultados muestran una prevalencia de estos trastornos del 19,1%, a pareciendo a la edad de 18,6 años. Aunque el sexo no estaba estadísticamente relacionado con la aparición de los trastornos, los hombres eran más propensos a ser diagnosticados por un trastorno de por vida. El 81,1% de los diagnosticados por un trastorno lograron recuperarse, teniendo las mujeres una recuperación más rápida que los hombres. La tasa de recurrencia fue del 27,7% y es más probable que se de en los primeros 36 meses desde que aparece el trastorno, una vez pasados los 72 meses desde su aparición, prácticamente no se daba su

recuperación. Por tanto, los autores concluyen que los trastornos asociados al consumo de cannabis son relativamente comunes, afectando a uno de cada cinco consumidores antes de los 30 años de edad, y el 30% de estos tendrán un trastorno persistente por el consumo problemático que se mantendrá durante 7 años o más.

#### **1.4. Adicciones sin sustancia o conductuales**

En las últimas décadas están surgiendo nuevas adicciones que difieren de las hasta ahora conocidas en que estas ya no se dan sólo a sustancias. Se contemplan comportamientos problemáticos respecto al juego, a las compras, al teléfono móvil, a internet, al uso de redes sociales, al trabajo, al sexo y hasta el ejercicio físico, lo cual está dando lugar a una serie de comportamientos compulsivos y extremos, acompañados de una pérdida del autocontrol (Escohotado, 2002).

Para definir esta serie de comportamientos Marks (1990) introdujo el concepto de “adicciones comportamentales”. Este las definió como un conjunto de conductas que se caracterizan por la necesidad reiterada de llevar a cabo una serie de comportamientos, de las cuales el sujeto conoce sus consecuencias negativas, desarrollando cadenas comportamentales que generan tensión y fases recurrentes de urgencia, que configuran un síndrome que se activa mediante señales externas e internas, similar al síndrome de abstinencia, y que implican, en último término, una dificultad en el funcionamiento cotidiano. Esta definición ha ido modificándose con el tiempo, a raíz de los estudios empíricos que reflejan las semejanzas entre las adicciones con sustancias y las comportamentales en cuanto a desarrollo, fenomenología, tolerancia, psicopatología asociada, contribución genética, mecanismos neurobiológicos, respuesta al tratamiento, entre otras (Grant, Potenza, Weinstein y Gorelick, 2010). Autores como Sobrino, Cabra, Gómez, García, Sala y Ballesteros (2006), identifican este tipo comportamientos como trastornos de dependencia ligados a

actividades cotidianas, que no implican el consumo de sustancias tóxicas, denominándolo “drogas sin drogas”. Determinan varias dimensiones que predisponen al individuo a este tipo de adicciones: la vulnerabilidad biológica, el fracaso en la socialización, la deficiente adquisición de habilidades relacionales y desarrollo de actitudes y conductas competitivas en lugar de colaboradoras, el contacto con situaciones o eventos estresantes durante las primeras etapas de la vida, ciertos rasgos de personalidad y posibles trastornos de la misma y el contacto reciente con situaciones estresantes.

La OMS, por su parte, definió el término adicción en 2012 (OMS, 2012) como “una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación”, de la cual podemos inferir que también incluiría este nuevo tipo de adicciones. Con respecto a su categorización como trastorno, podemos ver como el último manual de la APA DSM-5 (2013) solo incluye dentro de la categoría de “trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos” el juego patológico como adicción sin sustancia o comportamental, teniendo como criterio que:

- Esta conducta debe darse durante al menos 12 meses
- Existir una necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la excitación deseada
- Estar nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego
- Haber hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito, a menudo teniendo la mente ocupada en las apuestas
- Haber apostado a menudo con sensación de desasosiego, después de perder dinero en las apuestas, haber vuelto otro día para intentar ganar, mintiendo para ocultar su grado de implicación en el juego

- Haber puesto en peligro o haber perdido una relación importante, un empleo o una carrera académica o profesional a causa del juego
- Haber contado con los demás para que le den dinero para aliviar situación financiera desesperada provocada por el juego.

Por tanto, la adicción conductual, como por ejemplo a las tecnologías o al juego, puede ser entendida como una pérdida de control, pérdida de libertad, y en definitiva una dependencia a un determinado comportamiento. Todas las conductas adictivas están controladas inicialmente por reforzadores positivos, pero terminan siendo controladas por reforzadores negativos. Cualquier persona puede hablar por el móvil o conectarse a Internet por la utilidad o el placer de la conducta en sí misma; una persona adicta, por el contrario, lo hace buscando el alivio del malestar emocional (aburrimiento, soledad, ira, nerviosismo, etc.) (Echeburua, 2008).

Este autor, define la secuencia habitual de las adicciones psicológicas en el siguiente orden (Echeburua, 2008):

- a) La conducta es placentera y recompensante para la persona.
- b) Hay un aumento de los pensamientos referidos a dicha conducta en los momentos en que la persona no está implicada en ella.
- c) La conducta tiende a hacerse cada vez más frecuente.
- d) El sujeto tiende a quitar importancia al interés suscitado en él por la conducta (mecanismo psicológico de negación).
- e) Se experimenta un deseo intenso de llevar a cabo la conducta, con expectativas muy altas.
- f) La conducta se mantiene a pesar de las consecuencias negativas crecientes. Hay una para justificación personal y un intento de

convencimiento a los demás por medio de una distorsión acentuada de la realidad.

g) A medida que los efectos adversos de la conducta aumentan, el adicto comienza a tomar conciencia de la realidad y realiza intentos de controlar la conducta por sí mismo.

h) Lo que mantiene ahora la conducta no es el efecto placentero sino el alivio del malestar. Este alivio es cada vez de menor intensidad y de más corta duración.

i) El sujeto muestra una capacidad de aguante cada vez menor ante las emociones negativas y las frustraciones cotidianas. Las estrategias de afrontamiento se debilitan debido a la falta de uso. El comportamiento adictivo se convierte en la única vía para hacer frente al estrés.

j) La conducta adictiva se agrava. Una crisis externa lleva al sujeto a solicitar tratamiento.

k) Como consecuencia de todo esto, los comportamientos se vuelven automáticos, emocionalmente activados y con poco control sobre el acierto o error de la decisión. El adicto sopesa los beneficios de la gratificación inmediata, pero no repara en las consecuencias negativas a largo plazo.

El mismo autor hace una diferenciación entre las adicciones con sustancias y sin sustancias en los siguientes aspectos (Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009).

1. Las adicciones a sustancias múltiples (tabaco, alcohol, ansiolíticos, cocaína, etc.) son relativamente habituales o frecuentes. Por el contrario, no es frecuente encontrar personas con varias adicciones psicológicas múltiples (ludopatía, hipersexualidad, adicción a internet, etc.). En algunos casos, la adicción a Internet coexiste con un consumo

abusivo de alcohol o drogas como forma de conseguir una estimulación adicional.

2. En ambos tipos de adicciones, hay una pérdida de control, pero una posible diferencia es que en las drogas con una dosis se controla el síndrome de abstinencia y en las adicciones sin sustancias, por el contrario, la persona puede pasar horas, incluso días, jugando o enganchado a la red sin que ello ponga fin a su abstinencia.

3. La motivación que presentan las personas que acuden para recibir tratamiento es mayor en el caso de las adicciones psicológicas que en el caso de las adicciones con sustancias psicoactivas, lo que ofrece una perspectiva terapéutica mejor.

No obstante, al margen de que sean consideradas o no como trastorno el resto de adicciones comportamentales, podemos ver cómo determinadas conductas tienen unas características similares a las dependencias con sustancias. Un ejemplo de ello lo podemos encontrar en algunos estudios (Echeburúa, 2012; Echeburúa y Corral, 2010) acerca de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y las redes sociales. En estos estudios se muestra como su uso excesivo puede dar lugar al aislamiento de la persona, la disminución del rendimiento académico y escolar, el desinterés por otros temas, o provocar trastornos de conducta, entre otros. O como también se ha visto reflejado en otros estudios, la dependencia que generan las TIC y el abuso del teléfono pueden causar síntomas y consecuencias similares a las que tienen personas adictas a una sustancia (Echeburúa, 2012; Holden, 2001; Navas, Torres, Cándido y Perales, 2014; Pedrero, Rodríguez y Sanchez, 2012).

Hoy por hoy, internet se ha convertido en la TIC más relevante de todas. Desde que el uso de internet se ha popularizado a través no solo del ordenador sino también a través de móviles y otros dispositivos

como tabletas, se ha producido una auténtica revolución en la forma de relacionarnos con esta tecnología, que ha pasado a estar omnipresente en nuestras vidas. La conducta de navegar por Internet se define como el uso de aplicaciones comunicativas y sincrónicas como chats, juegos en línea, redes sociales, etc. (Lucena, Pino, Ruiz-Olivares y Herruzo, 2012). Se trata de un instrumento con múltiples funciones: comunicación, trabajo, ocio, información, compra-venta, etc., que pueden incluso suponer un cambio en la forma de situarse de las personas ante la realidad.

En definitiva, se puede decir que, actualmente, el uso de la tecnología es esencial para facilitar las tareas cotidianas, como muestran los datos de la encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2017), según la cual el 83,4% de los hogares tiene conexión a internet y dos tercios de la población usan internet a diario, ascendiendo a un 40% las personas han usado recientemente internet para hacer compras. Igualmente, el 97.4% de hogares españoles tiene teléfono móvil, y 91.7% de los internautas dice haber utilizado algún tipo de dispositivo móvil para acceder a Internet fuera de la vivienda o lugar de trabajo, siendo el 90.4% el porcentaje que ha accedido mediante teléfono móvil. El 67.6% de los usuarios de Internet en los últimos tres meses participa en redes sociales como Facebook, Twitter o Youtube. Sin duda, los más participativos, son los estudiantes (90.4%) y los jóvenes de 16 a 24 años (90%), siendo la participación de las mujeres (70%) superior a la de los hombres (65.2%) (INE, 2017).

Desde un punto de vista psicológico, la conducta de navegar por Internet es en sí misma una conducta reforzante susceptible de crear “dependencia”, al mismo tiempo que proporciona otros reforzadores que también tienen la capacidad de producir “dependencia”, como los

relacionados con el sexo, el juego de apuestas, las compras, las redes sociales y el uso de los móviles de última generación, también denominados *smarthphones* (Casas, Ruiz-Olivares y Ortega, 2013; Luengo, 2004). Cada persona, por distintas razones (trabajo, ocio, relaciones sociales, etc.), pasa una cantidad importante de su tiempo al día conectado a Internet. Un estudio de 2012 de la CRUE destaca que el 90% del alumnado universitario utiliza las plataformas virtuales (UNIVERSITIC 2012). Sin embargo, en repetidas publicaciones se hace referencia a que la cantidad de tiempo que se pasa conectado a Internet no es una condición suficiente para considerar que una persona presenta un uso problemático o una adicción a Internet (Dominguez, Geijo, Sánchez, Imaz y Cabús, 2012; Echeburúa, 2012; James y Tunney, 2017). Son otras alteraciones comportamentales, como sentimientos de culpa, deseo intenso de estar conectado, pérdida de control, pérdida de tiempo de otras actividades y síntomas psicopatológicos, las que han planteado y abierto un debate sobre una posible “adicción a Internet”. Es decir, como se señaló anteriormente en relación con la definición que en 1992 hizo la OMS (OMS, 1992) sobre la dependencia como un síndrome que se caracteriza por un esquema conductual en el que el individuo establece una elevada prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos que son considerados habitualmente importantes para el individuo (Patrício, 2002), es precisamente esta priorización extrema del comportamiento relacionado con las TIC lo que resulta fundamental a la hora de plantear una adicción a Internet.

En el caso del uso de la telefonía móvil, un reciente informe de Telefónica aporta datos relevantes sobre el incremento en el uso de los *smartphone*. El informe revela que los españoles lo consultan una media de 150 veces al día, reflejando por tanto la importancia de esta tecnología en la vida diaria, haciendo que cada vez se nos haga más

difícil vivir sin el uso de esta tecnología (Telefónica, 2015). Además, las investigaciones más recientes están analizando el uso de algunas aplicaciones concretas, como por ejemplo la mensajería instantánea (Dlodlo, 2015; Sultan, 2014), las redes sociales (Schou Andreassen, 2015), juegos online (Bertran y Chamarro, 2015; Chen y Leung, 2015; Griffiths, 2015), entre otros muchos. Todos estos estudios coinciden en que existe una relación entre el abuso en la utilización de algunas de estas modalidades e indicadores de mal funcionamiento cotidiano, problemas de autoestima y disminución del rendimiento escolar, ya que la mayoría de estos problemas se da en la población más joven (Grover et al., 2016; Hawi y Samaha, 2016; Schou-Andreassen et al., 2016).

Algunos estudios realizados en países orientales como China, Taiwán o Corea del Sur, indican que el número de jóvenes que presentan un uso abusivo se ha multiplicado en los últimos años, llegando a encontrar hasta un 19,8% de jóvenes, los cuales a su vez presentan mayor psicopatología y abuso de sustancias, así como mayor probabilidad de que aparezcan problemas escolares y psicosociales (Echeburúa, 2008; Kayış, Satici, Yilmaz, Şimşek, Ceyhan, y Bakioğlu, 2016; Secades-Villa et al., 2014). En España, algunos estudios realizados sobre el uso y abuso de Internet, indican que la prevalencia de usuarios considerados de riesgo es de un 20% de los cuales un 3,7% se consideran problemáticos según el test de Orman (1996); según el test IAT de Young (*Internet Addiction Test*), un 3,3% de los usuarios son considerados como problemáticos y un 42,3% son considerados de riesgo (Echeburúa et al., 2009; Estévez, Bayón, Fernández y de la Cruz, 2003). En otro estudio, (Carbonell, Fúster, Chamarro y Oberst, 2012), con una muestra de 1879 estudiantes de entre 12 y 25, años se observó que el 6,1% de los participantes presentaban un uso problemático de Internet, sobre todo destacando actividades como el Messenger, las redes sociales, los juegos on-line y los blogs.

En estos países, como Corea del Sur o China, donde el uso del móvil por adolescentes y jóvenes parece haber adquirido proporciones alarmantes, se ha acuñado el término de “era del pulgar” (*thumb age*) para describir un comportamiento intensivo, permanente, invasivo y ubicuo relacionado con el teléfono móvil, en el que los participantes pasan mucho más tiempo del día mirando su aparato telefónico que a cualquier otra cosa (Bell, Grech, Maiden, Halligan y Ellis 2005; Park y Bradlow, 2005). En España y otros países afines, el problema no parece haber alcanzado proporciones similares, si bien forma parte de una cultura juvenil cuyo crecimiento se produce “entre pantallas” (ordenador, televisión, cine, móvil, etc.), aunque el móvil parece ir desplazando paulatinamente a todas las demás (Pedrero et al., 2012).

El uso del teléfono móvil presenta características reforzantes muy similares a navegar por la red, por lo que un uso excesivo puede desembocar en un uso problemático del mismo. La posible “adicción” por el uso excesivo del teléfono móvil se define como la incapacidad para controlar o interrumpir su uso bloqueando las llamadas o la cuota, desconectando el sonido o apagando el terminal (Muñoz-Rivas y Agustín, 2005; Sánchez-Carbonell, Beranuy, Castellana, Chamarro y Oberst, 2008). Se dice posible, pues no todos están de acuerdo en afirmar que el uso excesivo del teléfono móvil puede crear dependencia (Beranuy, Chamarro, Graner y Carbonell, 2009; Sánchez-Carbonell, et al., 2008). Así, se habla de “abuso” del móvil más que de adicción al móvil. Sin embargo, este dispositivo actualmente presenta unas características especiales que lo hacen susceptible de producir ciertos comportamientos abusivos, como son la sociabilidad, autoconfianza, diversión, estatus social, movilidad, acceso permanente a Internet, identidad, conciliación familiar (Carbonell, et al., 2012; Dimmick, Kline y Strafford, 1994; Höflich y Rössler, 2002; Leung y Wei, 2000; O’Keefe y Sulanowski, 1995). Su uso conlleva otros efectos negativos como el gasto excesivo (Criado, 2005; Protégeles, 2005), riesgos en la

conducción (Adès y Lejoyeux, 2003; Muñoz-Rivas y Agustín, 2005), efectos secundarios en la salud como los derivados del sueño y problemas en el ámbito laboral, social, familiar y escolar (Muñoz-Rivas y Agustín, 2005; Luengo, 2012).

En torno al uso de internet y de los *smartphone*, es necesario también hacer mención a las redes sociales. Estas son otro fenómeno de la tecnología que está provocando un profundo cambio en la forma en la que nos relacionamos con los demás. Como ya se ha señalado anteriormente, suponen uno de los principales usos de Internet entre los más jóvenes. Según el estudio europeo de *EU Kids Online*, en España, más del 97% de los jóvenes posee un perfil en una red social (Garmendia, Garitaonandia, Martínez y Casado, 2011). La fascinación que las redes sociales proporcionan permite que una persona pueda establecer contactos o se mantenga informada durante horas, para lo cual necesita permanecer conectada durante largo tiempo. Esto, junto a lo reforzante que supone la actividad en sí misma, puede llegar a derivar en una posible dependencia de dicha actividad (Beard y Wolf, 2001; Casas, et al., 2013; Tsai y Lin, 2003). Entre las características que motivan la expansión de estos espacios, podríamos destacar la facilidad para acceder en cualquier momento, el bajo coste, la rápida respuesta y la recompensa inmediata, (Aguaded, 2009; Livingstone y Helsper, 2010; Yang y Tung, 2007; Suriá, 2012). La facilidad para expresarse en este tipo de medios sin la necesidad de que conozcan nuestra identidad, así como el acceso a información más variada, permiten que su uso sea mayor, como se demuestra en algunas investigaciones (Finn, 1999; Suriá y Beléndez, 2011; Weinberg, Schmale, Uken y Wessel, 1995; Wright, 2000). Por todo ello, las redes sociales se han convertido en una manera de comunicación e interacción que permite estar conectados con diferentes personas al mismo tiempo sin importar la distancia física entre ellas, sobre todo en la población más joven (Bernete, 2010;

Buckingham, 2008; Lenhart, Madden, Rankin Macgill y Smith, 2007; Livingstone, 2008; Rubio-Gil, 2010).

En definitiva, como se ha señalado antes a propósito de internet, es la priorización excesiva de este comportamiento frente a otros que son considerados habitualmente importantes para el individuo, lo que marca el aspecto preocupante o la diferencia entre el uso adaptativo y desadaptativo de la tecnología. Como ocurría con las adicciones sin sustancia en general, a pesar de los intentos definitorios, en la comunidad científica no existe consenso sobre que este fenómeno deba ser tratado como una adicción (James y Tunney, 2017), por lo que se pueden encontrar diversos términos para referirse al mismo concepto y a diferentes situaciones, como “adicción a Internet”, “uso patológico de Internet”, “uso problemático de Internet”, “uso excesivo e Internet”, etc. (Echeburúa, 2008; Viñas, 2009; Young y Rodgers, 1998). Además, actualmente, la adicción a Internet no está recogida en ninguna de las clasificaciones diagnósticas de los trastornos mentales (DSM5, 2013) ni en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (OMS, 1992). La ludopatía se introdujo en el DSM-III (1980) como parte de los Trastornos del Control de Impulsos No Especificados, incluidos junto con otros trastornos como cleptomanía, piromanía, trastornos explosivos intermitentes y aislados. Este enfoque se ha mantenido en la CIE-11 (Grant, Odalug y Chamberlain, 2016). El Trastorno de Juego fue incluido como la primera adicción comportamental en el DSM-5 (APA, 2013), que también incluía el Trastorno de Juego por Internet como potencialmente adecuado para su inclusión futura, dada la investigación adicional (James y Tunney, 2017).

En general, las conductas adictivas comienzan como comportamientos placenteros, que sirven para distraernos y aliviarnos del dolor y del malestar emocional, pasando a un uso compulsivo de la misma e interfiriendo negativamente en el funcionamiento de la vida

cotidiana. Es conocido y experimentado por todos que las tecnologías digitales responden a este tipo de comportamientos placenteros y pueden alterar los estados de ánimo, por lo que pueden ser potencialmente adictivas (Echeburúa et al., 2012). La red se utiliza como una forma de satisfacción inmediata, y por ello, pueden aparecer alteraciones del humor, ansiedad e impaciencia, estado de conciencia alterado (focalización atencional), irritabilidad en caso de interrupción, incapacidad para salirse de la red, etc. En ese momento, es posible que la persona pueda empezar a aumentar su dependencia hasta aislarse del entorno y no prestar atención a otros aspectos como las obligaciones académicas o sociales (Echeburúa, 2008).

Algunos autores describen la adicción a Internet comparando sus posibles síntomas con los experimentados por las personas adictas al juego, (Beard y Wolf, 2001; Casas, et al., 2013; Labrador y Villadangos, 2010; Saphira, Goldsmith, Keck, Khosla y McElroy, 2003; Tsai y Lin, 2003). Así, se establecen como posibles síntomas o criterios diagnósticos la pérdida de control, ansiedad, insomnio, irritabilidad, inestabilidad emocional y dificultades serias de comunicación con personas de su entorno, aparecen síntomas de tolerancia, de abstinencia y de craving (ansiedad), aunque no se suele caracterizar por la adopción de conductas autodestructivas como es el caso de las adicciones con sustancias psicoactivas (Beard y Wolf, 2001; Beranuy, et al., 2009; Carbonell, et al., 2012; Casas, et al., 2013; Castellana, Sánchez-Carbonell, Graner, y Beranuy 2007; Domínguez, et al., 2012; Echeburúa, 2008; García del Castillo et al., 2008; Muñoz-Rivas, Fernández y Gámez-Guadix, 2010; Ortiz-Tallo, Cancino y Cobos, 2011; Sánchez-Carbonell, et al., 2008; Tsai y Lin, 2003).

Hoy en día, los adolescentes constituyen uno de los grupos de riesgo más vulnerables para desarrollar adicciones conductuales tales como la adicción a internet, a las redes sociales o al uso abusivo de los

*smartphones*. Por la etapa evolutiva en la que se encuentran y por los años que les ha tocado vivir, son los que más se conectan a Internet y, por ende, están más familiarizados con las innovaciones tecnológicas (Zapata, Torres y Montoya, 2011; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino y Herruzo, 2010). Según datos de la última Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares, TIC-H 2017, (INE, 2017), alrededor del 90% de los jóvenes de 16 a 24 años utiliza estos espacios para interaccionar. Sin embargo, no toda la población joven tiene las mismas características, o está expuesta a los mismos factores de riesgo, pues éstos pueden variar según la zona social estudiada. Igualmente, el uso o abuso de un determinado comportamiento (navegar por la red, móvil y redes sociales) puede presentar cambios dependiendo del lugar en el que se reside (Pérez, Ramírez, Jiménez, Leal, Martínez y Pérez, 2008). Por ejemplo, varios trabajos de investigación indican que los estudiantes universitarios presentan una mayor predisposición a estar conectados a la red, ya sea por las condiciones en las que viven (fuera del hogar), las responsabilidades de la vida diaria, y/o la necesidad que tienen de contactar con los amigos de otros lugares (Castellana et al., 2007; Ruiz-Olivares, et al., 2010; Sánchez-Carbonell et al., 2008).

Como hemos visto, existen diferentes perspectivas y enfoques para conceptualizar las adicciones conductuales, dependiendo de los criterios que se utilicen para evaluar dichos comportamientos. Cabe destacar la denuncia que han hecho algunos autores sobre la tendencia de categorizar las conductas repetitivas excesivas según los criterios diagnósticos psiquiátricos, alegando que esto conduce a asumir categorías absurdas, carentes de especificidad y validez clínica, llevando esto a “sobrepateologizar” la vida diaria, ignorando los aspectos ideográficos, eludiendo las características diferenciales y la funcionalidad para cada sujeto, así como los elementos ambientales, sociales y culturales que determinan el valor de tales comportamientos.

Por ello, el concepto de adicción comportamental está fuertemente cuestionado y resulta más adecuado al conocimiento actual hablar de hábitos compulsivos (Pedrero- Pérez et al., 2017).

Otro aspecto a tener en cuenta es que la mayor parte de los estudios se ha enfocado a población adolescente o jóvenes menores de 30 años, entendiendo que a estas edades se manifiestan las vulnerabilidades que pueden desembocar en abuso o adicción. Sin embargo, hoy en día estas tecnologías están presentes en casi todos los rangos de edad y estratos sociales, lo que sugiere que puede estar afectando a gran parte de la población. Estos mismos autores (Pedrero- Pérez et al., 2017) sostienen que existe poca evidencia de que los problemas asociados al abuso de las TIC tengan relación con manifestaciones psicopatológicas y problemas en actividades de la vida diaria más allá de la juventud.

En resumen, como hemos visto revisando la literatura, una constante que suele acompañar a la mayoría de los trabajos que se publican sobre el uso, abuso o adicción a internet, teléfonos móviles, redes sociales, etc., es la dificultad para definir de los límites de lo que se podría considerar adicción a estas tecnologías. Si bien existe cierto consenso sobre el malestar o la interferencia en las tareas cotidianas que debe suponer el uso de internet para poder hablar de uso abusivo, las cosas parecen no estar tan claras cuando hablamos del criterio temporal. El incremento en el uso de estas tecnologías para las tareas cotidianas hace que el criterio referente al tiempo de uso necesite una continua revisión y actualización, siendo un criterio a tener en cuenta, pero no determinante. Como han caracterizado Van der Aa, Overbeek, Engels, Scholte, Meerkerk y Van den Eijnden (2009) desde un punto de vista cognitivo conductual, el uso compulsivo de Internet puede ser definido como la incapacidad de controlar la actividad online y se caracteriza por cinco características principales: (1) la continuación del uso de Internet

a pesar de la intención de parar, (2) el uso de Internet domina cogniciones y comportamientos, (3) la experiencia de emociones desagradables cuando el uso de Internet no es posible, (4) el uso de Internet para escapar de sentimientos negativos, y (5) el uso de Internet está dando lugar a conflictos con otros o con uno mismo. Desde nuestro punto de vista, la interrelación de todas estas tecnologías hace necesario un abordaje conjunto del tema, puesto que una misma persona va a usar internet desde el ordenador, desde el móvil, tableta, etc. para múltiples funciones, tendrá que ser analizado desde un punto global de la persona, teniendo en cuenta el contexto, en definitiva, tratando de identificar cómo le están afectando todo este conjunto de actividades y de si supone o no un problema para la persona, como también defienden algunos autores como James y Tunney (2017).

### **1.5. Etiología de la conducta de consumo**

Después de haber realizado un breve recorrido por la historia de las sustancias psicoactivas, tratando de conocer como ha ido evolucionando tanto su definición como la relación que hemos tenido a lo largo del tiempo con estas sustancias, se hace necesario cerrar este capítulo dedicando un apartado intentar explicar el por qué del consumo: qué factores hacen que una persona consuma o no, y que cuales intervienen en el desarrollo de una adicción.

Clásicamente, tres han sido los enfoques o paradigmas bajo los cuales se ha intentado explicar el consumo de sustancias. En primer lugar, podemos encontrar teorías biológicas, que incluyen aspectos genéticos y neurobiológicos que atribuyen la adicción a una vulnerabilidad biológica. Por otro lado, encontramos la aproximación social, que hace hincapié en la disponibilidad de las sustancias y en aspectos culturales y económicos y, por último, las teorías psicológicas, que basan sus explicaciones en las teorías de la personalidad y aprendizaje como explicación del consumo y la adicción.

Sin embargo, hoy en día, el modelo explicativo más apoyado es un modelo integrador, que engloba y tiene en cuenta tanto factores biológicos, como sociales y psicológicos. Estamos hablando del modelo Biopsicosocial (Engel, 1977, 1980). Este modelo, considera que para explicar la conducta adictiva tenemos que tener en cuenta una serie de factores que están influyendo para que se dé dicha conducta, haciendo hincapié en que cada uno de estos factores no es explicativo de manera aislada, siendo necesario tener en cuenta tanto factores macrosociales como microsociales que expliquen en qué contexto social se desarrolla la persona que genera dicha conducta. (Becoña, 2018) Así, se distinguen:

- a) Factores individuales, que serían los factores propios de la persona, como los procesos internos del individuo.
- b) Factores microsociales, referidos a los factores relacionados con el entorno más inmediato, englobando las relaciones que el individuo tiene con otros de su entorno, teniendo en cuenta los modelos de comportamiento a los que el individuo tiene acceso. En definitiva, la conducta de consumo será un fenómeno de grupo, resultante de las relaciones del individuo con el marco escolar, y con sus grupos de referencia (familia o grupo de iguales).
- c) Factores macrosociales. Factores de carácter socio-estructural, socio-cultural y socio-económico, donde surgen una serie de condicionamientos que influirán en la conducta de consumo (Del Moral y Lorenzo, 2009).

Este enfoque, el Biopsicosocial, recalca la importancia de promover la responsabilidad individual y social en el mantenimiento de la salud, entendiendo ésta como un proceso de desarrollo continuo a nivel físico, psíquico y social (Pérez, Vázquez y Fernández, 2009).

Este enfoque hace, además, un aporte de gran importancia en la temática tratada en esta tesis, el concepto de "*factor de riesgo*". Es de especial relevancia sobre todo para el ámbito de la prevención, no sólo por lo que significa sino por la utilidad que tiene a la hora de delimitar aquellos elementos, circunstancias o hechos que tienen una alta probabilidad de asociación con el consumo de drogas. Desde esta perspectiva, se entiende por factor de riesgo el conjunto de circunstancias, hechos y elementos personales, sociales o relacionados con la sustancia que aumentan la probabilidad de que un sujeto se inicie y se mantenga en el consumo de sustancias psicoactivas. Son aquellas condiciones de posibilidad que pueden confluir en un momento determinado aumentando la vulnerabilidad de una persona respecto al consumo las drogas (FAD, 2013).

Por tanto, y en consonancia con este modelo, es de especial relevancia tener en cuenta que los factores sociales ejercen una gran influencia a la hora de iniciar y mantener el consumo de una determinada sustancia. Por ello, es importante conocer y tener en cuenta los cambios que se han producido a nivel social y que, por tanto, a nivel individual a lo largo del tiempo hacen que las características de consumo de sustancias en el presente difieran en algunos aspectos del pasado. El consumo de drogas pasó de ser un elemento integrador, un factor de cohesión a nivel social y emocional, tal y como eran vistas en las sociedades más antiguas, a un consumo mucho más individualizado, abusivo debido, en parte, a la facilidad de acceso a una gran cantidad de sustancias a bajo coste, lo que contribuye de manera inequívoca a un inicio más temprano y a un consumo más frecuente (Epele, 2010).

En nuestra sociedad más actual podemos palpar, sobre todo entre la juventud, un clima de incredulidad, aburrimiento, derrota asumida y dificultad para afrontar y superar las situaciones estresantes que facilita en muchas ocasiones que los individuos más frágiles

tiendan a alterar su estado de conciencia para dejar de sufrir, evadiéndose de la situación en la que se encuentran a través de consumo de sustancias, los eternos anestésicos de la historia. Asistimos a una evolución de la drogodependencia, desde el uso transgresor, recreativo o acotado hasta la fiesta colectiva, la situación desesperada, el consumo en solitario, la presencia de la muerte a través del VIH y de las sobredosis por todo el mundo. Los drogodependientes se encuentran cada vez más aislados, estigmatizados y afectados emocionalmente lo cual implica dificultades a todos los niveles, personal, social y familiar (Raup y Adorno, 2011).

Si queremos conocer la etiología, las causas y la explicación de por qué una persona puede querer consumir una determinada sustancia a pesar de que esta pueda dañarlo tenemos que ser capaces de analizar funcionalmente qué puede estar haciendo que se mantenga dicha conducta. En algunas ocasiones, no se trata solo del efecto placentero o reforzador que este asociado a una determinada sustancia, sino de la reducción de un determinado malestar que esté presente previamente al consumo, y no hablamos solo del síndrome de abstinencia. Hablamos de cómo un individuo, ante una dificultad para afrontar determinados eventos vitales o situaciones que generan un malestar, opta por realizar conductas destinadas únicamente a reducir el malestar, no a afrontar dicho problema, convirtiéndose la conducta mediante la cual trata de evitar su malestar en el verdadero problema. Este proceso ha sido denominado Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) (Hayes, Wilson, Gifford, Follete y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001). Además, este tipo de conducta de evitación tiene una característica que parece guardar bastante relación con el mantenimiento de una adicción. Al producirse un alivio momentáneo del malestar en el individuo al tomar una determinada droga, se hace una rápida y fuerte asociación entre la sustancia y el alivio del malestar, pero además el hecho de evitar afrontar el problema puede provocar un efecto boomerang o rebote. Por

tanto, cuando desaparecen los efectos de la droga y vuelve el malestar, es probable que lo haga con más fuerza, lo cual lleva al individuo a querer escapar de nuevo de ese malestar de forma rápida, quizás teniendo que consumir esta vez más cantidad de la misma droga para conseguir aliviar este malestar, no solo por el efecto de la tolerancia, sino porque es probable, como se ha dicho anteriormente, que el problema sea de mayor dimensión que antes. Esto lleva a los individuos a dedicar la mayor parte de sus esfuerzos a intentar evitar un malestar, siendo este tipo de comportamientos, como el consumo de sustancias psicoactivas, el verdadero problema para el individuo, quedando este encerrado en un bucle del cual cada vez es más costoso salir, y pudiendo, por tanto, abandonar sus objetivos en la vida en pos de evitar el malestar mediante el consumo repetitivo. El individuo, ahora, es adicto.

Como ya hemos visto, hay distintos factores que influyen en la conducta de consumo, haciendo más probable que el individuo consuma una determinada conducta. En contraposición hay otra serie de factores que de alguna forma “protegen” al individuo frente al consumo. Podemos clasificar por tanto estos factores que influyen en dos grandes grupos, factores de riesgo y factores de protección, que a su vez los clasificamos en función de si estos factores son personales, sociales o familiares.

Por un lado, podemos entender factor de riesgo como una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno (Echeburúa, 2012). Las características personales, sociales y familiares permitirían predecir el desarrollo de la conducta de consumo de drogas y ubicar a la persona en una posición de vulnerabilidad hacia ese tipo de comportamientos. En la siguiente tabla (2) podemos ver la clasificación de estos factores:

Tabla 2: Clasificación de los factores de riesgo

	<b>Personales</b>	<b>Sociales</b>	<b>Familiares</b>
<b>Factores de Riesgo</b>	Baja autoestima	Falta de espacios recreativos	Desintegración familiar
	Dificultades de comunicación	Disponibilidad de drogas en el ambiente	Violencia en el grupo familiar
	Falta de proyectos de vida	Marginalización y exclusión social	Dificultad en la integración, contacto y expresión de afectos
	Bajo rendimiento escolar	Corrupción, violencia e injusticia	Falta de normas y límites
	Personalidad dependiente	Desigualdades económicas	Dificultad de integración al grupo de amigos
	Actitud permisiva hacia el consumo		Capacidad recreativa generada a partir del consumo

En contraposición, los factores de protección son aquellas características que reducen, inhiben o atenúan la probabilidad del consumo de sustancias. Según (López, 2012) los factores protectores son aquellos que están vinculados a la reducción de conductas de riesgo, específicamente, para disminuir efectos negativos del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias prohibidas para la salud. Los podemos clasificar en tres subtipos como veremos en la siguiente tabla (3):

Tabla3: Factores de protección.

	<b>Personales</b>	<b>Sociales</b>	<b>Familiares</b>
<b>Factores de Protección</b>	Tener una buena capacidad para comunicarse	Medios de comunicación que promueven mensajes con modelos positivos	Grupo familiar estable
	Valoración de la salud	Practica de valores solidarios	Buen nivel de comunicación entre los miembros de la familia
	Tener proyectos personales y sociales	Buena integración y motivación hacia las actividades propuestas	Protagonismo y compromiso social
	Poseer una escala de valores	Reducción de la disponibilidad de drogas en el ámbito donde vive	Existencia de una red social apoyo
	Dar un lugar al placer en la vida cotidiana	Espacio de recreación y participación	Buena utilización del tiempo libre
	Tener una autoestima y autoeficacia		

Por último, y como punto importante que introducirá el siguiente apartado de este trabajo, hay que destacar uno de los factores de riesgo que se ha detectado como predictor del consumo de sustancias: la percepción de riesgo. Aunque en dicho apartado se analizará con mayor profundidad este factor, no está de más hacer un pequeño esbozo de que es la percepción de riesgo.

Podemos entender la percepción de riesgo, en el contexto del consumo de sustancias, como la información que tiene un individuo acerca de la peligrosidad relativa al consumo de una determinada sustancia. Está considerada como una de las variables que más influye

en la iniciación y mantenimiento del consumo en jóvenes, como reflejan diferentes investigaciones (Moral y Ovejero, 2011; Ruiz-Olivares et al., 2010) existiendo una correlación negativa entre la percepción de riesgo asociada a una sustancia y la probabilidad de consumirla, es decir, a mayor percepción de riesgo, menor probabilidad de consumir dicha sustancia y viceversa (García del Castillo, 2012). Por tanto, a la luz de estos estudios, y teniendo en cuenta que estamos ante un factor que parece actuar como protector o de riesgo, se le dedicará un apartado para profundizar y entender bien cómo influye este factor en el consumo de sustancias psicoactivas.

## **2. PERCEPCIÓN DE RIESGO**

### **2.1. Definición de Percepción de Riesgo**

Es difícil encontrar una definición del concepto de percepción de riesgo en el contexto de las adicciones, ya que la mayoría de los autores asume este constructo como una característica en relación con el consumo. Aun así, parece que la definición más aceptada es la propuesta por Danesco, Kingery y Coggeshall (1999), quienes entienden la percepción de riesgo sobre una sustancia como "la percepción de los efectos negativos que conlleva el consumo de una determinada sustancia" refiriéndose a cómo influye esta percepción a la hora de tomar decisiones sobre el uso de dicha sustancia. Esto parece corroborarse de manera generalizada en la literatura, que muestra como el nivel de riesgo percibido por los jóvenes sobre las diferentes drogas se relaciona con su consumo de manera inversamente proporcional: a mayor percepción de riesgo sobre el uso de una droga, menor es su consumo, y viceversa (Bachman, Johnston, O' Malley, y Humphrey, 1988; Becoña et al, 2012; Kilmer, Hunt, Lee y Neighbors, 2007; Leung, Ben Abdallah, Copeland y Cottler, 2010). Por tanto, podemos hablar de la percepción de riesgo como uno de los principales factores de riesgo y protección ante el consumo de sustancias psicoactivas, como se ha reflejado en la literatura en base a los estudios epidemiológicos (Danesco, et al., 1999).

### **2.2 Modelos de percepción de riesgo en Psicología de la Salud**

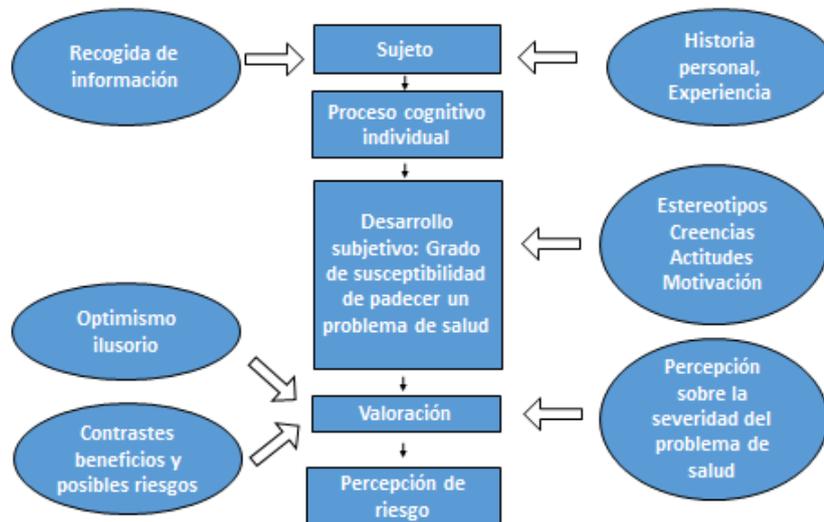
La evaluación de las consecuencias de una decisión, así como la propia vulnerabilidad a los resultados negativos de una acción, es uno de los aspectos principales que han destacado diversos modelos en Psicología de la Salud, como el modelo de creencias sobre la salud (Strecher y Rosenstock, 1997) o la teoría de la acción planificada (Ajzen, 1991), siendo muchos los ámbitos de aplicación en Psicología de la Salud

como, por ejemplo, la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, la vacunación o la prevención de riesgos laborales (Meliá, 2007).

El Modelo de Creencias de Salud (Hochbaum, 1958; Rosentstock, 1974) surge en los años 50 y se ha consolidado como uno de los más potentes y utilizados en el estudio de las conductas saludables. El modelo defiende que se pueden predecir los comportamientos saludables en función de las creencias que la persona tiene, estando moduladas estas creencias a partir de los acontecimientos y experiencias que la persona ha tenido relacionados con la salud. Se centra fundamentalmente en la toma de decisiones en situaciones de incertidumbre, persiguiendo la evitación o decremento de las conductas de riesgo de salud, intentando aumentar al máximo los comportamientos de protección. En este proceso interactúan diversos factores que facilitan que la persona termine realizando una conducta saludable o de riesgo (Medina y León, 2004; Valencia et al., 2009):

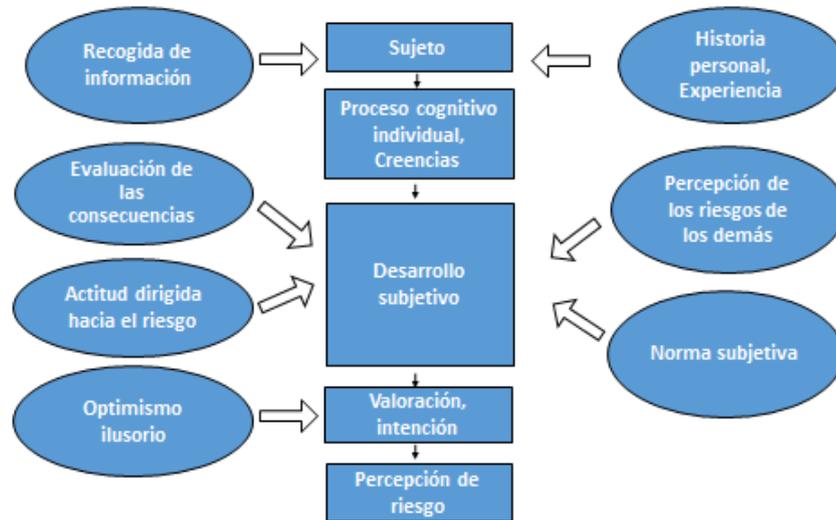
- La susceptibilidad o vulnerabilidad con que el sujeto percibe la probabilidad de enfermar.
- La gravedad percibida de las consecuencias en caso de enfermar, es decir, de qué manera podría repercutir en su vida en caso de enfermar.
- Los costes y beneficios percibidos en función de que pueda reducir los riesgos de salud adoptando conductas saludables y que las barreras psicológicas, físicas, sociales, etc., sean minimizadas.

Siguiendo el Modelo de Creencias de salud, podríamos reajustar la configuración del concepto de percepción de riesgo



*Fuente: Configuración de la percepción de riesgo en base al MCS (García del Castillo-Lopez, 2011).*

Por otro lado, la Teoría de la Acción Razonada y Conducta Planeada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein, 1967, 1980; Fishbein y Ajzen, 1972, 1975, 2009, 2010) surgen inicialmente con el objetivo de dar una explicación empírica al comportamiento social, aunque posteriormente deriva en el estudio de las conductas de salud, siendo uno de los objetos de estudio la prevención del consumo de tabaco y alcohol (Medina y León, 2004). Estas teorías, intentan integrar factores actitudinales y comportamentales para explicar conductas de salud. El supuesto del modelo es que los seres humanos somos seres racionales y aplicamos información disponible de manera sistemática para evaluar el costo-beneficio de una acción particular. El objetivo de la Teoría de la acción razonada es ser capaz de predecir y entender directamente los comportamientos observables que están primariamente bajo el control de los individuos.



*Fuente: Configuración de la percepción de riesgo en base a la teoría de acción razonada (García del Castillo-Lopez, 2011).*

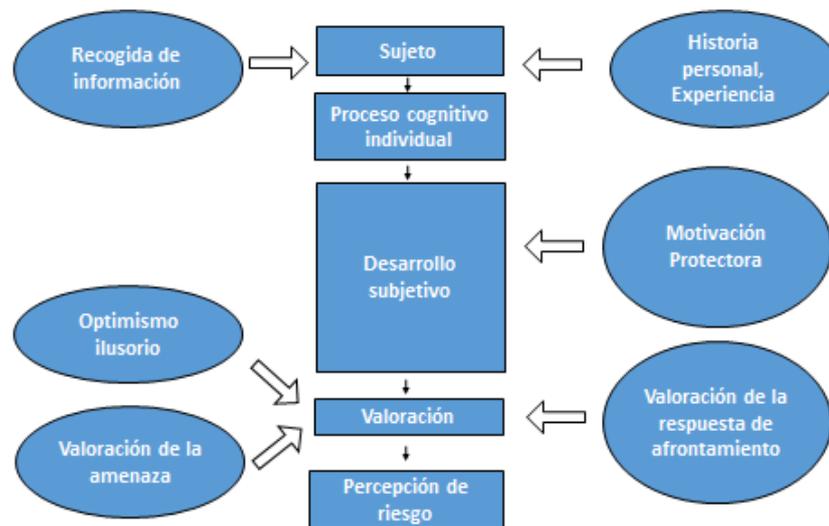
Por último, la Teoría de la Motivación Protectora de Rogers (1975, 1983, 1985) y Harris y Middleton (1994) parte de la premisa básica de que el miedo a las consecuencias modula el comportamiento de las personas, motivándolas a buscar medidas de protección. De acuerdo con Medina y León (2004), podemos aumentar significativamente la intención de mantener una conducta saludable si conseguimos infundir el suficiente miedo en la persona, ofreciéndole al mismo tiempo alternativas para evitar el proceso de enfermedad. De esta manera, y con una alta motivación, la persona llevará a cabo repertorios conductuales en consonancia con la protección y la evitación del riesgo.

Las variables fundamentales que determinan la motivación hacia la protección son dos:

- La valoración de la amenaza, que depende la capacidad de adaptación a la amenaza del sujeto, de la cantidad de amenaza

percibida y del grado de vulnerabilidad del sujeto hacia dicha amenaza en particular.

- La valoración de la respuesta de afrontamiento, que está en función de la percepción de autoeficacia y eficacia de la respuesta de afrontamiento y el coste adaptativo de llevar a cabo dicha respuesta.



*Fuente: Configuración de la percepción de riesgo en base a la teoría de la motivación protectora (García del Castillo-Lopez, 2011).*

### 2.3. Percepción de riesgo y consumo de sustancias

Más allá de las teorías en las que se enmarcan, en la literatura que vincula consumo, adicciones y percepción de riesgo, encontramos dos aspectos fundamentales en la conceptualización de la percepción de riesgo (Brewer, Chapman, Gibbons, Gerrard, McCaul, y Weinstein, 2007). Por un lado, se ha utilizado la valoración que la persona hace del riesgo que comporta una determinada acción para sí mismo (lo que podríamos llamar el riesgo personal) y, por otro lado, el riesgo que comporta para otras personas. En este sentido, Brewer et al. (2007) han

denominado como “sesgo egoísta” al fenómeno por el cual las personas tienden a percibir menos peligro en sus propias acciones o en su exposición a situaciones peligrosas que cuando estas acciones son llevadas a cabo por otra u otras personas.

La percepción del riesgo personal, ha correlacionado en la literatura con las conductas de riesgo como el consumo de alcohol (Sjöberg, 1998). Incluso la susceptibilidad personal percibida puede ser un predictor más fuerte que la percepción del riesgo general (que es a lo que se dirigen habitualmente las intervenciones en salud pública), sin embargo, no se suele evaluar cómo la información recibida cambia la percepción y como la percepción puede llevar al cambio de conducta (Grevenstein, Nagy y Kroeninger-Jungaberle, 2015). Por ejemplo, saber que tener relaciones sexuales sin protección puede producir embarazos no deseados, no conlleva automáticamente el uso de medidas de protección. También sabemos que el mensaje “fumar mata” de las cajetillas de tabaco, no lleva al cese de la conducta de fumar. Sin embargo, este aspecto raramente es abordado en la literatura, cuando es o debería ser el más importante. Grevenstein y Kröninger-Jungaberle (2015) plantean si la percepción de riesgo, ¿es la causa o la consecuencia de la conducta de riesgo?. Esta cuestión lleva a dos tipos de respuestas o interpretaciones. La primera interpretación de la respuesta es la más común, y viene a decir que la información o la adquisición de información sobre los riesgos motivan a la persona para cambiar su conducta, o para implicarse en actividades preventivas para evitar las consecuencias negativas. Esto se ha conocido como la “hipótesis motivacional” comprobada por Brewer, Weinstein, Cuite, Herrington (2004). Estos autores tenían como objetivo poner a prueba la hipótesis de motivación del comportamiento (las percepciones del riesgo personal hacen que las personas tomen medidas de protección), la hipótesis de reevaluación del riesgo (cuando las personas toman medidas que se consideran eficaces, reducen sus percepciones del

riesgo), y la hipótesis de exactitud (las percepciones del riesgo reflejan con precisión el comportamiento de riesgo). Para ello realizaron un estudio longitudinal con una entrevista inicial 745 participantes justo después de que se hiciera pública la vacuna contra la enfermedad de Lyme en tres condados con alta incidencia de esta enfermedad, y otra entrevista a los 18 meses. Se evaluó el comportamiento de vacunación y la percepción de riesgo. Los resultados obtenidos apoyaron las tres hipótesis. Los participantes con percepciones iniciales de riesgo más altas tuvieron muchas más probabilidades de vacunarse que aquellos con percepciones de riesgo más bajas (OR = 5,81). La vacunación condujo a una reducción en la percepción del riesgo, y las personas vacunadas creyeron correctamente que su riesgo de infección futura era menor que el de las personas no vacunadas (OR = 0.44), comprobándose por tanto la hipótesis motivacional. Hay que destacar que esta es la posición asumida en la mayoría de los programas preventivos en los ámbitos sanitarios y laborales: se asume que el conocimiento va a motivar el cambio de conducta.

Por otro lado, la segunda interpretación es que sea la conducta de riesgo la que influye en la percepción de como de peligrosa o dañina se percibe una determinada conducta o situación. Esto sería lo que se ha denominado el proceso de reevaluación (“*reappraisal*”). Hay dos posibles resultados de este proceso de reevaluación:

- 1) Que al realizar la conducta peligrosa (y por tanto experimentar las consecuencias negativas de la misma) aumente su consciencia del riesgo y peligro, por ejemplo, cuando el adolescente vivencia los efectos adversos de la borrachera y esto aumenta su percepción de riesgo, o que aprecia dichas consecuencias en alguien cercano.
- 2) Que al realizar la conducta peligrosa sin experimentar las consecuencias negativas de la misma –o aun

experimentándolas- se produzca una reducción paulatina y sistemática de la percepción del riesgo debido al fenómeno psicológico conocido como exposición, puesto que la exposición repetida a una conducta o situación peligrosa sin consecuencias negativas inmediatas reduce los efectos condicionados aversivos ligados a dicha acción, probablemente provenientes de las amenazas implícitas que el contexto cultural ejerce sobre la persona.

Es importante destacar que las campañas preventivas en muchos ámbitos de la salud se han basado en proporcionar información, aunque estas se han mostrado en general poco efectivas (Foxcroft y Tsertsvadze, 2011; Thomas, McLellan y Perera, 2013). Esto, probablemente, esté relacionado con la dificultad para transformar las intenciones en acciones reales (Webb y Sheeran, 2006) lo que en la literatura también se ha conocido como correspondencia decir-hacer (Luciano, Herruzo y Barnes-Holmes, 2001). Hay pruebas experimentales de que la información negativa o amenazante puede tener efectos opuestos como respuestas defensivas como el experimento de Glock y Keener (2009) quienes investigaron el efecto de las etiquetas de advertencia en los paquetes de tabaco en la disonancia cognitiva de los fumadores, midiendo la percepción de riesgo y la latencia de respuesta antes y después de presentarles las etiquetas de advertencia a fumadores y no fumadores. Los resultados indicaron que los fumadores tienen una mayor latencia de respuesta, lo que puede indicar que la utilización de estrategias para reducir la disonancia cognitiva. Sin embargo, el efecto de la confrontación con los riesgos para la salud del consumo de tabaco fue mayor que el de las advertencias en los paquetes, lo que indica que estas últimas no son muy efectivas. Además, se puede producir reactancia psicológica (Erceg-Hurn y Steed, 2011), la reducción de la percepción de riesgo o incluso el aumento de la conducta de riesgo (Gil, Carrasco, Luna y Herruzo, 1988). En

definitiva, el conocimiento o la información sobre los peligros y los riesgos de una acción o situación, se ha mostrado a menudo con escaso valor predictivo para la conducta de riesgo real, como demostraron Rosendahl, Galanti, Gilljam y Ahlbom (2005), quienes realizaron un estudio de cohorte prospectivo para evaluar si el conocimiento de los riesgos del tabaco entre los adolescentes influye en el consumo. Utilizaron una muestra de 2.581, midiendo sus conocimientos sobre esta sustancia en el sexto curso y el consumo de tabaco, comparando los resultados mediante encuestas anuales hasta el noveno curso. Los resultados muestran como no hay una relación entre el conocimiento y el consumo, concluyendo que el conocimiento acerca de los riesgos no es un factor predictivo en cuanto al consumo de tabaco, sin embargo, las actitudes y expectativas pueden determinar el conocimiento, pero no a la inversa.

Así pues, hoy por hoy, sigue sin estar claro si el cambio en la percepción del riesgo genera cambio en la conducta real o este cambio se debe a la acción de otras variables que también operan cambios en la percepción de riesgo. No obstante, como se acaba de indicar, la literatura no ha abordado el análisis de la direccionalidad entre percepción de riesgo y conducta, aunque si se ha centrado en estudiar la correlación entre ambos fenómenos, para lo que sí se han generado abundantes estudios y resultados.

Uno de los primeros estudios se llevó a cabo en EEUU por Bachman, O' Malley, Schulenberg, Johnston, Freedman-Doan y Messermith (2008). Estos autores compararon los niveles de percepción de riesgo sobre la marihuana y el consumo, encontrando que, en la década de 1970, el riesgo percibido de uso de marihuana era bajo mientras que los niveles de consumo eran altos, sin embargo, más tarde, cuando el riesgo percibido en relación a esta droga aumentó, disminuyó el uso de la misma. Esta situación se mantuvo hasta

principios de los 90, cuando los niveles de riesgo percibido volvieron a decaer y, nuevamente, aumentó el consumo. En este sentido, Sarvet et al (2018), realizaron otra investigación para comprobar si había habido algún cambio entre el consumo de marihuana y los niveles de percepción de riesgo a lo largo del tiempo. Para ello analizaron los resultados de dos encuestas nacionales de EEUU, por un lado, la encuesta MTF, del año 1991 a 2015 (N=1.181.692) y por otro la NSDUH (N=113.317), comparando año a año la prevalencia de los que afirmaban no percibir ningún daño por el consumo de marihuana y la prevalencia de consumo de cannabis en el último mes entre los alumnos de 8º, 10º y 12º curso. Los autores encontraron como entre los años 1991 y 2006 las puntuaciones de consumo y percepción de riesgo se mantenían estables, pero sin embargo había un cambio brusco a partir de este año, donde el consumo aumentaba a la vez que disminuía la percepción de riesgo. Okaneku, Vearrier, Mckeever, Lasala y Greenberg (2015) también trataron de comprobar si había cambios en la percepción de riesgo de los consumidores de cannabis a lo largo del tiempo. Para ello realizaron un estudio trasversal utilizando los datos de la Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas y Salud de 2002-2012, con total de 614.579 participantes. Los resultados encontrados mostraron, en los consumidores regulares de cannabis, una reducción en el porcentaje de los que opinaban que el consumo entrañaba un gran riesgo del 51,3% en 2002 al 40,3% en 2012, y un aumento de los que opinaban que no entrañaba ningún riesgo del 5,7% en 2002 al 11,7% en 2012. Entre los consumidores ocasionales había una reducción para los que opinaban que el consumo suponía un gran riesgo del 38,2% en 2002 al 30,7% en 2012 y un aumento de los que pensaban que no tenía ningún riesgo el consumo del 10% en 2002 al 16,3% en 2012. Además, se encontró que a mayor edad mayor era la percepción de riesgo y que los hombres tenían una menor percepción de riesgo que los hombres. Estos resultados muestran un claro descenso en 10 años de la percepción de

riesgo del consumo de cannabis, mostrando además como los más jóvenes y los hombres tienen una menor percepción del riesgo de consumir esta sustancia, lo cual sugiere que está habiendo una normalización en el consumo de esta sustancia.

Parker y Anthony (2018) realizaron una investigación para comprobar si el nivel de percepción de riesgo del consumo de cannabis predecía el consumo futuro de esta sustancia. Para ello analizaron una muestra de 16.000 estudiantes de 8º, 10º y 12º curso. Los resultados mostraron que los niveles más altos de percepción de riesgo de 10º curso predicen una menor prevalencia de consumo en 12º curso, y los niveles más altos de percepción de riesgo en 8º predicen una menor prevalencia de consumo en 10º curso. Sin embargo, la predicción de 8º a 12º curso no es significativa. Estos resultados inducen a pensar que las predicciones entre la percepción de riesgo y el consumo sirven para cortos periodos de tiempo, pero no a largo plazo, lo cual sugiere la necesidad de seguir investigando tanto en la capacidad predictiva de la percepción de riesgo como en su papel protector para el consumo en las campañas de prevención.

En la misma línea Demant y Ravn (2010) querían comprender la percepción del riesgo relacionado con las drogas en jóvenes, mediante entrevistas focales a 12 jóvenes daneses de 17 a 22 años. Los resultados muestran que el consumo ocasional de cannabis se considera inofensivo y aceptado, mientras que el de éxtasis se considera muy dañino, La cocaína, sin embargo, no se considera ni muy peligrosa ni inofensiva. Esto podría indicar que la cocaína podría estar normalizándose, apoyando la idea de que un consumo poco frecuente es percibido como inofensivo, siendo, por tanto, aceptado con una mayor facilidad. Otros autores han investigado la relación entre el consumo de cannabis y la percepción de riesgo de los síntomas psicóticos en adolescentes como los delirios, alucinaciones y anhedonia social (Mihalca et al., 2012). En

su estudio, utilizaron una muestra de 583 adolescentes de cuatro colegios de Rumanía que tenían que completar unas escalas de predisposición hacia la psicosis, manipulando la frecuencia y la edad de consumo. El análisis de la varianza encontró relación entre la frecuencia de consumo y la percepción de riesgo de desarrollar psicosis, pero no encontró relación con la edad de inicio, destacando como los no consumidores de cannabis asociaban estos síntomas al consumo mientras que en los consumidores no encontraban una relación tan fuerte.

La dependencia del cannabis también se ha relacionado con una menor percepción de riesgo hacia conductas de riesgo como la conducción bajo la influencia y una tendencia a no llevar a cabo estrategias de reducción de riesgo durante la conducción. Un ejemplo de ello es el estudio realizado por Swift, Jones y Donnelly (2010) quienes realizaron una investigación para conocer las actitudes, creencias y estrategias, que tienen los consumidores de cannabis que conducen bajo sus efectos. Utilizaron una muestra de 320 participantes evaluando las actitudes, percepción de riesgo y las estrategias de reducción de daños asociadas a consumir bajo los efectos de cannabis, cannabis y alcohol y cannabis y otras sustancias. Los resultados muestran como el 97% de los participantes cree que conducir bajo los efectos del cannabis y el alcohol es altamente peligroso, pero menos que hacerlo solo con cannabis (53%). Estos últimos creían que podían compensar los efectos del cannabis prestando más atención, pero que no podían hacerlo si también consumían alcohol. Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de aumentar el conocimiento y la percepción de riesgo en torno a la conducción bajo los efectos del cannabis.

En un estudio llevado a cabo por Franco, San Agustín, Baile, Valero y Puerta (2009), con una muestra de 2445 alumnos, el 16,5% de la

muestra eran consumidores de cannabis, ya fuese a diario, ocasionalmente o de fin de semana. De éstos, el 57% afirmó que esta conducta también era llevada a cabo por sus amigos, y un 32.8% afirmó que el consumo de cannabis no generaba adicción, frente al 67.2% de los no fumadores que afirmaba que si generaba adicción. Existen, además, diferencias en cuanto a la percepción de peligrosidad. El 15,8% de los consumidores de cannabis considera que no es peligroso para su salud frente al 84,2% de los que no consumen. Además, en este estudio se encontró una relación entre aquellos alumnos que fumaban tabaco y cannabis tienen menor percepción de riesgo ante el consumo de otras sustancias, con diferencias estadísticamente significativas en todas ellas: el alcohol, “pastillas”, cocaína y heroína.

La relación entre la percepción de riesgo y el uso drogas ha sido estudiado también en otras sustancias. Por ejemplo, para el tabaco y el cannabis, se encontró que el uso de estas sustancias estaba inversamente relacionado con el daño percibido por su consumo. Además, las percepciones de mayor riesgo para el tabaco y el cannabis estaban asociadas con el sexo femenino y la eficacia percibida de las campañas contra el uso de sustancias menos peligrosas (Thornton, Baker, Johnson y Lewin, 2013). En su estudio los autores estudiaron la relación entre el daño percibido y los patrones de consumo en personas con y sin trastornos psicóticos e identificar qué factores pueden estar asociados con la percepción del daño del consumo de tabaco, alcohol y cannabis en ambas poblaciones. Se utilizó una muestra de 1046 alumnos de primero de psicología de 18 a 86 años. Se encontró que a mayor consumo de cannabis y tabaco había una menor percepción de riesgo. Además, se asoció con una mayor percepción de riesgo ser mujer, la eficacia percibida de las campañas preventivas y un menor consumo de sustancias peligrosas. También se asoció una mayor percepción de riesgo con un aumento de la edad y un estado de psicosis negativa para el tabaco, mientras que el estado de psicosis positiva se asoció con una

mayor percepción de riesgo para el cannabis. Igualmente se asoció una mayor percepción de riesgo con una mayor eficacia percibida de las campañas de prevención para el alcohol. Estos resultados sugieren que las variables sociodemográficas, de consumo de sustancias, de salud mental y de campañas de prevención están asociadas con la percepción de riesgo para el tabaco, cannabis y en menor medida para el alcohol en las personas con o sin trastornos mentales. Los autores destacan que, aunque hay conciencia de los efectos negativos del cannabis en las personas con trastornos psicóticos, es necesario hacer consciente a esta población de los efectos perjudiciales del tabaco. Este estudio está en consonancia con el realizado por Miller, Chomynova y Beck (2016) que demostraron que a mayor uso de cannabis o alcohol menor percepción de peligro de ambas sustancias.

Otros estudios han encontrado una diferenciación entre sustancias, por ejemplo, en el realizado por Wiedermann, Valleriani, Kwok y Erickson (2014), que estudiaron como afecta el contexto social a la percepción de riesgo del consumo de drogas. Para ello entrevistaron a 367 asistentes a un festival de música al aire libre y les preguntaron acerca del daño percibido de la heroína, la cocaína, el cannabis, el alcohol y el tabaco, evaluando también la concentración de alcohol en sangre, el sexo la edad y los patrones de consumo de alcohol y cannabis. Descubrieron que el cannabis era percibido como la sustancia menos nociva, seguida del tabaco, el alcohol, la cocaína y la heroína. El cannabis era percibido también como la sustancia menos adictiva, seguida de alcohol y tabaco, cocaína y heroína. Cuando el grupo de semejantes consumía, la percepción de riesgo era menor, al igual que cuando había una mayor concentración de alcohol en sangre. Ayudando estos resultados a comprender el efecto del grupo de iguales en la percepción de riesgo.

En la misma línea, otros estudios han encontrado que el cannabis es percibido como la sustancia menos dañina, seguido por el tabaco, el alcohol, la cocaína y la heroína. El cannabis también fue considerado como el menos adictivo, seguido por el alcohol, el tabaco, la cocaína y la heroína, describiendo el uso del cannabis como una alternativa más segura para el alcohol, las drogas ilícitas y los productos farmacéuticos, basándose en sus percepciones de efectos secundarios menos adversos, bajo riesgo de adicción y mayor efectividad para aliviar los síntomas, como el dolor crónico. (Lau, Sales, Averill, Murphy, Sato, y Murphy, 2015)

En otro estudio con población adolescente, de la Villa, Bernal, Ruiz, Díaz, Javier y Martin (2009) tenían como objetivo conocer las actitudes hacia el consumo de alcohol y cannabis. Para ello utilizaron una muestra de 273 participantes con una edad de 14 a 18 años, evaluándolos mediante un cuestionario creado *ad hoc*. Los resultados muestran como los consumidores son más permisivos ante el consumo que los no consumidores, además tiene falsas creencias y poca sensibilidad para reconocer los efectos del consumo y por tanto una menor percepción de riesgo. Los que consumen alcohol y cannabis tienen menor percepción de riesgo que los no consumidores. Estos resultados muestran la influencia de la percepción de riesgo en las actitudes sociales de consumo y experimentación con estas sustancias, y la importancia de desarrollar estrategias protectoras hacia el consumo como la resiliencia y las alternativas de ocio, además de promover una conciencia social menos permisiva hacia el consumo de ambas sustancias.

Jurcik, Moulding y Naujokaitis (2013) estudiaron la relación entre el consumo (alcohol, tabaco y drogas ilegales), los estilos de crianza y la percepción de riesgo. Para ello se utilizó una muestra de 336 participantes de una residencia universitaria y los servicios de salud. Se

encontró que el estilo de crianza “control sin afecto” por parte de la madre estaban relacionados con un mayor consumo de alcohol y sustancias ilegales. De la misma forma se relacionó una baja percepción de riesgo con un mayor consumo de alcohol, tabaco y sustancias ilegales, sin embargo, no se encontró relación entre el estilo de crianza y la percepción de riesgo. Sugiriendo estos resultados que existen otras vías por las que el estilo de crianza puede influir en el consumo de alcohol que sería importante investigar.

En otro experimento, Matthews, Bruno, Johnston, Black, Degenhardt y Dunn (2009) investigaron los factores asociados a la conducción bajo efectos del alcohol y otras drogas (éxtasis, cannabis y metanfetamina). La muestra utilizada fue de 573 participantes que habían conducido bajo el efecto de alguna de estas sustancias. Los resultados muestran una correlación entre la frecuencia de consumo y la probabilidad de conducir bajo el efecto de estas drogas. También se detectó una baja percepción de riesgo respecto a la probabilidad de ser multado por las autoridades.

En definitiva, todos los estudios presentados vienen a confirmar la correlación entre percepción de riesgo y consumo, pero se constata la ausencia de estudios sobre la direccionalidad. Grevenstein et al. (2015) trataron de solventar este déficit, estudiando la relación entre la percepción de riesgo y el consumo de sustancias, tratando de descubrir la direccionalidad. Para ello estudiaron por separado hipótesis motivacional (la influencia de la percepción de riesgo sobre el consumo) y la hipótesis de la reevaluación del riesgo o “*reappraisal*” (la influencia del comportamiento sobre la percepción de riesgo) para el consumo de alcohol, cannabis y tabaco. Realizaron un estudio prospectivo longitudinal con una muestra de 318 participantes de 14 a 15 años, tomando medidas durante 10 años. Los resultados obtenidos mostraron influencias significativas de la percepción de riesgo sobre el

consumo para las tres sustancias, probándose de esta manera la hipótesis motivacional. En el caso del cannabis, también se encontró una influencia del consumo sobre la percepción de riesgo, probándose, por tanto, la hipótesis de la reevaluación. Estos resultados apoyan la importancia de la percepción de riesgo en el consumo de sustancias, y la existencia de una reevaluación de la percepción de riesgo en el caso del cannabis, factores importantes de cara al diseño de programas de intervención para el consumo de sustancias. No obstante, el estudio sólo se hizo sobre 318 participantes y utilizaron una medida pre y post, sin informar más datos intermedios que serían interesantes para poder juzgar la direccionalidad.

Por otro lado, otro de los aspectos que no parece haberse estudiado es la percepción de riesgo simultánea de drogas legales e ilegales, lo cual permitiría el estudio de posibles interacciones y, probablemente, juzgar también hasta qué punto hay modulación o especificación entre las diferentes sustancias o se producen estilos perceptivos generales, con independencia del tipo de sustancia y su legalidad.



### **3. CONSUMO MASIVO DE ALCOHOL Y JÓVENES**

Según el *Informe Mundial del 2018 de la Situación sobre Alcohol y Salud* (OMS, 2018), se producen cada año 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones y es factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol y en el grupo de edad de 20 a 39 años, un 25% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol.

A pesar de ello, como se afirmó anteriormente, el alcohol es una droga muy aceptada en nuestra cultura. Esta sustancia se encuentra vinculada a multitud de contextos y de situaciones sociales, lo cual hace que su consumo esté muy normalizado. Vinculada también a ciertos eventos, como bodas, celebraciones o fiestas, hace que incluso el consumo abusivo se normalice, no siendo extraño que en ciertos momentos y contextos se acepte que “hay que emborracharse”. Esto se refleja de manera inequívoca en los datos, es decir, estamos ante la sustancia psicoactiva con mayor uso, y en más grupos de edad. Más del 90% de la población ha tomado alcohol alguna vez en su vida, un 77.6% en el último año, 2015, y un 62.1 % en el último mes de nuestro país en el rango de edad de 15 a 64 años, como se muestra en las últimas cuatro ediciones de la encuesta EDADES (2009-2015; 2017). Estos datos han experimentado una breve reducción a lo largo de los años, aunque el consumo en el último mes parece mantenerse en torno al 60% de la población y en un 9.3% para los que consumen diariamente esta sustancia. En cuanto al sexo, vemos que está más extendida en el grupo masculino, probablemente debido a que socialmente está más normalizado y mejor visto entre los hombres que entre las mujeres, hipótesis que parece tener relación con el hecho de que, en el grupo de

menor edad, de 15 a 24 años, la diferencias entre géneros parece reducirse, grupos donde precisamente hay una mayor igualdad social entre géneros. Por ejemplo, las diferencias de consumo en el último mes entre hombres y mujeres de 15 a 24 años son del 8.9% frente al 26.5% de diferencia en el grupo de edad de 55 a 64 años. En este sentido, Rodríguez, Moreno y Gómez (2018) trataron de conocer la influencia de los roles de género en el consumo de alcohol de jóvenes y adolescentes. Utilizaron una muestra de 23 mujeres y 21 hombres, con edades entre los 13 y 24 años. Se realizaron grupos focales para obtener la información tanto del consumo de alcohol como del significado social que los participantes le otorgan a dicho consumo. Los resultados indican que las variables género y edad actúan de manera combinada en el aprendizaje del consumo de alcohol, así como en las motivaciones y expectativas que los jóvenes tienen acerca de dicho consumo diferenciándose tres etapas. En la primera (de 13 a 15 años) los roles de género están claramente definidos y diferenciados y donde ambos sexos señalan a los varones de mayor edad como figuras de referencia en el consumo de alcohol, y los que actúan como facilitadores para el acceso al alcohol, sobre todo a las chicas, el consumo de alcohol es más frecuente en varones que en mujeres. En la segunda etapa (de 16 a 18 años) se trasgreden estos roles tradicionales sobre todo por parte de las mujeres, siendo el consumo abusivo de alcohol una práctica habitual y normalizada, sobre todo en los fines de semana, para ambos sexos. Sin embargo, sí que se encuentran diferencias entre géneros en la forma de actuar tras el consumo, donde hombres y mujeres identifican la expresión exagerada de emociones como conducta típicamente femenina, y la agresividad como conducta típica masculina. En la tercera etapa (19 a 24 años) se produce una vuelta a los roles tradicionales de género, donde se continúa asociando el ocio del fin de semana con salir de bares y el consumo de bebidas alcohólicas, pero ahora las mujeres reflejan un consumo más moderado, ejerciendo un

mayor control sobre su cuerpo, sin buscar la intoxicación etílica, como cuando eran más jóvenes, sin embargo, no perciben que los hombres hayan experimentado dicho cambio con la edad, ya que siguen teniendo como objetivo emborracharse y perder el control. Por otro lado, las mujeres de esta última etapa ven con peores ojos el consumo de alcohol de las personas de menor edad, en especial de las propias mujeres, existiendo por tanto una mayor sanción social hacia las chicas que realizan conductas alejadas del rol femenino. Existe también una tendencia general a ver a los más jóvenes, por parte de ambos sexos, como más bebedores, haciendo hincapié en la mayor proporción de mujeres bebedoras, que puede incluso superar a la de hombres, considerándolo como impropio desde el punto de vista de las relaciones de género. Por tanto, este estudio muestra como hay una clara influencia de los roles de género en las pautas de consumo de alcohol durante la adolescencia y la primera etapa de la juventud, datos a tener en cuenta de cara a la prevención, ya que en distintos momentos de la juventud y adolescencia hay distintos patrones de consumo y percepciones del mismo.

El consumo de alcohol ha sido un tema ampliamente estudiado en la literatura (Conegundes, Valente, Martins, Andreoni y Sanchez 2018; Dawson, Goldstein, Chou, Ruan y Grant, 2008; Gjerde, Beylich y Mørland, 1993; Isorna, Fariña, Sierra y Vallejo-Medina, 2015; Motos, Cortés, Giménez y Cadaveira, 2015; Olivares, Charro, Úrsua y Meneses, 2018; Seymour y Oliver, 1999; Tingey et al., 2016; Tirado, Aguaded y Marín, 2009; Warner, White y Johnson, 2007; Yi, Ngin, Peltzer y Pengpid, 2017) por ser una de las sustancias más consumidas tanto en el mundo como en nuestro país (Observatorio Nacional de las Drogas y las Adicciones, 2017) y por estar fuertemente asociado con los accidentes de tráfico, mostrándose por tanto como una de las sustancias que provoca más incapacitaciones debidas a su consumo. Específicamente, Gjerde et al. (1993) analizaron la incidencia del

alcohol y las drogas en los accidentes graves de conducción. Para ello utilizaron muestras de sangre de 159 conductores con lesiones mortales en el periodo de 1989 a 1990 para detectar la presencia de alcohol y drogas psicoactivas. Se encontró que el 28.3% daban positivo en alcohol, un 27% de ellos por encima del límite legal. También encontraron la presencia de psicofármacos en el 16,3%, siendo las benzodiazepinas y el tetrahidrocannabinol las sustancias más frecuentes. De los 79 conductores con lesiones mortales en accidentes de un solo vehículo el 41,8% dio positivo en alcohol y el 21,5% en otras drogas. Posteriormente, realizaron otro estudio encontrando que el consumo de sustancias a los 15 años de edad (tabaco, marihuana y alcohol) era un importante pronosticador de la perpetración posterior de delitos graves y participación en accidentes graves de tráfico.

Seymour y Oliver (1999) querían estudiar la relación entre los accidentes de tráfico y el consumo de alcohol y drogas al volante. Para ello los autores tomaron muestras de sangre y orina de 752 conductores sospechosos de conducir bajo los efectos de alguna de estas sustancias, durante un periodo de 4 años. Se detectó la presencia de sustancias en el 68% de las muestras de orina y en el 90% de las de sangre. El cannabis era la droga ilegal encontrada con mayor frecuencia (39%) de los que habían dado positivo en drogas. Las Benzodiazepinas también fueron altamente frecuentes con un 82% de prevalencia entre los que dieron positivo. El consumo de más de una droga aumentó durante los años de estudio, pasando de un 2% en 1995 a un 3,1% en 1998. En cuanto a los 151 conductores con accidentes mortales, el 33% dio positivo en alcohol y el 19% en otras drogas, aunque es probable que algunas de esas drogas fuesen administradas después del accidente, concluyendo, por tanto, que el alcohol se presenta como el principal factor causal de los accidentes de tráfico mortales.

En otro estudio, Warner, et al. (2007) investigaron las trayectorias de desarrollo de problemas con el consumo de alcohol desde la adolescencia hasta la adultez temprana en relación con las experiencias en el inicio del consumo, así como los antecedentes familiares de alcoholismo y su interrelación. Se realizó un estudio longitudinal mediante encuestas a 438 participantes, haciendo un seguimiento desde los 12 años hasta los 31, recopilando los datos en 5 ocasiones durante este periodo, identificándose tres grupos: bebedores sin problemas o con pocos problemas (66,2%), bebedores con problemas limitados a la adolescencia (21,6%) y con problemas prolongados en el tiempo (12,1%). Los resultados muestran que la edad de inicio de consumo de alcohol, la sensación de embriaguez durante la primera experiencia alcohólica y los antecedentes familiares de alcoholismo se asocian con probabilidades significativamente mayores de desarrollar problemas con el consumo más prolongados en el tiempo. Los autores concluyen que los niveles y patrones de consumo problemáticos de alcohol durante la adolescencia temprana y media apuntan a la necesidad de hacer esfuerzos de prevención dirigidos a los consumidores problemáticos de alcohol, además de reforzar la prevención dirigida a población general, teniendo en cuenta en ambos casos el peso que tiene en el desarrollo de problemas futuros de consumo las sensaciones de embriaguez en las primeras experiencias con el alcohol.

Conegundes et al. (2018) analizaron los factores sociodemográficos, escolares y familiares asociados al consumo frecuente y excesivo de alcohol en adolescentes. Para ello se realizó un estudio trasversal con 6285 estudiantes de 7º y 8º de colegios de Brasil, analizando la relación entre el consumo excesivo de alcohol (5 o más dosis por ocasión) en los últimos 12 meses, el consumo frecuente (beber seis o más días seguidos) en el último mes y los factores sociodemográficos, escolares y familiares. Los resultados muestran una

prevalencia del 16,5% para el consumo excesivo de alcohol en el último año, y del 2,2% para el consumo frecuente en el último mes. Las variables que más se relacionaron con el consumo excesivo fueron fumar tabaco (OR=6,7), consumir marihuana (OR=2,2), consumo de inhalantes (OR=3,0), presenciar episodios de embriaguez de un familiar (OR=2,1), haber sufrido intimidaciones (OR=1,8), haber sufrido agresiones verbales (OR=1,7) y un bajo rendimiento académico (OR=1,7). Por otro lado, se asociaron con el consumo frecuente de alcohol variables como el consumo de tabaco (OR=2,5), consumo de cannabis (OR=3,2) y sufrir agresiones físicas (OR=2,2). Estos resultados destacan la relación del consumo excesivo alcohol, el consumo de otras sustancias, el ambiente familiar donde se desarrolla el menor y el rendimiento académico, variables a tener en cuenta a la hora de tratar de prevenir el consumo de alcohol.

En este sentido, Olivares et al. (2018) realizaron un estudio descriptivo inferencial mediante un cuestionario ad hoc, para conocer la relación entre el consumo de alcohol, la estructura familiar y el afecto que los menores reciben de sus padres. Utilizaron una muestra de 2890 adolescentes de centros de la E.S.O. de Madrid. Los resultados mostraron que la estructura familiar no se relacionaba con el consumo de alcohol, pero sí con el abuso (el 19% pertenecían a familias monoparentales y el 12,5% a familias reconstruidas paternas). Los pertenecientes a familias monoparentales eran los que más bebían a diario con sus iguales (15,6%) y los que pertenecían a familias monomarentales los que más lo hacían en el fin de semana (13,6%). Además, se encontró una relación significativa entre el afecto familiar percibido y el uso/abuso de alcohol, a menor nivel de afecto percibido, mayor probabilidad de consumo/abuso de alcohol. Estos resultados resaltan en la importancia tanto de la estructura familiar como el afecto percibido por los menores por parte de sus progenitores, pudiendo actuar tanto como factor de riesgo como protector.

En relación con el consumo de alcohol a edades tempranas, Dawson et al. (2008) estudiaron la asociación entre la edad del primer consumo y el riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de alcohol. Para ello utilizaron una muestra de 22.316 participantes agrupados en tres grupos de edad, menores de 15, de 15 a 17 y más de 18 años, con un seguimiento de tres años controlando el tiempo de exposición al alcohol, los antecedentes familiares y las características del sujeto como la personalidad. Los resultados mostraron un aumento de la dependencia en los que se iniciaban en el alcohol antes de los 15 años para los hombres (OR=1,38) y para el grupo de 15 a 17 años para las mujeres (OR=1,54). Los autores concluyeron que existía una fuerte asociación entre la edad de inicio del consumo de alcohol y el riesgo de desarrollar un trastorno asociado al consumo, influido por una deficiente toma de decisiones y/o una función ejecutiva respecto al sistema de recompensas mermada. Proponen una investigación adicional para determinar la importancia de estas variables intermedias en el desarrollo de problemas de consumo de alcohol.

Tirado et al. (2009) diseñaron un estudio para identificar los factores de riesgo y protección asociados al consumo de alcohol en universitarios de la universidad de Huelva. Utilizaron una muestra de 1.200 participantes con una media de edad de 22,81 años, evaluándolos mediante un cuestionario específico para esta población. Los resultados muestran como uno de los principales factores de riesgo el policonsumo y ser hombre. Como factores protectores encontraron que la asistencia frecuente a clase, un bajo consumo en el entorno universitario, una mayor edad y hábitos lectores y de música. Estos autores proponen tener en cuenta estos factores para diseñar las campañas de prevención de alcohol.

Isorna et al. (2015) estudiaron la relación de las drogas y el alcohol con los asaltos sexuales y las conductas sexuales de riesgo. Para

ello utilizaron una muestra de 164 jóvenes, mitad hombres y mitad mujeres, con una edad media de 27,5 años, utilizando un cuestionario con preguntas relativas al consumo, una escala de conductas sexuales, y un etilómetro para medir el nivel de alcoholemia. Los resultados mostraron una actitud más favorable hacia el empleo de drogas como facilitadoras del asalto sexual y conductas sexuales de riesgo en los participantes que se encuentran bajo efectos del alcohol en contextos recreativos, independientemente del sexo. Los autores instan a seguir investigando sobre el tema, así como promover el conocimiento de este descubrimiento y utilizarlo en los programas de prevención de sobre el consumo sexual y las conductas sexuales de riesgo.

Tingey et al. (2016) estudiaron una población adolescente de indios americanos para tratar de dilucidar las causas de por qué algunos seguían bebiendo en la edad adulta y otros no, mediante la identificación de factores de riesgo y de protección. Para ello se compararon 68 casos de adolescentes que habían recibido atención médica por consumo de alcohol con un grupo de 55 controles que tenían antecedentes de consumo de alcohol estudiando en cada caso individualmente las variables familiares, individuales y culturales o comunitarias. La edad media fue de 15,4 años, siendo el rango de edad de los 10 a los 19 años. Los resultados mostraron que los que eran agresivos, impulsivos, tenían compañeros con problemas por el uso de alcohol, problemas con el funcionamiento familiar o vivían con más personas en casa tenían un mayor riesgo de consumo excesivo de alcohol, pudiendo estos entenderse como factores de riesgo. Por otro lado, se identificaron como factores de protección la asistencia a la escuela, la cercanía familiar, la estabilidad residencial, la capacidad de resolver problemas sociales, el hecho de tener valores y prácticas tradicionales propias de los indios americanos y una fuerte identidad étnica. El análisis confirmatorio concluyó que la asistencia a la escuela y la estabilidad residencial reducen la probabilidad de un consumo

excesivo de alcohol, incluso entre aquellos que ya están en bajo riesgo. Por tanto, los autores concluyen que deberían de tenerse en cuenta estos factores a la hora de realizar intervenciones personalizadas para los adolescentes que se encuentran en riesgo de tener un consumo problemático de alcohol, así como en los diseños de programas de prevención.

Yi, Ngin, Peltzer y Pengpid (2017) se propusieron investigar los factores sociales y comportamientos asociados al consumo excesivo de alcohol en estudiantes universitarios de Asia Sudoriental. Mediante un cuestionario autoadministrado, se evaluó una muestra de 8.809 con una media de 20,5 años, de los cuales un 12,8% eran bebedores poco frecuentes (menos de una vez al mes) y un 6,4% bebedores frecuentes (más de una vez al mes). En el caso de los hombres, descubrieron que los que más bebían generalmente se asociaban con el hecho de pertenecer a grupos de mayor edad, vivir con padres o tutores, un menor nivel de actividad religiosa no organizada, falta de conocimientos sobre la relación entre el alcohol y las enfermedades cardíacas, creencias débiles acerca de la importancia de limitar el consumo de alcohol, un estado de salud subjetivo deficiente, un menor nivel de satisfacción en la vida, el consumo de tabaco y de drogas ilícitas, síntomas depresivos y un alto nivel de actividad física. Entre las mujeres, la mayor prevalencia de consumo compulsivo de alcohol siguió estando significativamente asociada con el hecho de pertenecer a los grupos de mayor edad, tener antecedentes familiares más pobres viviendo en un país de ingresos altos, tener un nivel más bajo de actividad religiosa no organizada, desconocimiento acerca de la relación entre el alcohol y las enfermedades cardíacas y el corazón, un menor nivel de satisfacción con la vida, el consumo de otras sustancias como el tabaco y las drogas ilícitas, los síntomas depresivos. Los autores destacaban la necesidad de diseñar y crear programas específicos para los universitarios para

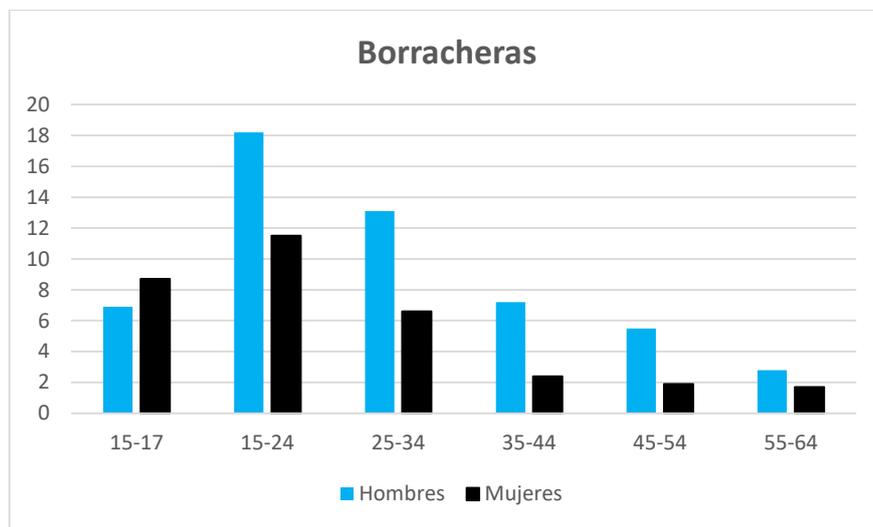
promocionar la salud e informar acerca de los problemas asociados al consumo excesivo de alcohol.

### **3.1. Intoxicaciones etílicas agudas**

El consumo de alcohol tiene unas características peculiares en cuanto a su forma de consumo. Una de estas peculiaridades es, como se dijo anteriormente, que su uso abusivo ligado a algunos eventos está bastante normalizado. Esto hace que sea una droga con unos índices de consumo abusivo bastante altos. Por ejemplo, en los últimos 12 meses, según la encuesta de EDADES (2015), la prevalencia de las intoxicaciones etílicas se sitúa en el 16,8%, un porcentaje que es, eso sí, ligeramente menor que los obtenidos en la última década (próximos al 20% en la mayoría de las mediciones) (EDADES, 2017). De nuevo nos encontramos que este consumo abusivo se da con una mayor frecuencia en el grupo masculino y que, en relación a la edad, se observa que a medida que ésta aumenta, disminuye la prevalencia. Por tanto, podemos afirmar que está mayormente vinculado al grupo más joven de edad. Los hombres de 15 a 34 años son el colectivo que registra una mayor extensión de borracheras, siendo reconocidas por el 37,5% de ellos, frente al 22,6% de las mujeres de la misma edad. Por su parte, el 14,4% de los varones mayores de 34 años reconoce haberse emborrachado en los últimos 12 meses, que contrasta con el 5,4% de las mujeres que lo han hecho también en el último año (EDADES, 2017).

Respecto a la prevalencia de borracheras, el 6,5% de la población de 15 a 64 años sufrió una intoxicación etílica aguda en los últimos 30 días, porcentaje que apenas difiere del obtenido en la misma encuesta en 2013 (7%). Los jóvenes de 15 a 24 años son los que registran una mayor prevalencia, con 18,2% de los chicos y un 11,5% de las chicas que reconocen haber experimentado un estado de embriaguez en el último mes, casi 1 de cada 4 jóvenes, en el caso de los

hombres. El porcentaje disminuye a medida que aumenta la edad, encontrándose siempre un mayor porcentaje en grupo masculino.



*Fuente: Edades 2017. Prevalencia de borracheras en los últimos 30 días en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2003-2015.*

Otro dato que destaca en esta encuesta y que guarda relación con el tema de estudio de esta tesis es que las personas que se han emborrachado en el último mes tienen un menor nivel de percepción de riesgo del consumo alcohol. De las que se emborracharon en los últimos 30 días, solo 2 de cada 10 piensan que tomar 5 o 6 cañas/copas el fin de semana puede producir muchos o bastantes problemas, una proporción que asciende al 47,5%, entre aquellos que no se emborracharon. Del mismo modo, la percepción de riesgo sobre el consumo diario de alcohol es menor entre la población que se emborrachó en los 30 días previos a la realización de la encuesta, pues el 21,9% de ellos no advierte un peligro en beber diariamente 5 o 6 cañas/copas cada día, mientras que este porcentaje disminuye hasta el 9,1% en el grupo que no se emborracharon en el último mes (EDADES, 2017).

### 3.2. *Binge drinking* y Botellón

Otra de las peculiaridades respecto al consumo de alcohol es el consumo por atracón. Este tipo de patrón de consumo se ha denominado en la literatura *binge drinking*, y se refiere al consumo de una gran cantidad de alcohol en un breve periodo de tiempo (OMS, 2008). Una de las definiciones más aceptadas es la propuesta por Anderson y Baumberg (2006), que lo definen como el consumo de 5 o más bebidas alcohólicas (si es hombre) o de 4 o más bebidas alcohólicas (si es mujer) en la misma ocasión (en un intervalo de dos horas).

En cuanto a la prevalencia de este patrón de consumo, la encuesta EDADES (2017), que toma en cuenta este criterio de consumo para medir el *binge drinking* (consumo de 5 o más bebidas alcohólicas para hombres y 4 para mujeres), afirma que este fenómeno se da en el 17,9% de la población de 15 a 64 años en el último mes (datos correspondientes al año 2015). Se observa un claro aumento de este tipo de consumo desde que se tomaron por primera vez (2003) cuando la prevalencia era del 5,3%.



Fuente: Edades 2017. Evolución de la prevalencia de consumo de alcohol en atracón o *binge drinking* en los últimos 30 días en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2003-2015.

Este dato contrasta con el porcentaje de borracheras en el mismo tramo de edad (15 a 64 años) en los últimos 30 días, 6,5% (2015), lo cual podría indicar que o bien hay un alto nivel de tolerancia para no embriagarse con este consumo tan elevado en un breve periodo de tiempo o un sesgo a la hora de reconocer la embriaguez. (EDADES, 2017).

Es en el grupo de jóvenes es donde encontramos unas puntuaciones más altas. En el tramo de edad de 20 a 24 años y de 25-29 años es donde se registra una mayor prevalencia de *binge drinking*, 35,5% y 34,3% para hombres y de 24,7% y 19,7% para mujeres respectivamente, siendo los hombres los que obtienen unas puntuaciones más altas. Estas puntuaciones se reducen drásticamente si nos fijamos en el grupo de edad de 30 a 34 años, donde las puntuaciones son de 26,6% para hombres y 11,6% para mujeres, y continúa reduciéndose progresivamente hasta el 11,9 para hombres y 4,3 para mujeres del grupo de edad de 50 a 64 años.



*Fuente: Edades 2017. Prevalencia de consumo de atracón de alcohol (binge drinking) en los últimos 30 días, según edad y sexo en la población de 15-64 años (porcentajes). España 2015*

Este tipo de consumo en atracón tiene unas consecuencias especialmente perjudiciales como demostraron en un estudio Bø, Aker, Billieux y Landrø (2016) cuando investigaron las consecuencias en cuanto al daño cerebral de los atracones de alcohol. El objetivo fue conocer si estos atracones podían predecir los cambios neurocognitivos específicos en adultos jóvenes sanos. Utilizaron una muestra de 121 estudiantes de 18 a 25 años de edad. Los participantes realizaron el test CANTAB para medir el tiempo de reacción, el tiempo de procesamiento de la inhibición de estímulos y el ajuste de respuesta, también se midieron los síntomas de depresión y ansiedad. Los resultados mostraron una relación entre los atracones de alcohol y el tiempo de reacción y el ajuste de respuesta. Sin embargo, no hubo una relación significativa entre este consumo y la inhibición ni los síntomas depresivos y ansiosos. Estos hallazgos ponen en relieve las consecuencias negativas de los atracones de alcohol como los que se dan en los botellones, resaltando la importancia de hacer conscientes a los consumidores de las consecuencias de dicho consumo.

Morales, Jones, Ehlers, Lavine y Nagel (2018) evaluaron mediante el uso de imágenes por RMf la relación entre la activación cerebral durante la toma de decisiones de riesgo y recompensa y el consumo en atracón de alcohol en 47 adolescentes (14 a 15 años de edad) sin antecedentes por consumo de alcohol u otras drogas, con entrevistas de seguimiento cada 3 meses para medir los atracones de bebida. Los resultados muestran que los adolescentes que tomaban decisiones más arriesgadas en las pruebas realizadas, así como una mayor activación de las zonas implicadas en la toma de decisiones tenían un mayor riesgo de comenzar a tener atracones de alcohol antes. Estos hallazgos sugieren la relación entre las dificultades en la toma de decisiones sobre todo en situaciones de riesgo y un mayor de consumo de alcohol, en concreto en forma de atracón, dificultando el control de la conducta de consumo. En este sentido, Herman, Critchley y Duka (2018) evaluaron

la relación entre el nivel de atracones de alcohol y la capacidad de controlar dicha conducta y posponer la recompensa en situaciones con carga emocional (más excitantes), utilizando una muestra de 166 estudiantes, con una edad media de 19 años. Los resultados mostraron una relación entre un mayor número de atracones y la dificultad de controlar la conducta, sobre todo en contextos con una fuerte carga emocional, donde se dificulta aún más el control de la conducta de consumo.

Para entender las causas, Zapolski, Baldwin, Banks, Stump (2017) investigación por qué los atracones de bebida eran mayores en los individuos de mayor edad de los grupos minoritarios (afroamericanos e hispanos) en comparación con la población general de EEUU. Utilizaron una muestra de 205.198 de la Encuesta Nacional de Uso de drogas de este país. Los resultados mostraron un efecto cruzado para los afroamericanos, tanto para hombres como para mujeres, con niveles de ingresos más bajos. Descubrieron que el riesgo de tener este patrón de consumo era menor en los hombres y mujeres de 18 a 24 años y mayor para los que tenían entre 50 y 64 años de ambos sexos. Los autores aluden a las características sociales propias de unos bajos ingresos de este último grupo como un menor nivel educativo, mayor exposición a violencia e inseguridad como explicación a este fenómeno. Proponen, por tanto, tener en cuentas estas variables para diseñar programas de intervención y prevención que ayuden a hacer frente a este tipo de consumo.

Otro dato relevante relacionado con el tema de estudio de esta tesis que recoge la encuesta EDADES (2017) es cómo la percepción de riesgo sobre alcohol se relaciona con el *binge drinking*. Se observa que, entre las personas que consumieron alcohol por atracón en el último mes, la percepción de que el alcohol puede producir muchos o bastante problemas es menor. Concretamente, el 51,2% de

los que no han hecho binge drinking en el último mes opinan que el consumo de 5 o 6 cañas en el fin de semana puede producir muchos o bastante problemas frente al 20,8% de los que sí han hecho *binge drinking*. La percepción de riesgo asociada al consumo diario de 5 o 6 cañas también se reduce del 92,9% de los que no han hecho *binge drinking* frente al 76,9% de los que sí lo han hecho en los últimos 30 días.

Asociado a este patrón, *binge drinking*, aparece en nuestro país un fenómeno, el botellón, en el que se da también este tipo de consumo por atracón. Según los trabajos de algunos autores (Calafat et al., 2005; Cortés, Espejo, Martín y Gómez, 2010; Isorna et al., 2015) el botellón surge en torno a algunos tipos de fiestas como verbenas y otro tipo de celebraciones al aire libre, donde los jóvenes antes y durante este tipo de eventos ingerían una gran cantidad de alcohol de alta graduación en poco tiempo, generalmente en la calle. Otros autores (Gómez-Fraguela et al., 2008; Rodríguez et al., 2003) describen este fenómeno como una reunión de jóvenes de diversas edades, que se congregan en lugares públicos como plazas, parques o espacios específicamente habilitados para ello, con el fin de consumir las bebidas alcohólicas adquiridas previamente para charlar, escuchar música o simplemente estar fuera del alcance y supervisión de los adultos.

En cuanto a la prevalencia, según EDADES (2017), podemos ver cómo un 9,4% de la población entre 15 y 64 años afirma haber hecho botellón en los últimos 12 meses. Si estratificamos por sexo podemos observar que es mayor el porcentaje de hombres que el de mujeres que afirman realizar esta práctica (11% y 7,7% respectivamente). La asistencia al botellón está relacionada con la edad de la población. En los últimos 12 meses, entre los 15 y los 24 años la prevalencia se sitúa en el 42,1%, si bien en los hombres la proporción asciende al 46,2%. Prácticamente la totalidad de los individuos que han

realizado botellón han consumido alcohol en él. Las personas de 15 a 18 años que han realizado botellón en el último año representan el 39,6%, mientras que aquellos que hicieron botellón y bebieron alcohol en el mismo suponen el 37%. En el grupo de 25 a 34 años la popularidad del botellón disminuye, aunque todavía el 12,5% admite esta práctica. En este caso, el porcentaje registrado entre los hombres prácticamente duplica el de las mujeres.

Centrándonos en la comunidad autónoma de Andalucía, los datos oficiales más recientes indican que el 39% de la población joven (12-29 años) refiere haber acudido al menos una vez en los últimos seis meses a un botellón, siendo jóvenes con edades comprendidas entre los 16 y 24 años son los que más realizan botellón (Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, Junta de Andalucía, 2016). Con respecto a las cantidades, se estima que los jóvenes (15-16 años) del sur de Europa, entre ellos España, consumen un equivalente de al menos 40 gramos de alcohol en una sola ocasión (Anderson y Baumberg, 2006). Otros estudios han indicado que como promedio se consume durante el botellón unas 5,3 copas, solo apreciándose diferencias en función del sexo: la media de varones es 6,46 copas y la de mujeres 4,86 copas (Cortés, Espejo y Costa, 2007), lo que correspondería a una media de 101,4 cc de alcohol (Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, Junta de Andalucía, 2016). Respecto a la frecuencia con la que se realiza el botellón, predomina claramente el fin de semana (Baigorri y Fernandez, 2001), siendo más frecuente en los meses de diciembre, marzo y abril, así como durante el verano (junio-septiembre) (Cortés et al., 2007). En cuanto a la frecuencia con la que los jóvenes realizan el botellón, hay un claro predominio del fin de semana, alargándolo a los jueves y viernes. Aunque hay algunas matizaciones como por ejemplo en los pueblos y pequeñas ciudades, que durante las vacaciones de verano se realizan a diario (Baigorri y Carrillo., 2006). En este sentido, Cortés et al. (2007) realizaron una investigación con el objetivo detectar algunos

de los principales parámetros del patrón de conducta de los jóvenes que hacen botellón. Para ello se encuestó a un total de 4083 jóvenes de 14 a 25 años de Valencia, de manera aleatoria se eligieron centros educativos, realizando las encuestas en las aulas de manera anónima y voluntaria. Los resultados muestran como hay una reducción en la edad de inicio, situándose en 13 años para ambos sexos. Además, encuentran la presencia de bebidas de alta graduación alcohólica, independientemente de la edad y el sexo, llegándose a tasas de alcoholemia medias de aproximadamente 1,5 gr., con una frecuencia de asistencia de dos veces por semana de media durante al menos 6 meses al año. Los autores también destacan la baja percepción de riesgo sobre los efectos del consumo entre los asistentes y la tendencia de sobredimensionar los aspectos positivos tanto de la práctica del botellón como de dicho consumo.

El botellón parece relacionarse, a su vez, con el consumo de otras sustancias. En la encuesta EDADES (2017) se ha contemplado la prevalencia del policonsumo en función de que las personas hayan hecho o no botellón en el último año. Los resultados corroboran que el policonsumo es más prevalente en el grupo que hizo botellón en los últimos 12 meses. Cuando el análisis se centra en la población joven de entre 15 y 24 años, se obtiene que la mayoría de los que hicieron botellón consumieron al menos dos sustancias diferentes en los 12 meses previos a la realización de la encuesta (55,9%), mientras que entre los jóvenes que no realizaron botellón la prevalencia del policonsumo disminuye al 28,8%. La diferencia también es notoria para la prevalencia del consumo de 3 o más sustancias diferentes en el último año, pues si entre los que hicieron botellón se sitúa en el 28,1%, en el grupo que no ha hecho botellón la cifra obtenida es tres veces menor (9,8%).

Resultados similares se obtuvieron en el estudio llevado a cabo en la Universidad de Almería cuando exploraron el consumo de alcohol y otras drogas en universitarios, encontrando que el cannabis contaba con un consumo bastante extendido entre los jóvenes universitarios quienes mostraban un consumo superior al 10% en los últimos 30 días antes del estudio. En el caso de la cocaína encontraron que se trataba de un consumo ocasional, con una prevalencia en torno al 1,8%. Las drogas de diseño se consumen alrededor de un 1,2%, y las anfetaminas y los alucinógenos son las menos consumidas con un patrón de consumo experimental o esporádico (Zaldívar et al., 2011).

### ***3.2.1. Causas del consumo excesivo de alcohol.***

Como hemos visto reflejado en los datos, el botellón y el binge drinking es un fenómeno bastante habitual en la población joven de nuestro país. El botellón se ha convertido en un punto de encuentro, donde los jóvenes se reúnen con amigos, se socializa con otros individuos, se conoce gente nueva. En definitiva, se convierte en un evento que los implicados suelen identificar con su grupo de pertenencia, suponiendo por tanto un lugar importante en el tiempo de ocio de esta población. (Baigorri y Carrillo, 2006). El botellón se ha convertido en un fenómeno globalizado y tendente a la progresiva homogeneización a nivel europeo (Gual, 2006), que genera una gran preocupación a la sociedad actual.

A la luz de los datos de consumo, es importante conocer qué factores intervienen en la realización del botellón, buscando las motivaciones que llevan a su práctica, patrones de consumo que se dan, consecuencias, etc., con el objetivo de poder prevenir que se produzca dicho consumo. En este sentido, Cortés et al. (2010) realizaron un estudio con el objetivo de identificar si existían diferentes tipos de consumidores de alcohol en la práctica del botellón y realizar una validación cruzada de los resultados obtenidos. Para ello se utilizó una

muestra de 6.009 jóvenes de 14 a 25 años que practicaban botellón. Incluyeron las variables sexo, grupo de edad (estudiantes universitarios y adolescentes), número de años de práctica del botellón y gramos de alcohol ingeridos. Los resultados muestran cómo se formaron cuatro grupos (Universitarios hombres, Universitarias mujeres, Estudiantes hombres y Estudiantes mujeres) en la que los hombres siempre tenían un mayor consumo intensivo de alcohol. Además, los hombres de ambos grupos (Universitarios y Estudiantes) tenían igual consumo entre ellos, a pesar de que los Estudiantes llevaban menos tiempo consumiendo. Por otro lado, para los consumidores no intensivos, había una igualdad entre hombres y mujeres

Con el objetivo de profundizar y conocer este fenómeno, Calafat et al. (2005) realizaron un trabajo de investigación, recogiendo información de toda España, tanto en prensa como en informes y publicaciones, realizando a su vez trabajos de observación, grupos de discusión, entrevistas con jóvenes y representantes de colectivos implicados. Los autores concluyen que el principal motivo del botellón es el consumo de bebidas alcohólicas, argumentando que, de 7 estudios analizados, 5 afirman que el porcentaje de participantes que consumen alcohol en el botellón supera el 90% y 2 el 70%. Encontraron como principales motivaciones para hacer botellón el propio consumo y el bajo precio de las bebidas alcohólicas, aunque también encuentran como motivaciones la ausencia de control y horarios que, si existe en los locales, el acceso a cualquier edad, el consumo de drogas (entre el 37% y el 51% consumen además cannabis y entre el 2% y el 13% cocaína). Además, los autores afirman que la asistencia al botellón por parte de los jóvenes es bastante elevada, donde un 40% de la población entre 14 y 24 años ha asistido alguna vez.

En este mismo sentido, Pedrero-García (2018) estudiaron el fenómeno del botellón, con la intención de conocer los motivos,

actitudes y consecuencias asociadas a esta práctica. Se analizaron los discursos de 80 jóvenes de 14 a 24 años de colegios y universidades de Sevilla, agrupándolos en 10 grupos focales. Los resultados mostraron que el principal motivo que encuentran los jóvenes para hacer botellón es relacionarse con otras personas, no solo con su grupo de amigos. En cuanto a las percepciones sociales del consumo de alcohol, los jóvenes afirman que existe una alta tolerancia social, y que las medidas tomadas hasta ahora como las legales para restringir el consumo no están dando resultado. Estos resultados reflejan el cambio en el estilo de vida juvenil en los últimos años, donde la socialización se produce en torno al alcohol, poniendo de manifiesto la importancia de presentar alternativas de ocio distintas que prevengan el consumo abusivo de alcohol como el que se da en el botellón, contando con la colaboración no solo de instituciones, sino también con la de familiares y otros miembros del entorno de los menores como su grupo de iguales.

Espejo, Cortés, del Río, Giménez y Gomez (2012) realizaron un estudio con el fin de identificar los distintos tipos de consumidores de riesgo analizando los conglomerados para establecer un perfil específico para cada grupo en particular. Se tomaron datos de 6009 jóvenes de 14 a 25 años, mediante una encuesta financiada por el Plan Nacional de Drogas. Finalmente, solo se incluyeron a los consumidores intensivos de alcohol (2807 jóvenes), formando cuatro grupos en función de la edad, sexo, consumo de alcohol y años de consumo. Los resultados mostraron que los estudiantes adolescentes y universitarios del mismo sexo consumen cantidades similares de alcohol, justificando su consumo aludiendo a factores personales, y al ocio. El consumo en los varones es más alto que en las mujeres, tendiendo estos a buscar la embriaguez. Sin embargo, no parecen ser conscientes de la posibilidad de desarrollar una adicción debido a su consumo actual, refiriendo de manera general, que su consumo no tendrá consecuencias negativas. Los autores desatacan, a raíz de los resultados, la necesidad de proponer

alternativas de ocio, atendiendo a las particularidades de cada grupo además de aumentar el conocimiento de estos jóvenes sobre las consecuencias del consumo intensivo de alcohol.

En la misma línea, Golpe, Isorna, Barreiro, Braña, Rial (2017) realizaron un estudio con el objetivo de analizar el consumo intensivo de alcohol entre los adolescentes, examinando la prevalencia, las consecuencias de dicho consumo, tratando de encontrar factores de predicción de este consumo intensivo. Utilizaron una muestra 3.419 adolescentes gallegos de entre 12 y 18 años, de ESO, Bachillerato y FP de grado medio tratando de identificar correlaciones entre dichas variables. Los resultados obtenidos revelan que el consumo intensivo es una práctica frecuente, el 24,5% ha consumido 6 o más bebidas alcohólicas en una única ocasión en el último año, y el 12,8% en el último mes. Además, un 34,4% de los adolescentes que afirman haberse emborrachado en el último año y un 16,5% dice haberlo hecho en los últimos 30 días. Este consumo intensivo está asociado además a un amplio abanico de conductas de riesgo como peleas, accidentes o lesiones y relaciones sexuales sin protección. Por otra parte, variables como las expectativas de consumo, el consumo entre los pares y en el entorno familiar, así como la hora de llegada a casa o el dinero disponible han sido identificadas como factores predictores del consumo intensivo de alcohol.

Otro de los factores que ayudan a entender las motivaciones de los jóvenes para el consumo de alcohol es el factor económico. Mediante el botellón, se pueden alcanzar altos estados de embriaguez a bajo coste económico, estado que la economía de la mayoría de los asistentes a este tipo de encuentros no puede permitirse en locales de ocio, pubs o bares (Cortés et al., 2007; Llorens, Barrio, Sánchez y Suelves, 2011) siendo, además, en muchas ocasiones bebida de mayor calidad que la encontrada en algunos pubs o discotecas donde la bebida

esta adulterada, como en el caso del garrafón (Salvador, 2009). Esto concuerda con los resultados encontrados por Marín, Tirado, Aguaded, Hernando (2012), que analizaron la situación social y económica de los asistentes al botellón de la ciudad de Huelva. Los autores utilizaron una muestra de 394 participantes, con edades comprendidas entre los 15 y los 35 años, con una media de edad de 20,72 años, tomando los datos mediante una encuesta específica para esta población, con preguntas relativas a las características sociodemográficas, hábitos de consumo, ocio y percepción del consumo. Los resultados muestran que un 57% de los participantes son varones y un 43% mujeres, de los cuales un 70% estudia y un 24% trabaja, viviendo el 80% de ellos en el domicilio familiar. La media de gasto en el botellón es de 6€ y el 61,3% de los asistentes van después del botellón a discotecas, y la bebida más consumida por los participantes son los combinados (86%). Además, los jóvenes no parecen tener muy en cuenta los problemas derivados de asistir al botellón y los efectos negativos que se producen al día siguiente de haber realizado esta práctica y de haber consumido alcohol. Es por ello que el botellón puede ser una opción atractiva ya que en términos relativos el botellón “sale barato”, un 47% de los asistentes gasta menos de 5 € en el botellón, lo cual se podría comparar con que el precio medio de una copa en una ciudad andaluza es de unos 5 €.

Hasta ahora hemos analizado los motivos que los jóvenes refieren cuando se les preguntan acerca de su propio consumo, pero no debemos olvidar otro tipo de factores, más psicológicos, que también están muy presentes en estas conductas. Factores tales como la expresión juvenil frente a los adultos y su intento de separar ambos mundos y reivindicar su propio espacio alejado de la supervisión y el control de los mayores (Cortés, 2008). O el sentimiento de pertenencia que aflora en gran parte de estos menores cuando adquieren a través del botellón su propia conciencia de grupo. Es un espacio éste del botellón, que cumple con una clara función socializadora, con efectos como la

aceptación en el grupo, la tolerancia, permisividad o ser como los demás (Cuenca, 2007).

Con anterioridad, Motos et al. (2015) diseñaron un estudio con el objetivo de conocer el papel de la personalidad y el inicio del consumo de alcohol para predecir el consumo semanal del alcohol y las consecuencias asociadas a dicho consumo en universitarios. Participaron 213 bebedores compulsivos de primer año de la Universidad Complutense de Madrid evaluándolos mediante un atorrregistro de consumo, la adaptación española de la escala de impulsividad de Barrat, BIS-11 (Oquendo, Baca-García, Graver, Morales, Montalbán, Mann, 2001), el NEO-FFI Personality Inventory (Costa & McCrae's, 1999) y las consecuencias asociadas a la ingesta mediante el IECL (Cortés, Giménez, Tomás, Espejo, Pascual, Pedrero, Guardia, 2012). Los resultados mostraron como el inicio del consumo de alcohol es la variable que mejor predice el consumo semanal y sus consecuencias. No encontraron una relación significativa entre la personalidad y el consumo, aunque destacan como la responsabilidad y la impulsividad junto con la edad si muestran una fuerte asociación en el consumo semanal en hombres, y la impulsividad y el neuroticismo en las consecuencias de dicho consumo, aunque esta relación se presenta como menos fuerte.

Además, se ha visto que la impulsividad también se relaciona con el uso abusivo del alcohol, pudiéndose considerar como factor de riesgo la impulsividad y los factores emocionales negativos (Bø et al., 2016). De la misma forma la falta de autocontrol o la autoeficacia percibida se presentan como factores de riesgo y protección respectivamente (Cooke, Dahdah, Norman y French, 2014). Distintos autores (Cortés et al., 2007; Espejo et al., 2012; Motos et al., 2015) confirman, a través de sus investigaciones, la reducción progresiva en la edad de inicio de la práctica del botellón entre los jóvenes, situándose

ésta en torno a los 13 años, aunque los datos recogidos en EDADES (2015) sitúan la edad media de inicio en el consumo entre los 16 y 17 años. Si bien hay evidencias que relacionan la edad en la que se inicia el consumo con la aparición de consumos problemáticos (Yi et al., 2017; Motos et al., 2015; Warner et al., 2007), en otros trabajos no encuentran una relación tan directa entre ambas variables (Dawson et al., 2008).

### ***3.2.2. Consecuencias del consumo excesivo de alcohol.***

El botellón se ha convertido en un fenómeno globalizado y tendente a la progresiva homogeneización a nivel europeo (Gual, 2006), que genera una gran preocupación por parte de la sociedad actual. Dentro de estas preocupaciones, destaca el hecho de que los altos niveles de consumo de alcohol entre los jóvenes hacen mucho más probables una serie de conductas de riesgo que constituyen una gran amenaza para la salud, fundamentalmente a través de tres vías (Dolz de Castelar y Martín, 2011): los accidentes de tráfico, siendo estos la primera causa de mortalidad entre la población joven, las prácticas sexuales sin medidas de protección o no planificadas, ligadas a las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados, y el consumo de otras drogas, como ya hemos comentado con anterioridad (Calafat, Juan, Becoña y Mantecón, 2006; Isorna et al., 2015; Motos et al., 2015).

Isorna et al., (2015) estudiaron la relación de las drogas y el alcohol con los asaltos sexuales y las conductas sexuales de riesgo. Para ello utilizaron una muestra de 164 jóvenes, mitad hombres y mitad mujeres, con una edad media de 27,5 años, utilizando un cuestionario con preguntas relativas al consumo, una escala de conductas sexuales, y un etilómetro para medir el nivel de alcoholemia. Los resultados mostraron una actitud más favorable hacia el empleo de drogas como facilitadoras del asalto sexual y conductas sexuales de riesgo en los participantes que se encuentran bajo efectos del alcohol en contextos

recreativos, independientemente del sexo. Los autores instan a seguir investigando sobre el tema, así como promover el conocimiento de este descubrimiento y utilizarlo en los programas de prevención de sobre el consumo sexual y las conductas sexuales de riesgo.

Además, el hecho de que actualmente estemos asistiendo a un aumento en el consumo abusivo de alcohol entre los jóvenes parece indicar, para algunos autores, que en un futuro este patrón continuará, puesto que -probablemente- conservarán esta nueva forma de beber en su proceso de maduración y en su paso a la edad adulta (Calafat et al., 2008).

Más allá de las consecuencias sociales de este fenómeno, deberíamos destacar también una de las más preocupantes: la repercusión que tiene este patrón de consumo para la salud física. La mayoría de trabajos revisados, coinciden en señalar que el consumo abusivo o binge drinking, está asociado a menor rendimiento en tareas como la atención, la memoria o las funciones ejecutivas (Cortés et al., 2008). Del mismo modo puede producir alteraciones estructurales en diferentes zonas cerebrales tanto en la sustancia blanca como en la gris (López-Caneda et al, 2014), encontrándose incluso correlación positiva entre el consumo de alcohol y las puntuaciones en la escala de esquizotipia (García-Montes, Zaldívar, Morano y Flores, 2013). Finalmente, el consumo de alcohol puede ejercer grandes efectos negativos en el proceso madurativo de reorganización sináptica y mielinización y así alterar el funcionamiento cognitivo con su implicación en la adaptación a la vida adulta (López-Caneda et al., 2014). A esto hay que sumarle los riesgos que conlleva el simple hecho de consumir alcohol, donde el hígado, órgano donde principalmente se metaboliza el alcohol, puede verse afectado por el consumo continuado, así como por el consumo agudo de esta droga (Nogales, Rua, Ojeda, Murillo y Carreras, 2014), pudiendo desarrollarse hepatitis alcohólica

(afección tóxica de las células hepáticas), esteatosis hepática (acúmulo de grasa en las células hepáticas) y cirrosis hepática (alteración estructural del hígado que resulta irreversible). Se calcula que, en más de la mitad de las muertes por cirrosis hepática, interviene el alcohol como factor desencadenante de la enfermedad, aunque no todos los consumidores abusivos de alcohol acaben padeciendo necesariamente este síndrome (Pons y Berjano, 1999). Además, estos efectos podrían ser más perjudiciales sobre las mujeres según algunas investigaciones (Day, Gough y McFadden, 2004; Nolen-Hoeksema, 2004), que afirman que, ante la misma dosis, los efectos perjudiciales podrían ser mayores para estas. En esta línea Topiwala et al. (2017) investigaron si el consumo moderado de alcohol provoca un deterioro o no de las funciones cerebrales. Para ello realizaron un estudio de cohorte observacional con medidas repetidas de consumo de alcohol semanal y rendimiento cognitivo durante 30 años (1985-2015) con 550 participantes. Se utilizó el test de alcoholismo CAGE (Mayfield, 1974) para medir la dependencia al alcohol y la Resonancia Magnética para evaluar el deterioro cerebral. Los resultados mostraron una asociación entre el consumo y una mayor probabilidad de atrofia en el hipocampo independientemente de la dosis. Los que tenían un consumo elevado (30 unidades a la semana) tenían un mayor riesgo en comparación con los abstemios, incluso los bebedores moderados (14-21 unidades por semana) que tenían 3 veces más probabilidades de sufrir una atrofia del hipocampo derecho que los abstemios. No hubo efectos protectores de los consumidores ligeros (1-7 unidades por semana) respecto a los no bebedores. El mayor consumo de alcohol también se asoció con diferencias en la microestructura del cuerpo calloso y una disminución más rápida de la fluidez léxica. No se encontró ninguna asociación con el rendimiento cognitivo transversal ni con cambios longitudinales en la fluidez semántica o el recuerdo de palabras. Tras estos resultados los autores concluyeron que el consumo de alcohol, incluso a niveles

moderados, se asocia con resultados cerebrales adversos, incluida la atrofia del hipocampo.

### **3.2.3. Percepción de riesgo y alcohol**

Pero, aunque los jóvenes encuentren sobradas razones para consumir alcohol de manera excesiva y para participar en los botellones, pocos son los que llegan a ser realmente conscientes de las consecuencias tan perjudiciales que estos comportamientos les pueden acarrear en el futuro.

Uno de los datos más relevantes que recoge la encuesta EDADES (2017) es cómo la percepción de riesgo que tiene la población sobre alcohol varía en función de si hacen *binge drinking* o no. Por ejemplo, se observa que, entre las personas que hicieron *binge drinking* en el último mes, la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol es menor que en el resto. En relación al consumo de 5 o 6 cañas/copas en fin de semana, 2 de cada 10 personas que hicieron *binge drinking* opinan que este consumo puede producir problemas, mientras que entre los que no lo hicieron, aproximadamente la mitad de los individuos advierte un riesgo. La percepción de riesgo asociada al consumo diario de 5-6 cañas/copas también se encuentra menos extendida entre los que hicieron *binge drinking* en el último mes (76,9% frente al 92,9% de los que no lo hicieron).

Al igual que ocurre para las intoxicaciones y el *binge drinking*, se observa que la percepción de riesgo asociada al consumo de alcohol se encuentra menos extendida entre la población que ha hecho botellón en el último año. En el grupo de 15 a 24 años, donde la prevalencia del botellón es más elevada, tan sólo el 27,8% de aquellos que hicieron botellón piensan que beber 5 o 6 cañas/copas el fin de semana puede conllevar problemas. Sin embargo, entre los jóvenes de ese grupo que no hicieron botellón, la cifra alcanza el 55,7%. La percepción de riesgo

del consumo diario de alcohol (5 o 6 cañas/copas cada día) también se encuentra más extendida en el grupo que no hizo botellón en el último año. El 13,7% de las personas que hicieron botellón en el último año no advierte un peligro ante el consumo de 5 o 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas cada día, mientras que esta cifra se reduce al 6,4% entre los que no realizaron botellón en el último año.

#### **3.2.4. *Prevención de consumo de alcohol***

Si los nuevos patrones de consumo generan nuevos problemas, las autoridades deben articular nuevas políticas para hacer frente a los mismos. Así, en el año 2002, la Delegación del Plan Nacional sobre Drogas organizó en Madrid el “Congreso Nacional de Jóvenes, Noche y Alcohol” donde se trató de manera extensa el fenómeno. A partir de ese momento, fueron diversas las comunidades autónomas que elaboraron medidas legislativas específicas para regular la práctica del botellón y numerosos ayuntamientos comenzaron a plantear respuestas alternativas de ocio para los jóvenes.

Así, la prevención es considerada como una de las más eficaces medidas para luchar contra el botellón. Esta prevención parte de una visión positiva del sujeto, al que se considera capaz de entender lo perjudicial del consumo de alcohol y de tomar una postura sana frente a él, bien sea evitando el consumo o reduciendo sus consecuencias negativas (Vega, 2002). Esta postura ha sido apoyada por distintos autores (Calafat et al., 2005; Cortés et al., 2008; Cortés et al., 2010; Llorens et al., 2011; Dolz de Castelar y Martín, 2011; Espejo et al., 2012; Marín et al., 2012; Zapolski et al., 2017) que tras realizar sus investigaciones abogan por la prevención como manera más efectiva de frenar el consumo abusivo de alcohol, así como sus consecuencias. Autores como Foxcroft y Tsertsvadze, (2011) realizaron una revisión de la literatura para examinar la efectividad de los programas de prevención llevados a cabo en los colegios para prevenir el consumo de

alcohol en los menores de 18 años. Solo 14 de 39 intervenciones revisadas mostraron efectividad en la reducción del consumo de alcohol, mostrando un mayor efecto sobre las borracheras y los atracones. Aunque los autores no consiguen identificar que hace a unas intervenciones más efectivas que a otras, resaltan que los más efectivos son las que incluyen entrenamiento en habilidades para la vida, el programa Unplugged y el juego de la Buena Conducta. Estos autores resaltan la necesidad de investigar sobre los contenidos de los programas y los contextos donde se imparten.

En el marco europeo también se han tomado medidas relacionadas con la prevención. Así, en el Informe Europeo sobre Drogas de 2014 realizado por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT, 2014), se recoge que las intervenciones de prevención selectiva se dirigen a grupos vulnerables de jóvenes expuestos a un mayor riesgo de presentación de problemas de consumo de drogas. Los informes de expertos indican un aumento general de la disponibilidad en Europa de intervenciones idóneas para determinados grupos de este tipo, en particular las referidas a alumnos con problemas sociales y académicos. Los centros escolares constituyen además un importante entorno para el desarrollo de actividades de prevención específicas, como la aplicación de medidas para la detección precoz de los alumnos con problemas de conducta y de drogas, así como un marco donde desarrollar una mayor concienciación acerca de las drogas, así como un lugar donde presentar modelos de referencia y repertorios conductuales y de ocio alternativos, que protejan frente al consumo.

#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS DE LA TESIS.**

Desde hace más de un siglo hay un tema que es motivo de preocupación y estudio tanto para investigadores como para organizaciones de salud, gobiernos y la sociedad en general: el abuso y la dependencia de sustancias psicoactivas. Muchos son los modelos que durante este tiempo han intentado arrojar luz y dar una explicación convincente que tenga en cuenta todos los factores que engloban el complejo fenómeno de las adicciones. Sin embargo, parece que ningún modelo, perspectiva o estudio ha podido agotar en su totalidad dicho fenómeno, dada la cantidad de factores intervinientes, la dificultad para encontrar un consenso en todas las partes del proceso explicativo, así como la definición de los conceptos necesarios para describir correctamente este fenómeno.

A pesar de dichas dificultades, hay un modelo que se erige como el más aceptado y utilizado, el llamado modelo Biopsicosocial (Engel, 1977,1980). Este modelo, que surge del trabajo interdisciplinar de distintas vertientes, tiene en cuenta las que se consideran las tres dimensiones que intervienen en las adicciones, las variables biológicas, psicológicas y sociales. Teniendo en cuenta tanto variables endógenas como exógenas, intenta ofrecer una explicación, sin embargo, parece que todavía no se consigue dar respuesta a una de las preguntas que desde las primeras investigaciones se intenta contestar, estas variables (psicológicas, biológicas y sociales), ¿Son causa o consecuencia de la adicción? Parece que, observando los hechos, lo que puede ser considerado como una etiología, puede serlo también como una consecuencia.

Conocer las causas que llevan a un sujeto a desarrollar una dependencia implica conocer el contexto en el que se desarrolla este sujeto, que variables internas y externas están en juego. Con el objetivo

de contestar a esta pregunta se analizan de manera pormenorizada, en la literatura de los últimos años, algunos factores como las motivaciones que pueden llevar a una persona a hacer uso de una determinada sustancia y acabar dependiendo de ella, descubriendo que no se trata de una simple búsqueda del placer sino también, en algunos casos, en evitar un malestar, generándose en ambos casos, con el paso del tiempo y el consumo repetido, un condicionamiento al uso de esta sustancia y por tanto una dependencia (Echeburúa, 2012).

Otro de los factores que se están teniendo en cuenta en las nuevas líneas de investigación como factor influyente en la conducta adictiva es la percepción de riesgo, entendida como la percepción de los efectos negativos que conlleva el uso de una determinada sustancia (Danseco, et al, 1999). En torno a este concepto, surgen distintos modelos que tratan de explicar cómo se forma esta percepción. Así, el modelo de creencias de salud (Hochbaum, 1958; Rosentstock, 1974) se refiere principalmente a las valoraciones personales en torno a los costes físicos. La teoría de acción razonada y conducta planeada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein, 1967, 1980; Fishbein y Ajzen, 1972, 1975, 2009, 2010) se centra en el estudio de las actitudes que guían el razonamiento y posterior conducta de consumo o no consumo de una determinada sustancia. Y, finalmente, el modelo de motivación protectora (Rogers (1975, 1983, 1985; Harris y Middleton, 1994) atribuye al miedo, entendido como una valoración subjetiva de amenaza o coste personal, el hecho de consumir una sustancia y/o generar una dependencia posterior.

Pero de nuevo nos encontramos con el mismo problema, y es que la percepción de riesgo puede ser entendida como factor de protección o de riesgo y además de ir cambiando a la par que se va generando una adicción. Como plantean Grevenstein et al. (2015) se produce también la reevaluación (*Reappraisal*) a medida que se toma

contacto o se experimenta con la sustancia, aunque finalmente no dejan claro si el efecto principal se debe a la motivación (la percepción influye en el comportamiento) o la reevaluación (la experimentación con la sustancia produce cambios en la percepción de riesgo).

Por último, hemos visto los datos de consumo en jóvenes, haciendo hincapié en un patrón de consumo de alcohol en particular como es el *binge drinking* y el botellón. Estos patrones de consumo masivo de alcohol, se presentan como uno de los principales problemas de consumo en la población joven española. Distintos autores han tratado de dilucidar causas, efectos, factores protectores y de riesgo, haciendo un intento por tratar de entender estos fenómenos con el objetivo de atajarlos y tomar medidas que ayuden a su prevención.

Es por ello que se hace necesario indagar y profundizar en este campo para comprender como se desarrollan estos patrones de consumo abusivos, con el objetivo de poder prevenirlos y actuar sobre ellos. En concreto la percepción de riesgo parece que podría ser un factor protector que ayude a los menores a ser menos vulnerables al consumo masivo de alcohol y al resto de sustancias asociadas al mismo. En torno a estas necesidades surgen los objetivos de esta tesis.

Esta tesis tiene dos objetivos generales:

- 1.- Caracterizar la percepción del riesgo asociado al consumo tanto a sustancias legales como ilegales entre los jóvenes de 18 a 29 años, y buscar si existe o no relación entre la variable percepción de riesgo y consumo.
- 2.- Estudiar el fenómeno del “botellón” entre los jóvenes universitarios andaluces.

En relación al primer objetivo se plantearán 3 sub-objetivos:

1.1.- Especificar cómo perciben el riesgo del consumo de sustancias legales (alcohol, tabaco) e ilegales (cannabis, cocaína, alucinógenos, inhalantes, anfetaminas, drogas de diseño y heroína) en relación a 6 dimensiones: accidentes de tráfico, problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, etc.), problemas en casa o de relación con los amigos, problemas legales, capacidad de hacer tareas y provocar enfermedades crónicas o problemas de salud física. Observando si existen diferencias en función del sexo en las dimensiones perceptivas indicadas en el objetivo

1.2.- Evaluar una posible relación entre el consumo de ciertas drogas, como el hachís, la cocaína, las drogas sintéticas y el alcohol, y la percepción del riesgo de sufrir accidentes de tráfico por conducir bajo la influencia de dichas sustancias

1.3.- Conocer si existen patrones perceptivos específicos del riesgo asociado al consumo de cannabis y en qué medida sirven para predecir el consumo de dicha sustancia.

En relación al segundo objetivo se plantearán los sub-objetivos:

2.1. Conocer si existen diferencias en el patrón de consumo en función del sexo, rama de estudio y curso

2.2. Conocer el fenómeno del botellón: Borracheras, *binge drinking*, frecuencia con que lo realizan y cantidad que beben

3.3. Conocer cómo perciben el botellón los participantes y características del inicio en el alcohol (donde y con quién)

**PARTE 2:  
ESTUDIOS  
EMPÍRICOS**



## **5. ESTUDIO 1: ESTUDIO DE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO ASOCIADO AL CONSUMO EN JÓVENES.**

### **5.1. Método**

#### ***5.1.1 Participantes***

En este estudio participaron 2776 jóvenes andaluces de 18 a 29 años, de los cuales el 32.7 % tenían entre 18 y 20 años; el 24.3 % entre 21 y 23 años; el 20.3 % entre 24 y 26 años; 22.7 % tenía 27 o más años. El 47.9% de ellos eran hombres y el 52,1% mujeres. El 40.5 % de los participantes eran estudiantes, el 32.0 % tenían empleo, el 13.4 % estudiaban durante la semana y trabajaban los fines de semana y el 13.0% estaban desempleados y el 1.1% ns/nc. 395 procedían de la capital de provincia y 2376 de 40 pueblos, muestreados por conglomerados formados por las 7 mancomunidades de municipios.

#### ***5.1.2. Instrumentos***

El cuestionario utilizado fue una adaptación del empleado en otros estudios de investigación sobre la población universitaria en Andalucía y algunas agencias nacionales de recopilación de datos (Ruiz-Olivares et al. 2010; Lucena et al. 2010; 2013; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2015,2013), cuyo principal objetivo es explorar los patrones de consumo de sustancias (alcohol, cannabis, cocaína y drogas sintéticas) en relación con variables como la edad, sexo, estudios universitarios, antecedentes familiares, etc. El cuestionario incluía varios bloques de preguntas: datos sociodemográficos, patrones de consumo, percepción del riesgo y adicciones sin sustancia. Las preguntas sobre los patrones de consumo se dividieron para tratar cada una de las drogas específicas por separado (alcohol, cannabis, cocaína y drogas sintéticas) y tenían cuatro opciones de respuesta: nunca las he

consumido, en algún momento de mi vida las he usado, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días. En cuanto a su percepción de los riesgos asociados al consumo de las diferentes sustancias, los participantes tuvieron que evaluar varios riesgos como: a) la posibilidad de sufrir un accidente de tráfico; b) padecer graves problemas psicológicos o físicos; c) experimentar dificultades en las relaciones interpersonales; d) tener problemas de tipo jurídico (detenciones, confiscar su documento de identidad, ser multado, etc.) y e) padecer problemas de salud física o psíquica irreversibles. Se utilizó una escala del tipo Likert de 1-5, donde 1 representaba un riesgo percibido bajo ("nunca causa problemas") y cinco representaba el riesgo percibido más alto ("siempre causa problemas"). El coeficiente alfa del Cronbach para el bloque de percepción de riesgo fue = 0.967, clasificado como excelente por George y Mallery (2003, p. 231). Para el bloque de patrones de consumo y para adicciones sin sustancia, el coeficiente alfa fue respectivamente 0.777 y 0.836.

### ***5.1.3. Diseño***

El estudio se llevó a cabo utilizando un diseño prospectivo y transversal ex post facto. Para predeterminar el tamaño de la muestra, primero utilizamos el paquete estadístico EpiInfo 2000 para realizar una simulación. Esto indicaba que para obtener una frecuencia esperada del 1 % y un margen de error de 0.01 necesitábamos un grupo de, al menos, 1900 participantes. Se formó una muestra proporcional al agrupar los participantes por mancomunidades de municipios de la provincia de Córdoba.

### ***5.1.4. Procedimiento***

Los datos se recogieron con la colaboración de profesores de la Universidad de Córdoba y coordinadores del programa Ciudades ante las drogas, que administraron el cuestionario a los miembros de la

población juvenil de su localidad o pueblo seleccionados al azar entre los asistentes a cursos de formación, obras, gimnasios y centros sociales. El personal que realizaba la encuesta había sido previamente formado para poder dar a los participantes instrucciones completas y claras. La sección de instrucciones del cuestionario indicaba que se trataba de un estudio sobre el consumo de diversas sustancias y ciertos comportamientos por parte de los jóvenes, y que el objetivo era identificar medidas preventivas y correctivas para hacer frente a los posibles problemas derivados de dicho comportamiento. Las instrucciones también destacaron la importancia de participar en el estudio y declararon que los datos serían procesados estadísticamente de manera que se garantizara el anonimato total.

#### ***5.1.5. Análisis estadísticos***

La información proporcionada por los cuestionarios se utilizó para crear una base de datos con el programa estadístico SPSS 20.0. Se hicieron diversas tablas de contingencia para relacionar el consumo de sustancias con variables como si era o no estudiante universitario y variables sociodemográficas como sexo, edad y empleo. Calculamos el coeficiente de correlación de Pearson para medir la relación entre consumo y percepción de riesgo y luego realizamos pruebas T y ANOVA para explorar las diferencias entre usuarios y no consumidores de drogas y entre sexos. Posteriormente, realizamos una repetición de medidas dentro de los participantes de ANOVA para averiguar si la percepción del riesgo variaba entre los diferentes fármacos.

En segundo lugar (en relación a los objetivos 1.1, 1.2 y 1.3), se levó a cabo un análisis de conglomerados o clúster para agrupar a los participantes según sus similitudes en diferentes dimensiones de la percepción de riesgo asociada al cannabis. Las personas en cada uno de los grupos creados eran así lo más parecidas posible, en términos de esas dimensiones, y al mismo tiempo diferentes a los miembros de los

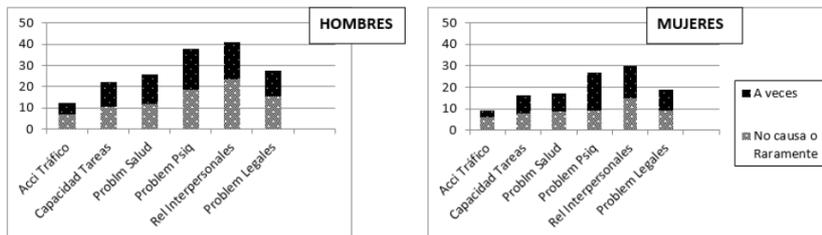
otros grupos. El mejor clúster es aquel que minimiza las distancias entre los miembros del mismo grupo en las dimensiones elegidas y maximiza las distancias entre los centros de los diferentes grupos.

Pueden distinguirse dos estrategias principales de análisis de clúster: la agrupación jerárquica y el método de k-medias. La agrupación jerárquica se utiliza cuando no se conoce el número ideal de grupos, ya que proporciona diferentes alternativas de agrupación. Este método agrupa a los participantes más cercanos y los grupos resultantes se unen gradualmente entre sí. Las soluciones obtenidas con este método no son perfectas, porque los participantes agrupados al principio permanecen juntos hasta el final. El método k-medias permite encontrar soluciones más adecuadas, aunque para ello se debe indicar al programa el número de grupos en que se dividirá la muestra. Los centros de grupo iniciales (media de puntuaciones de cada grupo) son elegidos por el investigador o seleccionados por el programa como los puntos más externos. A partir de ahí, los elementos más cercanos a cada centro se agrupan. Luego se elige un nuevo centro dentro de cada clúster como el más adecuado para ese subgrupo en particular, y este centro se convierte en el centro alrededor del cual los elementos más cercanos pasan por un nuevo proceso de clustering. Este proceso continúa hasta que no exista ninguna diferencia entre los centros seleccionados en pasos consecutivos. Para utilizar el método k-medias en nuestro estudio, se ha optado por una división en 3 grupos por la reducción lógica de la escala lickert utilizada de 1 a 5 para evaluar la percepción de riesgo (1:"nunca causa problemas" y 5:"siempre causa problemas"). Y, como acabamos de ver, el método k-medias es el método que produce los mejores resultados si se conoce el número de grupos a utilizar (Ferrán-Aranaz, 2001).

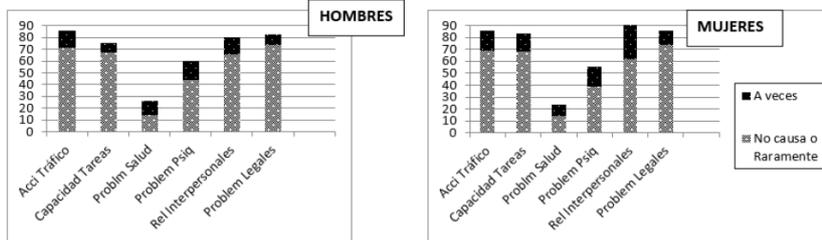
**5.2. Resultados**

El primer sub-objetivo de este estudio era caracterizar la percepción del riesgo ante nueve sustancias entre jóvenes de 18 a 29 años y estudiar si existen diferencias en función del sexo. En las figuras 1, 2 y 3, se han representado los resultados obtenidos. Como el riesgo de cada sustancia y dimensión se valoraba en una escala tipo Likert de 5 puntos, para facilitar la comprensión los datos, las respuestas 1 (No causa problemas) y 2 (Raramente causa problemas) se han agrupado, así como las de 4 (bastantes problemas) y 5 (siempre causa problemas). En la figura 1 aparecen representados los porcentajes dentro de una misma barra, y dado que la suma siempre es 100%, para enfatizar las diferencias se ha omitido la parte correspondiente a la alta percepción de riesgo (respuestas 4 y 5), de forma que a dicha opción corresponde la altura que queda hasta completar el 100%.

**ALCOHOL: PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE CAUSAR PROBLEMAS**



**TABACO: PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE CAUSAR PROBLEMAS**



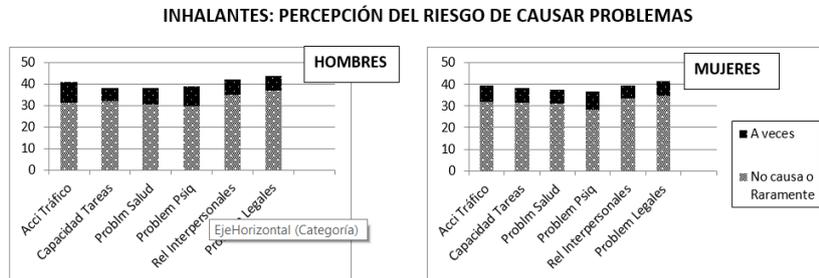


Figura 1: Percepción del riesgo de causar problemas de alcohol, tabaco e inhalantes en hombres y mujeres.

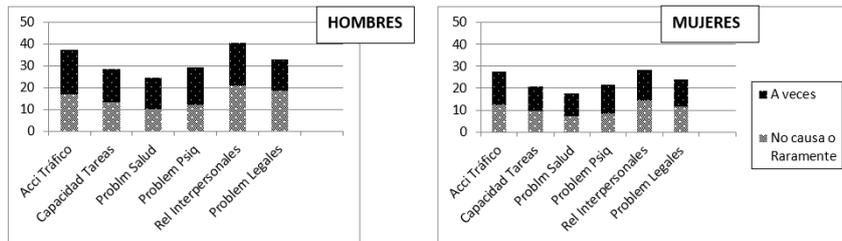
En la figura 1 se ha representado el perfil de riesgos para hombres (izquierda) y mujeres (derecha) en las tres drogas legales estudiadas: alcohol, tabaco y los inhalantes. En ellas se puede observar cómo el alcohol es percibido como más peligroso para la conducción (87,5% consideran que siempre o casi siempre causa problemas) que para el resto de las dimensiones medidas como la capacidad para hacer tareas, problemas psíquicos, etc. (el ANOVA arrojó diferencias significativas en todos los casos confirmando que la percepción de cada dimensión era significativamente diferente de las demás [ $p=0.000$ ]). Las mujeres perciben un riesgo mayor que los hombres ( $p= 0.000$  en todos los casos).

En el caso del tabaco, la percepción de riesgo mayor corresponde a la dimensión de la salud física, y en parte a la de problemas psíquicos, siendo los demás percibidos como poco relevantes. Sólo aparecen diferencias significativas entre mujeres y hombres en problemas de salud ( $p= 0.023$ ) y en problemas psíquicos ( $p= 0.013$ ), siendo para las mujeres ligeramente superior.

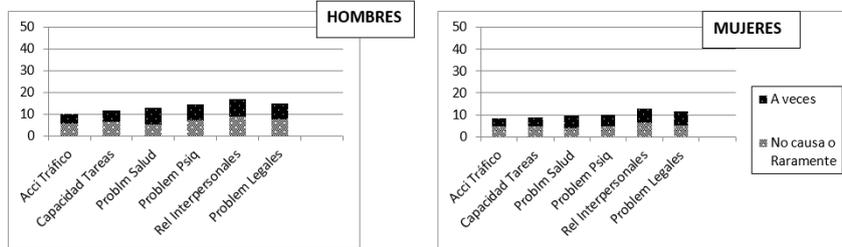
En la parte baja de la gráfica aparecen los datos correspondientes a los inhalantes. Se trata de una droga poco conocida y no aparecen diferencias significativas entre sexos estando en torno al 60% los y las que la consideran peligrosa.

En la figura 2 se han representado el cannabis, los alucinógenos y la heroína. Con respecto al cannabis, el porcentaje de percepciones que no consideran peligrosas su consumo oscila entre el 25% y el 40% para los hombres y el 18% y 28% para las mujeres, siendo por tanto el riesgo percibido de las mujeres superior al de los hombres en todas las dimensiones ( $p=0.000$  en todos los casos). El mayor riesgo percibido es para la salud y el menor para las relaciones interpersonales y los accidentes de tráfico (hay diferencias entre todas las dimensiones  $p=0.000$ ).

**CANNABIS: PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE CAUSAR PROBLEMAS**



**ALUCINÓGENOS: PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE CAUSAR PROBLEMAS**



**HEROÍNA: PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE CAUSAR PROBLEMAS**

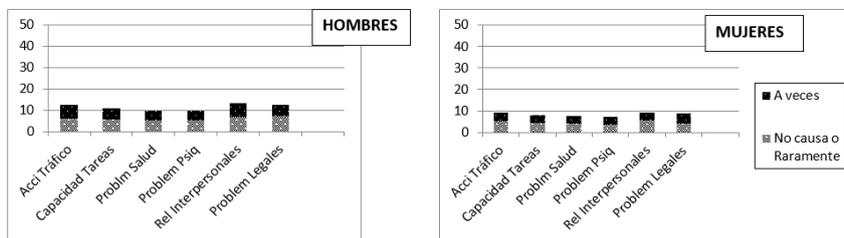
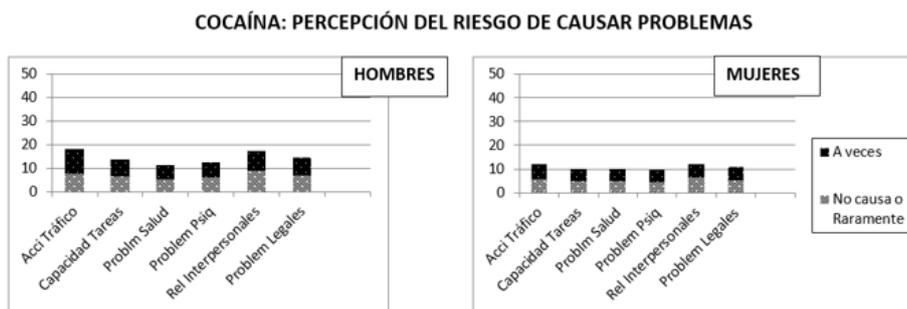


Figura 2: Percepción del riesgo de causar problemas de cannabis alucinógenos y heroína en hombres y mujeres.

En el caso de los alucinógenos y de la heroína el porcentaje de personas que las perciben como peligrosas oscila en torno al 90% en todas las dimensiones, siendo superior en el caso de las mujeres frente a los hombres (los valores de p oscilan entre 0.002 y 0.01 en el caso de los alucinógenos y entre 0.002 y 0.009 en el caso de la heroína).

Por último, en la figura 3 se han representado los resultados de la cocaína, anfetaminas y las drogas de diseño. En la parte de arriba se representan los resultados relativos a la percepción del riesgo de la cocaína. El peligro que se percibe mayor es para la salud física, donde no existen diferencias entre ambos sexos ( $p=0.065$ ), aunque sí en las restantes dimensiones ( $p$  entre 0.000 y 0.005). En torno al 90% de las mujeres perciben que a menudo o siempre causa problemas en las 6 dimensiones, mientras que en el caso de los hombres ese porcentaje oscila entre 81.8% para los accidentes de tráfico y el 88.6% de los problemas de salud.



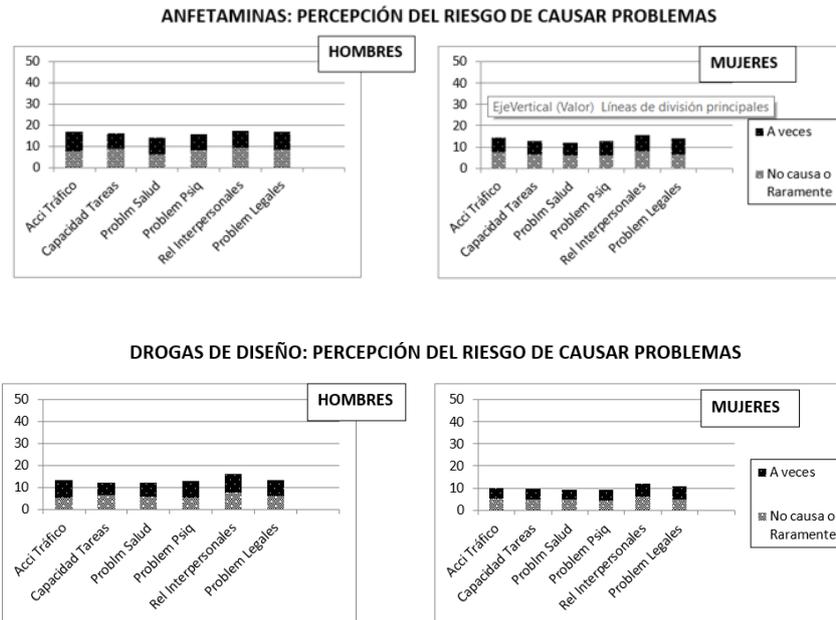


Figura 3: Percepción del riesgo de causar problemas de cocaína, anfetaminas y drogas de diseño en hombres y mujeres.

Las anfetaminas reciben una calificación parecida por parte de los participantes en el estudio. El mayor peligro percibido es para la salud (85.5% de los hombres y el 87.9 de las mujeres) donde no hay diferencias significativas entre ambos sexos ( $p=0.105$ ) ni para los accidentes de tráfico ( $p=0.061$ ) y sí para las restantes dimensiones ( $p$  entre 0.001 y 0.039). El mayor riesgo se percibe en los problemas legales y accidentes de tráfico para los hombres (82.9%) y las relaciones interpersonales para las mujeres (84.4%).

Por último, las drogas de diseño presentan un perfil parecido, pero es ligeramente más alto el porcentaje de jóvenes que las perciben como peligrosas, aunque también vuelve a ser mayor la puntuación otorgada por las mujeres y el porcentaje que la califica como peligrosa (valores de  $p$  que oscilan entre 0.000 y 0.009).

Por otro lado, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre la percepción del riesgo de accidentes y las diferentes variables de consumo. En todos los casos hubo un aumento significativo de correlación lineal negativa entre la percepción del riesgo asociada a cada fármaco y el consumo de dicha sustancia ( $p = 0,000$ ). Cuanto mayor sea el nivel de consumo, menor será el nivel de la percepción del riesgo.

El segundo subobjetivo de este estudio era investigar la relación entre el consumo de sustancias adictivas (alcohol, cannabis/hachís, cocaína y drogas sintéticas) y la percepción del riesgo de accidente de tráfico entre los jóvenes españoles, examinando también las diferencias relacionadas con el sexo. La figura 4 muestra el riesgo percibido de accidentes de tráfico por porcentaje de consumidores y no consumidores respectivamente.

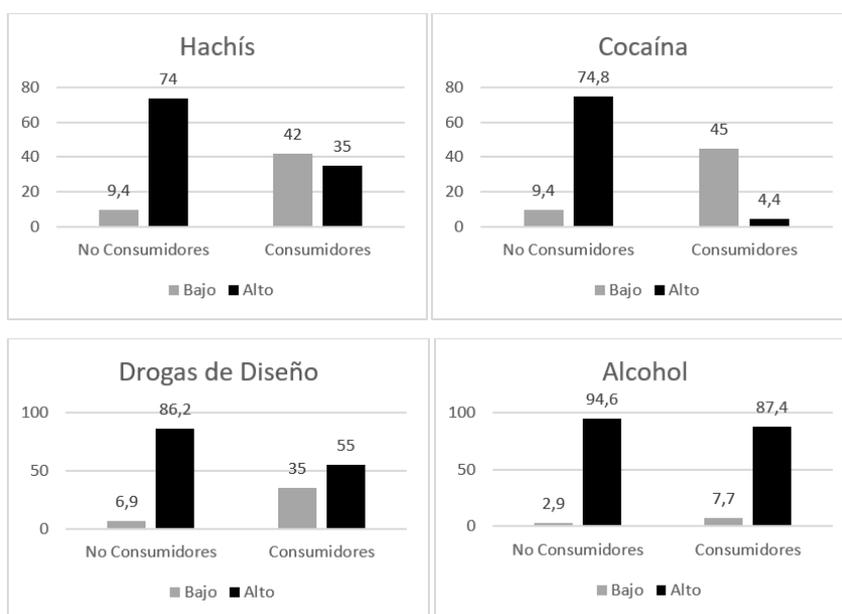


Figura 4: Riesgo percibido de accidentes de tráfico por porcentaje de consumidores y no consumidores

Como puede verse en el cuadrante superior izquierdo de la figura, en el caso, por ejemplo, del hachís hay una marcada diferencia entre las personas que nunca han consumido hachís y los que sí lo han hecho. Sólo el 9,4 % de los primeros afirmaron que el consumo de hachís "no causa problemas a la conducción" o raramente causa problemas, mientras que el 74,8 % de los encuestados consideraban que "causa problemas con bastante frecuencia" o "siempre causa problemas". Por otro lado, entre los consumidores habituales de hachís, el 41,5 % pensaba que la droga no causaba problemas y el 35% pensó que sí. Es decir, casi la mitad de los usuarios de hachís creen que el consumo de la droga no representa un peligro para conducir.

Estos resultados son estadísticamente significativos. Se realizaron análisis de varianza utilizando el riesgo la percepción como VD y el consumo de las sustancias respectivas como factores. En todos los casos se obtuvieron diferencias significativas. La Tabla 1 muestra los valores de F para los respectivos ANOVA.

*Tabla 1: Resultados ANOVA varias de Hachís, Drogas sintéticas, Cocaína y alcohol.*

	<b>N</b>	<b>F</b>	<b>g.l.</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>
<b>Cannabis</b>	2993	85,331	3	0,000
<b>Sintéticas</b>	2012	6621	3	0,000
<b>Cocaína</b>	2986	46,860	3	0,000
<b>Alcohol</b>	3199	9866	3	0,000

*Tabla 2: Media de riesgo percibido de accidentes de tráfico en función del consumo.*

	<b>Alcohol</b>	<b>Cannabis</b>	<b>Cocaína</b>	<b>Sintéticas</b>
<b>Nunca</b>				
Media	4,75	4,16	4,53	4,48
N	410	1636	2651	1802
Desviación típica	0,664	1,08	0,90	1,01

<b>Una vez en la vida</b>				
Media	4,65	3,97	3,94	4,31
N	815	897	257	161
Desviación típica	0,875	1,17	1,28	1,11
<b>Últimos 12 meses</b>				
Media	4,42	3,76	3,94	4,31
N	255	188	35	29
Desviación típica	1,26	1,25	1,25	1,03
<b>Últimos 30 días</b>				
Media	4,51	2,97	3,55	3,60
N	1719	272	43	20
Desviación típica	1,08	1,39	1,25	1,53
<b>Total</b>				
Media	4,57	3,97	4,45	4,45
N	3199	2993	2986	2012
Desviación típica	1,01	1,19	0,97	1,03

Para analizar diferencias entre grupos de consumidores, las correspondientes comparaciones no planeadas se llevaron a cabo en cada ANOVA utilizando la prueba T3 de Dunnet, ya que todas las pruebas de Levene ( $<0,05$ ), mostraron diferencias significativas. Los resultados confirmaron lo afirmado anteriormente: cuanto mayor es el consumo, menor es la percepción del riesgo. En el caso del alcohol, la percepción del riesgo es mayor que en el caso de otras drogas, mientras que en el del hachís es el más bajo (véase tabla 2). Se llevó a cabo un ANOVA intraparticipantes (medidas repetidas), mostrando diferencias significativas ( $F = 739$ ;  $p = 0,000$ ).

Respecto a la variable sexo, se encontró una percepción de riesgo significativamente mayor en mujeres, para cada una de las drogas estudiadas (Hachís  $t_{(1,2886)} = -6044$ ,  $p = 0,000$ ; Sintético:  $t_{(1,2928)} = -3169$ ,  $p = 0,002$ ; Cocaína:  $t_{(1,2840)} = -5141$ ,  $p = 0,000$ ; Alcohol  $t_{(1,3091)} = 0,000$

-3104,  $p = 0.002$ ). El consumo de todos los fármacos estudiados fue mayor entre los hombres que entre las mujeres ( $p = 0,000$  en todos los casos).

El objetivo 1.3 era conocer si existen patrones perceptivos específicos del riesgo asociado al consumo de cannabis y en qué medida sirven para predecir el consumo de dicha sustancia, por lo que se ha explorado la agrupación de las respuestas de percepción de riesgo de la muestra. Para ello, en primer lugar, se hizo un análisis de conglomerados o clústeres con la cantidad total de respuestas sobre las seis dimensiones (accidente de tráfico; padecer graves problemas psicológicos o físicos; experimentar dificultades en las relaciones interpersonales; tener problemas de tipo jurídico -detenciones, confiscar su documento de identidad, ser multado, etc.-, y padecer problemas de salud física o psíquica irreversibles) de las ocho drogas evaluadas: alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, drogas de diseño, anfetamina, heroína y alucinógenos. En la tabla 3 se muestran los rangos de las puntuaciones para los 3 conglomerados (en la tabla 4 se proporciona la tabla completa de los resultados del análisis de k-medias para 3 grupos, y en la tabla 5 el porcentaje de casos en cada conglomerado). Las más altas, cerca de 5, representan la respuesta de "siempre causa problemas" y que podemos llamar perceptores "estrictos". A pesar de que las puntuaciones son en su mayoría altas, esto no representa una tendencia de respuesta porque, en el caso del tabaco, las puntuaciones son bajas (entre 2.01 y 2.77), excepto para el riesgo para la salud (4.51), que es percibido por los participantes como "muy problemático", como ocurre para el resto de drogas (4.59-4.97). Este clúster representa el 51.56% de la muestra. El segundo grupo se ha denominado "laxo" porque las puntuaciones son de 3 o menos ("a veces", "rara vez" causa problemas), lo que indica un enfoque laxo de la percepción del riesgo. Representa el 18.26% de la muestra. Y el tercer grupo se caracteriza por puntuaciones superiores a 4 en drogas ilegales

excepto en el cannabis, que se sitúan cerca de 3 y se ha denominado "*consciente permisivo*". Este clúster incluye un 30.18% de la muestra.

*Tabla 3: Rangos de los valores medios de la percepción de los diferentes riesgos (para la salud, para la conducción, etc.) para los tres conglomerados de Estilo Perceptivo*

	Estricto	Permisivo	Laxo
Alcohol	4.73 – 4.88	3.39 – 4.55	2.98 – 3.43
Tabaco	2.01 – 4.51	1.33 – 4.19	1.98 – 3.05
Cannabis	4.59 – 4.91	2.99 – 4.02	2.47 – 2.82
Cocaína	4.87 – 4.96	4.16 – 4.60	2.77 – 3.08
Drogas de Diseño	4.93 – 4.96	4.40 – 4.62	2.86 – 3.18
Anfetaminas	4.92 – 4.96	4.35 – 4.61	2.76 – 3.04
Alucinógenos	4.94 – 4.96	4.23 – 4.57	2.73 – 3.25
Heroína	4.92 – 4.97	4.46 – 4.71	2.81 – 3.21

Tabla 4: Centros de los conglomerados para la percepción de drogas en general.

	Conglomerado		
	Laxo	Conscient e-Permisv	Estricto
Alcohol: accidentes de tráfico	3,43	4,55	4,88
Alcohol: problemas psíquicos	2,98	3,39	4,40
Alcohol: problemas relaciones interpers.	2,86	3,40	4,47
Alcohol: problemas legales	3,05	3,99	4,69
Alcohol: problemas capacidad tareas	3,01	4,07	4,73
Alcohol: problemas de salud	3,08	4,21	4,76
Tabaco: accidentes de tráfico	1,98	1,41	2,01
Tabaco: problemas psíquicos	2,26	1,88	2,77
Tabaco: problemas relaciones interpers.	2,19	1,45	2,28
Tabaco: problemas legales	2,21	1,33	2,06
Tabaco: problemas capacidad realizar tareas	2,15	1,53	2,32
Tabaco: problemas de salud	3,05	4,19	4,51
Cannabis: accidentes de tráfico	2,70	3,19	4,59
Cannabis: problemas psíquicos	2,82	3,48	4,80
Cannabis: problemas relaciones interpers.	2,47	2,99	4,69
Cannabis: problemas legales	2,59	3,41	4,79
Cannabis: problem. capacidad realizar tareas	2,64	3,58	4,83
Cannabis: problemas de salud	2,77	4,02	4,91
Cocaína: accidentes de tráfico	3,08	4,16	4,87
Cocaína: problemas psíquicos	3,06	4,34	4,94
Cocaína: problemas relaciones interpers.	2,77	4,30	4,94
Cocaína: problemas legales	2,94	4,42	4,94
Cocaína: problemas capacidad realizar tareas	3,00	4,41	4,95
Cocaína: problemas de salud	2,97	4,60	4,96
Drogas de diseño: accidentes de tráfico	3,11	4,47	4,93
Drogas de diseño: problemas psíquicos	3,18	4,50	4,95
Drogas de diseño: probl. relaciones interpers.	2,86	4,40	4,94

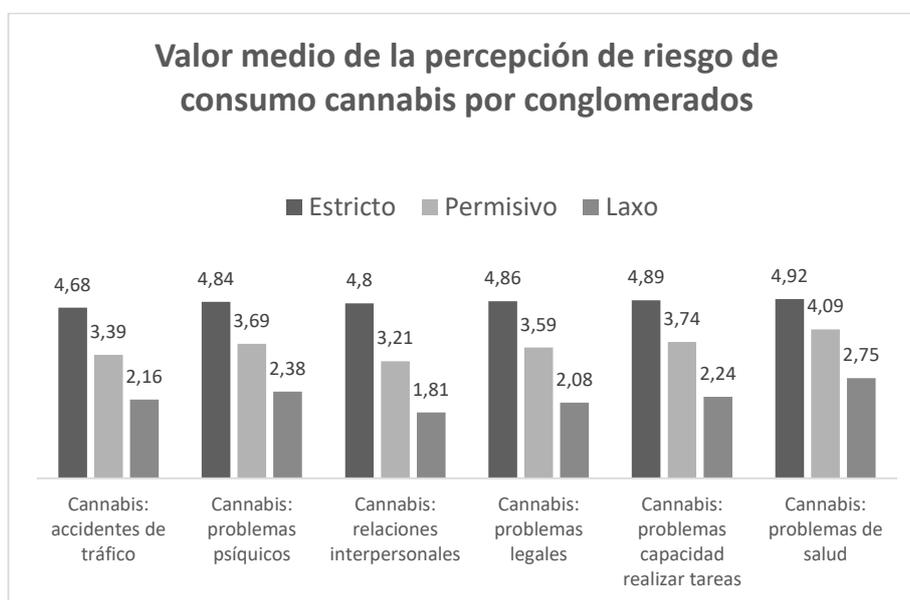
Drogas diseño: problemas legales	3,00	4,52	4,96
Drogas de diseño: probl. cap. realizar tareas	3,03	4,53	4,96
Drogas diseño problemas de salud	2,96	4,62	4,96
Anfetaminas: accidentes de tráfico	3,04	4,38	4,92
Anfetaminas: problemas psíquicos	3,04	4,46	4,95
Anfetaminas: problemas relaciones interpers.	2,76	4,35	4,95
Anfetaminas: problemas legales	2,87	4,47	4,96
Anfetaminas: probl. capacidad realizar tareas	2,92	4,50	4,96
Anfetaminas: problemas de salud	2,97	4,61	4,96
Alucinógenos: accidentes de tráfico	3,25	4,55	4,94
Alucinógenos: problemas psíquicos	3,01	4,44	4,96
Alucinógenos: probl. relaciones interpers.	2,73	4,23	4,94
Alucinógenos: problemas legales	2,79	4,43	4,95
Alucinógenos: probl capacidad realizar tareas	2,90	4,57	4,96
Alucinógenos: problemas de salud	3,05	4,56	4,96
Heroína: accidentes de tráfico	3,07	4,46	4,92
Heroína: problemas psíquicos	3,21	4,55	4,97
Heroína: problemas relaciones interpers.	2,81	4,52	4,96
Heroína: problemas legales	2,89	4,56	4,97
Heroína: problemas capacidad realizar tareas	3,02	4,61	4,96
Heroína: problemas salud	3,11	4,71	4,96

*Tabla 5: Porcentaje de casos en cada conglomerado*

Conglomerado	Estricto	51,56%
	Laxo	18,25%
	Permisivo	30,18%

La figura 5 muestra las medias de percepción de riesgo del cannabis para los tres grupos de estilo perceptivo resultantes del análisis de conglomerados, donde la distribución es muy similar a toda

percepción general de drogas (anexo 1). El grupo “estricto” muestra percepciones cercanas a 5 (entre 4.68 y 4.92) y representa el 51.36% de la muestra. El “laxo” es menor, más cercano a 2 (entre 1.81 y 2.75) y representa el 16.47%. Por último, el “consciente-permisivo” oscila entre 3.21 y 4.09, representando el 32.16% de la muestra. El ANOVA mostró diferencias significativas entre los clústeres para todas las medidas de percepción del riesgo (todas  $<0.001$ ).



*Figura 5: Valor medio de la percepción de riesgo de consumo de cannabis por conglomerados (estilos perceptivos)*

Para explorar la relación entre percepción de riesgo y consumo de cannabis, se calculó la *Odds Ratio* (OR) entre los clústeres “estricto” y “laxo” sobre consumo de cannabis. Este resultado fue de 14.31, lo que significa que el consumo de cannabis en los últimos 30 días fue 14.31 veces más frecuente entre los jóvenes de clúster con una percepción laxa del riesgo de cannabis que entre los jóvenes de clúster con

percepción más estricta. La OR entre el clúster consciente-permisivo y el laxo fue de 2,75. Finalmente, la OR entre el clúster consciente-permisivo y el estricto fue 5,20. En la figura 6 se representa la distribución del consumo de cannabis por conglomerados (estilos perceptivos).

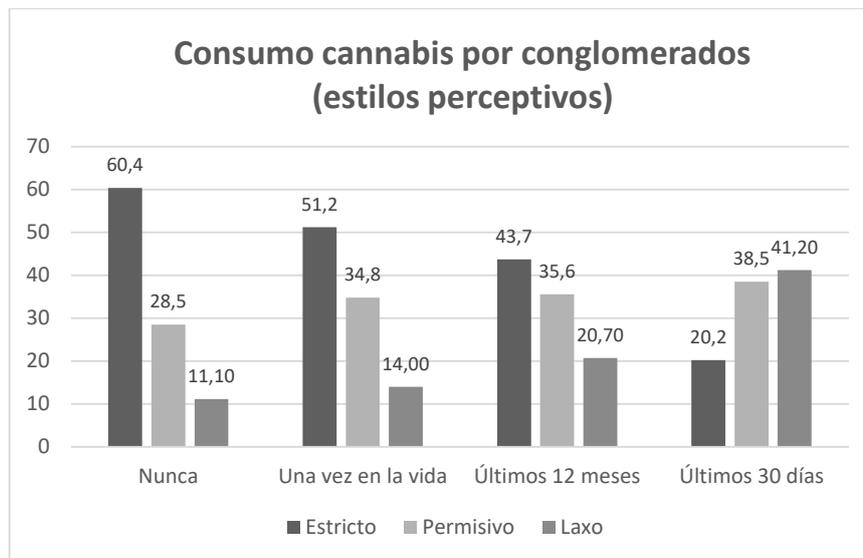


Figura 6: Consumo de cannabis por conglomerados (estilos perceptivos)

Para ver si existían diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al estilo perceptivo realizamos la prueba Chi cuadrado (Figura 7). Los resultados nos muestran que, en el grupo laxo, existe una mayor proporción de hombres que de mujeres (12,3% vs 9,3%), el grupo permisivo está compuesto también por más hombres que mujeres (19,8% vs 29,7%) y el grupo estricto está compuesto por más mujeres que hombres (61% vs 47,9%), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2=30,130$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,000$ ).

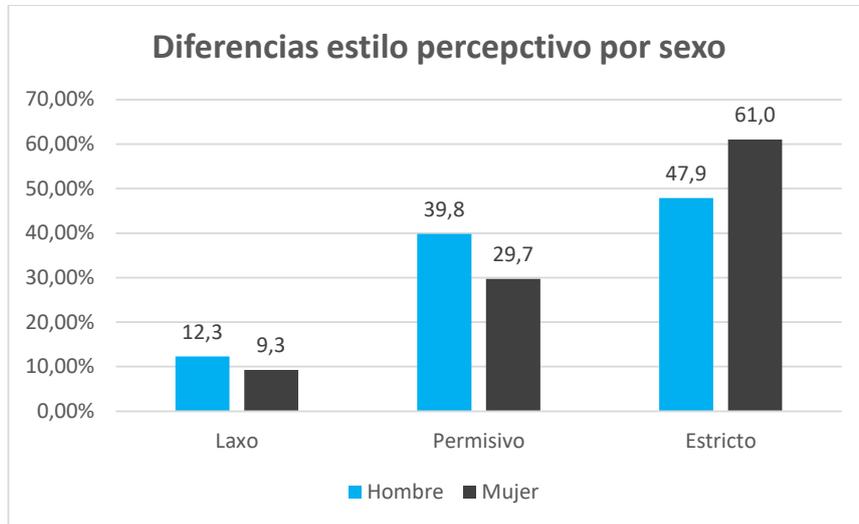


Figura 7: Diferencias de estilo perceptivo general por sexo.

También quisimos comprobar si había diferencias significativas de estilo perceptivo entre hombres y mujeres respecto al Cannabis, para ello realizamos la prueba Chi cuadrado (Figura 8). Pudimos comprobar como efectivamente existían diferencias significativas: Respecto al estilo perceptivo laxo, observamos que es mayor la proporción de hombres que de mujeres (18,30% vs 12,60%), en cuanto al estilo permisivo, el porcentaje de hombres es de nuevo mayor que el de mujeres (34,10% vs 29,10%) y, por último, el grupo que agrupa a los participantes que tienen un estilo perceptivo permisivo respecto al cannabis está compuesto por más mujeres que hombres (58,20% vs 47,60%). ( $\chi^2=22,679$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,000$ )

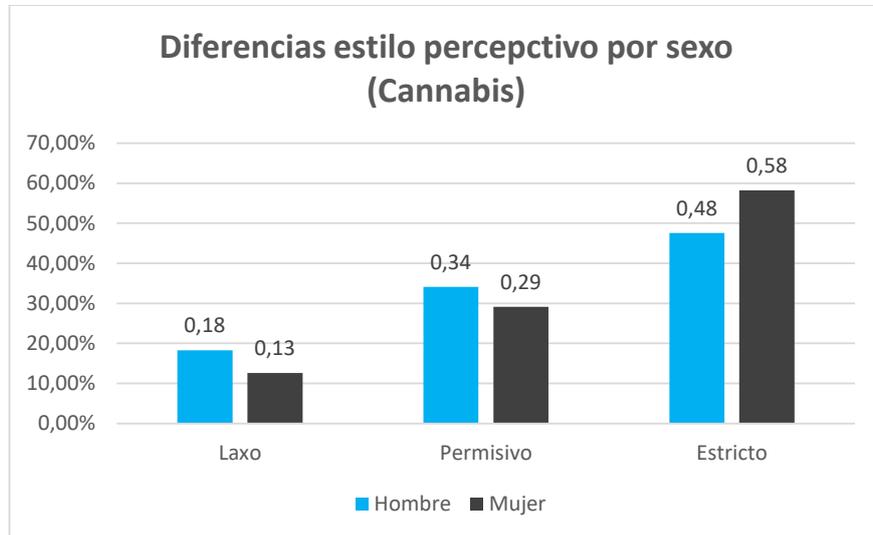


Figura 8: Diferencias de estilo perceptivo respecto al cannabis por sexo.

El sub-objetivo 1.3 del estudio era tratar de predecir el consumo de cannabis a partir de la percepción de riesgo. Para ello, se llevó a cabo un análisis de regresión logística, esta vez tomando como variable independiente la pertenencia al grupo prototipo de percepción (Estricto, Consciente-permisivo, Laxo) y como variable dependiente el consumo de cannabis dicotomizado (no consumo-consumo en los últimos 30 días). Este método permitió predecir el riesgo de consumo de cannabis a partir de la pertenencia del sujeto a un grupo específico de perfiles de percepción. Esta variable predijo (estilo perceptivo) por sí sola correctamente el 80.4% de los participantes (90.2% de los no consumidores y 41.5% de los consumidores). A continuación, se realizó un segundo análisis de regresión logística, en el que se incluyeron otras variables del estudio (Clúster percepción Hachís, Clúster Percepción General de las drogas, Sexo, Estudiante universitario o no, Edad de inicio de consumo combinados, Edad de inicio de consumo de cerveza, Consumo de alcohol). El resultado fue que en el paso 4º, con las

variables, perfil perceptivo (clúster) más consumo de tabaco, consumo de alcohol y la edad de inicio del consumo de combinados alcohólicos, predecía correctamente el 86,8% del consumo de cannabis (93,5% de los no consumidores y 59.6% de los consumidores). En la tabla 6 se muestra el resumen del modelo.

*Tabla 6: Modelo de regresión logística para la predicción del consumo de cannabis*

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Clúster cannabis	-1,620	,301	28,903	1	,000	,198	,110	,357
Edad inicio consumo de combinados	-1,370	,320	18,325	1	,000	,254	,136	,476
Consumo tabaco	,756	,197	14,687	1	,000	2,129	1,447	3,133
Consumo de alcohol	,957	,317	9,120	1	,003	2,603	1,399	4,844
Edad inicio consumo de cannabis	3,247	,279	135,281	1	,000	25,719	14,880	44,452
Constante	-2,348	,996	5,555	1	,018	,096		

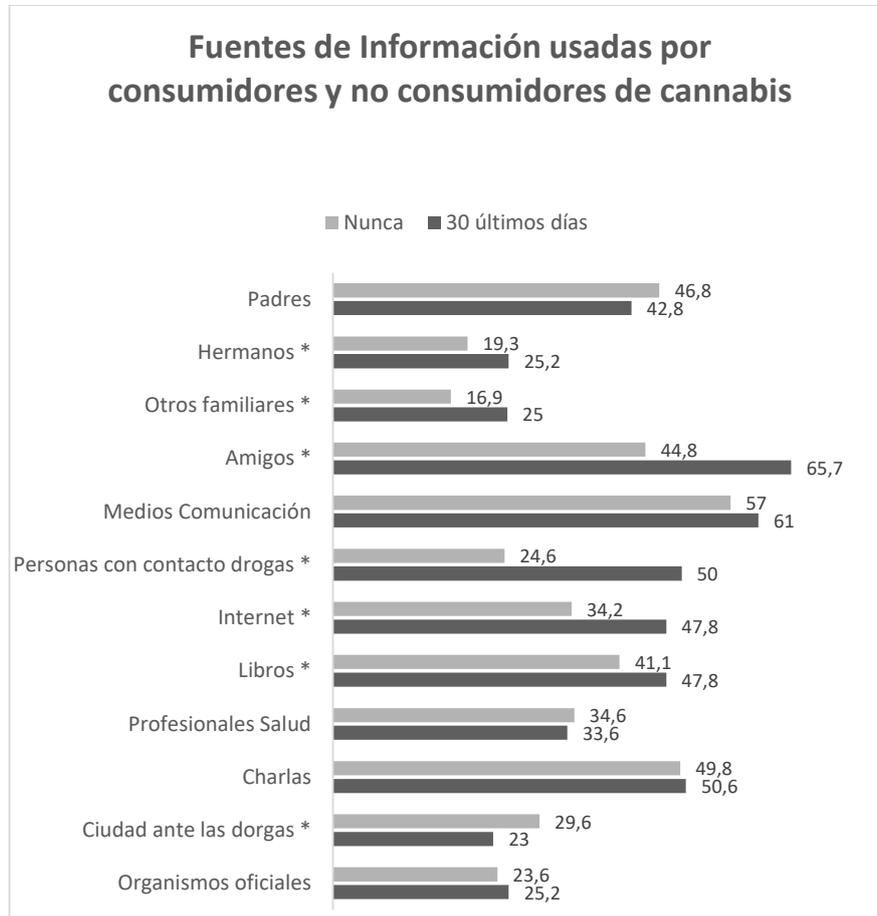
A continuación, se realizó un nuevo análisis de regresión logística, introduciendo en el análisis la edad de inicio del consumo de cannabis. En este caso la capacidad predictiva del modelo subió al 97.6% (98.5% de los no consumidores y el 94.6 de los consumidores). Reflejando, además, que el 67.4% de los consumidores actuales comenzaron a consumir antes de los 18 años.

Por último, dada la relación entre los fenómenos perceptivos y las fuentes de información sobre drogas usadas por los jóvenes y, en orden a obtener información relevante para planificar acciones preventivas, se exploró la relación entre las principales fuentes de información sobre drogas usadas por los jóvenes y el estilo perceptivo, así como con el consumo (objetivo 3.3).

En la figura 9 se muestran las fuentes de información en función del estilo perceptivo. Lo más destacable es la poca frecuencia con la que se usan medios oficiales y profesionales de la salud para obtener información, mientras que los medios de comunicación son los más frecuentemente usados. Sin embargo, llama la atención la diferencia entre el grupo laxo y el estricto en cuanto al uso de la información proveniente de amigos y personas con contacto con las drogas, siendo más frecuentemente usadas por el grupo laxo (que está relacionado con unos consumos más altos). Sin embargo, los padres sirven de fuente de información con más frecuencia a los del grupo estricto.



Figura 9: Fuentes de información en función del estilo perceptivo (Estricto, Permisivo y Laxo). (Con \* los estadísticamente significativos)



*Figura 10: Fuente de información usadas por consumidores y no consumidores en los últimos 30 días. (con \* los estadísticamente significativos)*

En la figura 10 se muestra el uso de las fuentes de información en función del consumo. Lo más destacable vuelve a confirmar lo expresado más arriba: es la considerable diferencia entre consumidores y no consumidores en el uso de ciertas fuentes de información como los amigos, personas que han tenido contacto con las drogas, o internet, que son usadas significativamente más por los consumidores que por los no consumidores.

### 5.3. Discusión

Teniendo en cuenta que este estudio se proponía caracterizar la percepción del riesgo ante 9 sustancias, entre jóvenes de 18 a 29 años, y estudiar si existen diferencias en función del sexo, podemos afirmar que hemos avanzado en el conocimiento que tenemos sobre cómo perciben los jóvenes estas sustancias respecto a lo que conocíamos por las encuestas nacionales, en las que el riesgo de cada sustancia se valoró de manera global. En nuestro estudio hemos medido 6 dimensiones de cada sustancia, poniéndose de manifiesto que existe una clara discriminación en la percepción de los efectos en función del tipo de sustancia y el tipo de peligro. Así, en el caso del alcohol el mayor riesgo percibido es sobre los accidentes de tráfico, seguido por la capacidad para realizar tareas y los problemas de salud y legales. Sin embargo, para las relaciones interpersonales y problemas psíquicos, en el caso de los hombres, el porcentaje de los que perciben poco o ningún peligro supera el 33%. Esto refleja un patrón que en cierta medida coincide con el énfasis que la sociedad ha puesto en destacar sus consecuencias en los accidentes de tráfico y probablemente la propia experiencia de disminuir la capacidad de realizar tareas cuando se ingiere alcohol. Sin embargo, resulta preocupante que un 10% de las mujeres y casi un 20% de los hombres, piensen que el alcohol no causa o pocas veces causa problemas psíquicos. Esto resulta especialmente relevante cuando los estudios ponen de manifiesto un aumento del consumo masivo (*binge drinking*) entre los jóvenes, cuyas principales consecuencias a largo plazo pueden manifestarse en esta dimensión. Por tanto, resultaría aconsejable aumentar el énfasis de las campañas publicitarias en estos aspectos.

En contraste, el tabaco presenta un patrón caracterizado por la percepción del peligro que implica para la salud (el 75% lo perciben como peligroso) seguido por los problemas psíquicos (menos del 50%),

probablemente reflejando la conciencia de una parte de la juventud acerca de los problemas que genera la adicción al tabaco y los síntomas relacionados con su abstinencia como la ansiedad.

Llama la atención también el patrón perceptivo de la tercera sustancia legal estudiada, los inhalantes, con sólo aproximadamente un 60% de los jóvenes que la consideran causante de problemas, lo que, probablemente, refleja el desconocimiento que hay entre la juventud sobre ella, dado el escaso uso de la misma en nuestro país.

Con respecto a la droga ilegal más consumida, el cannabis, el patrón perceptivo indica una tolerancia social hacia esta droga, porque el porcentaje de asignaciones como que no causa o raras veces causa problemas dobla y triplica los porcentajes de las restantes sustancias ilegales, que se hace especialmente evidente si se suman las respuestas neutras (a veces causan problemas). En este sentido, llama la atención algo que confirma algo destacado por EDADES (2017), en el sentido de ser considerado menos peligroso para la salud el cannabis que el tabaco. Y también debe ser destacado el contraste de la percepción del cannabis con los alucinógenos, puesto que siendo la primera una sustancia alucinógena, el número de personas que la consideran poco o nada peligrosa o neutra es del orden de tres veces superior a la de los alucinógenos para cada una de las dimensiones estudiadas. En cuanto a las diferencias por sexo, hemos podido ver como las mujeres tienen una percepción de riesgo más alta respecto al cannabis que los hombres, mostrándose las mayores diferencias en el grupo estricto, donde hay un 10% más de mujeres que de hombres.

En el caso de la cocaína y de las anfetaminas, cuyo patrón es bastante parecido, parecen percibirse como mayores los riesgos para la salud física y psíquica. Y, finalmente, las drogas de diseño parecen mostrar un patrón parecido al de la heroína.

Respecto a las diferencias en función del sexo, podemos afirmar que las mujeres jóvenes de 18 a 29 años, perciben un riesgo mayor en prácticamente todas las dimensiones evaluadas de 7 de las 9 sustancias estudiadas. La excepción la constituye, por un lado, el tabaco en el que sólo hubo diferencias significativas entre mujeres y hombres en problemas de salud ( $p= 0.023$ ) y en problemas psíquicos ( $p= 0.013$ ), siendo la percepción de las mujeres ligeramente superior a la de los hombres. En este sentido, los resultados no coinciden con lo expresado en la encuesta EDADES (2017), en la que la percepción de riesgo es menor en el caso del tabaco para las mujeres que para los hombres. No obstante, en dicha encuesta el riesgo se valoró con una sola pregunta sobre el riesgo general. Por otro lado, en los inhalantes no se encontraron diferencias significativas en función del sexo, así como en algunas de las dimensiones específicas de otras drogas, en concreto, el riesgo para la salud física en la cocaína, y los accidentes de tráfico y el riesgo para la salud física en el caso de las anfetaminas. En cuanto al sexo, hemos podido ver que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, teniendo estas últimas una percepción de riesgo más alta que los hombres. Estas diferencias son más evidentes para el grupo estricto, donde hay una diferencia de casi el 15% entre ellas y ellos, que sin embargo se agrupan en mayor medida en el grupo permisivo, con una diferencia del 10% respecto a ellas.

En definitiva, de este estudio se pueden concluir la necesidad de seguir actualizando el patrón de creencias o percepciones que los jóvenes tienen de las drogas con el objeto de enfatizar aspectos que en su visión parecen estar sesgados, como ha puesto de manifiesto este estudio, como es el caso de los problemas psíquicos derivados del alcohol o los del cannabis ya señalados.

El segundo objetivo de este estudio era evaluar una posible relación entre el consumo de ciertas drogas, como el hachís, la cocaína,

las drogas sintéticas y el alcohol, y la percepción del riesgo de sufrir accidentes de tráfico por conducir bajo la influencia de dichas sustancias. El estudio también fue diseñado para identificar y evaluar cualquier diferencia entre los sexos. A la vista de los datos obtenidos, puede decirse que existe una correlación negativa entre el riesgo asociada con cada droga estudiada y el consumo de esa sustancia. Cuanto mayor es el nivel de consumo, menor es la percepción de riesgo. Para todas las drogas estudiadas, estos resultados confirman que los resultados obtenidos previamente por otros investigadores, que se centró principalmente en el alcohol y la marihuana (Alonso et al., 2015; Jonah y Dawson 1987;), también son aplicables en Andalucía (España). Para todas las drogas estudiadas, se encontró que la relación entre consumo y percepción del riesgo con valores estadísticamente significativos. En el caso de los consumidores habituales de cocaína (consumo en los últimos 30 días), sólo una pequeña fracción respondió que el consumo de cocaína "siempre causa problemas". Esta es una tendencia que se puede observar con respecto a todas las drogas que estudiamos: hay una gran diferencia en la percepción del riesgo entre los que nunca han probado la droga y los que las han tomado en los últimos 30 días (excepto en el caso del alcohol, como anteriormente se describió). Esta diferencia no sólo se nota entre las respuestas "nunca lo he intentado" y "la he tomado en los últimos 30 días": también puede observarse una diferencia significativa entre los que nunca han probado la droga y aquellos que lo han probado "una vez en la vida". La implicación teórica de estos resultados es considerable, porque apoyan la hipótesis de que la exposición a riesgos sin consecuencias negativas aumenta la probabilidad de que se produzca un comportamiento alto riesgo mediante el desarrollo de una falsa percepción de la seguridad, y simultáneamente, haciendo a las personas implicadas más impermeables a las campañas de información. Esto puede deberse al hecho de que los jóvenes que han consumido drogas sin experimentar

consecuencias negativas desarrollan una falsa percepción de seguridad (Becoña 2002). Al igual que sucede con todos los demás tipos de comportamiento, la exposición frecuente a un riesgo sin consecuencias negativas reduce la percepción del peligro inherente, generando una ilusión de seguridad que en realidad aumenta la probabilidad de un accidente (Meliá, 2007). Sin embargo, se debe tener cuidado al interpretarlas porque se trata de un estudio correlacional y un enfoque mucho más experimental es necesario si se quieren hacer inferencias causales. El alto porcentaje de consumidores habituales de Cannabis (41,5 %) que perciben esa sustancia no causa problemas también es importante. El Cannabis es una droga alucinógena que afecta a la percepción de estímulos, por lo que podría estar ayudando a la baja percepción de riesgo que se tiene de esta sustancia. Se deben llevar a cabo campañas específicas para concientizar a estas personas de la falsedad de sus creencias sobre los efectos del hachís y sobre la "ilusión de seguridad" generada por de alto riesgo sin consecuencias negativas, como defienden algunos investigadores a tenor de sus investigaciones (Becoña, 2007; Kelly et al. 2004; Matthews et al. 2009).

También debe prestarse especial atención al alcohol, ya que, aunque los valores de percepción riesgo son altos para todas las frecuencias de consumo, todavía hay una correlación negativa significativa entre consumo y percepción del riesgo. En parte, esto podría atribuirse a campañas de información y sensibilización sobre el impacto de esta droga legal en la conducción de la policía y el endurecimiento de las penas. Para otras Drogas apenas existe información o controles específicos (Camus, Von Der Thüsen, Hansell, y Colby, 2014). El resultado obtenido en el estudio es consistente con las afirmaciones hechas por Kelly et al. (2004) de que los conductores son más propensos a conducir bajo los efectos del alcohol si perciben que es poco probable tener un accidente o ser sancionado por conducir bajo la influencia de alcohol. Con respecto al sexo, nuestros resultados

confirmaron los obtenidos en investigaciones anteriores en este campo (Sabel, Bensley y Van Eenwyk, 2004; Comas, Aguinaga, Orizo, Espinosa, y Ochaita, 2003) que mostraron diferencias entre sexos tanto en el consumo de sustancias en como la percepción del riesgo (las mujeres perciben un riesgo más alto).

En conclusión, puede decirse que Andalucía (España) es una de las comunidades con más de consumo de drogas por parte de los conductores, mayor será el consumo de alcohol, hachís, cocaína o de drogas sintéticas, cuanto menor sea la percepción del riesgo de que se produzca un accidente de tráfico por conducir bajo los efectos de cada droga respectivamente. Esta conclusión se aplica también a diferencias entre sexos, siendo las mujeres las que presentan un menor consumo de las cuatro drogas y una percepción de riesgo más alta que la de los hombres.

Por último, el tercer objetivo de este estudio era tratar de determinar la existencia de patrones de percepción de riesgo entre los jóvenes de 18 a 29 años. El análisis de conglomerados encontró 3 grupos de percepción del riesgo caracterizados por la laxitud, la permisividad consciente o la visión más estricta del peligro asociado al consumo de drogas, y se confirmó que estos tres grupos se producían también respecto a la percepción del riesgo del cannabis. En el grupo estricto, que representa más del 50% de los jóvenes, piensan que todas las drogas producen problemas relativos a los accidentes de tráfico, a la salud, a realizar ciertas tareas o a las relaciones de otras personas y legales. La única excepción es el tabaco: este grupo asignó puntuaciones bajas al riesgo asociado al tabaco, excepto en el caso de la salud, que también se percibe como alto. Las personas del clúster Consciente-permisivo, se caracterizan por percepciones inferiores a las más estrictas, pero en el mismo sentido de éstas. Uno de los datos más relevantes de nuestros resultados es que un 18,2 % de los jóvenes tienen

un estilo perceptivo laxo, es decir, piensan (en sentido general) que las drogas rara vez causan problemas. Además, el grupo laxo en el caso del cannabis mostró puntuaciones inferiores a las del grupo laxo en general (resto de drogas). Esta diferencia es importante porque, como se dice al principio de este artículo, las consecuencias del consumo de cannabis están muy bien documentadas y, sin embargo, encontrar que cerca de 1 de cada 5 jóvenes no piensan que el cannabis sea peligroso, indica que la información no está llegando bien o que el contacto temprano con esta sustancia cambia la percepción hacia una visión más laxa y compatible con su consumo.

Nuestros resultados son congruentes con los obtenidos por Merrill (2015) que encontró, a través de las calificaciones escolares, que los estudiantes que veían la marihuana como no dañina eran 9 veces más propensos a haber consumido marihuana. Los jóvenes españoles en el clúster de percepción que hemos llamado *estricto*, tienen una probabilidad de consumo de cannabis 14.3 veces menos frecuente que en el grupo que llamamos *laxo*. Esto confirma que las personas identificadas como de alto riesgo para el consumo de marihuana también fueron las más propensas a ver la marihuana como menos dañina.

Este trabajo también se proponía intentar predecir el consumo de cannabis a través del estilo perceptivo (objetivo 1.3). Los resultados mostraron que la variable estilo perceptivo (laxo, consciente-permisivo, estricto) por sí sola, fue capaz de asignar correctamente al grupo de consumo/ no consumo al 80.4% de los participantes, aunque la especificidad era alta (90.2%), la sensibilidad era moderada (41.5%), lo que contestaba afirmativamente la pregunta sobre la capacidad predictiva del estilo perceptivo.

No obstante, con objeto de mejorar la sensibilidad se realizó un segundo análisis de regresión incluyendo, además del estilo perceptivo, las variables consumo de alcohol, de tabaco y edad de inicio en el

consumo de combinados y de cannabis. La asignación correcta subió entonces a 97.6% (especificidad 98,5% y sensibilidad 94.6%). En este sentido podemos decir que el modelo predice que los consumidores de cannabis serán personas que tienen una visión laxa de los peligros de esta droga, y también consumen tabaco y alcohol, habiéndose iniciado tempranamente en el consumo de combinados de alcohol. No obstante, esta predicción hay que considerarla desde el punto de vista de la regresión estadística, dado que el carácter transversal del estudio, no nos permite extraer conclusiones sobre la direccionalidad.

En suma, podemos reafirmar que el estilo perceptivo permite predecir el consumo de cannabis y que la predicción mejora cuando incluimos la información del consumo de alcohol y tabaco, y la edad de comienzo del consumo de los combinados. Finalmente, el hecho de que el modelo llegue a cerca del 100% en la predicción cuando incluimos la edad de inicio del consumo de cannabis, indica que a menor edad en la que se ha tenido contacto con la droga se tiende a ser consumidor de joven y a percibirla como menos peligrosa durante la edad universitaria.

Estos resultados sugieren la necesidad de un cambio en nuestra política de prevención, que hace razonable tratar de incrementar la atención al inicio del consumo, que se produce en la adolescencia (el 67.4% se inician antes de los 18 años). Nuestros resultados, aunque no permiten arrojar luz sobre la cuestión de si es la percepción la que influye en el consumo o viceversa, puesto que se trata de un estudio transversal, los resultados respecto a la edad de inicio sugieren que la interacción de ambas vertientes puede producirse en el sentido de que, probablemente, aquellos que tienen una percepción más estricta son los que se mantienen alejados del consumo, mientras que los que experimentan con ella desde edades tempranas, generan un patrón perceptivo laxo. No obstante, se necesita investigación específica

longitudinal, o al menos retrospectivo dirigido específicamente a este asunto para arrojar más luz sobre el tema.

Pero con independencia de la cuestión sobre la secuencia en la que las variables percepción y experiencia se afectan, parecen innegables las consecuencias prácticas de este estudio con respecto a las políticas de prevención. Como se comentó en la introducción, tras décadas de estudios y campañas de información, la edad de comienzo del consumo de cannabis sigue siendo la misma, lo que sugiere que las medidas que se han tomado para prevenir el consumo no han sido efectivas, en lo cual coincidimos con Grevenstein et al. (2015). En este sentido resultan relevantes los resultados obtenidos con respecto a las fuentes de información usadas por los jóvenes. El que los jóvenes consumidores de cannabis (y también los del grupo perceptivo laxo) utilicen más a los amigos, a personas que han tenido contacto con las drogas e internet como fuentes de información sobre drogas, frente a los no consumidores (y también el grupo perceptivo estricto), que usan significativamente menos estas fuentes (por ejemplo, prefieren los padres frente a los amigos) nos está indicando que un nada despreciable veinte por ciento de nuestros jóvenes se informa por vías que, probablemente confirman esa visión laxa e inocua respecto al cannabis, lo que probablemente los haga insensibles a la información proveniente de medios de comunicación, charlas en centros educativos, etc. Por lo tanto, el reto que se plantea desde este estudio es la necesidad de iniciar las acciones preventivas muy tempranamente y no limitarlas a la simple divulgación de información, sino que deberían complementarse con componentes que favorezcan la adherencia a estas instrucciones preventivas en las situaciones reales de riesgo, teniendo en cuenta las variables que influyen en el consumo de alcohol en edades tempranas. La información sobre los efectos (deterioro habilidades sociales, aislamiento, enfermedades mentales), en contraposición con prohibición, podría ser más efectiva en la prevención del consumo.

Otro aspecto que cabe mencionar hace referencia a las diferencias que se han encontrado con respecto al sexo. Como hemos visto a lo largo de los resultados, existen diferencias significativas en función del sexo para las distintas drogas. En las mujeres, en términos generales, hay una mayor percepción de riesgo respecto al consumo de las sustancias analizadas, y por tanto un menor consumo, algo que ocurre de manera inversa en los hombres, que tienen una menor percepción de riesgo y por ende un mayor consumo. Esto podría ser debido a características culturales clásicamente asociadas al género, donde está peor visto que la mujer consuma sustancias, por tanto, esto podría estar actuando como factor protector respecto al consumo de sustancias. Aunque gracias a los avances sociales que se están dando esto está cambiando con el paso del tiempo, y cada vez hay una equiparación mayor en los distintos campos que intervienen en el desarrollo de hombres y mujeres, conformándose una sociedad más igualitaria, incluso en el consumo de sustancias.

Por último, cabe destacar las limitaciones de este estudio. Algunas de estas limitaciones eran inherentes al diseño metodológico. Por ejemplo, la recogida de datos en el aula involucra inevitablemente un cierto grado de sesgo de selección y los resultados puede aparecer subestimados, ya que los estudiantes que asisten regularmente a clase son los que tienen los hábitos de vida más saludables (Mas et al., 2004; Ruiz-Olivares, et al., 2010) aunque se intentó reducir este sesgo tomando los datos en las dos primeras semanas de clase, en las que la asistencia es mayoritaria.

Otra de las limitaciones de nuestro estudio fue que no evaluamos si los participantes habían estado involucrados antes en algún accidente, para ver si esto podría estar afectando a la percepción de riesgo. También sería interesante, de cara a futuras investigaciones tener en

cuenta si los participantes están consumiendo más de una sustancia, no evaluarlas de forma independiente que hemos hecho en este estudio.

También es importante tener en cuenta la diferencia entre cannabis y Hachís, ya que los participantes pueden consumir solo una de estas sustancias, y no entenderla de forma conjunta, ya que realmente no tienen los mismos niveles de THC y por tanto los efectos pueden ser distintos, además de la diferencia entre el consumo directo de cannabis o de derivados como es el caso del hachís, puede hacer que algunos consumidores decidan consumir una y no otra, pudiendo generar confusión si se les pregunta solo por una.

### **Discussion**

Another aspect that should be mentioned is the differences that have been found with respect to sex. As we have seen throughout the results, there are significant gender differences for different drugs. Among women, there is generally a greater perception of the risks involved in consuming the different substances analyzed, and therefore a lower level of consumption. In contrast, men tend to show a lower perception of risk and, therefore, a higher level of consumption. This could be due to cultural factors classically associated with gender: in Spain it has traditionally been frowned upon for women to consume substances, and this could be acting as a protective factor with respect to such consumption. However, thanks to the social advances that have been made in recent decades, society is gradually changing and there is now increasing equality between men and women, even in the consumption of substances.

Finally, mention should be made of this study's limitations. Some of these were inherent in the methodological design. For example, data collection in the classroom inevitably involves some degree of selection bias and the results may be underestimated, because

students who regularly attend classes are those with the healthiest lifestyles (Mas et al., 2004; Ruiz-Olivares, et al., 2010). An attempt was made to reduce this bias by collecting data in the first two weeks of the semester, when attendance is highest.

Another limitation of our study was that we did not assess whether participants had ever been involved in an accident previously, to see if this might affect risk perception. With a view to future research, it would also be interesting to consider whether participants are consuming more than one substance, rather than evaluating consumption of each substance separately, as we have done in this study.

It is also important to differentiate between cannabis and hashish, since participants in the study may consume only one of these substances not see the two terms as being synonymous, since they do not in fact have the same levels of THC and their effects can therefore differ. A distinction should also be drawn between the direct consumption of cannabis and of its derivatives like hashish, because confusion may be caused if consumers who have decided to consume one substance and not the other are asked only about one of them.

## **6. ESTUDIO 2: CONSUMO MASIVO DE ALCOHOL Y JÓVENES UNIVERSITARIOS**

### **6.1. Justificación y objetivos del estudio**

Como ya se indicó el capítulo 4, el consumo de alcohol, los patrones de consumos pertinentes y el botellón en universitarios es un tema de relevancia social que preocupa y que necesita ser estudiado con mayor profundidad, ya que no se cuenta con muchos estudios que aborden este tema, sobre todo en Andalucía, y en algunos casos las muestras no son muy amplias. Con el objetivo ampliar el conocimiento sobre este fenómeno, conocer las variables implicadas, así como las características del mismo se ha diseñado este estudio, así como sus correspondientes objetivos:

2.- Estudiar el fenómeno del “botellón” entre los jóvenes universitarios andaluces.

2.1. Conocer si existen diferencias en el patrón de consumo en función del sexo, rama de estudio y curso

2.2. Conocer el fenómeno del botellón: Borracheras, *binge drinking*, frecuencia con que lo realizan y cantidad que beben

3.3. Conocer cómo perciben el botellón los participantes y características del inicio en el alcohol (donde y con quién)

### **6.2. Método**

#### ***6.2.1. Participantes***

En el estudio participaron 2000 jóvenes de la Universidad de Córdoba (UCO) elegidos al azar, de los cuales el 37,1% eran hombres y el 62,9% eran mujeres. La muestra estaba homogéneamente distribuida por todas las macroáreas presentes en la Universidad de Córdoba siendo el 43%

de las áreas de humanidades y ciencias sociales y el 57% de las áreas técnicas, ciencias y salud. El perfil general de las personas en el grupo de la muestra universitaria fue la siguiente: los jóvenes entre las edades de 18 y 29, de los cuales el 40,2% tenían entre 18 a 20; 40% entre 21-23; 11,1% entre 24-26; 8,7% mayores de 26. El 54% estudiaba primer ciclo y el 46% segundo ciclo de sus estudios. La distribución de la muestra por la ocupación era la siguiente: 64,5% estaban estudiando, 7,5% estaban trabajando, el 14,5% estaban estudiando, pero trabajaba los fines de semana, 13,5 estaba desempleado.

### **6.2.2. Diseño**

El estudio se llevó a cabo utilizando un diseño transversal descriptivo. La evaluación se llevó a cabo con la autorización del Vicerrector de Estudiantes de la UCO, después de haber presentado una solicitud por escrito para la colaboración por los decanos y administradores de todas las facultades. Para predeterminar el tamaño del grupo de muestra, se llevó a cabo una simulación utilizando el paquete estadístico EpiInfo 2000. Se demostró que para una frecuencia esperada del 1% y un margen de error de 0,01, la información debe ser recogida en al menos 400 personas de la UCO. El grupo muestra de la población universitaria se estratificó por los centros, teniendo en cuenta el número de estudiantes matriculados el año anterior.

### **6.2.3. Instrumentos**

El cuestionario utilizado fue diseñado por un grupo de expertos de la universidades andaluzas para la Dirección General de Atención a las Drogodependencias de la Junta de Andalucía, elaborado a partir del empleado en encuestas nacionales y autonómicas, así como en otros estudios de investigación en la población universitaria en la provincia de Córdoba y del usado en las (EDADES, 2015; ESTUDES, 2015; Ruiz-Olivares et al., 2010), dirigida principalmente a la descripción de

sustancias ilegales (cannabis, cocaína y drogas de diseño) pautas de consumo en relación a variables como la edad, el sexo, los estudios universitarios, los antecedentes familiares, etc. El cuestionario incluye varios bloques de preguntas: datos sociodemográficos, pautas de consumo y asistencia y tipo de consumo en el botellón. Las preguntas sobre los patrones de consumo se hacían específicamente respecto a cada tipo de droga y tenía cuatro opciones de respuesta: Nunca he consumido, en algún momento de mi vida, en los últimos 12 meses y en el en los últimos 30 días. En cuanto al consumo de alcohol, las preguntas se dividían en tres bloques: En el primero se preguntaba acerca de la frecuencia de consumo según las categorías antes nombradas, la cantidad de consumo en el fin de semana, entre semana y la media diaria, diferenciando por curso, sexo y rama de estudio, así como el número de veces que se habían emborrachado en los últimos 30 días y el número de veces que se había hecho *binge drinking*. El segundo bloque hacía preguntas en relación al botellón en los últimos 6 meses, preguntando por la frecuencia, la cantidad bebida en los mismos y el consumo de otras sustancias. Por último, un bloque en el que se preguntaba acerca de los efectos percibidos por el consumo de alcohol, tanto positivos como negativos.

#### **6.2.4. Procedimiento**

Los datos se recogieron dentro de las respectivas aulas. Los profesores, que previamente habían sido informados sobre el estudio, dejaron media hora de tiempo de clase para los estudiantes para rellenar el cuestionario. Las instrucciones del cuestionario explicaron claramente que se trataba de una encuesta sobre el consumo de diferentes sustancias y ciertos tipos de conducta entre la población universitaria y que su objetivo era poner en práctica una serie de medidas que puedan prevenir y hacer frente a los problemas que puedan derivarse de dicha conducta. La importancia de la participación de los estudiantes en el estudio se

destacó, al igual que el hecho de que los datos obtenidos se utilizarían exclusivamente para fines estadísticos y permanecerían totalmente anónimos. Los datos se recogieron al principio del segundo cuatrimestre, momento en el que hay más afluencia de estudiantes a clase.

#### **6.2.5. Análisis estadísticos**

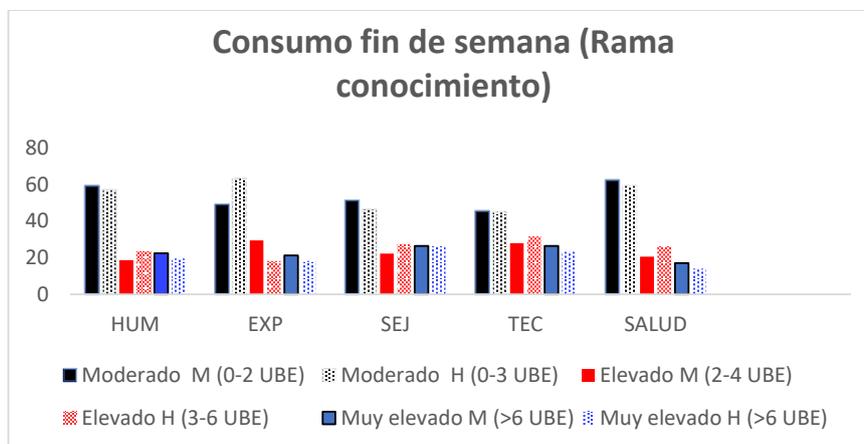
La información suministrada por los cuestionarios se utilizó para crear una base de datos con el programa SPSS 20.0. Se elaboraron tablas de contingencia para relacionar el consumo entre los universitarios variables sociodemográficas como sexo y ciclo. Se realizaron las pruebas T y ANOVA entre las diferentes variables no categóricas y Chi2 para las categóricas.

### **6.3. Resultados**

Uno de los objetivos de este estudio es analizar el patrón de consumo de alcohol de los jóvenes universitarios andaluces. Para ello, se ha categorizado y clasificado la muestra en función de las variables rama de conocimiento, curso en el que estudia actualmente y sexo. De la misma forma, se han hecho 3 grupos en función de la cantidad de bebida consumida, clasificándolos como consumo “moderado”, cuando la cantidad consumida es inferior a 3 UBE por día para hombres y 2 para mujeres (que se corresponde con la cantidad máxima que pueden consumir -respectivamente- ambos sexos para no poner en riesgo la salud), consumo “elevado” cuando la cantidad ingerida es el doble del consumo moderado (entre 3 y 6 UBE en hombres y entre 2 y 4 en mujeres) y, por último, consumo “muy elevado”, cuando la cantidad consumida es más del doble del consumo moderado, es decir, más de 6 UBE por día para hombres y más de 4 para mujeres.

En la figura 1 se ha representado el consumo de bebidas alcohólicas durante el fin de semana en función de la rama de

conocimiento y del sexo. En ambos casos se realizó la prueba Chi cuadrado de Pearson, por un lado, para saber si había diferencias significativas en función de la rama de conocimiento, y en segundo lugar para saber si las había en función del sexo. En el caso de la rama de conocimiento, los resultados de la prueba para las mujeres Chi cuadrado arrojó que hay diferencias significativas con un valor igual a 15,991;  $gl = 8$  y  $p = 0,0043$ . Al igual que en los hombres, también fue significativo con un valor de Chi cuadrado de 17,75;  $gl = 8$  y  $p = 0,023$ . Los resultados de ambos análisis nos muestran como en torno al 60% de los estudiantes (hombres y mujeres) de las carreras de humanidades presentan un consumo moderado del alcohol, el 20% un consumo elevado y el 20% restante un consumo muy elevado. Por su parte, los estudiantes de las carreras experimentales refieren un consumo moderado para el 50% de las mujeres y 60% de los hombres. Un 30% de mujeres y un 20% de hombres un consumo elevado y un 20%, de hombres y mujeres, un consumo muy elevado. En las carreras de sociales, económicas y jurídicas (SEJ), el consumo es bastante similar entre hombres y mujeres, un 50% tienen un consumo moderado, en torno al 25% un consumo elevado y un 25% un consumo muy elevado. En las carreras técnicas podemos encontrar cómo un 45% de sus estudiantes tienen un consumo moderado, frente a un 30% que tienen un consumo elevado y un 25% que tienen un consumo muy elevado para ambos sexos. Por último, las y los estudiantes de las carreras de la rama de salud tienen, en un 60%, un consumo moderado. Un 20% de las mujeres y un 25% de los hombres presentan un consumo elevado, y un 17% y 14% de mujeres y hombres, respectivamente, presentan un consumo muy elevado, superando por más del doble la cantidad máxima recomendada para no poner en riesgo la salud.



*Figura 1: Tipología de consumidores de alcohol en función de la cantidad media de alcohol (en UBE) consumida por día en fin de semana según la rama de conocimiento*

Con respecto al consumo medio por día laborable o entre semana (el viernes se ha incluido en el fin de semana), en función de la rama de conocimiento, se realizó la prueba Chi cuadrado independientemente para hombres y mujeres, con un resultado de 362;  $gl=12$  y  $p=0,000$  para mujeres y  $\chi^2=359$ ;  $gl=12$ ;  $p=0,000$  para hombres, siendo, por tanto, significativas las diferencias en ambos casos. Los resultados de dicho análisis, muestran que, en todas las ramas, en torno al 90 % de los y las estudiantes se sitúan en un nivel de consumo moderado. Las diferencias más grandes entre hombres y mujeres, en cuanto al consumo moderado, se encuentra en Humanidades, donde el 96% de las mujeres tienen este tipo de consumo, frente al 86% de los hombres. Esas diferencias también existen para el consumo elevado, 2,1% en mujeres frente al 7% de hombres, y para el consumo muy elevado, 1,4% de mujeres frente al 7% de hombres. En la rama de Experimentales, también hay diferencias entre hombres y mujeres para el consumo elevado, 2,4% en mujeres frente al 8,6 en hombres, no sucede así para el consumo muy elevado, donde ambos sexos se sitúan en torno al 0%. En el resto de ramas, los porcentajes entre mujeres y

hombres son bastante homogéneos para el consumo moderado, elevado y muy elevado, como se puede apreciar en la figura 2.

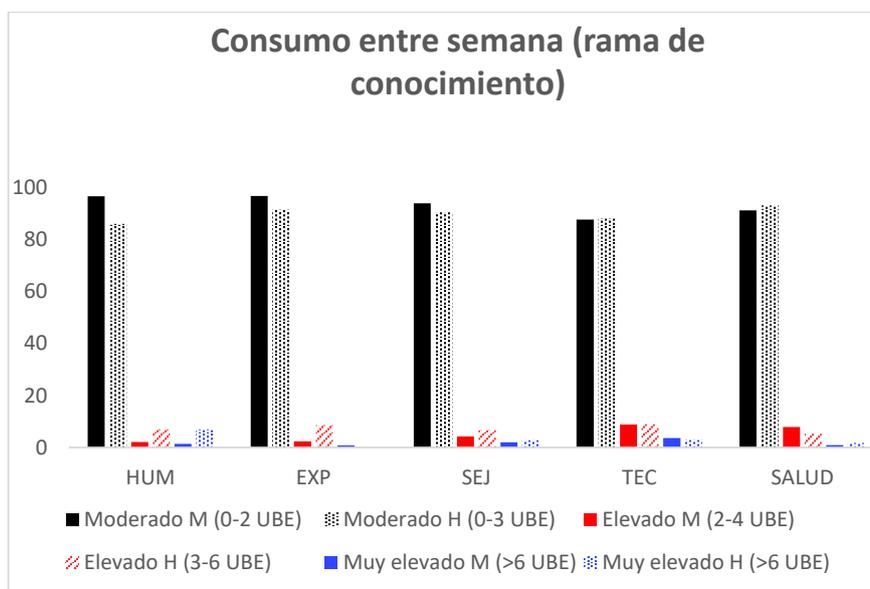
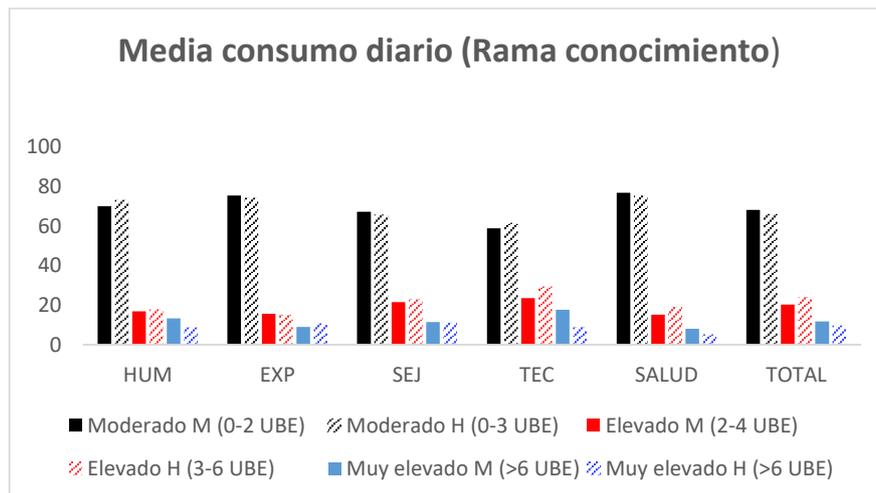


Figura 2: Tipología de consumidores de alcohol en función de la cantidad media de alcohol (en UBE) consumida por día entre semana según la rama de conocimiento

En la figura 3 se ha representado la cantidad media por día durante una semana completa. En ella podemos ver cómo en la mayoría de las ramas de conocimiento, en torno al 70% de sus estudiantes se sitúan en el grupo de consumo moderado, exceptuando las carreras técnicas, con un 60%. En humanidades, experimentales y salud, hay un 15% de estudiantes de ambos sexos que tienen un consumo elevado. En las carreras de SEJ en torno al 20% de los y las estudiantes de ambos sexos tienen un consumo elevado, al igual que las mujeres de las carreras técnicas. Por su parte, el 30% de los hombres de esta última rama de conocimiento tienen un consumo elevado. Si nos fijamos en el consumo muy elevado podemos ver como en todas las ramas de conocimiento en torno al 10% de sus estudiantes tienen este tipo de

consumo, exceptuando las mujeres de las carreras técnicas con un 17,6%, y los hombres de las carreras de salud, con un 5,3%. Sin embargo, como mostró la prueba Chi cuadrado realizada, las diferencias en función del sexo no eran significativas ( $\chi^2=2,59$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,273$ ), como tampoco lo era las diferencias en función de la rama de conocimiento para los hombres ( $\chi^2=14,30$ ;  $gl=8$ ;  $p=0,074$ ). En contraposición las diferencias en función de la rama de conocimiento para las mujeres si fueron estadísticamente significativas ( $\chi^2=15,75$ ;  $gl=8$ ;  $p=0,046$ ), siendo estas diferencias debidas a las existentes entre las carreras técnicas y el resto de ramas de conocimiento.



*Figura 3: Tipología de consumidores de alcohol en función de la cantidad media de alcohol (en UBE) consumida por día semanalmente según la rama de conocimiento*

Si la clasificación la hacemos según si los estudiantes se encuentran en el primer o en el segundo ciclo (1° y 2° curso vs 3° y 4°), (figura 4) podemos ver cómo, en lo referente al consumo de fin de semana, más del 50% de las estudiantes tienen un consumo moderado, sin embargo el porcentaje restante se distribuyen entre el consumo elevado o muy elevado, siendo más de un 20% las estudiantes que en

primer ciclo están consumiendo o el doble o más del doble de lo que se consideraría un consumo moderado (2 UBE diarias). En los hombres la situación es similar, 45% tiene un consumo moderado, el 30% un consumo elevado y el 25% un consumo muy elevado. Si nos fijamos en el segundo ciclo (3º y 4º curso), los datos también son similares, aunque en este caso parece que hay más hombres con un consumo moderado, en torno al 55%, las mujeres bajan al 50%. Respecto al consumo elevado, el 24% y 25% de las y los estudiantes respectivamente tienen dicho consumo y el 25% de las mujeres y 20% de los hombres, tienen un consumo muy elevado, como se puede observar en el gráfico. La prueba realizada, Chi cuadrado de Pearson, da un resultado de  $\chi^2=0,81$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,84$ , mostrando por tanto que las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas.

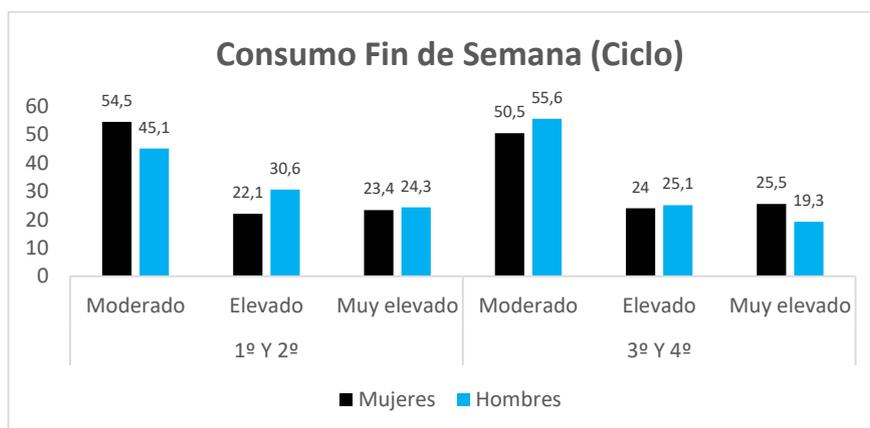
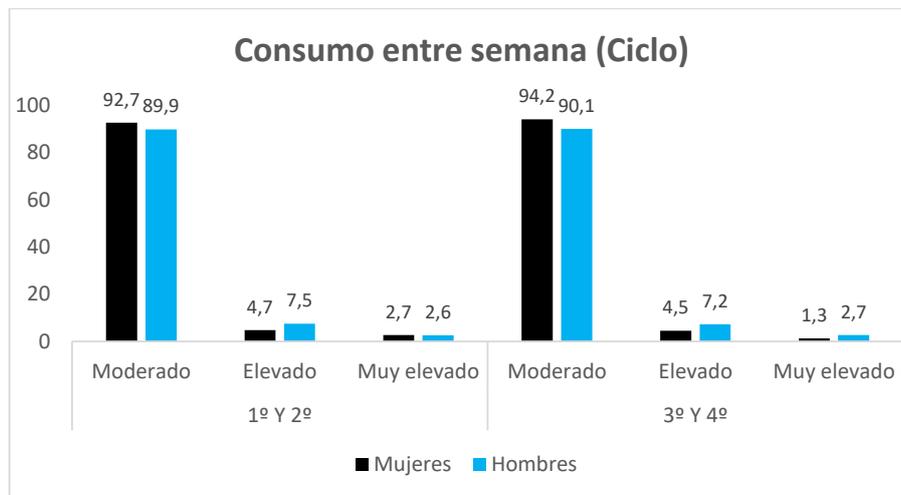


Figura 4: Consumo Fin de semana en UBE por ciclo. Moderado 0-3 UBE en hombres y 0-2 en mujeres, Elevado 3-6 UBE en hombres y 2-4 en mujeres, Muy elevado más de 6 UBE en hombres y más de 4 en mujeres.

Si nos fijamos en el consumo entre semana (ver figura 5), tanto en primer como en segundo ciclo, en torno al 90% de mujeres y hombres consumen menos de 2 y 3 UBE diarias respectivamente, siendo por tanto un consumo moderado. Respecto al consumo elevado, los resultados son similares entre en el primer y segundo ciclo, en torno

al 5% en mujeres y al 7% en hombres. En un consumo muy elevado, encontramos al 2,7% de las mujeres de primer ciclo y al 2,6% de los hombres, frente al 1,3% y 2,7% del segundo ciclo. Del mismo modo, las diferencias no resultan estadísticamente significativas al realizar la prueba Chi cuadrado ( $\chi^2=2,01$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,36$ ).



*Figura 5: Consumo fin de semana en UBE por ciclo. Moderado 0-3 UBE en hombres y 0-2 en mujeres, Elevado 3-6 UBE en hombres y 2-4 en mujeres, Muy elevado más de 6 UBE en hombres y más de 4 en mujeres.*

Por otro lado, si tenemos en cuenta la media diaria de consumo, figura 6, podemos ver como en el primer ciclo, un 70% de las mujeres tienen un consumo moderado frente al 66% de las mujeres del segundo ciclo, (65% y 75% en hombres de primer y segundo ciclo respectivamente) un 18% un consumo elevado en el primer ciclo y un 22% en el segundo (25% y 21% en hombres del primer y segundo ciclo respectivamente) y un 12% de las mujeres de ambos ciclos un consumo muy elevado, (10% en hombres de ambos ciclos). En este caso la prueba Chi cuadrado mostró que las diferencias encontradas no eran estadísticamente significativas ( $\chi^2=0,35$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,83$ ).

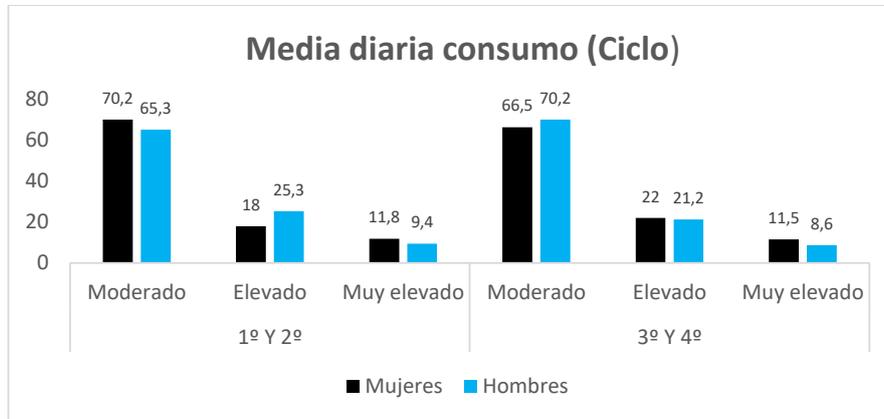
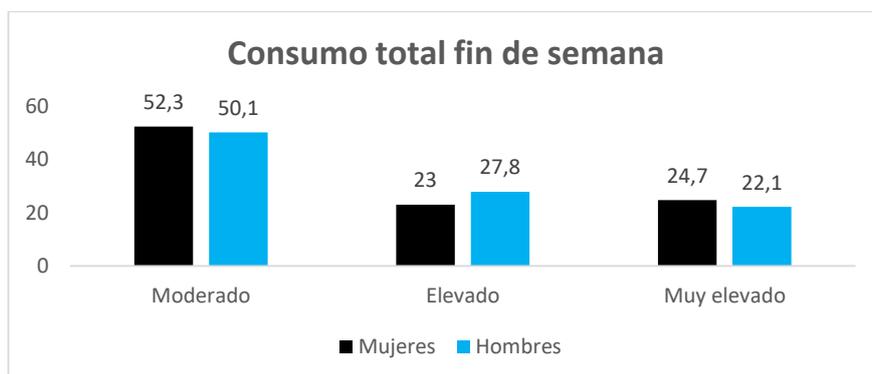


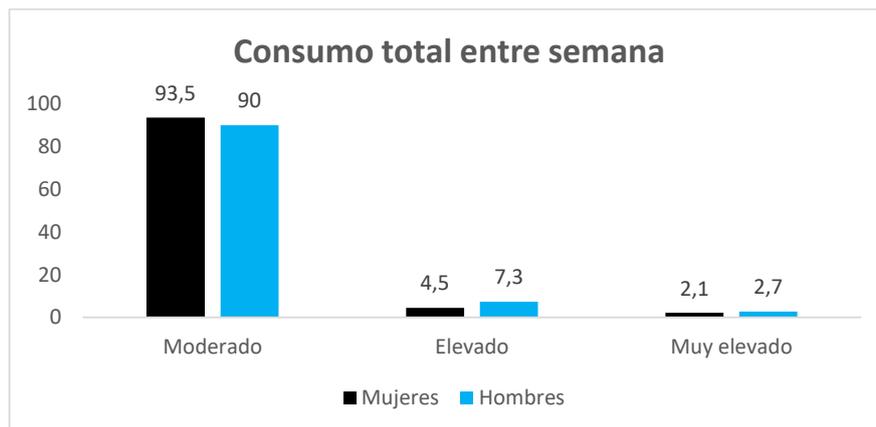
Figura 6: Media consumo diario en UBE por ciclo. Moderado 0-3 UBE en hombres y 0-2 en mujeres, Elevado 3-6 UBE en hombres y 2-4 en mujeres, Muy elevado más de 6 UBE en hombres y más de 4 en mujeres.

En la figura 7 se muestra la comparación por sexo del consumo de fin de semana clasificándolo de nuevo en moderado, elevado y muy elevado. En el total del fin de semana, en torno al 50% de hombres y mujeres tenían un consumo moderado, el 23% de las mujeres y el 28% de los hombres tenían un consumo elevado y, el 25% de las mujeres y 22% de los hombres, un consumo muy elevado. La prueba Chi cuadrado de Pearson indicó que las diferencias encontradas son estadísticamente significativas en función del sexo ( $\chi^2=8,13$ ;  $gl=2$   $p=0.017$ ).



*Figura 7: Consumo total en UBE fin de semana por género. Moderado 0-3 UBE en hombres y 0-2 en mujeres, Elevado 3-6 UBE en hombres y 2-4 en mujeres, Muy elevado más de 6 UBE en hombres y más de 4 en mujeres.*

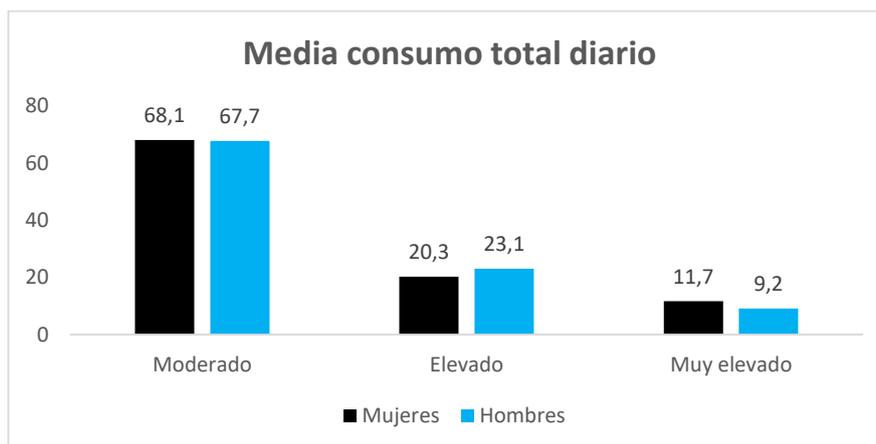
Si preguntamos por el consumo entre semana (ver figura 8), podemos encontrar como tanto en mujeres como en hombres, la mayoría refieren un consumo moderado, con un 93% y 90% para mujeres y hombres respectivamente, un 5% y 7% un consumo elevado y un 2% de las mujeres y un 3% de los hombres un consumo muy elevado. Se realizó la prueba Chi cuadrado, que indicó que las diferencias en función del sexo eran significativas [ $\chi^2=10,53$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,005$ ].



*Figura 8: Porcentaje de consumidores con respecto a la cantidad total por día entre semana en UBE por género. Moderado 0-3 UBE en hombres y 0-2 en mujeres, Elevado 3-6 UBE en hombres y 2-4 en mujeres, Muy elevado más de 6 UBE en hombres y más de 4 en mujeres.*

Cuando calculamos la media diaria, figura 9, podemos encontrar como el 68% de hombres y mujeres tienen un consumo moderado, un 20% de las mujeres y un 23% de los hombres tienen un consumo elevado, y un 12% de las mujeres y un 9% de los hombres un consumo

muy elevado. La prueba Chi cuadrado indicó que las diferencias en función del sexo no eran significativas ( $\chi^2=2,59$ ; g.l.=2;  $p=0,273$ ).



*Figura 9: Media consumo total diario en UBE por género. Moderado 0-3 UBE en hombres y 0-2 en mujeres, Elevado 3-6 UBE en hombres y 2-4 en mujeres, Muy elevado más de 6 UBE en hombres y más de 4 en mujeres.*

Como complemento a la información sobre la cantidad de alcohol consumida resulta interesante conocer si los estudiantes han llegado a embriagarse. Por ello, en el cuestionario se preguntó acerca del número de veces que se habían emborrachado en el último mes: más del 40% de los hombres y un 30% de las mujeres afirmaron haberlo hecho en los últimos 30 días.

Cuando se les preguntaba por el número de veces (ver figura 10), el 15% de los hombres afirmó haberlo hecho una vez, frente al 40% de las mujeres; el 10% de los hombres dijo haberlo hecho 2 veces frente al 7% de las mujeres. Un 6% de los hombres refirió haberse emborrachado 3 veces, casi el mismo porcentaje de los que afirmaron haberlo hecho de 5 a 9 veces en el último mes. Por su parte, el 5% las mujeres indicaron haberse emborrachado 3 veces en el último mes,

frente al 2.5% que afirmaba haberlo hecho entre 5 y 9 veces. De nuevo se realizó la prueba Chi cuadrado, mostrando diferencias estadísticamente significativas en función del sexo ( $\chi^2=55,01$ ;  $gl=16$ ;  $p=0,000$ ).

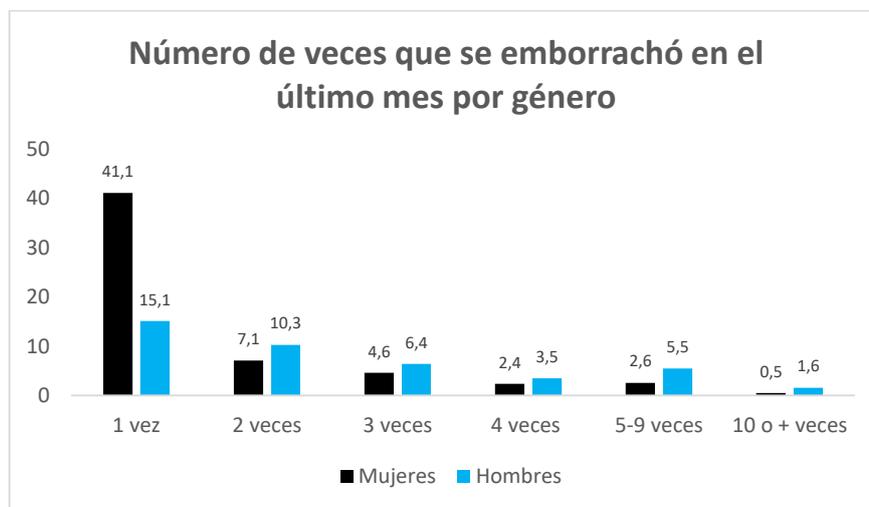


Figura 10: Número de veces que se emborrachó en el último mes por género.

Dentro del objetivo principal de este estudio está el tratar de conocer el patrón de consumo, para saber si existen atracones (*binge drinking*). Para ello, se les preguntó a los y las estudiantes en cuantas ocasiones habían tomado más de 5 bebidas alcohólicas por ocasión en un periodo aproximado de 2 horas, en el último mes (figura 11). El 30 % de los hombres y el 50% de las mujeres refirieron no haberlo hecho en ninguna ocasión. El 19% de los hombres y el 17% de las mujeres haberlo hecho un día, y un 13% de los hombres y un 10% de las mujeres haberlo hecho 2 días. Es destacable como un 15% de los hombres y un 9% de las mujeres afirman haber bebido dicha cantidad 4 o 5 veces en el último mes y un 8% de los hombres y 4% de las mujeres haberlo hecho entre 6 y 9 días en el mismo periodo. La prueba Chi cuadrado

mostró que las diferencias eran estadísticamente significativas ( $\chi^2=91,08$ ;  $gl=8$ ;  $p=0.000$ ).



Figura 11: Número de atracones o binge drinking en el último mes por género.

También se recogió información sobre la participación en los “botellones”. Así, los siguientes datos que presentamos giran en torno al fenómeno “botellón”, (ver figura 12). En primer lugar, se preguntó acerca de la participación en algún botellón en los últimos 6 meses. El 25% de los hombres y el 28% de las mujeres afirmaron no haber asistido a ningún botellón en el último medio año, en torno al 20% tanto de hombres como mujeres refirieron haberlo hecho 1 o 2 veces en este periodo. Un 16% y 14% de hombres y mujeres respectivamente lo hicieron de 3 a 5 veces, un 20% de los hombres, un 22% de las mujeres asistieron 1 o 2 veces al mes y el 20% de los hombres y 16% de las mujeres lo hicieron todas las semanas. La prueba  $\chi^2$  mostró que dichas diferencias en función del sexo eran estadísticamente significativas ( $\chi^2=11,39$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,022$ ).

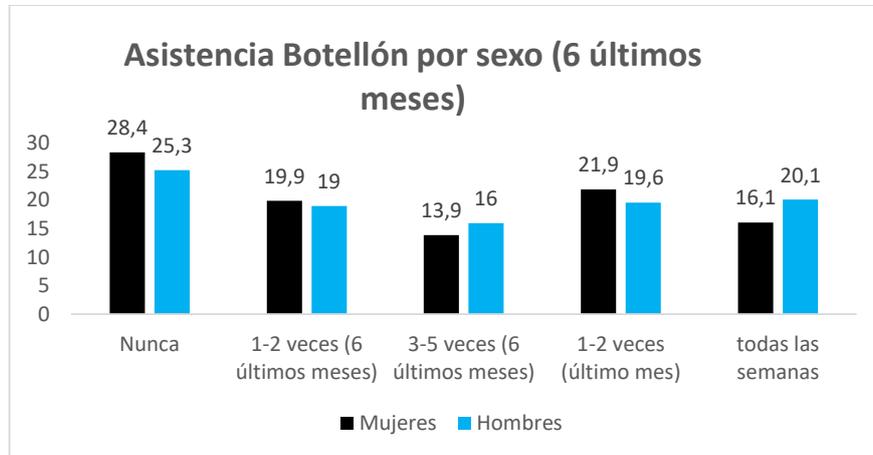


Figura 12: Asistencia a botellón en los 6 últimos meses por género.

De la misma forma se comparó la asistencia al botellón en función del ciclo. Como se observa en la figura 13, en el caso de los hombres, donde la prueba Chi cuadrado de Pearson muestra que las diferencias son significativas, ( $\chi^2=17,974$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,001$ ), los resultados muestran que hay una tendencia a asistir con menor frecuencia al botellón en el segundo ciclo que en el primero. El porcentaje de hombres que nunca asiste al botellón en el primer ciclo respecto al segundo es de 23% vs 28%, de los que asisten una o dos veces en los 6 últimos meses también es mayor 15% vs 16%. Este porcentaje se iguala si observamos a los que asisten de 3 a 5 veces en los 6 últimos meses, 16%. El de hombres que asisten 1 o 2 veces al mes es menor en este caso en el segundo ciclo, 22% vs 17% y en los que asisten todas las semanas 24% vs 17%. Sin embargo, en las mujeres, la prueba Chi cuadrado nos muestra que las diferencias encontradas pueden ser debidas al azar, no pudiendo afirmar entonces que los cambios encontrados en la asistencia al botellón sean representativos ( $\chi^2=7,015$ ;  $gl=4$ ;  $p=0,135$ ).

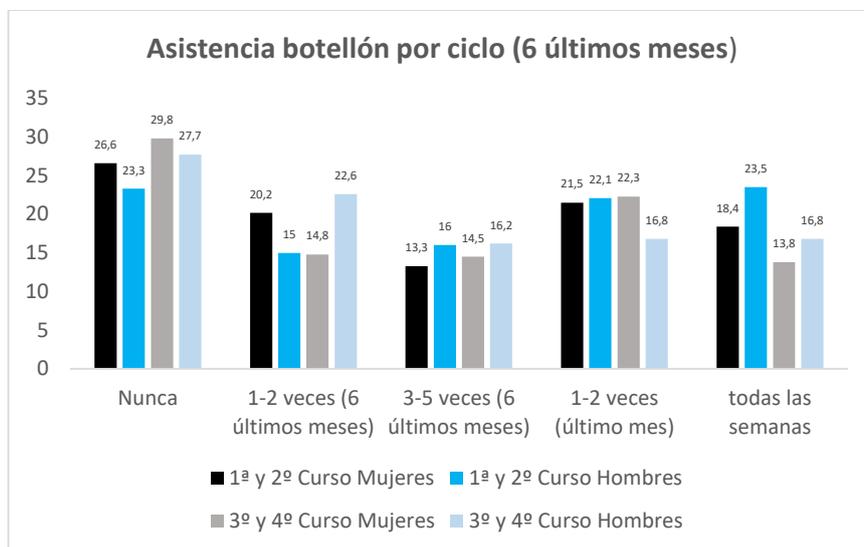


Figura 13: Asistencia a botellón en los 6 últimos meses por ciclo (curso).

Por último, Como observamos en la tabla 1, se comparó la asistencia al botellón en función del sexo y de la rama de conocimiento. El porcentaje de estudiantes que no ha ido nunca al botellón es mayor en las mujeres y hombres de Humanidades (37% y 42% respectivamente) y en las mujeres de Salud (40%). En contraposición, hay un porcentaje superior al 20% de estudiantes que asisten todas las semanas al botellón como es el caso de las mujeres y hombres de carreras experimentales (21% y 26%), los hombres de SEJ (20%) y de las mujeres y hombres de las carreras técnicas (20 y 24% respectivamente). Se realizó la prueba Chi cuadrado para comprobar si las diferencias encontradas eran significativas, encontrando que, en ambos casos, tanto para mujeres como para hombres, lo eran ( $\chi^2=43,697$ ; g.l.=16;  $p=0,000$  para mujeres y  $\chi^2=31,154$ ; gl=16  $p=0,013$  para hombres).

Tabla1: Asistencia al botellón en función del sexo y la rama de conocimiento en los 6 últimos meses

Frecuencia (6 últimos meses)	HUM		EXP		SEJ		TEC		SAL	
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
Nunca	36,6	42,1	28,9	25	26,4	25,4	19,4	20,8	40,4	28,6
1-2 veces	17,9	22,8	11,6	23,9	20,3	16,9	19,4	17,8	27,2	21,4
3-5	13,1	7	9,1	10,9	14,1	15,2	17,2	18,1	13,2	17,9
1-2 (mes)	18,6	21,1	29,8	14,4	22,5	22,3	23,9	19,7	11,4	21,4
todas las semanas	13,8	7	20,7	26,1	16,7	20,3	20,1	23,6	7,9	10,7

También se les preguntó por la cantidad de alcohol y por el tipo de bebida consumida durante el último botellón. Los datos están agrupados según la cantidad de UBE ingerida. La media de consumo es de 7,3 UBE para los hombres y de 5,1 para las mujeres, ( $F=76,045$ ;  $g.l.=1$ ;  $p=0,000$ ) como se observa en la figura 14.

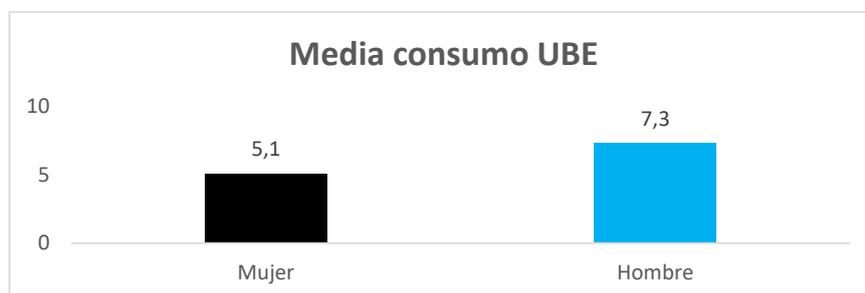


Figura 14: Media de consumo en UBE en el último botellón por sexo.

En la tabla 2 y figura 15, se han representado respectivamente los centiles y la distribución de porcentajes en función de las categorías de consumo que habíamos establecido (moderado, elevado y muy elevado). Como se aprecia en la figura 15, sólo el 23,1% de las mujeres y el 21,1% de los hombres muestran un consumo moderado. El 33,9% y el 35,8% de mujeres y hombres respectivamente, que asisten al botellón, realizan un consumo muy elevado. Por último, la categoría de consumo muy elevado (más del doble de la cantidad por encima de cual

es perjudicial el consumo), es la que tiene un mayor porcentaje tanto en mujeres (43%) como en hombres (41,1%). En este sentido, el centil 75 para las mujeres está en 6 y para los hombres en 9, lo que indica que el 25% de ambos sexos consumen por encima de 3 veces la cantidad máxima no dañina.

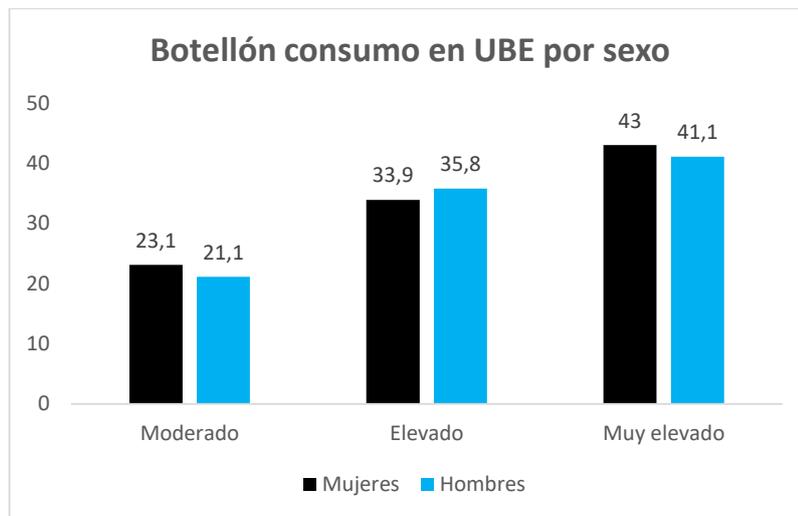


Figura 15: Consumo en UBE por sexo durante el último botellón.

Tabla 2: Consumo en UBE durante el último botellón por sexo.

		Mujeres	Hombres
Media		5,09	7,30
Varianza		19,37	36,91
Centil	25	3	4
	50	4	6
	75	6	9

Como ya se indicó, para conocer el patrón de consumo resulta interesante también conocer el tipo de bebida consumida. Los “combinados”, con una media de 4 unidades para los hombres y 3 para las mujeres, fueron las bebidas más consumidas seguidas de la cerveza, con una media de casi 2 para los hombres y 1 para las mujeres, y el

“calimocho” con casi una unidad tanto para hombres como mujeres. Otras bebidas como los licores fuertes y otros licores como el pacharán no llegaron a la unidad. Hubo diferencias significativas en función del sexo en la cerveza ( $F=70,30$ ;  $p=0,000$ ), combinados ( $F=73,33$ ;  $p=0,000$ ) y licores fuertes ( $F=9,78$ ;  $p=0,002$ ) y no las hubo para las dos bebidas menos consumidas: el calimocho ( $F<1$ ;  $p=0,590$ ) y licores de frutas ( $F<1$ ;  $p=0,956$ ) (figura 16).

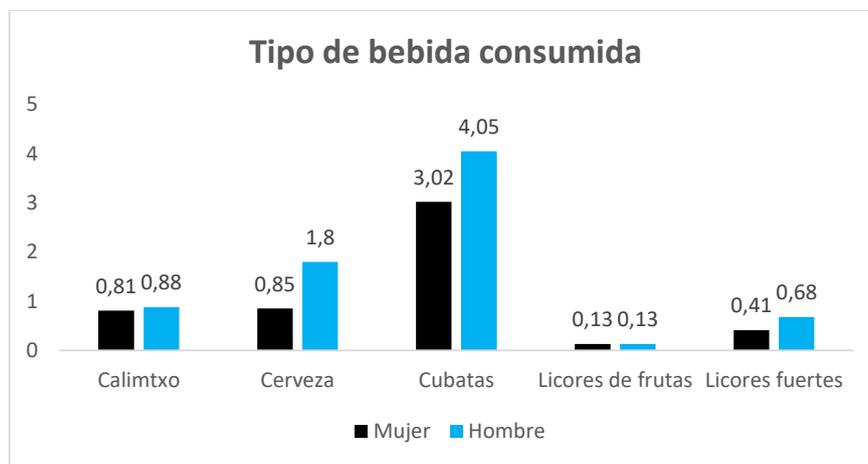


Figura 16: Tipo de bebida consumida en el último botellón.

Además, se les preguntó también por el consumo de otras sustancias durante el botellón (figura 17). El 40% de los hombres y 38% de las mujeres afirmó haber consumido otras sustancias durante el último botellón al que asistió. Cuando se le pregunta que sustancias consumieron, el 33% de los hombres y el 36% de las mujeres refirieron haber consumido tabaco ( $\chi^2=1,58$ ; g.l.=1;  $p=0,208$ ). Un 16% de los hombres y un 11% de las mujeres, cannabis ( $\chi^2=11,04$ ; g.l.=1;  $p=0,01$ ). El 1,2% de los hombres y el 0,4 de las mujeres cocaína en polvo ( $\chi^2=4,31$ ; g.l.=1;  $p=0,038$ ), un 0,6% y 0,4% de hombres y mujeres respectivamente extasis o MDMA ( $\chi^2=1,12$ ; g.l.=1;  $p=0,288$ ) y en porcentajes menores en torno al 0,2 % para hombres y 0,1% para mujeres speed y anfetaminas ( $\chi^2=1,65$ ; g.l.=1;  $p=0,199$ ;  $\chi^2=1,07$ ; g.l.=1;

p=0,301), el porcentaje de otras sustancias no especificadas para hombres es del 1% y del 0% para mujeres ( $\chi^2=9,94$ ; g.l.=1; p=0,002).

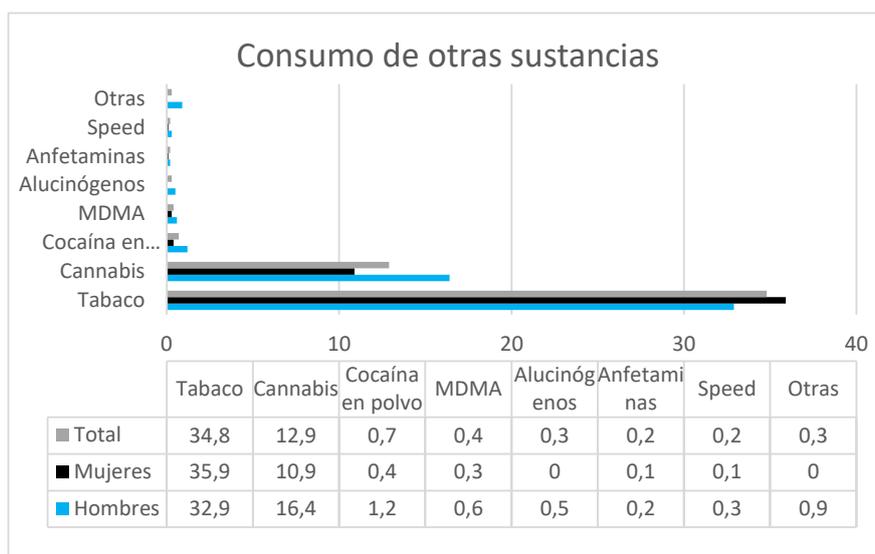


Figura 17: Consumo de otras sustancias en el último botellón por género.

Igualmente, se incluyeron preguntas para valorar las actitudes de los estudiantes hacia el fenómeno del botellón. En este sentido, se les preguntó si estaban de acuerdo con la habilitación de espacios específicos para el botellón (“botellódromos”) por parte de los ayuntamientos u organismos gubernamentales. Un 80% de los y las encuestadas afirma estar de acuerdo con esta iniciativa, lo que refleja el acuerdo y apoyo de este sector con la realización de dicho evento

Con el objetivo de conocer la percepción de los y las jóvenes sobre los efectos y consecuencias del alcohol, se les preguntó si habían experimentado alguna vez alguna consecuencia por consumir alcohol u otras drogas, para lo cual debían elegir dos ítems entre los 11 de una lista (figura 18). Los resultados obtenidos reflejan que el 40% de los hombres y el 46% de las mujeres refieren no haber encontrado ninguna consecuencia negativa por el consumo de sustancias psicoactivas

( $\chi^2=32,94$ ; g.l.=2;  $p=0,000$ ). Un 23,3% de los hombres y un 15,2% de las mujeres, han faltado alguna vez a clase como consecuencia del consumo ( $\chi^2=26,63$ ; g.l.=2;  $p=0,000$ ). Un 3,1% y 2% de hombres y mujeres respectivamente afirman haber tenido problemas económicos ( $\chi^2=5,74$ ; g.l.=2;  $p=0,057$ ). Un 0,7% de las mujeres y un 1,9% de los hombres refiere haber tenido accidentes a consecuencia del consumo ( $\chi^2=10,49$ ; g.l.=2;  $p=0,005$ ).

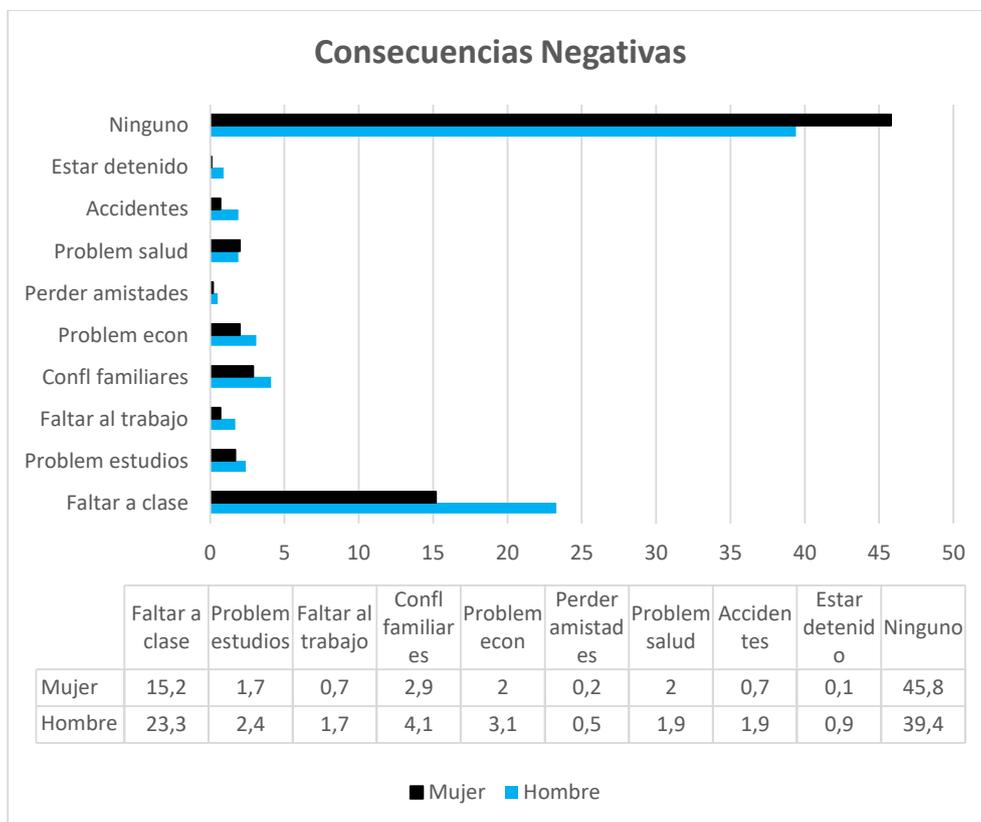
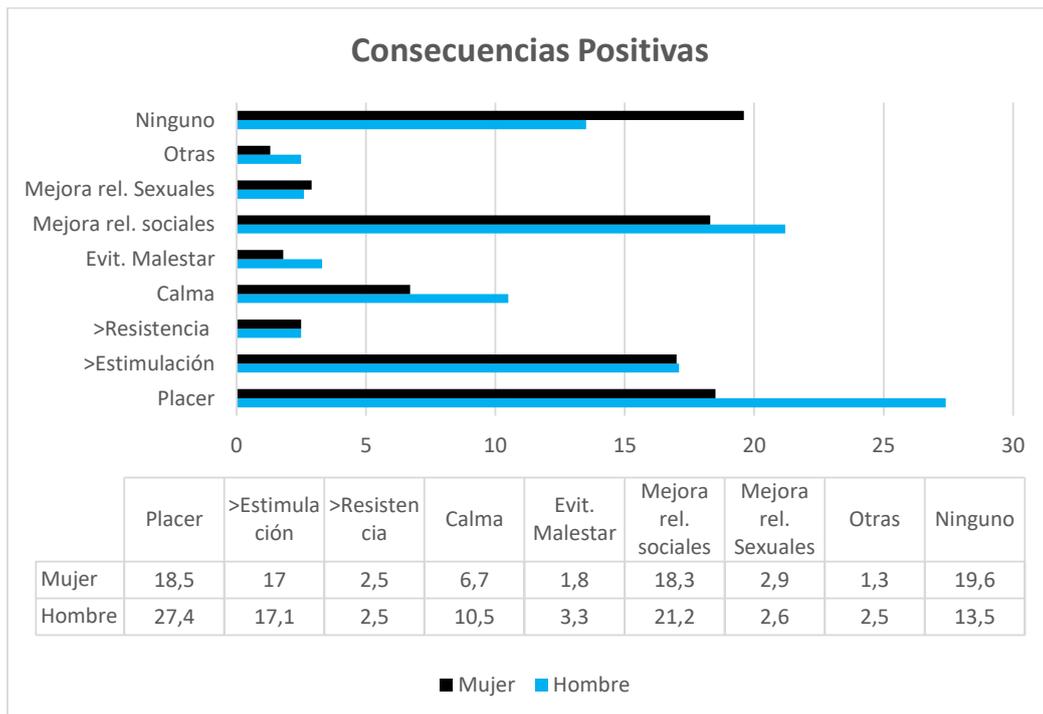


Figura 18: Percepción de las consecuencias negativas del consumo de sustancias por género.

Por otro lado, se les preguntó a los y las jóvenes acerca de las consecuencias positivas del consumo de sustancia, pudiendo elegir un máximo de dos opciones de una lista de 9 alternativas. Los resultados

obtenidos reflejan que el 13,5% de los hombres y 19,6% de las mujeres afirman no haber obtenido ningún beneficio en el consumo de sustancias ( $\chi^2=24,11$ ; g.l.=2;  $p=0,000$ ). En contraposición, un 27% de los hombres y un 19% de las mujeres refieren haber obtenido placer y bienestar a través del consumo ( $\chi^2=28,87$ ; g.l.=2;  $p=0,000$ ), un 21% de los hombres y un 18% de las mujeres una mejora en sus relaciones sociales, un 17% para ambos sexos, estimulación y energía, un 10,5% y 7% respectivamente, calma o tranquilidad, y en porcentajes menores ( $\chi^2=12,52$ ; g.l.=2;  $p=0,002$ ), en torno al 3% para ambos sexos, resistencia a la fatiga, evitación de molestias ( $\chi^2=7,37$ ; g.l.=2;  $p=0,025$ ), mejora en las relaciones sexuales u otras consecuencias positivas (figura 19).



*Figura 19: Percepción de las consecuencias positivas del consumo de sustancias por género.*

Para conocer la etiología del consumo de alcohol, se preguntó sobre dónde y con quién comenzó el consumo, dato relevante para poder prevenir dicho consumo. Los resultados obtenidos reflejan cómo más de la mitad de hombres y mujeres, 54,4% y 61,9% respectivamente, afirma haberlo hecho en fiestas, seguidamente, bares y la calle son los lugares más frecuentes para el inicio del consumo en torno al 20% para hombres y mujeres. En menor medida, trabajo, casa y colegio aparecen lugares donde apenas el 2% inicia su consumo ( $\chi^2=16,38$ ; g.l.=5;  $p=0,006$ ) (figura 20).

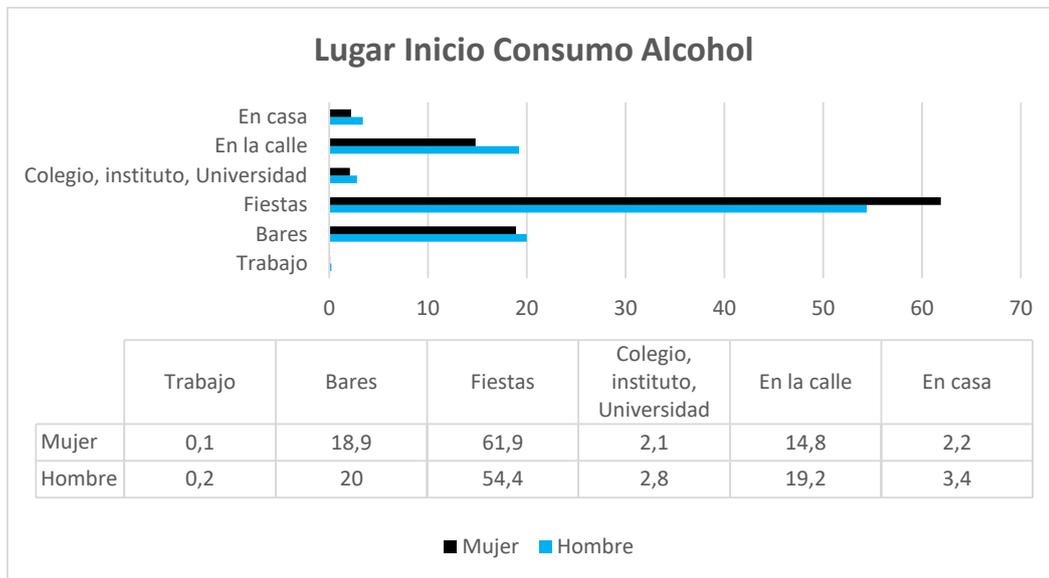


Figura 20: Lugar de inicio del consumo de alcohol.

Cuando preguntamos con quién, los resultados muestran cómo el 90% de hombres y mujeres han comenzado a tomar alcohol con amistades. Un 7% de hombres y un 6% de mujeres lo han hecho en familia, un 2% y 5% de hombres y mujeres, respectivamente, en pareja, y un 0,3 y 0,4%, de estos mismos sexos, en soledad (figura 21) ( $\chi^2=11,37$ ; g.l.=3;  $p=0,010$ )

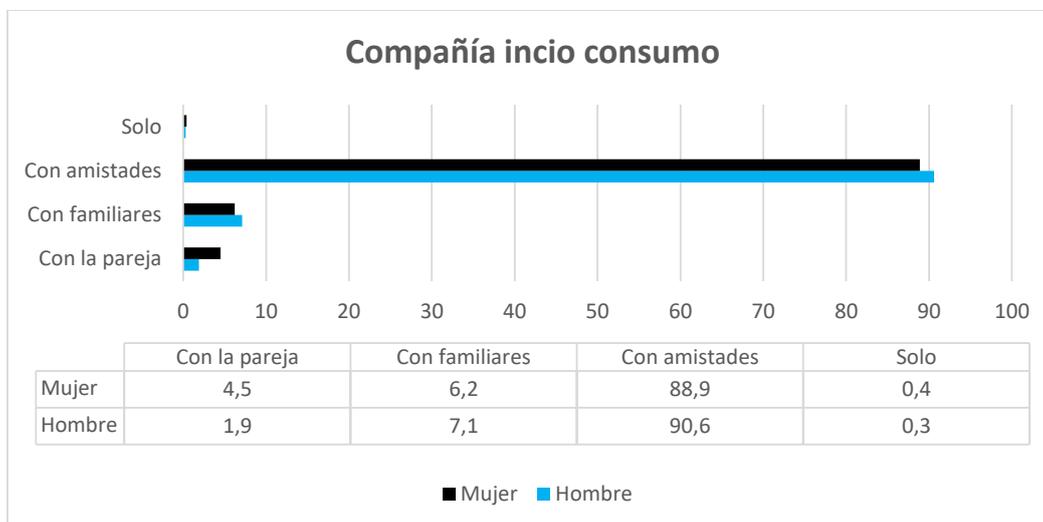


Figura 21: Compañía en el inicio de consumo de alcohol por género.

### 6.3. Discusión

El objetivo del presente estudio era conocer diversos aspectos del consumo de alcohol entre jóvenes universitarios andaluces, en especial en lo relativo al fenómeno del botellón. Así, en primer lugar, se tomaron datos generales acerca del consumo de alcohol en esta misma población en función del sexo, la rama de conocimiento y el curso. Los resultados han hallado un consumo perjudicial, es decir un consumo elevado o muy elevado de alcohol (más de 3 unidades de bebida estándar [UBE] en hombres y más de 2 en mujeres) en un porcentaje significativo de estudiantes. Aproximadamente el 50% de los y las que consumen tienen un consumo perjudicial, teniendo en cuenta las diferencias de género a la hora de establecer la cantidad específica que supone un consumo moderado (hasta 3 UBE en hombres y 2 UBE en mujeres). Así, durante la semana un 10% de los estudiantes presentan un consumo perjudicial de alcohol, que se eleva al 40-50% en los fines de semana. En concreto, el consumo muy elevado entre semana es de 2% y 7% en mujeres y

hombres respectivamente y en torno al 20% en los fines de semana para ambos sexos, lo que supone consumir diariamente por encima de 6 (hombres) y 4 (mujeres) unidades de bebida estándar respectivamente, aspecto que supone un importante riesgo para la salud (Topiwala et al., 2017). Si lo comparamos con su tramo de edad de 15 a 34 años de la encuesta ESTUDES (2016), podemos ver como en esta última, se refleja que entre semana 37.5% de la muestra afirma haber bebido en los últimos 30 días, y un 97% haberlo hecho los fines de semana, aunque no se especifica la cantidad ingerida.

Entre los estudiantes, aunque existen bastantes similitudes en función de la rama de estudio y del sexo no todos muestran el mismo patrón. Si nos fijamos en el fin de semana, es destacable como en las carreras de experimentales, las mujeres tienen un consumo más elevado que los hombres, ya que el 50% de ellas tiene un consumo perjudicial frente al 40% de los hombres, siendo el consumo muy elevado del 20% para ambos casos. En las carreras del área de salud, el 50% de los estudiantes de ambos sexos tienen un consumo perjudicial, dentro del cual, el 20% de las mujeres tienen un consumo elevado frente al 25% de los hombres, y un 17% de las estudiantes un consumo muy elevado frente al 14% de los hombres.

Para el consumo entre semana, las diferencias más llamativas aparecen en humanidades, donde los hombres tienen un consumo mayor que las mujeres, para los tres tipos de consumo (moderado, elevado, muy elevado) siendo 96% de mujeres frente a 86% hombres para consumo moderado, 2% mujeres y 7% hombres, para el consumo elevado y 1,4% vs 7% para el consumo muy elevado en mujeres y hombres respectivamente. También aparece un mayor consumo perjudicial en los hombres de las carreras experimentales, donde el 2.4% de las mujeres tiene un consumo elevado frente al 8.6% de los hombres.

En cuanto a la media de consumo diario, los datos muestran que no hay diferencias significativas en función del sexo ni tampoco en función de la rama de conocimiento, a excepción de las mujeres de las carreras técnicas que muestran un consumo mayor respecto a las demás mujeres. No se han encontrado diferencias significativas en función del ciclo.

También se ha analizado en nuestro estudio la media de consumo en fines de semana, entre semana y la media diaria, comparándolo entre hombres y mujeres. Los datos nos muestran que, en el fin de semana, aunque tanto hombres como mujeres tienen un consumo similar, estas últimas tienen un mayor porcentaje de consumo moderado (52% vs 50%), un menor consumo elevado (23% vs 28%), pero sin embargo también tienen un mayor porcentaje de consumo muy elevado, con un destacable 25% frente al 22% de los hombres. Ambos porcentajes son preocupantes, ya que estamos hablando que 1 de cada 4 mujeres tiene un consumo muy elevado, más de 4 UBE en el caso de las mujeres, y más de 6 en el caso de los hombres, que también tienen un porcentaje bastante preocupante. Necesitamos hacer conscientes a las mujeres de las diferencias biológicas respecto al consumo, su tasa de tolerancia y metabolización del alcohol es menor respecto a los hombres, ya que muchas pueden no ser conscientes de ellos, y estar bebiendo en cantidades parecidas a los hombres, con unas mayores consecuencias para salud.

Entre semana, el 93% de las mujeres y 90% de los hombres tienen un consumo moderado, siendo menor a 3 UBE para hombres y 2 para mujeres. El 4,5% de las mujeres y el 7,3% de los hombres tiene un consumo elevado, superando las cantidades antes citadas, y el 2,1% de las mujeres y 2,7% de los hombres tienen un consumo muy elevado, superando las 4 UBE en el caso de las mujeres y las 6 en el de los hombres. Esto, cobra especial interés si lo comparamos con el 2% de

los hombres y 0,9% de las mujeres de 15 a 24 años que beben a diario en España (EDADES, 2015). Al hacer la media de consumo diario, no se encontraron diferencias significativas en función del sexo.

En definitiva, nos encontramos un perfil de estudiante que entre semana tiene un consumo más moderado, sin embargo, en el fin de semana se eleva hasta tasas muy perjudiciales resultados que coinciden con los encontrados por Baigorri et al., (2001). El 76% de los estudiantes afirma haber bebido en el último mes, frente al 59,5% del grupo de 15 a 24 años según EDADES (2015). Además, en nuestro estudio, el 52% de las mujeres y el 49% de los hombres afirman haberlo hecho de manera moderada, un 23% de las mujeres y un 28% de los hombres tuvieron un consumo elevado y el 25% de las mujeres y el 23% de los hombres un consumo muy elevado. No obstante, téngase en cuenta que este grupo de referencia que incluye de los 15 a los 24, incluye un rango de edad de entre 15 a 18 años aproximadamente, donde las características propias de la minoría de edad podrían estar haciendo que esta media sea menor que en el grupo de 18 a 24 años en el que se encuentra la mayor parte de la población universitaria.

Uno de los riesgos asociados el alcohol viene derivado de las borracheras. En concreto existe un tipo de patrón de consumo asociado a esta sustancia, el botellón, donde se ingieren grandes cantidades de alcohol en un breve periodo de tiempo, como hemos visto (Anderson y Baumberg, 2006). Este tipo de patrón, también conocido como *binge drinking*, (OMS, 2008) se ha tenido en cuenta en nuestro estudio. Según hemos podido registrar, el 41% de las estudiantes y el 15% de los estudiantes, afirman haberse emborrachado solo una vez en el último mes, sin embargo, el resto afirma haberlo hecho en más de una ocasión, siendo en algunos casos bastante frecuente como el 2,6% de las mujeres y el 5,5 % de los hombres que las que afirman haberlo hecho entre 5 y 9 veces o el 0,5% de las mujeres y el 1,6% de los hombres que refieren

haberlo hecho 10 o más veces, lo que significa que lo hace todos los fines de semana y algún día entre semana. Extrapolando estos datos al conjunto de la población universitaria andaluza (aproximadamente 250.000 estudiantes), esto supondría que unas 625 mujeres y 2500 hombres se emborrachan más de dos veces a la semana.

Cuando le preguntamos por el *binge drinking* o atracón, consumir más de 5 bebidas por ocasión en un periodo de 2 horas, un 30% de los hombres afirma no haberlo hecho en ninguna ocasión frente al 50% de las mujeres. Sin embargo, un 20% de ellos y un 17% de ellas reconoce haberlo hecho en una ocasión en el último mes, un 15% de ellos y un 9% de ellas, haberlo hecho 4 o 5 veces y un 8% de ellas y un 4% de ellas en al menos 9 ocasiones, datos que ponen en relieve la gravedad y la alta frecuencia de este patrón de consumo. En esta ocasión, ESTUDES (2017) refleja que en el tramo de edad de 15-24 años la prevalencia del *binge drinking* en el último mes es del 30,6%, lo que supone una prevalencia menor, debido quizás a que se incluyen los menores de 15 a 18, como se dijo anteriormente.

Ligado a dicho patrón, se encuentra el conocido botellón, en el cual, como hemos visto en la literatura (Calafat et al., 2007; Isorna et al., 2015; Motos et al., 2015), distintos autores relacionan con consumos abusivos tanto de alcohol como de otras sustancias. Según nuestros datos, en los 6 últimos meses hay un 20 % de estudiantes que han asistido una o dos veces, un 15% de 3 a 5 veces. En torno al 20% tanto de ellos como de ellas lo han hecho una o dos veces en el último mes y un 20% de los estudiantes y un 16% de ellas afirma haberlo hecho todas las semanas. En función del ciclo en el que se encuentran, hemos visto que hay un descenso de la asistencia al botellón en hombres, puede que debido a que los botellones suelen ser un lugar donde van muchos menores, y los estudiantes universitarios, con el paso de los años, pueden cambiar el botellón por beber en pisos o en otros lugares. Aun

así, de nuevo estos datos son más que preocupantes, dada la alta asistencia a este tipo de evento por parte de los y las estudiantes.

Otro de los datos que hemos considerado relevante medir, es la cantidad de alcohol que se consume en los botellones. Los datos reflejan que la mayoría de la gente que asiste a los botellones, en concreto, un 38% de los hombres y un 34% de las mujeres, consumen entre 0 y 6 UBE. Casi un 20% de ambos sexos afirma consumir entre 6 y 9 UBE, y un 23% de ambos sexos más de 9 UBE. Estos datos son bastante alertadores, dada la cantidad de alcohol que esto supone, así como los riesgos asociados a este consumo. Si calculamos la media obtenemos que los hombres consumen una media de 7,3 UBE en cada botellón y las mujeres 5,1, en ambos casos una cantidad que supone un consumo muy elevado y perjudicial, siendo la bebida más consumida los combinados, suponiendo un consumo de más del doble de la siguiente bebida más consumida, la cerveza.

Otras de las características de botellón es el consumo de otro tipo de sustancias (Cortés, Espejo, Giménez, 2007, 2010; Zaldívar et al., 2011), según nuestros datos, en torno al 40% de los y las que asisten al botellón consumen otras sustancias. Entre ellas las más frecuentes son el tabaco (36% mujeres y 33% de los hombres), y el cannabis (11% mujeres y 16% de los hombres). La siguiente sustancia más consumida es la cocaína en polvo, con un 1,2% de los hombres y un 0,4% de las mujeres. Estos datos coinciden, en términos generales con los proporcionados por ESTUDES (2016) donde el consumo de tabaco en el botellón es del 40,2%, el del cannabis 9,5% y la cocaína en polvo 1,9%. Otro estudio (Golpe et al., 2017), refiere que el 56,8% de los asistentes a los botellones consumen tabaco, un 37,3% cannabis, y un 3,6% cocaína, unos datos más elevados que los encontrados en nuestro estudio, debido quizás a que no especifica ni el rango de edad ni el sexo de los participantes.

En términos generales, el 81,9% de los estudiantes dice haber consumido alcohol en el último año, “una cifra muy alta que refleja la magnitud del problema al que nos enfrentamos”, en opinión del delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; asimismo, el 35,3% ha consumido tabaco en el último año, el 26,6% cannabis, el 11,6% hipnosedantes, el 2,5% cocaína, el 2% alucinógenos, el 1,7% anfetaminas y el 0.7 % heroína.

Como hemos visto el botellón, es un evento social donde se consumen distintas sustancias, no solo alcohol. Además, es un lugar de referencia entre los jóvenes, donde estos además de reunirse en torno al consumo de alcohol, experimentan, intercambian y se identifican con su grupo de iguales (Calafat et al., 2007; Cortés et al., 2007; Llorens et al., 2011). Con el objetivo de conocer mejor la concepción y la percepción de los jóvenes acerca del consumo de sustancias, tanto alcohol como otras sustancias psicoactivas, se les preguntó si alguna vez habían experimentado consecuencias negativas por el consumo de sustancias. Casi la mitad, un 40% de los hombres y un 46% de las mujeres afirman que no han encontrado ninguna consecuencia perjudicial en el consumo de sustancias. La única consecuencia que parecen encontrar es el haber faltado alguna vez a clase como consecuencia del consumo como refieren el 23% de los hombres y el 15% de las mujeres. Sin embargo, si les preguntamos por las consecuencias positivas del consumo, los datos son totalmente distintos. Aunque el 14% de los hombres y el 20% de las mujeres afirman no haber encontrado ninguna consecuencia positiva en el consumo, un 27% de los hombres y un 19% de las mujeres afirman que obtienen placer y bienestar con el consumo. En torno al 20% de ambos sexos, una mejora en sus relaciones sociales, un 17% estimulación y energía y un 11% de los hombres y 7% de las mujeres calma y tranquilidad. Con lo cual, como podemos observar en los datos, los jóvenes tienen por lo general una concepción positiva acerca de las

drogas, no encontrando grandes consecuencias negativas, al contrario, encuentran beneficios en el consumo. Un dato a tener en cuenta a la hora de enfocar la prevención y el abordaje de este tema que nos atañe, el consumo.

Es interesante, desde el punto de vista de la intervención, conocer cuáles son las variables que intervienen en cualquier problema que queramos abordar. En este caso, hemos visto que el inicio en el consumo es uno de los factores más relevantes a la hora de desarrollar una adicción o de mantener un consumo elevado (Warner et al., 2007; Cortés et al., 2007; Dawson et al., 2008). Por tanto, les preguntamos a los y las estudiantes que dónde y con quién habían iniciado el consumo de alcohol. Más de la mitad (54% de los hombres y 62% de las mujeres) lo hicieron en fiestas. En la calle y en los bares, lo hicieron el 20% de ambos sexos. El porcentaje restante lo hizo en la universidad, instituto, colegio o en casa. La gran mayoría, inició el consumo con amigos (90%). En mucho menor porcentaje, en torno al 5%, con familiares o pareja.

Como hemos visto, estamos ante unas tasas de consumo bastante elevadas, con unos patrones de consumo que facilitan que se consuma mucho alcohol en pocas horas, y que además en algunos casos se combina con el uso de otras sustancias como es el caso del botellón. Las consecuencias para la salud están más que demostradas, y la posibilidad de acabar padeciendo alguna enfermedad derivada de esta ingesta, o de acabar cronicándose ese consumo son elevadas (Warner et al., 2007; Topiwala et al., 2017). Además, como hemos visto en los resultados del estudio, hay casi una equiparación en el consumo de alcohol entre hombres y mujeres, cuando, ante una misma cantidad los efectos son más perjudiciales para las mujeres, como acredita la OMS, lo cual sugiere, que quizás no exista una consciencia real de las consecuencias del consumo. Es, por todo esto, que se hace necesario

cambiar la estrategia que se está siguiendo hasta el momento para la prevención del consumo, ya que los jóvenes universitarios son hoy por hoy una población que se encuentra en situación de alto riesgo como hemos visto anteriormente. Dado que el patrón de consumo parece bastante definido y claro, el botellón, a raíz tanto de este estudio como de otros citados durante el mismo, parece que se presenta como uno de los puntos a intervenir. Plantear alternativas que impliquen una reducción del consumo se hace necesaria. Y es importante que se evalúe en todo momento si estas estrategias están siendo efectivas, y si de verdad se está “atacando” a la raíz del problema. Ya que, probablemente, este tipo de consumo que se da en jóvenes, es también, un reflejo del consumo de alcohol en nuestra sociedad, donde esta sustancia está muy aceptada, y donde los adultos e incluso las figuras de referencia de estos jóvenes consumen alcohol, suponiendo por tanto un mal modelo de conducta. Importante también, contar con la colaboración y la participación activa de los propios jóvenes y del resto de implicados a la hora de buscar soluciones, ya que, las medidas tomadas hasta ahora, no parecen estar frenando el problema al que nos enfrentamos, bien porque los jóvenes no valoran realmente esas alternativas, o bien porque realmente no se está haciendo todo lo que se puede hacer por parte de algunas instituciones como el estado, quien obtiene un importante beneficio económico del consumo de alcohol, ya sea en botellón o en bares.

Cabe hacer una última reflexión, en relación también en la que se hizo en el primer estudio, respecto a las diferencias asociadas al sexo. Como hemos podido ver a la luz de los resultados, el consumo de alcohol se da a un mayor nivel en hombres que en mujeres, aunque como se demuestra en este estudio en comparación con datos de otros años (ESTUDES, 2016) cada vez el consumo es más similar entre ambos sexos. Estas diferencias existentes podrían deberse a la presión que ejerce una sociedad clásicamente machista, donde está peor visto

que una mujer consuma alcohol que un hombre, aunque como se ha dicho, en relación con los avances sociales que se están dando para la igualdad de géneros, esto está cambiando. Sin embargo, en el caso del alcohol sería importante hacer conscientes a los y las consumidoras de una diferenciación respecto al sexo que si podría ser importante tener en cuenta. Hablamos del hecho de que, a nivel biológico, las mujeres metabolizan el alcohol de manera distinta a los hombres y, por tanto, ante un mismo consumo, este sería más dañino para ellas, debido a las citadas diferencias biológicas (Day et al., 2004; Nolen-Hoeksema, 2004). Por tanto, sería importante hacer consciente a la juventud de que, aunque a nivel social el consumo de alcohol deba ser considerado de igual manera independientemente del género, sí que sería importante tener en cuenta el sexo, ya que podría ser más perjudicial para la salud que una persona de sexo femenino consuma la misma cantidad que una de sexo masculino.

## 7. CONCLUSIONES

Los objetivos de nuestro primer estudio eran caracterizar la percepción del riesgo asociado al consumo tanto de sustancias legales como ilegales, buscando la relación entre esta variable y el consumo en los y las jóvenes de entre 18 y 29 años. Como hemos podido concluir, a raíz de los resultados, podemos decir que hemos avanzado en el conocimiento que tenemos sobre cómo perciben los jóvenes las sustancias estudiadas respecto a lo que ya conocíamos por las encuestas nacionales, en las que el riesgo de cada sustancia se valora de manera menos específica. En relación al primer sub-objetivo, especificar cómo perciben el riesgo del consumo de sustancias legales (alcohol, tabaco) e ilegales (cannabis, cocaína, alucinógenos, inhalantes, anfetaminas, drogas de diseño y heroína) en relación a 6 dimensiones: accidentes de tráfico, problemas psíquicos (ansiedad, pérdida de memoria, daños cerebrales, etc.), problemas en casa o de relación con los amigos, problemas legales, capacidad de hacer tareas y provocar enfermedades crónicas o problemas de salud física, observando si existen diferencias en función del sexo en las dimensiones perceptivas indicadas en el objetivo, los resultados muestran como la juventud es consciente del peligro que entraña el alcohol en relación con los accidentes de tráfico, la capacidad para realizar tareas, la salud y los problemas legales, sin embargo, casi una tercera parte no asocia esta sustancia con problemas psíquicos o en las relaciones interpersonales. Esto puede ser debido a que las campañas se han centrado principalmente en el riesgo del alcohol sobre la conducción y la salud, pero no sobre el resto de consecuencias que puede tener el consumo reiterado, a pesar de que dichos efectos también están demostrados científicamente. También podemos ver como la gran mayoría de las personas encuestadas asocian el tabaco con problemas para la salud y problemas psíquicos, entendiendo estos últimos, probablemente, como los problemas de ansiedad que acarrea la adicción al tabaco. Respecto a los inhalantes

podemos ver como hay un gran desconocimiento debido, seguramente, a que es una sustancia poco consumida en Andalucía. En cuanto al cannabis, la sustancia ilegal más consumida en nuestra comunidad, los datos muestran cómo existe una percepción de riesgo mucho más baja en torno a esta sustancia que el resto de las ilegales, viéndola tres veces menos peligrosa. También existe la concepción de que es menos peligrosa para la salud que el tabaco, y que es tres veces menos peligrosa, en cuanto a la posibilidad de sufrir problemas psíquicos, como los síntomas psicóticos o el aumento del riesgo de esquizofrenia que muestran algunos estudios (Iyalomhe, 2009; Fernandez-Artamendi, Fernández-Hermida, Secades-Villa y Garcia-Portilla, 2011), que el resto de sustancias alucinógenas. Por su parte, la cocaína y las anfetaminas son consideradas como peligrosas para la salud física y psíquica, y las drogas de diseño y la heroína son vistas como igual de peligrosas.

En cuanto a las diferencias en función del sexo, dentro de nuestro primer sub-objetivo, hemos visto cómo en siete de las nueve drogas estudiadas las mujeres tienen una mayor percepción de riesgo. A diferencia de lo que muestra la encuesta EDADES (2017), que indica que las mujeres tienen una menor percepción de riesgo para el tabaco que los hombres, en nuestros resultados las mujeres muestran una mayor percepción de riesgo para las consecuencias para la salud y problemas psíquicos ocasionados por esta sustancia, aunque como se dijo anteriormente, esto puede ser debido a que en la encuesta estatal solo se hace una pregunta genérica para evaluar dicho riesgo. Por otro lado, respecto a los inhalantes, no se encontraron diferencias significativas en función del sexo, así como en algunas de las dimensiones específicas de otras drogas, como el riesgo para la salud física ocasionado por la cocaína, y la relación entre los accidentes de tráfico y los daños para la salud física que provoca el consumo de anfetaminas. Respecto al cannabis, hemos visto cómo las mujeres, por

---

lo general, tienen una percepción de riesgo más alta que los hombres, agrupándose en el grupo estricto, estando por tanto más protegidas al consumo que los hombres.

En definitiva, de este estudio se pueden concluir la necesidad de seguir actualizando el patrón de creencias o percepciones que los jóvenes tienen de las drogas con el objeto de enfatizar aspectos que en su visión parecen estar sesgados, como se ha puesto de manifiesto en este estudio. Ejemplo de ello es el caso de los problemas psíquicos derivados del alcohol o de los que derivan del cannabis ya señalados.

El segundo sub-objetivo de nuestro primer estudio era evaluar una posible relación entre el consumo de ciertas drogas, como el cannabis, la cocaína, las drogas sintéticas y el alcohol, y la percepción del riesgo de sufrir accidentes de tráfico por conducir bajo la influencia de dichas sustancias y ver si existían diferencias entre sexos. Descubrimos que había una correlación negativa entre el consumo y la percepción de riesgo, a mayor consumo menor percepción de riesgo y viceversa, en cada una de las drogas estudiadas, existiendo una gran diferencia entre los que nunca han probado la sustancia y quienes lo han hecho en el último mes, como en el caso del hachís, donde el 41,5% de los consumidores considera que esta sustancia no causa problemas en la conducción. La explicación más plausible a este hecho es que la exposición a riesgos sin consecuencias negativas aumenta la probabilidad de que se produzca un comportamiento de alto riesgo mediante el desarrollo de una falsa percepción de seguridad. Aunque hay que tener en cuenta que se trata de un estudio correlacional transversal y no longitudinal ni experimental. En el caso del alcohol, podemos observar que la percepción de riesgo es más alta tanto en los consumidores como los no consumidores, probablemente por el efecto de las campañas que llevan haciéndose desde hace décadas, así como los controles policiales y el endurecimiento de las penas. Sin embargo,

aún sigue existiendo una correlación negativa entre percepción de riesgo y consumo. De la misma forma, sigue existiendo una diferenciación entre sexos, teniendo las mujeres una mayor percepción de riesgo y un menor consumo que los hombres. Por tanto, podríamos concluir que, a mayor consumo, menor será la percepción de riesgo de que se produzca un accidente de tráfico por conducir bajo los efectos de alguna de estas sustancias.

El último de los sub-objetivos de nuestro primer estudio era tratar de determinar la existencia de patrones de percepción de riesgo entre los jóvenes de 18 a 29 años. Mediante el análisis de conglomerados se formaron tres grupos según el nivel de percepción de riesgo: Estricto, con una percepción de riesgo más alta, donde se agrupaban más del 50% de los participantes, que consideraban que todas las drogas eran peligrosas excepto en el caso del tabaco donde solo consideraban que era peligroso para la salud. Un segundo grupo, consciente-permisivo, donde se agrupan aproximadamente un 30% de los jóvenes, y que tienen una visión menos estricta que los del grupo anterior, por lo que los niveles de percepción de riesgo son algo más bajos, pero en el mismo sentido. Y, por último, el grupo laxo, donde se encuentran cerca del 20% de los participantes, que piensan que las drogas rara vez causan problemas. En concreto, respecto al cannabis muestran unas puntuaciones de percepción de riesgo más bajas que para el resto de drogas, uno de cada 5 miembros de este grupo piensa que el cannabis no es peligroso. Esto, a su vez está relacionado con el consumo, ya que es 14,3 veces más probable que una persona del grupo laxo sea consumidora que una del grupo estricto, y 2,75 veces más probable que una que está en el grupo consciente permisivo.

En esta misma línea, mediante un análisis de regresión logística, se vio que el estilo perceptivo era capaz de predecir correctamente el 80,4% de los consumidores de cannabis. Cuando en la ecuación se

---

incluía el consumo de alcohol y tabaco y la edad con la que se tomó el primer combinado o se probó el cannabis, se llega a predecir correctamente el 97,6% de los consumidores de esta última sustancia, aunque, eso sí, no se indica la direccionalidad. Por tanto, también podemos concluir que la edad con la que se tiene el primer contacto con estas sustancias puede estar influyendo en el consumo. Esto es un dato relevante a tener en cuenta a la hora de trabajar la prevención, ya que la mayoría de los consumidores de cannabis se iniciaron en la adolescencia (67,4%), y que además el consumo de cannabis apenas se ha reducido en los últimos años, por tanto, podría ser efectivo orientar parte de las campañas a una población más joven, antes de que se produzca el primero contacto con la sustancia. Hay que decir que se trata de un estudio trasversal, por tanto, no podemos saber la direccionalidad, lo que hace necesario un estudio longitudinal.

Otro aspecto importante que hemos investigado en nuestro trabajo es las fuentes de información que utilizan los jóvenes. Como hemos visto en el caso del cannabis, en el grupo laxo, donde se encuentran los consumidores, las fuentes más usadas son los amigos, otros consumidores o internet, frente a los padres que son la fuente de información más frecuente en el grupo estricto. Esto también es un dato a tener en cuenta, ya que el hecho de que los consumidores se informen por vías poco fiables o de gente que es consumidora podría estar facilitando que haya una visión laxa acerca de las consecuencias del consumo, una percepción de riesgo más baja y por tanto una mayor probabilidad de consumir, en este caso, cannabis.

En torno al segundo estudio, nuestro objetivo era estudiar el fenómeno del botellón. Para ello, en primer lugar, nos planteamos el sub-objetivo de conocer cuánto bebían los y las estudiantes en función del curso, de la rama de estudio y del sexo. Así, comenzamos categorizando el consumo en tres grupos: moderado (menos de 2 UBE

diarias para las mujeres y 3 para los hombres, en función de los criterios establecidos por la OMS sobre consumo perjudicial), elevado (hasta el doble del moderado, es decir, de 2-4 UBE mujeres y 3-6 UBE en hombres) y muy elevado (más del doble del moderado, o sea, más de 4 UBE en mujeres y 6 en hombres). Uno de los primeros datos que nos llamaron la atención fue que aproximadamente el 50% de los estudiantes de ambos sexos tienen un consumo perjudicial (elevado o muy elevado). Para la primera variable, el curso, no se encontraron diferencias significativas en el consumo de fin de semana, sin embargo, sí que encontramos algunas diferencias en función de la rama de conocimiento donde, en la rama de experimental, vimos que el 20% de hombres y mujeres tienen un consumo muy elevado, y en la rama de salud el 27% de las mujeres tiene un consumo perjudicial frente al 39% de los hombres. Si analizamos los datos en función del sexo, observamos que en el fin de semana hay un mayor porcentaje de hombres que tiene un consumo elevado (28% vs 23%) pero un mayor porcentaje de mujeres que lo tienen muy elevado (25% vs 22%), probablemente por la mayoría de las mujeres consumen al mismo ritmo que los hombres, no siendo conscientes de que, ante una misma cantidad de alcohol, este es más perjudicial para su salud que para los hombres. En el consumo entre semana, vemos que un 7% de ellas tiene un consumo perjudicial frente al 10% de ellos. Lo cual nos da un dato relevante para entender el patrón de consumo de los y las estudiantes, entre semana aproximadamente un 10% tiene un consumo perjudicial, sin embargo, en el fin de semana este se eleva hasta el 50%.

El segundo sub-objetivo de este estudio fue conocer en profundidad el fenómeno del botellón, así como los patrones de consumo de los estudiantes. Para ello, primero se preguntó sobre las veces que se habían emborrachado, dando como resultado que el 44% de los hombres y el 22% de las mujeres se habían emborrachado una o más veces en el último mes. Al preguntar por el atracón o *binge*

*drinking* (consumir de más de 4 o 5 bebidas alcohólicas en un periodo de dos horas) vimos que más del 70% de los hombres y el 50% de las mujeres que hicieron botellón en el último mes habían tenido este tipo de consumo. Además, un 16% de ellas y un 20% de ellos habían hecho botellón todas las semanas. En cuanto a las cantidades consumidas en el botellón, los resultados muestran que los hombres consumen de media 7,3 UBE y las mujeres 5,1 UBE, siendo este consumo muy elevado para ambos sexos. En cuanto al consumo de otras sustancias en los botellones observamos que el 40% consume otras sustancias además de alcohol. De estos, un 36% mujeres y 33% hombres tabaco, el 11% mujeres y 16% hombres cannabis y el 0,4% mujeres y 1,2% hombres cocaína.

También quisimos conocer como percibían los y las jóvenes el alcohol, por tanto, les preguntamos acerca de las consecuencias positivas y negativas que encontraban en su consumo. El 46% de las mujeres y el 40% de los hombres apenas veía consecuencias negativas, y un 15% de ellas y un 23% de ellos habían experimentado problemas para asistir a clase a causa del alcohol. Sin embargo, sí que encontraban beneficios en el consumo: Un 19% de las mujeres y un 27% de los hombres encontraban placer o bienestar en el consumo, un 20% de ambos sexos mejora en las relaciones sociales, un 17% también de ambos sexos, estimulación o energía, y un 7% de ellas y un 11% de ellos calma y tranquilidad, lo que nos está dando pistas muy relevantes acerca de cómo conciben los jóvenes el alcohol, y lo que van buscando con la sustancia, por tanto nos podría ayudar a diseñar las campañas de prevención, teniendo en cuenta que es lo que consideran que le aporta el alcohol, para presentarle alternativas adecuadas.

También consideramos importante, con el objetivo de poder programar una prevención más específica, conocer dónde y con quién se iniciaron en el consumo. Como vimos el 62% de ellas y el 54% de

ellos lo hicieron en fiestas y un 20% de ambos sexos en bares, y aproximadamente el 90% de ambos sexos lo hicieron con amigos.

Todos estos datos nos dan pistas muy relevantes acerca de cómo atajar el problema que tenemos entre manos, ya que nos encontramos ante una juventud con unos consumos muy elevados, y que además tiene unos patrones de consumo peligrosos y perjudiciales para la salud. Además del riesgo que entraña este tipo de consumo, que facilita que se cronifique con las consecuencias ya nombradas anteriormente tanto para la salud como para el correcto desarrollo de los individuos (*Global Status Report on Alcohol and Health*, 2014). Otro aspecto importante a la hora de diseñar las campañas es hacer conscientes a las jóvenes que el efecto perjudicial del alcohol en ellas es mayor ante una misma cantidad de consumo debido a las diferencias biológicas a la hora de procesar el alcohol (Day et al., 2004).

Por último, después de lo visto en ambos estudios, podemos comprobar cómo se está dando un consumo preocupante de sustancias en los jóvenes, en especial alcohol y cannabis, que además tienen una percepción de riesgo baja en acerca de la peligrosidad y las consecuencias del consumo. Esto debería hacernos replantear las estrategias de prevención llevadas a cabo hasta la fecha, que como hemos visto no están siendo efectivas. En el caso del alcohol y el cannabis cabe hacer una reflexión. En primer lugar, resulta incongruente pensar que se está luchando contra el consumo de alcohol, cuando es algo tan arraigado en nuestra cultura, y cuando los modelos y figuras de referencia de nuestra juventud están asociados también a este consumo, estando totalmente normalizado ver a familiares embriagados alguna vez, como se brinda con alcohol en momentos importantes o como se le resta importancia a las “copitas” en horas de trabajo. De la misma forma, resulta paradójico que el encargado principal de luchar contra el consumo de alcohol sea el que más se

beneficia de dicho consumo. Del precio del alcohol, un 40% son impuestos, impuestos que los sucesivos gobiernos van aumentando de manera progresiva, pero sin realizar grandes subidas de una vez, lo que facilita que se produzca una adaptación de los consumidores a esos aumentos, en lugar de provocar un efecto de abandono del consumo por coste de respuesta (en 2018 la subida ha sido de un 5%). Solo en el primer semestre de 2018, el estado ha recaudado 366,9 millones de euros, y se estima que a final de año la ganancia total será de 897 millones de euros, un 6,7% más que el año pasado, lo que supone en torno al 0,7% del PIB. Sin embargo, se estima que el gasto sanitario anual relacionado con el alcohol es de unos 3.800 millones de euros, lo cual deja entrever que puede haber intereses de distinto tipo en que este consumo se siga produciendo.

En cuanto a la postura abolicionista respecto al cannabis, por ejemplo, y partiendo de la base de que no se ha conseguido reducir el consumo de esta sustancia, cabe plantearse el efecto que puede estar teniendo dicha postura. Según se ha visto en la literatura, algunos estudios experimentales han presentado pruebas de que, en algunos casos, la información negativa o amenazante puede tener efectos opuestos como las respuestas defensivas (Glock y Kneer, 2009), reactancia psicológica (Erceg-Hurn y Steed, 2011), o una percepción de riesgo reducida (Myers, 2014). Por tanto, cabe plantearse la posibilidad de proponer nuevas posturas y enfoques a la hora de afrontar el consumo. Una alternativa, defendida por distintos colectivos, es la de tratar de dar información a la población sobre los efectos del consumo, así como de cómo hacer un consumo responsable, para reducir riesgos en el caso de que se haga, de forma que se permita a los usuarios tomar decisiones informadas con respecto a su uso teniendo en cuenta los efectos potencialmente nocivos (Resnicow, Dilorio, Soet, Borrelli, Hecht, Ernst, 2002; Turolto, 2009). Es el caso del colectivo *Energy Control* que se traslada a festivales y eventos donde se dan consumos

de este tipo de sustancias, asesorando e informando *in situ* a los consumidores, analizando las sustancias, tratando de minimizar los daños ocasionados por las mismas.

Por tanto, nuestra propuesta es una educación real sobre las sustancias así como los efectos que pueden tener tanto en nuestro organismo como en nuestro desarrollo como individuos, desde una edad temprana, antes de que se produzcan los primeros contactos con las sustancias y reciban información por parte de fuentes menos fiables, incluyendo tanto a consumidores como no consumidores en un trabajo conjunto para elaborar unas campañas que consigan prevenir el consumo, o al menos reducir los daños ocasionados por el mismo, teniendo en cuenta los factores de predicción del consumo de nuestro modelo como son, el estilo perceptivo, el consumo de alcohol y tabaco, y la edad de inicio en el primero contacto con el cannabis y los combinados; factores que predicen el consumo de cannabis, y que por tanto sería importante a la hora de prevenir dicho consumo.

## CONCLUSIONS

The objectives of our first study were to characterize risk perception associated with the consumption of legal and illegal substances, and identify the relationship that exists between this variable and substance consumption in young people aged between 18 and 29. From the results obtained, we can say that we have advanced our knowledge of how young people perceive the substances studied in comparison with what we already knew from national surveys, in which the risks posed by each substance are assessed in a less specific manner. The first sub-objective was to, specify how young people perceive the risks of consuming legal substances (alcohol, tobacco) and illegal substances (cannabis, cocaine, hallucinogens, inhalants, amphetamines, designer drugs and heroin) as categorized in 6 dimensions: traffic accidents, psychological problems (anxiety, memory loss, brain damage, etc.), problems at home or in relationships with friends, legal problems, ability to do tasks and chronic illnesses or physical health problems, and to note any gender differences in the perceptual dimensions indicated in the objective. The results showed that young people are aware of the danger of alcohol with regard to traffic accidents, the ability to perform tasks, health and legal problems, but almost a third of the sample did not associate alcohol with psychic problems or complications in interpersonal relationships. This may be because awareness campaigns have focused mainly on the risk of alcohol for driving and health, but not on the other consequences of frequent consumption, despite the fact that these effects have also been scientifically proven. The vast majority of people surveyed associated tobacco with health and psychological problems, probably understanding the latter as the anxiety issues linked to tobacco addiction. Regarding inhalants, the results reflected a high degree of ignorance, almost certainly due to the low levels of consumption of this type of substance in Andalusia, while for cannabis, the most consumed illegal substance in our region, they indicated a

much lower perception of risk than for the other illegal substances. There also exists a belief that cannabis is less dangerous to health than tobacco, and that it is three times less dangerous than other hallucinogenic substances in terms of the possibility of its causing psychological problems such as psychotic symptoms or the increased risk of schizophrenia affirmed in some studies (Iyalomhe, 2009; Fernandez-Artamendi, Fernandez-Hermida, Secades-Villa and Garcia-Portilla, 2011). Cocaine, amphetamines, designer drugs and heroin were all considered dangerous to physical and mental health.

In terms of differences between sexes in this first sub-objective, in seven of the nine drugs studied women were shown to have a greater perception of risk. In contrast to the EDADES survey (2017), which indicated that women have a lower perception of risk for tobacco than men, we found that women's level of risk perception was higher for the health consequences and psychological problems caused by this substance, although, as mentioned above, this may be due to the fact that in the state survey only a generic question was asked to assess such risks. On the other hand, with respect to inhalants, and also to certain specific dimensions of other drugs, such as the risk to physical health caused by cocaine and the relationship between traffic accidents and the damage to physical health caused by the use of amphetamines, no significant differences were found between sexes. With regard to cannabis, we found that women generally had a higher perception of risk than men and were included in the strict group, thus being less vulnerable to consumption than men.

In short, this study suggests the need to continue updating the pattern of beliefs or perceptions that young people have about drugs, in order to highlight aspects that our results would suggest to be biased. One example of such beliefs would be their differing attitudes to the

psychic problems derived from alcohol and cannabis, as mentioned above.

The study's second sub-objective was to assess a possible relationship between the use of certain drugs, such as cannabis, cocaine, synthetic drugs and alcohol, and the perceived risk of traffic accidents from driving under the influence of those substances, and, again, to discover any differences between sexes. We found that there was a negative correlation between consumption and risk perception - the higher the consumption, the lower the risk perception and vice versa - in each of the drugs studied, with big differences between those who have never tried a substance and those who have done so in the last month. In the case of hashish, for example, 41.5% of consumers consider that this substance does not cause problems in driving. The most plausible explanation for this is that exposure to risks without negative consequences increases the likelihood that high-risk behavior will occur through the development of a false perception of security. However, it must be borne in mind that this is a transverse, correlational study and not a longitudinal or experimental one. In the case of alcohol, risk perception was shown to be higher among both consumers and non-consumers, probably due to the combined effect of campaigns that have been running for decades, police controls and harsher penalties. There was still, however, a negative correlation between risk perception and consumption, just as there was still a difference between the sexes, with women having a higher perception of risk and a lower level of consumption than men. We can therefore conclude that the higher the consumption, the lower the perceived risk of a traffic accident arising from driving under the influence of any of these substances.

The last of the sub-objectives in our first study was to try to determine the existence of risk perception patterns among young people aged between 18 and 29. Cluster analysis was used to form three groups

according to the level of risk perception. The “Strict” group, with a higher perception of risk, grouped together more than 50% of the participants. These people considered that all drugs were dangerous except for tobacco, which they only considered dangerous for health. A second group, the “Aware-Permissive” group, included approximately 30% of the sample. This group had a less strict attitude than the previous group, so the levels of risk perception were somewhat lower, although they generally reflected the same concerns. Finally, the “Lax” group, with about 20% of the participants, thought that drugs rarely cause problems. For cannabis, specifically, they had lower risk perception scores than for other drugs, with one in five members of this group thinking that cannabis is not dangerous. These attitudes extended to consumption, a person from the “Lax” group being 14.3 times more likely to be a consumer than a person from the “Strict” group, and 2.75 times more likely to be a consumer than a person from the “Permissive-Aware” group.

In this same vein, we also found that perceptual style predicts cannabis consumption in 80.4% of cases. Taking into account alcohol and tobacco consumption and the age at which a combination of the two was first taken or cannabis was first tried, it was possible to predict cannabis consumption in 97.6% of cases, although, admittedly, no indication was given of directionality. It can also therefore be concluded that the age at which first contact with these substances takes place may influence consumption. This is a relevant fact to take into account when working on prevention, since most cannabis users (67.4%) started in adolescence. Furthermore, cannabis use has barely fallen in recent years, so it may be effective partially to aim awareness campaigns at a younger population, before the first contact with the substance occurs. It must be remembered that since this is a cross-sectional study, and gives no indication of directionality, a longitudinal study is therefore necessary.

Another important aspect investigated in our study was young people's sources of information. As we saw in the case of cannabis, in the "Lax" group, which included consumers, the most commonly used sources were friends, other consumers or the internet, as opposed to parents, who constituted the most frequent source of information in the "Strict" group. This is also an important factor that should be taken into account: the fact that consumers are informed by unreliable sources or by people who are themselves consumers may be facilitating a lax view of the consequences of consumption, a lower perception of the risks involved and thus a greater likelihood of, in this case, cannabis consumption.

In our second study, our objective was to study the *botellón* phenomenon. To do this, we first established the sub-objective of finding out how much students drank, by year and subject of study and by sex. We began by categorizing alcohol consumption into three groups: moderate (less than 2 standard drink units per day for women and 3 for men, in accordance with the WHO criteria for harmful consumption), high (up to double the moderate amount: that is, 2-4 standard drink units for women and 3-6 standard drink units for men) and very high (more than double the moderate amount: that is, more than 4 LBUs for women and 6 for men). One of the first pieces of data that caught our attention was that approximately 50% of students of both sexes reported harmful consumption levels (high or very high). For the first variable, year of study, no significant differences were found in weekend consumption, but we did find some differences between students studying different subjects. In the field of experimental sciences, for example, we found that 20% of both men and women had very high consumption, while in the health field, 27% of women had harmful consumption compared to 39% of men. Analyzing the data by sexes, we found that at weekends there was a higher percentage of men with high consumption (28% vs 23%) but a higher percentage of

women with very high consumption (25% vs 22%). This is probably because most women consume at the same rate as men, without being aware that the same amount of alcohol is more harmful to their health than it is to that of men. With regard to weekday consumption, we found that 7% of women had harmful consumption levels compared to 10% of men. This data helps us understand students' consumption patterns: during the week approximately 10% of students display a harmful level of consumption, whereas at the weekend the percentage rises to 50%.

The second sub-objective in this study was to explore the *botellón* phenomenon and student consumption patterns in detail. The first question asked about the number of times participants' had got drunk, the results showing that 44% of men and 22% of women had been drunk one or more times in the last month. When we asked about binge drinking (consuming more than 4 or 5 alcoholic beverages within a period of two hours) we found that more than 70% of the men and 50% of the women who had engaged in *botellones* in the last month had indulged in this type of consumption. In addition, 16% of women and 20% of men had attended *botellones* every week. Regarding the quantities consumed in *botellones*, the results showed that men consume on average 7.3 standard drink units and women 5.1 standard drink units. This is very high consumption for both sexes. As for the consumption of other substances in *botellones*, we found that 40% of students consume other substances besides alcohol. Of these, 36% of women and 33% of men consume tobacco, 11% of women and 16% of men consume cannabis and 0.4% of women and 1.2% of men consume cocaine.

We also wanted to know how young people perceived alcohol, so we asked them about the positive and negative consequences they found in its consumption. 46% of women and 40% of men saw hardly any negative consequences, while 15% of women and 23% of men

reported experiencing problems at school caused by alcohol. However, they also saw benefits in alcohol consumption: 19% of women and 27% of men said it provided pleasure or well-being, 20% of both sexes said it improved social relationships, 17% of both sexes said it provided stimulation or energy, and 7% of women and 11% of men said it induced calm and tranquility. These results provide some very relevant clues about how young people conceive of alcohol and why they consume it, and can therefore help us design prevention campaigns and offer appropriate alternatives based on what they consider they get out of alcohol.

To be able to program more specific prevention measures, we also considered it important to know where and with whom young people first started consuming. 62% of women and 54% of men were found to do this at parties, 20% of both sexes in bars, and approximately 90% of both sexes with friends.

All this data gives us very relevant clues about how to tackle the problem at hand, since we are dealing with young people with very high consumption levels and consumption patterns that are dangerous and harmful to health. Apart from the risks that this type of consumption entails, the results obtained make it easier to chronicle the consequences mentioned above both for health and for optimal personal development (*Global Status Report on Alcohol and Health*, 2014). Another important aspect when designing campaigns is to make young women aware that the harmful effect of alcohol on them is greater, even though they consume the same amount as men, due to biological differences in the processing of alcohol (Day et al., 2004).

Finally, the results of our two studies reveal a worrying level of substance consumption - especially alcohol and cannabis consumption - among young people, and a low level of risk perception among young people with regard to the danger and consequences of consumption.

This should make us rethink the prevention strategies carried out to date, which, as we have seen, are not being effective. Reflection is particularly warranted in the case of alcohol and cannabis. In the first place, it is incongruous to kid ourselves that we are fighting against alcohol consumption, when it is something so deeply rooted in our culture, when our youth's models and figures of reference are so closely associated with alcohol consumption, when it is considered absolutely normal to see family members drunk at some time, when it is so common to drink toasts with alcohol and when less and less importance is being attached to "having a drink" during working hours. It is also paradoxical that the main agent responsible for combating alcohol consumption is the one which most benefits from that alcohol consumption. 40% of the price of alcohol is made up of taxes - taxes that successive governments are gradually increasing, but so incrementally that consumers have no trouble adapting to the price increases instead of being forced to give up drinking because they cannot afford it (this year, 2018, the price of alcohol rose by 5%). In the first half of 2018 alone, the state collected 366.9 million euros, and it is estimated that at the end of the year total revenue from taxes on alcohol will be 897 million euros, 6.7% more than last year and about 0.7% of GDP. However, it is also estimated that annual health expenditure related to alcohol is some 3,800 million euros, suggesting the possible existence of ulterior motives for allowing alcohol consumption to continue.

With regard to the abolitionist stance on cannabis, and in the light of the fact that no reduction in cannabis use has been achieved, the effect that such a stance is having may be questionable. Experimental studies reported in literature have provided evidence that, in some cases, negative or threatening information may be counterproductive and result in effects like defensive responses (Glock and Kneer, 2009), psychological reactance (Erceg-Hurn and Steed, 2011), or reduced risk

perception (Myers, 2014). It is therefore worth considering the possibility of proposing new positions and approaches when dealing with cannabis consumption. One alternative, defended by different groups, is to try to provide the population with information about the effects of consumption and how to consume responsibly, as a means of reducing risks when consumption does take place. That way, that users would be given the opportunity to make informed decisions regarding substance use taking into account the potentially harmful effects (Resnicow, Dilorio, Soet, Borrelli, Hecht, Ernst, 2002; Turoldo, 2009). One initiative of this type is the *Energy Control* group, which travels to festivals and events where this type of substance is consumed, advising and informing consumers *in situ*, analyzing the substances and attempting to minimize the damage they cause.

Our proposal then, is to provide real education about substances and the effects they can have on both our organism and our development as individuals. This should be done from an early age, before young people have their first contact with a substance and before they start receiving information from less reliable sources. Both consumers and non-consumers should be involved in a joint effort to develop campaigns to prevent consumption, or at least to reduce the damage it causes, taking into account the predictive factors for consumption obtained in our model such as perceptual style, alcohol and tobacco consumption, and the age at which individuals have their first contact with cannabis and with combined substances. These factors predict cannabis use, and are therefore important for the design of prevention strategies.



---

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Adès, J. y Lejoyeux, M. (2003). *Las nuevas adicciones: Internet, sexo, deporte, compras, trabajo, dinero*. Barcelona: Kairós
- Aguaded, J.I. (2009). El Parlamento Europeo apuesta por la alfabetización mediática. *Comunicar*, 32, 7-8.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and prediction social behavior*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Arellanez-Hernández, J. L., Diaz-Negrete, D. B., Wagner-Echeagaray, F., & Pérez-Islas, V. (2004). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud mental*, 27(3), 54-64.
- Alonso, F., Pastor, J. C., Montoro, L., & Esteban, C. (2015). Driving under the influence of alcohol: frequency, reasons, perceived risk and punishment. *Substance Abuse Treatment, prevention, and Policy*, 10(1), 11
- American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Revisada*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). Alcohol in Europe. *London: Institute of alcohol studies*, 2, 73-75.
- Asbridge, M., Valleriani, J., Kwok, J., & Erickson, P. G. (2016). Normalization and denormalization in different legal contexts: Comparing cannabis and tobacco. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 23(3), 212-223.
- Bachman, J. G., Johnston, L. D., O'Malley, P. M., & Humphrey, R. H. (1988). Explaining the recent decline in marijuana use: Differentiating the effects of perceived risks, disapproval, and general lifestyle factors. *Journal of Health and Social Behavior*, (29) 92-112.
- Bachman, J. G., Schulenberg, J. E., Freedman-Doan, P., Messersmith, E. E., O'Malley, P. M., & Johnston, L. D. (2008). *The education-drug use connection: How successes and failures in school relate to adolescent smoking, drinking, drug use, and delinquency*. Psychology Press.
- Baigorri, A., y Fernandez, R. (2001). El botellón en las ciudades de Badajoz, Cáceres, Mérida y Plasencia. URL: <http://www.unex.es/eweb/sociolog/documentos.htm>.
- Baigorri, A. y Carrillo, M. D. M. C. (2006). Botellón: más que ruido, alcohol y drogas (La Sociología en su papel). *Anduli: revista andaluza de ciencias sociales*, (6), 159-173.
- Beard, K. W., & Wolf, E. M. (2001). Modification in the proposed diagnostic criteria for Internet addiction. *Cyberpsychology & behavior*, 4(3), 377-383.
- Becoña, E., Rodriguez, A. y Salazar, I. (1999). *Drogodependencias*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e

---

*Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.*

- Becoña, E. (2002). Factores de riesgo y protección familiar para el uso de drogas. JR Fernández-Hermida y R. Secades (Coords.): *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*, 117-140.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, 28(1), 11-20
- Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Juan, M., Duch, M. y Fernández-Hermida, J. R. (2012). ¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas de los hijos? Una revisión. *Adicciones*, 24, 253-268.
- Becoña, E. (2018). Brain disease or biopsychosocial model in addiction? Remembering the Vietnam Veteran Study. *Psicothema*, 30(3), 270-275.
- Bell, V., Grech, E., Maiden, C., Halligan, P. W., & Ellis, H. D. (2005). 'Internet delusions': a case series and theoretical integration. *Psychopathology*, 38(3), 144-150.
- Beranuy, M. F., Chamarro, A. L., Graner, C. J., & Carbonell, X. S. (2009). Validation of two brief scales for Internet addiction and mobile phone problem use. *Psicothema*, 21(3), 480-485.
- Bernete, F. (2010). Usos de las TIC, relaciones sociales y cambios en la socialización de las y los jóvenes. *Revista de estudios de juventud*, 88, 97-114.
- Bertran, E. y Chamarro, A. (2015). Videojugadores del League of Legends: El papel de la pasión en el uso abusivo y en el rendimiento. *Adicciones*, 28, 28-34.

- Brewer, N., Weinstein, N., Cuite, C., & Herrington, J. (2004). Risk perceptions and their relation to risk behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, 27(2), 125-130.
- Brewer, N. T., Chapman, G. B., Gibbons, F. X., Gerrard, M., McCaul, K. D., & Weinstein, N. D. (2007). Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: the example of vaccination. *Health Psychology*, 26(2), 136-145
- Bø, R., Aker, M., Billieux, J., & Landrø, N. I. (2016). Binge drinkers are fast, able to stop—but they fail to adjust. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 22(1), 38-46.
- Buckingham, D. (2008). *Más allá de la tecnología. Aprendizaje infantil en la era de la cultura digital*. Buenos Aires: Manantial.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Castillo, A., Fernández, C., Franco, M., ... & Ros, M. (2005). El consumo de alcohol en la lógica del botellón. *Adicciones*, 17(3), 193-202.
- Calafat, A., Gómez, C. F., Juan, M., & Becoña, E. (2007). Vida recreativa nocturna de los jóvenes españoles como factor de riesgo frente a otros más tradicionales. *Adicciones*, 19(2), 125-132.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., y Mantecón, A. (2008). Qué drogas se prefieren para las relaciones sexuales en contextos recreativos. *Adicciones*, 20(1), 37-48.
- Camus, P., Von Der Thüsen, J., Hansell, D. M., & Colby, T. V. (2014). Pleuroparenchymal fibroelastosis: one more walk on the wild side of drugs?. *Eur Respir J*, 44; 289–296.
- Carbonell, X., Chamarro, A., Griffiths, M., Oberst, U., Cladellas, R. y Talarn, A. (2012). Problematic Internet and cell phone use in

---

Spanish teenagers and young students. *Anales de Psicología*, 28(3), 789-796.

- Casas, M., Roncero, C., y Colmon, J. (2010). *Concepto y clasificación de las conductas adictivas*. In J. Vallejo Ruiloba, C. Leal Cercós (Eds.), *Tratado de Psiquiatría (Tomo I, 2ª edición)*, (pp.795-803). Barcelona: Ars Medica.
- Casas, AJ, Ruiz-Olivares, M.R. y Ortega, R. (2013). Validation of the Internet and Social Networking Experiences Questionnaire in Spanish adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 40-48.
- Castellana, M., Sánchez-Carbonell, X., Graner, C. & Beranuy, M. (2007). El adolescente ante las tecnologías de la información y la comunicación: Internet, móvil y videojuegos. *Papeles del Psicólogo*, 28, 196-204.
- Chen, C. y Leung, L. (2015). Are you addicted to Candy Crush Saga? An exploratory study linking psychological factors to mobile social game addiction. *Telematics and Informatics*, 33, 1155–1166.
- Comas, D., Aguinaga, J., Orizo, F., Espinosa, A., & Ochaita, E. (2003). Jóvenes y estilos de vida. *Valores y riesgos de los jóvenes urbanos*. Madrid: FAD.
- Conegundes, L., Valente, J., Martins, C., Andreoni, S., & Sanchez, Z. (2018). Binge drinking and frequent or heavy drinking among adolescents: prevalence and associated factors. *Jornal De Pediatria.*, recuperado el 15 de noviembre de 2018 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755718306478>

- Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. (2016). *La población andaluza ante las drogas XIII*. Junta de Andalucía. Recuperado de: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdadypoliticasociales/servicios/publicaciones/detalle/78146.html>
- Cortés, M., Espejo, B., y Giménez, J. (2007). Características que definen el fenómeno del botellón en universitarios y adolescentes. *Adicciones*, 19(4), 357-372.
- Cortés, M. T. (2008) "Episodio de Consumo Intensivo de Alcohol y botellón." *Conferencia Internacional EMNA/FARE. Alcohol, familia y jóvenes. Prevención y tratamiento.*
- Cortés Tomás, M. T., Espejo Tort, B., Martín del Río, B., y Gómez Iñiguez, C. (2010). Tipologías de consumidores de alcohol dentro de la práctica del botellón en tres ciudades españolas. *Psicothema*, 22, 363-368.
- Cortés, M. T., Giménez, J. A., Tomás, I., Espejo, B., Pascual, F., Pedrero, E. & Guardia, J. (2012). Instrumento de Evaluación del Consumo Intensivo de Alcohol. Presented at the Plan Nacional sobre Drogas
- Cooke, R., Dahdah, M., Norman, P., & French, D. P. (2016). How well does the theory of planned behaviour predict alcohol consumption? A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 10(2), 148-167.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1999). Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PIR) e Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI). Manual profesional. Madrid: TEA

- 
- Criado, M.A. (2005). Enfermos del móvil. Recuperado el 3 de marzo de 2018 de: <http://www.el-mundo.es/ariadna/2005/218/1106327395.html>
- Cuenca, M. C. (2007). La otra cara del " Botellón". *Padres y Maestros/Journal of Parents and Teachers*, (305), 43-47.
- Dansecó, E. R., Kingery, P. M., & Coggeshall, M. B. (1999). Perceived risk of harm from marijuana use among youth in the USA. *School Psychology International*, 20, 39-56.
- Day, K., Gough, B., y McFadden, M. (2004). "Warning! alcohol can seriously damage your feminine health". *Feminist Media Studies*, 4(2), 165-183.
- Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Patricia Chou, S., June Ruan, W., & Grant, B. F. (2008). Age at first drink and the first incidence of adult-onset DSM-IV alcohol use disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(12), 2149-2160.
- de la Villa, M. J., Bernal, A. O., Ruiz, C. S., Díaz, F., Javier Rodr, & Martin, J. P. (2009). Efectos diferenciales sobre las actitudes ante la experimentación con alcohol y la percepción de riesgo en adolescentes españoles consumidores de cannabis y alcohol. *Salud Mental*, 32(2), 125-138.
- Del Moral, M., Fernández, P. L., Ladero, L., & Lizasoain, L. (1998). Conceptos fundamentales en drogodependencias. *Ladero L, Lizasoain L. Drogodependencias. Madrid (ES): Medica Panamericana.*
- Del Moral M, Fernández P. (2009). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC, Lizasoain I; coordinadores. *Drogodependencias.*

*Farmacología. Patología. Psicología. Legislación* pp. 1-27. 3ª edición. Buenos Aires: Madrid: Médica Panamérica

Demant, J., y Ravn, S. (2010). Identifying drug risk perceptions in danish youths: Ranking exercises in focus groups. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 17(5), 528-543.

Dirección General de Tráfico, (2018). Las drogas al volante matan. Recuperado 5 de marzo de 2018 de: <http://revista.dgt.es/es/reportajes/2017/12DICIEMBRE/1212informe-toxicologia.shtml>

Dimmick, J.W., Kline, S. y Strafford, L. (1994). The gratification niches of personal E-mail and the telephone. competition, displacement, and complementarily. *Communication Research*, 27, 227-248.

Dlodlo, N. (2015). Salient indicators of mobile instant messaging addiction with selected socio-demographic attributes among tertiary students in South Africa. *South African Journal of Psychology*, 45, 207-222.

Dolz de Castelar, E. D., y Castro, M. B. M. (2010). Políticas alternativas ante el botellón andaluz: análisis de actores y medidas en Granada (2000-2010). *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, (47), 43-65.

Domínguez, C., S. Geijo, I. Sánchez, C. Imaz, G. Cabús, (2012). Revisión de los mecanismos implicados en el uso problemático de Internet. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(116), 691-705.

Echeburúa, E. (2003). ¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet. Editorial Bilbao: Desclée de Brouwer.

- 
- Echeburúa E. (2008) *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet*. 2ª edición. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Echeburúa E, Labrador FJ, Becoña E. (2009). Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., y Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22(2), 91-96.
- Echeburúa, E. (2012). Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 37(4), 435-447.
- Elzo, J., Laespada, M.T., y Pallarés, J., (2003). *Más allá del botellón. Análisis socioantropológico del consumo de alcohol en los adolescentes y jóvenes*. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Engel, G. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida: una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Erceg-Hurn, D. M., & Steed, L. G. (2011). Does exposure to cigarette health warnings elicit psychological reactance in smokers?. *Journal of Applied Social Psychology*, 41(1), 219-237.
- Escotado, A. (2002). *Historia general de las drogas*. Espasa.

- Escohotado, A. (2004). Historia general de las drogas: incluyendo el apéndice Fenomenología de las drogas.
- Espejo, B., Cortés, M. T., del Río, B. M., Giménez, J. A., & Gómez, C. (2012). Traits that define the different alcohol intensive consume type during the practice of "Botellon". *The Spanish Journal of Psychology*, 15(1), 256-264
- Estévez, L., Bayón, C., Fernández Liria, A., y de la Cruz, D. (2003). Dimensiones de personalidad en el uso problemático de internet, sexo, juego y compras. Recuperado de: Revista psiquiatría.com.
- Eurostat. (2018). Recuperado de: <https://ec.europa.eu/eurostat>.
- Farmer, R. F., Kosty, D. B., Seeley, J. R., Duncan, S. C., Lynskey, M. T., Rohde, P., ... & Lewinsohn, P. M. (2015). Natural course of cannabis use disorders. *Psychological Medicine*, 45(1), 63-72.
- Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R., & García-Portilla, P. (2011). Cannabis y salud mental. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 39(3), 180-90.
- Finn, J. (1999). An exploration of helping processes in an online self-help group focusing on issues of disability. *Health and Social Work*, 24, 220-231.
- Fishbein, M. (1967). Attitude and the prediction of behavior. In M. Fishbein (Ed.), *Reading in attitude theory and measurement*. New York: Wiley.
- Fishbein, M. (1980). A theory of reasoned action: some applications and implications. In M. M. Page (Ed.), *Belief, attitudes and values*. Lincoln, MA: University of Nebraska Press.

- 
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1972). Attitudes and intentions. *Annual Review of Psychology*, 32, 487-544.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (2009). *Predicting and Changing Behavior. The Reasoned Action Approach*. New York: Psychology Press.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. New York: Psychology Press.
- Flynn, S. (1994). Consumo de sustancias tóxicas por adolescentes. In M. F. Fleming & K. Lawton Barry (Eds.), *Guía clínica de los trastornos adictivos* (pp. 273-303). Madrid: Mosby Doyma.
- Foxcroft, D., & Tsertsvadze, A. (2012). Cochrane Review: Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 7(2), 450-575.
- Franco, A. J., San Agustín, A. B., Baile, A. M., Valero, P. G., y Puerta, D. L. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, 21(1), 21-28.
- Fundación de ayuda contra la drogadicción. (2013). Recuperado el 6 de Junio de [http://www.fad.es/contenido.jsp?id\\_nodo=14&&keyword=&auditoria=F](http://www.fad.es/contenido.jsp?id_nodo=14&&keyword=&auditoria=F)
- García del Castillo, J., Terol, M., Nieto, M., Lledó, A., Sánchez, S., Martín-Aragón, M., Sitges, E. (2008). Uso y abuso de Internet en jóvenes universitarios. *Adicciones*, 20, (2), 131-142.

- García del Castillo J.J. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 12 (2), 133-151.
- García-Montes JM, Zaldívar F, Moreno M, Flores P. (2013) Relationship between drug use and psychopathological variables of risk in university students. *Psicothema* (25) 433–9.
- Garmendia, M., Garitaonandia, C., Martínez, G., y Casado, M. A. (2011). Riesgos y seguridad en internet: los menores españoles en el contexto europeo. Resultados de la Encuesta de EU Kids Online a menores de entre 9 y 16 años y a sus padres y madres. Consultado el 18 de septiembre de 2018, *I*(3), 2017.
- Gil, J., Carrasco, T., Luna, M., & Herruzo, F. (1988). Efectos sobre la conducta de fumar en una situación de grupo de la información sobre las consecuencias del tabaco por miembros no fumadores del grupo. *Revista Terapia Psicológica*, 10(10), 37-54
- Gjerde, H., Beylich, K. M., & Mørland, J. (1993). Incidence of alcohol and drugs in fatally injured car drivers in Norway. *Accident Analysis & Prevention*, 25(4), 479-483.
- Global status report on alcohol and health 2018. (2018). Recuperado el 17 de Octubre de 2018 de: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/)
- Glock, S., & Kneer, J. (2009). Are deterrent pictures effective? The impact of warning labels on cognitive dissonance in smokers. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(3), 356-373.
- Golpe, S., Isorna, M., Barreiro, C., Braña, T. and Rial, A. (2017). Consumo intensivo de alcohol en adolescentes: prevalencia,

---

conductas de riesgo y variables asociadas. *Adicciones*, 29(4), 256-267.

Gómez-Fraguela, J.A., Fernández, N., Romero, E. y Luengo, A. (2008). El botellón y el consumo de alcohol y otras drogas en la juventud. *Psicothema*, 20 (2), 211-217.

Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A. y Gorelick, D. A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36, 233-241.

Grant, J. E., Odlaug, B. L., & Chamberlain, S. R. (2016). Neural and psychological underpinnings of gambling disorder: A review. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 65, 188-193.

Grevenstein, D., Nagy, E., & Kroeninger-Jungaberle, H. (2015). Development of Risk Perception and Substance Use of Tobacco, Alcohol and Cannabis Among Adolescents and Emerging Adults: Evidence of Directional Influences. *Substance Use & Misuse*, 50(3), 376-386.

Grevenstein, D., & Kröniger-Jungaberle, H. (2015). Two Patterns of Cannabis Use Among Adolescents: Results of a 10-Year Prospective Study Using a Growth Mixture Model. *Substance Abuse*, 36(1), 85-89.

Griffiths, M. D. (2015). Online Games, Addiction and Overuse of. En R. Mansell y P. Hwa Ang (eds.), *The International Encyclopedia of Digital Communication and Society* (pp. 1-8). Chichester UK: John Wiley & Sons, Inc.

Grover, K., Pecor, K., Malkowski, M., Kang, L., Machado, S., Lulla, R., ... Ming, X. (2016). Effects of Instant Messaging on School

Performance in Adolescents. *Journal of Child Neurology*, 31, 850-857.

Gual, A. (2006). Alcohol in Spain: is it different?. *Addiction*, 101(8), 1073-1077.

Harris, P. y Middleton, W. (1994). The illusion of control and optimism about health: on being less at risk but no more in control than others. *British Journal of Social Psychology*, 33, 369-386.

Hawi, N. S. y Samaha, M. (2016). To excel or not to excel: Strong evidence on the adverse effect of smartphone addiction on academic performance. *Computers & Education*, 98, 81-89

Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.

Herman, A., Critchley, H., & Duka, T. (2018). Binge drinking is associated with attenuated frontal and parietal activation during successful response inhibition in fearful context. *European Journal of Neuroscience*. 133, 30-43.

Hochbaum, G. M. (1958). *Public participation in medical screening programs: A socio-psychological study* (No. 572). US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Bureau of State Services, Division of Special Health Services, Tuberculosis Program. 2 (4), 328-335.

Hoja de coca: mitos y realidad. (2017). *Transnational Institute*. Recuperado 16 de Noviembre de 2017, de <https://www.tni.org/es/primer/hoja-de-coca-mitos-y-realidad>

Holden, C. (2001). 'Behavioral' addictions: do they exist?. *Science*, 294, 980-982.

- Hölfich, J. y Rössler, P. (2002). Más que un teléfono: El teléfono móvil y el uso del SMS por parte de los adolescentes alemanes. Resultados de un estudio piloto. *Estudios de Juventud*, 57, 79-99.
- Informe UNIVERSTIC. CRUE. Universidades españolas. (2012). *Análisis de las TIC en las Universidades Españolas*. Recuperado el 10 de Mayo de 2018: [https://www.crue.org/Documentos%20compartidos/Publicaciones/Universitic/UNIVERSITIC%202016\\_version%20digital.pdf](https://www.crue.org/Documentos%20compartidos/Publicaciones/Universitic/UNIVERSITIC%202016_version%20digital.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística. (Spanish Statistical Office). (2017). Recuperado el 11 de Agosto de 2018 de: <https://www.ine.es/>
- Isorna Folgar, M., Fariña Rivera, F., Sierra, J. C., & Vallejo-Medina, P. (2015). Binge drinking: Risky sexual behaviors and drug facilitated sexual assault in spanish youths. *Suma Psicológica*, 22(1), 1-8.
- Ivano, R., García-Altés, A. y Nebot, M. (2011). Impacto social del consumo abusivo de alcohol en el estado español. Consumo, coste y políticas. *Revista Española de Salud Pública*, 85, 141-147.
- Iyalomhe, G.B. (2009). Cannabis abuse and addiction: a contemporary literature review. *Nigerian Journal of Medicine: Journal of the National Association of Resident Doctors of Nigeria*, 18 (2), 128-133
- James, R., & Tunney, R. (2017). The need for a behavioural analysis of behavioural addictions. *Clinical Psychology Review*, 52, 69-76.

- Jonah, B. A., & Dawson, N. E. (1987). Youth and risk: age differences in risky driving, risk perception, and risk utility. *Alcohol, Drugs & Driving, 3*, 3-30.
- Jurcik, T., Moulding, R., & Naujokaitis, E. (2013). How do drug and alcohol use relate to parental bonding and risk perception in university students? *Journal Of Substance use, 18*(4), 254-261.
- Kahler, H. & Merchán, J. (2003). *Drogas, sociedad y ley: avances en drogodependencias*. España: Universidad de Deusto.
- Kayış, A. R., Satici, S. A., Yilmaz, M. F., Şimşek, D., Ceyhan, E., & Bakioğlu, F. (2016). Big five-personality trait and internet addiction: A meta-analytic review. *Computers in Human Behavior, 63*, 35-40.
- Kelly, E., Darke, S. y Ross, J. (2004). A review of drug use and driving: epidemiology, impairment, risk factors and risk perceptions. *Drug and Alcohol Review, 23*, 319-344.
- Kilmer, J. R., Hunt, S. B., Lee, C. M., & Neighbors, C. (2007). Marijuana use, risk perception, and consequences: Is perceived risk congruent with reality?. *Addictive behaviors, 32*(12), 3026-3033.
- Labrador, F. y Villadangos, S. (2010). Menores y nuevas tecnologías: conductas indicadoras de posible problema de adicción. *Psicothema, 22*, 180-188.
- Lau, N., Sales, P., Averill, S., Murphy, F., Sato, S., & Murphy, S. (2015). A safer alternative: Cannabis substitution as harm reduction. *Drug and Alcohol Review, 34*(6), 654-659.
- Lenhart, A., Madden, M., Rankin Macgill, A. y Smith, A. (2007). *Teens and social media: The use of social media gains a greater*

---

*foothold in teen life as they embrace the conversational nature of interactive online media.* Washington, DC: Pew Internet & American Life Project. Recuperado el 20 de octubre del 2017 de:[http://www.pewinternet.org//media//Files/Reports/2017/PIP\\_Teens\\_Social\\_Media\\_Final.pdf](http://www.pewinternet.org//media//Files/Reports/2017/PIP_Teens_Social_Media_Final.pdf).pdf.

- Leung, L. y Wei, R. (2000). More than just talk on the move: Uses and gratifications of the cellular phone. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 77, 308-320.
- Leung, K. S., Abdallah, A. B., Copeland, J., & Cottler, L. B. (2010). Modifiable risk factors of ecstasy use: Risk perception, current dependence, perceived control, and depression. *Addictive Behaviors*, 35(3), 201-208.
- Livingstone, S. (2008). Taking risky opportunities in youthful content creation: teenagers' use of social networking sites for intimacy, privacy and self-expression. *New media and society*, 10, 393-411.
- Livingstone, S. y Helsper, E. (2010). Balancing Opportunities and Risks in Teenagers' Use of the Internet: the Role of On-line Skills and Internet Self-efficacy. *New Media & Society*, 12, 309-329.
- Llorens, N., Barrio, G., Sánchez, A., Suelves, J. M., & ESTUDES Working Group. (2011). Effects of socialization and family factors on adolescent excessive drinking in Spain. *Prevention Science*, 12(2), 150-161.
- López, R. y Rodríguez-Arias, J (2012). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles. *Internacional Journal of Psychological Research*, 5, 25-33.

- López-Caneda, E., Rodríguez Holguín, S., Cadaveira, F., Corral, M., & Doallo, S. (2014). Impact of alcohol use on inhibitory control (and vice versa) during adolescence and young adulthood: a review. *Alcohol and alcoholism*, 49(2), 173-181.
- Lucena, V., Ruiz-Olivares, R., Pino, M. J. y Herruzo, J. (2012). Nuevas Adicciones: Conductas Adictivas o Adicciones sin Sustancia. En F.J. Medina y C. Martín-Crespo (coords), *Cuidado holístico del niño y del adolescente*. Madrid: FUDEN. 978-84-15345-30-5
- Lucena, V., Ruiz-Olivares, R., Pino, M. J., & Herruzo, J. (2013). Consumo de alcohol, tabaco y psicofármacos en jóvenes universitarios y no universitarios. *Psicología Conductual*, 21(1), 123.
- Luciano, M. C., Herruzo, J., & Barnes-Holmes, D. (2001). Generalization of say-do correspondence. *The Psychological Record*, 51(1), 111-130.
- Luciano, M.C., y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.
- Luengo, A. (2004). Adicción a Internet: Conceptualización y propuesta de intervención. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2, 22-52.
- Marín Gutiérrez, I., Tirado Morueta, R., Aguaded Gómez, J. I., & Hernando Gómez, Á. (2012). Perfil de los jóvenes que practican el botellón. *A tu Salud*, (78), 10-14.
- Marks, I. (1990). Behavioural (non-chemical) addictions. *British Journal of Addiction*, 85, 1389-1394.

- 
- Matthews, A., Bruno, R., Johnston, J., Black, E., Degenhardt, L., & Dunn, M. (2009). Factors associated with driving under the influence of alcohol and drugs among an Australian sample of regular ecstasy users. *Drug and Alcohol Dependence*, 100(1-2), 24-31.
- Medina, S. y León, J.M. (2004). Modelos explicativos de la psicología de la salud. En J.M. León, S. Medina, S. Barriga, A. Ballesteros y I.M. Herrera. *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya
- Meliá, J. L. (2007). Seguridad basada en el comportamiento. *Perspectivas de intervención en riesgos psicosociales. Medidas Preventivas*, 157-180.
- Merrill, R.M. (2015) Use of marijuana and changing risk perceptions. *American Journal of Health Behavior*, 39, 308-317.
- Mihalca, A. M., Gherasim, L. R., & Chendran, L. A. (2012). Research note: Adolescents' perception of psychosis risk following cannabis consumption. *Substance use & Misuse*, 47(4), 396-402.
- Miller, P., Chomynova, P., & Beck, F. (2016). "Predicting teenage beliefs concerning the harm alcohol and cannabis use may do in eight European countries": Corrigendum. *Journal of Substance use*, 21(2), 1-224. Retrieved from [https://search.proquest.com/docview/1771466138?accountid=14520-](https://search.proquest.com/docview/1771466138?accountid=14520)
- Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad (2015). *Informe de la encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES)*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

- Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad (2017). *Informe de la encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES)*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Ministerio de Sanidad y Política e Igualdad (2017). *Plan Nacional sobre Drogas. Informe 2017*. (OEDA) Madrid: Observatorio Español sobre Drogas y Adicciones.
- Moral Jiménez, M.V., y Ovejero Bernal, A. (2011). Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles: tendencias emergentes y percepciones de riesgo. *Universitas Psychologica*, 10(1), 71-87.
- Morales, A., Jones, S., Ehlers, A., Lavine, J., & Nagel, B. (2018). Ventral striatal response during decision making involving risk and reward is associated with future binge drinking in adolescents. *Neuropsychopharmacology*, 43(9), 1884-1890.
- Motos, P., Cortés, M. T., Giménez, J. A., y Cadaveira, F. (2015). Predictors of weekly alcohol drinking and alcohol-related problems in binge-drinking undergraduates. *Adicciones*, 27(2), 119-131.
- Muñoz-Rivas, M. J. y Agustín, S. (2005). La adicción al teléfono móvil. *Psicología Conductual*, 13, 481-493.
- Muñoz-Rivas, M. J., Fernández, L., & Gámez-Guadix, M. (2010). Analysis of the indicators of pathological Internet use in Spanish university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 697-707.
- Myers, L. B. (2014). Changing smokers' risk perceptions—for better or worse?. *Journal of health psychology*, 19(3), 325-332.
- National Drug Intelligence Center. (2011). *National Drug Threat Assessment I*(1), 30

- 
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2017). *Drugabuse.gov*. Recuperado 7 Diciembre 2017, de <https://www.drugabuse.gov/>
- Navas, J. F., Torres, A., Cándido, A., & Perales, J. C. (2014). ¿'Nada' o 'un poco'? ¿'Mucho' o 'demasiado'? La impulsividad como marcador de gravedad en niveles problemático y no problemático de uso de alcohol e Internet. *Adicciones*, 26(2), 146-158.
- Nogales, F., Rúa, R. M., Ojeda, M. L., Murillo, M. L., & Carreras, O. (2014). Oral or intraperitoneal binge drinking and oxidative balance in adolescent rats. *Chemical Research In Toxicology*, 27(11), 1926-1933.
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical Psychology Review*, 24(8), 981-1010.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2006). *Informe Europeo sobre Drogas tendencias y novedades 2005*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2014). *Informe Europeo sobre Drogas tendencias y novedades 2013*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. (Informe 2013)
- Okaneku, J., Vearrier, D., McKeever, R. G., LaSala, G. S., & Greenberg, M. I. (2015). Change in perceived risk associated with marijuana use in the United States from 2002 to 2012. *Clinical Toxicology*, 53(3), 151-155.

- Olivares, J., Charro, B., Úrsua, M. y Meneses, C. (2018). Estructura familiar y consumo de alcohol en adolescentes. *Health and Addictions*, 18(1), 107-118.
- Oquendo, P. A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalbán, V. & Mann, J. J. (2001). Spanish Adaptation of Barrat Impulsiveness Scale (BIS). *European Journal of Psychiatry*, 15, 147-155
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Meditor, 1992.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Ministerio de sanidad y consumo centro de publicaciones: Madrid. Recuperado de: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Neurociencias: consumo e dependencia de sustancias psicoactivas*. Recuperado de: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/Neuroscience\\_P.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (OMS 2008). Informe sobre la salud en el mundo 2004. Recuperado el 10 noviembre, 2017, de <http://www.who.int/whr/2004/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Ministerio de sanidad y consumo centro de publicaciones: Madrid. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44858/9789243564449\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44858/9789243564449_spa.pdf?sequence=1)

- 
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones, nota descriptiva N°345*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html>
- Ortiz-Tallo, M., Cancino, C., & Cobos, S. (2011). Juego patológico, patrones de personalidad y síndromes clínicos. *Adicciones*, 23(3), 189-197.
- O’Keefe, G. J. y Sulanowski, B. K. (1995). More than just talk: Uses, gratifications, and the telephone. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 72, 922-933.
- Parada M, Corral M, Caamaño-Isorna F, Mota N, Rodríguez A, Cadaveira F. (2011). Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking). *Adicciones*, 23 (1), 53-63.
- Park, Y., & Bradlow, E. (2005). An Integrated Model for Bidding Behavior in Internet Auctions: Whether, Who, When, and how Much. *Journal Of Marketing Research*, 42(4), 470-482.
- Parker, M. A., & Anthony, J. C. (2018). Population-level predictions from cannabis risk perceptions to active cannabis use prevalence in the United States, 1991–2014. *Addictive behaviors*, 82, 101-104.
- Pascual, F. (2009). Antecedentes históricos de las adicciones. In M.A. Torres (Eds.), *Historia de las adicciones en la España contemporánea* (pp.37-82). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Patrício, L. D. (2002). *Droga para que se saiba*. Lisboa: Figueirinhas.
- Patrício, L.D. (2000). Do ambiente ao meio das drogas. *Colectanea de Textos-Centro Das Taipas*, 12, 47-58.

- Pedrero, E. J., Rodríguez, M. T., y Sánchez, J. M. (2012) Adicción o abuso del teléfono móvil. Revisión de la literatura. *Adicciones*, 24(2), 139-152.
- Pedrero Pérez, E., Ruiz Sánchez de León, J., Rojo Mota, G., Llanero Luque, M., Pedrero Aguilar, J., Morales Alonso, S., & Puerta García, C. (2017). Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC): abuso de Internet, videojuegos, teléfonos móviles, mensajería instantánea y redes sociales mediante el MULTICAGE-TIC. *Adicciones*. 30, 19-32
- Pedrero-García, E. (2018). Nightlife and Alcohol Consumption Among Youths: The Botellón Phenomenon in Spain. *SAGE Open*, 8(3), 1-7.
- Pérez Milena, A., Martínez Fernández, M. L., Pérez Milena, R., Leal Heilmiling, F. J., Jiménez Pulido, I., & Martínez Fernández, J. L. (2005). Alcohol en adolescentes: estudio sobre dependencia y relación con aspectos psicológicos y sociofamiliares. *Medicina de Familia (Andalucía)*, 6(1). 28-33.
- Pérez- Milena, A., Ramírez- Segura, E. M., Jiménez- Pulido, I., Leal-Heimling, F. J., Martínez -Fernández, M., & Pérez- Milena, R. (2008). Diferencias en el consumo urbano y rural de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes. *Medicina de Familia (Andalucía)*, 9, 10-17.
- Pérez M, Vázquez A, Fernández C. (2009). La Psicología de la Salud. Conducta y Salud. En: Pérez M, Vázquez A, Fernández C; coordinadores. *Manual de Psicología de la salud*. 3ª edición. pp. 21-28. Madrid. Pirámide.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2016). *Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 2014-2015*.

---

Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Pons, D. y Berjano, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social*. Ministerio del Interior, Plan Nacional sobre Drogas.

Protégeles (2005). Seguridad infantil y costumbres de los menores en el empleo de la telefonía móvil. Madrid: Protégeles y Defensor del Menor, Madrid, 2005. Recuperado de: <http://www.dmenormad.es/pdf/estudiotelefonosmoviles.doc>.

Raup, L. M. & Adorno, R.C. (2011). Jovens em situação de rua e usos de crack: Um estudo etnográfico em duas cidades. *Revista Brasileira da Adolescência e Conflitualidade*, 2 (4), 52-67.

Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., & Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 373 (9682), 2223-2233.

Resnicow, K., DiIorio, C., Soet, J. E., Borrelli, B., Hecht, J., & Ernst, D. (2002). Motivational interviewing in health promotion: it sounds like something is changing. *Health Psychology*, 21(5), 444.

Rodríguez, J., Agulló, E. y Agulló, M.S. (2003). Jóvenes, fin de semana y uso recreativo de drogas: evolución y tendencias del ocio juvenil. *Adicciones*, 15, 2, 7-33.

Rodríguez, M. A. F., Moreno, S. D., y Gómez, Y. F. (2018). La influencia de los roles de género en el consumo de alcohol: estudio cualitativo en adolescentes y jóvenes en Asturias. *Adicciones*. Recuperado el 10 de diciembre de:

<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1003/958>

- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 91(1), 93-114.
- Rogers, R.W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. En J.R. Cacioppo y R.E. Petty (eds.). *Social Psychology: a source book*(153-156). Nueva York: Guil-dford Press.
- Rogers, R.W. (1985). Attitude change and information integration in fear appeals. *Psychological Reports*, 56(1), 179-182.
- Rosa, A., Gomes, J., y Carvalho, M. (2000). Toxicodependencia. Arte de cuidar. Formasau. Coimbra.
- Rosendahl, K. I., Galanti, M. R., Gilljam, H., & Ahlbom, A. (2005). Knowledge about tobacco and subsequent use of cigarettes and smokeless tobacco among Swedish adolescents. *Journal of Adolescent health*, 37(3), 224-228.
- Rosentstock I.M., (1974). "Historical Origins of the Health belief Model". *Health Education Mongraphs*, 2,328-335.
- Rubio-Gil, A. (2010). Generación digital: patrones de consumo de internet, cultura juvenil y cambio social. *Revista De Estudios De Juventud*, 88, 201-221.
- Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino, M.J. y Herruzo, J. (2010). Análisis de comportamientos relacionados con el uso/abuso de Internet, teléfono móvil, compras y juego en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 22, 301-310.

- 
- Sabel, J. C., Bensley, L. S., & Van Eenwyk, J. (2004). Associations between adolescent drinking and driving involvement and self-reported risk and protective factors in students in public schools in Washington State. *Journal Of Studies On Alcohol*, 65(2), 213-216.
- Salazar, E., Ugarte, M., Vásques, L. y Loaiza, J. (2013). Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima. *Anales De La Facultad De Medicina*, 65(3), 179-187.
- Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M., Castellana, M., Chamarro, A. y Oberst, U. (2008). La adicción a Internet y al móvil: ¿moda o trastorno? *Adicciones*, 20,149-160.
- Salvador Ferrer, C. M. (2009). Expectativas de los jóvenes respecto al consumo de alcohol: La práctica del botellón. *Revista Española de Drogodependencias*, 34(1), 62-73.
- Sarvet, A. L., Wall, M. M., Keyes, K. M., Cerdá, M., Schulenberg, J. E., O'Malley, P. M., ... & Hasin, D. S. (2018). Recent rapid decrease in adolescents' perception that marijuana is harmful, but no concurrent increase in use. *Drug And Alcohol Dependence*, 186, 68-74.
- Shapira, N., Goldsmith, T., Keck, P. Jr., Khosla, D. & McElroy, S. (2003). Psychiatric features of individuals with problematic Internet use. *Journal of Affective Disorders*, 57, 267–272.
- Schou Andreassen, C. S. (2015). Online social network site addiction: A comprehensive review. *Current Addiction Reports*, 2, 175-184
- Schou Andreassen, C., Billieux, J., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Demetrovics, Z., Mazzoni, E.y Pallesen, S. (2016). The

relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30, 252-262

Schuckit, M. (2000). Genetics of the Risk for Alcoholism. *American Journal On Addictions*, 9(2), 103-112.

Seibel, P. (2001). *Dependência de Drogas*. São Paulo: Atheneu

Secades-Villa, R., Calafat, A., Fernández-Hermida, J.R., Juan, M., Duch, M., Skärstrand, E., Becoña, E. y Talic, S. (2014). Tiempo de uso de Internet y efectos psicosociales adversos en adolescentes europeos. *Adicciones*, 26 (3), 247-253.

Seymour, A., & Oliver, J. S. (1999). Role of drugs and alcohol in impaired drivers and fatally injured drivers in the Strathclyde police region of Scotland, 1995–1998. *Forensic Science International*, 103(2), 89-100.

Siegel, R. K. (1984). Changing patterns of cocaine use; longitudinal observations, consequences and treatment. *NIDA Research Monograph Series*, 50, 92-110.

Sjoberg, L. (1998). Worry and Risk Perception. *Risk Analysis*, 18(1), 85-93.

Sobrino, O.; Cabra, A.; Gómez, V.; García, C.; Sala, R. y Ballesteros, M. (2006). Adicciones comportamentales. *Conductas socioculturales*. Madrid. Congreso de psiquiatría virtual. Extraído el 17 de septiembre de 2017 de : [http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/3922/1/interpsiquis\\_2006\\_24850.pdf](http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/3922/1/interpsiquis_2006_24850.pdf)

- 
- Strecher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1997). The health belief model. *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*, 113-117.
- Sultan, A. J. (2014). Addiction to mobile text messaging applications is nothing to “lol” about. *Social Science Journal*, 51, 57-69
- Suriá, R. y Beléndez, M. (2011). Grupos de apoyo virtuales dedicados a problemas de salud: estudio de su tipología y análisis de su representatividad. *Anales de Psicología*, 27, 210-220.
- Suriá, R. (2012). Redes sociales online y su utilización para mejorar las habilidades sociales en jóvenes con discapacidad. *Escritos de Psicología-Psychological Writings*, 5 (3), septiembre-diciembre, 16-23. doi: 10.5231/psy.writ.2012.1809
- Swift, W., Jones, C., & Donnelly, N. (2010). Cannabis use while driving: A descriptive study of Australian cannabis users. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 17(5), 573-586. doi:<http://dx.doi.org/10.3109/09687630903264286>
- Telefónica (2015). La Sociedad de la Información en España 2014. Recuperado el 10 de marzo de 2018 de [http://www.fundaciontelefonica.com/arte\\_cultura/publicaciones-listado/?tema=informe](http://www.fundaciontelefonica.com/arte_cultura/publicaciones-listado/?tema=informe).
- Teixidó-Compañó, E., Sordo, L., Bosque-Prous, M., Puigcorbé, S., Barrio, G., Brugal, M. T., ... & Espelt, A. (2018). Factores individuales y contextuales relacionados con el binge drinking en adolescentes españoles: un enfoque multinivel. *Adicciones*. Recuperado el 20 de noviembre de 2018 de: <http://m.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/975>

- Thomas, R. E., McLellan, J., & Perera, R. (2013). School-based programmes for preventing smoking. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 8(5), 1616-2040.
- Thornton, L. K., Baker, A. L., Johnson, M. P., & Lewin, T. (2013). Perceived risk associated with tobacco, alcohol and cannabis use among people with and without psychotic disorders. *Addictive Behaviors*, 38(6), 2246-2251.
- Tingey, L., Cwik, M. F., Rosenstock, S., Goklish, N., Larzelere-Hinton, F., Lee, A., ... & Barlow, A. (2016). Risk and protective factors for heavy binge alcohol use among American Indian adolescents utilizing emergency health services. *The American Journal Of Drug And Alcohol Abuse*, 42(6), 715-725.
- Tirado Morueta, R., Aguaded Gómez, J. I., & Marín Gutiérrez, I. (2009). Factores de protección y de riesgo del consumo de alcohol en alumnos de la Universidad de Huelva.
- Topiwala, A., Allan, C., Valkanova, V., Zsoldos, E., Filippini, N., Sexton, C., Mahmood, A., Fooks, P., Singh-Manoux, A., Mackay, C., Kivimäki, M. and Ebmeier, K. (2017). Moderate alcohol consumption as risk factor for adverse brain outcomes and cognitive decline: longitudinal cohort study. *BMJ*, recuperado de <https://www.bmj.com/content/357/bmj.j2353.full>
- Tsai, C. C., & Lin, S. S. (2003). Internet addiction of adolescents in Taiwan: An interview study. *CyberPsychology & Behavior*, 6(6), 649-652.
- Turoldo, F. (2009), "Responsibility as an ethical framework for public health interventions", *American Journal Of Public Health*, 99(7), 1197-1202

- 
- Valencia, C., Londoño, C., Amézquita, M., Cortés, J., Guerra, M., Hurtado, A. y Ordoñez, J. (2009). Diseño del cuestionario de creencias referidas al consumo de alcohol para jóvenes universitarios. *Diversitas*, 5(2), 337-347
- Van der Aa, Overbeek, Engels, Scholte, Meerkerk y Van den Eijnden (2009). Daily and compulsive internet use and well-being in adolescence: a diathesis-stress model based on big five personality traits. *Journal Youth Adolescent*, 38 (6), 765-76.
- Vega Fuente, A. (2002). La sombra del botellón es alargada: nuevos retos en una sociedad de consumo. *Revista Española de Drogodependencias*, 27(4), 603-617.
- Viñas, F. (2009). Uso autoinformado de internet en adolescentes: perfil psicológico de un uso elevado de la red. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 109-122.
- Warner, L. A., White, H. R., & Johnson, V. (2007). Alcohol initiation experiences and family history of alcoholism as predictors of problem-drinking trajectories. *Journal Of Studies On Alcohol And Drugs*, 68(1), 56-65.
- Webb, T. L., & Sheeran, P. (2006). Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological Bulletin*, 132(2), 249.
- Weinberg, N., Schmale, J., Uken, J. y Wessel, K. (1995). Computer-mediated support groups. *Social Work with Groups*, 17, 43-54.
- Wiedermann, W., Niggli, J., & Frick, U. (2014). The lemming-effect: Harm perception of psychotropic substances among music festival visitors. *Health, Risk & Society*, 16(4), 323-338.
- Wright, K. (2000). Computer-mediated social support, older adults, and coping. *Journal of Communication*, 50, 100-118.

- Yang, S.C. y Tung, C. (2007). Comparison of Internet Addicts and non-Addicts in Taiwanese High School. *Computers in Human Behavior*, 23, 79-96. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2004.03.037>.
- Yi, S., Ngin, C., Peltzer, K., & Pengpid, S. (2017). Health and behavioral factors associated with binge drinking among university students in nine ASEAN countries. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 12(1), 32.
- Young, K. S. & Rodgers, R. C. (1998). The relationship between depression and Internet addiction. *Cyber Psychology & Behavior*, 1(1), 25-28.
- Zaldívar Basurto, F., López Ríos, F., García Montes, J. M., & Molina Moreno, A. (2011). Consumo autoinformado de alcohol y otras drogas en población universitaria española. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9(23), 113-132
- Zapata, M., Torres, Y. y Montoya, L. (2011). Riesgo de Juego Patológico. Factores y trastornos mentales asociados en jóvenes de Medellín – Colombia. *Adicciones*, 23(1), 17-25.
- Zapolski, T. C., Baldwin, P., Banks, D. E., & Stump, T. E. (2017). Does a crossover age effect exist for African American and Hispanic binge drinkers? Findings from the 2010 to 2013 National Study on Drug Use and Health. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 41(6), 1129-1136.

## ANEXOS

Soc Indic Res  
DOI 10.1007/s11205-015-1121-4



### Legal and Illegal Substance Consumption and Traffic Accident Risk Perception Among Spanish Young People

María J. Pino<sup>1</sup>  · Carlos Herruzo<sup>2</sup> · Antonio Raya<sup>1</sup> · Javier Herruzo<sup>1</sup>

Accepted: 28 September 2015  
© Springer Science+Business Media Dordrecht 2015

**Abstract** Traffic accidents today constitute a major public health problem and Spain is one of the countries with the highest rates of drug consumption by drivers. Since risk perception is one of the factors that influence impaired driving behavior, the aim of this research is to study the relationship between the consumption frequencies of legal (e.g., alcohol) and illegal (e.g., hashish, synthetic drugs or cocaine) substances and traffic accident risk perception in Spain, and to evaluate whether there are any differences between genders in this regard. The study was carried out using a prospective cross-sectional ex post facto design based on an adapted version of an instrument used in several other studies into the same population. The sample size was 3819, with all subjects resident in Andalusia (Spain). The results show that those young adults who most frequently consume any of the studied drugs have a lower perception of risk than those who do not consume the same substances. For example, 41.5 % of hashish users thought that driving under the influence of hashish never or rarely causes problems. The highest perception of risk observed was associated with alcohol consumption, the lowest with hashish. There were also differences between genders. It was concluded that the higher the level of consumption, the lower the risk perception. The results obtained emphasize the need for

**DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL SEXO EN LA PERCEPCIÓN DEL  
RIESGO ASOCIADO AL CONSUMO DE DROGAS EN JÓVENES**

**SEX DIFFERENCES IN THE PERCEPTION OF RISK  
ASSOCIATED WITH DRUG USE IN YOUNG**

CARLOS HERRUZO<sup>1</sup>, VALENTINA LUCENA<sup>1</sup>,  
ROSARIO RUIZ-OLIVARES<sup>1</sup>, ANTONIO RAYA<sup>1</sup> Y  
MARÍA JOSÉ PINO<sup>1</sup>.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Herruzo, C., Lucena, V., Ruiz-Olivares, R., Raya, A. y Pino, M. J. (2016). Diferencias en función del sexo en la percepción del riesgo asociado al consumo de drogas en jóvenes [Sex differences in the perception of risk associated with drug use in young]. *Acción Psicológica*, 13(1), 79-90. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.1.17422>