



VNiVERSiDAD
D SALAMANCA

*Control personal y creencias en el
consumo de alcohol en jóvenes
universitarios*

Salamanca, 2013

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
FACULTAD DE MEDICINA
Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Medicina
Legal e Historia de la Ciencia

*Control personal y creencias en el
consumo de alcohol en jóvenes
universitarios*

Autora: Beatriz Cabrejas Martínez

Directores:

Dr. Ginés Llorca Ramón

Dra. M^a Angeles Diez Sánchez

Dra. M^a Angeles Llorca Diez



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

Facultad de Medicina

**LOS DOCTORES GINÉS LLORCA RAMÓN, M^a ÁNGELES DÍEZ
SÁNCHEZ y M^a ÁNGELES LLORCA DÍEZ**

CERTIFICAN

Que el presente trabajo de titulado *Control personal y creencias en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios* realizado por **Dña. Beatriz Cabrejas Martínez**, licenciada en Psicología, se ha desarrollado bajo nuestra dirección y reúne, a nuestro criterio, méritos suficientes de originalidad y rigor metodológico para que su autora pueda optar con él al Título de Doctora.

En Salamanca a, 3 de junio de dos mil trece

Directores:

Dr. Ginés Llorca Ramón

Dra. M^a Angeles Diez Sánchez

Dra. M^a Angeles Llorca Diez

*Dedicatoria: A mis
hermanos, a la memoria de
mi padre y, en especial, a
mi madre*

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría expresar por medio de estas líneas mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización de la presente Tesis Doctoral.

En primer lugar, destacar el papel fundamental de los Doctores D. Ginés Llorca Ramón, D^a. M^a Ángeles Diez Sánchez y D^a. M^a Ángeles Llorca Diez, directores de esta investigación, y razón principal por la que me sumergí en esta temática. Agradecer la orientación, el seguimiento y la supervisión continua de la misma así como la motivación y el apoyo recibido a lo largo de estos años. Sin embargo, su papel durante este tiempo no ha quedado reducido a su labor directiva, sino que han sido fuente de aprendizaje y constantes desafíos, en la que me gustaría destacar su maestría en el “buen hacer”, la “buena práctica” y la profesionalidad en la labor ejercida.

Especial reconocimiento merece la Doctora Gloria Bueno Carrera, por el interés, sugerencias, ánimo y apoyo mantenido durante este tiempo, así como su acogimiento y profesionalidad.

También me gustaría agradecer la colaboración de Jesús López Lucas en la búsqueda y realización del Análisis Bibliométrico, así como todos aquellos profesores (Eladio Sanz, Nieves Porras, Ángela Sánchez de San Lorenzo, Rosa Isabel Sánchez Alonso y M^a del Pilar González Arrieta...entre otros) por haberme cedido un tiempo de sus clases para aplicar los cuestionarios de la investigación. Asimismo, destacar y agradecer fundamentalmente, a los estudiantes que han formado parte de la muestra, sin los cuales habría sido imposible su realización.

Quisiera hacer extensiva mi gratitud a la Asociación de Alcohólicos Anónimos y especialmente a sus miembros: A, J.A., A., etc., por acogerme y brindarme la

oportunidad de conocer sus testimonios, las repercusiones que esta patología puede ocasionar, así como el funcionamiento y apoyo que dicha entidad les ofrece.

Un agradecimiento muy especial merece la comprensión, paciencia y el ánimo recibidos de mis amigos y fundamentalmente de mi familia, por ser un constante apoyo y fuente de motivación ante las dificultades, por inculcarme los valores imprescindibles para afrontar la vida y porque la constancia y el tesón están en la base de cada uno de los objetivos que nos proponemos. Por todo el tiempo que os he robado. Porque sin vosotros nada de esto hubiera sido posible.

A todos ellos, muchas gracias.

Índice

INDICE

1.- INTRODUCCIÓN.....	17
2.- EL ALCOHOL	23
2.1.- Concepto.....	25
2.1.1. Concepto de grado alcohólico.....	30
2.1.2. Aspectos farmacocinéticos y tasa de alcoholemia.....	31
2.2.- Breve introducción histórica.....	35
2.3.- Trastornos relacionados con el alcohol.....	44
2.3.1.- Trastornos inducidos por el alcohol	44
2.3.1.1.- Intoxicación por alcohol	45
2.3.1.2.- Abstinencia de alcohol	54
2.3.2.- Trastornos por consumo de alcohol	58
2.3.2.1.- Abuso de alcohol	58
2.3.2.2.- Dependencia de alcohol	60
3.- CONSUMO EN JÓVENES	67
3.1. - Introducción.....	69
3.2.- Características y consecuencias	79
3.2.1.- Edad de inicio: primeras experiencias	87
3.2.2.- Motivaciones asociadas al consumo de alcohol	89
3.2.3.- Otras sustancias	91
3.2.4.- Variables influyentes	95
3.2.4.1.- Factores genéticos y familiares	96
3.2.4.2.- Los compañeros e iguales y la presión del grupo	103
3.3.- Epidemiología	108
3.3.1.- Epidemiología en Europa	112

3.3.1.- Epidemiología en España	118
4.- VARIABLES PSICOLÓGICAS Y CONSUMO.....	135
4.1. – El control personal	137
4.1.1.- Rasgos de personalidad.....	140
4.2. – Expectativas y creencias hacia el alcohol	144
4.2.1.- Percepción de riesgo.....	151
5.- ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA	155
6- OBJETIVO E HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS	165
7.- METODOLOGÍA.....	169
7.1. - Muestra.....	171
7.2. – Descriptivos de muestra	173
7.3. – Batería de instrumentos	182
7.3.1. – Entrevista semiestructurada	182
7.3.2. – Encuesta	182
7.3.3. – Entrevista de consumo de alcohol CAGE	182
7.3.4. – Alcohol Use Disorders Identification Test.....	184
7.3.5. – Cuestionario de expectativas hacia el alcohol	186
7.3.6. – Escalas Expectativas Generalizadas de Control....	187
7.4. – Descriptivos de instrumentos.....	189
7.5. – Análisis de datos.....	199
8.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN	201
8.1. – Resultados de la encuesta.....	203
8.2. – Resultados Inferenciales	227
8.2.1. – Primera hipótesis	227
8.2.2. – Segunda hipótesis	238

8.2.3. – Tercera. hipótesis	244
8.2.4. – Cuarta hipótesis	260
9.- CONCLUSIONES.....	269
10.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	275
11.- ANEXOS	323

Introducción

1.- INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, el consumo de alcohol en España y en los países mediterráneos se ha caracterizado por la regularidad de su uso, la vinculación a la dieta y a los acontecimientos sociales. Sin embargo, tanto en la observación personal como en la experiencia clínica como colaboradora voluntaria con el Prof. Llorca, concretamente en la relación establecida con el grupo de Alcohólicos Anónimos, evidenciamos la trascendencia de la forma de inicio en el consumo de esta sustancia. A este respecto, se observa la emergencia de un nuevo patrón de consumo, que se centra principalmente en adolescentes y jóvenes adultos y que se identifica por ser más intenso, por realizarse durante el fin de semana y por su combinación, en ocasiones, con otras sustancias adictivas. Esta forma de ingesta se ha introducido en el tiempo de ocio de los jóvenes y se comparte con el grupo de iguales.

Con estas observaciones nos introducimos en la literatura sobre el tema y, llama la atención que entre los motivos que se exponen para beber alcohol se citen la sobreestimulación, la reafirmación de la identidad grupal, la desinhibición y la escasa percepción del riesgo asociado a la ingesta de bebidas alcohólicas, y que ha derivado en la generalización del consumo y la normalización de esta conducta, es decir, ha surgido una tolerancia social hacia el alcohol (Sánchez Pardo, 2002, en Jiménez-Muro et al., 2009; Geoffrey, Kristin y Faith, 2008; Moral, Rodríguez y Sirvent, 2006).

Se señalan cómo etapas de mayor riesgo donde se ha detectado el inicio del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas ilegales, la transición de la vida del niño al período juvenil (Ariza et al., 2003; NIDA, 2004), y la adultez emergente, entre los 18 y 25 años, que es el período en que algunos jóvenes abandonan el hogar paterno para iniciar lo que será su formación profesional en la universidad, etapa en la que adquieren

su mayoría de edad y también una mayor libertad. En este sentido, a pesar de que un nivel educativo alto funciona como factor protector del consumo de sustancias, un gran número de jóvenes al acceder a estudios superiores inicia y, a veces, consolida conductas de consumo perjudicial (Font-Mayolas, Grass y Planes, 2006; Jiménez-Muro et al., 2009; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino, y Herruzo, 2010).

Los porcentajes son abrumadores, la Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España afirma que el 80,1% de los españoles de 15 a 34 años ha bebido alcohol alguna vez en los últimos 12 meses, con una prevalencia anual del 35,2% de “borracheras” y del 21,7% en el caso del consumo intensivo (OEDT, 2011). No extraña que la Organización Mundial de la Salud en 2005, fijase en alrededor de 600.000 las muertes de europeos por causas relacionadas con el consumo de alcohol, constituyendo el 6,3 % de todas las muertes prematuras de la Unión, de las que más de 63.000 fueron de adolescentes y jóvenes en edades comprendidas entre los 15 y los 29 años (World Health Organization, 2005).

Con estas cifras, los estudios se interesan por los múltiples factores que podían influir en el comienzo de este consumo, detectándose aspectos familiares, socioeconómicos, cognitivos y emocionales (Nebot, et al., 2004), destacando el papel del entorno; tanto de la familia como de los amigos, así como la presión social y las expectativas y creencias hacia la ingesta de alcohol, entre otros. En esta línea, y tomando como base la Teoría del Aprendizaje, se cree que las personas tienden a tomar decisiones en función de las consecuencias positivas o negativas que éstas les van a proporcionar, evitando aquellos comportamientos que les aporten consecuencias no deseadas. Así, se comienzan a estudiar las creencias y expectativas individuales anticipando los efectos cognitivos, físicos y comportamentales que se producen por el consumo de alcohol (Cassola, Pilatti, Alderete y Godoy, 2005).

Este rol mediador de las expectativas hacia el consumo étlico ha sido estudiado a lo largo de todo el desarrollo evolutivo, en muestras de niños, adolescentes, jóvenes y adultos; su importancia radica, fundamentalmente, en la posibilidad de modificarlas y de esta manera reducir los patrones de abuso, o mejor aún, impedir que lleguen a desarrollarse. Así pues, en diferentes trabajos se ha demostrado, con resultados satisfactorios, la posibilidad de manipular experimentalmente las expectativas hacia el alcohol y producir modificaciones en el consumo.

En la actualidad, este uso/abuso de alcohol entre los jóvenes está ocasionando un serio problema de salud pública en general en todo el ámbito internacional, y en particular, en España, y ha llevado a los principales organismos relacionados con la Sanidad a recomendar acciones preventivas que promuevan estilos de vida saludables en este colectivo (Banderas, Martínez, y Romo, 2010). Por todo ello, centramos como tema de estudio de nuestra Tesis Doctoral, el consumo de alcohol, siendo el objetivo general:

Investigar las características del patrón de consumo étlico en jóvenes universitarios y la posible influencia en el mismo de variables cómo las expectativas personales y las creencias sobre la sustancia.

El alcohol

2.- EL ALCOHOL

2.1.- Concepto

Droga, como afirma Comas (1985), es una palabra que puede referirse a muchas sustancias, y sin embargo, sólo parecen serlo aquellas calificadas culturalmente como tales. Así, al hablar de drogas muchas veces no se piensa en aquellas institucionalizadas, cuya presencia y consumo están plenamente integradas en las pautas de comportamiento de la sociedad, sustancias que cuentan con una tradición histórico-cultural y cuya producción, venta y consumo no están penalizados, como por ejemplo, el alcohol, el tabaco o el café, dado que se nos presentan como productos de uso común, aunque sean clasificables farmacológicamente como drogas. (Pons Diez y Berjano Peirats, 1999).

Por tanto, en función de sus acciones sobre el organismo, Kramer y Cameron (1975) en su Manual sobre Dependencia de las Drogas, realizado por encargo de la O.M.S., las definen como toda sustancia química que incorporada al organismo vivo, tiene capacidad para modificar una o varias funciones de éste (percepción, conducta, motricidad, etc.). Sin embargo, los efectos que producen, sus consecuencias y funciones están condicionados, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que establecen las poblaciones que las utilizan en un determinado momento (Menéndez, 1990; Vasallo, Jáimez y Rubio, 2002). En consecuencia, y tratando de ubicar al alcohol en este contexto conceptual recogemos la delimitación de Berjano y Musitu (1987), que entienden por droga toda sustancia que cumple estos requisitos:

- Es administrada de forma voluntaria por la persona.
- A través de su consumo se pretende obtener una serie cambios físicos y/o psicológicos.

- Como consecuencia del continuo efecto reforzante de los cambios psíquicos derivados, puede provocarse en el consumidor una situación de necesidad psicológica y seguir consumiendo la sustancia.
- El propio consumidor y la sociedad en la que se halla inmerso, perciben el producto como capaz de provocar los efectos anteriormente citados.

El alcohol etílico (etanol) o simplemente alcohol, si no se hace referencia a otro miembro de la serie química de los alcoholes, consta de una pequeña cadena de dos átomos de carbono, seis átomos de hidrógeno y un átomo de oxígeno (su fórmula química es $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$) (Fig. 1):

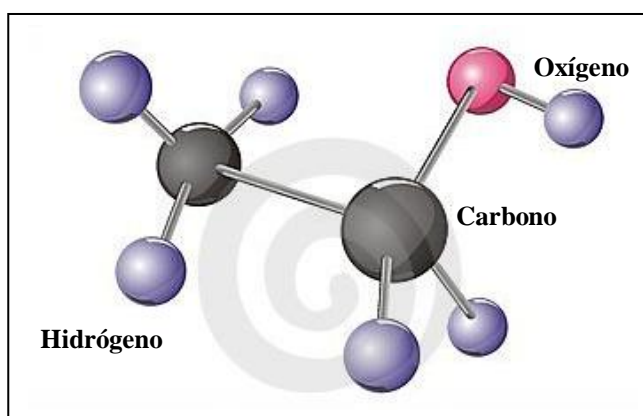


Fig. 1.: Fórmula química y molécula del etanol

Es incoloro, inflamable, volátil, líquido a temperatura ambiente y más ligero que el agua: un litro de etanol pesa aproximadamente 800 grs. Es soluble en agua, cloroformo, éter y en otros compuestos no acuosos, como las grasas y los disolventes orgánicos, aunque su liposolubilidad es unas 30 veces menor que su hidrosolubilidad. De esta propiedad proviene su habilidad para penetrar en las células y repartirse por todos los tejidos del organismo, si bien en diferentes proporciones (Izquierdo, 2002; Roldán, Frauca, Dueñas, 2003; Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [DGPNSD], 2007; Rodríguez García, 2010) y atravesar fácilmente la barrera

hematoencefálica, llegando al cerebro en poco tiempo tras la ingesta enólica (Modesto-Lowe, y Kranzler, 1999). En relación con su valor nutritivo, 1 gramo de alcohol aporta al organismo 7,1 Kcal.; este aporte energético no se acompaña de un aporte nutritivo como minerales, proteínas o vitaminas (Álvarez y del Río, 2001; Izquierdo, 2002).

El proceso por el que se obtiene el alcohol, es a través de la fermentación anaeróbica de los hidratos de carbono (fermentación alcohólica) (DGPNSD, 2007) contenidos en diversos productos como la uva, la cebada, la manzana o el arroz, transformándolos en etanol y dióxido de carbono (CO₂), proceso que puede ser espontáneo, pero que se ve acelerado por la acción catalítica de una levadura, *Saccaromyces cerevisiae*, presente de forma natural o añadida por el hombre con el fin de obtener bebidas alcohólicas (Ladero y Lizasoain, 2009).

Así, cuando la concentración alcohólica del medio de cultivo alcanza un 10-13% (en volumen), las levaduras mueren. Por tanto, el contenido alcohólico superior a estas cifras en algunas bebidas fermentadas se debe a la adición externa de alcohol (Ladero y Lizasoain, 2009; Rodríguez García, 2010). Pero además del etanol, las bebidas alcohólicas contienen otros compuestos; como alcoholes de bajo peso molecular (metanol, butanol), aldehídos, ésteres, histamina, fenoles, taninos, hierro, plomo y cobalto (Velasco y Álvarez, 1988; Álamo, et al., 2000), presentes principalmente en las bebidas fermentadas, que aumentarán el daño en los episodios de consumo elevado fundamentalmente (Izquierdo, 2002).

Dentro de las *bebidas fermentadas*, las más comunes son el vino, la cerveza y la sidra entre otros caldos (Pons Diez y Berjano Peirats, 1999; DGPNSD, 2007):

- El vino (del latín *vinum*) es el producto resultante de la fermentación de las uvas frescas o del mosto. Tiene tres variedades principales: el tinto,

obtenido de la fermentación del mosto en presencia de los hollejos, de la pulpa y de las pepitas de la uva (algunas características químicas de estos elementos han hecho sugerir que el vino tinto podría prevenir algunas alteraciones coronarias); el blanco, consecuencia de la vinificación de los mostos separados de los elementos anteriores; y el rosado, producto de la fermentación del zumo de uvas rojas, al estilo de los vinos blancos; su graduación alcohólica suele ser de unos 10-13 grados.

- La cerveza (del latín *cervesiam*), se obtiene a partir de la malta cervecera, procedente de la transformación de la cebada y otros cereales. Para conseguir el sabor amargo se le añade lúpulo. Su contenido de alcohol suele oscilar entre los 4-6 grados. Actualmente se comercializa una bebida llamada cerveza sin alcohol que presenta 1 grado alcohólico.
- La sidra, procede de las manzanas trituradas y fermentadas. Su contenido en alcohol suele oscilar en torno a los 5 grados.
- El champán (de Champagne, región del noreste de Francia), es un tipo de vino espumoso elaborado según el método *champenoise* que consiste básicamente en la mezcla de vinos procedentes de distintos tipos de uva, que son sometidos a una segunda fermentación dentro de la botella durante varios meses. En función de la cantidad de azúcar contenida, se conocen cuatro variedades: dulce, semiseco, extra seco y brut. La graduación alcohólica es de unos 11 grados.

Las *bebidas destiladas* se consiguen eliminando mediante calor, a través de la destilación, una parte del agua contenida en las bebidas fermentadas, ya que sus puntos de ebullición son diferentes (en condiciones estándar, 100° C para el agua y 78,3° C para

el etanol). Si se calienta una mezcla que contenga agua y etanol, a partir de 78,3° C el etanol se evapora pero el agua no. El alcohol evaporado se enfría y regresa a su estado líquido. Posteriormente, se añade a ciertas bebidas en las que consecuentemente, aumenta la concentración o grado alcohólico, que suele oscilar entre los 30 y 50 grados (Pons Diez y Berjano Peirats, 1999; DGPNSD, 2007; Rodríguez García, 2010). Entre las más conocidas se encuentran (Sanchis Fortea y Martín Yáñez, 1997):

- ✓ El vermut (del alemán wermuth = ajenjo), es el resultado de la combinación de vino blanco, aguardiente de ajenjo y otras sustancias amargas y tónicas. Su graduación alcohólica está en torno a los 16 grados. Sus tres variedades principales dependen de la cantidad y tipo de azúcar contenido: blanco, dry y rojo.
- ✓ El whisky (voz inglesa, del gaélico escocés visge beatha = agua de la vida), es un aguardiente obtenido a partir de la destilación de la mezcla de cereales (cebada, maíz, centeno). Su contenido alcohólico es muy alto, llegando a situarse en los 43 grados.
- ✓ El coñac (de Cognac, ciudad del sudoeste de Francia) o brandy, es un aguardiente obtenido a partir de la destilación de vinos flojos y añejado posteriormente en toneles de roble. Su graduación alcohólica está alrededor de los 36 grados.
- ✓ El ron (del inglés rum), se obtiene por destilación del sustrato de la fermentación del jugo de la caña de azúcar o de remolacha. Tiene dos variedades principales: blanco y negro, éste último coloreado con una solución de azúcar quemado al finalizar la fermentación. Su graduación se sitúa en torno a los 40 grados.

- ✓ La ginebra (del francés genièvre = enebro), se trata de un aguardiente fruto de la destilación de macerados de bayas de enebro y otros cereales. Su graduación alcohólica se sitúa alrededor de los 40 grados.
- ✓ El vodka (voz rusa), es un aguardiente de alta graduación obtenido a partir de cereales -principalmente centeno, maíz y cebada- o de patata. Tiene alrededor de 40 grados de alcohol.

2.1.1. Concepto de grado alcohólico

La graduación alcohólica se expresa en grados y mide el contenido de alcohol absoluto en 100 cc, o sea el porcentaje de alcohol que contiene una bebida.

Tabla 1: Clasificación de las bebidas alcohólicas más frecuentes (Echeburúa, 2001).

1. Bebidas fermentadas (5°-15°)		
❖	Vermús y aperitivos	16°-24°
❖	Cava	12°
❖	Vino	11°-12°
❖	Cerveza	4°-5°
❖	Sidra	3°
2. Bebidas destiladas (25°-60°)		
❖	Ron	40°-80°
❖	Whisky	40°-50°
❖	Coñac	40°
❖	Ginebra	40°
❖	Vodka	40°
❖	Anís	36°
❖	Pacharán	28°
3. Bebidas alcohólicas sin alcohol (0,5°-1°)		
❖	Cerveza sin alcohol	0,8°-1°

Así, un vino que tenga 12 grados, significa que 12 cc de cada 100 cc son de alcohol absoluto, es decir el 12%. El grado alcohólico viene expresado en los envases como (°) o bien como vol% (Tabla 1) (Pons Diez y Berjano Peirats, 1999; Echeburúa, 2001; Melero y Pérez de Arróspide, 2001; DGPNSD, 2007).

Desde un punto de vista sanitario tiene mayor relevancia determinar los gramos de etanol absoluto ingerido, para lo cual primero hay que conocer el volumen y la graduación de la bebida alcohólica (Aubá, Gual y Monrás, 1998; DGPNSD, 2007).

Existen una serie de diferencias internacionales que dificultan hallar un sistema general. El sistema utilizado en Europa proporciona directamente los gramos de alcohol puro consumidos al dar el porcentaje de alcohol por volumen y la densidad relativa del alcohol (0,8g/ml) (Aubá, Gual y Monrás, 1998; DGPNSD, 2007; Rosón Hernández, 2008). La fórmula sería:

$$\text{Gramos alcohol} = \frac{\text{volumen (expresado en c.c.)} \times \text{graduación} \times 0,8}{100}$$

2.1.2. Aspectos farmacocinéticos y tasa de alcoholemia

El alcohol es un depresor del Sistema Nervioso Central que adormece progresivamente el funcionamiento de los centros cerebrales superiores. Mediante la incorporación a la membrana de las neuronas, el etanol desorganiza su estructura bilaminar, lo que altera la conformación lipídico-proteica y modifica sus propiedades electrofisiológicas y otras funciones, como las inherentes a los receptores y a los canales iónicos integrados en la membrana, actuando sobre los receptores para opioides y sobre el complejo receptor GABA-A acoplado a ionóforo de Cl para benzodiazepinas. (Ladero y Lizasoain, 2009).

El alcohol ingerido por vía oral se absorbe principalmente en el intestino delgado (en un 80%) y en el estómago (el 20%), aunque también puede absorberse a través de la piel y por vía inhalatoria. La velocidad de la absorción es proporcional a su presencia en el intestino delgado, con lo que aumenta en todas las situaciones que favorecen un

vaciado gástrico rápido, ausencia de alimento en el estómago, con la cantidad y rapidez de la ingesta, la temperatura de la bebida (las bebidas frías se absorben más rápidamente) y las concentraciones de alcohol entre el 15 y el 30% (Alamo y cols. 2000).

Tras la absorción, existen diversas vías de metabolización del alcohol. La primera es a través del hígado (el 90%), mediante un proceso de oxidación en el que el etanol se transforma en acetaldehído por la vía Alcohol-deshidrogenasa. Otra vía es la Microsomal, constituyendo una vía inducible tras la ingesta masiva de alcohol si la vía principal es insuficiente y en la que se degrada el 10% del alcohol. Finalmente, una tercera vía es a partir de la Catalasa (Izquierdo, 2002; Roldán, Frauca, Dueñas, 2003). Sin embargo, entre un 2% y un 10% del etanol ingerido se elimina sin metabolizar, a través de la respiración, orina y sudor (Alamo y cols. 2000).

Por otra parte, a igualdad de cantidad de alcohol ingerido por kilo de peso la concentración de alcohol en sangre en la mujer es mayor que en el hombre. Esto es debido a que ellas presentan menor Alcohol Deshidrogenasa (ADH), menor contenido de agua corporal y mayor grasa que el varón. Asimismo, las enzimas ADH y ALDH muestran expresión genética diferente según los distintos grupos raciales. Con lo que hay estudios que evidencian que en el 40% de los orientales la ALDH está inactiva (Izquierdo, 2002).

Una vez metabolizado el alcohol se distribuye en el organismo alcanzando su máximo nivel de concentración en sangre entre los 30 y 90 minutos desde que se ingiere (Izquierdo, 2002), desencadenando unos efectos en el organismo que pueden ser medidos y predichos a través de la tasa de alcoholemia, expresada generalmente como

la cantidad de alcohol puro en gramos por cada litro de sangre (g/l) o bien como miligramos por decilitro de sangre (mg/dl o tanto por cien [%]) (DGPNSD, 2007).

La concentración de etanol en sangre se encuentra en equilibrio con el aire espirado en una relación de 1:2000 a 1:2.300; es decir, 1 unidad de volumen en sangre equivale a 2000-2.300 unidades de volumen en aire espirado. Así, 1 gramo de alcohol en un litro de sangre equivale a 0,00048 gramos (0,48 mg que son en la práctica casi 0,5 mg) de alcohol por litro de aire espirado (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999; Dirección General de Tráfico, 2002; Izquierdo, 2002). En consecuencia, el cálculo de la alcoholemia máxima esperable tras consumir bebidas alcohólicas en un estómago vacío (ayunas) se haría llevando a cabo la siguiente fórmula:

$$\text{Alcoholemia previsible} = \frac{\text{Gramos de alcohol absoluto ingeridos}}{\text{Kg de peso corporal} \times 0,7 \text{ (hombre) o } 0,6 \text{ (mujer)}}$$

Asimismo, el alcohol ingerido se elimina del organismo con un promedio de 0,15 y 0,25 g./ l./ hora (Izquierdo, 2002; DGPNSD, 2007), y los alcohólicos crónicos pueden metabolizarlo con el doble de rapidez (Roldán, Frauca, Dueñas, 2003).

$$1. \text{ Tiempo (horas) necesario para la eliminación} = \text{alcoholemia (g/l)} / 0,15 \text{ (g/l/h)}$$

$$2. \text{ Tiempo (horas)} = \text{alcoholemia (g/l)} - 0,50 \text{ (g/l)} / 0,15 \text{ (g/l/h)}$$

En consecuencia, se podría estimar el tiempo necesario para que el alcohol desaparezca del organismo (paso 1) e incluso el tiempo necesario para que la alcoholemia esté por debajo del límite legal de conducción de vehículos (0,5 g/l en

conductores de vehículos particulares) (DGPNSD, 2007), existiendo una fuerte interacción entre el alcohol y la carretera. Así, el riesgo de sufrir un accidente mortal de tráfico se duplica si se conduce con alcoholemias de 50 mg/dl y es cinco veces mayor si se alcanzan los 80 mg/dl. (Ladero y Lizasoain, 2009).

2.2.- Breve introducción histórica

A lo largo de la historia, las diversas sociedades humanas han conocido y utilizado diferentes productos para inducir alteraciones en las funciones psíquicas. En muchas ocasiones el consumo de sustancias se realizaba en el marco de actividades socializadoras y muy estructuradas, o dentro de rituales de iniciación o adhesión a una comunidad (Casas Brugué, Roncero Alonso y Colom Farran, 2005). Sin embargo, en cada una de las diversas situaciones, el objetivo de su consumo ha ido encaminado a sedar y paliar el dolor o bien a estimular, a experimentar sensaciones placenteras, o a alternar socialmente, etc., haciendo un uso que se clasificaría dentro de lo que actualmente definimos como drogas.



Fig. 2: Vasija neolítica

Entre todas estas sustancias se encuentra el alcohol, ya disponible desde la época neolítica, cuando la invención de la cerámica hizo posible el almacenamiento de frutos, vegetales, miel, y otros productos ricos en hidratos de carbono que a través de su fermentación generaban alcohol (Santo-Domingo, Gual y Rubio, 2005).

En la figura 2 se expone una vasija del año 5400 a. C., hallada en el poblado neolítico de Hajii Firuz Tepe, en los montes Zagros (Oriente Medio).

Prácticamente todas las culturas nos han dejado testimonios escritos sobre las bebidas alcohólicas y sus efectos, y que se remontan a poco después de haberse desarrollado la escritura, lo que indica que ya entonces tenían una amplia experiencia sobre dicha sustancia (Ladero y Lizasoain, 2009). El alcohol es, de hecho, la primera

droga a la que los textos históricos se han referido en términos de abuso, varios miles de años antes de Cristo (Blum, 1973). El libro del Génesis hace referencia en el pasaje de Noé: (Gén 9, 18-27) (cit. Por Díaz, 2001, 20-21):

“Noé se dedicó a la agricultura y plantó una viña pero cuando bebió vino, se embriagó y quedó tendido en medio de su tienda, completamente desnudo”

Asimismo, el profeta Isaías 5:11, describe el día después de una borrachera, que interpretamos como el periodo de resaca, y se lamenta de aquellos que madrugan para correr tras la bebida y hasta muy entrada la noche se acaloran con el vino. Incluso, posteriormente, el mismo Homero relata en la Odisea los efectos del alcohol y el fatal desenlace que sufrió un joven remero llamado Elpenor, el cual, después de una noche de consumo excesivo de vino, también en plena resaca, tropezó, sufrió una caída desde un tejado y se partió el cuello (Díaz, 2001).

El alcohol ha sido sin duda la droga por excelencia de los pueblos mediterráneos. Sus efectos embriagantes fueron utilizados como vínculo litúrgico por egipcios, griegos, romanos y hebreos. La vid se ha considerado como símbolo de la vida y de la inmortalidad. Así, los sumerios (habitantes de Mesopotamia hace tres mil años) representaban la vida con el signo de una hoja de parra y utilizaban bebidas fermentadas, citadas incluso en el Código de Hammurabi, donde se prescribía la pena de ser arrojado al río para aquellos propietarios de locales de bebidas que permitieran la embriaguez de sus clientes (Pons Diez y Berjano Peirats, 1999; Díaz, 2001).

Fueron los egipcios quienes inventaron la cerveza hace tres mil años antes de Cristo, vinculando su consumo a actividades populares, elaboraron normas y advertencias sobre el uso y el abuso de dicha sustancia y la gravaron con algo similar a

lo que ahora llamaríamos impuestos. Asimismo, utilizaron el vino hasta bien avanzada la dominación romana, como vínculo de unión con la espiritualidad, donde lo consumían para la embriaguez sagrada en el templo de Tentyra, dentro del culto dedicado a Hator, diosa egipcia del amor (Pons Diez y Berjano Peirats, 1999).



**Fig. 3: Estatuilla de una mujer fabricando cerveza.
Mastaba de Meresanj. V Dinastía**

El culto que las antiguas civilizaciones griega y romana ofrecían a sus respectivos dioses del vino -Dionisos y Baco- es otro excelente indicador del arraigo que esta bebida ha tenido en los ritos religiosos de los pueblos mediterráneos. El vino era el sustituto de la sangre del dios Dionisio, y con el objetivo de alcanzar la inmortalidad, se celebraban rituales en los que se incluía procesiones y danzas donde los participantes buscaban la unión con el dios, a través de un estado de embriaguez. Esta ceremonia fue recogida por la cultura latina, donde Dionisos adoptó el nombre de Baco, y el ritual festivo-religioso conocido como bacanal, ha llegado hasta nuestros días como ejemplo de manifestación lúdica y liberadora de instintos, mediante la utilización de un producto divinizado: el vino (Pons Diez y Berjano Peirats, 1999; Diaz, 2001).

Otras culturas han buscado la misma finalidad por medio de otras drogas. En este sentido, mencionaremos que la utilización de la hoja de coca y del botón de mescal en las culturas andinas y mesoamericanas, respectivamente, estaba destinada principalmente a los ritos litúrgicos (Freixa, 1993a). Además y, aunque para otros usos, en la América precolombina también se conocía la utilización de bebidas alcohólicas de baja concentración procedentes de la fermentación de diversas plantas.

Por su parte, el sincretismo judeo-cristiano llegaría a elevar esta sustancia como vehículo de encarnación de la divinidad. Es más, para las culturas mediterráneas de la antigüedad el vino era la “sangre de la tierra”, de ahí que adquiriera unas cualidades mágicas que persisten en la liturgia cristiana (Oberlé, 1989). La expansión del Imperio Romano contribuyó a la difusión de la vid y el vino por todos los territorios dominados, siendo los primeros en promulgar leyes sobre su cultivo y comercio (Sournia, 1990). De tal manera que, después de la caída del imperio existen indicios, incluso entre los musulmanes que habitaban los reinos peninsulares, que alguna selecta minoría era consumidora de vino (Freixa, 1993b).

La palabra “alcohol” proviene del árabe *al-kuhl*; colirio (Pons Diez y Berjano Peirats, 1999) y *al-kohl* que significa polvillo, debido a la creencia de que el efecto embriagante de las bebidas alcohólicas se debía a un polvo impalpable que desprendía y que ejercía sus efectos por inhalación (Ladero y Lizasoain, 2009). En el siglo VII, Mahoma prohibió a sus discípulos el consumo de sustancias que pudieran dañar la pureza del alma y, particularmente el vino, cuyos estragos había comprobado él mismo en Medina (Malka, Fouquet y Vachonfrance, 1988). Aún así, fue en el siglo VIII cuando Ramsés, un químico persa, descubrió el proceso de destilación, iniciándose tempranamente en la tradición alquimista griega, que permite obtener bebidas alcohólicas de elevada graduación (*al'anbiq*, vocablo que proviene del griego, significa

en árabe vaso para destilar) (Malka, Fouquet y Vachonfrance, 1988). Sin embargo, pronto el Islamismo emergente redujo drásticamente las posibilidades de consumir bebidas alcohólicas en su zona de influencia. No obstante, a través de la expansión de dicho movimiento a la Península Ibérica, se transmitieron diversos conocimientos y técnicas. En concreto, el erudito y literato balear Ramon Llull (1233-1315) y el médico y teólogo valenciano Arnau de Vilanova (1238-1311) (Freixa, 1993b), son, entre otros personajes, algunos de los que contribuyeron a difundir en la cultura europea las técnicas de destilación, aunque su obra fue en parte ocultada por la divergencia ideológica que mantenían con la oficialidad eclesiástica e inquisitorial (Pons Diez y Berjano Peirats, 1999).

A partir del siglo XIV el alcohol era una sustancia importante que se usaba, además de medicamento revitalizador, cómo analgésico y euforizante, relacionado en particular con la epidemia de la peste negra (1347-1351), como disolvente en la preparación de perfumes y otros productos variados, así como en relación con usos religiosos y en el trueque por otros menesteres, expandiéndose por el norte y este de Europa, donde su uso adquiriría patrones de consumo diferentes de los mediterráneos preexistentes (Santo-Domingo, Gual y Rubio, 2005).

Así, en diversas regiones de Europa y siempre en los monasterios, se van elaborando los primeros licores destilados que alcanzan fama y relevancia: *cognac*, *benedictine*, *chartreuse*, llegando a Irlanda y Escocia, donde en este último país, en el siglo XV comienza a elaborarse un aguardiente de cebada llamado *uisge beatha* (agua de la vida en gaélico escocés) constituyendo el primer antecedente del *whisky* (Pons Diez y Berjano Peirats, 1999). Al mismo tiempo, entre los siglos XIII y XV, en la abadía benedictina de Sankt Gallen, en Suiza, comienza a desarrollarse una industria cervecera, con una elaboración del producto más parecido al que ahora conocemos, que

no llega a la península hasta el siglo XVI, con el emperador Carlos V (1500-1558). Sin embargo, este nuevo producto no es aceptado por el pueblo al considerarlo una bebida extranjera. De hecho, el uso popular de la cerveza en España no llegará hasta mediados del siglo XIX, cuando industriales alemanes ubican sus factorías cerveceras en Cataluña (Pons Diez y Berjano Peirats, 1999).

En el siglo XVII, comerciantes y propietarios agrarios españoles y portugueses inician la exportación y plantación masiva de caña de azúcar en las Antillas y Brasil, con lo que se desarrolló la producción y difusión del ron. Por otro lado, en Francia, el monje benedictino *dom* Pierre Pérignon (1638-1715) da lugar a lo que hoy conocemos como champán. Junto a esto, la investigación científica del químico francés Louis Pasteur (1822-1895) permitió un mayor conocimiento de los procesos de fermentación y destilación, lo que posibilitó la industrialización y producción de alcohol, así como su perfección y abaratamiento. De esta manera, se comenzó con la comercialización moderna del vino y de otras bebidas alcohólicas, y a continuación sucedió lo mismo con los destilados (Santo-Domingo, Gual y Rubio, 2005).

La mayor y mejor oferta de alcohol da lugar a una disponibilidad más fácil, lo que unido a los cambios sociales, económicos y culturales fruto de la nueva sociedad industrial, contribuye a un incremento en el consumo de bebidas alcohólicas (Pons Diez y Berjano Peirats, 1999). En consecuencia, los primeros problemas sanitarios y sociales graves relacionados con el consumo de alcohol por capas amplias de la población se dieron en Inglaterra, en el siglo XVIII, con la popularización de la ginebra (Ladero y Lizasoain, 2009). Posteriormente, su inclusión como sustancia “estimulante” de moda entre la llamada bohemia artística y literaria de Europa y América del Norte (Toulouse-Lautrec, Baudelaire, Poe,...), buscando sus efectos embriagantes, desinhibidores y ansiolíticos, alcanza gran magnitud entre la población occidental del siglo XIX, donde

se habla del alcoholismo como un problema social y sociosanitario de primera magnitud (Santo Domingo, 1990).

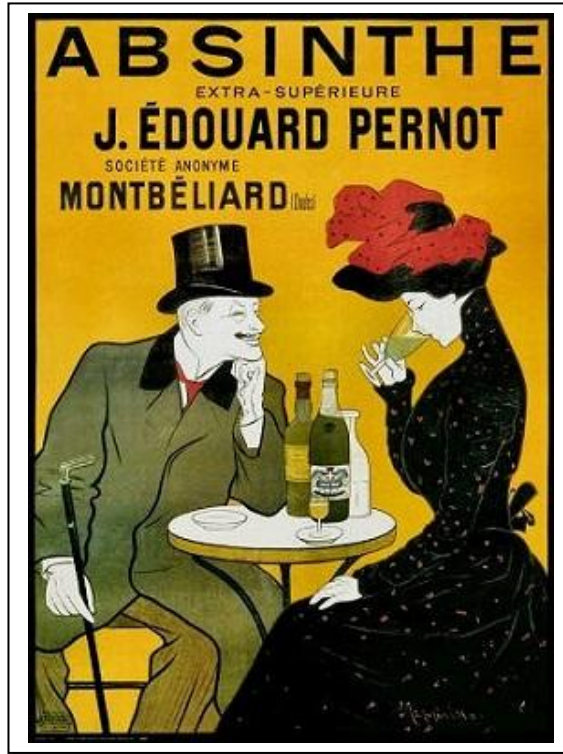


Fig. 4: París siglo XIX (Absenta de Pernod Fils)

Curiosamente, es a partir de este momento cuando desde diversas instancias de la iglesia católica y protestante se inician campañas redentoras de este mal social. La elevación drástica de los impuestos sobre las bebidas alcohólicas, la limitación de los lugares de consumo y el rigor en el castigo de la destilación y el comercio ilegal consiguieron amainar considerablemente el problema (Ladero y Lizasoain, 2009).

Asimismo, entre 1920 y 1933 en los Estados Unidos de América, se extiende la Ley Seca, resultado del movimiento prohibicionista de los grupos religiosos protestantes y apoyado desde sectores anti-germánicos de la Primera Guerra Mundial, junto con las mujeres del movimiento sufragista. Desencadenó en la prohibición de la “elaboración, venta o transporte de licores intoxicantes” (cualquier bebida con más de un 0,5% de graduación alcohólica). Todo esto llevó a reducir el consumo de alcohol, pero al mismo

tiempo al incremento y desarrollo del crimen organizado, con destilerías clandestinas controladas por gánsteres y otro tipo de recursos, como el uso del vino sacramental (expresamente excluido de la prohibición), o la autorización para recetar alcohol por parte de los médicos y preparado y dispensado por los farmacéuticos (Martínez-Azumendi, 2009). Igualmente, en diferentes periodos del siglo XX también se promulgaron leyes de prohibición en Chile, Rusia, Islandia, Noruega, Finlandia o diversos estados de la India (Rodríguez García, 2010).

Sin embargo, durante el siglo XX también se ha producido una globalización de los patrones de uso. Hasta la primera mitad del siglo pasado, cada país tenía unos hábitos de consumo propios, basados en sus bebidas autóctonas. El área mediterránea se caracterizaba por la utilización de vino, preferentemente asociado a las costumbres de alimentación, pero, progresivamente, estos patrones se han ido sustituyendo por las prácticas de los países anglosajones. Esto ha sido debido al aumento del consumo mundial de alcohol tras la Segunda Guerra Mundial y los cambios subsiguientes, la globalización comercial, la unificación del patrón de uso a nivel mundial y actualmente, las diversas medidas utilizadas para intentar controlar su consumo (Santo-Domingo, Gual y Rubio, 2005; Rodríguez García, 2010).

En cuanto al consumo de alcohol como patología, no es hasta 1849, cuando Magnus Huss (Santo-Domingo, Martínez y Rubio, 1997) introduce por primera vez el término “alcoholismo”. Hasta ese momento este síndrome era entendido como una dipsomanía, es decir, un problema secundario originado por anomalías mentales que era transmitido de padres a hijos, produciendo en las generaciones una mayor degradación física y moral. Por ello, se proponía un tratamiento con una importante carga moralizante. Así, a finales del siglo XIX y principios del XX se observa que el consumo excesivo de alcohol produce determinadas lesiones que causan síntomas biológicos y

conductuales, existencia de una tendencia irresistible a beber y la idea de que algunas alteraciones del Sistema Nervioso Central son la causa de la enfermedad.

En 1946, Jellinek, sienta las bases para el estudio científico del alcoholismo, entendiéndolo como una enfermedad progresiva que termina en un deterioro intelectual, social y moral, donde el individuo centra todas sus actividades en la obtención y consumo de alcohol, existiendo tolerancia, pérdida de control o incapacidad para abstenerse. Describe cinco tipos de alcoholismo: alfa, beta, gamma, delta y épsilon (Jellinek, 1960). Estas aportaciones son recogidas por la OMS en 1952 y por la Asociación de Psiquiatría Americana (1952) (en Santo- Domingo, Martínez y Rubio, 1997) en el DSM-I, incorporando diferentes aspectos hasta llegar a las definiciones actuales de abuso o consumo perjudicial y dependencia de sustancias, que recogeremos a continuación (APA, 2002; OMS, 1992).

2.3.- Trastornos relacionados con el alcohol

A diferencia de la mayor parte de las sustancias susceptibles de ser objeto de abuso por sus efectos sobre la esfera psíquica, que pueden ser nocivas a cualquier dosis, el consumo moderado de alcohol no es perjudicial para la mayor parte de las personas sanas. Sin embargo, hay otras muchas que por razones genéticas, culturales, ambientales, etc., pierden su capacidad de controlar el consumo de alcohol y desarrollan una dependencia, el alcoholismo, constituyendo actualmente un problema social de primer orden en todo el mundo (Ladero y Lizasoain, 2009).

La OMS define los trastornos relacionados con el alcohol como el deterioro en el funcionamiento físico, mental o social de un individuo, debidos al consumo de dicha sustancia (Fernández Ferré y Gual Solé, 1989). Así pues, tomando como referencia los criterios diagnósticos del manual DSM-IV-TR (APA, 2002), estos trastornos se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de alcohol (abuso y dependencia) y trastornos inducidos por alcohol (intoxicación, abstinencia, delirium inducido por alcohol, demencia persistente inducida por alcohol, trastorno amnésico inducido por alcohol, trastorno psicótico inducido por alcohol, trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol, ansiedad inducida por alcohol, disfunción sexual inducida por alcohol, trastorno del sueño inducido por alcohol y trastorno relacionado con el alcohol no especificado). Todos ellos también recogidos por la CIE- 10 (OMS, 1992) bajo los códigos F.10 (Tabla 2), y cuyos signos y síntomas serán descritos a continuación.

2.3.1.- Trastornos inducidos por el alcohol

Dada la amplitud del tema de investigación de este estudio y con el objetivo de acotar el campo de interés, dentro de los trastornos inducidos por el alcohol, en dicho

apartado nos centraremos exclusivamente en dos aspectos: la intoxicación aguda y la abstinencia de alcohol.

Tabla 2: Diagnósticos en la CIE-10 y el DSM-IV-TR (Fernández y Pereiro, 2010).

CIE 10	DSM-IV-TR
Intoxicación aguda	Intoxicación
Consumo perjudicial	Abuso
Síndrome de dependencia	Dependencia
Síndrome de abstinencia	Abstinencia
Síndrome de abstinencia con delirium	Delirium
Trastorno psicótico	Trastorno psicótico
Síndrome amnésico inducido por alcohol	Trastorno amnésico persistente
Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío	Demencia persistente
Otros trastornos mentales	Trastorno del estado de ánimo
Trastorno mental sin especificación	Trastorno de ansiedad
	Trastorno sexual
	Trastorno del sueño
	Trastorno perceptivo persistente

2.3.1.1.- Intoxicación por alcohol

La intoxicación alcohólica aguda (Tabla 3, APA 2002) (borrachera o embriaguez) es un síndrome clínico producido por el consumo de bebidas alcohólicas de forma brusca y en cantidad superior a la tolerancia individual (Izquierdo, 2002), que da lugar a alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas (OMS, 1992) generando una desadaptación que interfiere con el adecuado funcionamiento psíquico, físico y social de la persona que lo ha consumido (Santo Domingo, 1984).

Rodríguez Martos (1989) traduce la definición que Séller (1977) hace en el Dictionary of Words about Alcohol (DWA) sobre la Intoxicación aguda, como un estado de embriaguez derivado de los efectos del etanol sobre el organismo que pueden revestir distintos grados de gravedad.

Tabla 3: Criterios diagnósticos de la intoxicación por alcohol. DSM-IV-TR (APA, 2002)

Intoxicación por alcohol
A. Ingestión reciente de alcohol.
B. Cambios psicológicos de comportamiento desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.
C. Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:
1) lenguaje farfullante
2) incoordinación
3) marcha inestable
4) nistagmo
5) deterioro de la atención o de la memoria
6) estupor o coma
D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Por tanto, una vez ingerido el alcohol, su efecto neurotóxico se va extendiendo en el Sistema Nervioso Central de centros superiores a centros vegetativos: córtex, sistema límbico, cerebelo, formación reticular y bulbo raquídeo (Ladero y Lizasoain, 2009), generando diferentes efectos en función de la dosis (OMS, 1992; Pons Diez y Berjano Peirats, 1999). Así, en la intoxicación etílica aguda se distinguen a grandes rasgos tres fases: excitación, embriaguez y coma (Ladero y Lizasoain, 2009).

Al comienzo de la primera *fase de excitación* (con una alcoholemia a partir de 0,2-0,3 g/l en aquellos individuos que no han desarrollado tolerancia) (Santos, Sánchez y Aldaz, 2001; Izquierdo, 2002), el alcohol actúa sobre los sistemas inhibidores de la

formación reticular que controlan la actividad cortical, dando lugar a los pocos minutos, a un efecto estimulante con la aparición de un menor autocontrol, un aumento de la sociabilidad, sensación de bienestar, disminución del campo visual (efecto túnel) y de la capacidad de concentración, junto con una ligera incoordinación motora. Asimismo, el alcohol produce una vasodilatación cutánea, un aumento de la secreción salivar y gástrica y un incremento de la diuresis (al inhibir la hormona antidiurética) (DGPNSD, 2007; Ladero y Lizasoain, 2009).

A medida que el grado de alcoholemia se incrementa (entre 0,5 y 0,75 g/l) surgen sus propiedades analgésicas y ansiolíticas (Cabrera Forneiro, Fuertes Rocañín, 1997), aumentando la incoordinación motora y las alteraciones sensoriales. Sus reflejos subjetivamente parecen más activos que nunca, pero en realidad, el tiempo de reacción se alarga y disminuye la coordinación mano-ojo (Brunt, 1982), lo que facilita la aparición de accidentes y lesiones (Del Río y cols., 2002) por caídas en el trabajo, en la calle, en el propio hogar (Gómez y cols., 2002; Perea Ayuso y cols. 2004), y en la conducción (Ladero y Lizasoain, 2009). El comienzo de la intoxicación alcohólica genera inestabilidad emocional, el estado de ánimo comienza a exaltarse y la persona se siente fuerte y segura de sí misma, al tiempo que experimenta fases de locuacidad y de depresión (Brunt, 1982; DGPNSD, 2007)

La alcoholemia de entre 0,75 y 1 g/l genera una tendencia subjetiva a la comunicación con los demás, presentando disartria y mareo. En este momento la conducción es decididamente peligrosa (DGPNSD, 2007; Ladero y Lizasoain, 2009). Al aumentar la concentración de alcohol en sangre (0.8-1.5 g/l) los reflejos se alteran todavía más, disminuye el rendimiento intelectual, los movimientos se hacen aún más lentos, la locuacidad se torna en incoherencia verbal, y la persona presenta un cambio evidente del estado anímico y de la conducta, en el que se produce un descenso de la

autocrítica, surgen discusiones, peleas o se toman iniciativas impulsivas sin ningún control (Brunt, 1982; Izquierdo, 2002), a no ser que aparezca el sopor y el sueño (Rubio y Santo-Domingo, 2000). En este momento ya hablamos de una borrachera intensa (hasta los 2 g/l), donde el sujeto se muestra desinhibido y manifiesta los rasgos profundos de su personalidad: sociabilidad jocosa, agresividad, inhibición (Ladero y Lizasoain, 2009). Existe una reducción de la agudeza visual, visión borrosa, desorientación, confusión mental, incapacidad para andar o ponerse en pie, vómitos, letargo, etc., pudiendo llegarse a la pérdida de conciencia (coma etílico) (DGPNSD, 2007). Generalmente, el consumidor de alcohol busca esta fase de excitación, sin embargo un consumo rápido de varias bebidas puede conducirle a la siguiente (Ladero y Lizasoain, 2009).

La *fase de embriaguez* se alcanza con alcoholemias de entre 2 y 3 g/l, donde la disartria, con habla incoherente y entrecortada, y la ataxia, con incapacidad para caminar, son muy intensas y el sujeto es incapaz de ejecutar una conducta orientada a un objetivo. Hay una intensa sensación vertiginosa, visión muy borrosa, náuseas y vómitos frecuentes (DGPNSD, 2007; Ladero y Lizasoain, 2009).

Finalmente, con alcoholemias que rebasan los 3 g/l se llega a la *fase comatosa*, en la que hay un estupor creciente, un habla ininteligible y una evolución que puede producir anestesia y coma etílico, caracterizado además de la pérdida de conciencia, por hipotermia, pupilas dilatadas, falta del tono muscular, bradicardia e hipotensión (Becoña y Calafat, 2006). Pudiendo aparecer complicaciones graves como son la aspiración de contenido gástrico, crisis convulsivas, arritmias cardíacas, gastritis aguda o Síndrome de Mallory-Weiss, Rabdomiolisis: hiponatremia (disminución de los niveles del ión sodio en sangre) hipoglucemia (frecuente en jóvenes y etilismos crónicos), y coma acidótico, hipoglucémico o enfriamiento y depresión bulbar (DGPNSD, 2007) llegando a la

muerte, generalmente por depresión respiratoria con alcoholemias de 5g/l (Melero y Pérez de Arróspide, 2001; Izquierdo, 2002; Vasallo, Jáimez y Rubio, 2002; DGPNSD, 2007), que corresponde a una ingesta de alcohol aproximada de 3-5g/kg de peso (Guerola, Martínez, 2000; Díaz, 2001; Roldán, Frauca, Dueñas, 2003).

Su duración no suele exceder las 12 horas, dependiendo de la velocidad individual con que se elimine el alcohol, por lo que, si se prolongara más tiempo, habría que buscar la posibilidad de otros trastornos tóxicos o neurológicos subyacentes (Ladero y Lizasoain, 2009).

Tabla 4: Manifestaciones Clínicas de la Intoxicación alcohólica (DGPNSD, 2007)

Nivel de alcoholemia g/l	Clínica
<0,5 g/l	Logorrea, inyección conjuntival, locuacidad. Afectación del control motor fino; euforia en etapas iniciales, deterioro de la facultad crítica, deterioro leve de las funciones cognitivas y pérdida de habilidades motoras.
0,5-1 g/l	Deterioro moderado de las funciones cognitivas, dificultad para grandes habilidades motoras, riesgo de accidentes de tráfico.
1-3 g/l	Ataxia, disartria, diplopia, nistagmus, deterioro mental y físico, agresividad, excesiva euforia. Taquicardia, taquipnea, trastornos vasomotores. Náuseas, vómitos.
3-5 g/l	Coma sin signos de focalidad, hipotermia, hipotonía, midriasis bilateral hiporeactiva, abolición de reflejos osteotendinosos, bradicardia, hipotensión y depresión respiratoria.
> 5 g/l	Muerte.

Dada la amplia variabilidad individual en la tolerancia a las diferentes dosis de alcohol, la siguiente tabla 4, al igual que los datos planteados anteriormente, deben considerarse de manera orientativa. La manifestación de un determinado nivel de embriaguez en el comportamiento está muy influida por las expectativas culturales y personales acerca de los efectos del alcohol; y según las personas y el momento de consumo (Beirness, Foss y Vogel-Sprott, 2004). Así, la embriaguez puede presentar manifestaciones especiales. La *embriaguez colérica* se caracteriza por una gran

agitación con agresividad y actos medicolegales; en la *embriaguez delirante* se observan, generalmente, temas de persecución y de grandeza y la forma *alucinatoria* puede recordar al delirium (Albeaux-Fernet, 1970).

La intoxicación alcohólica es el trastorno mental orgánico más común inducido por esta sustancia (Hales, Yudofsky y Talbott, 2000; Santos, Sánchez y Aldaz, 2001; Izquierdo, 2002) y la causa más frecuente de intoxicación aguda en nuestro medio (Kessler, et al., 1994; García Gutiérrez, 2004) donde existe una gran tolerancia social, sobre todo en adolescentes, jóvenes y en fines de semana y festivos (Izquierdo, 2002), siendo habituales las consultas derivadas de su abuso en los Servicios de Urgencias Pediátricas (DGPNSD, 2007; Bitunjac, Saraga, 2009; Arias Constantí y cols., 2010).

La intensidad y duración de la embriaguez suele tener una estrecha relación con la dosis y el tipo de bebida consumida, así como con la influencia de otra serie de factores como la rapidez de la ingesta, las circunstancias del consumo, la toma simultánea o no de alimentos y otros líquidos, el peso del paciente (Izquierdo, 2002) el uso de otros sedantes y el posible desarrollo de la tolerancia, siendo considerada como un fenómeno transitorio. Así, la intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de alcohol, dando lugar a una recuperación completa, salvo que el tejido cerebral esté dañado o surja alguna otra complicación (OMS, 1992; DGPNSD, 2007) pudiendo aparecer amnesia lacunar del episodio (Albeaux-Fernet, 1970).

La embriaguez puede ser accidental o constituir un episodio de una intoxicación crónica (Albeaux-Fernet, 1970). Por tanto, aunque las concentraciones en sangre en no bebedores se correlacionan con los síntomas clínicos, en los bebedores crónicos se requieren alcoholemias mayores (incrementos en torno a 100 mg/100 ml respecto a los

sujetos sin tolerancia) para alcanzar estados similares de intoxicación (DGPNSD, 2007; Ladero y Lizasoain, 2009). Sin embargo, este “hiato” no es fijo; hay sujetos que con alcoholemias de 250 mg no muestran alteraciones aparentes (Ladero y Lizasoain, 2009).

Mediante técnicas de neuroimagen se ha observado que la administración aguda de etanol disminuye el metabolismo cerebral de la glucosa y aumenta el flujo sanguíneo cerebral, por lo que se recomienda la administración de glucosa intravenosa para compensar los efectos hipoglucemiantes (López, Ruíz, 2006; Lasarte, 2008). Además, estudios con SPECT o PET han puesto de manifiesto una posible disfunción serotoninérgica con menor sensibilidad para la intoxicación alcohólica en varones jóvenes, con rasgos de personalidad antisocial y mayor riesgo de abuso y dependencia de alcohol. La activación de los receptores GABA puede contribuir a los efectos de la embriaguez y los sistemas dopaminérgicos parecen intervenir más en el inicio y mantenimiento de las respuestas reforzadas por el alcohol (Modesto-Lowe, y Kranzler, 1999).

Por otra parte, el consumo simultáneo de diversos medicamentos, especialmente si tienen efecto sedante, así como otras drogas de abuso (opioides, cannabis y ácido gammahidroxibutírico), pueden incrementar los efectos embriagantes del alcohol. Por el contrario, la cocaína, anfetamina y el 3,4-metilendioximetanfetamina o MDMA, también conocida como M, cristal o éxtasis, que reducen la sensación subjetiva de embriaguez, pero no mejoran el rendimiento neurológico, por lo que el riesgo de accidente aumenta y también la aparición de conductas violentas (Ladero y Lizasoain, 2009).

En consecuencia, sería necesario determinar el grado de alcoholemia que sufre una persona cuando se trate de un caso en el que no haya certeza sobre la sustancia

consumida, hecho relativamente frecuente entre los adolescentes que son traídos al Servicio de Urgencias Pediátricas en ambulancia (Sanz Marcos y cols., 2009), con alteración del nivel de conciencia, y sin ningún acompañante que pueda proporcionar información acerca del tóxico consumido (Charalambous, 2007; Kozer, et al., 2008; Sanz Marcos y cols., 2009; Arias Constantí y cols., 2010) así como en aquellas circunstancias que atente contra la seguridad en el tráfico o concurra o pueda derivar en alguna causa judicial (Arias Constantí y cols., 2010).

Una variante de la borrachera es la *intoxicación patológica o atípica* (F10.07 de la CIE-10), descrita como una excitación brusca y extrema con un comportamiento irracional o violento, en el que pueden aparecer celos patológicos, ideas delirantes de persecución, desorientación, alucinaciones, etc., desencadenada por una escasa cantidad de alcohol (alcoholemias menores a 0,4g/l (Izquierdo, 2002) . El cuadro se inicia a los pocos minutos, de forma brusca, con conciencia obnubilada y sin coordinación (Rodríguez-Martos, 1989). Su duración oscila entre unos minutos u horas y va seguida de un período de sueño tras el que el sujeto presenta amnesia parcial o total del episodio (DGPNSD, 2007).

Clásicamente según la sintomatología se diferencian los siguientes tipos (Soler Insa, Freixa, Reina, 1988):

- Embriaguez excitomotriz, con manía furiosa o clásica. Se describe por impulsos motores destructivos. Cursa con riesgo elevado de auto y heteroagresividad.
- Embriaguez maniaco-depresiva. En la que existen cortos episodios de manía con euforia y expansividad, o episodios de depresión con desinhibición. Cursa con elevado riesgo autolítico.

- Embriaguez delirante. Se manifiesta con megalomanía, celotipia, ideas persecutorias y autoacusación. Cursa con riesgo autolítico elevado.
- Embriaguez alucinatoria. Descrita por alucinaciones auditivas y / o visuales de contenidos violentos. La evolución presenta hetero y autoagresividad graves.
- Embriaguez convulsiva o epileptiforme de Kraepelin
- Embriaguez pseudorrábica, denominada de Lereboullet. Caracterizada porque el paciente se tira a morder a las personas. Cursa con un importante componente histriónico.

El trastorno es más frecuente en varones mayores y tiende a repetirse en el mismo sujeto (Izquierdo, 2002). Asimismo, es más habitual en personas que toleran mal el alcohol, en situaciones de hambre, agotamiento o tras la privación de sueño (Santos, Sánchez y Aldaz, 2001), en sujetos que tienen un trastorno psicopatológico (esquizofrenia, histeria, trastornos de personalidad, del control de los impulsos etc.), neurológico (epilepsia, traumatismo craneoencefálico o encefalitis) previo, así como en estados intensos de excitación sexual y en pacientes con Linfoma de Hodking (Izquierdo, 2002), o por la mezcla de alcohol con otras drogas (como el hachís, las anfetaminas o la cocaína) o con fármacos ansiolíticos (Echeburúa, 2001). Son muy raras en individuos sanos (Soler Insa, Freixa, Reina, 1988).

Finalmente, entre las 8 y 12 horas después de beber una cantidad intensa de alcohol en un corto periodo de tiempo, suele aparecer la *resaca o veisalgia*, debida a la diuresis hídrica, la irritación de la mucosa gástrica, la vasodilatación craneal y la afectación muscular (Ladero y Lizasoain, 2009). En realidad, la resaca constituiría un síndrome de abstinencia leve de menor duración (Rodríguez García, 2010). Se

caracteriza por una serie de síntomas generalizados como; cefalea, inestabilidad, fatiga, sed intensa, acidez de estomago, náuseas, vómitos, vértigos, insomnio, temblor, lentitud en los movimientos, mialgias, ansiedad, dificultad en la concentración, alteraciones cognitivas, visuo-espaciales, hemodinámicas, hormonales, etc., (Díaz, 2001; Echeburúa, 2001) que dura varias horas, implicando repercusiones e interrumpiendo el funcionamiento de las tareas diarias y de las responsabilidades (Wiese, Shlipak, Brower, 2000), pudiendo combatirse sintomáticamente con paracetamol, antiácidos, etc. (Ladero y Lizasoain, 2009). De esta manera, no es infrecuente que, asociados a la resaca, el individuo tenga sentimientos de culpabilidad, tristeza y baja autoestima por no haber controlado la desproporcionada toma de alcohol (Rodríguez García, 2010).

La prevalencia es muy elevada y paradójicamente es mayor entre los bebedores de consumo bajo y moderado de alcohol frente a los grandes bebedores. La ingesta de 1,5 a 1,75 g/ kg de peso de alcohol (aproximadamente 5-6 bebidas en un varón de 80 kg y 3 – 5 bebidas en una mujer de 60 kg) durante más de 4-6 horas, suele ir seguida de síntomas de resaca (Wiese, Shlipak, Brower, 2000).

2.3.1.2.- Abstinencia de alcohol

Se denomina como tal al síndrome (conjunto de signos y síntomas) que aparece tras la suspensión o la disminución brusca de la ingesta de alcohol en personas con un consumo intenso y prolongado de dicha sustancia (OMS, 1992; DGPNSD, 2007; Becoña, 2008).

Así, en el momento en el que el sujeto lleva unas horas sin beber (8-12 horas) surgen los síntomas de la abstinencia, generalmente al despertar, y desaparecen cuando se reanuda la ingesta. Estos pueden ser leves (síndrome de alarma) (Pons Diez y Berjano Peirats, 1999), manifestándose como temblor matutino en la lengua, labios y

dedos de las manos, secreción de bilis, sudor, taquicardia, taquipnea, náuseas, anorexia, diarrea, enrojecimiento facial y conjuntival, sudoración, calambres en las piernas, así como ansiedad, depresión e irritabilidad, inquietud motora y dificultades para dormir (Tabla 5).

Tabla 5: Criterios diagnósticos de la abstinencia al alcohol. DSM-IV-TR (APA, 2002)

Abstinencia de alcohol	
A.	Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol, después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
B.	Dos o más de los siguientes síntomas, desarrollados horas o días después de cumplirse el criterio A. <ol style="list-style-type: none">1. Hiperactividad autonómica (p. Ej. Sudoración, taquicardia de más de 100 pulsaciones).2. Temblor distal de las manos.3. Insomnio.4. Náuseas o vómitos.5. Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias o ilusiones.6. Agitación psicomotora.7. Ansiedad.8. Crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas).
C.	Los síntomas del criterio B provocan malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
D.	Los síntomas no se deben a enfermedad médica, ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

El temblor es el síntoma más común, es ligeramente irregular y de gravedad variable. Comienza tras una noche de abstinencia después de varios días de consumo intenso y prolongado de alcohol, disminuyendo cuando se encuentra en un ambiente tranquilo e incrementándose con la actividad motora o la tensión emocional. Es más, puede ser tan violento que el individuo es incapaz de mantenerse de pie sin ayuda,

hablar con claridad o comer. Suele remitir a los pocos días, pero en ocasiones tarda hasta dos semanas en desaparecer por completo (DGPNSD, 2007).

Cuando el síndrome de abstinencia es mayor, los síntomas anteriores se intensifican y aparecen otros nuevos, como las alteraciones de la percepción, presentes en un 25% de los adictos al alcohol, y que consisten en pesadillas, ilusiones y alucinaciones, casi siempre visuales (como ver pequeños animales o gente en los armarios o en lugares en donde no hay nada), y a veces auditivas, táctiles, olfativas o combinadas. Las alucinaciones pueden resultar fragmentarias y duran cada vez unos minutos, extendiéndose durante varios días. Sin embargo, en ocasiones, las alucinaciones auditivas de contenido amenazador se prolongan mucho más tiempo y algunos pacientes sufren un estado alucinatorio permanente, con delirios de celos, de persecución, etc., que obligan al internamiento psiquiátrico (DGPNSD, 2007). También puede surgir desorientación, deterioro de la memoria, fenómenos neurovegetativos (fiebre, sudoración, hipertensión, etc.) (Edwards, 1986) o crisis convulsivas, tanto en epilépticos como en consumidores de alcohol sin antecedentes de epilepsia (DGPNSD, 2007). Es más, se ha observado un incremento de la actividad beta en pacientes alcohólicos, lo que sugiere un estado de hiperexcitabilidad (Coutin-Churchman, Moreno, Anez, Vergara, 2006).

Estas crisis se caracterizan por aparecer tras un periodo de abstinencia (a las 7-48 horas de la abstinencia con un pico de incidencia entre 12-24 horas) (Florez, Saíz y Cuello, 2010), presentándose de forma aislada o agrupadas en un tiempo corto y se relacionan con una dosis de ingesta a partir de 50 g de etanol. Habitualmente, estas convulsiones presentadas son tónico-clónicas, encontrando rasgos de focalidad neurológica en el 25% de los enfermos (DGPNSD, 2007).

Finalmente, la principal complicación del Síndrome de Abstinencia Alcohólica, puede desembocar en un *delirium tremens* o *delirio por abstinencia alcohólica*, que generalmente se inicia de forma brusca al cabo de 48-72 horas tras la última ingesta alcohólica y con una duración de 3 a 5 días (APA, 1995; Díaz, 2001; Echeburúa, 2001; DGPNSD, 2007; Florez, Saíz y Cuello, 2010), siendo frecuente el inicio nocturno (Florez, Saíz y Cuello, 2010).

Se trata de un episodio confusional agudo cuya triada sintomática clásica consiste en la disminución del nivel de conciencia, alucinaciones principalmente visuales (donde cree ver imágenes aterradoras, generalmente de animales fantásticos) aunque pueden afectar cualquier modalidad sensorial, y temblor intenso. Otros síntomas son: miedo, ansiedad, delirios paranoides, delirios ocupacionales, distraibilidad y desorientación, agitación e insomnio, alta sugestionabilidad, midriasis e hiperexcitabilidad del Sistema Nervioso Autónomo con sudoración, anorexia, hipertensión, taquicardia y fiebre. Terminando de forma repentina, donde el paciente cae en un sueño profundo despertando después lúcido, tranquilo y agotado, casi sin recuerdo del suceso (Pons Diez y Berjano Peirats, 1999; DGPNSD, 2007; Florez, Saíz y Cuello, 2010).

Este síndrome puede desembocar en un estado de coma y muerte, entre el 5 y 15% de los casos, por enfermedades asociadas (neumonía, infecciones, cirrosis...), deshidratación, descompensación de las sales del organismo, colapso cardiovascular u, ocasionalmente, por congestión cerebral (Lishman, 1998; Pons Diez y Berjano Peirats, 1999; DGPNSD, 2007).

El haber tenido previamente un episodio de crisis convulsiva o de *delirium tremens*, tener cifras elevadas de tensión arterial en admisión y la existencia de otras

enfermedades asociadas incrementa el riesgo de desarrollar delirium (Fiellin, O'Connor, Holmboe, Horwitz, 2002)

Por otra parte, entre los adolescentes y menores en general se dispone de una menor experiencia en dependencia y abstinencia, ya que existe un menor tiempo de evolución en el consumo de alcohol, sin embargo se observa que puede producirse ansiedad, irritabilidad, trastornos del carácter, disminución del rendimiento escolar, temblores o mioclonias y raramente delirium tremens. En ocasiones pueden aparecer náuseas, vómitos y diarreas a las 12-72 horas después de la última ingestión del tóxico y en adolescentes éstos síntomas pueden presentarse de 7 a 10 días tras la toma de alcohol (DGPNSD, 2007).

2.3.2.- Trastornos por consumo de alcohol

Este apartado comprende fundamentalmente los trastornos originados por el consumo de alcohol y que podrían englobarse en la definición más general de alcoholismo. En menores podemos encontrar situaciones de abuso, sin embargo es rara la presencia de jóvenes que cumplan los criterios de dependencia, ya que se precisa de un tiempo de evolución hasta que se instaure la misma (DGPNSD, 2007).

2.3.2.1.- Abuso de alcohol

El abuso (Tabla 6) o consumo perjudicial de alcohol, según la clasificación que se utilice, hace referencia al patrón de consumo étílico que está causando un daño para la salud, tanto física como psicológica, generando problemas familiares, laborales, o sociales. Este proceso es a menudo criticado por terceros y suele dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos (OMS, 1992), ya sea porque el sujeto abandona sus obligaciones personales, consume en situaciones de riesgo, o bien porque el consumo se asocia con problemas económicos o legales, o porque ésta ingesta no

cesa a pesar de las consecuencias negativas que le está ocasionando (OMS, 1992; APA, 2002; DGPNSD, 2007; García Fernández, García Rodríguez y Secades Villa, 2011).

Tabla 6: Criterios diagnósticos del abuso de alcohol. DSM-IV-TR (APA, 2002)

Abuso de alcohol
<p>A. Un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un periodo de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none">1.- Consumo recurrente de alcohol, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de alcohol; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con el alcohol; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).2.- Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p.ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos del alcohol).3.- Problemas legales repetidos relacionados con el alcohol (p.ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido al alcohol).4.- Consumo continuado de alcohol, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos del alcohol (p.ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física). <p>B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de alcohol.</p>

Entre la sintomatología física que existe en este cuadro, es frecuente la aparición de alteraciones gastrointestinales (pérdida de apetito, molestias de estómago, diarreas, náuseas matinales, etc.), neurológicas (dolor de cabeza al despertar, problema de sueño, etc.) y episodios esporádicos de impotencia en el caso de los varones, tanto más frustrantes cuanto coinciden con un aumento del deseo sexual (Echeburúa, 2001).

Las pautas de bebida excesiva de estas personas, frecuentemente jóvenes, comienzan a ser habituales y suelen estar limitadas a los fines de semana o a acontecimientos festivos. Aparecen usuales conductas disfuncionales (episodios de violencia, falta de rendimiento en el trabajo, empobrecimiento de la vida social,

problemas en la conducción, etc.), y se utiliza el alcohol como estrategia para enfrentarse ante cualquier complicación. Sin embargo, con el transcurso del tiempo, estos hábitos de consumo ya no están circunscritos y se extienden en la vida cotidiana, especialmente en las personas más adultas (Echeburúa, 2001).

2.3.2.2.- Dependencia de alcohol

Finalmente, y tras la progresiva transición entre fases, muchos bebedores excesivos se convierten en alcohólicos. Esto es debido a variables objetivas, como la cantidad y los años de consumo, y a la influencia de variables personales, al presentar una mayor vulnerabilidad biológica (por ejemplo, una salud precaria) o psicológica (las personas solitarias o sin apoyo familiar y social) (Echeburúa, 2001).

Tabla 7: Características clínicas de la dependencia del alcohol (Mod. De DGPNSD, 2007).

Principales características clínicas de la dependencia del alcohol	
Deseo insaciable	Gran necesidad o deseo compulsivo de beber alcohol.
Pérdida de control	Incapacidad de dejar de beber alcohol una vez que se haya comenzado.
Dependencia física	Síndrome de abstinencia con síntomas tales como: náuseas, sudor, temblores y ansiedad, que ocurren cuando se deja de beber alcohol.
Tolerancia	Necesidad de beber cada vez más cantidad de alcohol a fin de sentirse eufórico.

El trastorno por dependencia del alcohol (Tabla 8) (APA, 2002), viene descrito como un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de alcohol adquiere la máxima prioridad para el individuo, destacando un deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable, de ingerir alcohol (*craving*) (OMS, 1992).

Tabla 8: Criterios diagnósticos de la Dependencia de alcohol. DSM-IV-TR (APA, 2002)

Dependencia de alcohol

Un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. El efecto de las mismas cantidades de alcohol disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. El síndrome de abstinencia característico para el alcohol
 - b. Se toma el mismo alcohol (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. El alcohol es tomado con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de alcohol (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de alcohol (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos del alcohol).
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de alcohol.
7. Se continúa tomando alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo del alcohol.

Especificar si:

- **Con dependencia fisiológica:** signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 ó 2)
- **Sin dependencia fisiológica:** no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2).

Codificación del curso de la dependencia: 0 Remisión total temprana; 0 Remisión parcial temprana; 0 Remisión total sostenida; 0 Remisión parcial sostenida; 2 En terapéutica con agonistas; 1 En entorno controlado; 4 Leve/moderado/grave

En esta categoría se señala la presencia, durante al menos 12 meses, de un patrón de autoadministración que puede llevar a la aparición de síntomas somáticos de tolerancia, de abstinencia, además de otros síntomas característicos, como son la sensación de deseo o necesidad de beber alcohol, la paridad de control respecto al

consumo; ya sea su inicio o controlar la cantidad ingerida, el abandono progresivo de otras fuentes de placer y la persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales (OMS, 1992; APA, 2002).

El Síndrome de Dependencia Alcohólica ha demostrado ser un diagnóstico independiente del consumo perjudicial de alcohol (Hasin y Grant, 2004), presentando una alta concordancia diagnóstica entre las clasificaciones CIE y DSM (Hasin et al. 1996), y observando la presencia de variabilidad tanto en la intensidad de los síntomas como en los problemas derivados de ellos en las personas que poseen esta patología (Hasin y Grant, 2004).

Así pues, el alcoholismo es una enfermedad multifactorial en la que existe una alteración en el funcionamiento de determinados circuitos cerebrales (lóbulo frontal y funciones cognitivas asociadas) encargados de la toma de decisiones y auto-control en el consumo de bebidas alcohólicas, entre otras funciones y localizaciones (Guardia Serecigni y cols., 2007; Yucel y Lubman, 2007; García Fernández, García Rodríguez y Secades Villa, 2011; Maurage, Love y D'Hondt, 2013). El proceso básico por el que una persona se hace adicta a una sustancia se inicia con pequeños consumos de ésta, que favorecen la compulsión de seguir tomándola (efecto *priming*) y la aparición del *craving* o necesidad imperiosa de consumo. Cuando este abuso se hace crónico, se produce en el cerebro una neuroadaptación (Plan Nacional sobre Drogas, 2007) que hace que la persona sufra los efectos de tolerancia y abstinencia (Becoña y Cortés, 2011), que funcionarían como un mecanismo homeostático; de ahí que cuando se deja de consumir la sustancia se produce el síndrome de abstinencia (Pereiro, 2005), relacionándose con el mantenimiento de la conducta adictiva y también con la recaída en la misma (Miller y Gold, 1991; Organización Mundial de la Salud, 1992; American Psychiatric Association, 1994, 2000), definiéndose de esta manera el fenómeno de la dependencia.

La edad de inicio para el consumo continuado suele situarse entre los 18 y los 25 años, encontrando relación entre el consumo temprano y el desarrollo de esta patología al llegar la vida adulta (Llorca, et al., 1995; Echeburúa, 2001; Guardia Serecigni y cols., 2007; Yucel y Lubman, 2007; Cadaveira, 2009; Pilatti y cols., 2010; Rodríguez García, 2010; Becoña y Cortés, 2011; Tomlinson, Brown, 2012). Así, el desarrollo del síndrome de dependencia del alcohol puede ser más lento que el de otras sustancias, requiriendo periodos prolongados de su ingesta abusiva (10 ó 15 años) para que una persona, en torno a los 40-50 años presente la patología, donde su máxima preocupación está centrada en tener bebida disponible y buscar la ocasión de ingerirla, ya sea para experimentar placer o para evitar el malestar que le produce su abstinencia, y la presencia del alcohol es necesaria para mantener su funcionamiento (Díaz, 2001). No obstante, cambios en las pautas de consumo, como el cambio de bebidas fermentadas por destiladas, la mezcla de alcohol con bebidas carbónicas y la toma previa o simultánea de otras drogas puede favorecer un desarrollo más rápido, en torno a los 30-35 años, y contribuir a una dependencia más severa del alcoholismo (Echeburúa, 2001).

Así pues, esta dificultad para controlar el consumo de bebidas alcohólicas puede ser intermitente y muy ligera, en las fases iniciales de la enfermedad, pero puede llegar a ser una ingesta continuada e intensa, más adelante, conduciendo a una automatización de la conducta y a una pérdida de control tan grave como la de cualquier otra drogodependencia (Guardia Serecigni y cols, 2007), siendo posiblemente la característica principal del problema (Becoña y Cortés, 2011). Todo ello, genera, progresivamente, la aparición de sus consecuencias médicas, psiquiátricas y adictivas, de tal manera que si en algún momento se alcanza un periodo de abstinencia, en cuanto se vuelvan a ingerir bebidas alcohólicas se reexperimentarán las mismas dificultades para controlar su consumo, instaurándose de forma más rápida el resto de las

características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes (OMS, 1992), convirtiéndose así en una enfermedad crónica, en la que pese a llevar años de abstinencia “un alcohólico lo es durante toda la vida” (Redish, Jensen y Johnson, 2008).

El alcoholismo es más prevalente en el sexo masculino (Fombellida, Garzón, Montejo, Bueno y Marcos, 1997; Abiodun et al., 2013), aunque su incidencia está aumentando entre las mujeres y los jóvenes en general. Además, más del 16 % de las personas mayores de 65 años padecen esta patología, encontrando una alarmante incidencia mundial (Freedman, Kaplan, Sadock, 1992; González Menéndez, 1995; Lieder, 1995; Gruenewald, et al., 2002; Knop, et al., 2002; Menninger, 2002). Asimismo existen diversos factores de riesgo vinculados a esta patología, como la influencia de amistades y familiares, un ambiente festivo, la soltería, conflictos matrimoniales y en las relaciones sociales, problemas laborales, trastornos nerviosos, la subescolarización, etc., que asociado con trastornos de la personalidad, el rechazo al medio, la evasión de conflictos y la inmadurez emocional, se relacionan con dicho trastorno (González Menéndez, 1993; Bolet Astoviza1, 2000; Sandoval Ferrer y cols., 2000; Herrera Santí, Avilés Betancourt, 2000; Muracén Disotuar y cols., 2001; García Gutiérrez y cols., 2004; Wagner et al., 2004; Roberts, Roberts y Xing, 2007; Martínez-González, Graña y Trujillo, 2009; Martínez-González, 2011).

La existencia de una dependencia física (tolerancia, neuroadaptación y abstinencia), psicológica (aprendizaje y características personales) y social (grupo de afinidad, cultura de grupo y medio ambiente) genera graves problemas en la globalidad de la persona que la padece, ya sea en la esfera física y/o sanitaria, como en la personal, familiar, laboral y social (García Gutiérrez y cols., 2004; Becoña y Cortés, 2011; Abiodun et al., 2013). Siendo habitual la presencia de una politoxicomanía (polidependencia o poliadicción) así como de una patología orgánica, psicológica y

psiquiátrica (Kamon et al., 2006). Conocerlo es importante tanto para saber la causa del problema, como su evolución y su posible tratamiento o recuperación (Becoña y Cortés, 2011), aunque con frecuencia se observa una escasa conciencia de enfermedad (Fombellida, Garzón, Montejo, Bueno y Marcos, 1997).

En cuanto al tratamiento del alcoholismo, la efectividad de éste depende sobre todo de la gravedad de su dependencia. Encontrando una buena respuesta al tratamiento especializado (Guardia y cols., 2002; Berglund y cols., 2003; Gual y cols, 2004), cuyo objetivo óptimo y el que mejor funcionamiento global a largo plazo consigue, es la abstinencia continuada de alcohol al considerarse una enfermedad crónica (García Gutierrez y cols., 2004), lo que mejora la patología psiquiátrica familiar, su funcionamiento y la satisfacción de la pareja (Kleber et al., 2006).

Consumo en jóvenes

3.- CONSUMO EN JÓVENES

3.1.- Introducción

El alcohol es la droga más consumida en nuestro entorno sociocultural, de la que más se abusa y la que más problemas sociales y sanitarios causa (lesiones y accidentes de tráfico, laborales y domésticos, malos tratos, problemas de salud, alcoholismo y muerte, entre otros) (Melero y Pérez de Arróspide, 2001; Del Río y cols., 2002; Gómez y cols, 2002; Perea Ayuso y cols., 2004; OMS, 2005; DGPNSD, 2007). La detección del consumo de riesgo y perjudicial no sólo tiene sentido desde el punto de vista preventivo, sino también es de utilidad en el diagnóstico de la patología asociada tanto orgánica como psiquiátrica (Rosón Hernández, 2008). Por esta razón se desprende la necesidad de evaluar de forma sistemática y simple los consumos étlicos de la población (Aubá, Gual, y Monrás, 1998).

Tabla 9. Volúmenes y porcentajes de bebidas que contienen 10 g de alcohol puro (equivalente a una Unidad de Bebida Estándar, UBE) (Rodríguez García, 2010).

Bebida	Volumen (L)	% alcohol	Alcohol puro, g	UBE= 10 g
Copa de vino	0,1	12,5	10	1
Caña (cerveza)	0,25	5	10	1
Copa cava	0,1	12,5	10	1
Martini seco	0,07	17	10	1
Copa de brandi	0,03	40	10	1
Combinado (“cubata”)	0,03	40	10	1
Copa de jerez	0,07	17	10	1
Chupito de orujo	0,03	40	10	1

Así, el cálculo del consumo étlico en gramos de alcohol puro ingeridos sería la forma más exacta de cuantificar el consumo (Rosón Hernández, 2008), para lo cual

sería necesario tener en cuenta tanto el volumen de la bebida alcohólica como su graduación. Sin embargo, existen en la práctica varios problemas importantes que dificultan estos cálculos (Lligoña, 1996; Gual y cols., 1999; Rodríguez-Martos, Gual y Llopis, 1999); hay amplias variaciones respecto a las unidades de medida de volumen, peso (onza, pinta, cuarto de galón, galón) (Lligoña, 1996) y concentración de las bebidas alcohólicas utilizadas en diferentes países. De esta manera, un estudio de la OMS resalta este último aspecto, en el que indicó que la cerveza contenía entre el 2 y el 5% de alcohol puro, los vinos entre el 10,5 y el 18,9%, los licores variaban entre el 24,3% y el 90%, y la sidra entre el 1,1% y el 17%. Por ello, es esencial adaptar los tipos de las bebidas a lo que es más común en el ámbito local y conocer a grandes rasgos cuánto alcohol puro consume una persona por ocasión y término medio (DGPNSD, 2007).

Tabla 10. Equivalencia de la UBE en gramos de alcohol y en tipos de bebida (Guardia Serecigni y cols., 2007).

Equivalencia de la UBE en gramos de alcohol y en tipos de bebida
1 UBE = 10gr de alcohol puro = 1 copa de vino o cerveza = ½ consumición de destilados
1 UBE = 1 vaso o copa de vino = 1 cerveza (caña, mediana, quinto, botellín, etc.) = 1 vermut
2 UBE = 1 copa de coñac = 1 ginebra = 1 whisky = 1 combinado (cubalibre, gintonic, etc.)

Esta forma de calcular los gramos de alcohol consumidos se ha sustituido en los últimos años por el concepto de Unidad de Bebida Estándar (UBE) (Babor, et al., 2001) o Drink (en el mundo anglosajón), permitiendo una cuantificación rápida del consumo y una fácil conversión en gramos de alcohol puro (al multiplicar el número de UBEs por 10) sin alcanzar una precisión matemática (Llopis Llácer, Gual Solé y Rodríguez Martos Dauer, 2000; Rosón Hernández, 2008).

El valor de la «unidad de bebida» en España es igual a 10 gramos de etanol puro (Rodríguez-Martos y cols., 1999; DGPNSD, 2007), que equivale al contenido de alcohol etílico de una copa de vino (100 ml) o de cerveza (250 ml) y de media consumición de una bebida alcohólica destilada (Tabla 10) (Llopis Llácer, Gual Solé y Rodríguez Martos Dauer, 2000; Guardia Serecigni y cols., 2007; Florez, Saíz y Cuello, 2010). La cuantificación del consumo en UBEs facilita y es el método de referencia en el trabajo asistencial (primaria, especializada y hospitalaria), sin embargo, dada la variabilidad en gramos de alcohol en diferentes países, las UBEs han sido evitadas en los estudios epidemiológicos internacionales. De hecho, en EEUU y Canadá el valor de una UBE se acerca a los 14 gramos de alcohol puro, en Europa y Australia está en torno a los 10 gramos y en el Reino Unido se le asigna un valor de 8 gramos (Tabla 11) (International Center for Alcohol Policies [ICAP], 2003; Rosón Hernández, 2008). La tabla 9 muestra la equivalencia en UBEs de los productos consumidos con mayor frecuencia en España y la cuantificación exacta en gramos de alcohol puro.

Tabla 11. Unidades de bebida estándar (en gramos de alcohol) según el país (adaptado de ICAP, 2003).

País	Bebida estándar (en gr)
Reino Unido	8
Países Bajos	9,9
Australia, Austria, Irlanda, Nueva Zelanda, Polonia y España	10
Finlandia	11
Dinamarca, Francia, Italia y Sudáfrica	12
Canadá	13,6
Portugal, EEUU	14
Japón	19,75

Las clasificaciones del consumo de alcohol son múltiples, variando en función de los aspectos evaluados. Así, la ingesta o no ingesta de alcohol, clasifica a las personas

en abstemias, bebedoras anteriores y bebedoras actuales (Dawson 2003) o simplemente bebedoras y no bebedoras (Wada et al., 1998). Otras clasificaciones (Duncan, Duncan and Hops, 1998) incluyen la frecuencia y la cantidad de bebidas ingeridas por ocasión de consumo (abstemios totales, abstemios actuales, experimentadores, bebedores regulares y bebedores frecuentes), y otras añaden a los dos aspectos anteriores los problemas asociados al consumo, distinguiendo entre bebedores ligeros, moderados, pesados y bebedores de riesgo (Thombs y Beck, 1994), o la clasificación de Kerr-Correa et al., (2008) que propone ocho categorías (desde abstemios hasta bebedores fuertes frecuentes con problemas) en función del consumo de alcohol durante el año previo. Finalmente, existen unas últimas clasificaciones que parten del análisis de clases latentes (LCA), en el que a partir de la relación entre múltiples conductas observadas se extrae la relación con un patrón de comportamiento subyacente (Auerbach y Collins, 2006; Percy and Iwaniec, 2006), distinguiendo así entre: consumidores problemas, pesados, moderados y ocasionales (Percy and Iwaniec, 2006); bebedores no problema, con riesgo de problemas y bebedores con problemas (Reboussin et al., 2006) y por último, bebedores sociales, tipo binge, pesados y abstemios (Pilatti y cols, 2010).

Los informes de la OMS y de la Comisión Europea refieren tres niveles de consumo según la ingesta de gramos de alcohol al día, haciendo distinciones en función del sexo y considerando los abstemios como un cuarto nivel aparte. El nivel I se refiere a la ingesta superior a 0 gramos que asciende hasta los 40 gramos de alcohol en los hombres y de 1 a 20 gramos en mujeres; el nivel II iría de 41 hasta 80 gramos en hombres y de 21 hasta 60 gramos en mujeres; y el nivel III a partir de 81 g en hombres y más de 60 g en mujeres (Rehm, et al., 2004; World Health Organization, 2006 a, 2006 b). Sin embargo, esta clasificación puede llevar a confusión en la práctica clínica al

asumir los niveles como ligero, moderado y excesivo, donde el nivel II se trata de un nivel de consumo de riesgo y no de un consumo “moderado” (Tabla 12).

Tabla 12. Clasificación de consumo diario de riesgo según la OMS (2000).

Tipo de bebedores	Hombres	Mujeres
Bajo riesgo	1 a 40 gr	1 a 20 gr
Riesgo medio	41 a 60 gr	21 a 40 gr
Alto riesgo	61 a 100 gr	41 a 60 gr
Muy alto riesgo	+101 gr	+ 61gr

En consecuencia, a la hora de contabilizar el consumo de alcohol, además de la cantidad también es interesante conocer su distribución, ya que no es lo mismo ingerir 210 gramos semanales a razón de 30 diarios que consumirlos en solo dos días (viernes y sábado, con una abstinencia el resto de la semana). Por tanto, los límites establecidos por la DGPNSD (2007) para clasificar el consumo de alcohol por semana figuran en la siguiente tabla 13.

Tabla 13. Tipos de consumo de alcohol/semana expresado en UBEs (DGPNSD, 2007).

Consumo	UBES/semana en hombres	UBES/semana en mujeres
Moderado	Menos de 20	Menos de 12
Medio	20-40	12-28
Alto	Más de 40	Más de 28

Las distintas categorías presentadas forman parte de un continuo por el que se desplazan los consumidores de alcohol, con o sin tratamiento, en función de variables ambientales, personales, legislativas o terapéuticas (Staines et al. 2003). Así, se

describen como *abstemias* aquellas personas que no han consumido alcohol en los últimos 12 meses (Rosón Hernández, 2008).

Se considera *consumo de riesgo de alcohol* aquel consumo excesivo, que supera los límites del consumo moderado (o prudente) y que aumenta el riesgo de sufrir enfermedades, accidentes, lesiones o trastornos mentales o del comportamiento (Gunzerath y cols., 2004), aunque todavía no se han producido (DGPNSD, 2007; Guardia Serecigni y cols., 2007; Rosón Hernández, 2008).

El grado de riesgo no estará sólo relacionado con el nivel de consumo de alcohol, sino también con otros factores personales (niños, adolescentes, mujeres embarazadas, personas que toman medicación que interacciona con el alcohol, o con comorbilidades que puedan verse afectadas por el consumo de alcohol, como la diabetes mellitus, hepatitis C, etc.) o ambientales relacionados con la historia familiar, ocupación laboral (personas que desarrollan actividades que requieran concentración, habilidad o coordinación, como por ejemplo la conducción), estilo de vida, pobreza, etc. (DGPNSD, 2007; Rosón Hernández, 2008; Florez, Saíz y Cuello, 2010).

La revisión de diferentes estudios nos permite confirmar que no ha podido consensuarse un único criterio a nivel internacional: así en Europa se tiende a considerar el límite para establecer un consumo de riesgo en 5 UBEs/día para el hombre y en 3 UBEs/día para la mujer. En Estados Unidos los límites son superiores, situándose en 7 UBEs/día para los hombres y 5 UBEs/día para las mujeres. La Organización Mundial de la Salud establece límites más restrictivos y clasifica como bebedor de riesgo a aquel que consume 28 UBEs/semana en el caso de los varones y 17 UBEs/semana en las mujeres (Babor, et al., 2001; Rehm y cols., 2004; DGPNSD, 2007; Rosón Hernández, 2008) (Tabla 14).

Tabla 14. Consumo de riesgo (Guardia Serecigni y cols., 2007).

Consumo de riesgo		
	Regular	Ocasional
Hombres	Más de 40 gr/día	50 gramos por ocasión
Mujeres	Más de 25 gr/día	40 gramos por ocasión

A pesar de esta discordancia la mayor parte de autores se muestran partidarios de la opción más conservadora; se ha comprobado que a partir de dicha cantidad de alcohol existe un riesgo de muerte violenta 5 veces mayor, el riesgo de cirrosis y esteatosis hepática es 6 veces superior y el de hipertensión arterial y algunos cánceres se duplica, aumentando las cifras de triglicéridos. También con cantidades de 3 ó 5 UBEs/diarias, aparece la cardiopatía alcohólica (Corrao et al. 1999; DGPNSD, 2007).

Sin embargo consumos inferiores a los indicados en el párrafo anterior no indican la ausencia de riesgos para la salud (Rosón Hernández, 2008; Florez, Saíz y Cuello, 2010). El riesgo cero se ha intentado calcular a través de estudios estadísticos como el de White y sus colaboradores (White et al. 2002) en el que se llegaba a la conclusión que consumos con riesgo cero serían: para mujeres no consumir alcohol hasta los 45 años, después consumir tres gramos al día entre 45-65 años y a partir de los 65 años ingerir 4 gramos al día; en cuanto a los hombres deberían permanecer abstinentes hasta los 35 años, entre los 35-44 años consumir 2.5 gramos de alcohol al día, entre los 45 y los 64 años 9 gramos y a partir de los 65 años 11 gramos.

Por otra parte, el *consumo ocasional de riesgo*, es aquel que tiene lugar en las personas que habitualmente no toman bebidas alcohólicas o lo hacen de manera muy

moderada, y en alguna ocasión toman varias consumiciones en un solo día y en pocas horas. Así, se considera consumo ocasional de riesgo el que supera los 50 gramos de etanol por ocasión, para hombres, y los 40 gramos para mujeres (World Health Organization, 2002) presentando consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol (como dificultades académicas, agresiones sexuales, peleas, problemas con la policía, conducción temeraria, o implicaciones médicas) (Perkins, 2002; Ham y Hope 2003). La literatura anglosajona denomina a este patrón de consumo intensivo de alcohol *binge drinking* (BD) o *heavy episodic drinking* (HED) (Parada, 2009) y dada la variabilidad en gramos de alcohol entre los países, también existen diferencias de criterios a la hora de definir este patrón de consumo. Así, por ejemplo, mientras que en Portugal se podría emplear el mismo punto de corte que en Estados Unidos (debido a que una bebida alcohólica contiene los mismos gramos de alcohol en ambos países), en Reino Unido, el patrón BD se define normalmente como el consumo de 8 ó más bebidas para hombres y 6 ó más para mujeres en una única ocasión en la última semana (McAlaney y McMahon, 2006; Herring, Berridge y Thom, 2008).

Por este motivo, el Instituto Nacional en Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA) redefinió el término BD tomando en consideración los niveles de alcohol en sangre (CAS). Así, BD implica un patrón de consumo de alcohol que eleva los niveles de CAS a 0,08 g./l. En adultos, esto equivale a 5 ó más bebidas (70 g. de alcohol) para hombres y 4 ó más bebidas (56 g.) para mujeres en aproximadamente dos horas (recordando que una bebida alcohólica en EEUU contiene 14 g. de alcohol) (NIAAA, 2004, 2007). No obstante, y puesto que en España una bebida contiene 10 gramos de alcohol, una definición apropiada para el patrón de consumo BD en este país podría ser la siguiente: consumo de 6 ó más bebidas alcohólicas para hombres – 5 ó más para

mujeres - en una única ocasión (en un período de dos horas) al menos una vez en los últimos 30 días (Parada, 2009).

Este patrón es fácilmente identificable en nuestro entorno en quien apura importantes cantidades de alcohol durante el fin de semana y no bebe el resto de la semana (Rodríguez García, 2010), no siendo sinónimo de la intoxicación alcohólica (síndrome reversible debido a que una determinada ingesta de alcohol altera el normal funcionamiento del Sistema Nervioso Central produciendo cambios en la percepción, el pensamiento y la conducta) (Florez, Saíz y Cuello, 2010) aunque puede conducir a ella (Farke y Anderson, 2007; Dano et al., 2013). Asimismo, el consumo intensivo de alcohol, aunque no encaja en la definición habitual de consumo de riesgo, basada en la ingesta de grandes cantidades de alcohol de forma regular, supone una forma de consumo que se relaciona con consecuencias sociales y de salud igual o incluso más importantes que las derivadas del consumo de riesgo regular (Perkins, 2002; Bloomfield, Stockwell, Gmel y Rehn, 2003; Kuntsche, Rehm y Gmel, 2004; Room, Babor y Rehm, 2005), incluido el desarrollo posterior de abuso/dependencia al alcohol (Grant et al., 2004; Jennison, 2004; J. D. Grant et al., 2006; Perry y Carroll, 2008; Balodis, Potenza y Olmstead, 2009; White, Marmorstein, Crews, Bates, Mun y Loeber, 2011; Adan, 2012). De esta manera, en un estudio llevado a cabo por Knight et al. (2002) sugieren que un alto porcentaje de los sujetos que presentan un patrón de consumo intensivo de alcohol frecuente podrían cumplir los criterios de DSM-IV de abuso y/o dependencia del alcohol. Por lo que siguen manteniendo la controversia acerca de cuáles son los límites para establecer un consumo de riesgo referido a la población general, sin llegar a criterios de abuso/dependencia al alcohol.

El *consumo perjudicial* es descrito como aquel patrón de ingesta etílica que ya ha afectado a la salud física (p. e. daño hepático) y/o psíquica (p.e. cuadros depresivos

secundarios a consumos masivos de alcohol) sin que haya síntomas de dependencia (OMS, 1992). De este modo, en la práctica, se tiende a considerar que un consumo regular superior a los 60 gr/día de etanol en el hombre, o de los 40 gr/día en la mujer, es probable que llegue a provocar las alteraciones propias del consumo perjudicial (Guardia Serecigni y cols., 2007; Florez, Saíz y Cuello, 2010).

Finalmente, a lo largo de este continuum del alcohol aparecería el *Síndrome de Dependencia Alcohólica* que ha sido descrito extensamente en el capítulo anterior.

3.2.- Características y consecuencias

En España, al igual que en los países mediterráneos, el consumo de alcohol entre los adultos se ha caracterizado por la regularidad de su uso, la vinculación a la dieta y a los acontecimientos sociales. Sin embargo, en los últimos veinte años se están produciendo importantes modificaciones de los patrones de consumo, en las cantidades ingeridas e incluso en el significado que se le da al mismo (Sánchez-Pardo, 2001, 2002; Becoña y Calafat, 2006; DGPNSD, 2007; Becoña y Cortés, 2011). La incorporación del consumo anglosajón, descrito por la ingesta de bebidas de alta graduación y abundantes episodios de embriaguez, busca el efecto etílico (uso del alcohol de manera puramente instrumental) y/o la motivación desinhibitoria, usando el alcohol como fin objetual en sí mismo (De la Villa Moral y Ovejero, 2011). Así, los informes del Observatorio Español sobre Drogas de los últimos años (DGPNSD, 2004, 2007) han destacado la emergencia en nuestro país de un nuevo patrón de consumo intermitente, con preferencia por bebidas alcohólicas de alta graduación, concentrado en sesiones de pocas horas que están asociadas principalmente con las noches de fin de semana y que es realizado por grupos de iguales en espacios públicos (lo que coloquialmente se ha denominado “botellón”). (Aguilera, 2002; Calafat et al., 2004; Franco et al., 2005; Lorenzo, 2005; Becoña y Calafat, 2006; Moral, Rodríguez y Sirvent, 2006; Calafat Far, 2007; Cortés, Espejo y Giménez, 2008; Gómez-Fraguela, Fernández, Romero y Luengo, 2008; Parada, 2009; De la Villa Moral y Ovejero, 2011).

De esta manera, la práctica del botellón como un fenómeno social es descrita desde Nueva Zelanda hasta los Estados Unidos (Baigorri, et al., 2003) y se define como la reunión masiva de jóvenes de entre dieciséis y veinticuatro años, fundamentalmente en espacios abiertos de libre acceso, para combinar e ingerir bebidas de diversa graduación alcohólica, escuchar música y hablar, llevándose a cabo las noches del fin de

semana (Moreno, 2006; Becoña y Cortés, 2011), las vísperas de fiestas y, en general, los periodos vacacionales de este colectivo, donde la puesta y salida del sol constituyen los marcadores del principio y fin de la fiesta. Además, existen unos rituales y una secuencia implícita de dicha práctica, en la que en un primer momento la pandilla de amigos se cita los días previos al fin de semana, bien en colegios, institutos, facultades o vía Internet; segundo, se aprovisionan mediante la compra en los comercios próximos; después eligen el lugar propicio para llevarlo a cabo; y finalmente, tras la ingesta de alcohol y la charla siguen la ruta habitual de bares o se vuelven para casa (Aguilera, 2002).

El botellón no solo se extiende entre los adolescentes de menor edad por imitación de los más mayores, sino también por la escasa oferta de ocio nocturno que, además, se encuentra limitada por las fuertes restricciones horarias marcadas por los padres y por las prohibiciones a menores para entrar en los bares y discotecas donde acceder a la oferta de bebidas alcohólicas que igualmente cuentan con unos precios muy alejados de su realidad económica (Giró, 2007). Asimismo, “salir de marcha” está vinculado a representaciones de encuentro y posibilidades de establecer distintos vínculos con los pares, donde la noche, especialmente cuando está acompañada de alcohol o de otras drogas, favorece la desinhibición y, por tanto, la tarea de buscar ellos/as mismos/as una pareja (Dalonso, Frutos y Guisasola, 1998).

El patrón de consumo mantenido consiste en una ingesta intensa y recurrente (de fin de semana) de varias consumiciones seguidas (un litro y medio de cerveza, 60 g de alcohol con alcoholemias de 1g por litro; cinco “cubatas”, 80 g de alcohol con alcoholemias entre 1-2 g por litro (Martín del Moral, 2009)) en un breve espacio de tiempo (Becoña y Calafat, 2006), que es conocido en la literatura inglesa como *binge drinking* (“bebedor por atracones”) y se caracteriza por llevarse a cabo especialmente en

los grupos de población más joven, con una escasa percepción de riesgo y una igualación del consumo entre sexos (aunque los hombres tienden a beber en mayor cantidad que las mujeres) (Díaz, 2001; Orgaz, Segovia, López y Tricio, 2005; Becoña y Calafat, 2006; Martín del Moral, 2009; Parada, 2009; Parada, et al., 2011). Así, en la actualidad, el problema del abuso en el consumo de alcohol ha trascendido las barreras de género y el consumo de las chicas se acerca, cada vez más, al modelo masculino de beber, ya sea en la cantidad como en las formas y en la presencia de las borracheras (Díaz, 2001; Echeburúa, 2001; Orgaz et al., 2005; Londoño y Valencia, 2010; Salamó Avellaneda, Gras Pérez, y Font-Mayolas, 2010), que aunque en estos últimos parecen ser aún más frecuentes (Londoño, 2007; Becoña, et al., 2008; Londoño y Valencia, 2008) en algunos casos se observa un mayor consumo de riesgo entre ellas (Instituto de Salud Pública, 2006) debido a su menor metabolización del alcohol y a factores hormonales (Franciscus, 2006; Cadaveira, 2009).

Los jóvenes otorgan gran importancia al fin de semana, por lo que centran el consumo de manera más intensa en estos días (Llorca, et al., 1995; Hernán, 2002; Moreno, Muñoz y Pérez, 2004; Moreno, 2006; Giró, 2007), entre otros motivos, por la posibilidad de ocupar su tiempo libre de una manera diferente a como lo hacen el resto de la semana (Moreno, Muñoz y Pérez, 2004), porque es una práctica ligada a usos lúdicos y recreativos, con base en los mecanismos de identificación y modelado grupal (Becoña y Calafat, 2006; De la Villa Moral y Ovejero, 2011). Así, aunque tradicionalmente el ámbito familiar, a veces era el más propicio para el inicio en el consumo de alcohol (sobretudo en ocasiones de fiesta o celebración), es en el *grupo de iguales* donde se favorecen las conductas consumistas de esta sustancia (en salidas de fin de semana, celebraciones ocasionales, viajes de fin de semana, viajes de estudio o fin de curso) (Díaz, 2001), por encima de todas las demás variables (lugares, música,

horario y disponibilidad económica), seguidas, aunque en menor medida, del consumo en compañía de sus compañeros, parejas, conocidos, familiares y en soledad, respectivamente (Giró, 2007).

El *consumo de bebidas alcohólicas* también ha mostrado variaciones con el paso de los años. Ha bajado el consumo de vino, estando mejor elaborado, embotellado y siendo más caro. También se ha reducido el consumo interno de destilados como el brandy, coñac y anisados solos, mientras ha crecido el de ginebra o ron mezclados con bebidas refrescantes (DGPNSD, 2007). De esta manera, las preferencias *por las bebidas alcohólicas* dependen de distintas variables, como la edad, la ocasión y el lugar en el que se ingiere. Así, el consumo de los jóvenes presenta un patrón diferente a lo largo de la semana, donde es la cerveza la bebida más consumida de lunes a jueves, y durante el fin de semana beben sobre todo combinados o cubatas (Moreno, 2006; Salamó Avellaneda, Gras Pérez, y Font-Mayolas, 2010), seguido por cerveza, licores de frutas, vino / champán y destilados (whisky, vodka...). Todo esto es tomado sobretodo en pubs o discotecas, en la calle, en parques, en bares o cafeterías e incluso en el domicilio familiar en ausencia de los padres (Calafat, et al., 2000; López, et al., 2001; Giró, 2007; De la Villa Moral y Ovejero, 2011; Fundación Alcohol y Sociedad, 2011).

De esta manera, el consumo de alcohol entre los adolescentes es un hábito adquirido que forma parte de los estilos de vida (Madrid Gutiérrez, 2002) y está aceptado culturalmente en la mayoría de los países occidentales, generalizándose entre este colectivo, donde en una gran parte de ellos el consumo podría considerarse razonable. Las pautas de este consumo persiguen la evasión de lo cotidiano conseguida mediante la embriaguez, bebiendo más alcohol y de más graduación lo que aumenta el número de borracheras (Calafat Far, 2007; DGPNSD, 2007) y la predominancia de creencias centradas en los efectos positivos del alcohol, dejando los aspectos negativos

para los demás (“eso no me pasará a mí”) (Giró, 2007). Sin embargo, *el uso puede pasar al abuso* cuando la utilización de bebidas se hace de forma desviada respecto a su uso habitual (Pons Diez, Berjano Peirats, 1999). Esta desviación puede ser cualitativa (asociada a situaciones en las que el consumo lleva a situaciones peligrosas; por ejemplo conducir bajo los efectos del alcohol) o cuantitativa (consumir grandes cantidades de forma habitual: por ejemplo borracheras de fin de semana), existiendo hoy en día una gran tolerancia social hacia las embriagueces repetidas de fin de semana. Es más, un indicador indirecto del abuso de alcohol se centra en la prevalencia y la frecuencia de los episodios de *intoxicaciones étlicas* o las llamadas *borracheras* (Giró, 2007). Así, según datos de 2004 del Plan Nacional sobre Drogas, el 34,8% de los estudiantes de catorce a dieciocho años admite haberse emborrachado en el último mes, encontrando frecuentes referencias a las borracheras en algún momento de su trayectoria de consumidores (habitualmente la inicial), donde los principales síntomas o efectos que han sentido tras una intoxicación étlica son los vómitos, la pérdida de orientación y de equilibrio y los mareos. La pérdida de memoria y las alteraciones del ánimo son otros síntomas que han sufrido pero con menor frecuencia (Giró, 2007), quejándose en el caso de las mujeres de haber mantenido experiencias sexuales no deseadas y de encontrarse mal físicamente, mientras que los varones se quejaban de peleas (Coleman y Cater, 2005).

Los problemas relacionados con el consumo de alcohol en las personas jóvenes tienden a aumentar, convirtiéndose en patológico cuando comienzan a depender psicológicamente del alcohol, es decir, cuando echan mano de él de una forma impulsiva para buscar estimulación, ocultar la propia inseguridad personal o compensar la falta de expectativas de futuro. Así, se puede hablar de consumo abusivo por parte de los adolescentes cuando el alcohol interfiere negativamente en el funcionamiento

psicológico, en el rendimiento académico o laboral, en las relaciones sociales y en la vida familiar. En estos casos la vida del adolescente comienza a girar en torno al alcohol, como forma de divertirse, de relajarse, de mostrarse agresivo, etc., y todo lo demás pasa a ser secundario (Tabla 15) (Echeburúa, 2001).

Tabla 15. Indicadores de riesgo de los jóvenes en relación con el alcoholismo en la vida adulta (Echeburúa, 2001)

- Consumo excesivo de alcohol, con borracheras frecuentes
- Utilización de otras drogas
- Conductas pendencieras y antisociales
- Dificultad de adaptación escolar o laboral
- Accidentabilidad
- Inestabilidad emocional y búsqueda continua de estimulación
- Falta de aficiones e intereses
- Problemas en las relaciones interpersonales. Amigos consumidores de alcohol
- Relaciones sexuales sin protección
- Lazos familiares débiles. Consumo de alcohol abusivo en la familia

Las pautas de consumo entre los jóvenes aquejados de una ingesta excesiva de alcohol presentan unas características distintivas de las de los adultos (Tabla 16). Los problemas de dependencia física o los daños somáticos son, habitualmente, escasos. En concreto, el exceso de alcohol en estas edades se caracteriza por ser de una menor frecuencia pero de mayor intensidad (Reboussin, Ip y Wolfson, 2008), lo que suele estar asociado a borracheras frecuentes (con una experiencia repetida de amnesias), embriagueces atípicas, así como a mezclar alcohol con otras drogas (Vasallo, Jáimez y Rubio, 2002). Esta pauta de consumo juvenil condiciona de manera muy importante la formación académica, generando un mal rendimiento escolar (Llorca, et al., 1995), lo que se asocia a un bajo interés por los estudios, no asistencia a clase, poca motivación, y baja autoestima, etc. (López, et al., 2001; Becoña y Calafat, 2006; Piko y Kovács,

2010), que repercute en los futuros estilos de vida y las posibilidades laborales. De hecho, las estadísticas muestran que estos jóvenes presentan un mayor número de conductas de riesgo (Calafat, Blay, et al., 2009; Hallett, Howat et al., 2012) pudiendo: sufrir (Fairlie, et al., 2010) y morir en accidente de tráfico antes de los 25 años (DGPNSD, 2007); verse involucrado en actos antisociales que deriven en consecuencias legales, cárcel, marginación, etc. (González-Llera 1980; Marsh, P. y Fox Kibby, 1992; Simoes, Matos y Batista-Foguet, 2008; Mulvey, Schubert y Chassin, 2010; Contreras Martínez, Molina Banqueri y Cano Lozano, 2012); intentos de suicidio y la consumación de los mismos (Berjano, 1986; Robinson, 1989); la implicación en relaciones sexuales no deseadas, al convertirse en actores o víctimas de una agresión sexual (Taylor y Carroll, 2001; Franklin, 2010; Fossos, et al., 2011); encuentros sexuales sin protección, no teniendo en cuenta los riesgos de las mismas (embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, sida, etc.) (Coleman y Cater, 2005; Griffin, Umstattd, et al., 2010) o desarrollar un Síndrome de Dependencia Alcohólica a edad muy temprana, entre los 18 y 25 años, por tener una capacidad menor de metabolismo (Marsh, y Fox Kibby, 1992; Echeburúa, 2001; Anderson, 2007; Calafat Far, 2007; Farke y Anderson, 2007; Guardia Serecigni y cols., 2007; Cortés, Espejo y Giménez, 2008; Martín del Moral, 2009; Pilatti, et al., 2010; De la Villa Moral y Ovejero, 2011). Es más, se sabe que estas complicaciones son potencialmente mayores entre los varones (McCabe, 2002) y que el inicio precoz de la ingesta de alcohol es un factor de riesgo para convertirse en un adulto alcohólico (Rodríguez García, 2010).

En consecuencia, algunos autores hablan de “bebedores de alcohol de alto riesgo médico”, ya que “ingieren tal cantidad de etanol que resulta suficiente para provocar daño orgánico de manera concreta” y si esto lo realizan “al menos, en seis veces en las ocho últimas semanas” queda configurado el tipo (Martín del Moral, 2009). De este

modo, la ingesta abusiva durante esta etapa de la vida interfiere en el desarrollo físico y en la maduración psicológica de los adolescentes y jóvenes, pudiendo provocar *deterioros neuropsicológicos* en la corteza prefrontal e hipocampo (Luna y Sweeney, 2004; White, 2004; Crego, et al., 2008; García-Moreno, 2008; Parada, et al., 2008; Cadaveira, 2009), alterando funciones cognitivas relevantes como la planificación, toma de decisiones, control comportamental, memoria de trabajo o procesos de atención, capacidad de reacción y capacidad crítica, etc., así como en la formación de nuevas memorias y representaciones del entorno espacial, además de producir posibles modificaciones en el comportamiento (influenciabilidad, cambios repentinos de ánimo, etc.) (Echeburúa, 2001; Stuss y Levine, 2002). A nivel de género, son las mujeres las que al ser más vulnerables a los efectos del alcohol, presentan patrones de actividad cerebral más anómala (Caldwell, et al., 2000; Townshend y Duka, 2005).

Tabla 16. Diferencias entre adolescentes y adultos con problemas de abuso de alcohol (Chung, Martín y Winters, 2005; Harford, Fader y Chen citado por Parada, 2009)

Adolescentes con abuso/dependencia al alcohol	Adultos con abuso/dependencia al alcohol
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tendencia al patrón de consumo <i>binge drinking</i>. ➤ Corta historia de consumo (entre uno y dos años). ➤ Más problemas relacionados con el consumo de alcohol (familiares, académicos y/o laborales) ➤ Alta prevalencia de dos síntomas de dependencia en los que se suele basar el diagnóstico: tolerancia al alcohol y consumo de alcohol en mayores cantidades de lo que en un principio pretenden. ➤ En algunos casos, presencia de síntomas leves de abstinencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Patrón de consumo regular. ➤ Historia de consumo de al menos 5 años. ➤ Menos problemas relacionados con el consumo de alcohol (familiares y/o laborales). ➤ Establecimiento de dependencia basado principalmente en la adicción física (como el síndrome de abstinencia).

Asimismo, la investigación en modelos animales (ratas) apunta, que en las edades correspondientes a la adolescencia y juventud, el alcohol en consumos intensivos e

intermitentes (*binge drinking*), incluso con pocas sesiones, inhibe la neurogénesis (Crews, et al., 2006) y produce más daños que en los adultos en la región del hipocampo y la corteza prefrontal, así como el neocortex y cerebelo, lo cual afecta a funciones relacionadas con procesos de aprendizaje, almacenamiento y relación de nueva información, memoria espacial, así como la velocidad de procesamiento y toma de decisiones (Markwiese, et al., 1998; Cadaveira, 2009; Rodríguez García, 2010).

Por tanto, la mayor propensión de los adolescentes y jóvenes hacia estos patrones de consumo intensivos (*binge drinking*) e intermitentes, podría tener importantes efectos en el rendimiento neuropsicológico, similares a los déficits observados en bebedores crónicos (Field, Schoenmakers y Wiers, 2008; García-Moreno, Expósito, Sanhueza y Alguno et al., 2008; Scaife y Duka, 2009). Estas funciones, además, estarán muy probablemente moduladas a nivel individual por otros factores como riesgo genético, sexo, edad de inicio o policonsumo (Cadaveira, 2009).

3.2.1.- Edad de inicio: primeras experiencias

Tradicionalmente se ha relacionado la adolescencia como la edad en la que se establece el inicio del consumo de todo tipo de drogas y en especial del alcohol, cuya *iniciación es cada vez más temprana*, en torno a los doce-trece años (Díaz, 2001; Becoña y Calafat, 2006; DGPNSD, 2007; Giró, 2007), que viene a ser la edad en que se comienza a salir por la noche, adquiriendo cierta autonomía frente a los padres, donde junto los amigos o grupos de iguales se inician en el consumo étílico en fiestas populares, seguidas de las celebraciones o fiestas con amigos y compañeros, las salidas de fin de semana y por último en las festividades familiares (Giró, 2007). Así, los datos internacionales del HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) indican que el 20 y el 22% de los chicos y chicas menores de 15 años, respectivamente, no han bebido

nunca y de aquellos que si lo han hecho, la *edad media de inicio* es de 12'3 años para ellos (desviación típica de $S= 2'3$ años) y de 12'9 para ellas ($S= 1'9$), instaurándose según avanzan los años un patrón de consumo más continuo y habitual con frecuentes embriagueces de fin de semana, donde la *edad media de la primera borrachera* es 13'6 años en los chicos ($S= 1'7$) y 13'9 ($S= 1'2$) en las chicas (Curie, et al., 2004).

De esta manera, parece observarse una asociación consistente entre la edad y el consumo de alcohol, por lo que con el aumento de la edad de los adolescentes hay un incremento de la ingesta, de las actitudes permisivas hacia dicha sustancia y un mayor desarrollo de los patrones de uso problemático (Llorca, et al., 1995; López, et al., 2001; Auerbach et al., 2006; Becoña y Calafat, 2006; Moreno, 2006; Observatorio Español sobre Drogas, 2009; Pilatti y cols, 2010; Salamó Avellaneda, Gras Pérez, y Font-Mayolas, 2010; Moreno et al., 2012). Así pues, en torno a los 15-16 años se comienza a beber semanalmente en las salidas nocturnas de fines de semana y festivos (Becoña y Calafat, 2006; Giró, 2007), con lo que se produce un incremento muy marcado del número de borracheras (hasta estados de coma por alcohol) (DGPNSD, 2007), encontrándose a partir de ese momento una subida más lenta (Pons y Gil, 1998) hasta llegar a los dieciocho años, donde pese a seguir con un consumo habitual (definido como aquel que se lleva a cabo tres o más fines de semana al mes), la frecuencia de embriagueces suele disminuir de forma progresiva, posiblemente porque se ha aprendido de la experiencia y el joven mantiene un mejor control sobre los efectos de la bebida (Hernán, 2002; Giró, 2007). No obstante, diversos estudios (Johnston, O'Malley y Bachman, 1995; Álvarez y Álvarez, 1998) encuentran que, por el contrario de lo observado anteriormente, los sujetos universitarios podrían estar bebiendo más que los adolescentes (Díaz, 2001; Latimer, et al., 2004; Londoño y Valencia, 2008; Cadaveira, 2009) y que el periodo de mayor consumo se ubica en el rango de edades entre 18 y 24

años (Johnston, O'Malley y Bachman, 1995; Mora-Ríos, Natera y Juárez, 2005; Cadaveira, 2009).

3.2.2.- Motivaciones asociadas al consumo de alcohol

La motivación es definida como aquella necesidad o deseo que sirve para activar la conducta y orientarla hacia una meta (Myers, 1999). En este sentido, dentro de las motivaciones que los adolescentes consideran relevantes para *iniciar su consumo* de alcohol existen diferencias entre autores. Por un lado, López et al. (2001) afirman que el motivo de beber por primera vez es en la mayoría de los casos debido a una fiesta o celebración, seguido de la curiosidad, el ofrecimiento de los padres y por no quedar mal ante los compañeros. Sin embargo, Giró (2007) considera que la activación principal del consumo etílico es, de mayor a menor frecuencia, por “sentirse mayores”, “porque lo hacen sus amigos”, “para pasarlo bien”, “por curiosidad” y “para buscar nuevas sensaciones”. De tal modo que el inicio del consumo parece estar relacionado con variables como la presión del grupo y la afirmación de la propia identidad, es decir, utilizan el alcohol como un facilitador de las relaciones sociales, un elemento de aceptación, aprobación y cohesión entre el grupo de iguales que es fundamental para la diversión, más que con la curiosidad o la novedad del consumo. Por tanto, los primeros consumos y los que le siguen suelen ser un verdadero acto grupal, en el que el adolescente necesita del grupo para que le enseñe a consumir y para que de sentido a su consumo, haciendo lo que los demás esperan que haga (Kloep, Hendry, Ingebrigtsen, Glendinning y Espnes, 2001; Giró, 2007; Sirvent et al., 2007; De la Villa Moral y Ovejero, 2011).

No obstante, *una vez que el consumo ya está instaurado*, los motivos para beber cambian y se relacionan con la importancia otorgada a ciertos valores dominantes

(hedonía, consumismo, ocio, sobrestimulación, etc.) que definen el estilo de vida preponderante en la sociedad española contemporánea (Bouzada, 2001; Comas, 2004; Brändle, 2007; Bilbao, 2008) y que se vinculan con el estilo de vida del adolescente actual, donde el salir de marcha los fines de semana consumiendo alcohol y otras drogas sirve para cortar y entrar rápida y fácilmente en el estado de ánimo adecuado para divertirse (Becoña y Calafat, 2006), ya que el alcohol es la droga de la sociabilidad y aparentemente facilita el diálogo y las relaciones interpersonales (Echeburúa, 2001; Ladero y Lizasoain, 2009) buscando el fin último de la embriaguez y el descontrol de los impulsos (DGPNSD, 2007). Así, las *motivaciones que explican su ingesta* varían hacia el gusto por el sabor de la bebida (Echeburúa, 2001; Giró, 2007), seguido del interés por ponerse alegres y “coger el punto”, beber para quitar la sed, y en menor medida, experimentar nuevas sensaciones, quitar la vergüenza o la timidez (De la Villa Moral y Ovejero, 2011; Fundación Alcohol y Sociedad, 2011) y para olvidar problemas personales (DGPNSD, 2007; Giró, 2007). De tal manera que los factores de tipo social más indirectos (porque mis amigos también lo hacen, para no parecer un crío o por rebelarme contra la norma social), no son tan importantes a la hora de explicar el consumo de alcohol entre los adolescentes, una vez que ya está instaurado (Giró, 2007).

Asimismo, a la hora de determinar la frecuencia del consumo también existen variables influyentes como la motivación para salir, aumentando la ingesta si esta es beber, y la estimación percibida acerca del número de consumidores de alcohol en la población, en el que a mayor porcentaje de consumidores estimados también mayor será su consumo (Giró, 2007). Todo ello genera un aumento de los consumos problemáticos y de los porcentajes de bebedores de riesgo con incrementos de urgencias hospitalarias relacionadas con el uso toxicofílico del alcohol (Observatorio Español sobre Drogas, 2002, 2004), al igual que la experimentación con otras sustancias psicoactivas, tales

como derivados cannábicos (Vázquez y Becoña, 2000; Gómez y Álvarez, 2006; Comas, Jiménez, Acero y Carballo, 2007; Olivar y Carrero, 2007) y psicoestimulantes (Bobes, Bascarán, González y Sáiz; 2000; Sáinz et al., 2001; Infante, Barrio y Martín, 2003; Calafat, Juan, Becoña y Mantecón, 2008) asociados a la cultura lúdica y recreativa juvenil (De la Villa Moral y Ovejero, 2011).

Por otra parte, también existen *motivaciones para no beber*, entre las que destacan aquellas que tienen que ver con los efectos molestos de la borrachera, con las consecuencias negativas sobre la salud, por no querer perder el control y porque consideran desagradable o no les gusta el sabor. Estos motivos son seguidos por la posibilidad de provocar accidentes, el riesgo de una adicción al alcohol, hacer el ridículo, las reprimendas de la familia, la posibilidad de ser castigados o sancionados, la falta de dinero y el tener relaciones sexuales de riesgo (Giró, 2007) (Tabla 17).

Tabla 17. Motivos para beber y no beber (encuesta escolar del Plan Nacional sobre Drogas, 2002)

Motivos para beber (de los que beben)	Motivos para no beber (de los que no beben)
➤ Les gusta el sabor (73%)	➤ Efectos negativos para la salud (58,5%)
➤ Diversión y placer (58,5%)	➤ Pérdida de control y efectos desagradables (45,5%)
➤ Olvidar problemas personales (15%)	➤ Riesgo de provocar accidentes (33,3%)
➤ Sentir emociones nuevas (12,9%)	➤ Efectos molestos (30,9%)
➤ Superar la timidez, relacionarse (11,2%)	

3.2.3.- Otras sustancias

En España, al igual que en los países de nuestro entorno, comienza a ser atípico el perfil del consumidor de una única sustancia, ya que lo habitual es el consumo simultáneo de varias (Becoña y Calafat, 2006; Giró, 2007; Cadaveira, 2009; García-

Algar y Gómez, 2010; Becoña y Cortés, 2011; Contreras Martínez, Molina Banqueri y Cano Lozano, 2012). Los últimos datos facilitados por el Observatorio Europeo hacen especial hincapié en este fenómeno del *policonsumo* (con el alcohol presente en casi todos los repertorios), que está generalizado en Europa y es responsable de la mayoría de los problemas a los que nos enfrentamos o bien los complica, dado que la combinación de sustancias al producir muchos más efectos en un corto periodo de tiempo resultan más adictivas y con mayores riesgos, lo que asimismo dificulta enormemente su tratamiento (Echeburúa, 2001; Becoña y Calafat, 2006; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCD], 2009).

El análisis de los datos sobre más de 260.000 pacientes que iniciaron tratamiento en 14 países europeos en 2006, reveló que más de la mitad de los mismos habían tenido problemas con al menos dos sustancias (EMCD 2009), identificando tres principales perfiles de policonsumidores; aquellos cuya dependencia se centraba en la heroína y cocaína (incluido el crack); en cocaína y cannabis o alcohol y en cannabis con alcohol. El primero de estos grupos resultó ser el más numeroso e incluye a los heroinómanos marginados, que consumen asimismo otras sustancias. El segundo grupo incluye a un colectivo que se somete a menudo a tratamiento a través del sistema de justicia penal o debido a la presión de las redes sociales y familiares, tratándose principalmente de varones socialmente integrados. Finalmente, los miembros del tercer grupo (consumidores de cannabis y alcohol) son más jóvenes, viven a menudo con su familia y están socialmente integrados (EMCD 2009).

Por tanto, dentro de este ámbito y puesto que el alcohol está presente en la mayoría de las poliadicciones de los jóvenes, y es la puerta de entrada al consumo de otras drogas (Cadaveira, 2009), podemos distinguir principalmente *dos tipos de combinaciones*; cuando el alcohol se consume junto a un estimulante (cocaína,

anfetaminas, éxtasis...) o cuando se consume junto a otra sustancia depresora (tranquilizantes...). En el primero de los casos, el peligro suele ser, aunque no el único, que el efecto del estimulante enmascare el efecto del alcohol, es decir, que el sujeto no se sienta tan borracho aunque haya bebido bastante (Becoña y Calafat, 2006), aumentando momentáneamente la confianza, la comunicación, la autoestima y la desinhibición y en personas predispuestas genere agresividad. Además, hay sujetos a los que les sienta mal esta mezcla, ya sea porque el alcohol les reduce el efecto estimulante de la otra droga, o porque les produce un “mal rollo” (situación de disforia no controlada), surgiendo también sintomatología desagradable cuando se pasa el efecto de la sustancia, donde la persona se siente deprimida, confusa y con insomnio (Echeburúa, 2001). De esta manera resulta especialmente peligrosa la combinación de cocaína y alcohol, frecuente en las consultas y básicamente centrada en dos grupos de población: los mayores de 35 años con posición socioeconómica saneada y en jóvenes de alrededor de 25 años (Becoña y Calafat, 2006). Sin embargo, la combinación de bebidas alcohólicas con otras drogas depresoras, puede tener un efecto multiplicador y no simplemente sumativo, de tal modo que incremente el efecto de algunos medicamentos, como los psicofármacos o los antihistamínicos, disminuyendo el grado de concentración y las respuestas reflejas, lo que interfiere en la ejecución de las tareas cotidianas (trabajo, conducción, etc.). Es más, la mezcla de estas sustancias en dosis altas, puede incluso producir una parada cardíaca o respiratoria (Echeburúa, 2001; Talamoni, 1992, 2004; Curci, 2005), encontrando frecuentes consultas de adolescentes a los servicios de toxicología por mezclar alcohol y psicofármacos (benzodiazepinas y neurolépticos), y excepcionalmente la combinación con hipoglucemiantes orales (“jarra loca”) (Cabrerizo y Docampo, 2010).

Asimismo y al igual que comentamos previamente, el consumo temprano de alcohol, junto con el tabaco, hace más probable el alcoholismo en la vida adulta. Es más, algunos trabajos ponen de manifiesto que la edad de inicio en el consumo de alcohol está fuertemente relacionada con la del tabaco y el cannabis, por lo que la precocidad y la intensidad del consumo de etanol, constituye una de las variables más frecuentemente relacionadas con el uso posterior de otras drogas ilegales (Díaz, 2001; Echeburúa, 2001; Becoña y Calafat, 2006; Cadaveira, 2009; Becoña, y Cortés, 2011). De tal manera que el orden en que este enganche puede producirse es el siguiente: alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas ilegales (Díaz, 2001). En este sentido, parece observarse que son el tabaco junto con el alcohol las sustancias más consumidas (Giró, 2007), seguida del cannabis dentro de las drogas ilegales (Observatorio Español sobre Drogas, 2009; García-Algar y Gómez, 2010; Contreras Martínez, Molina Banqueri y Cano Lozano, 2012), observando así, según las indicaciones de Becoña y Calafat (2006), y Caamaño, et al. (2008) con una muestra de universitarios, que la mezcla más frecuente en una muestra de 1341 jóvenes españoles cuando salen de marcha es la de alcohol-cannabis-tabaco (37%), seguida de alcohol-cocaína (8,3%) y alcohol-cannabis-éxtasis (6,1%), encontrando una gran relación entre los distintos consumos de drogas, sobre todo en aquellas personas que más abusan (Becoña y Calafat, 2006; Giró, 2007).

Del mismo modo, los estudios realizados con población adolescente indican la existencia de diferencias en cuanto al patrón de consumo entre chicos y chicas, donde los varones presentan un mayor policonsumo combinado con drogas ilegales, mientras que las mujeres suelen consumir en su mayoría sólo tabaco (Llorens et al., 2005; Calvete y Estévez, 2009; Observatorio Español sobre Drogas, 2009; Martínez, Alonso y Montañés, 2010; Contreras Martínez, Molina Banqueri y Cano Lozano, 2012).

3.2.4.- Variables influyentes

Tabla 18. Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas. Fuente: Becoña (2002).

	Factores de riesgo	Factores de protección
1. Familiares	<ul style="list-style-type: none"> •Consumo de alcohol y drogas por parte de los padres. •Baja supervisión familiar. •Baja disciplina familiar. •Conflicto familiar. •Historia familiar de conducta antisocial. •Actitudes parentales favorables hacia la conducta antisocial. •Actitudes parentales favorables hacia el consumo de sustancias. •Bajas expectativas para los niños o para el éxito. •Abuso físico. 	<ul style="list-style-type: none"> •Apego familiar. •Oportunidades para la implicación en la familia. •Creencias saludables y claros estándares de conducta. •Altas expectativas parentales. •Un sentido de confianza positivo. •Dinámica familiar positiva.
2. Comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> •Deprivación económica y social. •Desorganización comunitaria. •Cambios y movilidad de lugar. •Las creencias, normas y leyes de la comunidad favorables al consumo de sustancias. •La disponibilidad y accesibilidad a las drogas. •La baja percepción social de riesgo de cada sustancia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de apoyo externo positivo. •Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad. •Descenso de la accesibilidad de la sustancia. •Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes. •Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad.
3. Compañeros e iguales	<ul style="list-style-type: none"> •Actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas. •Compañeros consumidores. •Conducta antisocial o delincuencia temprana. •Rechazo por parte de los iguales. 	<ul style="list-style-type: none"> •Apego a los iguales no consumidores. •Asociación con iguales implicados en actividades organizadas por la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas u otras. •Resistencia a la presión de los iguales, especialmente a las negativas. •No ser fácilmente influenciado por los iguales.
4. Escolares	<ul style="list-style-type: none"> •Bajo rendimiento académico. •Bajo apego a la escuela. •Tipo y tamaño de la escuela (grande). •Conducta antisocial en la escuela. 	<ul style="list-style-type: none"> •Escuela de calidad. •Oportunidades para la implicación prosocial. •Refuerzos/reconocimiento para la implicación prosocial. •Creencias saludables y claros estándares de conducta. •Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del centro. •Clima institucional positivo.
5. Individuales	<ul style="list-style-type: none"> •Biológicos. •Psicológicos y conductuales. •Rasgos de personalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> •Religiosidad. •Creencia en el orden social. •Desarrollo de las habilidades sociales. •Creencia en la propia autoeficacia. •Habilidades para adaptarse a las circunstancias cambiantes. •Orientación social positiva. •Poseer aspiraciones de futuro. •Buen rendimiento académico e inteligencia. •Resiliencia.

Los factores de riesgo o protección son atributos y/o características individuales, condiciones situacionales y/o contextos ambientales que incrementan (o reducen en el caso del factor de protección) la probabilidad para comenzar a usar y/o abusar de una droga o en el mantenimiento de la misma (Clayton, 1992), que se exponen en la Tabla 18 propuesta por Becoña (2002).

3.2.4.1.- Factores genéticos y familiares

Los estudios de familias, gemelos e hijos de alcohólicos adoptados por padres sin antecedentes de alcoholismo (McGue, 1994), muestran claramente que *la genética* juega un papel muy importante en el desarrollo de la adicción al alcohol (Echeburúa, 2001; Kendler, et al., 2012), de forma que la proporción de concordancia en gemelos monocigóticos es de 2 a 1 frente a los dicigóticos (Kendler et al. 2003). Además, parece haber una mayor heredabilidad en la dependencia que en el abuso (Pickens, Svikis, McGue, Lykken, Heston y Clayton, 1991), de tal manera que se observa un riesgo entre dos y cuatro veces mayor (en torno al 35-60%) de desarrollar esta dependencia (Dawson, Harford, Grant, 1992; Schuckit, 2002; Santo-Domingo, Gual, Rubio, 2005) entre los descendientes de padres alcohólicos, al igual que se adelanta la edad de inicio en el consumo de alcohol, tanto normativo como problemático (Liu et al. 2004).

Los numerosos estudios llevados a cabo en hijos de alcohólicos proponen la existencia de los siguientes factores de riesgo (Rubio y Mejías, 2001; Izquierdo, 2002): a) alteraciones en la función cognitiva (Cadaveira, 2009); b) menor percepción en ellos de los efectos de la intoxicación etílica; c) exceso de actividad eléctrica de alta frecuencia en el electroencefalograma, análogo al que presentan los alcohólicos desintoxicados; d) menor amplitud de la onda P300 en alcohólicos y en sus hijos, indicadora de una disminución en los mecanismos cerebrales inhibidores; e) los hijos de

alcohólicos presentan menores niveles de cortisol y prolactina en respuesta al etanol; f) hipofunción de los opioides endógenos; g) hipofunción serotoninérgica. De esta manera, se establece la presencia de cuatro endofenotipos que aumentan el riesgo de padecer alcoholismo (Schuckit, 2009): (1) la presencia de bajos niveles de acetaldehído, que se relaciona con variantes polimórficas en el gen de la aldehído deshidrogenasa (ALDH2) y en menor medida de la alcohol deshidrogenasa (ADH), produciendo en los sujetos que presentan una baja actividad de la ADH una sensación de náuseas y enrojecimiento facial cuando beben, frecuente en la población oriental (Rubio y Mejías, 2001); (2) la existencia de un bajo nivel de respuesta a la intoxicación alcohólica que se relaciona con genes del sistema GABA (GABRA6 y GABRA1), con el alelo L del gen del transportador de Serotonina o con el gen KCNMA1 que codifica un transportador de potasio, por lo que se observa que los hijos varones de padre alcohólico con baja respuesta al alcohol a los 20 años, tiene mayor riesgo de desarrollar alcoholismo hacia los 30 años de edad (Schuckit, Smith, 1996); (3) la impulsividad que se relaciona con los genes del sistema GABA, o con el gen ANKK1 o el gen CHRM2 del receptor muscarínico; y finalmente, (4) la presencia de trastornos psiquiátricos graves con clara influencia genética como la esquizofrenia o el trastorno bipolar (Santo-Domingo, Gual, Rubio, 2005; DGPNSD, 2007; Florez, Saíz y Cuello, 2010).

En relación con este último aspecto, se observa que estos grupos familiares presentan un riesgo superior con respecto a la población normal de abusar de otro tipo de tóxicos o de presentar ansiedad, así como estar relacionados con un trastorno antisocial de la personalidad o cuadros depresivos mayores (Fombellida, Garzón, Montejo, Bueno y Marcos, 1997; Echeburúa, 2001; American Psychiatric Association, 2002; Nurnberger et al. 2004; Santo-Domingo, Gual, Rubio, 2005; DGPNSD, 2007). Por tanto, la presencia de psicopatología en los padres es un factor de alto riesgo en la

aparición de problemas psicológicos y psicopatológicos en los hijos, lo que correlaciona con el uso de sustancias en la adolescencia (Brook et al., 2001). Asimismo, este consumo de sustancias aumenta la probabilidad de desarrollar problemas de salud mental, estableciéndose una relación bidireccional, en la que la patología dual es un fenómeno relativamente frecuente (Merikangas y Avenevoli, 2000; Kamon, Stanger, Budnay y Dumenci, 2006; Roberts, Roberts y Xing, 2007; Janusis, 2012).

El grupo familiar, además de la influencia genética (Kendler, et al., 2012), constituye el primer agente socializador en el que la persona crece y va desarrollando su personalidad y valores (Florez, Saíz y Cuello, 2010). Este referente, junto con los amigos, ejercen un papel fundamental en el consumo de sustancias de los adolescentes y jóvenes a través del modelado (Bandura, 1987; Pons, 1998; Salamó, Gras y Font-Mayolas, 2010). En este sentido, el consumo de sustancias por parte de los padres y sus actitudes favorables hacia el mismo propician el uso de drogas por parte de sus hijos. Por lo que, la existencia de normas explícitas respecto al consumo de sustancias ilegales, así como de tabaco y alcohol, constituye un factor de protección hacia su uso (Resnick 1997; Muñoz-Rivas y Graña, 2001).

De este modo, se ha observado que un elevado porcentaje de escolares se inicia en el consumo étílico en el grupo familiar (García-Jiménez, 1993; Salcedo, et al., 1995; Santacreu, Orejudo, Royuela, Frojan, 1998; Pons, 1998), observando una relación positiva entre el consumo de alcohol de los adolescentes y el de sus amigos, hermanos y padre, por este orden (López, et al., 2001; Espada, Pereira y García-Fernández, 2008). Estos resultados parecen abalados por los datos de Salamó, Gras y Font-Mayolas (2010), quienes observan una asociación positiva entre el consumo propio y el de los familiares directos (padre, madre y hermanos). Proponiendo un modelo predictivo del consumo de alcohol; donde son aquellos adolescentes de más edad, principalmente

chicas, que tienen amigos o algún hermano consumidores y que perciben el alcohol como poco peligroso, los que presentan un mayor consumo de riesgo. Es más, Harden, Hill, Turkheimer y Emery (2008) detectan la influencia de los hermanos y del mejor amigo en el consumo de alcohol y tabaco en una muestra de 26,666 jóvenes estadounidenses.

Sin embargo, otros estudios muestran que el consumo etílico habitual por parte de la madre, así como el tipo de estructura familiar, la profesión o estudios de los padres (madre/padre) o el número de hermanos en la familia, no presentan relación con el consumo de alcohol que mantienen los escolares (López, et al., 2001).

Dentro de la estructura familiar existen diversos factores que van a influir en el consumo de sustancias. Uno de estos factores es la *relación de apego con los padres*, que interviene de forma destacada en las estrategias de afrontamiento y la conformación de la personalidad (Becoña y Cortés, 2011). Aquellos adolescentes que crecen en una familia con un apego seguro, con posibilidad para tratar abierta y directamente los conflictos, tendrán más probabilidades y facilidades para llegar al estadio de logro de identidad, frente a los adolescentes con un apego inseguro (Zimmerman y Becker-Stoll, 2002). Asimismo, Leveridge, Stoltenberg y Beesley (2005) hallaron que el estilo de *apego evitativo* en la familia de origen se asocia con una personalidad de características más defensivas, con quejas de tipo somático, tendencia al aislamiento social, pérdida de cohesión y evitación de conflictos en el ámbito familiar. El estilo de *apego ansioso/ambivalente* se relaciona con elevadas puntuaciones de los sujetos en ansiedad y depresión. Y en el caso del *apego seguro* presenta una relación inversa con depresión, ansiedad, aislamiento social y evitación familiar de los conflictos. En consecuencia, el consumo de sustancias en la adolescencia puede ser entendida como una estrategia de afrontamiento inadecuada por parte de los sujetos con un apego no seguro (temeroso-

evitativo), en la que al carecer de otras estrategias más adecuadas, utilizarían las drogas, legales o ilegales, como una alternativa atractiva en distintas situaciones estresantes, principalmente las de carácter interpersonal, en las que los sujetos se encontrarían más inseguros (Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt y Küstner, 2007). Así, en los casos en que la madre es segura y el padre preocupado presentan menores dificultades familiares que cuando los dos padres son especialmente temerosos, donde además se observa una mayor comorbilidad con patología psiquiátrica (Becoña y Cortés, 2011).

Un segundo factor es *el estilo educativo*, determinado por las dimensiones: control y calidez paterna, que configuran los cuatro posibles estilos de crianza: *autoritario*, con elevado control y baja calidez; *permisivo*, con bajo control y elevada calidez; *democrático*, con alto control y alta calidez; e *indiferente*, con bajo control y baja calidez (Shaffer, 2000). Las familias con padres autoritarios tendrán hijos apartados y temerosos, que en la adolescencia se pueden volver agresivos y rebeldes en el caso de los varones, o pasivas y dependientes en el caso de las mujeres. Los padres permisivos aumentarán las probabilidades de que los hijos sean autoindulgentes, impulsivos, rebeldes, agresivos y socialmente ineptos, o por otra parte activos, sociables y creativos. Los padres indiferentes serán el predictor de peor pronóstico para los hijos. Y finalmente, cuando los padres muestran un estilo democrático, modelo predominante en la actualidad (Alegría, Miranda, Urzua, 2007), presentarán hijos con un mayor control personal, más competencia social y más confianza en sí mismos (Craig, 1997) y en sus padres, aunque existen una serie de aspectos que los adolescentes se reservan para ellos, teniendo relación con las relaciones sexuales y con las actividades ligadas al ocio nocturno (tabaco, alcohol y drogas) (Giró, 2007). Así, la existencia de un estilo educativo u otro, y la percepción que el adolescente tenga del mismo, aumentarán o disminuirán las probabilidades de uso, abuso y dependencia de sustancias en la

adolescencia, así como su mantenimiento posterior (Latendresse, Rose, Viken, Pulkkinen, Kaprio y Dick, 2008). Por tanto, siguiendo a Noller y Callan (1991), tanto un fuerte y estricto como un débil y permisivo control parental se asocian con un mayor uso de drogas, problemas con el alcohol y relaciones sexuales prematuras entre los adolescentes; mientras que un control moderado conlleva una menor frecuencia de estos problemas.

De esta manera, Patterson, Debaryshe y Ramsey (1989) propusieron un modelo de desarrollo de la conducta adictiva motivada por pautas educativas inadecuadas, en el que un estilo parental con escasa disciplina y control sobre la conducta del niño en la infancia temprana acaba generando problemas de conducta. De tal modo que durante la infancia media, este patrón conductual provoca un fracaso escolar en el ámbito educativo así como un rechazo social por parte del grupo de iguales normalizado. Y en consecuencia, en la infancia tardía y adolescencia, este niño se relaciona con iguales que tienen problemas de adaptación social, pudiendo así desembocar en la drogadicción y delincuencia (Triana y Rodrigo, 1998).

Tradicionalmente se ha establecido la familia nuclear como la más preparada para afrontar los cambios en cada fase de su ciclo vital (De la Revilla, 1994; García-Campayo, Alda, 2004^a; 2004^b). La ausencia de uno de los progenitores, especialmente cuando no es localizable, se relaciona con un mayor grado de características antisociales en los distintos miembros de la familia, incluidos los hijos (Pfiffner, McBurnett y Rathouz, 2001). Es más, los adolescentes que conviven con un único progenitor tienen una mayor probabilidad de consumir sustancias, tanto legales como ilegales (Longest y Shanahan, 2007; Oman et al., 2007).

Sin embargo, aunque hay estudios que exponen (Pérez Milena y cols., 2007) que la estructura familiar no influye en la percepción que tiene el adolescente sobre el grado de funcionalidad de su familia, así como tampoco en la sensación de apoyo social, en el consumo de tóxicos ni en la presencia de síntomas indicativos de malestar psíquico. Parece observarse que los adolescentes incrementan su proceso de socialización, teniendo en cuenta a los amigos como un referente en cuanto a las normas y los valores, si se sienten aceptado y escuchado dentro de su hogar (Marcos, 1996; Salazar, 2004). Por lo que, tanto la función familiar como el apoyo social se relacionan con el consumo de sustancias tóxicas entre los adolescentes (Echeburúa, 2001; Pérez Milena y cols., 2001; Pérez Milena y cols., 2005), de tal manera que aquellos jóvenes con disfunciones familiares intensas presentan un incremento significativo del consumo de alcohol y tabaco. Con lo que podríamos establecer, en definitiva, una relación entre mala función familiar, mal apoyo social, mala percepción sobre la salud, malestar psíquico, mayor estrés y también, mayor consumo de sustancias tóxicas (Saranson, Saranson, Sherain, 1987; Pérez Milena y cols., 2001; Hale, Hannum, Espelage, 2005; Lakey, Scoboria, 2005).

Asimismo, la *disciplina familiar* también juega un papel importante. La inconsistencia en su aplicación, la ausencia de implicación maternal y las bajas expectativas de los padres facilitan el consumo de sustancias. En este sentido, las familias con una elevada emocionalidad negativa es más probable que presenten hijos con problemas conductuales y emocionales, que pueden desbordar a las madres con baja competencia en su manejo, favoreciendo el empleo de la agresión como estrategia disciplinaria (Echeburúa, 2001; Ramsden y Hubbard, 2002). De esta manera, las dificultades de control emocional de las madres, que suelen ser las que pasan más

tiempo con sus hijos, se relacionan con un mayor consumo de sustancias por parte de éstos (Brook, Whiteman, Finch y Cohen, 2001).

En relación con lo anterior, cuando los adolescentes viven conflictos interparentales de carácter destructivo también les influirá en su relación con los iguales, aumentando el riesgo de desarrollar problemas conductuales y emocionales (David y Murphy, 2007). Por lo que a medida que aumenta la importancia que se otorga a la familia y a los valores que la rodean, especialmente a la proximidad y a la intimidad con los padres, éstos incrementan la supervisión sobre las actividades y amistades de sus hijos, disminuyendo en general las conductas de riesgo y particularmente el consumo de sustancias de los mismos (Romero y Ruiz, 2007; Coley, Votruba-Drzal y Schlinder, 2008).

3.2.4.2.- Los compañeros e iguales y la presión del grupo

La adolescencia es una etapa de cambios, que supone el paso gradual de la infancia a la adultez. En este periodo del desarrollo, el joven manifiesta y tiene que adaptarse a una serie de transformaciones corporales, elabora el concepto de “sí mismo”, de su identidad (Erikson, 1977), buscando una mayor autonomía familiar e inicia su proceso de socialización mediante el grupo de iguales (De la Revilla, Prados, 1994; Marcos, 1996; Andrews, Tildesley, Hops y Fuzhong, 2002; Bras, 2003; Hay y Ashman, 2003).

Los adolescentes se caracterizan por la omnipotencia y la sensación de invulnerabilidad que les lleva sobretodo a vivir el presente (Magaña, 2003), atravesando periodos de labilidad emocional (Marcell e Irwin, 2004; Braschi y Santos, 2006) y haciendo de esta etapa un período crítico en cuanto a las conductas de riesgo en general, y el uso de sustancias en particular (Becoña y Cortés, 2011), con el inicio de

la experimentación de nuevas conductas con sus pares, como fumar, tomar bebidas alcohólicas e incursionarse en el mundo de las drogas (Cabrerizo y Docampo, 2010).

En suma, la adolescencia es un periodo de riesgo para el inicio y consumo de sustancias adictivas. Durante la infancia la familia transmite modelos, valores y actitudes que previenen o que, por el contrario, favorecen las conductas adictivas. En la adolescencia se produce una progresiva independencia de la familia y de la escuela y el grupo de iguales va adquiriendo una importancia mayor en la vida del individuo (Uruk y Demir, 2003; Moreno, 2006; Contreras Martínez, Molina Banqueri y Cano Lozano, 2012). El joven se encuentra en el proceso de individualización y desarrollo de la identidad, trata de alcanzar un determinado nivel de autonomía, reconocimiento y aceptación (Londoño y Valencia, 2010), por lo que los iguales son fuente directa de modelamiento, donde sus creencias, actitudes y prácticas funcionan como factor de riesgo y/o protección para las conductas desviadas, y concretamente en el consumo de sustancias, ya sea en su inicio como en su mantenimiento y abuso (Campins, et al., 1996; Pons, Berjano, García, 1996; Alonso, Rosado, Ruiz-Morote, Alonso Fernández, 1997; Fishbein y Pérez, 2000; López, et al., 2001; Friedman y Glassman, 2000; James, 2003; Hawkins et al, 2004; Moral, Ovejero y Pastor, 2004). Esto es debido, entre otras razones, a que las decisiones del joven se ven determinadas por el valor que da a las expectativas del grupo sobre su conducta (Meg-Gerrard y Reis-Bergan, 1999; Grube y Agostinelli, 1999; Informe Invierte en ti, 2000; Williams, Holmbeck y Greenley, 2002; Londoño, Valencia, Hernández y León, 2007; Londoño, 2007). De esta manera, D'Amico y McCarthy (2006) señalaron que el uso percibido de alcohol por parte de los compañeros predice el uso de alcohol y cannabis en el propio sujeto, al igual que el uso percibido de cannabis en los iguales predice el de alcohol. Existiendo, asimismo, una

consonancia entre el consumo de alcohol de los adolescentes y el de sus mejores amigos (Talbot, et al., 2008; Salamó, Gras y Font-Mayolas, 2010).

A continuación, el consumo es visto como una acción normal, propia de la vida universitaria, necesaria para el intercambio social y productora de sensaciones agradables; entonces las expectativas y los beneficios percibidos provocan en el joven baja intención de resistirse ante las demandas del grupo pues comparte sus razones para la ingesta y cuando no las comparte su baja capacidad de oponerse determina el inicio y mantenimiento del consumo (Hawkins, Cummins y Marlatt, 2004; Londoño, Valencia, Hernández y León, 2007; Londoño y Valencia, 2008, 2010). De este modo, el adolescente se enfrenta a dos tipos de presión de grupo, una directa que corresponde a la expresión abierta de los pares de conductas de incitación al consumo, como las burlas, peticiones o acciones manifiestas para que el joven ingiera alcohol (Londoño et al, 2007); y otra indirecta, que corresponde al conjunto de normas (creencias) y acciones que de manera implícita los medios y el grupo social le imponen. Este tipo de presión se compone de acciones como: consumo de pares y pareja, el rechazo y la exclusión social del joven no consumidor y la sobreestimación de quienes ingieren grandes cantidades de alcohol (Donaldson et al, 1995; Suelves y Sanchez-Turet, 2001; Repetti, Taylor y Seeman, 2002; Latimer, Floyd, Kariis, Novotna, Exnerova y O'brien, 2004; Moral, Rodríguez y Sirvent, 2005; Cortés et al., 2008; Londoño y Valencia, 2010). Así, el déficit para resistir la presión ejercida por los pares (que es menor en los varones (Londoño y Valencia, 2008) está asociado al nivel de consumo, es decir, que a menor capacidad para resistir la coacción del grupo mayor es el riesgo de abusar de la ingesta de esta sustancia (Flórez, 2000; Guerrero, 2003; Uruk y Demir, 2003; James, 2003; Hawkins et al, 2004; Londoño, 2007; Londoño y Valencia, 2008). En consecuencia, los no consumidores o quienes lo hacen de manera esporádica presentan

con mayor frecuencia una alta asertividad global y capacidad para resistir la presión del grupo. En los consumidores moderados, se encuentra una menor resistencia y asertividad, y en el consumo de riesgo sólo se observa como variable relacionada la ingesta de bebidas alcohólicas de alta graduación como el aguardiente y el ron, donde las razones para consumir alcohol pierden su carácter social y aparecen las referidas al gusto por la bebida o al “beber por beber” (Londoño y Valencia, 2008).

Sin embargo, se ha observado que los jóvenes, aún teniendo una alta asertividad social, presentan una baja resistencia a la presión del grupo hacia el consumo de alcohol (Londoño y Valencia, 2008), pues consideran importante ser incluidos en las actividades programadas (Rhodes y Jason, 1990; Carmona y Chávez, 1991; Donaldson, Graham, Piccinin y Hansen, 1995; Stice, Myers y Brown, 1998; Ouellette, Gerrard, Gibbons y Reis-Bergan, 1999; Flórez, 2000; Guerrero, 2003; Uruk y Demir, 2003; James, 2003; Hawkins, Cummins y Marlatt, 2004; Simons-Morton y Chen, 2006; Londoño, 2007) y buscan activamente los efectos positivos del consumo, existiendo una baja percepción de vulnerabilidad, severidad, y riesgo (Becoña, 2000; Jackson y Aiken, 2000; Adalbjarnardottir, 2001; Brannon y Feist, 2001; Cabrera, Tascón y Lucumi, 2001; Vaillo, Galdon y Dura, 2004; Planes, Gómez, Gras, Font-Mayolas, Cunil, Aymerich y Soto, 2006; Londoño y Valencia, 2010). Además, el deseo de oponerse ante la invitación a consumir hecha por los pares se encuentra íntimamente ligada al conjunto de creencias que el joven tiene respecto del consumo mismo; el riesgo que reviste, sus efectos, las señales disparadoras y las razones para no consumir (Londoño y Valencia, 2010).

Otro factor fundamental en el consumo de sustancias es la accesibilidad a las mismas. El ambiente físico y social proporciona señales que motivan el consumo y están presentes de manera permanente, como centros expendedores de alcohol en los

que no hay apenas control (Londoño, y Valencia, 2008), el precio de las bebidas que cuando es bajo favorece el consumo (Chaloupka, Cummings, Morley y Horan, 2002), el día de la semana, la hora, la época académica y el intercambio social con los iguales. Todas ellas indican al joven que no sólo es oportuno que consuma sino que además, resulta importante que lo haga si desea alcanzar aceptación y reconocimiento por parte de sus compañeros. Las claves disparan las creencias favorables, que predisponen la conducta de beber, ciclo que solo se rompe si estas señales son interrumpidas, o las creencias modificadas y se aumenta el control sobre el comportamiento (Londoño y Valencia, 2010).

Por otra parte, el grupo y el apego a los amigos también pueden ser un potente factor de protección cuando estos no consumen drogas, favoreciendo el desarrollo de un estilo de vida saludable y de unos valores y actitudes prosociales (Becoña y Cortés, 2011).

3.3.- Epidemiología

Los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas constituyen un motivo de consulta frecuente en la práctica clínica cotidiana y su magnitud supone una grave dificultad para la salud pública en todo el mundo. Así, aunque existe una percepción social, casi generalizada, en la que se asocian mayores repercusiones negativas debidas al consumo de drogas ilegales, lo cierto es que los datos muestran que, por ahora, el consumo de sustancias legales (Pereiro 2006) y específicamente, el consumo excesivo de alcohol y las complicaciones médicas derivadas de éste, constituyen uno de los problemas sanitarios más importantes (Organización Mundial de la Salud, 2005), siendo considerado como el tercer factor de riesgo en los países industrializados y el principal en los países en desarrollo (De la Villa Moral y Ovejero, 2011). De esta manera, se estimó en más de 2,3 millones de muertes las asociadas al alcohol en el mundo para el año 2002, lo que supuso un 4,4% de la carga mundial de morbilidad (OMS 2007) y 2,5 millones de muertes en el 2007 (donde la población mundial era de 4.343 millones de personas en este año) (Pereiro, Díaz, Martínez, Costas, 2010).

El gasto de alcohol en el mundo es muy desigual. En países como Arabia Saudita, Somalia, Kuwait o Bangladesh es prácticamente nulo (Rodríguez García, 2010). No obstante, en otras regiones del mundo encontramos cifras muy diferentes, así por ejemplo, en Nigeria se observan tasas de problemas relacionados con el alcohol muy elevadas (Abiodun et al., 2013), o en América Latina y el Caribe, donde el consumo per cápita de alcohol es el más alto del mundo no desarrollado, siendo la droga más usada por los adolescentes (95% de los jóvenes a la edad de 18 años) (Torres, Palma, Iannini y Moreno, 2006), al igual que sucede entre la población escolar secundaria de Argentina,

Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay (Lale-Demoz y Cumsille, 2006).

Asimismo, diversos estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto el aumento del consumo étílico por parte de adolescentes y jóvenes de distintos países (Karam, Kypri y Salamoun, 2007). Este incremento ha sido tan destacable que en Estados Unidos se ha llegado a considerar dicho patrón de consumo y sus consecuencias como uno de los problemas sanitarios más importantes de este país (Wechsler et al., 2002; U.S. Department of Health and Human Services, 2002).

De esta manera, la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y Salud (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2010) revela que durante el 2009 4,6 millones de estadounidenses, a partir de 12 años, se iniciaron en el consumo étílico. De los cuales, el 85,5% eran menores de 21 años (edad legal para beber) y cuya edad media de inicio en el consumo de alcohol se situó en 15,9 años. Sin embargo, cuando se calculó la media de edad del primer consumo entre aquellas personas que comenzaron a beber entre los 12 y los 49 años esta edad ascendió a 16,9 años (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2010).

Dentro de esta población, se observó que la mitad (51,9%) de los estadounidenses mayores de 12 años han tomado una o más bebidas alcohólicas en el último mes, cerca de un cuarto (23,7%) ha participado en al menos un episodio de consumo intensivo (*Binge drinking*: haber ingerido cinco o más consumiciones alcohólicas en la misma ocasión) en los treinta días previos, y el 6,8% ha presentado un consumo intensivo frecuente (*heavy drinking*; aquellos que presentan consumos intensivos de alcohol en al menos cinco ocasiones en el último mes).

En Estados Unidos existen diversos grupos de investigación (Harvard School of Public Health College Alcohol Survey, CAS; Core Alcohol and Drug Survey, CORE; Monitoring the Future, MTF; National Survey and Drug Use and Health, NSDUH; y Youth Risk Behavior Survey, YRBS) que han observado un gran incremento del consumo intensivo de alcohol entre adolescentes y jóvenes adultos a nivel nacional. Los datos aportados señalan que el 14,7% de los adolescentes (de manera similar entre hombres y mujeres) de entre 12 y 17 años han consumido al menos una bebida alcohólica en el último mes y un 2,1% presenta un consumo intensivo frecuente (*heavy drinking*). Encontrando que al aumentar la edad el consumo se incrementa, por lo que hay entre un 11% y 44% (CORE, 2005; Eaton et al., 2006; NSDUH, 2006; Johnston, O'malley, Bachman y Schulenberg, 2007; Wechsler et al., 2002) de jóvenes de entre 18 y 25 años que ha participado en atracones de bebida y un 13,7% en consumos intensivos frecuentes (*heavy drinkings*) (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2010), donde la mayor prevalencia de consumo intensivo de alcohol se encuentra en los jóvenes de entre 17 y 20- 21 años (CORE, 2005; Eaton et al., 2006; NSDUH, 2006; Johnston et al., 2007), siendo más común entre los estudiantes de primer año de carrera (CORE, 2005). A partir de los 20-21 años se observa una paulatina reducción de este patrón de consumo a niveles más moderados (NSDUH, 2006), lo que algunos autores han asociado con el aumento de responsabilidades que se adquieren con la edad ("*maturing out*" o "*developmentally limited alcoholism*") (Ham y Hope, 2003). No obstante, este patrón de consumo de riesgo es mayor entre estudiantes universitarios frente a sus iguales sin estudios superiores (45,5% frente a 38,4%) (NSDUH, 2006).

Al mismo tiempo, se observa un incremento de la polaridad entre los consumidores intensivos y los abstemios: cerca de una cuarta parte de los adolescentes y

jóvenes estadounidenses presentan un consumo intensivo frecuente (consumo de 5 ó más- 4 ó más para mujeres- bebidas alcohólicas 3 ó más veces en las dos últimas semanas) y casi una quinta parte son abstemios (Wechlser et al., 2002). Además, pese al aumento significativo en los últimos años del consumo intensivo de alcohol entre las mujeres, el consumo de los varones sigue siendo mayor (65,9 % vs 57.7%) (Wechsler, 2002; Eaton et al., 2006; NSDUH, 2006; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2010).

Por otra parte, teniendo en cuenta los criterios Diagnósticos y Estadísticos del Manual de Trastornos Mentales DSM-IV (APA,1994), en el 2009, el 8,9% (22,5 millones) de los estadounidenses a partir de 12 años fueron diagnosticados de dependencia o abuso de sustancias, de los cuales; a 3,9 millones se les atribuyó la categoría de dependencia o abuso de drogas ilícitas; a 15,4 millones de abuso o dependencia de alcohol y, finalmente, 3,2 millones fueron diagnosticados de ambas sustancias conjuntamente. Lo que representa que un 7,4% de dicha población fue diagnosticada de dependencia o abuso de alcohol, presentando cifras relativamente estables desde el 2002. Al mismo tiempo, el porcentaje de hombres a partir de 12 años diagnosticados de dependencia o abuso fue casi el doble que el de mujeres (11.9 vs. 6.1%). Sin embargo, al observar el porcentaje de sujetos diagnosticados entre jóvenes de 12 a 17 años no se observaron apenas diferencias entre sexos (6,7 vs 7,4% respectivamente) (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2010).

Al igual que se comentó en apartados anteriores, los datos de la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y Salud del 2009, mostró que aquellas personas a partir de 21 años que habían comenzado a consumir alcohol siendo menores de 14 años o con esta edad, tenían una probabilidad seis veces mayor de ser diagnosticadas de dependencia o abuso que aquellas que habían comenzado a beber a partir de los 21 años (16,5 vs.

2,5%), encontrando que en todos ellos es entre los 18 y los 25 años donde se produce un mayor consumo de bebidas alcohólicas y por tanto de abuso y dependencia de alcohol (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2010).

3.3.1.- Epidemiología en Europa

Por otra parte, la región del mundo donde se consume más alcohol parece encontrarse en Europa, con una media de 11 litros de alcohol puro por habitante y año (Babor y cols, 2003; Anderson y Baumberg, 2006). La mayor parte de los europeos consumen bebidas alcohólicas, pero 55 millones de adultos se abstienen; teniendo en cuenta este hecho y el consumo no registrado (contrabando, destilados caseros, etc.) esta cifra puede aumentar hasta los 15 litros de etanol per capita y año (OMS, 2004; Anderson y Baumberg, 2006).

No obstante, el consumo de alcohol dentro de la Unión Europea (UE) no es homogéneo. Las diferencias entre los países con un mayor y un menor porcentaje de población no consumidora de alcohol superan el 30%. Así, en el conjunto de la UE (25 países), el 25% de la población a partir de 15 años declaró no haber consumido bebidas alcohólicas en los últimos doce meses, observando un patrón geográfico con un mayor porcentaje de población abstemia en el sur y un mayor consumo en los países del norte. De tal manera que, Italia (40%), Bulgaria y Hungría (38%), seguida de Portugal (37%), Malta (35%) y a continuación España y Rumania (33%), fueron los países con un mayor porcentaje de población abstemia, mientras que Dinamarca (7%), seguida de Holanda (10%), Suecia (12%), Lituania (14%) y Finlandia (17%) fueron los países con menor porcentaje de población no consumidora de alcohol (figura 5) (Eurobarómetro, 2007; Información y estadísticas Sanitarias, 2009).

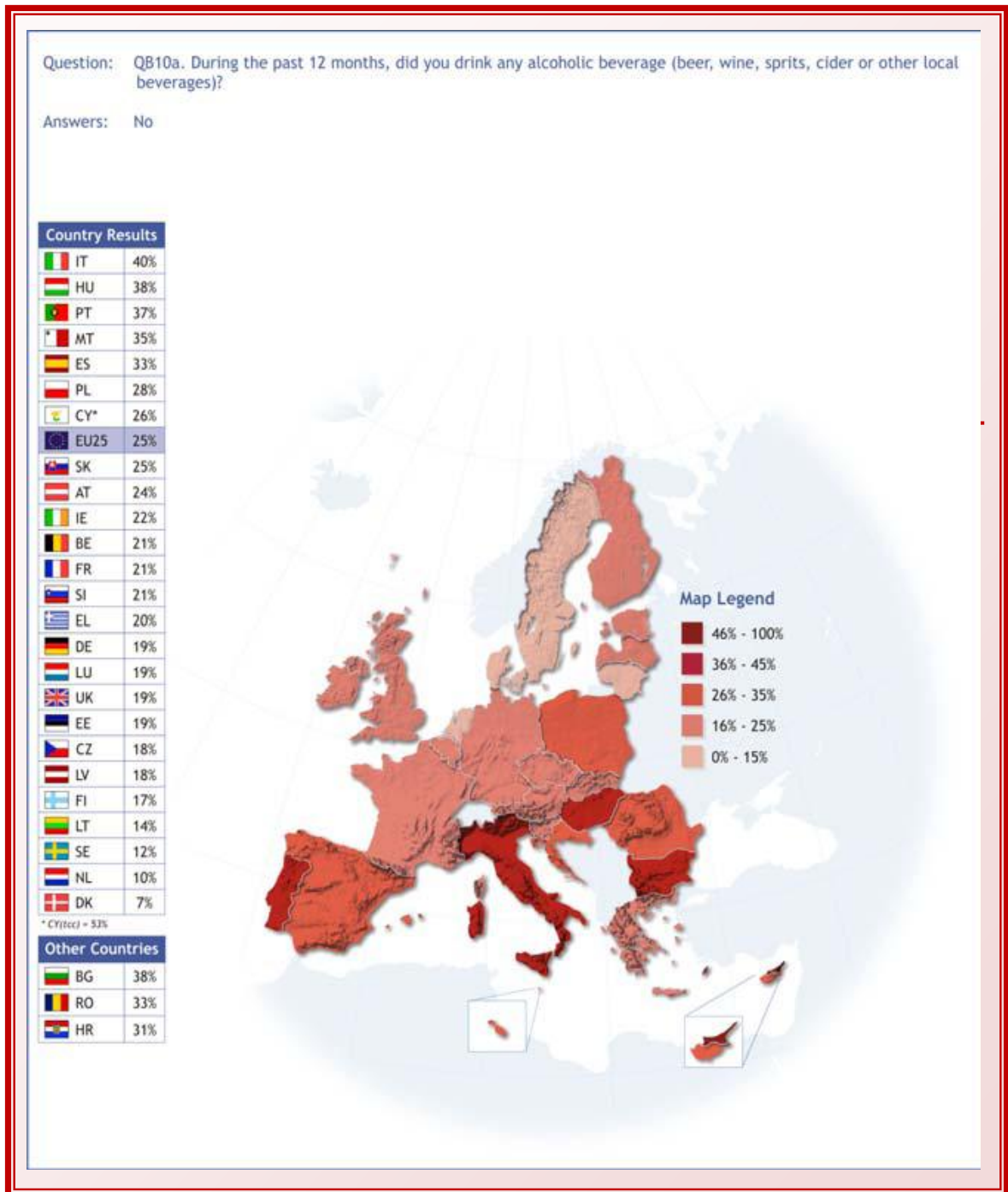


Figura 5. Porcentaje de población que no ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses en países de la UE (Eurobarómetro, 2007).

Asimismo, el consumo de alcohol entre los países de la UE en el año 2006 presentaron también diferencias. La siguiente tabla (tabla 19) muestra dos indicadores distintos: el porcentaje de población de 15 y más años de edad que declaró haber consumido bebidas alcohólicas con una frecuencia diaria y el que declaró haberlo hecho

con una frecuencia de una vez por semana, durante el último mes. En el conjunto de la UE (25 países), estos porcentajes fueron del 13% y el 25% respectivamente. Las variaciones en el consumo y el patrón del mismo son grandes entre unos países y otros. De esta manera, mientras que países como Portugal, Italia, España, Holanda o Francia mostraron un claro patrón de consumo diario, otros países como Letonia, Lituania, Polonia, Suecia, Irlanda o Finlandia presentaron un patrón de consumo más semanal y viceversa (Información y estadísticas Sanitarias, 2009).

Tabla 19. Porcentaje de población de 15 y más años que ha consumido bebidas alcohólicas a diario y una vez por semana durante los últimos 30 días. Países de la UE, 2006 (Información y estadísticas Sanitarias, 2009).

(*) UE 25 países	Diario	Una vez / semana
Letonia	1	25
Lituania	1	23
Polonia	1	28
Suecia	1	28
Irlanda	2	41
Finlandia	2	31
Estonia	3	25
República Checa	4	34
Eslovaquia	5	29
Austria	7	29
Chipre	8	31
Reino Unido	8	26
Alemania	9	27
Eslovenia	9	29
Rumania	9	31
Grecia	10	29
Dinamarca	12	25
Bulgaria	12	29
UE (*)	13	25
Bélgica	14	22
Hungría	14	21
Malta	14	38
Luxemburgo	15	25
Francia	18	28
Holanda	18	22
España	25	23
Italia	26	17
Portugal	47	15

Tradicionalmente ha existido una dicotomía convencional en relación con el consumo de alcohol entre el norte y el sur de Europa. A partir de este estereotipo, los

países del centro y norte de Europa son bebedores de cerveza y destilados, presentan un patrón de consumo de alcohol de forma esporádica, en el 40% de las ocasiones centrado en la cena, y asociado a la embriaguez, principalmente los fines de semana (*dry countries*). En contraste, en los países mediterráneos viticultores (*wet countries*), se bebe más vino, sobre todo en las comidas, presentando un consumo más regular y con menos borracheras. (Bloomfield et al., 2003; Anderson y Baumberg, 2006; Calafat Far, 2007). No obstante, las cosas van cambiando y en los últimos 40 años se está observando una homogenización dentro de este grupo de países (Becoña y Calafat, 2006). Por ejemplo, sigue siendo cierto que Italia, Portugal y Francia están entre los países que más dicen consumir a la hora de comer, pero ya en Suecia y Dinamarca hay más personas que en España que consumen sólo durante la comida. Es más, en el último Eurobarómetro (2007) realizado sobre actitudes hacia el alcohol, se observa que son los españoles los que con mayor frecuencia (un 28%, comparado por ejemplo con un 12% de los ingleses) han presentado consumos intensivos durante la semana (Calafat Far, 2007). Así y en conjunto, casi la mitad del alcohol consumido en la UE se presenta en forma de cerveza (44%), dividiéndose el resto entre vino (34%) y licores (23%) (Becoña y Calafat, 2006).

Pero donde los cambios se están dando más rápidamente es en la homogeneización del patrón de consumo entre los jóvenes de los países europeos. Por ejemplo, los jóvenes ingleses consumen alcohol en las comidas con la misma frecuencia que los italianos y más que los franceses (Leifman, 2002; Anderson y Baumberg, 2006). No obstante y en general, el patrón de consumo de alcohol entre los jóvenes europeos está centrado en no beber durante las comidas (especialmente esto ocurre, aunque parezca paradójico, en el sur), emborracharse los fines de semana y preferir la cerveza. Asimismo y otro aspecto fundamental del cambio es el consumo de las mujeres jóvenes,

cuyas diferencias entre sexos se están reduciendo rápidamente en casi todos los países y en algunos de ellos incluso consumen y abusan del alcohol más que los varones.

El alcohol se ha convertido en la sustancia psicoactiva de abuso más extendida entre los adolescentes a nivel mundial. En Europa más del 90% de los estudiantes de 15 y 16 años lo han probado, encontrando que la edad media de inicio se sitúa en los 12,5 años y la primera embriaguez, en los 14 años. Además, el consumo medio por ocasión supera los 60 g de alcohol y se aproxima a los 40 g en los países del sur de Europa. Es más, uno de cada 8 (13%) adolescentes de 15-16 años se ha embriagado más de 20 veces en su vida y más de 1 de cada 6 (18%) ha incurrido en un “atracción” (o sea, cinco o más unidades de bebida en una sola ocasión o 50 g de alcohol) tres o más veces en el último mes (Anderson y Baumberg, 2006). En definitiva, este último patrón de consumo de alcohol ha ascendido en Europa entre los jóvenes desde 1995, aunque a menor ritmo en los últimos años (Hibell, et al., 2004; Anderson, 2007; Farke y Anderson, 2007).

Por tanto, el consumo concentrado de alcohol es un fenómeno muy popular en Europa (Eurobarómetro, 2007). Unos ochenta millones de europeos de más de quince años (la quinta parte de la población adulta de la Unión Europea) admitieron haber presentado este patrón de consumo al menos una vez a la semana en el 2006, una proporción que parece haberse incrementado desde el 2003 en la Europa de los 15. Así, aproximadamente veinticinco millones de europeos de más de quince años (uno de cada quince adultos) admitieron que el consumo concentrado había sido su modelo habitual de consumo durante el mes anterior. Sin embargo, este patrón de ingesta no parece ser exclusivo de los jóvenes: el 18% de las personas de 55 años o más participaron en este modelo de consumo al menos una vez a la semana en el 2006, frente al 24% de los que tenían entre 15 y 24 años (Eurobarometer, 2007). Asimismo, tampoco es un hábito exclusivo del norte de Europa, de tal manera que un tercio (33%) de los encuestados de

España y el 20% de los de Italia admitieron haber mantenido un consumo intensivo de alcohol al menos una vez a la semana en el 2006, frente al 11% de los encuestados en Suecia y al 17% de los de Finlandia (Hibell, et al., 2004; Farke y Anderson, 2007). Es más, en países como Francia e Italia, se constata un aumento del consumo étílico esporádico, normalmente concentrado en los fines de semana, con una preferencia por las bebidas de alta graduación, más rapidez al beber, tendencia a la igualación de consumo entre sexos y una baja percepción del riesgo (Bloomfield et al., 2003; Com-Ruelle, et al., 2006; D'Alessio et al., 2006). Encontrando por tanto que, según los informes de la *European School Survey on Alcohol and other Drugs* (ESPAD), las tasas de prevalencia de BD más altas, entre estudiantes con una media de edad de 15,8 años, se han observado en países como Dinamarca, Irlanda, Holanda, Polonia, Suecia y Reino Unido (entre el 24% y 32%). Por su parte, los índices más bajos corresponden a países como Chipre, Francia, Grecia, Hungría, Rumanía y Turquía (entre el 5 y el 11%) (Hibell et al., 2004).

Finalmente, en la mayoría de los países, los chicos continúan bebiendo más, incurriendo en atracones y embriagándose con mayor frecuencia que las chicas, aunque la distancia entre ellos se va reduciendo. Así, en un estudio dirigido a estudiantes europeos de 15 a 16 años (*European School Survey on Alcohol and other Drugs*; ESPAD) se observó que en tres países (Irlanda, Noruega y Reino Unido) las escolares superan a sus compañeros varones en la práctica del beber concentrado (binge drinking) (Hibell, et al., 2004). Es más, la visión tradicional norte-sur es la que menos funciona cuando nos referimos a mujeres jóvenes. De esta forma Reino Unido e Italia muestran consumos similares en cuanto a chicas jóvenes (por la franja alta), mientras que Finlandia y Francia también son comparables pero en la franja baja (Leifman, 2002).

Por otra parte, en tanto que 266 millones de adultos consumen hasta un máximo de 20 g (mujeres) o 40 g (hombres) al día, 58 millones de adultos (15%) superan este nivel, rebasando 20 millones de ellos (6%) los 40g (mujeres) o 60 g (hombres) al día. Por tanto, si nos fijamos en la adicción, más que en los niveles de consumo, podemos estimar que 23 millones de europeos (5% de los hombres y 1% de las mujeres) sufren una dependencia alcohólica (Leifman y cols., 2002; Anderson y Baumberg, 2006).

En cuanto a algunas de las consecuencias que el consumo de alcohol conlleva, se ha observado en la Unión Europea que cada año el consumo excesivo y episódico de alcohol provoca de un 7% a un 80% de los delitos, 2.000 homicidios (4 de cada 10 muertes), 17.000 muertes en accidentes de tráfico (1 de cada 3 muertes por este tipo de accidentes), 10.000 de las cuales no son el conductor borracho; 27.000 muertes accidentales, 10.000 suicidios (1 de cada 6 suicidios), entre un 16% y 71% de la violencia doméstica o de pareja y el 16% de los casos de malos tratos y abandonos infantiles (entre 5 y 9 millones de niños viven en familias que sufren las consecuencias negativas del alcohol) (Anderson y Baumberg, 2006). El alcohol es la causa del 7,4% de la carga total de incapacidades y muertes prematuras en Europa, con una alta proporción derivada de lesiones relacionadas con el alcohol, que son una causa fundamental de las desigualdades de salud entre y dentro de los países europeos (Zatonski y Manczuk, 2007). Se observa que variaciones en los niveles globales de consumo de alcohol reflejan cambios en las tasas de mortalidad por accidentes, suicidios y homicidios en los distintos países europeos (Norström, Hemström, Ramstedt, Rossow, y Skog, 2001; Farke y Anderson, 2007).

3.3.2.- Epidemiología en España

España está a la cabeza mundial en consumo de alcohol (Pereiro, 2010) con una estimación de 9-10 litros de etanol por habitante y año durante la pasada década y una cifra de 11,7 litros de alcohol puro por persona en el año 2003, lo que le hace ocupar el sexto lugar en el ranking de consumo mundial de alcohol, por delante de Bélgica, Suiza, Chipre, Francia, Austria, Dinamarca, Portugal y Reino Unido. De esta manera y al igual que ha ocurrido en otros países del Sur de Europa, el consumo de bebidas alcohólicas ha disminuido de manera notable en los últimos años (World Drink Trends 2005, 2007; Información y estadísticas Sanitarias, 2009), especialmente a expensas de una disminución en el consumo de vino. Así pues, a mediados de los años 70 se contaba con un consumo máximo de 14,2 litros de alcohol puro y en los últimos 25 años, este consumo se ha reducido en un 25%, estabilizándose por debajo de 10 litros per cápita y año, lo que ha constituido un importante descenso, aunque menor que los conseguidos por otros países de nuestro entorno como Francia e Italia, que partían de consumos más altos (Calafat Far, 2007; DGPNSD, 2007).

Como puede apreciarse en la tabla 20, las Encuestas Domiciliarias sobre Abuso de Drogas en España (EDADES) 1995-2009 realizadas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD, citado en el Informa 2011 del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías; OEDT), dirigidas a la población de 15 a 64 años, ponen de manifiesto que el alcohol junto con el tabaco siguen siendo las sustancias psicoactivas con un consumo más extendido entre la población española (Guardia Serecigni y cols., 2007; DGPNSD, 2009; Rodríguez García, 2010; OEDT, 2011). Así, en 2009, un 94,2% de la población de 15 a 64 años lo ha tomado alguna vez en la vida, un 78,7% lo ha hecho algún día durante el último año, el 63,3% en el último mes, y un 11,0% a diario durante estos últimos 30 días (OEDT, 2011).

Tabla 20 Evolución de la prevalencia de consumo de drogas en la población de 15 a 64 años (%). España, 1995-2009 (EDADES; OEDT, 2011)

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Tabaco	–	69,7	64,9	68,4	68,9	69,5	68,5	75,0
Alcohol	–	90,6	87,3	89,0	88,6	93,7	88	94,2
Cannabis	14,5	22,9	19,6	23,8	29,0	28,6	27,3	32,1
Éxtasis	2,0	2,5	2,4	4,0	4,6	4,4	4,3	4,9
Alucinógenos	2,1	2,9	1,9	2,8	3,0	3,4	3,8	3,7
Anfetaminas/speed	2,3	2,7	2,2	2,9	3,2	3,4	3,8	3,7
Cocaína en polvo	3,4	3,4	3,1	4,8	5,9	7,0	8,0	10,2
Cocaína base	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	1,8	0,9
Cocaína general	–	–	–	–	–	–	8,3	10,2
Heroína	0,8	0,6	0,5	0,6	0,9	0,7	0,8	0,6
Inhalables	0,7	0,8	0,6	0,8	1,0	0,8	1,1	0,6
Tranquilizantes	–	–	–	–	–	7,0	13,0	11,0
Somníferos	–	–	–	–	–	4,6	6,0	6,3
Hipnosedantes*	–	–	–	–	–	8,7	15,4	13,4

A la hora de valorar cómo es el consumo de alcohol a lo largo del último año entre la población, se observa una diferenciación en función de la edad, de tal modo que la ingesta fue ligeramente superior en los jóvenes de 15-34 años (80,1%) frente a la población de más edad (77,7%). Sin embargo, estas diferencias destacan cuando se trata de consumos intensivos (*binge drinking*) de 5 ó más vasos en la misma ocasión (prevalencia anual 21,7% en 15-34 años frente a 10,3% en población de más edad) o de borracheras (35,2% en 15-34 años frente a 15,0% en los de más edad). En cambio, en el consumo diario el sentido de las diferencias se invierte, siendo la prevalencia más elevada entre la población de 35-64 años (25,4%) que en la de 15-34 (5,5%) (EDADES; OEDT, 2011).

Asimismo, este consumo se encuentra más extendido entre los hombres que entre las mujeres, algo que se ve reflejado en todos los indicadores, y más aún en el consumo frecuente o intenso (Figura 6). Por tanto, y combinando la edad y el género, se observa que entre los hombres las prevalencias más elevadas de consumo en el último mes se hallan entre los 25 y 54 años, y entre las mujeres, en el grupo de menor edad (15-24 años). Y si lo que evaluamos es el consumo diario, en los hombres la prevalencia aumenta a medida que lo hace la edad encontrándose la mayor prevalencia (33,7%) entre los 55 y los 64 años, así como en las mujeres, con una prevalencia de 11,1% a esta misma edad.

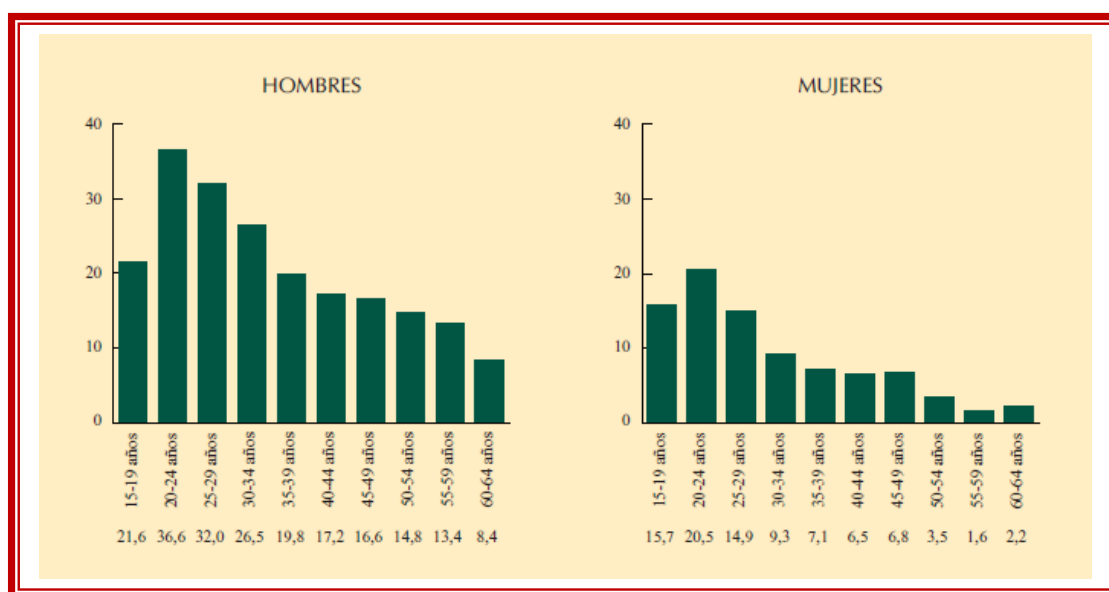


Figura 6. Proporción de consumidores de alcohol en atracón (binge drinking) según grupo de edad y sexo (%) en la población de 15-64 años. España, 2009. (EDADES; OEDT, 2011).

Por tanto y como venimos comentado, a lo largo de los últimos años la proporción de consumidores de bebidas alcohólicas parece haber repuntado ligeramente en 2009, así como la frecuencia de episodios de consumo intensivo e intoxicaciones tóxicas agudas (borracheras), que se ha visto aumentada, especialmente entre los jóvenes (15-34 años) y fundamentalmente durante el fin de semana (viernes, sábado y

domingo) (EDADES y ESTUDES; DGPNSD, 2009; Observatorio Español sobre Drogas, 2010; OEDT, 2011). Así, un 23,1% de la población de 15-64 años refirió haberse emborrachado en alguna ocasión durante los últimos doce meses (un 18,4% una vez al mes o con menos frecuencia y un 4,7% más de una vez al mes) donde la prevalencia de borracheras fue mayor entre los hombres (30,0%) que entre las mujeres (15,5%) y un 14,9% haber ingerido 5 ó más consumiciones en la misma ocasión durante el 2009 (21,0% en hombres y 8,6% en las mujeres y un 36,6% y 20,5%, respectivamente, entre los jóvenes de 20 a 24 años (Observatorio Español sobre Drogas, 2010; OEDT, 2011). La evolución temporal de la prevalencia de borracheras por sexo y grupo de edad (Figura 7) muestra cómo, desde 2007, se ha invertido la tendencia descendente en hombres (15 a 34 años y 35 a 64 años) y se ha producido un ascenso en las cifras correspondientes a las mujeres.

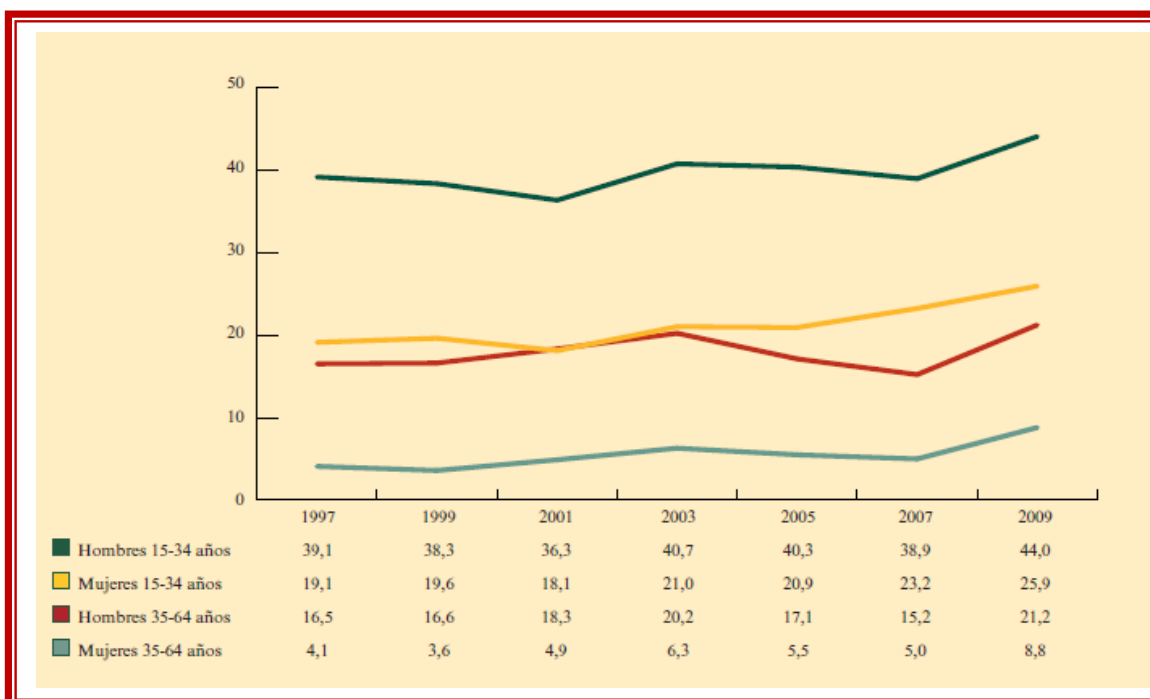


Figura 7. Evolución de la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas en los últimos 12 meses en la población de 15 a 64 años. España, 1997-2009. (EDADES; OEDT, 2011).

En cuanto al tipo de bebidas consumidas, se pueden observar en la tabla 21. La cerveza/sidra es la bebida con mayor prevalencia tanto en fines de semana como en días laborables, seguida del vino/champán, aunque el consumo de combinados/cubatas le sigue muy de cerca durante el fin de semana, y es después de la cerveza el tipo de bebida elegida por un mayor número de jóvenes (15-34 años) durante el fin de semana (EDADES; DGPNSD, 2009). Posteriormente se consumirían licores de frutas, vino y champán y destilados solos (whisky, vodka...) (Becoña y Calafat, 2006).

Tabla 21. Prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas (EDADES; OEDT, 2011).

	15-64 años		15-34 años		35-64 años	
	Días laborales	Fines de semana	Días laborales	Fines de semana	Días laborales	Fines de semana
Vino/champán	16,1	27,9	6,5	16,4	22,5	35,6
Cerveza/sidra	20,0	41,3	16,5	41,5	22,4	41,2
Aperitivos/vermut	0,8	3,9	0,7	3,1	0,9	4,5
Combinados/cubatas	1,9	24,4	2,4	39,0	1,7	14,6
Licores de frutas	0,6	2,4	0,6	2,9	0,6	2,0
Licores fuertes	1,4	4,9	1,2	5,6	1,5	4,4
Cualquier bebida alcohólica	29,0	61,9	19,5	62,1	35,3	61,7

El consumo de alcohol varía en función de las comunidades autónomas, donde las prevalencias para la ingesta etílica más elevadas en los últimos 30 días se encontraron en Asturias (74,2%), Cataluña (69,9%), Murcia (67,7%) y La Rioja (67,2%), y las más bajas en Ceuta (38,8%), Melilla (46,3%), Canarias (52,7%), y Extremadura (55,1%), situándose el conjunto de España con una prevalencia de consumo del 63,3% (Figura 8) (EDADES; OEDT, 2011).

Así, estudios concretos llevados a cabo en diversas comunidades autónomas, como el de Valencia-Martin, Galan y Rodriguez-Artalejo (2007) en la Comunidad de

Madrid, pusieron de manifiesto entre jóvenes de 18 a 24 años, la presencia de un patrón de consumo intensivo de alcohol (Binge Drinking) en un 30,8% de los hombres y un 18,2% de las mujeres, donde la mayoría contaba con un alto nivel educativo.

Del mismo modo, en Galicia, se observó que el 44% de la población (47% de los hombres y 40% de las mujeres) empieza a consumir alcohol entre los 14 y los 16 años y un 7,4% inicia su ingesta antes de los 14 años. Es más, dentro de este grupo de gallegos el 31,8% de los adolescentes de 12-18 años y el 35,5% de los jóvenes de 19-24 años manifiestan haber participado en algún “botellón” en los últimos seis meses (Observatorio de Galicia sobre Drogas, 2006). Y en la Universidad de Santiago de Compostela se observó que el 12,2% de los estudiantes universitarios de 18 y 19 años (29,9% hombres y el 8,2% mujeres) (Caamaño-Isorna et al., 2008) presenta un patrón de consumo intensivo de alcohol al menos una vez al mes, donde el perfil del joven que lleva a cabo este consumo (*binge drinking*) es ser varón, hijo de padres con buen nivel educativo (ambos con trabajo), con residencia durante el curso fuera de la casa paterna y con expectativas positivas sobre el consumo de alcohol.

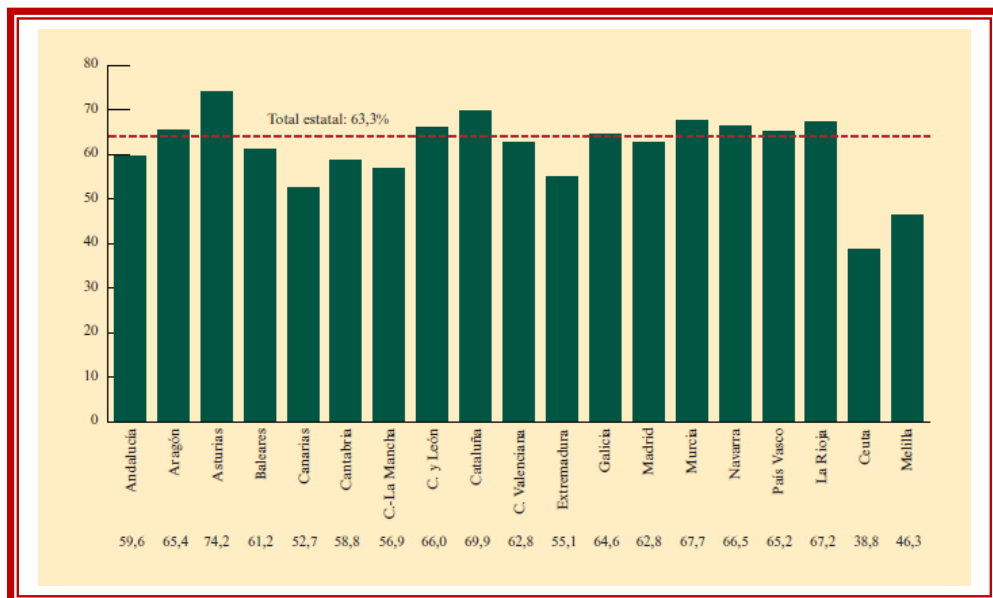


Figura 8. Prevalencias de consumo de alcohol en los últimos 30 días entre la población española de 15-64 años (%) (EDADES; OEDT, 2011).

Por otra parte, el porcentaje de población abstemia aumentó en la población adulta española entre 2001 y 2006/07, pasando de un 30,9% en aquel año a un 41,6% en este último. Esta tendencia creciente en el porcentaje de población no consumidora de alcohol se observó tanto en los hombres (27,7%) como en las mujeres (54,7%) en todos los grupos de edad, aunque principalmente entre los más jóvenes (Información y estadísticas Sanitarias, 2009). Además, se observaron importantes diferencias entre las distintas comunidades autónomas. Mientras que el porcentaje ajustado por edad fue de 34,5, 34,9 y 35,1% en Navarra, Comunidad Valenciana y Murcia, respectivamente, Ceuta y Melilla con un 67%, junto a Canarias (47,3%) y Extremadura (46,4%) fueron las comunidades con un mayor porcentaje de población no consumidora. Es más, el porcentaje de población abstemia fue ascendente en la inmensa mayoría de comunidades autónomas, observándose un ligero descenso solamente en las comunidades de La Rioja y Galicia (Información y estadísticas Sanitarias, 2009).

Al analizar la relación entre el consumo de alcohol y el empleo y frente a la idea de que el consumo anual de alcohol suele crecer a medida que aumenta el nivel social, la formación cultural y los ingresos de la persona y disminuye a medida que envejece ésta (Echeburúa, 2001), la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES) encuentra que de la muestra española entrevistada de 16 a 64 años son los sujetos con empleo los que presentan prevalencias de consumo etílico más elevadas (el 91% alguna vez en la vida, el 78,6% en los últimos 12 meses y el 66,9% en los últimos 30 días), frente a los jubilados y los sujetos con una incapacidad permanente, en los que se observa un mayor consumo diario (23,3% y 20,1%, respectivamente, frente al 11,2 % de los empleados y al 9,6% de los parados con empleo previo). No obstante, la mayor prevalencia de consumo durante el fin de semana se observa entre los empleados y estudiantes (64,6%) (DGPNSD, 2009).

Asimismo, dentro de los sujetos con empleo (16-34 años), aquellas profesiones con mayor prevalencia de atracones de alcohol y borracheras se observa en la construcción, la industria y el sector de transportes, almacenamiento y comunicaciones. Y cuando aumentamos en edad (35-64 años), las mayores prevalencias se hallan en la construcción y la hostelería. Por su parte, el consumo diario de alcohol se presenta en mayor medida entre el sector primario de actividad (agricultura, ganadería, pesca, actividades extractivas) (19,7%) seguido de la construcción (15,8%) y la industria (12,9%) (Tablas 22 y 23).

Tabla 22. Prevalencia de atracones de alcohol (binge drinking) en los últimos 30 días entre personas con experiencia laboral (%). (EDADES; DGPNSD, 2009).

	Total	Hombre	Mujer	15-34	35-64
Agrícola, pesquera, ganadera, extractiva	12,2	15,9	1,5	19,6	8,8
Industria	16,3	19,6	6,6	24,0	11,4
Construcción	22,0	23,0	8,7	26,9	17,3
Comercio, reparación vehículos de motor y art. personales	14,6	20,1	9,4	18,3	11,5
Hostelería	16,9	26,2	9,2	19,3	14,5
Transportes, almacenamiento y comunicaciones	16,8	18,2	9,9	24,2	11,9
Administración, educación, sanidad y servicios sociales	10,8	15,1	6,9	15,4	8,3
Otros	10,2	19,3	6,4	11,9	9,1

Tabla 23. Prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses entre personas con experiencia laboral (%). (EDADES; DGPNSD, 2009).

	Total	Hombre	Mujer	15-34	35-64
Agrícola, pesquera, ganadera, extractiva	20,0	24,6	6,6	32,7	14,1
Industria	22,4	26,4	10,6	35,2	14,2
Construcción	29,8	31,1	13,8	39,7	20,3
Comercio, reparación vehículos de motor y art. personales	20,7	25,8	15,8	31,1	11,6
Hostelería	24,6	34,1	16,8	34,1	15,3
Transportes, almacenamiento y comunicaciones	24,7	26,1	18,2	44,5	11,8
Administración, educación, sanidad y servicios sociales	17,7	22,6	13,2	29,8	11,1
Otros	15,5	19,1	13,9	27,8	7,5

De este modo, parece observarse que aquellas variables asociadas con un mayor consumo diario de alcohol son el tener un nivel bajo de ingresos, un bajo nivel de estudios, haber nacido en España (frente a nacer en el extranjero), ser empresario y trabajar en el sector primario o en la construcción. Por otra parte, los parámetros relacionados con los atracones de bebidas y las borracheras se vinculan con el trabajar en la construcción y tener jornada de noche, estando este último aspecto asociado también con el consumo diario de tabaco y el uso de otras drogas (DGPNSD, 2009).



Figura 9. Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, de borracheras, y de binge drinking (últimos 30 días) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2010 (OEDT, 2011).

Las Encuestas Estatales sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), dirigidas a estudiantes de 14 a 18 años, realizadas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas (OEDT, 2011), indican que, en 2010 y al igual que en años anteriores, las drogas más consumidas por esta población han sido el alcohol, seguido del tabaco, el cannabis y los tranquilizantes o pastillas para dormir.

Encontrando que un 75,1% había tomado bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, un 73,6% lo había consumido en el último año y un 63% en el último mes.

Los estudiantes de Enseñanzas Secundarias (de 14 a 18 años) comienzan a consumir alcohol a una edad temprana, con una media de inicio situada entre los 13 y los 14 años, aumentando la proporción de consumidores con la edad (ESTUDES, 2010; OEDT, 2011) (Figura 9).

Sin embargo, cuando la edad de la población evaluada iba de los 15 a los 64 años, la edad media del primer consumo se situó en 16,7 años, siendo más temprana entre los hombres (15,9 años) que entre las mujeres (17,6 años) (EDADES, 2009; OEDT, 2011). Asimismo y aunque el consumo intensivo resulte mayor entre los varones, la prevalencia del consumo es similar en ambos sexos, siendo ligeramente más elevada para las mujeres, así como las borracheras, sobre todo entre los 14 y 16 años (ESTUDES; OEDT, 2011) (Tabla 24).

Tabla 24. Evolución de las prevalencias de borracheras entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 2008-2010. (ESTUDES; OEDT, 2011).

	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010
Total	56,2	58,8	47,1	52,9	29,1	35,6
Sexo						
Hombres	54,8	58,0	46,5	52,2	29,4	36,4
Mujeres	57,5	59,5	47,7	53,5	28,7	34,8
Edad						
14 años	30,4	27,8	24,5	24,6	13,4	16,0
15 años	48,5	52,2	41,0	47,3	24,2	32,0
16 años	62,2	66,2	53,0	59,8	31,7	38,8
17 años	72,6	76,8	59,7	69,1	39,0	46,6
18 años	76,9	77,8	65,8	69,8	45,2	52,8

El consumo de alcohol entre los estudiantes se concentra en el fin de semana. Del 63% que había consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, el 71,4% lo había hecho alguna vez durante el viernes, sábado y/o domingo, frente al 27,1% que lo

hizo en días laborables. Además, más de la mitad (58,8%) de los estudiantes de 14-18 años se había emborrachado alguna vez en la vida y el 35,6% lo había hecho en el último mes (36,4% chicos, 34,8% chicas), aumentando la prevalencia de éstas con los años. Asimismo, también son frecuentes los atracones de bebida, donde un 36,7% de los estudiantes de 14 a 18 años (38,9% chicos y 34,5% chicas) habían tomado 5 ó más bebidas alcohólicas en la misma ocasión en los últimos 30 días. Es más, el 32,8% lo había hecho más de 4 días en el último mes (ESTUDES; OEDT, 2011). Por su parte, el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) determina resultados similares, con una frecuencia de consumo intensivo entre estudiantes de 15-16 años de la Comunidad de Madrid del 35,5% (38,5% en los varones y 32,1% en las mujeres) en el año 2005, lo que nos sitúa entre los países con mayores frecuencias dentro del panorama europeo (Instituto de Salud Pública, 2005). Así, un estudio realizado (Mintegi, et al., 2006) en 17 hospitales españoles por el Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría pone de manifiesto que la ingesta de alcohol y drogas ilícitas es la causa mas frecuente de intoxicaciones entre la población española de 14 a 18 años seguida muy de cerca por los fármacos.

Este consumo se lleva a cabo principalmente en lugares públicos, sobre todo en bares o pubs (66,3% de los consumidores en los últimos 30 días), en espacios abiertos (64,1%) o en discotecas (57,5%). Globalmente, la bebida más consumida son los combinados/cubatas, aunque en días laborables la bebida predominante es la cerveza (Becoña y Calafat, 2006; EDADES; OEDT, 2011).

Finalmente, se considera «bebedores de riesgo», a aquellos consumidores de bebidas alcohólicas que sobrepasan una cierta cantidad de etanol al día, que es de 50 cc de alcohol puro o más en el caso de los hombres y de 30 cc o más en el de las mujeres

(5 y 3 Unidades de Bebida —UBEs/día respectivamente). Con este criterio, la proporción de bebedores de riesgo en 2009 en la población de 15 a 64 años fue del 4,4%, cifra ligeramente superior a la obtenida en 2007 (3,4%) pero inferior a las obtenidas en las ediciones de 2005, 2003 y 2001 (OEDT, 2011).

En cuanto a la edad, es en el grupo de 15 a 24 años en el que se obtienen las mayores prevalencias (5,5%), aunque con poca diferencia con respecto al resto de grupos de edad, y es en este mismo grupo en el único en que se observa una mayor prevalencia de consumo de riesgo en mujeres (6,1%) que en hombres (5,0%). Sin embargo, si ampliamos el rango de edad de 15 a 34 años, las prevalencias para hombres y mujeres se equiparan, e incluso se hacen mayores para los varones en la población de mayor edad (35 a 64 años). Estos datos contrastan con la idea, tradicionalmente aceptada, de que las prevalencias de consumo de las sustancias psicoactivas, son mucho mayores en varones y más cuanto más intensos o frecuentes sean los consumos (OEDT, 2011). Por su parte, entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años se ha observado un incremento en la proporción de bebedores de riesgo en los 30 días previos a la encuesta, pasando de 8,6% en 1996 a un 12,3% en 2004 (DGPNSD, 2007).

Dentro de la población con un consumo de riesgo, un 50% de los mismos cumplen criterios de dependencia alcohólica, con lo que anualmente unos 34.000 pacientes son atendidos por esta patología, lo que genera un gasto que se estima en torno a los 4.000 millones de euros (Bobes et al. 2003).

Los mayores porcentajes de consumo excesivo se observan en Castilla La Mancha (4,7%), Galicia (4,2%), Navarra (3,5%) y Asturias (3,4%), mientras que Aragón (1%), Castilla-León (1,3%) y Cantabria (1,4%) fueron las comunidades con menor porcentaje de bebedores excesivos (Información y estadísticas Sanitarias, 2009).

Así, en un estudio efectuado en la Comunidad de Castilla-León (Tabla 25), se observó la presencia de consumo de riesgo ocasional en 1 de cada 3 hombres (34,6%) y 1 de cada 5 mujeres (20,8%), encontrando la categoría de alcoholismo en el 9,5% de los varones (1 de cada 10) y el 6,3% de las mujeres (1 de cada 15) (Álvarez, Fierro y del Río, 2006).

Tabla 25. Consumo de alcohol en la Comunidad de Castilla y León (Álvarez, Fierro y del Río, 2006; en Guardia Serecigni y cols., 2007)

	Total N=2.163	Hombres N=1.121	Mujeres N=1.042
Consumo moderado Hombres=<21 U/sem Mujeres=<14 U/sem	80,3%	78,9%	81,8%
Consumo de riesgo regular Hombres=<21 U/sem Mujeres=<14 U/sem	19,7%	21,2%	18,2%
Consumo de riesgo ocasional =>5 cons./ocasión	28,0%	34,6%	20,8%
Alcoholismo CAGE=>2 ptos.	8,0%	9,5%	6,3%
Problemas sociales relacionados con el alcohol	6,5%	8,8%	4,1%

Asimismo, se observa una disminución del consumo excesivo de alcohol entre 1990 y 2007 y consecuentemente existe un descenso en la mortalidad por causas relacionadas con el mismo. Concretamente, la tasa ajustada de mortalidad relacionada con el consumo de alcohol descendió un 45% en ambos sexos. De esta manera, la OMS estimó para el año 2002, que en España el alcohol explicaría el 3% de la mortalidad y el 7,6% respecto a la carga de enfermedad (WHO, 2005), constituyendo el tercer factor de riesgo para la salud (tanto para la aparición de enfermedades como para la muerte

prematura) más importante, tras el consumo de tabaco y la hipertensión arterial. Es más, el alcohol, como factor de riesgo para la salud, es 3 veces más importante que la diabetes y 5 veces más importante que el asma (WHO, 2002). En consecuencia, en 2006 se recogieron 7.042 episodios de urgencias sanitarias directamente relacionados con el consumo no terapéutico de drogas psicoactivas, donde la principal sustancia mencionada fue la cocaína (59,2% de los episodios), seguida del alcohol (42,9%) (en policonsumo), cannabis (30,9%), hipnosedantes (28,3%) y heroína (21,8%) (Pereiro, 2010). De esta misma manera, los datos disponibles sobre el uso de drogas en España entre los jóvenes, y no tan jóvenes, indican que este consumo está creciendo, situándonos como el país con mayor consumo en Europa de cannabis y cocaína, o entre los dos o tres con mayor consumo para otras drogas (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2006), donde la mayoría de los usuarios (más del 90%) de cocaína, cannabis, o éxtasis también beben alcohol (DGPNSD, 2007). Sin embargo, la preocupación que este tema despierta entre los españoles no está siguiendo la misma línea, sino que está tomando la dirección opuesta (Calafat Far, 2007).

No obstante, en los últimos años, se están registrando algunos datos muy positivos en relación al consumo de alcohol. Así por ejemplo los resultados de las pruebas toxicológicas realizadas por el Instituto Nacional de Toxicología muestran que en el año 2003, el 34,7% de los conductores fallecidos en accidentes de tráfico que superaban los 0,3 g/l de alcohol en sangre, había descendido al 28,8% en el 2006. Por otra parte, los resultados de los controles preventivos de alcoholemia llevados a cabo por la Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil muestran un descenso considerable de los positivos en el año 2007 (2,38%) con respecto al porcentaje registrado en 2003 (4,18%). Sin duda las medidas legislativas puestas en marcha destinadas a reducir la

accidentabilidad en el tráfico de vehículos ha tenido un impacto positivo en el consumo de alcohol, colaborando a la reducción del mismo (Pereiro, 2010).

Variables psicológicas y consumo

4.- VARIABLES PSICOLÓGICAS Y CONSUMO

4.1.- El Control Personal

El término opinión, al nivel más simple, es aquello que alguien considera fácticamente verdadero. Cuando a una opinión se le incluye un componente evaluativo y emocional se denomina actitud (Aronson, 2000). Por tanto, las actitudes son entendidas como una fuerza dinámica que predispone la conducta, son aprendidas en los contextos de socialización y permanecen implícitas, implicando una respuesta de tipo evaluativo hacia un objeto, persona u acontecimiento (Summers, 1976; Myers, 1999). De esta manera, las actitudes de una persona ante un hecho o un objeto determinado predecirán su conducta ante el mismo (Pons Díez, 2001), aunque estas previsiones no son infalibles.

Asimismo, las expectativas se relacionan con las actitudes, pero a diferencia de éstas, son creencias que tienen un componente de causa-efecto (por ejemplo, algunas personas consideran que beber alcohol les ayuda a tener valor para enfrentar situaciones difíciles) (Mora-Ríos y Natera, 2001). Así pues, las expectativas se definen como “*la anticipación de una relación sistemática entre eventos u objetos en una situación futura*”, es decir, pueden ser inferidas por tener un estatus causal en las que las propias acciones de un individuo producen una cierta consecuencia (Goldman, Brown y Christiansen, 1987, en Mora-Ríos y Natera, 2001). De tal modo que, según Brown et al. (1980), “*refleja la representación en la memoria de la información adquirida por un individuo alrededor de comportamientos ciertos dentro de contextos generales y específicos. Estas expectativas pueden ser adquiridas a través de experiencias directas, o de consecuencias observadas o de otras muchas formas en que los humanos adquieren el conocimiento. Esta memoria a su turno estructura la percepción e*

interpretación del ambiente y por lo tanto determinan el comportamiento” (Goldman, Del Boca, Darles, 1999). Por tanto, esta aproximación tiene en cuenta aspectos de la memoria, de la motivación y las emociones de los sujetos, los cuales usan información genética o del ambiente para adaptar su comportamiento con el objetivo de alcanzar ciertas circunstancias posteriores (Eichenbaum, 1997).

El constructo de expectativa ha experimentado un gran desarrollo en el campo de la psicología en general, por lo que se han publicado múltiples teorías que enfatizan y subdividen distintos aspectos de este constructo. En 1954, dentro del campo del aprendizaje social, Rotter desarrolló la *expectativa de éxito* a partir de aportaciones como la de E. Tolman. Esta expectativa ha jugado un papel central en otras muchas teorías psicológicas, como aquellas vinculadas con los modelos de expectativa-valor (Feather, 1982). Posteriormente, Rotter (1966) propuso la *expectativa generalizada del control interno-externo* del refuerzo, más conocida como *locus de control*, donde el locus de control externo presentaría un concepto similar a otro presentado desde las teorías del aprendizaje, como es la expectativa de incontrolabilidad o indefensión de Seligman y sus colaboradores (Seligman y Mier, 1967).

En 1977, Bandura planteó la expectativa de *autoeficacia percibida*, diferenciándola de las expectativas anteriores, a las que denominó genéricamente como expectativas de resultado. Para él, una de las características del ser humano es su capacidad autorreflexiva, es decir, su capacidad de pensar sobre sí mismo y formar juicios sobre sus propias habilidades y competencias para desarrollar cursos de acción. De este modo propuso la *expectativa de autoeficacia*, definida como la “convicción de que uno puede ejecutar con éxito la conducta requerida para producir los resultados”. Asimismo, describió la expectativa vinculada entre la conducta y el resultado

(*expectativa de resultado*), como la “estimación de una persona de que una determinada conducta llevará a un determinado resultado” (Bandura, 1977, p. 193) (Figura 10).

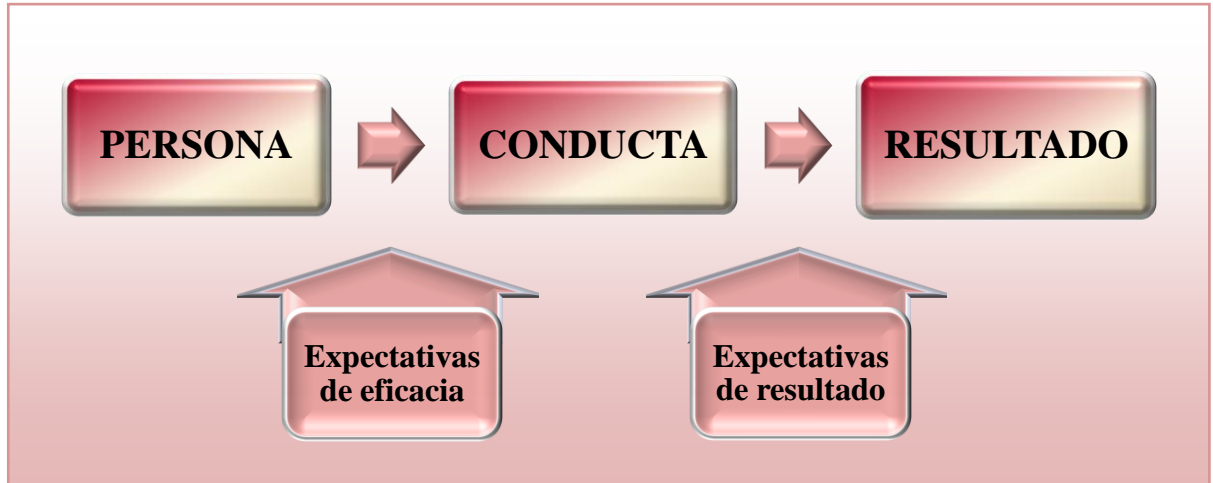


Fig. 10. Expectativas de autoeficacia y de resultado (adaptado de Bandura, 1977).

Frente a la perspectiva de Bandura, Palenzuela (1986,1987) considera la posibilidad de introducir una relación adicional que no aparece en el anterior modelo (Figura 11), donde la expectativa de resultado, tal y como la definió Bandura, se podría diferenciar en expectativa de éxito y expectativa de locus de control, previamente descritas y con una larga tradición teórica y empírica.

Esta perspectiva tridimensional de las *expectativas de control* recogería, por tanto, las *expectativas de autoeficacia*, que hacen referencia a “los juicios de las personas sobre sus propias capacidades”; las *expectativas de locus de control* referidas a la medida en que “uno espera que los acontecimientos o resultados que puedan acontecer o tener lugar en su vida serán o no contingentes con sus acciones y en qué medida cree en la suerte”, pudiendo así diferenciarse en tres subcomponentes: *Contingencia*, *Indefensión* y *Suerte*; y las *expectativas de éxito*, entendidas como “la estimación subjetiva de una persona de en qué medida espera conseguir una meta, un refuerzo o un resultado deseado” (Palenzuela, Prieto, Almeida y Barrios, 1997, p.79).



Fig. 11. Expectativas de autoeficacia, de locus de control (LOC) y de éxito (Palenzuela, 1990).

Por tanto, según este planteamiento, las expectativas de autoeficacia y las de *locus de control* podrían considerarse como determinantes de la expectativa de éxito o meta, lo que resulta concordante con el planteamiento de Rotter o de Carver (1979).

4.1.1. Rasgos de personalidad

Constantemente en la investigación de las adicciones se ha intentado descubrir una posible relación entre el consumo habitual de sustancias y la personalidad de sus usuarios, con el objetivo de predecir la posible aparición de abuso y dependencia, así como mejorar el tratamiento y la prevención de los mismos (Becoña y Cortés, 2011).

En relación con la personalidad, se han llevado a cabo estudios de cohortes seguidas prácticamente desde la adolescencia que no han podido demostrar la existencia de rasgos o características de ningún tipo de personalidad prealcohólica específica (Vaillant, 1983), y una vez instaurada la dependencia, es difícil conocer si su vinculación con el trastorno de personalidad antisocial, así como otros rasgos, es causa o consecuencia del alcohol. No obstante, Helstrom, Bryan, Hutchison, Riggs y

Blechman (2004) han observado que los problemas de conducta externalizantes son el factor de riesgo más importante para el consumo de drogas ilegales en menores infractores, y que esta relación está mediada por el consumo previo de otras drogas legales como son el tabaco y el alcohol.

Asimismo, existen diferentes investigaciones que evidencian que algunas características psicológicas están relacionadas con el consumo de drogas (Contreras Martínez, Molina Banqueri y Cano Lozano, 2012), como son la impulsividad (Fantín, 2006), el autocontrol, el estilo atribucional y la asertividad (López-Torrecilla, Martín, De la Fuente y Godoy, 2000). Concretamente parece que son factores de riesgo, entre otros, poseer un locus de control externo (Alonso y Del Barrio, 1996; Contreras Martínez, Molina Banqueri y Cano Lozano, 2012), baja tolerancia a la frustración (González, García- Señorán y González, 1996; Calvete y Estévez, 2009; Contreras Martínez, Molina Banqueri y Cano Lozano, 2012) y déficits en autocontrol (Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003; Contreras Martínez, Molina Banqueri y Cano Lozano, 2012). Es más, estas características de personalidad influyen de forma diferencial en función del tipo de sustancia consumida (Llorens et al., 2005). Así, la mayoría de los menores que consumen cannabis o son usuarios de tres o más sustancias tienen déficits en todas estas variables. El consumo de drogas legales como son el tabaco y el alcohol no parecen estar vinculados a déficits en estas características. Aunque, Rubio y Mejías (2001) encuentran que la impulsividad, la baja tolerancia a la tensión, la hiperactividad, la ansiedad, la depresión y la baja autoestima se encuentran modulando el abuso de alcohol. Por otra parte, cuando el consumo de tabaco se combina con el cannabis, la mayoría de los menores muestran menor capacidad tanto en tolerancia a la frustración, autocontrol, como en el estilo atribucional. Y cuando el consumo de cannabis se combina con el de cocaína, se observan déficits tanto en la tolerancia a la frustración

como en el autocontrol, pero no así en el estilo atribucional (Contreras Martínez, Molina Banqueri y Cano Lozano, 2012).

La impulsividad es definida como la tendencia a actuar de manera poco planificada, prematura, desproporcionada en relación al estímulo desencadenante, con poca sensibilidad a las consecuencias negativas y con alta sensibilidad para obtener una recompensa inmediata. Este acto es mayoritariamente precipitado, egosintónico y excitante y aunque frecuentemente produce un refuerzo, a la vez puede originar sentimientos de culpa y vergüenza (Iribarren, Jiménez, Ferré, Rubio, 2009).

Este constructo es una de las variables más consistentes relacionadas con el contacto temprano con las drogas, la repetición de los consumos, el patrón de consumo intensivo de alcohol en los jóvenes (Field et al., 2008; White et al., 2011) y la progresión a la adicción, así como una condición que se exagera con el uso (Perry y Carrol, 2008; Verdejo, Lawrence y Clark, 2008; Pedrero, 2009; Wit, 2009; Pedrero, López y Olivar, 2011; Pedrero-Pérez, et al., 2012) y promueve la recaída en pacientes drogodependientes (Cano, Araque y Ortiz, 2011).

Dentro de la impulsividad podemos distinguir dos dimensiones. La primera de ellas estaría más relacionada con las dificultades para demorar la recompensa y con la necesidad de reforzamiento inmediato, y parece tener mayor relevancia en el inicio del consumo y en la conducta de adquisición del uso de la sustancia. La segunda, es una impulsividad no planeada, que se asocia a una respuesta rápida, espontánea e incluso temeraria, y se relaciona con el mantenimiento del consumo y con la presencia de psicopatología, a la que puede subyacer un déficit a nivel de lóbulos frontales (Dawe, Gullo y Loxton, 2004; Dawe y Loxton, 2004; Hayaki, Stein, Lessor, Herman y Anderson, 2005). Esta impulsividad, sobrevenida tras la fase de consumo, ya sea por

efecto directo de la sustancia o mediada por otros factores, como el estrés (Perry y Carroll, 2008), es en buena parte reversible (Forcada, Pardo y Bondía, 2006; Bankston et al., 2009) y se corresponde con una mejoría gradual en el funcionamiento cognitivo en función del tiempo de abstinencia, del tipo de droga consumida (Selby y Azrin, 1998) y de los problemas psicosociales concurrentes (Bates, Voelbel, Buckman, Labouvie y Barry, 2005).

Muchos pacientes impulsivos se muestran con “escasa tolerancia hacia la frustración” de no poder dar curso a sus impulsos, donde la postergación de recompensas genera en muchas ocasiones una vivencia emocional frustrante, frecuentemente mezclada con sentimientos de tristeza, ansiedad o enfado. De esta manera, los sujetos impulsivos contarían con un umbral más bajo para poder demorar la gratificación deseada, lo que pone de relieve las dificultades en el ejercicio del autocontrol que presentan, así como aquellos dependientes de sustancias psicoactivas (Iribarren, Jiménez, Ferré, Rubio, 2009), tal y como se comentó en el apartado de dependencia de alcohol.

Asimismo, se ha observado que los jóvenes con un consumo intensivo de alcohol presentan una conducta impulsiva con menor control inhibitorio (Johnson, Xiao, Palmer, Sun, Wang, Wei et al., 2008), similar al de los pacientes con adicción. Este comportamiento se muestra en mayor medida en los varones (Goudriaan, Grekin y Sher, 2011; Adan, 2012). Ello es congruente con la constatación de que los hombres tienen menor autocontrol y un riesgo incrementado de sufrir alteraciones de los impulsos respecto a las mujeres (Paaver et al., 2006; Maccallum, Blaszczynski, Ladouceur y Nover, 2007; Strüber, Lück y Roth, 2008; Verdejo et al., 2008), siendo ello más evidente entre los jóvenes (Perry y Carroll, 2008; Goodriaan et al, 2011).

Por tanto, la presencia de puntuaciones elevadas de impulsividad disfuncional (Dickman, 1990) puede ser un factor de riesgo para el consumo intensivo de alcohol y el posterior progreso hacia trastornos de consumo de esta sustancia y otras drogas, en especial en los varones (Adan, 2012), existiendo una retroalimentación en la que el consumo de un mayor número de sustancias se relaciona con el aumento de la impulsividad, con una menor percepción de riesgo (Hayaki et al., 2005; Clark, Robbins, Ersche y Sahakian, 2006; Ryb, Dischinger, Kufera y Read, 2006) y en consecuencia con la vivencia de más sucesos estresantes.

4.2.- Expectativas y creencias hacia el alcohol

El concepto de expectativa fue relacionado con el consumo de alcohol por primera vez en 1932 (Mora-Ríos, et al., 2000), pero solo hasta hace dos décadas y debido a los avances en el campo de la neurobiología de las adicciones, se ha consolidado como una teoría capaz de afectar, explicar y predecir el consumo y abuso de alcohol en población adolescente y adulta (Brown, et al., 1980; Brown, Goldman, Christiansen, 1985; Goldman, et al., 1987; Mora-Ríos, et al., 2000; Baer, 2002; Londoño y Valencia, 2008).

Las expectativas se refieren a las creencias individuales sobre lo que el sujeto espera que le ocurra a él tras el consumo de alcohol, permitiendo vincular las experiencias tempranas con esta sustancia con las consecuencias tanto farmacológicas (bienestar, euforia,...), como sociales (diversión, integración grupal, facilitación social...) etc. (Stacy, Widaman y Marlatt, 1990) que el sujeto esperará, lo cual intervendrá en las siguientes decisiones sobre su consumo (Mora-Ríos y Natera, 2001).

Las expectativas difieren en función del género, la raza y la cultura de las personas (Goldman, et al., 1987; Kline, 1990). Se considera que el desarrollo de las expectativas comienza con una serie de creencias globales, difusas e indiferenciadas sobre los efectos

del alcohol, que tienden a incrementarse con la edad (Miller, Smith, Goldman, 1992; Reese, Chassin, Molina, 1994). Así, antes de comenzar a beber los jóvenes ya poseen unas creencias estructuradas acerca de los efectos del alcohol (Christiansen, Goldman y Inn, 1982; Cárdenas y Moreno, 1990; Johnson y Johnson, 1995). Es más, hay estudios que muestran que a los 8 años ya se tiene una idea sobre la conveniencia de tomar esta sustancia (Casswell, et al., 1988). Esto es debido a que las bebidas etílicas son un producto ligado a la vida cotidiana en nuestra sociedad, presente en la mayoría de actos y ritos sociales, y por tanto adquirido durante el proceso de socialización, a partir de las experiencias de los modelos de consumo; la familia, la comunidad, los medios de comunicación, los iguales, etc., de las afirmaciones mantenidas por la cultura a favor del mismo para enfrentarse a situaciones agradables o desagradables y de las experiencias directas del sujeto con dicha sustancia (Miller, Smith, Goldman, 1992; Reese, Chassin, Molina, 1994; López, et al., 2001; Londoño, García, Valencia y Vinaccia, 2005; Santo-Domingo, Gual, Rubio, 2005; Londoño y Valencia, 2008).

De esta manera, se ha impartido una imagen de las bebidas alcohólicas en el que su consumo elevado se encuentra relacionado con el mantenimiento de unas actitudes permisivas, basadas principalmente en la percepción de normalidad de unos usos socialmente aceptados, tanto por parte de los adolescentes como de los adultos (Paez, et al., 1992; Ortega Ruiz, Mínguez Vallejos y Pagán Martínez, 1993; Gómez Fraquela et al., 2002), en la ausencia de percepción de desajuste de la propia conducta de abuso, así como en la convicción de que las bebidas alcohólicas permiten la previsión de efectos positivos; como la aparición de sensaciones agradables, el incremento de la habilidad e integración social (Paez, et al., 1992; Mora-Ríos, Natera y Juárez, 2005), la desinhibición y facilitación de la conducta, el aumento del desempeño sexual, la mayor diversión, el aumento de la confianza y el atractivo personal, la evasión y el olvido de

los propios problemas, (Freixa, 1993; Echeburúa, 2001; López, et al., 2001; Pons Díez, 2001) lo que facilita el inicio del consumo (Paez, et al., 1992) y el aumento de la ingesta alcohólica (Stacy, Widaman, y Marlatt, 1990; Sheeran y Abraham, 1996; Scheier y Botvin, 1997; Grube y Agostinelli, 1999; Turrisi y Wiersma, 1999; Turrisi, Wiersma y Hughes, 2000; Mora-Ríos y Natera, 2001; Mora-Rios, Natera, Villatoro, y Villalvazo, 2002; Colder, Campbell, Ruel, Richardson, y Hay, 2002; Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003; Londoño et al, 2005; Londoño, 2007).

La medida de las expectativas en la adolescencia temprana podrá predecir no sólo la iniciación en el consumo, su intensidad y frecuencia, sino también el uso problemático al final de esta etapa y al inicio de la juventud (Christiansen , et al., 1989), donde las expectativas se convierten en mejores predictores del comportamiento de consumo que las variables demográficas (Brown, 1985).

Cuando analizamos las creencias de los escolares ante el consumo de alcohol, López, et al. (2001) observa que un 13% no lo considera una droga ni cree que produzca dependencia, existiendo un alto porcentaje que piensa que el alcohol hace a la gente más simpática, feliz, buena, romántica y las fiestas más divertidas, además de tener una falta de conocimientos sobre los efectos secundarios del consumo. Por otra parte, también encuentra que estos escolares relacionan las personas sanas, que hacen deporte, con la no consumición de alcohol (López, et al., 2001).

Al aumentar la edad, los adolescentes siguen manteniendo la falsa creencia social que otorga al alcohol una función estimulante, calórica, nutritiva y con capacidad para dar fuerzas y para aumentar el apetito sexual. Éstos, consideran el alcohol como una droga, aunque no creen que sea raro quién no consume alcohol (Giró, 2007). Además, a la hora de valorar los efectos positivos y negativos del alcohol, Giró (2007) así como la

Fundación Alcohol y Sociedad (2011) encuentran resultados dispares, los cuales pueden ser debidos a la falta de un conocimiento adecuado sobre los efectos del alcohol y/o que las experiencias vividas sean incongruentes con estos conocimientos; por un lado tienen información negativa sobre los efectos de la bebida, pero por otro sus experiencias directas no siempre se corresponden con dicha información, teniendo un componente positivo de diversión, afirmación de la identidad, relación social, etcétera. Asimismo, tienen problemas a la hora de establecer relaciones entre el consumo de alcohol y un potencial problema de salud; más allá de la borrachera, la resaca o el vómito inmediato. Son capaces de imaginar fácilmente lo desagradable de la borrachera, como verse vomitando o cuidando de otros amigos/as que han bebido y las consecuencias que la autoridad podría aplicarles de forma inmediata (bronca de los padres, policía pidiendo documentación), etc. (Giró, 2007).

Normalmente, a medida que avanza la edad, estas expectativas se van haciendo cada vez más positivas y es frecuente el aumento en el consumo de los estudiantes al ingresar en la universidad (Flórez, 2000; Mora-Ríos y Natera, 2001; Díaz, Hernández, londoño, Quiroz y Reyes, 2004; Latimer et al., 2004; Mora-Ríos, Natera y Juárez, 2005). Éstos esperan que el alcohol afecte más a otras personas de lo que les afecta a ellos mismos, tanto en los aspectos positivos como negativos (Rohsenow, 1983), y aunque reconocen los efectos negativos del alcohol no muestran estas representaciones en las discusiones de grupo, mientras que las creencias sobre los efectos positivos son presentadas tanto a nivel individual como con sus compañeros (Paez, et al., 1992).

Asimismo, se observa que los universitarios que presentan un mayor consumo también muestran mayores puntuaciones en las subescalas de expectativas (Lundahl, et al., 1997; Mora-Ríos y Natera, 2001), más problemas asociados y mayores síntomas de dependencia (Mora-Ríos y Natera, 2002). Además, tienen puntuaciones diferentes en

función de la variable. De modo que los estudiantes cuyo consumo de alcohol es moderado tienen mayores expectativas relacionadas con las experiencias positivas respecto a los efectos del alcohol y el realce de los placeres sociales, mientras que los bebedores excesivos esperan que la ingesta etílica incremente sus sentimientos de poder (Mora-Ríos, Natera y Juárez, 2005) junto con su conducta sexual y agresiva, además de reducir la tensión a partir del consumo (Brown, et al., 1980; Mora-Ríos y Natera y Juárez, 2005). Es más, según señalaron Mora-Ríos y Natera (2001) y Mora-Ríos, Natera y Juárez (2005) la principal expectativa asociada con el consumo etílico es aquella vinculada a facilitar la interacción social, tanto en consumidores altos como en moderados, lo cual está relacionado con la gran tolerancia social hacia el consumo que existe en nuestra cultura. Aunque, no obstante, hay que señalar que aquellas personas con más expectativas sociales presentan un consumo moderado mientras que aquellas con expectativas individuales predicen un consumo problemático (Critchlow, 1987).

El género también modera las expectativas y la conducta de consumo. Los varones consideran en mayor medida que el alcohol mejorará su desempeño sexual, tanto en sí mismos como en las mujeres (Mora-Ríos y Natera, 2001), aunque no obstante, con la edad se observa una disminución de este tipo de expectativas (Critchlow, 1990). Éstos también consideran que el alcohol incrementa el poder y la agresividad y les reduce la tensión (Brown, et al., 1985; Balodis et al., 2009). Sin embargo, un estudio posterior de una muestra de estudiantes universitarios considerados como bebedores problema, encontró que las mujeres esperaban obtener mayores efectos en cuanto al aumento de la agresividad y de los sentimientos de poder, en comparación con los hombres (Lundahl, 1997) y, frente a lo anterior, son aquellas con un consumo etílico intensivo las que mantienen la expectativa de que el alcohol mejorará su sociabilidad y capacidad sexual (Balodis et al., 2009).

Las actitudes hacia el consumo de drogas han sido una de las variables psicosociales que más se han utilizado en la investigación sobre adicciones. Por un lado, Mora-Ríos y Natera (2001; Mora-Ríos, Natera y Juárez, 2005) encuentran que este constructo tienen escaso valor predictivo en el consumo de alcohol, siendo más determinantes variables como el sexo y la cantidad de problemas asociados. Sin embargo, Villa, Rodríguez y Sirvent (2006) encuentran resultados que apuntan a que una actitud más favorable hacia el consumo se relaciona con una mayor experimentación, con una distorsión en la percepción de riesgo y en las creencias erróneas acerca de los efectos de las drogas, una menor resistencia a la presión grupal y una mayor disposición conductual al consumo y, en consecuencia, el aumento de su probabilidad.

Los adolescentes no muestran una visión negativa del joven bebedor, no le consideran “infeliz” o “raro”, sino que le perciben como una persona “marchosa” y “enrollada” (Giró, 2007). La mayoría de esta población está de acuerdo con que el alcohol es una droga aceptada por la sociedad y con que no debe venderse o servirse bebidas alcohólicas a menores de dieciocho años. Asociando el consumo de alcohol a momentos de relajación, diversión, compañía o soledad (Giró, 2007). Asimismo, consideran que emborracharse todos los fines de semana no es un comportamiento aceptable, que el consumo diario de alcohol es perjudicial, rechazan beber hasta la embriaguez cuando salen con los amigos a beber, y se reafirman en la importancia de ir a urgencias por un coma etílico, aunque sea una sola vez. Sin embargo, no parecen tener una visión clara acerca de si los adolescentes que beben de forma habitual tiene un problema, si beber solo los fines de semana o durante la semana es algo perjudicial, si los adolescentes en general beben mucho, si es necesario “pillar el punto” cuando

salen, o sobre si sus amigos tendrán algún problema con el alcohol en el futuro (Giró, 2007).

A la hora de decidir beber concentradamente, cada vez comienzan a cobrar más importancia las expectativas positivas que se tienen hacia este tipo de consumo que las negativas, sobre todo en el caso de los jóvenes (Cárdenas y Moreno-Jimenez, 1990; Aas, et al., 1998; Leigh y Stacy, 2004; Mora-Ríos, Natera y Juárez, 2005). Similares conclusiones las encontramos, refiriéndose a otras drogas, en estudios como el de Calafat, et al. (1998) y Martino, et al. (2006). Por tanto, las “causas” del consumo juvenil de alcohol no hay que buscarlas en que el adolescente sabe o no sabe sobre esta sustancia y sus efectos, desconociendo sus consecuencias negativas, sino en lo que piensa sobre ellos, es decir, las creencias que sobrevaloran la dimensión hedonista y positiva del alcohol, cuya meta es la búsqueda del placer y de gratificaciones sensuales, y minusvaloran sus efectos negativos, siendo la creencia elaborada y no la información objetiva lo que aumenta o disminuye la probabilidad de consumo (Pons Díez, 2001; Moreno, 2006). Esto tiene gran trascendencia de cara a la prevención, en la que no va a ser suficiente con aumentar la percepción de riesgo, que ha sido la forma clásica de abordar el tema, sino que habrá que tratar “la percepción de las ventajas” de no beber en exceso para que así sea algo culturalmente no apetecible (Calafat Far, 2007).

Por tanto, existe un claro soporte sobre la función facilitadora que las creencias tienen sobre el consumo de alcohol (Grube y Angostinelli, 1999; Turrisi, 1999; Turrisi et al, 2000; Mora-Ríos y Natera, 2001; Colder et al, 2002; Londoño, 2007), máxime cuando se aúnan las expectativas positivas sobre los efectos del consumo (Cárdenas y Moreno-Jimenez, 1990; Arrivillaga et al, 2003), la percepción de barreras para moderar o cesar la ingesta (Pintanel, Capdevila y Niñerota, 2006), las claves ambientales para llevarla a cabo, la baja percepción de vulnerabilidad y riesgo, y la percepción de altos

beneficios sociales derivados del consumo (Londoño y Valencia, 2010) que actúan a favor de la ingesta no controlada de bebidas alcohólicas.

4.2.1.- Percepción de riesgo

Otra variable importante a la hora de explicar el consumo de alcohol es la percepción del riesgo, entendida como la creencia de los sujetos sobre cuál es la posibilidad de sufrir efectos negativos debidos a dicho consumo (Giró, 2007). Así, se han encontrado resultados contradictorios. A pesar de la constatación de los riesgos físicos, psicológicos y sociales del consumo abusivo de alcohol por parte del colectivo infanto-juvenil, la concepción del alcohol como sustancia dañina y como *droga portera*, choca frontalmente tanto con la mentalidad del consumidor, como con las representaciones sociales sobre la sustancia y la carga política e ideológica de la que se acompaña (Martínez-González, Trujillo y Robles, 2006; De la Villa Moral, y Ovejero, 2011). Por tanto, mientras algunos estudios muestran como los adolescentes presentan un buen conocimiento sobre los riesgos (Giró, 2007), otros consideran que presentan una escasa conciencia del daño ocasionado por el alcohol (Bach i Bach, 2000), sin embargo en ambos casos, no se los aplican a ellos mismos o no los consideran como factor de prevención, lo que conlleva a que no posean suficientes percepciones de riesgo, distorsionando el problema, y por extensión, muestran unas actitudes de permisividad ante el consumo tanto a nivel cognitivo (creencias, expectativas, percepciones de riesgo, etc.), como afectivo (identificación con los usuarios, agrado o desagrado, etc.) y comportamental (disposición para el consumo e inclinación para la aceptación del hábito alcohólico) (Moral y Ovejero, 2003). De esta manera, El riesgo percibido respecto al consumo de una sustancia está inversamente relacionado con su uso: a medida que aumenta la percepción de riesgo tiende a disminuir la extensión o intensidad de su consumo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004), de modo que

aquellos adolescentes que se declaran como bebedores abusivos presentan porcentajes más bajos de concienciación ante los riesgos del uso/abuso de alcohol y una inclinación más favorable y permisiva hacia la experimentación. Sucediendo de manera inversa y complementaria entre los adolescentes abstemios (Castellana y Lladó, 1999; Martínez-González, Trujillo y Robles, 2006; Moreno, 2006; Giró, 2007; Cortés, et al., 2008; Moral y Ovejero, 2003, 2009; Salamó et al., 2010; De la Villa Moral y Ovejero, 2011). Esto mismo también se manifiesta hacia la dependencia tabáquica, la habituación al alcohol, el consumo repetido de derivados canábicos y la toma experimental de éxtasis y cocaína (De la Villa Moral y Ovejero, 2011) o la conducción temeraria (Giró, 2007).

En relación con las consecuencias físicas, psicológicas y sociales derivadas del consumo abusivo de alcohol, De la Villa Moral y Ovejero (2011) informan que los adolescentes que abusan de esta sustancia, frente a los bebedores ocasionales y abstemios, sufren en mayor medida accidentes, otros problemas que requieren atención médica, detención por la Policía y absentismo escolar. Asimismo, participan más frecuentemente en una riña, discusión u otro conflicto sin agresión o en una pelea o agresión física (De la Villa Moral y Ovejero, 2011).

Por tanto, la percepción de riesgo viene determinada por múltiples factores. Así, tal y como han evidenciado Espada, Pereira y García-Fernández (2008), los modelos sociales, y principalmente el grupo de iguales, el mejor amigo y los padres consumidores, a través de diversos modelamientos simbólicos, contribuyen en este aspecto. Es más, teniendo en cuenta estos factores el consumidor también va a presentar una serie de sesgos atributivos asociados a la percepción de la ingesta de alcohol. Entre ellos se encuentra el *sesgo de falsa unicidad* (Goethals, Messick y Allison, 1991), que consiste en considerar que cuando nos comportamos bien, estas acciones normativas son llevadas a cabo por un porcentaje muy pequeño de personas, lo que de manera

complementaria haría pensar que la comisión de acciones contra-normativas está más extendida de lo que realmente está, lo cual, en el caso de la experimentación con alcohol, supone la estimación de que su consumo es habitual entre los jóvenes (Yubero, Larrañaga, Navarro, Serna y Martínez, 2005). Del mismo modo, ello se relaciona con el *sesgo de falso consenso* (Krueger y Clement, 1994; Marks y Miller, 1987), que explica la tendencia a sobrestimar el grado en que las opiniones propias o las conductas indeseables son comunes y compartidas por muchas personas, lo que genera la creencia, entre quienes consumen alcohol, de que son muchos los que consumen la misma cantidad o más que ellos y pocos los que no beben (Igartua, 1996), todo lo cual refuerza la propia mentalidad del usuario y la distorsión de las percepciones de riesgo.

La baja percepción de peligrosidad entre los consumidores actuales de esta sustancia podría ser tanto la causa como la consecuencia del consumo. Donde, a pesar de los efectos comentados sobre el alcohol, su uso tiende a ser evaluado como poco peligroso en mayor medida entre los chicos (Salamó, Gras y Font-Mayolas, 2010). Por ejemplo, entre estudiantes de 14-18 años un consumo de 5/6 cañas o copas durante el fin de semana o en un solo día es considerado muy poco peligroso (Generalitat de Catalunya, 2004; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Esta percepción de bajo peligro de la sustancia es a menudo compartida por los propios progenitores, entre los que tan sólo un 15% de los padres estarían a favor de la prohibición absoluta de consumir alcohol por parte de sus hijos adolescentes, mientras que el 60% lo estarían en el caso del cannabis y el 86% en referencia a otras drogas (Generalitat de Catalunya, 2004).

Estado actual del problema

5.- ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA

Actualmente, en los medios de comunicación y en la literatura especializada, son habituales las noticias del consumo étílico entre nuestros jóvenes, y en consecuencia, son frecuentes los estudios derivados de dicha práctica. Por este motivo, dada la amplitud de trabajos publicados en este tema y con el objetivo de conocer el estado actual del consumo de alcohol entre la población universitaria, planificamos realizar un análisis bibliométrico, utilizando como límites diferentes descriptores en función de las variables que queríamos estudiar. Así pues, en junio de 2012 se realizó una búsqueda bibliométrica en tres bases de datos; Psycinfo, PubMed y Web of knowledge.

Inicialmente, acorde a la temática principal de la investigación, se introdujeron como palabras claves (Medical Subject Headings o MeHS) en la primera fuente (Psycinfo) los descriptores: “*alcohol abuse or alcohol intoxication*” y “*college students or colleges*”, teniendo en cuenta la relación entre ellas y con el objetivo de conocer específicamente cómo era el consumo de alcohol entre este colectivo; los estudiantes universitarios. Este proceso se realizó asimismo en PubMed, introduciendo como MeHS “*Alcoholic Intoxication*” y “*Universities*”. Y finalmente, en la base de datos Web of Knowledge se introducen: “*alcoholic intoxication*” y “*college-students*”, acotando en todos ellos la búsqueda a los últimos cinco años, del 2007 al 2012, por el elevado número de publicaciones que se encontraron y para ceñirnos al patrón de consumo más actual de esta población.

Los resultados de la búsqueda ofrecieron un total de 515 artículos, donde el número de publicaciones por año (fig. 12) se había mantenido relativamente estable y con una productividad superior a los cien artículos anuales, salvo en el 2008, en el que

se observaba un marcado descenso y en el 2012, aunque este último no se pudo valorar ya que en el momento de la búsqueda aún no había concluido.

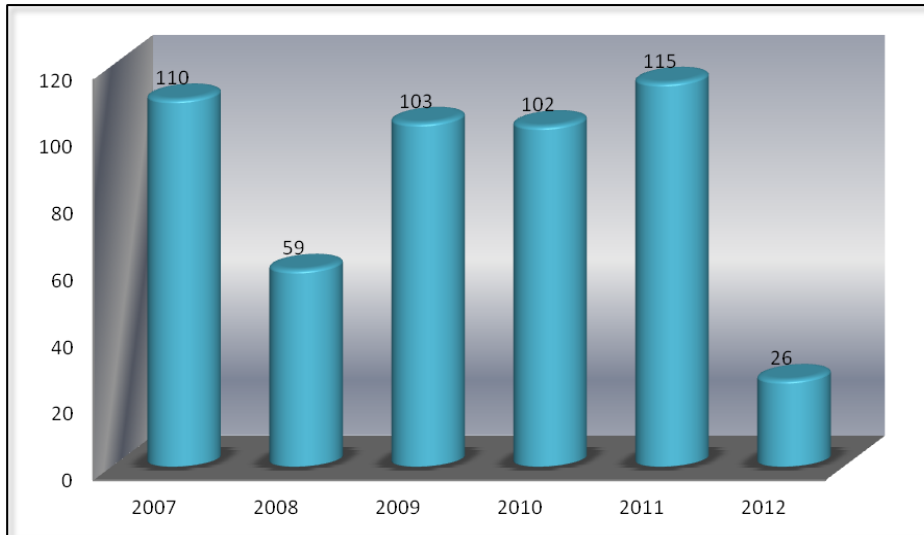


Fig. 12. Productividad anual

Este constante y elevado número de estudios podría explicarse por la popularización del patrón de consumo étlico, en el que a partir de la globalización comercial, los medios de comunicación, las películas, los anuncios, las redes sociales, Internet, etc., y el continuo intercambio de información, ha permitido difundir medidas de alerta e intentar encontrar las estrategias preventivas para controlar su consumo (Santo-Domingo, Gual y Rubio, 2005; Rodríguez García, 2010)

A continuación analizamos qué autores, a lo largo de estos cinco años, han presentado un mayor número de artículos relacionados con el consumo de alcohol en jóvenes universitarios. Como se puede observar en la figura 13, aparecieron un total de 1387 investigadores, de los cuales, el que ostentaba mayor productividad era Clayton Neighbors, que pertenece al Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento de la Universidad de Washington; la productividad de este autor, en las bases consultadas, asciende a 15 artículos, 4 de ellos como primer firmante y es en la

Journal of Studies on Alcohol and Drugs la revista en la tiene más publicaciones. Otros autores con un importante número de investigaciones son Kim Fromme, del Departamento de Psicología de la Universidad de Texas en Austin, con 13 artículos; Mary E. Larimer, del Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento, también de la Universidad de Washington, con 12 estudios o Brian Borsari, del Centro Universitario Brown para el Estudio de Alcohol y Adicciones y el Servicio de Salud Mental y Ciencias del Comportamiento en Providence, con 9 artículos, entre otros.

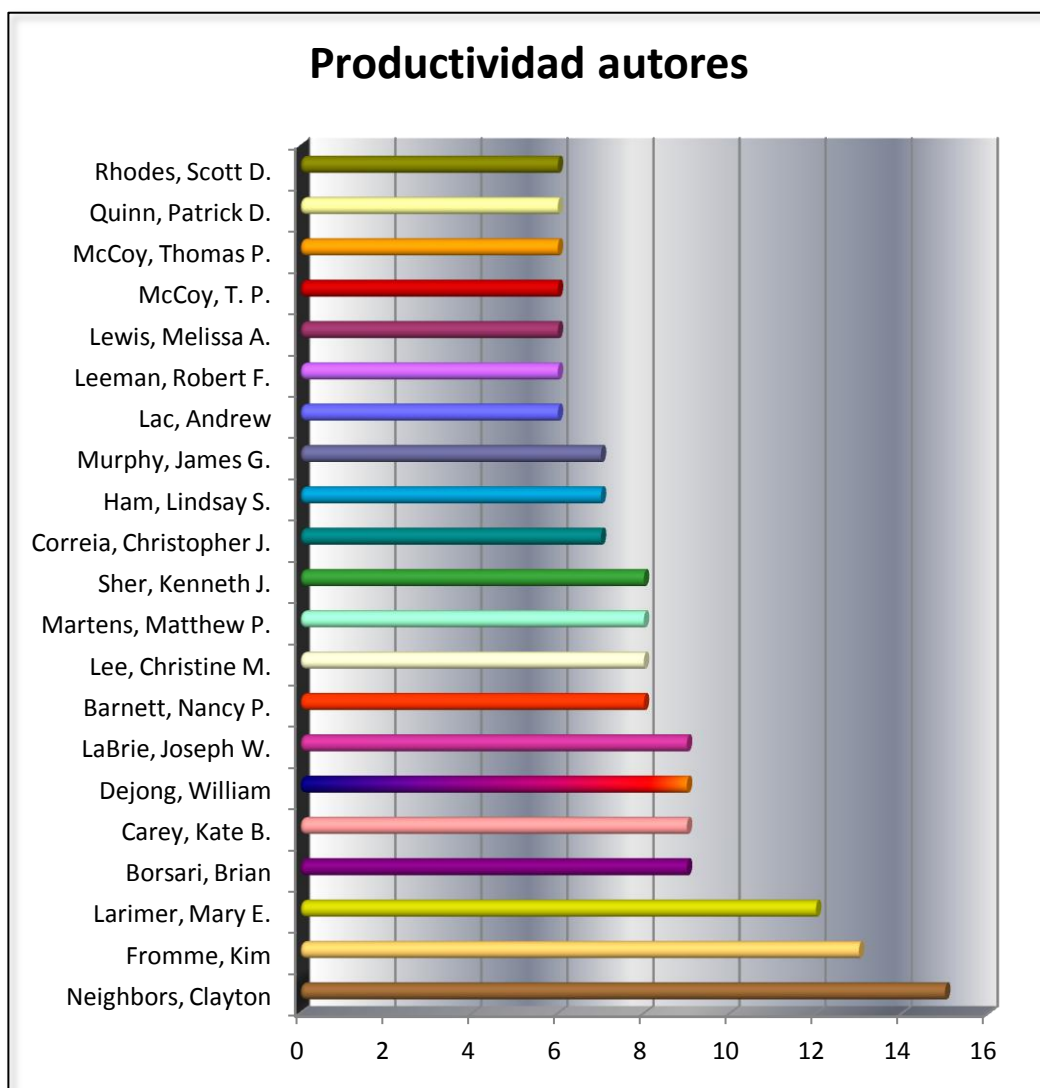


Fig. 13. Productividad por autores

Asimismo, al cotejar estos resultados con la base de datos Web of Knowledge encontramos que, al igual que en las otras dos fuentes (Psycinfo y PubMed), aquellos investigadores más destacados y con un mayor número de artículos publicados fueron de nuevo Clayton Neighbors, con 8 estudios; Melissa A. Lewis y Christine M. Lee con 7 artículos; Joseph W. LaBrie y Cecile A. Marczyński con 6; y Mary E. Larimer, Thomas P. McCoy, Dennis L. Thombs y Eric R. Pedersen con 5 investigaciones; comprobando la coincidencia de estos datos en las distintas fuentes. Es más, algunos de ellos, como Thomas P. McCoy, Clayton Neighbors, Joseph W. LaBrie y Eric R. Pedersen, son autores de los siete artículos más citados, según la base de datos Web of Knowledge.

Posteriormente analizamos la productividad por revistas y los 515 artículos se encuentran englobados en una totalidad de 136 revistas, de las cuales son 12 las que constituyen el núcleo central, concentrando el 53% de las publicaciones; la mayoría pertenecientes al campo de las adicciones, la salud y la Psicología. En la figura 14 se muestran las 12 revistas más productivas en los últimos cinco años en relación con el consumo abusivo y las intoxicaciones etílicas entre los estudiantes universitarios. Es de destacar que cuatro de ellas superan los 30 artículos y son: *Addictive Behaviors* con 56 estudios, *Psychology of Addictive Behaviors* con 38, *Journal of American College Health* con 34 y *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* que recoge 32 publicaciones.

La primera está editada por Peter Miller e impresa por Elsevier y tiene un factor de impacto de 2.085. Se trata de una revista internacional centrada en el análisis multidisciplinar de los estudios relacionados con el abuso de alcohol, drogas y nicotina, tanto en su epidemiología, como en la etiología, prevención y / o tratamiento.

La segunda revista; *Psychology of Addictive Behaviors*, editada por Stephen A. Maisto, es una publicación de la Asociación Americana de Psicología (The American Psychological Association, APA), concretamente de la Division 50 (Society of Addiction Psychology) que estudia aspectos psicológicos de las conductas adictivas relacionados con el alcohol y alcoholismo, el uso y abuso de drogas, trastornos alimentarios, adicción al tabaco y a la nicotina, entre otros aspectos, contando con un factor de impacto de 2.101. *The Journal of American College Health*, es el Diario Oficial de la American College Health Association publica una media de 8 números al año, contando con un factor de impacto de 1.572.

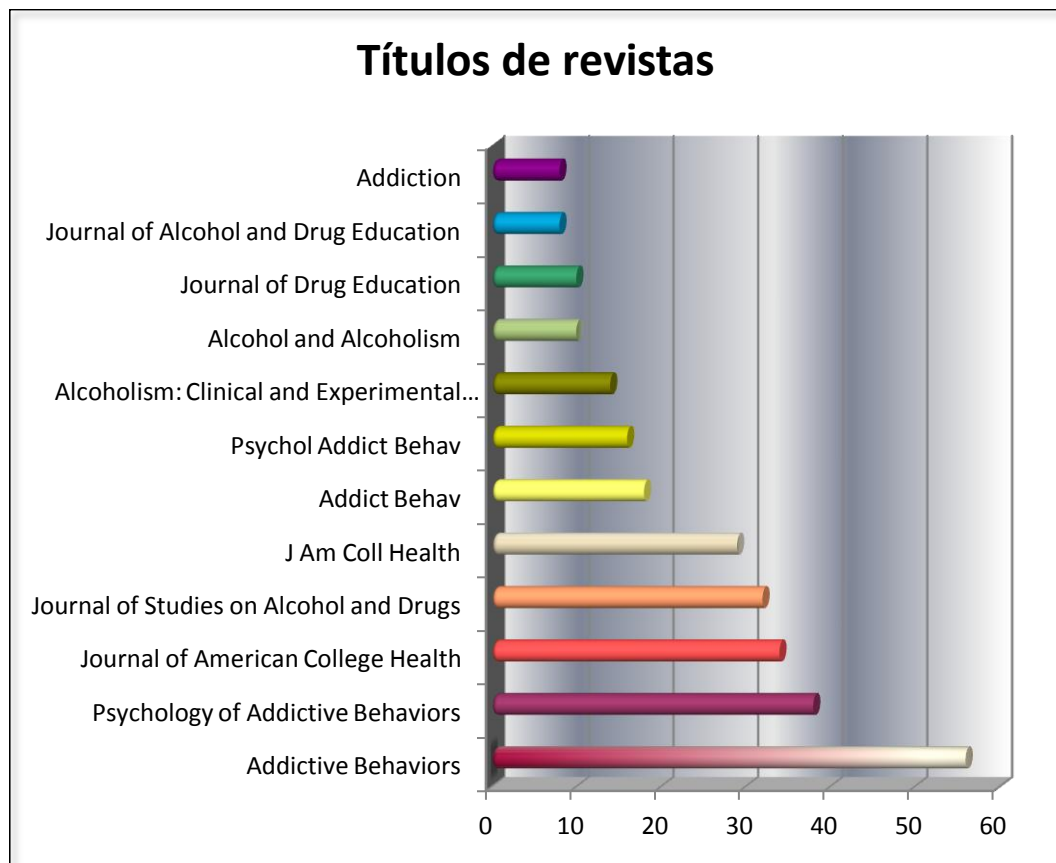


Fig. 14. Productividad según las revistas

Y finalmente, the *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, es la revista más antigua que publica artículos de investigación sobre alcohol/adicción en los Estados

Unidos, siendo editada y dirigida desde 1994 por Marc A. Schuckit y con un factor de impacto de 2.251.

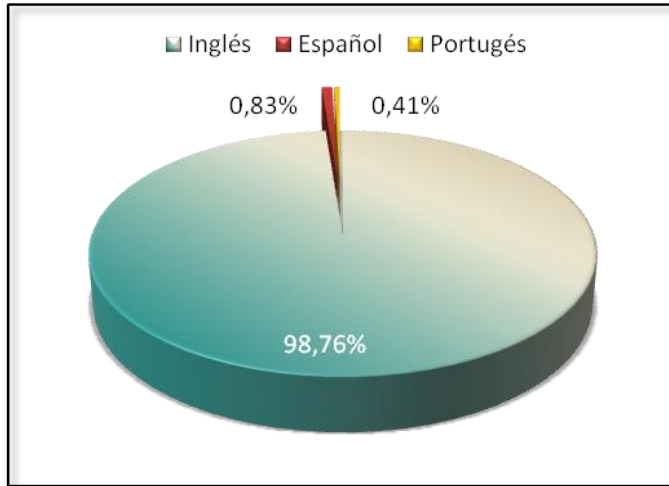


Fig. 15. Idiomas de las publicaciones

Como viene siendo habitual, el idioma en que se publica la información científica, casi con exclusividad es sin duda el inglés, en nuestra búsqueda asciende a un 98,76% de las referencias encontradas. Es de resaltar que el castellano alcanza exactamente el 0,83% del total (figura 15).

En relación con los países de dónde proceden las publicaciones (figura 16), destaca, con gran diferencia, los Estados Unidos con casi el 85% de los estudios.

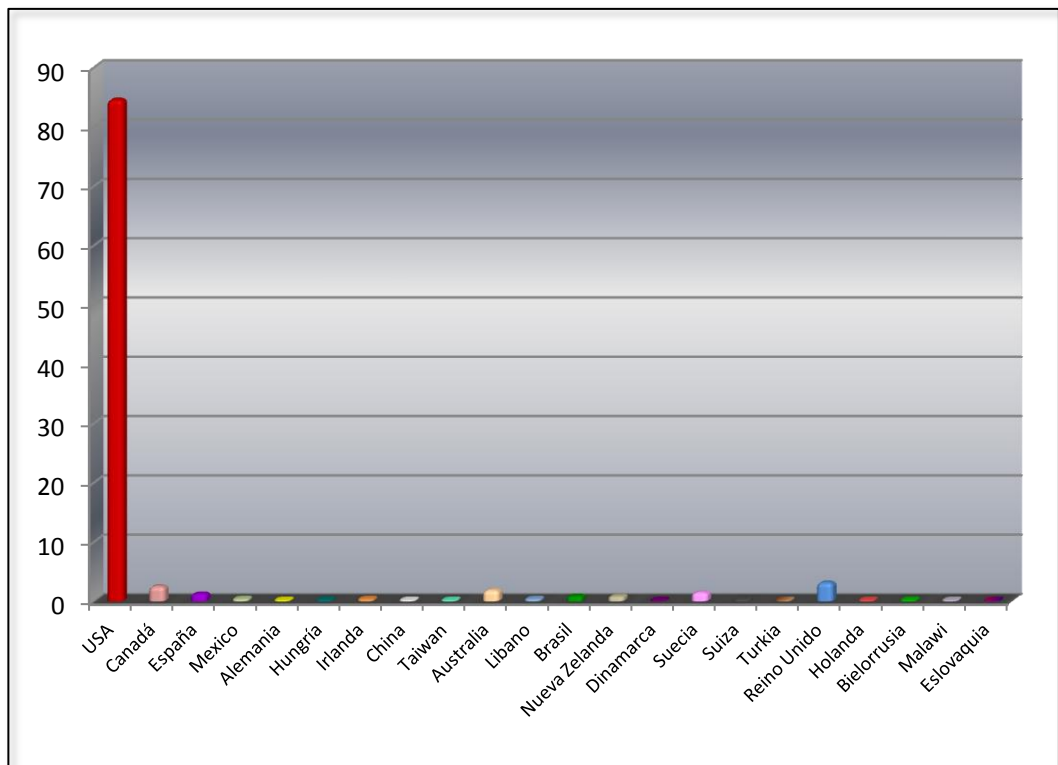


Fig. 16. Productividad por países

Este porcentaje, es seguido muy de lejos por Reino Unido (3,13%), Canadá (2,5%), Australia (1,88%) y Suecia y España, con una presentación de 1,46 y 1,25%, respectivamente, entre otros países.

Por último, analizamos las palabras clave utilizadas en los trabajos encontrados, que se representa en la figura 17, obviando las palabras introducidas en la búsqueda, por cuestiones obvias y palabras genéricas como *human*, *male*, *female*, pues no aportarían información relevante.

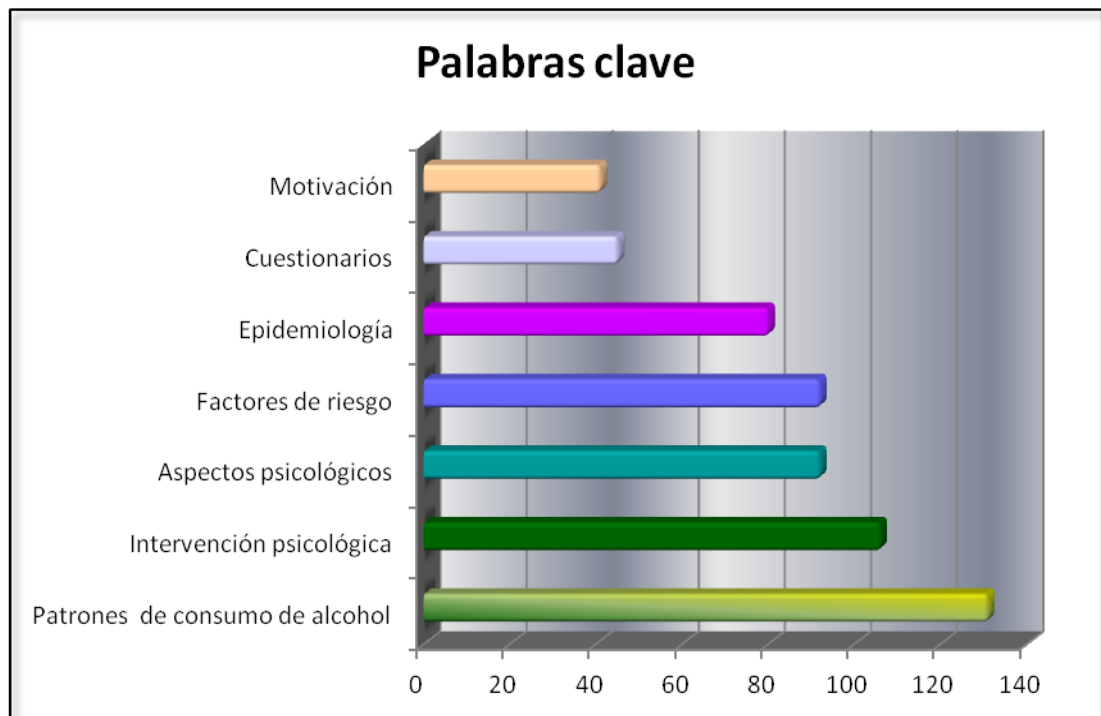


Fig. 17. Palabras clave

Este análisis es particularmente interesante pues nos ofrece información de las áreas que más se están estudiando dentro de nuestro campo de interés. Entre los descriptores más destacados, una vez eliminadas las palabras clave utilizadas en la búsqueda, se encuentran los patrones de consumo de alcohol mantenidos por este colectivo (*Alcohol Drinking Patterns*), los aspectos psicológicos implicados (*Psychology*), la epidemiología (*epidemiology*) y los factores y conductas de riesgo en relación con esta ingesta etílica (*Risk Factors; Risk-Taking*). También resultan

relevantes su tratamiento y rehabilitación psicológica (*Intervention; Rehabilitation*), así como los instrumentos psicométricos (*Questionnaires*) desarrollados para evaluar y medir estos parámetros y las motivaciones que tienen lugar en esta población para mantener este tipo de consumo (*Motivation*).

Además, al introducir estos descriptores en la base de datos Web of knowledge y cotejar ambos resultados, encontramos que aquellos trabajos con un mayor número de citas presentan las siguientes palabras clave: *bebidas energéticas; lesiones, prevención; psicología, personalidad, factores de riesgo y consecuencias del consumo*. Como en las otras dos fuentes, se extrajeron aquellas que formaban parte de la búsqueda. Así, observamos que las palabras encontradas están actualmente orientados hacia aspectos, cómo conocer los factores de riesgo de la ingesta, sus consecuencias, aspectos psicológicos y factores de personalidad implicados; principales tipos de bebida consumidas y programas de prevención ejecutados o que se pueden llevar a cabo para reducir este consumo.

De esta manera, podría decirse que los estudios, muy abundantes, intentan conocer cómo son los patrones de consumo y cuáles han sido hasta ahora las variables más estudiadas en dicho patrón y, en consecuencia, que el tema de estudio queda abierto, con una opción de continuidad que nos facilite a los especialistas la comparación y discriminación entre aquellas variables que determinan e influyen en estos hábitos, diferenciando qué aspectos están implicados y, como consecuencia, diseñar posibles programas de prevención que eviten o disminuyan el consumo de alcohol, así como programas de rehabilitación más eficaces.

Objetivo e hipótesis

6.- OBJETIVO E HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

El objetivo general de nuestro estudio fue:

Investigar las características del patrón de consumo ético en jóvenes universitarios y la posible influencia en el mismo de variables cómo las expectativas personales y las creencias sobre la sustancia.

Metodología

7.- METODOLOGÍA

7.1.- Muestra

El estudio se ha realizado en la Universidad de Salamanca, que está considerada como la más antigua de las universidades hispanas existentes ya que fue fundada en 1218 por Alfonso IX de León. Cuenta con 26 facultades integradas en 9 campus docentes y administrativos en Ávila, Zamora, Béjar y Salamanca. En el curso académico 2011-2012 se matricularon un total de 32.406 alumnos, de los cuales 25.918 eran de Grado y Titulaciones oficiales de 1º y 2º ciclo; 1.697 eran de 3^{er} Ciclo o Doctorado; 2.493 estudiantes de Títulos Propios; 1.368 matriculados en Másteres y 930 en Programas Sócrates y de Intercambio.

Se trata de un estudio transversal, cuya muestra fue recogida mediante un muestreo intencionado por conglomerados. Los *criterios de inclusión* fueron:

- Ser estudiante de la Universidad de Salamanca.
- De ambos sexos.
- Sin problemas físicos y/o psicológicos que impidiesen la realización de las pruebas.
- Participar de manera voluntaria en el estudio.

En relación al procedimiento, en un primer momento se contactó con los Decanos y Directores de Escuela y, posteriormente, con los profesores de distintas titulaciones y asignaturas de la Universidad, con el propósito de explicarles el objetivo del trabajo y su autorización para realizarlo en sus respectivos Centros y clases. Se les informó de las pruebas que íbamos a utilizar y el tiempo necesario para su ejecución, que era aproximadamente de 30 minutos.

Una vez contamos con su consentimiento, acudimos a las aulas acompañados por el profesor responsable y explicábamos a los alumnos el propósito del estudio y las pruebas a cumplimentar, solicitando su colaboración voluntaria para que trataran de responder lo más sincera y espontáneamente posible acerca de sus creencias, sentimientos, expectativas, opiniones y consumo personal acerca del alcohol, remarcando el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas.

Cada alumno recibió un dossier de cuestionarios que respondieron de manera autoaplicada y colectivamente. Es de resaltar, que la totalidad de los estudiantes, presentes en cada fase de información, colaboraron en el estudio desinteresadamente.

7.2.- Descriptivos de muestra

La muestra quedó formada por 849 sujetos, con edades comprendidas entre los 17 y 30 años. La media de edad era de 20,58 años con una desviación típica de 2,06. La distribución de esta variable se puede observar en la figura 18.

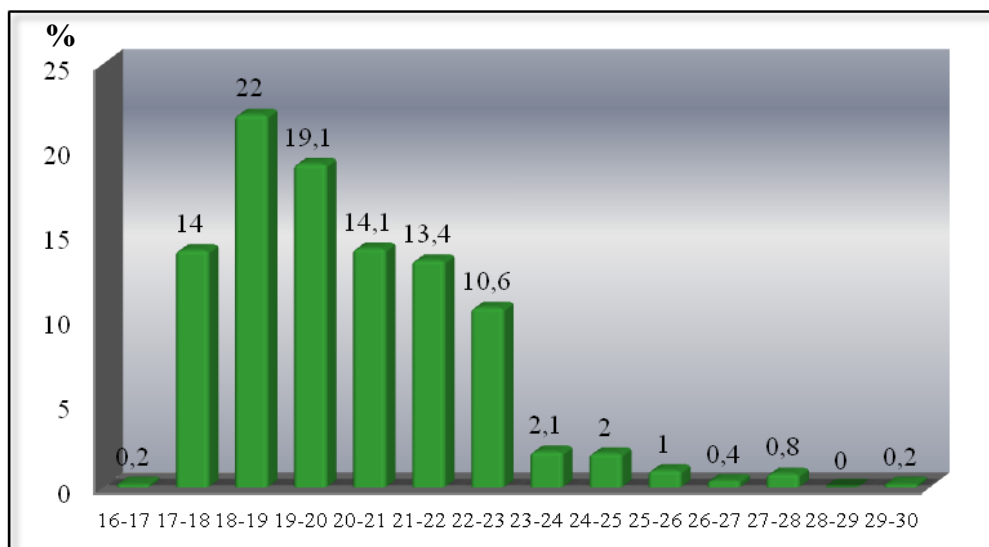


Fig. 18: Edad

El porcentaje de hombres y mujeres (Fig. 19) muestra un predominio de éstas (67%) frente al 33% de los varones.

Resultados acordes con los proporcionados tanto por la propia Universidad de Salamanca (Unidad de Evaluación de Calidad, 2012) como por el Ministerio de Educación (2011), donde al igual que en la inmensa mayoría de los Países Europeos, hay un mayor porcentaje de mujeres con estudios superiores.

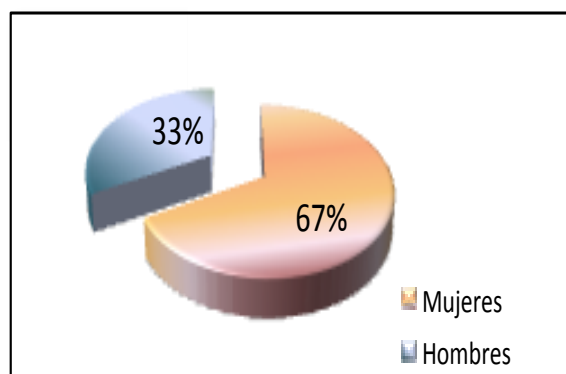


Fig. 19: Sexo

Además, la mayoría de los estudiantes encuestados ubicaron su procedencia a nivel urbano (73%) frente a un 27% que la situaron a nivel rural; al preguntarles sobre el nivel socioeconómico que poseen, prácticamente la totalidad de la muestra, el 93%, indicaba un nivel adquisitivo medio (figura 20).

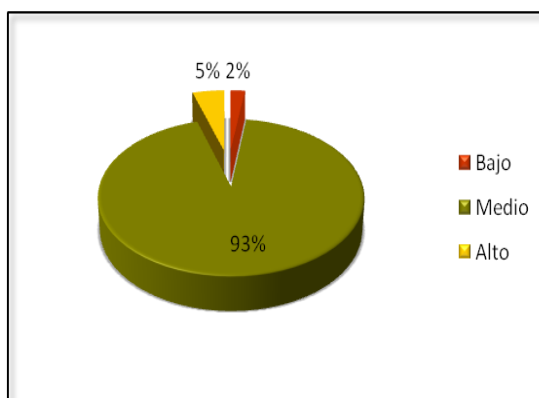


Fig. 20: Nivel Socioeconómico

Dentro del núcleo familiar, el 86% de los estudiantes afirma tener hermanos, encontrando que el mayor porcentaje de familias (60%) tienen dos hijos, un 17,4% tres hijos y el 15,3% son hijos únicos.

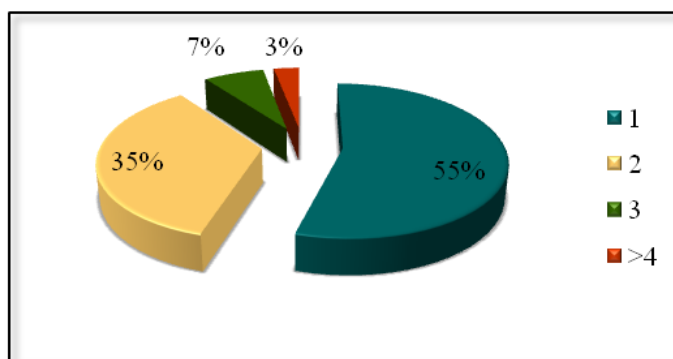


Fig. 21: Fratria

Es de resaltar que con más de tres descendientes tan sólo el 7,3% conviven con más de dos hermanos. Es más, a la hora de conocer el lugar que ocupaban dentro de la fratria (lugar que ocupa el participante entre los hermanos), el 54,6% de los jóvenes eran

los primogénitos, seguidos del 35,2% y 7,1% que conformaban el segundo y tercer puesto, respectivamente (Figura 21).

Por otro lado, el estilo educativo que mantienen los padres a la hora de instruir a sus hijos es un factor importante que contribuirá, entre otros aspectos, en la futura forma de actuar y relacionarse, así como en la autoestima y confianza en ellos mismos y en los demás. Es más, la existencia de un determinado estilo educativo, y la percepción que el adolescente tenga del mismo, aumentarán o disminuirán las probabilidades de uso, abuso y dependencia de sustancias en la adolescencia, así como su mantenimiento posterior (Latendresse, et al., 2008). Los datos de nuestro estudio evidencian que el 63,1% de los universitarios manifiestan ser educados bajo un estilo democrático, seguidos del modelo permisivo (20,4%) y autoritario (10,8%) (Fig. 22).

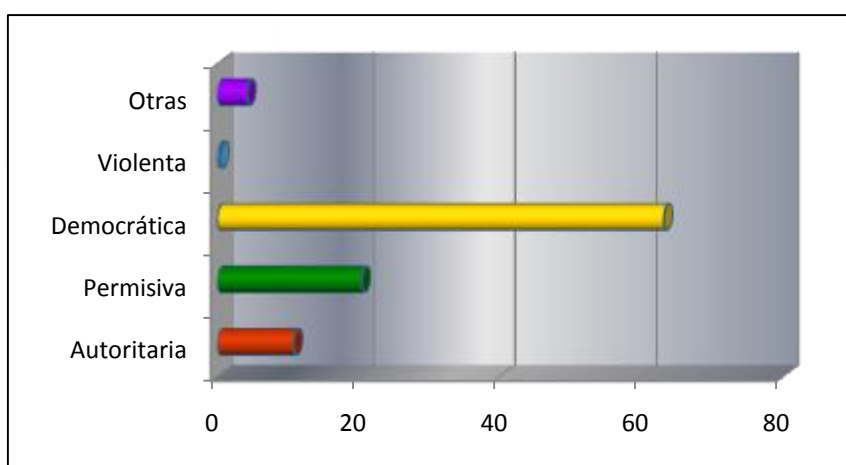


Fig. 22: Tipo de educación

Estos datos son acordes con el modelo predominante en la actualidad (Alegría, Miranda, Urzua, 2007) donde la preponderancia de padres con un estilo democrático presentarán hijos con un mayor control personal, más competencia social y más autoconfianza en sí mismos (Craig, 1997) y en sus padres, aunque aspectos vinculados a la sexualidad y ligados al ocio nocturno (tabaco, alcohol y drogas) quedan reservados

para ellos (Giró, 2007). Otra variable relacionada, en cierta forma, con la anterior, es el trato que mantienen los jóvenes con sus progenitores, pues se ha observado que las familias, y fundamentalmente las madres, con una elevada emocionalidad negativa, es más probable que presenten hijos con problemas conductuales y emocionales y un mayor consumo de sustancias (Brook, Whiteman, Finch y Cohen, 2001; Echeburúa, 2001; Ramsden y Hubbard, 2002). En este sentido, los datos encontrados en nuestro estudio destacan fundamentalmente una muy buena (47,2%) y buena (39,6%) relación con el padre (Fig. 23), e incluso mejor con la madre, con una muy buena (59,8%) y buena relación (34,4%) (Figura 24); tan sólo el 11,4% presenta una valoración no positiva de la relación con su padre y el 5,6% en el caso de la madre. Esta proximidad, aceptación e intimidad con los padres, según Romero y Ruiz (2007) y Coley, Votruba-Drzal y Schlinder (2008), constituirá un punto importante para la supervisión sobre las actividades y amistades de sus hijos, disminuyendo, en consecuencia, las conductas de riesgo y particularmente el consumo de sustancias.

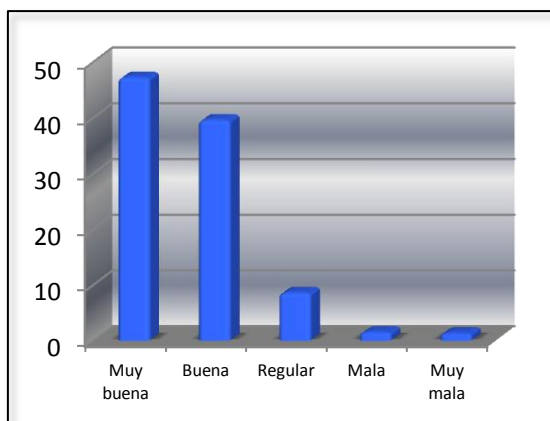


Fig. 23: Relación con el padre

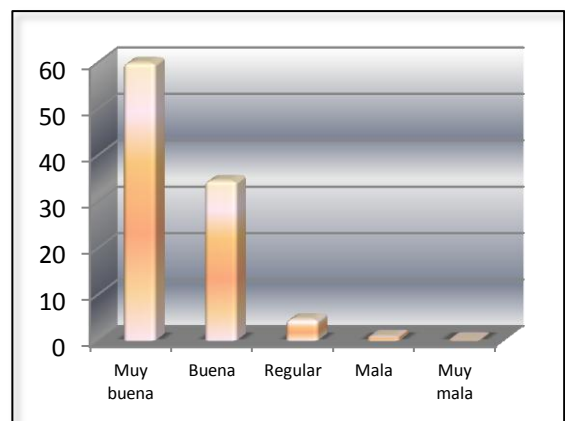


Fig. 24: Relación con la madre

Asimismo, cuando los adolescentes viven conflictos interparentales de carácter destructivo les influirá en su relación con los iguales, aumentando el riesgo de desarrollar problemas conductuales y emocionales (David y Murphy, 2007) así como mayor consumo de sustancias tóxicas (Echeburúa, 2001; Pérez Milena y cols., 2001; Pérez

Milena y cols., 2005), entre ellas alcohol y tabaco. Los datos de nuestro estudio evidencian que los jóvenes universitarios valoran principalmente la relación entre sus padres como muy buena (45,1%) y buena (41,3%), frente a un 12,3% que creen que la relación entre sus padres no es positiva (Fig. 25).

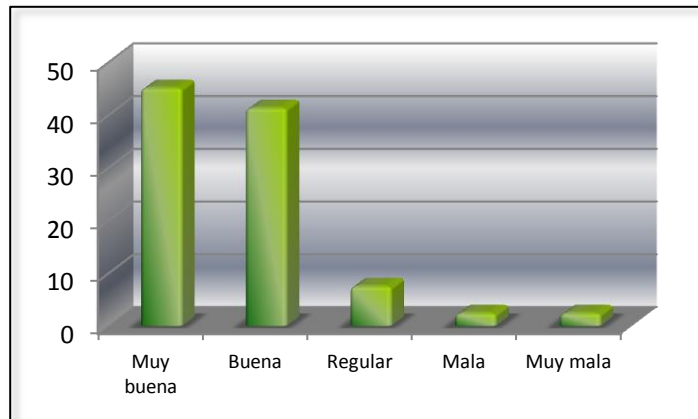


Fig. 25: Relación entre los padres

La residencia actual aparece representada en la figura 26. A lo largo del curso académico el 41% de los universitarios vive en un piso compartido, el 37% vive junto a su familia, un 15 % se aloja en una residencia y un 7% en un piso sólo.

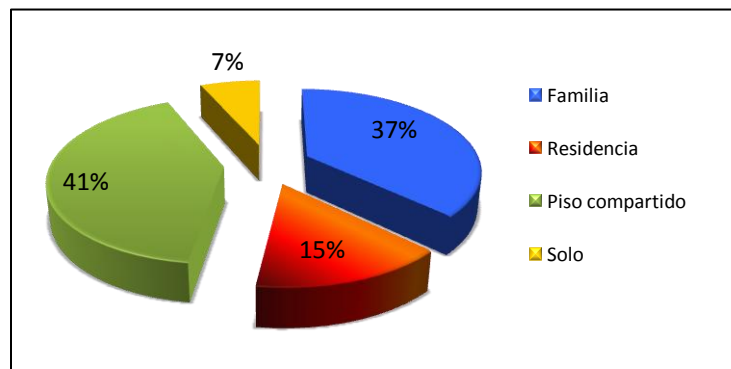


Fig. 26: Residencia actual

La presencia de pareja entre los estudiantes que conformaban la muestra fue otra de las variables estudiadas, encontrando que hay un ligero mayor porcentaje de universitarios que carecen de ella (53%) (Fig27). Entre aquellos que si la tienen

(46,9%), se evaluó la valoración que mantenían sobre su relación, en la que tal y como muestra la figura 28 primaban valores muy positivos (29,6%) y positivos (15,3%).

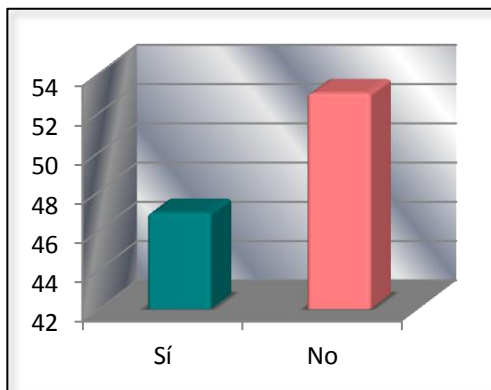


Fig. 27: Presencia de Pareja

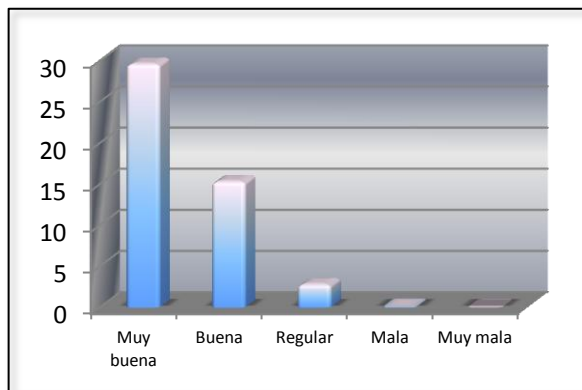


Fig. 28: Valoración de la relación de pareja

En cuanto a la orientación sexual de los estudiantes (Fig.29), una gran mayoría afirman ser heterosexuales (94,7%), seguidos de un 2,7% que se declaran homosexuales y un 1,6% bisexuales.

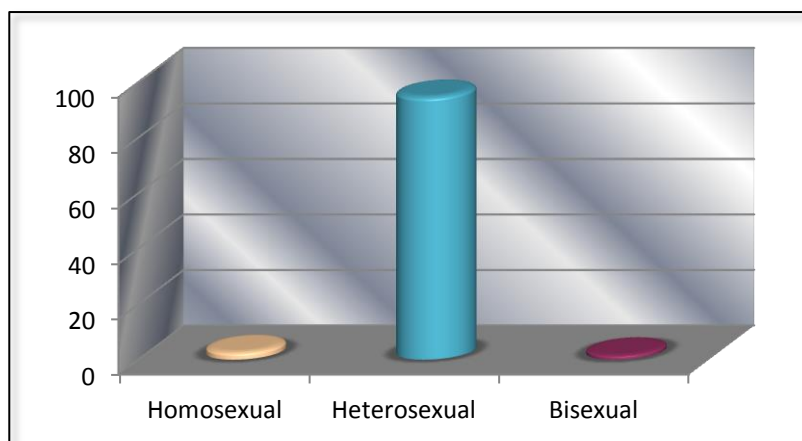


Fig. 29: Orientación sexual

Con respecto a los estudios cursados por nuestra muestra de universitarios, observamos que el 60% se encuentra realizando alguna licenciatura, seguido de un 39,7% que cursa una diplomatura y un 0,4% lleva a cabo otro tipo de estudios, como son los correspondientes a Tercer Ciclo y en Títulos Propios, cómo es el de Criminología (Fig. 30).

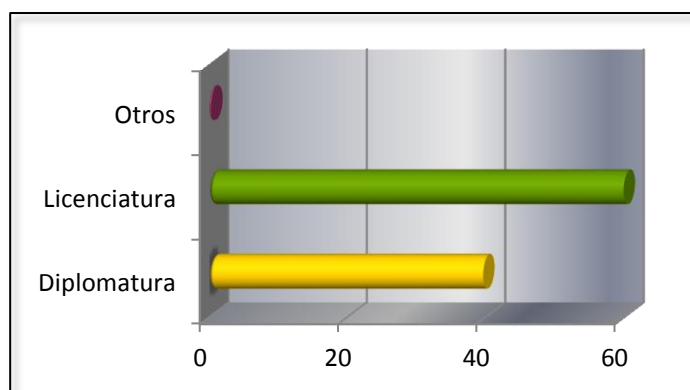


Fig. 30. Estudios cursados

Posteriormente, a la hora de conocer cuál es el porcentaje de titulaciones cursadas por los estudiantes, observamos que el mayor número de universitarios se encuentra estudiando Medicina (40%), seguido de Enfermería (25%); Informática (12%), Criminología (8%); Fisioterapia (7%) y otra serie de titulaciones con menor porcentaje como; Bellas Artes, Biología, Biotecnología, Derecho. Detectives, Doctorado, Educación Social, Educación, Filología, Filosofía, Pedagogía, Psicología Psicopedagogía, Químicas, Relaciones Laborales y Terapia Ocupacional.

Para finalizar con los descriptivos de muestra, en la figura 31 se representa la variable del rendimiento académico con las calificaciones medias obtenidas por el total de la muestra.

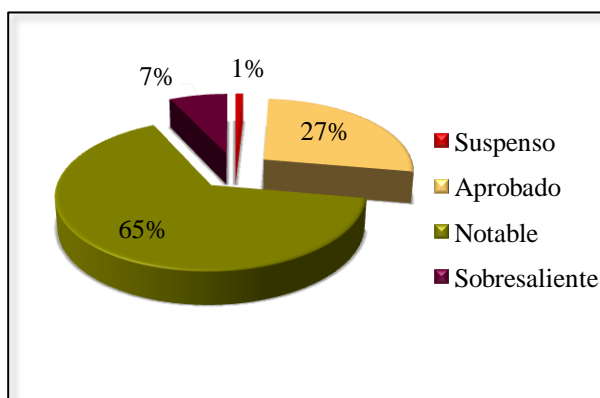


Fig. 31: Nota Media

El mayor porcentaje se encuentra entre aquellos alumnos que han obtenido una calificación media de Notable (63,2%), a continuación hay un 26% que presentan una media de Aprobado, un 6,9% de Sobresaliente y tan sólo el 0,9% de los universitarios tiene un expediente de Suspenso.

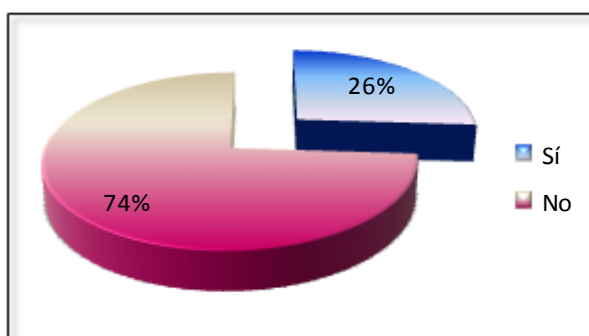


Fig. 32: Asignaturas pendientes

Ahora bien, estas calificaciones medias obtenidas a nivel general pueden confundir en cuanto al verdadero rendimiento de los alumnos, por eso hemos diferenciado dos grupos, aquellos estudiantes con todas las asignaturas aprobadas de aquellos que tienen alguna pendiente. Los resultados ponen de manifiesto que el 74% de los universitarios no tienen ninguna asignatura pendiente, frente al 26% que si la tienen (Fig. 32). Además, el mayor porcentaje de estudiantes tienen una única asignatura pendiente (13,8%), seguidos a distancia por aquellos con dos (5,1%) y 3 materias suspensas (2,7%).

Esta variable tiene un importante significado, ya que los problemas relacionados con el consumo de alcohol en las personas jóvenes con frecuencia condicionan su desarrollo personal de manera muy importante, en especial la formación académica, generando un mal rendimiento en los estudios, que posiblemente se asociará con un bajo interés por los mismos, no asistencia a clase, poca motivación y baja autoestima (López, et al., 2001; Becoña y Calafat, 2006; Piko y Kovács, 2010).

En este sentido, en el estudio realizado por la Fundación Pfizer (2012) acerca del consumo étílico entre los estudiantes de 12 a 18 años, se observó que, uno de cada tres profesores de dichos alumnos dice haber detectado en clase falta de atención o bajo rendimiento a causa del consumo de alcohol.

7.3.- Batería de instrumentos

La batería de instrumentos quedó formada por las siguientes pruebas, que en orden de aplicación fueron:

7.3.1.- Entrevista semiestructurada

En primer lugar se empleó una entrevista semiestructurada, donde se recogían datos personales, familiares, socioculturales y académicos de los participantes (Ver anexo).

7.3.2.- Encuesta

A continuación los participantes completaron una encuesta sobre diversas características relacionadas con su consumo étlico, tanto en la forma de inicio, como en el consumo posterior.

7.3.3.- Entrevista de consumo de alcohol CAGE (Alcohol Interview Schedule CAGE de Mayfield, McLeod, Hall, 1974; Ewing, 1984; Adaptación española de Rodríguez-Martos, et al., 1986).

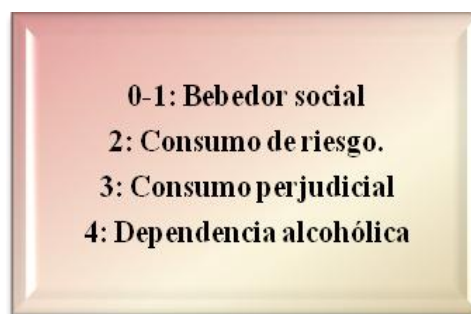
En la actualidad existen numerosos instrumentos específicos que han demostrado su utilidad en la detección y diagnóstico de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol y, aunque en ningún momento pueden sustituir a la anamnesis y exploración clínica a la hora de realizar el diagnóstico de alcoholismo, aportan una serie de utilidades y ventajas que han de ser tenidas en consideración (Sáiz, et al., 2002).

CAGE es el acrónimo en inglés de los siguientes términos que identifican a los aspectos que recoge la prueba: cutting-down, annoyance, guilty y eye-opener (Cut por beber menos; Annoyed por molesto por la crítica; Guilty por culpable por beber y Eye-opener por necesidad de beber en la mañana) (Mayfield, 1974, Ewing, 1984, Rodríguez-

Martos, 1986; Vélez van Meerbeke, et al., 2005). Este cuestionario (CAGE) fue desarrollado en 1968 por Ewing y Rose para detectar bebedores rutinarios (Ewing, 1984) y en 1974, Mayfield publicó el primer estudio de validación. En nuestro país fue realizada su análisis psicométrico por Rodríguez-Martos, et al en 1986; posteriormente su fiabilidad y validez ha sido ampliamente documentada en diferentes medios (hospital, otras áreas clínicas, etc.) y poblaciones (Malet, et al., 2005; Aalto, et al., 2006; Dervaux, et al., 2006).

El objetivo de este cuestionario es evaluar los posibles casos de alcoholismo en la población general. Se trata de una prueba heteroadministrada que consta de 4 ítems; los tres primeros exploran aspectos subjetivos de la persona en relación con el consumo del alcohol, siendo consistentes y complementarios con los criterios de abuso y dependencia del DSM (Malet, et al., 2005), el último ítem explora aspectos relacionados con la abstinencia alcohólica y es casi patognomónico de la dependencia (no tiene falsos positivos, su especificidad es próxima al 100%, y su valor predictivo positivo es del 84%) (García-Portilla, et al., 2010). Por su brevedad es fácilmente aplicable con cuestionarios más amplios, lo que es recomendable para mejorar su fiabilidad y validez, dado lo directas que son las preguntas (Sáiz, et al., 2002). Según Lucía Ferreira (2009), se pueden categorizar las puntuaciones del CAGE en 4 grupos (tabla 26):

Tabla 26. Items del CAGE



0-1: Bebedor social
2: Consumo de riesgo.
3: Consumo perjudicial
4: Dependencia alcohólica

Los 4 ítems son de respuesta dicotómica (Si / No), cada respuesta afirmativa se valora con 1 punto y la negativa con 0 puntos, la puntuación total se obtiene por la suma de los cuatro ítems. Una puntuación de 2 ó más respuestas afirmativas debe alertar al clínico de la posibilidad de existir un consumo abusivo de alcohol (Ewing, 1984) (1 punto sugiere problemas y hace recomendable mantener una actitud vigilante) (Sáiz, et al., 2002).

Esta prueba posee altos valores de sensibilidad y especificidad (81% y 97% respectivamente) en contextos hospitalarios y algo menos en ambientes extrahospitalarios (66%-84%). Un punto de corte de 1 ó más tiene una alta sensibilidad (86-90%) y peor especificidad (52-93%) que un punto de corte de 2 ó más, cuya sensibilidad oscila entre 78-81% y especificidad entre 76-96%. Muestra correlaciones con el MALT (0,42).

7.3.4.- Test para la Identificación de trastornos por el uso de alcohol (Alcohol Use Disorders Identification Test) (AUDIT) (Saunders et al, 1993; Rubio et al,1998)

El test AUDIT fue elaborado de forma multicéntrica por la OMS (Saunders, et al., 1993) con el fin de detectar de forma temprana el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en Atención Primaria. Posteriormente, este instrumento ha sido validado en nuestro país (Martínez Delgado, 1996; Rubio, et al., 1998; Contel, et al., 1999; Álvarez, et al., 2001).

Se trata de un cuestionario autoadministrado formado por 10 ítems que preguntan sobre el consumo reciente de alcohol, la conducta asociada, síntomas de dependencia tófica y problemas relacionados con la sustancia.

En cada ítem, el valor de las respuestas oscila entre 0 y 4 (salvo en los ítems 9 y 10 donde los valores posibles son tan sólo 0, 2 y 4). La puntuación total se obtiene

sumando los valores obtenidos en los 10 ítems, oscilando la puntuación total entre 0 y 40. Cuando la persona obtiene puntuaciones entre 0-7 puntos en el caso de los hombres y 0-5 puntos para las mujeres, se identifica la ausencia de problemas relacionados con el alcohol (García-Portilla, et al., 2010); puntuaciones entre 8-20 puntos (6-20 en el caso de mujeres) serían indicativas de consumo perjudicial, y finalmente cuando las puntuaciones alcanzan valores superiores a 20 puntos, en ambos sexos, orientarían hacia la existencia de una dependencia (Sáiz, et al., 2002).

En 2001, Babor et al propusieron la siguiente interpretación de la puntuación total y la intervención terapéutica recomendada (tabla 27). Los autores advierten que estos puntos de corte pueden variar ligeramente dependiendo del patrón de consumo de alcohol del país y el contenido de alcohol de la UBE (cits. por García-Portilla, et al., 2010).

Tabla 27: AUDIT: intervención terapéutica recomendada (Babor, et al., 2001)

Zona de riesgo	Puntuación AUDIT	Intervención recomendada
Zona I	0-7	Educación sobre el alcohol
Zona II	8-15	Asesoramiento
Zona III	16-19	Asesoramiento + Counseling breve + Monitorización estrecha
Zona IV	20-40	Derivación al especialista para evaluación Diagnóstica y Tratamiento

El test AUDIT, propone como punto de corte > 8 para la detección de consumo excesivo de alcohol, presentando una sensibilidad de 57-59%; una especificidad de 91-96%, un cociente de probabilidad positivo de 6,3-14,7 y un cociente de probabilidad negativo de 0,47-0,42 (Álvarez, et al., 2001).

Los estudios lo identifican más sensible que el CAGE para la detección de consumo excesivo de alcohol y algo menos sensible, pero más específico que aquél para la detección de abuso o dependencia (corte en 8 y 2, respectivamente). No obstante, hay que tener en cuenta que su tiempo de aplicación es mayor que el del CAGE, requiriendo de 3 a 5 minutos (Álvarez, et al., 2001; García-Portilla, et al., 2010).

7.3.5.- Cuestionario de expectativas (creencias) hacia el alcohol (Alcohol Expectancy Questionnaire o AEQ de Brown, Christiansen y Goldman de 1987). Adaptación al Castellano de Mora-ríos, Natera, Villatoro y Villalvazo, 2000.

El estudio de las expectativas hacia el alcohol se inicia con los trabajos de Brown, Goldman, Inn y Anderson (1980), los cuales elaboraron un cuestionario para medir las *creencias individuales* sobre los efectos positivos del alcohol en la conducta social y emocional a partir de seis dimensiones: a) el alcohol transforma positivamente las experiencias; b) incremento de la sexualidad; c) realce del placer físico y social; d) asertividad social; e) reducción de la tensión y f) incremento del poder y la agresión. El instrumento original constaba de 120 ítems con formato de respuesta dicotómico (Verdadero-Falso) y unos coeficientes de consistencia interna para las subescalas del AEQ que varían en un rango de 0,72 a 0,92 (promedio de 0,48) en adultos con consumo no problemático (Brown et al., 1987).

Posteriormente Mora-Ríos, Natera, Villatoro y Villalvazo (2000) realizaron una adaptación del AEQ (Brown et al., 1987) con una muestra de estudiantes universitarios. Esta nueva versión es la que hemos utilizado en nuestro estudio, en ella se eliminaron algunos de los ítems del cuestionario original, a través de un análisis factorial confirmatorio, estableciendo las siguientes subescalas:

- a) Interacción grupal
- b) Expresividad verbal
- c) Desinhibición
- d) Incremento de la sexualidad
- e) Reducción de la tensión psicológica
- f) Reducción de la tensión física
- g) Agresividad y sentimientos de poder, y
- h) Cambios psicofisiológicos

Consta de 51 ítems con un formato de respuesta dicotómica, obteniéndose las puntuaciones en cada una de las subescalas a partir de la suma de los ítems que la integran con respuesta verdadera, a los que se le da un punto. La consistencia interna global de la prueba es de 0,93

7.3.6.- Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC de Palenzuela, Almeida, Prieto y Barros de 1992).

La batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC) está basada en la teoría del control personal de Palenzuela (1988), que evalúa tres escalas: Locus de control (LOC), Autoeficacia (A) y expectativas de Éxito (E). Asimismo, el locus de control es concebido como un constructo con 3 dimensiones; Contingencia (C), Indefensión (I) y Suerte (S), conteniendo cada una 5 ítems. La segunda y la tercera (A y E) escala, en cambio, son unidimensionales con 7 y 6 ítems respectivamente.

La batería está formada por un total de 28 ítems, cada uno de los cuales se valora del 1 al 9, a través de las siguientes instrucciones: *A continuación encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con algunos aspectos relevantes en su vida. Lea cada*

frase y tache con una cruz (X) en qué grado se identifica con su situación: Desde 1 = NO se identifica nada con la afirmación, hasta 9 = Se identifica totalmente. Las puntuaciones en la expectativa de contingencia (C), de indefensión (I) y de suerte (S) oscilan entre 5 y 45 puntos, la expectativa de autoeficacia (A) entre 7 y 63 y la de éxito entre 6 y 54.

La utilización de esta escala está motivada por su enfoque teórico integrativo y multidimensional de control personal y evalúa algunos de los constructos más representativos del mismo, enfatizando sobre medidas generalizadas de la personalidad (Palenzuela, et al., 1993).

7.4.- Descriptivos de instrumentos

En primer lugar analizamos descriptivamente las puntuaciones obtenidas en la *Entrevista de consumo de alcohol CAGE*. En la figura 33 se expone la distribución de las puntuaciones.

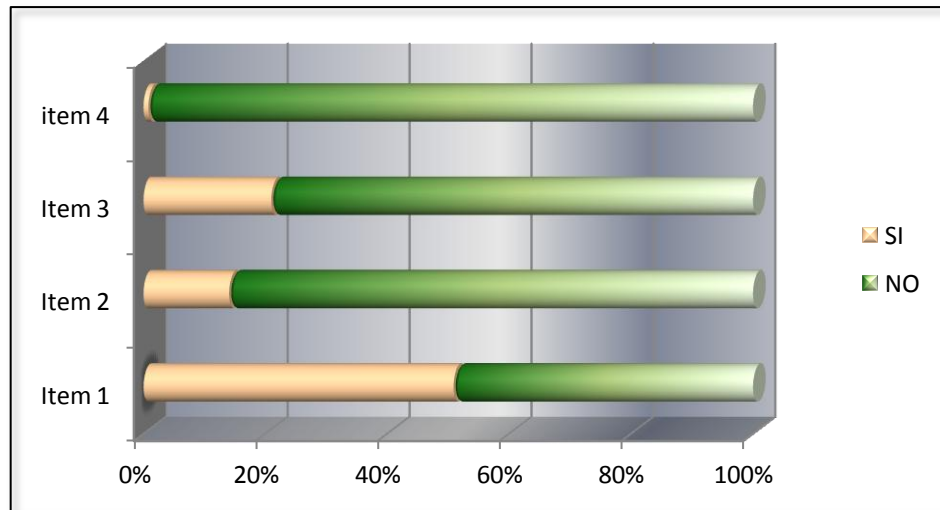


Fig. 33: Ítems del CAGE

Como podemos comprobar, hay un 50,1% de estudiantes universitarios que han tenido en alguna ocasión la impresión de que deberían beber menos (ítem 1), a un 13,7% le ha molestado alguna vez que le criticaran su forma de beber (ítem2), un 20,4% se ha sentido culpable en algún momento por su hábito etílico (ítem 3) y existen 7 personas, dentro de la muestra, que han necesitado alguna vez tomarse una copa a primera hora de la mañana para calmar los nervios (ítem 4).

Al seguir los criterios del CAGE, hemos sumado las puntuaciones para hallar el total, posteriormente las hemos categorizado atendiendo a diversos autores que recomiendan que a partir de 1 se sugieren problemas, o para Ferreira (2009) son bebedores sociales, y a partir de 2 se consideran positivos, es decir, con problemas con el alcohol (Saiz y cols., 2002) (figura 34).

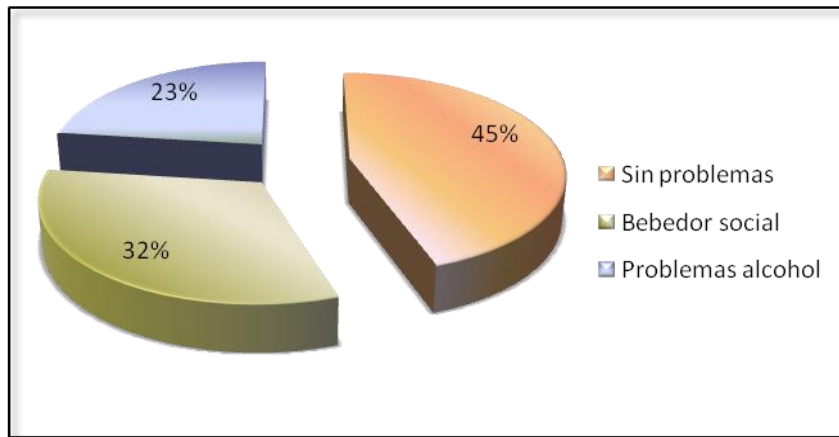


Fig. 34: Categorización del CAGE

De la misma forma se analizan las puntuaciones, obtenidas por los universitarios en la siguiente prueba sobre el consumo etílico; el *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*. La media alcanzó un valor de 4,91 con una desviación típica de 4,09; la puntuación mínima fue de 0 y la máxima de 25. La distribución resultó asimétrica positiva ($As = 1,39$), indicando que hay un elevado número de personas con bajas puntuaciones en la distribución, es decir, afortunadamente había un mayor número de sujetos que consumían poco. La curtosis también era positiva ($C = 2,48$). La figura 35 muestra esta distribución de las puntuaciones en el test.

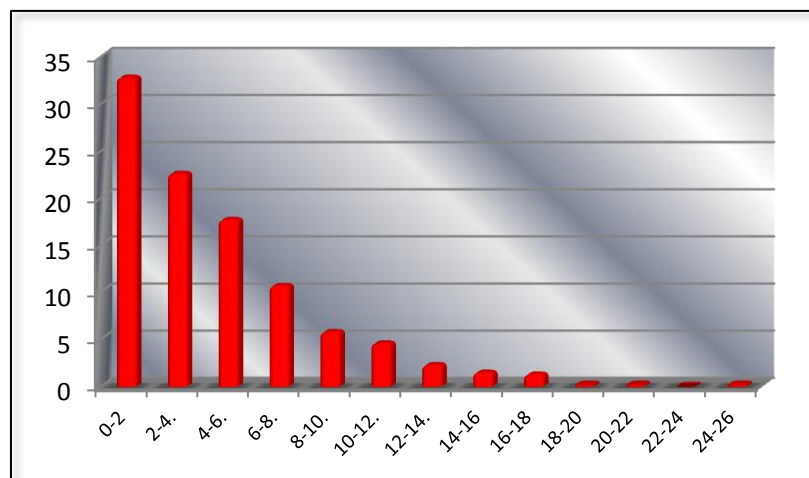


Fig. 35: Distribución de las puntuaciones obtenidas en el AUDIT

Ahora bien, al categorizar las puntuaciones en función de los puntos de corte que ofrecen Saiz, et al., (2002), se obtienen tres grupos: consumo normal (entre 0 y 8 para los hombres y 6 para las mujeres); consumo perjudicial (entre 8 y 6 y 20) y dependencia (a partir de 20). En la figura 36, podemos observar que un 59,5% de los estudiantes presentan un consumo étlico normal, mientras que hay un 37,8% y un 0,6% que presentan un consumo perjudicial y dependencia, respectivamente.

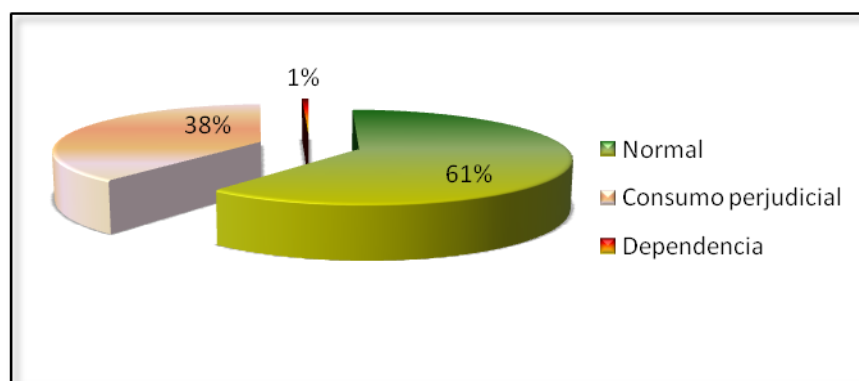


Fig. 36: Categorización de las puntuaciones obtenidas en el AUDIT

Nuestros resultados en ambas pruebas son acordes entre sí, siendo el consumo de riesgo (32 y 38%), inferior a los datos del estudio publicado en 2010, también con estudiantes de la Universidad de Salamanca, en el que 56,8% de los universitarios eran bebedores de riesgo (Rufo y Navarro, 2010). Sin embargo, estas cifras son bastante superiores a las proporcionadas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (EDADES; OEDT, 2011), con porcentajes del 4,4% para estratos de población entre los 15 a los 64 años y un 5,5% cuando el grupo es de 15 a 24 años. Por su parte, una cohorte distinta aunque próxima en edad, los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años, presentaron en 2004 una proporción del 12,3% de bebedores de riesgo (DGPNSD, 2007). Y aunque los resultados de nuestro estudio podrían mostrar un mayor nivel de consumidores de riesgo que los proporcionados por la DGPNSD, hay que tener en cuenta el consumo intensivo de alcohol, muy frecuente en la actualidad,

que supone una forma de consumo que se relaciona con consecuencias sociales y de salud igual o incluso más importantes que las derivadas del consumo de riesgo regular (Perkins, 2002; Bloomfield, Stockwell, Gmel y Rehn, 2003; Kuntsche, Rehm y Gmel, 2004; Room, Babor y Rehm, 2005).

Al comparar estas cifras con los datos observados tanto en Europa como en Estados Unidos, el 15% de los europeos de más de quince años han manifestado un consumo de riesgo y unos ochenta millones (la quinta parte de la población adulta de la Unión Europea) admitieron haber presentado un patrón de consumo intensivo al menos una vez a la semana en el 2006. Durante este mismo año académico (2006-2007), dentro del Estado Federado Alemán del Norte del Rhine-Westphalia (NRW), cerca del 80% de los estudiantes universitarios comentaron haber mantenido un consumo elevado y un 20% presentar problemas con el alcohol (Akmatov, Mikolajczyk, et al., 2011) y entre los universitarios ingleses se observó que un 82% de los encuestados mantuvo un consumo peligroso (Beenstock, Adams, et al. 2011). Asimismo, dentro del panorama estadounidense se detecta, durante el 2009, que entre un 11% y un 44% de los jóvenes de 18 a 25 años han participado en *atracones de bebida* y un 13,7% en consumos intensivos frecuentes (*heavy drinkings*) (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2010). En estos últimos, la mayor prevalencia se daba entre los jóvenes de 17 a 20-21 años (CORE, 2005; Eaton et al., 2006; NSDUH, 2006; Johnston et al., 2007), siendo más común entre los estudiantes de primer año de carrera (CORE, 2005), que mostraron un mayor consumo de riesgo que sus iguales sin estudios superiores (45,5% frente a 38,4%) (NSDUH, 2006).

Son múltiples los autores que consideran que el analizar el patrón de consumo es muy interesante, dado que está en la base del riesgo para desarrollar un Síndrome de Dependencia Alcohólica a una edad muy temprana (18 y 25 años), por tener una

capacidad menor de metabolismo (Marsh, y Fox Kibby, 1992; Echeburúa, 2001; Grant et al., 2004; Jennison, 2004; Grant et al., 2006; Anderson, 2007; Calafat Far, 2007; Farke y Anderson, 2007; Guardia Serecigni y cols., 2007; Cortés, Espejo y Giménez, 2008; Perry y Carroll, 2008; Balodis, Potenza y Olmstead, 2009; Martín del Moral, 2009; Pilatti, et al., 2010; De la Villa Moral y Ovejero, 2011; White, et al., 2011; Adan, 2012). En este sentido, Bobes et al., (2003) destacan que el 50% de los consumidores de riesgo de la población española cumplen criterios de dependencia alcohólica. Además, según los datos aportados por el Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2010) es entre los estadounidenses de 18 y los 25 años donde se produce un mayor consumo de bebidas alcohólicas y por tanto de su abuso y dependencia, con un 7,4% de población diagnosticada y un 6% entre la población europea (Leifman y cols., 2002; Anderson y Baumberg, 2006).

Con todo ello, cabría la posibilidad de introducir este nuevo patrón étlico en futuros instrumentos de medición y su posible impacto en el desarrollo del abuso y dependencia alcohólica.

El siguiente instrumento de medida analizado fue el Cuestionario de expectativas hacia el alcohol (AEQ). En la tabla 28 se exponen los resultados descriptivos obtenidos en las 8 escalas.

Al cotejar nuestros resultados con los mostrados por Mora-Ríos, et al. (2000) en su validación de este mismo cuestionario y también con estudiantes universitarios, observamos que las mayores puntuaciones se encuentran en las expectativas de Expresividad verbal, Cambios psicofisiológicos, Interacción grupal y Desinhibición, precisamente tres de estas cuatro variables se relacionan entre sí al conformar el aspecto social del instrumento (Expresividad verbal, Interacción grupal y Desinhibición).

Tabla 28. - Descriptivos del Cuestionario de expectativas hacia el alcohol (AEQ).

Escala	Media	Dt	Mínimo	Máximo
Interacción grupal	4,46	2,58	0	9
Expresividad verbal	3,4	1,72	0	5
Desinhibición	2,91	1,49	0	5
Incremento sexualidad	1,64	1,85	0	9
Reducción t. Psicológica	2,28	1,77	0	6
Reducción t. Física	1,42	1,26	0	4
Agresividad y poder	2,23	2,2	0	10
Cambios psicofisiológicos	1,82	1,16	0	3

Por el contrario, las menores puntuaciones fueron obtenidas principalmente en la subescala Incremento de la sexualidad, seguida de la Reducción de la tensión física y de la Agresividad y sentimientos de poder; la tensión física y psicológica es una variable relacionada con los efectos esperados del consumo en la conducta individual y puede ser un buen predictor del consumo problemático (Brown, 1985b; Ayala, 1993; Mora y Natera, 2001).

En el 2001, Mora-Ríos y Natera difundieron unos resultados algo diferentes a los observados en nuestro estudio, por ejemplo, las principales expectativas que hallaron fueron que el alcohol funcionaba como facilitador de la interacción grupal, como reductor de la tensión psicológica y como agente que incrementa la agresión y los sentimientos de poder.

En las figuras 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43 y 44, se representan las distribuciones de las puntuaciones obtenidas en las 8 escalas de este cuestionario de expectativas hacia el alcohol o AEQ.

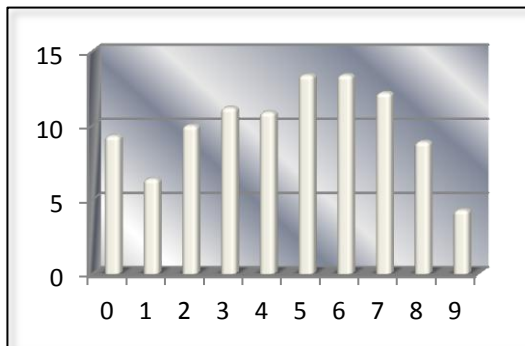


Fig. 37: Interacción Grupal

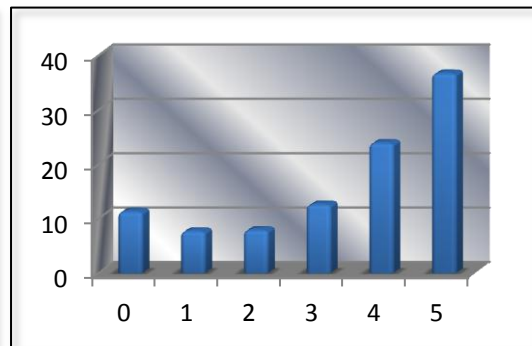


Fig. 38: Expresividad verbal

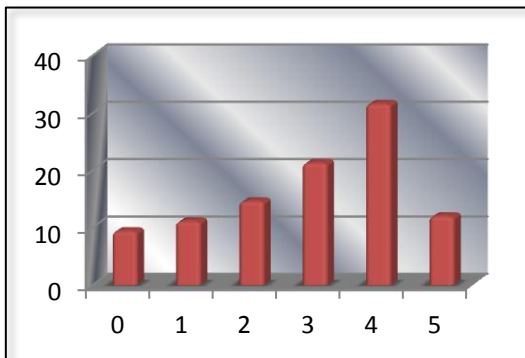


Fig. 39: Desinhibición

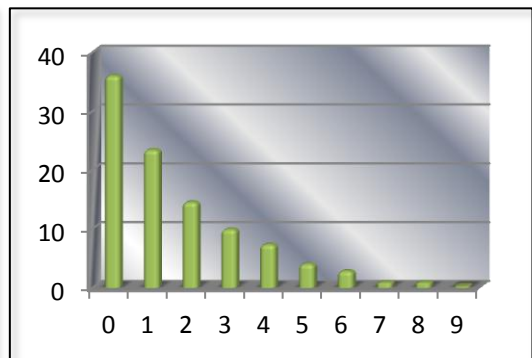


Fig. 40: Incremento de la sexualidad

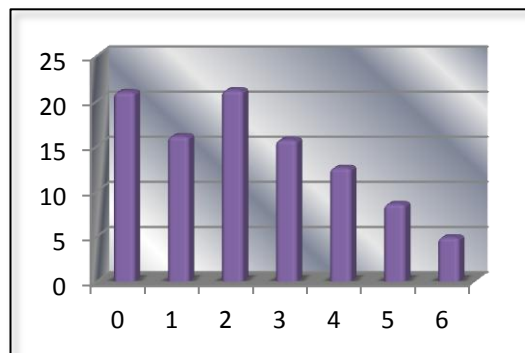


Fig. 41: Reducción de la tensión psicológica

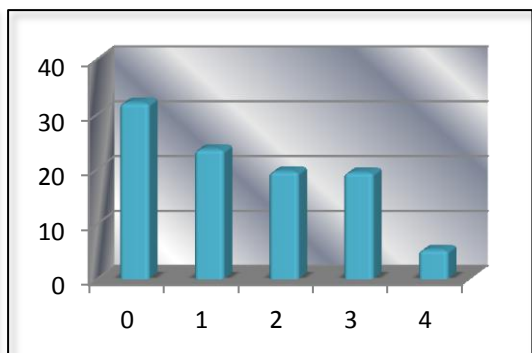


Fig. 42: Reducción de la tensión física

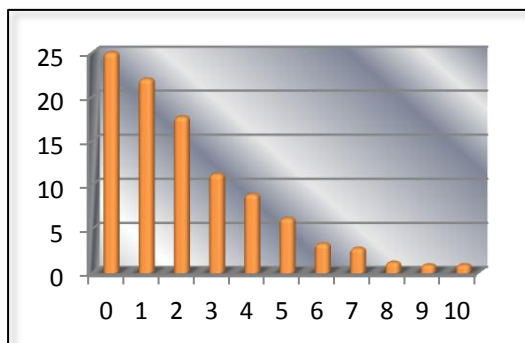


Fig. 43: Agresividad y Sentimientos de Poder

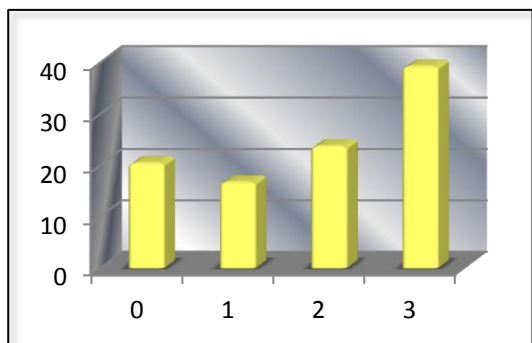


Fig. 44: Cambios Psicofisiológicos

Estudios posteriores, han encontrado que los efectos de los sentimientos de poder están moderados por ciertas diferencias individuales, entre ellas, el deseo, sobre todo masculino, de ser visto como poderoso; y algunos hombres jóvenes que expresaban mayores expectativas frente al aumento de agresividad y sensación de poder se veían envueltos en un mayor número de peleas en bares durante el consumo (Quigley, Corbett y Tedeschi, 2002).

Por su parte, Arrivillaga, Salazar y Correa (2003) con jóvenes universitarios colombianos analizaron el papel de las creencias pero sobre los comportamientos saludables y hallaron que éstos percibían el consumo de alcohol como favorable en ambientes de fiesta ya que promovía la diversión y los desinhibía. En esta misma línea, Londoño et al. (2005) adaptan el AEQ para población colombiana y observan, que los jóvenes universitarios de la ciudad de Bogotá asumen que consumir alcohol tiene beneficios, entre los que destacan ver la sustancia como un facilitador de la interacción y como un reductor de la tensión psicológica, seguido de las creencias en torno al aumento de la agresividad y sentimientos de poder y del incremento de la sexualidad y desinhibición. En menor medida relacionan la sustancia con el aumento de la expresividad verbal, cambios psicofisiológicos y reducción de la tensión física.

Tabla 29. - Descriptivos de las subescalas de la Bateria de Escalas Generalizadas de Control (BEEGC)

Escala	Media	Dt	Mínimo	Máximo
Contingencia	37,77	4,7	18	45
Indefensión	17,16	7,23	5	40
Suerte	26,57	7,43	5	45
Control	81,49	11,93	47	124
Éxito	38,1	8,59	6	54
Autoeficacia	39,73	9,72	7	63

Para finalizar, exponemos los resultados descriptivos obtenidos con la Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC) (tabla 29).

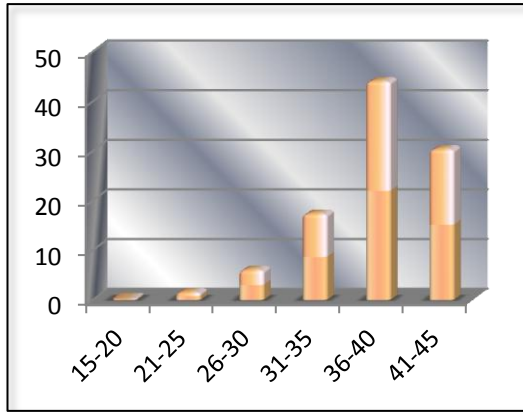


Fig. 45: Contingencia

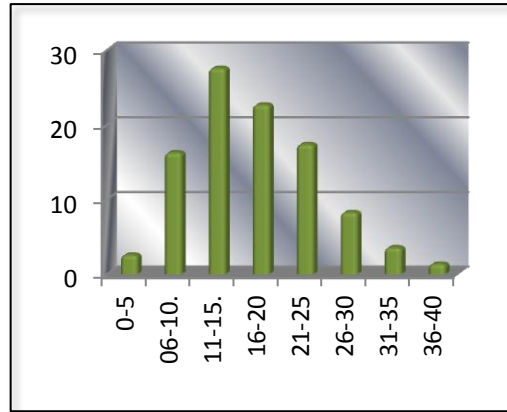


Fig. 46: Indefensión

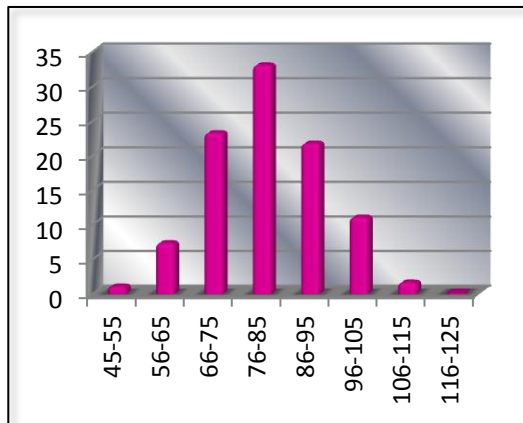


Fig. 47: Suerte

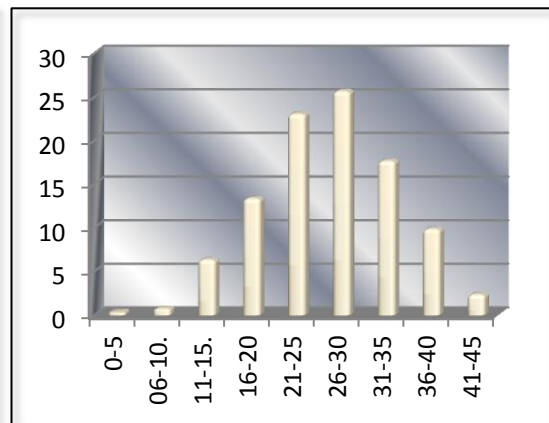


Fig. 48: Control

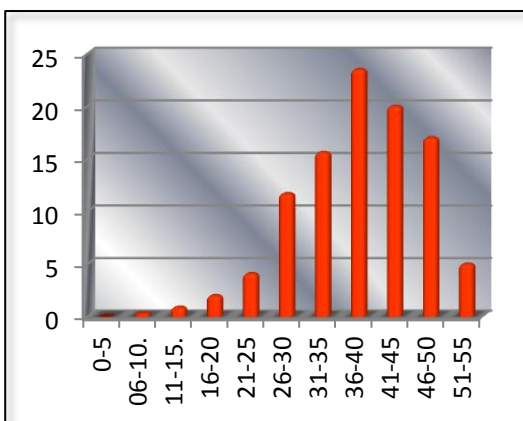


Fig. 49: Éxito

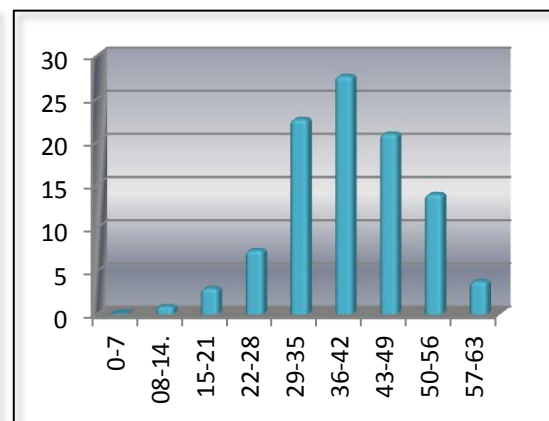


Fig. 50: Autoeficacia

Teniendo en cuenta que las tres primeras subescalas (Contingencia, Indefensión y Suerte) sus valores oscilan entre 5 y 45, a voz de pronto podemos destacar las puntuaciones obtenidas en Contingencia, con una media de 37,77, donde tal y como se observa en la figura 45 priman las puntuaciones elevadas; seguida de la Suerte (26,57) y la Indefensión (17,16). La escala de Control, que recoge las tres dimensiones previas, cuenta con una media de 81,49 (sus valores teóricos se encuentran entre 15 y 135) y la figura 48 muestra una distribución tendiente a la normal ($As = 0,14$).

La expectativa de Éxito entre los estudiantes universitarios presenta una media de 38,1 (sus valores oscilan entre 6 y 54) y en este caso predominan las puntuaciones positivas ($As = -0,55$; figura 49). Finalmente, la expectativa de Autoeficacia, muestra una media de 39,73 (cuyo rango de valores va de 7 a 63 puntos) y un índice de asimetría de $-0,19$ (figura 50).

7.5.- Análisis de datos

Una vez recogidos y ordenados los datos, se procedió al análisis estadístico que nos permitiría comprobar nuestras hipótesis y llegar a las conclusiones.

Los datos fueron analizados con el programa estadístico Statistical Package for the Social Science (SPSS, versión 15.0). El nivel de significación estadística asumida fue de 0,05, es decir, un nivel de confianza del 95%.

En un primer momento, para ordenar, representar y analizar los datos, se recurrió a pruebas de la Estadística Descriptiva. Para las variables cuantitativas utilizamos la media como medida de tendencia central, por ser el valor más representativo de una serie de datos. Como medida de dispersión o variabilidad, empleamos la desviación típica. Asimismo, en los gráficos de las distribuciones se han identificado los coeficientes de asimetría (concentración de valores a la izquierda o derecha de la media) y curtosis o grado de apuntamiento.

Para los datos cualitativos empleamos porcentajes y para ver si existía relación aplicamos *Análisis de Independencia de una tabla de Contingencia* o χ^2 (Chi cuadrado): para averiguar si existía relación o dependencia entre variables dicotómicas o categóricas.

A continuación, con el objetivo de comprobar las hipótesis planteadas, recurrimos a los análisis de la Estadística Inferencial, que nos permite generalizar los resultados de nuestra muestra a toda la población a la que pertenece, teniendo en cuenta las características de las variables y el tipo de prueba. Entre los análisis empleados en este estudio se encuentran:

- *t de Student*: permite evaluar la diferencia significativa entre las medias de dos grupos o dos categorías dentro de una misma variable dependiente. El nivel de medición

de la variable dependiente debe ser por intervalos o razón. Cuando se estudian dos o más poblaciones, deben tener una varianza homogénea y dispersión similar en sus distribuciones

- *Análisis de varianza o ANOVAS* de uno y dos factores, todos ellos de efectos fijos. Informan sobre la existencia de diferencias significativas entre los diferentes subgrupos en los que se han separado los sujetos de nuestro estudio, sobre la base de las categorías establecidas por la variable predictora o factor. Se realizaron comparaciones “a posteriori” entre los diferentes grupos, mediante el test de Scheffé.

Conclusiones

9.- CONCLUSIONES

1ª.- Los estudiantes universitarios participantes en el estudio inician su consumo etílico en torno a los 14 años, fruto de la curiosidad por saber cómo es y por la idea preconcebida de pasarlo bien. A partir de este momento continúan con la ingesta de alcohol a lo largo de la adolescencia, donde un 83% se ha embriagado al menos una vez en su vida, situándose la edad media de la primera intoxicación dos años después de su inicio.

2ª.- Se ha observado que durante la experiencia de la *primera embriaguez*, la casi totalidad de los participantes se encontraban acompañados por amigos, resultado que confirma la importante fuente de modelamiento que cumplen éstos tanto para el inicio como para el mantenimiento y abuso de sustancias. Tan sólo un 3% de los sujetos combinó durante esta primera intoxicación el alcohol con otras sustancias tóxicas, destacando la marihuana.

3ª.- Tras analizar la valoración que los universitarios realizan de su primera embriaguez, sorprendentemente más de un tercio la consideran un acontecimiento neutro; de forma negativa está conceptuada por el 28% y, es destacable que el 17% la valoren de manera positiva; es precisamente este grupo, el que mayor percepción subjetiva de normalidad da a esta conducta de intoxicación, los que declaran mantener un mayor consumo en la actualidad.

4ª.- Evaluado el conocimiento de los padres sobre el hecho de la primera embriaguez de sus hijos, el 80% estuvieron ajenos, no se enteraron de esta arriesgada conducta. Es decir, tan sólo una quinta parte de los encuestados afirmaron que sus padres lo sabían, pero curiosamente la mayor parte de los mismos tuvieron una reacción catalogada cómo neutra.

5ª.- Se demuestra que la edad de inicio del consumo, la presencia de intoxicaciones etílicas y la precocidad de las mismas son factores que están en relación y contribuyen al aumento del consumo etílico de los estudiantes universitarios, de modo que según cumplen años los adolescentes hay un incremento de su ingesta, de sus actitudes permisivas hacia dicha sustancia y un mayor desarrollo de patrones de uso problemático.

6ª.- El patrón de consumo predominante de los participantes del estudio se caracteriza por la presencia de frecuentes intoxicaciones etílicas desde la primera embriaguez hasta la actualidad, así como durante el mes previo a la realización de la encuesta, resultando estos datos concordantes con los observados a nivel nacional e internacional. Entre las bebidas alcohólicas ingeridas habitualmente durante este consumo se destaca el uso de los combinados, seguidos de la cerveza, chupitos, vino y licores solos.

7ª.- Se detecta una relación inversa entre la autoeficacia y la ingesta etílica de los encuestados, de modo que los estudiantes con mayores puntuaciones en este constructo, es decir, aquellos que se sienten más capaces y con mayor convicción para poder mantener con éxito un control en el consumo de alcohol, mantienen en la actualidad un uso menor y menos problemático de esta sustancia.

8ª.- Existe un claro soporte a favor del papel que tienen las creencias sobre el consumo etílico, por tanto, aquellos estudiantes que mantienen mayores expectativas de que el alcohol favorecerá la interacción interpersonal, su desinhibición social, la expresividad verbal, la sexualidad, la agresividad y los sentimientos de poder, y que reducirá su tensión psicológica y física, evidencian mayores ingestas y éstas son más problemáticas.

9ª.- Acorde a la literatura se destaca que, pese a que la ingesta de las chicas se acerca cada vez más al modelo masculino de beber, tanto en las formas como en la presencia de borracheras, son sus compañeros varones los que en la actualidad siguen bebiendo en mayor cantidad y frecuencia.

10ª.- En suma, el perfil del estudiante universitario de Salamanca encuestado y consumidor de alcohol es varón, que se inicia en el consumo aproximadamente a los 14 años y que con 16 años tiene su primera intoxicación etilica. En la actualidad se embriaga una vez al mes en compañía de sus amigos, bebe principalmente combinados, y no mezcla con otras drogas. A nivel personal destaca por un nivel bajo de autoeficacia y altas creencias sobre el efecto favorecedor del alcohol y todo ello bajo un gran desconocimiento por parte de sus padres.

Referencias bibliográficas

10.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aalto, M., Tuunanen, M., Sillanaukee, P., Seppa, K.** (2006). Effectiveness of structured questionnaires for screening heavy drinking in middle-aged women. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 30 (11), 1884-1888.
- Aas, H., Klepp, K.I., Laberg, J.C. y Aaro, L.E.** (1995). Predicting adolescents' intentions to drink alcohol: outcome expectancies and self-efficacy. *Journal of Studies on Alcohol*. 56, 293-299.
- Aas, H.N., Leigh, B.C., Anderssen, N., Jacobsen, R.** (1998). Two year longitudinal study of alcohol expectancies and drinking among Norwegian adolescents. *Addiction*, 93(3), 373-384.
- Abiodun, O. A., Ajiboye, P. O., Buhari, O. N., Ayanda, K. A., Adefalu, O. M., Adegboye, L. O.** (2013). Alcohol-related disorders among medical and surgical in-patients in a Nigerian teaching hospital. *Annals of African Medicine*, 12 (2), 120-126.
- Adalbjanardottir, S.** (2001). Use substances Perceived control of adolescents: longitudinal and concurrences analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15 (1) 25-32.
- Adan, A.** (2012). Impulsividad funcional y disfuncional en jóvenes con consumo intensivo de alcohol (binge drinking). *Adicciones*, 24, 1, 17-22. Consultado el 11 de Noviembre del 2012 <http://www.adicciones.es/files/17-22%20Adan.pdf>
- Aguilera, R.** (2002). *Generación botellón*. Madrid: Oyeron.
- Akmatov, M. K. y Mikolajczyk, R. T., et al.** (2011). Alcohol consumption among university students in North Rhine-Westphalia, Germany-Results from a multicenter cross-sectional study. [Abstract]. *Journal of American College Health* 59 (7), 620-626.
- Alamo, C., López-Muñoz, B., Martín, E., Cuenca, E.** (2000). Farmacología del Etanol. En: G. Rubio, J. Santo-Domingo (Eds.), *Guía Práctica de Intervención en el Alcoholismo* (pp. 85-113). Madrid: Nilo.
- Albeaux-Fernet, M.** (1970). Cit. En *Las consultas diarias en Psiquiatría*. Orig de Lôo, P. Madrid: Toray-Masson, S. A.
- Alegría, A., Miranda, A. L., Urzua, B.** (2007). Estilos Educativos Paternos en Familias Nucleares en Adolescentes del CBT. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 10 (2), 31-48. Consultado el 11 de noviembre del 2012. www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin
- Alonso, C. y Del Barrio, V.** (1996). Efectividad de tres intervenciones para la prevención del consumo de alcohol en la escuela. *Análisis y modificación de conducta*, 24, 679-701.
- Alonso, J., Rosado, J., Ruiz-Morote, R., Alonso Fernández, J.** (1997). Consumo de alcohol y adolescencia: estudio epidemiológico descriptivo. *Atención Primaria*; 19 (4): 183-187.
- Alvarez, F. J., Fierro, I., del Río, M. C.** (2006). Alcohol-related social consequences in Castille and Leon, Spain. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 30, 656-664.

- Álvarez, F. y del Río, C.** (2001). Farmacología del alcohol. En G. Rubio y J. Santo Domingo. *Curso de Especialización en alcoholismo* (pp. 1-24). Madrid: Riniprint, S. A.
- Álvarez, M. A. y Álvarez, J. A.** (1998). Diseño de una encuesta sobre los hábitos de alcoholismo. Aplicación a una población estudiantil en Granada, en AA.VV. En: *Atención a los espacios y tiempos extraescolares: VIII Jornadas L.O.G.S.E.* Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Álvarez, S., Gallego, P., Latorre, C., Bermejo, F.** (2001). Papel del test AUDIT para la detección de consumo excesivo de alcohol en Atención Primaria. *Medifam, 11* (9), 553-557
- American Psychiatric Association** (1994). *D.S.M.-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition.* Washington, D. C.: American Psychiatric Association (trad. cast., Barcelona: Masson, 1995).
- American Psychiatric Association.** (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR.* Barcelona. Masson.
- Anderson, P.** (2007). *Binge drinking and Europe.* London: Institute of Alcohol Studies. Consultado el 12 de noviembre de 2010. http://www.dhs.de/web/dhs_international/php/daten/Reviews/PHPReport_on_binge_drinking.pdf
- Anderson, P. y Baumberg, B.** (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective.* London: Institute of Alcohol Studies.
- Anderson, P. y Letho, G.** (1994). Prevention Politics. *British Medical Bulletin, 50* (1), 171-185.
- Andrews, J., Tildesley, E., Hops, H. y Fuzhong, L.** (2002). The influence of peers on young adult substance use. *Health Psychology, 21*, 349-357.
- Arias Constantí, V., Trenchs Sainz de la Maza, V., Sanz Marcos, N., Curcoy Barcenilla, A.I., Luaces Cubells, C.** (2010). Valoración de la necesidad de analítica sanguínea a los adolescentes con intoxicación etílica aguda en un servicio de urgencias. *Anales de Pediatría, 73* (5), 288-90.
- Ariza, C., Nebot, M., Villalbí, J. R., Díez, E., Tomás, Z., Valmayor, S.** (2003). Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis de los escolares de Barcelona (1987-1999). *Gaceta Sanitaria, 17*, 190-5.
- Aronson, E.** (2000). *El animal social. (8ª edición).* Madrid: Alianza Editorial
- Arrivillaga, M., Salazar, I. C. y Correa, D.** (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica, 34*, 186-195.
- Arwidson, P. y Kreft-Jais, C.** (2013). La necesaria contribución de la ciencia a la prevención. *Global Health Promotion, 20*, 110. Consultado el 1 de junio de 2013. http://ped.sagepub.com/content/20/2_suppl/110
- Aubá, J., Gual, A. y Monrás, M.** (1998). *Curso de Formación sobre Prevención y Tratamiento del Alcoholismo.* Barcelona: Ediciones Doyma, S. A.

- Auerbach, K. y Collins, L.** (2006). A multidimensional developmental model of alcohol use during emerging adulthood. *Journal of studies on alcohol*, 67 (6), 917-925.
- Avant, S. F., Margolin, A., Kosten, T. R. y Cooney, N.L.** (1995). Differences between responders and nonresponders to cocaine cues the laboratory. *Addictive Behaviors*, 20, 215-224.
- Ayala, H.** (1993). El curso del alcoholismo: Una visión psicológica. *Investigación Psicológica*, 3, 5-36.
- Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., et al.** (2003). *Alcohol: no ordinary commodity. Research and Public Policy*. Oxford UK: Oxford University Press.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., Monteiro, M. G.** (2001). *AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol: Pautas para su utilización en Atención Primaria*. Organización Mundial de la Salud. Traducción: José Martínez-Raga, Bartolomé Pérez Gálvez, Miguel Castellano Gómez, María Dolores Temprado Albalat.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., Monteiro, M. G.** (2001). *AUDIT. The alcohol disorders use identification test. Guidelines for use in primary care, 2nd Ed.* Geneve: WHO.
- Bach i Bach, L.** (2000). La falta de conciencia del daño alcohólico, firme impedimento para la prevención primaria y secundaria del alcoholismo. *Revista Española de Drogodependencias*, 25 (2), 114-117.
- Baer, J.** (2002). Student factors: Understanding individual variation in college drinking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs (Supl)*, 14, 40-53.
- Baigorri, A., Fernández, R., y Grupo de Investigación en Estudios Sociales y Territoriales (GIEST)** (2003). *El botellón: un conflicto postmoderno*. Barcelona: Icaria.
- Balarezo, L. y Lima, S.** (2009). *El alcoholismo: Una perspectiva integrativa*. Quito-Ecuador: Centro de publicaciones PUCE.
- Baldwin, A. R., Oei, T. P. S. y Young, R.** (1993). To drink or not to drink: The differential role of alcohol expectancies and drinking refusal self efficacy in quartely and frequency of alcohol consumption. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 511-530.
- Balodis, I. M., Potenza, M. N. y Olmstead, M. C.** (2009). Binge drinking in undergraduates: relationships with sex, drinking behaviours, impulsivity, and the perceived effects of alcohol. *Behavioral Pharmacology*, 20, 518-526.
- Banderas, C. R., Martínez, A. J., Romo, T.** (2010). Prevención integral de consumo de alcohol y drogas en estudiantes universitarios: una propuesta de intervención grupal. *Acta Colombiana de Psicología* 13 (2), 19-33.
- Bandura A.** (1999, 2001). *Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A

- Bandura, A.** (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191-205.
- Bandura, A.** (1987). *Pensamiento y acción, fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Bankston, S. M., Carroll, D. D., Cron, S. G., Granmayeh, L. K., Marcus, M. T., Moeller, F. G., Liehr P. R.** (2009). Substance abuser impulsivity decreases with a nine-month stay in a therapeutic community. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35, 417-420.
- Bates, M. E., Voelbel, G. T., Buckman, J. F., Labouvie, E. W. y Barry D.** (2005). Short-term neuropsychological recovery in clients with substance use disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29, 367-377.
- Becoña, E.** (2000). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Plan Nacional de Drogas. Universidad Santiago de Compostela. Consultado el 14 de Octubre de 2009. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/bases.pdf>.
- Becoña, E.** (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77, 1-5.
- Becoña, E.** (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre drogas. Consultado el 22 de noviembre de 2009. http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Bases_cientificas.pdf
- Becoña, E.** (2008). Drogodependencias. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología, edición revisada, vol. 1* (pp. 375-402). Madrid: McGraw-Hill.
- Becoña, E. y Calafat, A.** (2006). *Los jóvenes y el alcohol*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. y Cortés, M.** (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol
- Becoña, E., Juan, M., Calafat, A., Ros, M.** (2008). Razones para no aceptar una relación sexual en jóvenes que se divierten en contextos recreativos nocturnos en función del género y la embriaguez. *Adicciones: Revista de Socidrogalcohol*, 20 (4), 357-364.
- Becoña, I.** (2001b). Modelos Teóricos para la Prevención del Consumo de Drogas en Adolescentes. *Revista de la Asociación Proyecto Hombre*, 40, 78-83.
- Becoña, I.** (2002). *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado.
- Beenstock, J., Adams, J., et al.** (2011). The association between time perspective and alcohol consumption in university students: Cross-sectional study. *European Journal of Public Health*, 21 (4), 438-443.
- Beirness, B. J., Foss, R. D. y Vogel-Sprott, M.** (2004). Drinking on Campus: Self-Reports and Breath Tests. *Journal of Studies on Alcohol*, 6, 600-604.
- Bell, R. M., Ellickson, P. L. y Harrinson, E. R.** (1993). Do drug prevention effects persist into high school?. How project alert did with granders. *Preventive Medicine*, 22, 463-483.

- Bellis, M., Hughes, K.** (2004). Pociones sexuales. Relación entre alcohol, drogas y sexo. *Adicciones*, 16, 249-57.
- Berglund, M., Thelander, S., Salaspuro, M., Franck, J., Andréasson, S., Öjehagen, A.** (2003). Treatment of alcohol abuse: an evidence-based review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27, 1645-1656.
- Berjano, E.** (1986). *Drogas y delincuencia: Población de alto riesgo*. Valencia: Conselleria de Treball i Seguretat Social.
- Berjano, E. y Musitu, G.** (1987). *Las drogas: Análisis teórico y métodos de intervención*. Valencia: Nau Llibres.
- Bilbao, A.** (2008). Individuo y orden social. La emergencia del individuo y la transición a la sociología. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 123, 251-255.
- Bitunjac, K., Saraga, M.** (2009). Alcohol intoxication in pediatric age: ten-year retrospective study. *Croatian Medical Journal*, 50, 151-6.
- Bloomfield, K., Stockwell, T., Gmel, G. y Rehn, N.** (2003). International comparisons of alcohol consumption. *Alcohol Research & Health*, 27 (1), 95-109.
- Blum, R. H.** (1973). Un hombre de ciencia juzga la droga. En: L. Dauffí (Ed.). *La verdad sobre la droga*. Barcelona: Promoción Cultural.
- Blume, A. W. and Marlatt, G. A.** (2011). Motivational enhancement as a brief intervention for college student drinkers. En Miles Cox and Eric Klinger (Eds.): *Handbook of motivational counseling: Goal-based approaches to assessment and intervention with addiction and other problems*, 531-547. Chichester: Malden, MA : John Wiley & Sons.
- Bobes, J., Bascarán, M. T., González, M. P. y Sáiz, P. A.** (2000). Epidemiología del uso/abuso del cannabis. *Adicciones*, 12 (2), 31-40.
- Bobes, J., Casas, M. y Gutierrez, M.** (2003). *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*. Barcelona: Ars Medica.
- Bolet Astoviza1, M.** (2000). La prevención del alcoholismo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16 (4), 406-9.
- Bonar, E. E., Rosenberg, H. et al.** (2011). Measuring university students' self-efficacy to use drinking self-control strategies. [Abstract]. *Psychology of Addictive Behavior*, 25 (1), 155-161.
- Bot, S. M., Engels, R. C. M. E. y Knibbe, R. A.** (2005). The effects of alcohol expectancies on drinking behaviour in peer groups: observations in a naturalistic setting. *Addiction*, 100, 1270-1279.
- Bouzada, X.** (2001). Los espacios del consumo cultural colectivo. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 96, 51-70.
- Brändle, G.** (2007). Consumo y cambio social en España: evolución en el equipamiento doméstico 1983-2005. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 120, 75-114.

- Branon, L. y Feist, J.** (2001). *Psicología de la Salud*. España: ED Thompson.
- Bras J.** (2003). Prevención en la infancia y adolescencia. En: C. Brotons, R. Ciurana, M. Iglesias (Eds). *Manual de prevención en atención primaria* (p. 355-62). Barcelona: Ed. EdiDe.
- Braschi, M. E. y Santos, I. J.** (2006). Drogas y adolescencia. *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires*, 48 (220), 281-291.
- Brook, J., Brook, D., de la Rosa, M., Whiteman, M., Johnson, E. y Montoya, I.** (2001). Adolescent illegal drug use: The impact of personality, family and environmental factors. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 183-203.
- Brown, S. A.** (1985). Expectancies versus background in the prediction of college drinking patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 123-130.
- Brown, S. A.** (1985b). Reinforcement expectancies and alcoholism treatment outcome after a one-year follow up. *Journal of studies on Alcohol*, 46, 304-308.
- Brown, S. A. y Munson, E.** (1987). Extroversion, anxiety and the perceived effects of alcohol. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 272-276.
- Brown, S. A., Christiansen, B. A., Goldman, M. S.** (1987). The Alcohol Expectancy Questionnaire: An instrument for the assessment of adolescent and adult alcohol expectancies. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 483-491.
- Brown, S. A., Goldman, M. S., Inn, A. y Anderson, L. R.** (1980). Expectations of reinforcement from alcohol their domain and relation to drinking patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 419-426.
- Brown, S. A., Goldman, M., Christiansen, B. A.** (1985). Do alcohol expectancies mediate drinking patterns of adults? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 512-519.
- Brunt, P. W.** (1982). Treatment of alcohol dependence: The alcoholic patient. *British Medical Bulletin*, 38, 103-108.
- Burke, R. S., y Stephens, R. S.** (1997). Effect of anxious affect on drinking self-efficacy in college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 65-75.
- Caamaño-Isorna, F., Corral, M., Parada, M. y Cadaveira, F.** (2008). Factors associated with risky consumption and heavy episodic drinking among spanish university students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69, 308-312.
- Cabrera Forneiro, J., Fuertes Rocañín, J. C.** (1997). *Manual de Psiquiatría Forense*. Madrid: Cauce Editorial
- Cabrera, G., Tascón, J. y Lucumi, O.** (2001). Creencias en salud: historia, constructor y aportes del modelo. *Revista Nacional Facultad de Salud Pública*, 19 (1), 91-101.
- Cabrerizo, S. y Docampo, P. C.** (2010). Alcohol y mezcla de fármacos: modalidad de abuso frecuente. Presentación de casos clínicos. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 108 (5), 111-113.

- Cadaveira , F.** (2009). Alcohol y cerebro adolescente. *Adicciones*, 21 (1), 9-14.
- Calafat Far, A.** (2007). El abuso de alcohol de los jóvenes en España. *Adicciones*, 19 (3), 217-224.
- Calafat, A., Juan, M. y Duch, M. A.** (2009). Intervenciones preventivas en contextos recreativos nocturnos: revisión. *Adicciones*, 21 (4), 387-414.
- 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.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Castillo, A., Fernández, C., Franco, M., et al.** (2005). El consumo de alcohol en la lógica del botellón. *Adicciones*, 17, 193-202.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A., Sureda, P. Y Torres, M. A.** (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas/Obra Social Caja Madrid
- Calafat, A., Stocco, P., Mendes, F., Simon, J., Van Wijngaart, G., Sureda, P., et al.** (1998). *Characteristics and Social Representation of Ecstasy in Europe*. Palma de Mallorca. IREFREA.
- Caldwell, L. C., Schweinsburg, A. D., Nagel, B. J., Barlett, V. C., Brown, S. A., Tapert, S. F.** (2000). Gender and adolescent alcohol use disorders on BOLD (blood oxygen level dependent) response to spatial working memory. *Alcohol and Alcoholism*, 40, 194-200.
- Callas, P. W., Flynn, B. S. y Worden, J. K.** (2004). Potentially modifiable psychosocial factors associated with alcohol use during early adolescence. *Addictive Behaviors*, 29, 1503-1515.
- Calvete, E. y Estévez, A.** (2009). Consumo de drogas en adolescentes: el papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21, 49-56.
- Camera, S., Sarriera, J., Carlotto, M.** (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología*, 41, 161-66.
- Campins, M., Gash, J., Herel, P., Rosello, J., Vaque, J.** (1996). Consumo y actitudes de los adolescentes frente a sustancias adictivas: encuesta de prevalencia. *Anales Españoles de Pediatría*, 45 (5): 475-478.
- Cano, G. J., Araque, F. y Ortiz, A. C.** (2011). Adicción, impulsividad y curvas temporales de deseo. *Adicciones*, 23, 141-148.
- Cárdenas, C. y Moreno, B.** (1990). Las expectativas asociadas al alcohol en edades tempranas. *Boletín de Psicología*, 27, 33-54.
- Carmona, A. y Chávez, R.** (1991). Expectativas de efectos positivos del alcohol adquiridas en el ambiente temprano (alcohólicos y no alcohólicos). *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 9, 151-162.
- Carver, C.S.** (1979). A cybernetic model of self-attention processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1251-1281.

- Casas Brugué, M., Roncero Alonso, C. y Colom Farran, J.** (2005). Avances en conductas adictivas. En J. Vallejo Ruiloba (Ed). *Tratado de psiquiatría. Volumen I*. Barcelona: Ars Médica.
- Cassola, I., Pilatti, A., Alderete, A., y Godoy, J.C.** (2005). Conductas de riesgo, expectativas hacia el alcohol y consumo de alcohol en adolescentes de la ciudad de Córdoba. *Revista Evaluar*, 5, 38-54.
- Casswell, S., Gilmore, LL., Sliva, P., Brasch, P.** (1988). What children know about alcohol and how they know it. *Addiction*, 83, 223-227.
- Castellana, M. y Lladó, M.** (1999). Adolescencia y juventud: Adolescencia y juventud: prevención y percepción del riesgo al consumo. *Revista Española de Drogodependencias*, 24, 118-130.
- Catanzaro, S. J. y Laurent, J.** (2004). Perceived family support, negative mood regulation expectancies, coping, and adolescent alcohol use: Evidence of mediation and moderation effects. *Addictive Behaviors*, 1-19.
- Centers for Disease Control and Prevention.** (2006). *Youth Risk Behavior Surveillance System: Home page*. Consultado el 24 de mayo de 2013. <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/index.htm>
- Chaloupka, F. J., Cummings, K. M., Morley, C. M. y Horan, J. K.** (2002). Tax, price and cigarette smoking: Evidence from the tobacco documents and implications for tobacco company marketing strategies. *Tobacco Control*, 11 (1), 62-73.
- Charalambous, M. P.** (2007). Alcohol and the accident and emergency department: a current review. . *Alcohol and Alcoholism*, 37, 307-12.
- Christiansen, B. A., Smith, G. T., Rochling, P. V., Goldman, M.** (1989). Using alcohol expectancies to predict adolescent drinking behavior after one year. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 93-99.
- Christiansen, B., Goldman, M. e Inn, A.** (1982). Development of alcohol related expectancy in adolescents: separating pharmacological from social learning influences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (2), 249-257.
- Chung, T., Martin, C. S. y Winters, K. C.** (2005). Diagnosis, course, and assessment of alcohol abuse and dependence in adolescents. En M. Galanter (Ed de la serie) & C. Lowman, G.M. Boyd, V.B. Fader y E. UIT (Ed del volumen), *Recent Developments in Alcoholism: vol. 17. Alcoholic problems in adolescents and young adults* (pp. 5-27). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Clark, L., Robbins, T., Ersche, K. y Sahakian, B.** (2006). Reflection Impulsivity in current and former substance users. *Biological Psychiatry*, 60, 515-522.
- Clayton, R. R.** (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.

- Colder, C., Campbell, R., Ruel, E., Richardson, J.L. y Flay, B.** (2002). A finite mixture model of growth trajectories of adolescent alcohol use: Predictors and consequences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (4), 976-985.
- Coleman, L., Cater, S.** (2005). Underage 'binge' drinking: a qualitative study into motivations and outcomes. *Drugs: education, prevention and policy*, 12 (2), 125-136.
- Coley, R. L., Votruba-Drzal, E. y Schlinder, H. S.** (2008). Trajectories of parenting processes and adolescent substance use: Reciprocal effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 613-625.
- Comas, D.** (1985). *El uso de drogas en la juventud*. Madrid: Ministerio de Cultura.
- Comas, D.** (2004). Jóvenes y estilos de vida. Valores y riesgos en los jóvenes urbanos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 104, 264-268.
- Comas, R., Jiménez, A., Acero, A. y Carballo, C.** (2007). Variables psicosociales del consumo de cannabis en adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 2, 162-180.
- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas** (2007). *Informe sobre alcohol*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consultado el 4 de noviembre de 2011. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf>
- Com-Ruelle, L., Dourgnon, P., Jusot, F., Latil, E. y Lengagne, P.** (2006). *Identification et mesure des problèmes d'alcool en france: une comparaison de deux equates en population générale*. Consultado el 27 de marzo de 2009. <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1600.pdf>
- Contel, M., Gual, A., Colom, J.** (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones*, 11, 337-347.
- Contreras Martínez, L., Molina Banqueri, V. y Cano Lozano, M C.** (2012). Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas. *Adicciones*, 24 (1), 31-38.
- Cooper, A. L., Richter, D. L., Valois, R. F., MacKeown, R. E., Garrison, C. Z., Vincent, M. L.** (1994). Correlates and consequences of early initiation of sexual intercourse. *Journal of School Health*, 64, 372-77.
- Cooper, M. L., Rusell, M. y George, W. H.** (1988). Coping, expectancies and alcohol abuses: A test of social learning formulations. *Journal of Abnormal Psychology*, 97 (2), 218-230.
- Core Alcohol and Drug Survey** (2005). Alcohol and drug surveys. Consultado el 15 de diciembre de 2010. http://www.ucmo.edu/vsap/cab/documents/CoreExecutiveSummary_2002-2006.pdf
- Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A. y Arico, S.** (1999). Exploring the doseresponse relationship between alcohol consumption and the risk of several alcohol- related conditions: a meta analysis. *Addiction*, 94, 1551-1573.
- Cortés, M. T., Espejo, B. y Gimenez, J. A.** (2008). Aspectos cognitivos relacionados con la práctica del botellón. *Psicothema*, 20 (3), 396-402.

- Coutin-Churchman, P., Moreno, R., Anez, Y., Vergara, F.** (2006). Clinical correlates of quantitative EEG alterations in alcoholic patients. *Clinical Neurophysiology*, 117 (4), 740-51.
- Craig, G. J.** (1997). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall.
- Crego, A., Rodríguez Holguín, S., Parada, M., Mota-Miranda, N., Corral, M., Caamaño-Isorna, F., et al.** (2008). *Actividad electrofisiológica relacionada con memoria de trabajo visual en jóvenes consumidores intensivos de alcohol*. Comunicación presentada en las XXXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. A Coruña.
- Crews, F. T., Mdzinarishvili, A., Kim, D., He, J., Nixon, K.** (2006). Neurogenesis in adolescent brain is potentially inhibited by ethanol. *Neuroscience*, 137, 437-45.
- Critchlow, L. B.** (1987). Belief about the effects of alcohol on self and others. *Journal of Studies on Alcohol*, 48 (5), 467-475.
- Critchlow, L. B.** (1990). The relationship of sex-related alcohol expectancies to alcohol consumption and sexual behaviour. *British Journal of Addiction*, 85, 919-928.
- Cunill, M., Planes, M. y Grass, M.E.** (1998). Creencias sesgadas respecto al grado de “dureza” de algunas drogas en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 10 (3), 233-238.
- Curci, O.** (2005). Alcohol etílico. En: *Toxicología*. (pp. 57-74). Buenos Aires: La Prensa Medica Argentina.
- Currie, C., Roberts, Ch., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. y Rasmussen, V. B.** (Eds.) (2004). *Young People's Health in Context. Health Behaviour in School-aged Children: a WHO cross-national collaborative study (HBSC Internacional Report from the 2001/02 survey)*. Copenhagen: Organización Mundial de la Salud.
- D'Amico, E. J. y Fromme, K.** (2001). A brief intervention for adolescent risk- taking behavior. *Addiction*. 97, 563-574.
- D'Amico, E. J. y McCarthy, D. M.** (2006). Escalation and initiation of younger adolescent's substance use: The impact of perceived peer use. *Journal of Adolescent Health*, 39, 481-487.
- D'Alessio, M., Baiocco, R. y Laghi, F.** (2006). The problem of binge drinking among Italian university students: a preliminary investigation. *Addictive Behaviours*, 31 (12), 2328-2333.
- Dalonso, J., Frutos, S. y Guisasola, M.** (1998). *Identidades barriales y conflictos comunitarios*. Madrid: Taurus.
- Dano, C., Fournié, A., Le Geay, F., Lefebvre-Lacoeuille, C., Fanello, S., Descamps, P.** (2013). Alcohol y embarazo. *EMC - Ginecología-Obstetricia*, 49 (1), 1-8. Consultado el 1 de junio de 2013. [http://dx.doi.org/10.1016/S1283-081X\(13\)64081-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1283-081X(13)64081-3)
- Darkes, J., y Goldman, M. S.** (1993). Expectancy challenge and drinking reduction: Experimental evidence for a meditational process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (2), 344-353.

- David, K. M. y Murphy, B. C.** (2007). Interparental conflict and preschoolers' peer relations: The moderating roles of temperament and gender. *Social Development*, 16, 1-23.
- Dawe, S. y Loxton, N.** (2004). The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28, 343-351.
- Dawe, S., Gullo, M. J. y Loxton, N. J.** (2004). Reward drive and rash impulsiveness as dimensions of impulsivity: Implications for substance misuse. *Addictive Behaviors*, 29, 1389-1405.
- Dawson, D.** (2003). Methodological issues in measuring alcohol use. *Alcohol research & health*, 27 (1), 18-29.
- Dawson, D. A., Harford, T. C., Grant, B. F.** (1992). Family history as a predictor of alcohol dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16, 572-575.
- De Arana, J. I.** (1995). *Los jóvenes y el alcohol*. Palabra, Madrid, 137-138.
- De la Revilla L, Prados, M. A.** (1994). Problemas específicos de las primeras etapas del ciclo vital familiar. En: L. De la Revilla (Ed). *Conceptos e instrumentos de la atención familiar* (pp. 43-52). Barcelona: Ed. Doyma.
- De la Revilla L.** (1994). La atención longitudinal: el ciclo vital familiar. En: L. De la Revilla (Ed). *Conceptos e instrumentos de la atención familiar* (pp. 37-42). Barcelona: Ed. Doyma.
- De la Villa Moral, M. y Ovejero, A.** (2011). Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles: Tendencias emergentes y percepciones de riesgo. *Universitas Psychologica*, 10 (1), 71-87.
- De León, G.** (2004). *La Comunidad Terapéutica y las Adicciones. Teoría, Modelo y Método*. New York: Springer Publishing Company.
- De Wit, H.** (2009). Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: A review of underlying processes. *Addiction Biology*, 14, 22-31.
- Del Río, M. C., Gómez, J., Sancho, M., Alvarez, J.** (2002). Alcohol, illicit drug and medicinal drugs in fatally injured drivers in Spain between 1991 and 2000. *Forensic Science International*, 127, 63-70.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [DGPND].** (2007). *Informe sobre alcohol*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones. Consultado el 6 de febrero de 2012. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf>
- Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas** (2004). *Informe 2004 del Observatorio Español sobre Drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Consultado el 27 de marzo de 2009. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf>
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas** (2009). *Informe OED 2009. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Consultado el 4 de noviembre de 2011. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed-2009.pdf>

- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [DGPND].** (2007). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [DGPND].** (2009). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016*. DGNPSD. Madrid.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.** (2006). *Informe OED 2004*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Consultado el 1 de febrero de 2010. www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf
- Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre drogas.** (2007). *Alcohol y Cannabis: Informe de la comisión clínica*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de publicaciones. Madrid.
- Dermen, K. H. y Thomas, S. N.** (2011). Randomized controlled trial of brief interventions to reduce college students' drinking and risky sex. *Psychology of Addictive Behaviors* 25 (4), 583-594.
- Dervaux, A., Bayle, F.J., Laqueille, X., Bourdel, M. C., Leborgne, M.** (2006). Validity of the CAGE questionnaire in schizophrenic patients with alcohol abuse and dependence. *Schizophrenia Research*. 31, 81 (2-3), 151-155.
- Di Clemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R., Cobb, B. K., Harrinton, K., Davies, S. L.** (2001). Parent-adolescent communication and sexual risk behaviours among African adolescents females. *Journal of Pediatrics*, 139, 407-12.
- Díaz, D., Arrellanes, J., y Martínez, J.** (2002). Uso de drogas y factores psicosociales asociados entre estudiantes de educación media básica del estado de Nuevo León. En: J. Villatoro, y M.E. Medina-Mora (Eds.), *observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas: Las encuestas con estudiantes: Una población protegida en constante riesgo* (pp. 133-136). México: Conadic.
- Díaz, F. A.** (2001). *Hablamos de alcoholismo*. Madrid: San Pablo.
- Dickman, S.J.** (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 95-102.
- Diez Manrique, F. F. y de Montiano Valero, F.** (1997). Aspectos preventivos de los problemas relacionados con el alcohol. *Monografías de Psiquiatría*, 9 (1), 32-36.
- Dirección General de Tráfico.** (2002). *Guía de Educación Vial para educación secundaria*. Madrid: Dirección General de Tráfico.
- Donaldson, S. L., Graham, I. W., Piccinin, A. N. y Hansen, W. B.** (1995). Resistance- skills training and onset of alcohol use: evidence know beneficial and potentially harmful effects in public schools and in private catholic schools. *Health Psychology*, 14 (4) 291-300.
- Duncan, T., Duncan, S. and Hops, H.** (1998). Latent variable modeling of longitudinal and multilevel alcohol use data. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 399-408.

- Dunn, M. D. y Goldman, M. S.** (1996). Empirical modeling of an alcohol expectancy network in elementary school children as a function of grade. *Experimental and Clinical Psychology*, 4 (2), 209-217.
- Dunn, M. E. y Goldman, M. S.** (1998) Age and drinking- related differences in the memory organization of the alcohol expectancies in 3rd-, 6th-, 9th-, and 12th- grade children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (3), 579-585.
- Dunn, M. E. y Goldman, M. S.** (2000). Validation of multidimensional scaling- Based modeling of alcohol expectancies in memory: age and drinking- related differences in expectancies of children assessed as first associates. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 24 (11), 1639-1346.
- Dunn, M. E. y Iniguez, R. M.** (1999). Experimental demonstration of the influence of alcohol advertising on the activation of alcohol expectancies in memory among Fourth- and Fifth- Grade Children. *Experimental and Clinical Psychology*. 7 (4), 473-483.
- Dunn, M. E., Lau, H. C. y Cruz, I. Y.** (2000). Changes in activation of alcohol expectancies in memory in relation to changes in alcohol use after participation in an Expectancy Challenge Program. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 8 (4), 566-575.
- Eaton, D. K., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W. A., et al.** (2006). Youth risk behavior surveillance-United States, 2005. *Journal of School Health*, 76 (7), 353-372.
- Echeburúa, E.** (2001). *Abuso de alcohol. Guía practica para el tratamiento*. Madrid. Editorial Síntesis, S. A.
- Edwards, G.** (1986). *Tratamiento de alcohólicos*. México: Trillas.
- Edwards, G., Marshall, E. J., Cook, C. C. H.** (2003). *The treatment of drinking problems-a guide for helping professionals fourth edition*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Eggleston, A. M., Woolaway-Bickel, K., y Schmidt, N. B.** (2004). Social anxiety and alcohol use: Evaluation of the moderating and mediating effects of alcohol expectancies. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 33-49.
- Eichenbaum, J.** (1997). How does the brain organize memories?. *Science*, 277, 330-332.
- Erikson, E.** (1977). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Espada, J. Méndez, J., Griffin, K. y Botvin, G.** (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 84, 9-17.
- Espada, J. P., Pereira, J. R. y García-Fernández, J. M.** (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 20 (4), 531-537.
- Eurobarometer** (2007). *Attitudes towards alcohol*. Consultado el 27 de septiembre de 2009. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_272b_en.pdf
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCD)** (2009). *Polydrug use: patterns and responses*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)** (2006). *The state of the drugs problem in Europe*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)**. (2003). *The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Consultado el 15 de octubre de 2009. http://www.sedqa.gov.mt/pdf/information/reports_intl_espada2003.pdf
- Ewing, J. A.** (1984). Detecting alcoholism, the CAGE questionnaire. *JAMA*, 252, 1905-1907.
- Faggiano, F., y Vigna-Taglianti, F.** (2008). Drugs, illicit – Primary Prevention Strategies. En *International Encyclopedia of Public Health, First Edition* (vol. 2, pp. 249-265).
- Fairlie, A. M., K. J. Quinlan, et al.** (2010). Sociodemographic, behavioral, and cognitive predictors of alcohol-impaired driving in a sample of U.S. college students. *Journal of Health Communication*, 15 (2), 218-232.
- Fantín, M. B.** (2006). Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. *Adicciones*, 18, 285-292.
- Farke, W. y Anderson, P.** (2007). El consumo concentrado de alcohol en Europa. *Adicciones*, 19 (4), 333-340.
- Feather, N. T.** (1982). *Expectations and actions*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Fernández Ferré, M. L, Gual Solé, A.** (1989). Tabaquismo, alcoholismo y otras drogodependencias. En: A. Martín Zurro, J.F. Cano Pérez (Eds.), *Manual de Atención Primaria. 2ª Ed* (pp. 420-428). Barcelona: Doyma.
- Fernández, J. J. y Pereiro, C.** (2010). Las adicciones en los sistemas internacionales de clasificación de enfermedades. En C. Pereiro Gómez (Ed.), *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación* (pp. 151-181). Madrid: Ed. Sociodrogalcohol.
- Ferreira, L.** (2009). Cuestionario CAGE. Screening de alcoholismo. Consultado el 10 de mayo de 2012. <http://www.meiga.info/Escalas/CuestionarioCAGE.pdf>
- Field, M., Schoenmakers, T. y Wiers, R. W.** (2008). Cognitive processes in alcohol binges: a review and research agenda. *Current Drug Abuse Reviews*, 1, 263-279.
- Fiellin, D. A., O'Connor, P. G., Holmboe, E. S., Horwitz, R. I.** (2002). Risk for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal syndrome. *Journal of Substance Abuse*, 23 (2), 83-94.
- Fillmore, M. y Vogel-Sprott, M.** (1996). Evidence that expectancies mediate behavioral impairment under alcohol. *Journal of Studies on Alcohol* 57, 598-603.
- Fishbein, D. H. y Pérez, D. M.** (2000). A regional study of risk factors for drug abuse and delinquency: sex and racial differences. *Journal of Child and Family Studies*, 9, 461-479.
- Florez, G., Saíz, J. y Cuello, L.** (2010). Alcohol. En C. Pereiro Gómez (Ed.), *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación* (pp. 309-420). Madrid: Ed. Sociodrogalcohol.

- Flórez, L.** (2000). Análisis del consumo de alcohol con fundamento en el Modelo Transteórico en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 4, 79-98.
- Fombellida, C., Garzón, M.A., Montejo, A.L., Bueno, G., Marcos, M.L.** (1997). Análisis de la demanda de pacientes alcohólicos en la Unidad de Salud Mental de la Alamedilla en el periodo 1991-95. En J.J. Ávila y A. Álvarez (Eds.), *Aproximación Multiprofesional a las drogodependencias* (pp. 185-191). Salamanca: Europa Artes Gráficas, S.A.
- Font-Mayolas, S., Grass, M.E. y Planes, M.** (2006). Análisis del patrón de consumo de cannabis en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 18 (4), 337-344.
- Forcada, R., Pardo, N. y Bondía, B.** (2006). Impulsividad en dependientes de cocaína que abandonan el consumo. *Adicciones*, 18, 111-118.
- Fossos, N., Kaysen, D. et al.** (2011). Coping motives as a mediator of the relationship between sexual coercion and problem drinking in college students. *Addictive Behaviors*, 36 (10), 1001-1007.
- Franciscus, A.** (2006). El alcohol y el hígado. *Alcohol and the liver*, 1, 1-2.
- Franco, M., Juan, M., Pereriro, C., Calafat, A., Castillo, A. y Becoña, E.** (2005). El consumo de alcohol en la lógica del botellón. *Adicciones*, 17 (3), 193-203.
- Franklin, C. A.** (2010). Physically forced, alcohol-induced, and verbally coerced sexual victimization: Assessing risk factors among university women. *Journal of Criminal Justice*, 38 (2), 149-159.
- Freedman, A., Kaplan, H., Sadock, B.** (1992). Alcoholismo y psicosis alcohólica. En: E. Morris, M.D. Chafetz (eds.). *Tratado de Psiquiatría*. (pp.1481-97). La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Freixa, F.** (1993). Uso y riesgo de dependencia del alcohol en adolescentes y jóvenes. En: M. Sánchez (Ed.). *Uso, abuso y dependencia del alcohol en adolescentes y jóvenes*. Barcelona: PPU.
- Freixa, F.** (1993a). *El fenómeno droga*. Barcelona: Salvat.
- Freixa, F.** (1993b). Uso y riesgo de dependencia del alcohol en adolescentes y jóvenes. En: M. Sánchez-Turet (Ed.), *Uso, abuso y dependencia del alcohol en adolescentes y jóvenes*. Barcelona: PPU.
- Friedman, A. S. y Glassman, K.** (2000). Family risk factors versus peer risk factors for drug abuse. A longitudinal study of an African American urban community sample. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 267-275.
- Fromme, K., Marlatt, G. A., Baer, J. S., y Kivlahan, D. R.** (1994). The alcohol skills training program: A group intervention for young adult drinkers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11 (2), 143-154.
- Fromme, K., R. R. Wetherill, et al.** (2010). Turning 21 and the associated change in drinking and driving after drinking among college students. *Journal of American College Health*, 59 (1), 21-27.
- Fundación Alcohol y Sociedad** (2011). *Programa "adolescencia y alcohol". Evaluación 2010-2011. Año 2º*. Bilbao: Instituto Deusto de Drogodependencias

- Fundación Pfizer** (2012). *Informe de los resultados del Estudio Sociológico "Juventud y Alcohol"*. Consultado el 28 de noviembre de 2012. http://www.fundacionpfizer.org/docs/pdf/Foro_Debate/Estudio_Juventud_Alcohol.pdf
- García de Albéniz, X.A., Guerra-Gutiérrez, F., Ortega-Martínez, R., Sánchez-Villegas, A. y Martínez-González, M.A.** (2004). Consumo de tabaco en titulados universitarios. Proyecto SUM de la Universidad de Navarra. *Gaceta Sanitaria*, 18, 108-117.
- García Fernández, G., García Rodríguez, O. y Secades Villa, R.** (2011). Neuropsicología y adicción a drogas. *Papeles del Psicólogo*, 32 (2), 159-165.
- García Gutiérrez, E., Lima Mompó, G., Aldana Vilas, L., Casanova Carrillo, P., Feliciano Álvarez, V.** (2004). Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 33 (3).
- García, R.** (1994a). Principales teorías psicológicas aplicadas a la dependencia del alcohol. En J. L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- García-Algar, O. y Gómez, A.** (2010). Cannabis en urgencias de pediatría. *Anales de Pediatría*, 72 (6), 375-376.
- García-Campayo J, Alda M.** (2004b). Familias con características especiales. En: J. García-Campayo (Ed.). *La familia y el médico de familia: elementos básicos de intervención desde atención primaria* (pp. 37-44). Madrid: Mayo.
- García-Campayo J, Alda, M.** (2004a). El ciclo vital familiar. En: J. García-Campayo (Ed.). *La familia y el médico de familia: elementos básicos de intervención desde atención primaria* (pp. 27-35). Madrid: Mayo.
- García-Jiménez, M. T.** (1993). *Estudio sobre el consumo juvenil de bebidas alcohólicas en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejería de Integración Social. Plan Regional sobre drogas.
- García-Moreno, L.M.** (2008). Actividad prefrontal y alcoholismo de fin de semana en jóvenes. *Adicciones*, 20, 271-80.
- García-Moreno, L.M., Expósito, J., Sanhueza, C. y Alguno, M.T.** (2008). Actividad prefrontal y alcoholismo de fin de semana en jóvenes. *Adicciones*, 20, 271-280.
- García-Portilla, P., Bascarán, M.T., Paredes, B., Sáiz, P., Bobes, J.** (2010). Instrumentos de evaluación Psicométrica En C. Pereiro (Ed.), *Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación* (pp. 235-283). Madrid: Socidrogalcohol.
- Generalitat de Catalunya** (2004). *Enquesta sobre drogues a la població escolar de Catalunya. L'any 2004*. Consultado el 31 de octubre de 2009. http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/informe_eed_2004.pdf
- Geoffrey, H., Kristin, E. y Faith, K.** (2008). Drug use and meanings of risk and pleasure. *Journal of Youth Studies*, 10 (1), 73-96.

- Gilles, D. M., Turk, C. L. y Fresco, D. M.** (2006). Social anxiety, alcohol expectancies, and self-efficacy as predictors of heavy drinking in college students. *Addictive Behaviors*, 31, 388–398.
- Giró, J.** (2007). *Adolescentes, ocio y consumo de alcohol*. Madrid: Entinema.
- Godfrey, C.** (1990). *Modeling demand. In preventing alcohol and tobacco problems*. Aldershot: Avebury.
- Goethals, G. R., Messick, D. M. y Allison, S. T.** (1991). The uniqueness bias: Studies of constructive social comparison. En J. Suls y T. A. Wills (Eds.), *Social comparison: Contemporary theory and research* (pp. 149-176). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Golberg, J.H., Halpern-Felsher, B. Y Millstein, S.** (2002). Beyond invulnerability: The importance of benefits in adolescent's decision to drink alcohol. *Health Psychology*, 21 (5), 477-484.
- Goldman, M.S., Brown, S.A., Christiansen, B.A.** (1987). Expectancy theory: Thinking about drinking. En: H.T. Blane y K.E. Leonard (ed.). *Psychological theories of drinking and alcoholism* (pp. 181-226). Nueva York: Guilford Press.
- Goldman, M.S., Del Boca, F.K., Darles, J.** (1999). Alcohol expectancy theory: The application of cognitive neuroscience. En: K.E. Leonard, H.T. Blane (Eds.), *Psychological theories of drinking and alcoholism* (Second Edition, pp. 203-246). New York: Guilford Press.
- Gómez, M. T. y Álvarez, F. J.** (2006). Jóvenes con consumo de alcohol y cannabis y accidentes e tráfico. *Trastornos Adictivos*, 8 (1), 14-21.
- Gómez, M. T., Del Río, M. C. y Álvarez, F. J.** (2002). Alcohol y accidentes laborales en España: revisión bibliográfica, 1995-2001. *Trastornos Adictivos*; 4, 244-255.
- Gómez-Fraguela, J., 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.
- González Menéndez, R.** (1993). *El alcoholismo y su atención específica: una proposición para el Tercer Mundo*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- González Menéndez, R.** (1995). Cómo librarse de los hábitos tóxicos. Guía para conocer y vencer los hábitos provocados por el café, tabaco y el alcohol. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 11 (3), 269-70.
- González, F., García-Señorán, M.M. y González, S. G.** (1996). Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 8, 257-267.
- González-Llera, F.** (1980). *Aspectos psiquiátricos en la criminalidad de las drogodependencias*. Comunicación presentada al IX Congreso Internacional sobre Drogodependencias. Madrid.
- Goodwin, L.** (1990). Social psychological bases for college alcohol consumption. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 36, 83–95.

- Goudriaan, A.E., Grekin, E.R. y Sher, K.J.** (2011). Decision making and response inhibition as predictor of heavy alcohol use: a prospective study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35, 1-8.
- Grant, B. F., Dawson, D. A., Stinson, F. S., Chou, S. P., Dufour, M. C. y Pickering, R. P.** (2004). The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991-1992 and 2001-2002. *Drug and Alcohol Dependence*, 74 (3), 223-234.
- Grant, J. D., Scherrer, J. F., Lynskey, M. T., Lyons, M. J., Eisen, S. A., Tsuang, M. T., et al.** (2006). Adolescent alcohol use is a risk factor for adult alcohol and drug dependence: evidence from a twin design. *Psychology Medical*, 36 (1), 109-118.
- Grant, S., J. W. LaBrie, et al.** (2012). How drunk am I? Misperceiving one's level of intoxication in the college drinking environment. *Psychology of Addictive Behaviors* 26 (1), 51-58.
- Griffin, J. A., M. R. Umstatt, et al.** (2010). Alcohol use and high-risk sexual behavior among collegiate women: a review of research on alcohol myopia theory. *Journal of American College Health*, 58 (6), 523-532.
- Grube, J.W. y Agostinelli, G. E.** (1999). Perceived consequences and adolescent drinking: Nonlinear and interactive models of alcohol expectancies. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13 (4), 303-312.
- Gruenewald, P.J., Russell, M., Light, J., Lipton, R., Searles, J., Johnson, F., et. al.** (2002). One drink to a lifetime of drinking: temporal structures of drinking patterns. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 26 (6), 916-25.
- Gual, A.** (2006). Alcohol in Spain: Is it different? *Addiction*, 101 (8), 1073-1077.
- Gual, A. Ligoña, A., Costa, S., segura, L., Colom, J.** (2004). Tratamiento del alcoholismo y su impacto a largo plazo. Resultados a 10 años de un estudio longitudinal prospectivo de 850 pacientes. *Medicina Clinica*, 123 (10), 364-369.
- Gual, A., Rodríguez-Martos, A., Llopis, J. J., Lligoña, A.** (1999). Does the concept of a standard drink unit apply to viticultural societies?. *Alcohol & Alcoholism*, 34, 2, 153-160.
- Guardia Serecigni, J., Jiménez-Arriero, M. A., Pascual, P., Flórez, G., Contel, M.** (2007). *Guía clínica de alcoholismo*. Madrid: Sociodrogalcohol.
- Guardia, J., Caso, C., Arias, F., Gual, A., Sanahuja, J., Ramírez, M., Mengual, I., Gonzalvo, B., Segura, L., Trujols, J., Casas, M.** (2002). A double-blind, placebo-controlled study of naltrexone in the treatment of alcohol-dependence disorder. Results from a multicenter clinical trial. *Alcoholism Clinical & Experimental Research*, 26 (9), 1381-1387.
- Guerola, J., Martínez, C.** (2000). Urgencias médicas originadas por consumo de alcohol. En: J. Cuevas, M. Sanchís (Eds.), *Tratado de Alcoholología* (pp. 305-317). Madrid: Nilo.
- Guerrero, L.** (2003). Porque los jóvenes inician el consumo de licor antes de los 12 años. *Crisol. Ciencia y Tecnología*, 4 (159) 12-21.

- Guillén, D., Nerín, I., Mas, A., Crucelaegui, A.** (2003). Estudio de la fiabilidad de una encuesta utilizada para valorar la prevalencia, los conocimientos y las actitudes sobre el tabaquismo en estudiantes de medicina. *Archivos de Bronconeumología*, 39, 159- 166.
- Gunzerath, L., Faden, V., Zakhari, S., Warren, K.** (2004). National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism Report on Moderate Drinking. *Alcoholism Clinical & Experimental Research*, 28, 829-847.
- Hagger, M. S., A. Lonsdale, et al.** (2012). A theory-based intervention to reduce alcohol drinking in excess of guideline limits among undergraduate students. *British Journal of Health Psychology*, 17 (1), 18-43.
- Hale, C.J., Hannum, J.W., Espelage, D.L.** (2005). Social support and physical health: the importance of belonging. *The Journal of American College Health*, 53, 276-84.
- Hales, E., Yudofsky, C., Talbott, A.** (2000). *Tratado de Psiquiatría*. 3ª Edición. Barcelona: Masson.
- Hallett, J., P. M. Howat, et al.** (2012). Undergraduate student drinking and related harms at an Australian university: web-based survey of a large random sample. *BMC Public Health*, 12, 37.
- Ham, L. S. y Hope, D. A.** (2003). College students and problematic drinking: a review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 23 (5), 719-759.
- Harden, K., Hill, J.E., Turkheimer, E., y Emery, R.E.** (2008). Gene-environment correlation and interaction in peer effects on adolescent alcohol and tobacco use. *Behavior Genetics*, 38, 339-347.
- Has, H., Klepp, K. I., Laberg, J.C y Edward, L.** (1995). Predicting adolescents intentions drink alcohol: Outcome expectancies and self-efficacy. *Journal of Studies on Alcohol*, 156, 293-299.
- Hasin, D.S. y Grant, B.F.** (2004). The co-occurrence of DSM-IV alcohol abuse in DSM-IV alcohol dependence: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions on heterogeneity that differ by population subgroup. *Archives of General Psychiatry*, 61, 891-896.
- Hasin, D.S., Li, Q., McCloud, S. y Endicott, J.** (1996) Agreement between DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV and ICD-10 alcohol diagnoses in US community sample heavy drinkers. *Addiction*, 91, 1517-1527.
- Hasking, P. A., y Oei, T. P. S.** (2002). The differential role of alcohol expectancies, drinking refusal self-efficacy and coping resources in predicting alcohol consumption in community and clinical samples. *Addiction Research and Theory*, 10, 465-494.
- Hawkings, E.H., Cummins, L.H. y Marlatt, G.A.** (2004). Preventing substance abuse in American Indian and Alaska native youth: Promising strategies for healthier communities. *Psychological Bulletin*, 130 (2), 304-323.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Y Miller, J.Y.** (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.

- Hay, I. y Ashman, A. F.** (2003). The development of adolescents' emotional stability and general self-concept: The interplay of parents, peers, and gender. *International Journal of Disability, Development and Education*, 50, 77-91.
- Hayaki, J., Stein, M., Lessor, J., Herman, D. y Anderson, B.** (2005). Adversity among drug users: Relation to impulsivity. *Drug and Alcohol Dependence*, 78, 65-71.
- Heather, N.F.** (1995). Impaired control: A concept of fundamental significance reliable?. *Addiction*, 90, 1046-1147.
- Helstrom, A., Bryan, A., Hutchison, K.E., Riggs, P.D. y Blechman, E. A.** (2004). Tobacco and alcohol use as an explanation for the association between externalizing behavior and illicit drug use among delinquent adolescents. *Prevention Science*, 5, 267-277.
- Hernán, M.** (2002). *Salud y juventud*. Madrid: Consejo de la Juventud de España.
- Herrán, O. F. y Ardila, M. F.** (2007). Validez factorial del cuestionario de expectativas hacia el consumo de alcohol (AEQ-III), en adultos de Bucaramanga, Colombia. *Revista médica de Chile*, 135, 488-495.
- Herrera Santí, P.M., Avilés Betancourt, K.** (2000). Factores familiares de riesgo en el intento suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16 (2), 134-7.
- Herring, R., Berridge, V. y Thom, B.** (2008). Binge drinking: an exploration of a confused concept. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62 (6), 476-479.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A. y Morgan, M.** (2004). *The ESPAD Report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and The Pompidou Group at the Council of Europe. Consultado el 10 de octubre de 2010. www.espad.org
- Hinojosa García, L., Alonso Castillo, M. M., Castillo Muraira, Y.** (2012). Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 20 (1), 19-25
- Igartua, J.** (1996). *Psicología de la Publicidad*. San Sebastián: Ibaeta Psicología.
- Infante, C., Barrio, G. y Martín, E.** (2003). Tendencias, características y problemas asociados al consumo de drogas recreativas en España. *Adicciones*, 15 (2), 77-96.
- Información y estadísticas Sanitarias** (2009). *Indicadores de salud 2009: Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Informe Invierte en Ti** (2000). *Creencias sobre el consumo de alcohol en los adolescentes*. Bogotá: Fondo de prevención Vial y Pontificia Universidad Javeriana.

- Instituto de Salud Pública** (2006). *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2006*. Consultado el 12 de octubre de 2010. <http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=ComunidadMadrid/Home>
- Instituto de Salud Pública.** (2005). Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid 2005. *Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 11*, 3-42.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática** (2002). *Encuesta Nacional de Adicciones* (México). Consultado el 12 de octubre, 2009. <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/ena/default.aspx>
- International Center for Alcohol Policies** (2003). *ICAP blue book. Practical guides for alcohol policy and prevention approaches*. Consultado el 4 de diciembre de 2009, <http://www.icap.org/LinkClick.aspx?fileticket=Tit%2BVveIQ0vM%3D&tabid=243>
- Iribarren, M., Jiménez, M., Ferré, F., Rubio, G.** (2009). *Manual de Habilidades de Afrontamiento para pacientes con Impulsividad y Diagnóstico Dual*. Madrid. Ediciones MaPa
- Izquierdo, M.** (2002). Intoxicación alcohólica aguda. *Adicciones, 14, 1*, 175-193.
- Jackson, K.M. y Aiken, L.S.** (2000). A Psychosocial model of sun protection and sunbathing of young women: the impact of health beliefs, attitudes, norms, and self efficacy for sun protection. *Health Psychology, 19* (5), 469-478.
- James. H.** (2003). Individualización, pares y consumo de alcohol en adoles-cents. *Diario de Consulta y de Psicología Clínica Universidad de Baylor, 71* (3), 553-564.
- Janusis, G. M.** (2012). *ADHD symptomology and associated variables in a sample of college students*, Janusis, Grace M. U Rhode Island, United States.
- Jellinek, E.** (1946). Phases in the drinking history of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 7* (1), 1-88.
- Jellinek, E.** (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven: CI College and University Press.
- Jennison, K. M.** (2004). The short-term effects and unintended long-term consequences of binge drinking in college: a 10-year follow-up study. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 30* (3), 659-684.
- Jiménez-Muro Franco, A., Beamonte San Agustín, A., Marqueta Baile, A., Gargallo Valero, P., Nerín de la Puerta, I.** (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones, 21* (1), 21-28.
- Johnson, C.A., Xiao, L., Palmer, P., Sun, P., Wang, Q., Wei, Y., Jia, Y., Grenard, J.L., Stacy, A.W. y Bechara, A.** (2008). Affective decisionmaking deficits, linked to dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in 10th grade Chinese adolescent binge drinkers. *Neuropsychologia, 46*, 714-726.

- Johnson, H.L., Johnson, P.B.** (1995). Children's alcohol-related cognitions: positive versus negative alcohol effects. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 40, 1-12.
- Johnson, J., Stahl, C.** (2004). Sexual experiences associated with participation in drinking games. *Journal of General Psychology*, 131, 304-30.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G. y Schulenberg, J. E.** (2007). *Monitoring the Future: national results in adolescent drug use: overview of key findings 2006*. Maryland: National Institute on Drug Abuse
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M. y Bachman, J.G.** (1995). *National survey results on drug use from the monitoring the future study, 1975-1994*, 2, NIH Publication No. 96-4027. Government Printing Office, Washington.
- Kahler, C.W., Epstein, E.E., McCrady, B.S.** (1995). Loss of control and inability to abstain: The measurement of and the relationship between two constructs in male alcoholics. *Addiction*, 90, 1.025-1.036.
- Kairouz, S., Gliksman, L., Demers, A., y Adlaf, E. M.** (2002). For all these reasons, I do. . .drink: A multilevel analysis of contextual reasons for drinking among Canadian undergraduates. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 600-608.
- Kamon, J., Stanger, C., Budnay, A. y Dumenci, L.** (2006). Relations between parent and adolescent problems among adolescents presenting for family – based marijuana abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 85, 244-254.
- Karam, E., Kypri, K. y Salamoun, M.** (2007). Alcohol use among college students: an international perspective. *Current Opinion in Psychiatry*, 20 (3), 213-221.
- Kendell, R., De Roumanie, M. y Ritson, B.** (1983). Influence of an increase of excessive duty on alcohol consumption and his adverse effects. *British Medical Journal*, 287, 809-811.
- Kendler, K. S., Sundquist, K., Ohlsson, H., Palmer, C., Maes, H., Winkleby, M. A., Sundquist, J.** (2012). Genetic and Familial Environmental Influences on the Risk for Drug Abuse. A National Swedish Adoption Study. *Archives of General Psychiatry*, 69 (7), 690-697.
- Kendler, K.S., Jacobson, K.C., Prescott, C.A. y Neale, M.C.** (2003). Specificity of genetic and environmental risk factors for use and abuse/dependence of cannabis, cocaine, halucinogens, sedatives, stimulants, and opiates in male twins. *American Journal of Psychiatry*, 160, 687-695.
- Kerr-Corrêa, F., Tucci, A. M., Hegedus, A. M., Trinca, L. A., de Oliveira, J. B., Floripes, T. M., et al.** (2008). Drinking patterns between men and women in two distinct Brazilian communities. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (3), 235-243.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Higes, M., Eshleman, S., Wittchenhu, Kendler, K.S.** (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.

- Kleber, H. D., Weiss, R. D., Anton, R. F., Rounsaville, B. J. and Work Group on Substance Use Disorders.** (2006). Treatment of patients with substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 163(8 Suppl), 5-82.
- Kline, R.B.** (1990). The relation of alcohol expectancies to drinking patterns among alcoholics: Generalization across gender and race. *Journal of Studies on Alcohol*, 51(2), 175-182.
- Kloep, M., Hendry, L. B. L., Ingebrigtsen, J. E., Glendinning, A. y Espnes, G. A.** (2001). Young people in 'drinking' societies? Norwegian, Scottish and Swedish adolescents' perception of alcohol use. *Health Education Research*, 16 (3), 279-291.
- Knight, J. R., Wechsler, H., Kuo, M., Seibring, M., Weitzman, E. R. y Schuckit, M. A.** (2002). Alcohol abuse and dependence among U.S. college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 63 (3), 263-270.
- Knop, J., Penick, B.C., Jensen, P., Gabrielli, W., Nickel, E.J., Ebdrup, B.** (2002). Predictors of alcoholism in sons of alcoholics at age 40. *European Psychiatry*, 17 (Suppl. 1), 140-2
- Kozer, E., Bar-Hamburger, R., Rosenfeld, N.Y., Zdanovitch, I., Bulkowstein, M., Berkovitch, M.** (2008). Illicit drug and alcohol users admitted to the paediatric emergency department. *Israel Medical Association Journal*, 10, 779-82.
- Kramer, J. F. y Cameron, D.C.** (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra: O.M.S.
- Krueger, J. y Clement, R. W.** (1994). The truly false consensus effect: An ineradicable and egocentric bias in social perception. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 596-610.
- Kuntsche, E., Rehm, J. y Gmel, G.** (2004). Characteristics of binge drinkers in Europe. *Social Science Medical*, 59 (1), 113-127.
- Kushner, M. G., y Sher, K. J.** (1993). Comorbidity of alcohol and anxiety disorders among college students: Effects of gender and family history on alcoholism. *Addictive Behaviors*, 18, 543-552.
- Ladero, J. M. y Lizasoain, I.** (2009). Alcohol (I): farmacología del alcohol. Intoxicación aguda. En P. Lorenzo, J. M. Ladero, J. C. Leza e I. Lizasoain (Eds.), *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación* (pp. 385-400). Editorial Medica Panamericana S.A. (3ª ed).
- Lakey, B., Scoboria, A.** (2005). The relative contribution of trait and social influences to the links among perceived social support, affect, and self-esteem. *Journal of Personality*, 73, 361-88.
- Lale-Demoz, A. y Cumsille, F.** (Coords.). (2006). *Jóvenes y drogas en países sudamericanos: un desafío para las políticas públicas. Primer estudio comparativo sobre uso de drogas en población escolar secundaria de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay*. Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas.
- Lansbergen, M. M., van Hell, E. y Kenemans, J. L.** (2007). Impulsivity and conflict in the Stroop Task. An ERP study. *Journal of Psychophysiology*, 21, 33-50.

- Lasarte, J.** (2008). Intoxicaciones por alcohol. En: S. Mintegui (ed.). *Manual de intoxicaciones en pediatría. 2.ª ed* (pp. 239-47). Barcelona: Ediciones Ergon
- Latendresse, S., Rose, R., Viken, R., Pulkkinen, L., Kaprio, J. y Dick, D.** (2008). Parenting mechanisms in links between parents' and adolescents' alcohol use behaviors. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32, 322-330.
- Latimer, W., Floyd, L.J., Cariz, T. Novotna, G., Exnerova, P. y O'Brien, M.** (2004). Peer and sibling substance use: predictors of substance use among adolescents in México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 15 (4), 225-232.
- Laurent, J., Catanzaro, S. y Kuenzi Callan, M.** (1997). Stress, alcohol- related expectancies and coping preferences: a replication of the Cooper et.al. (1992) model. *Journal of Studies on Alcohol*. 58, 644-651.
- Laviola, G., Adriani, W., Terranova, M.L. y Gerra, G.** (1999). Psychological risk factors for vulnerability to psychostimulants in human adolescents and animals models. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 23, 993-1010.
- Lee, N., Greely, J. y Oei, T.** (1999). The relationship of positive alcohol expectancies to patterns of consumption of alcohol in social drinkers. *Addictive Behaviors*. 24, 359-369.
- Leeman, R. F., J. A. Patock-Peckham, et al.** (2012). Impaired control over alcohol use: An under-addressed risk factor for problem drinking in young adults?. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 20 (2), 92-106.
- Leeman, R. F., M. Kulesza, et al.** (2012). Cluster analysis of undergraduate drinkers based on alcohol expectancy scores. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73 (2), 238-249.
- Leifman, H. A.** (2002). Comparative Analysis of Drinking Patterns in 6 EU Countries in the Year 2000. *Contemporary Drugs Problems*, 29, 501-548.
- Leifman, Österberg, Ramstedt.** (2002). *Alcohol in Postwar Europe, ECAS II: A discussion of indicators of alcohol consumption and alcohol-related harm. European Comparative Alcohol Study-ECAS. Final report.* Sweden: National Institute of Public Health.
- Leigh, B.C., Stacy, A.W.** (2004). Alcohol expectancies and drinking in different age groups. *Addiction*, 99 (2), 215-227.
- Leveridge, M., Stoltenberg, C. y Beesley, D.** (2005). Relationship of attachment style to personality factors and family interaction patterns. *Contemporary Family Therapy*, 27, 577-597
- Lewis, B. A., y O'Neill, H. K.** (2000). Alcohol expectancies and social deficits relating to problem drinking among college students. *Addictive Behaviors*, 25, 295-299.
- Lieder, C.S.** (1995). Medical disorders of alcoholism. *New England Journal of Medicine*, 333, 1058-65.
- Lishman, W.A.** (1998). *Toxic Disorders.Organic Psychiatry.* Oxford UK: Blackwell Science.

- Litman, G.K., Fiser, J.R., Rawson, N.S.B. y Oppenheim, A.N.** (1977). Towards a typology of relapse: A preliminary report. *Drug and Alcohol Dependence*, 2, 157-162.
- Liu, I.C., Blacker, D.L., Xu, R., Fitzmaurice, G., Lyons M.J. y Tsuang M.T.** (2004). Genetic and environmental contributions to the development of alcohol dependence in male twins. *Archives of General Psychiatry*, 61, 897-903.
- Lligoña, A.** (1996). Evolución del concepto de UBE en el mundo occidental. Libro de Actas. *XXIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*. Oviedo, 221-228.
- Llopis Llácer, J. J., Gual Solé, A., Rodríguez Martos Dauer, A.** (2000). Registro del consumo de bebidas alcohólicas mediante la unidad de bebida estándar. Diferencias geográficas. *Adicciones*, 12 (1), 11-19.
- Llorca, G., Manzano, J.M., Díez, M.A., González-Tablas, M., Blanco, A.L.** (1995). *Cuadernos de Psiquiatría. Alcoholismo*. Madrid: Jarpyo Editores, S.A.
- Llorens, N., Palmer, A. y Perelló del Río, M. J.** (2005). Características de personalidad en adolescentes como predictores de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas. *Trastornos adictivos*, 7, 90-96.
- Lomba L. O.** (2006). Consumo recreativo de ecstasy. En: Relvas J, Lomba L, Mendes M. - *Novas drogas e ambientes recreativos* (pp. 45-60). Loures: Lusociência.
- Lomba, L., Apóstolo, J., Mendes, F.** (2009). Consumo de drogas, alcohol y conductas sexuales en los ambientes recreativos nocturnos de Portugal. *Adicciones*, 21 (4), 309-326
- Londoño Pérez, C., García Hernández, W., Valencia Lara, S. C. y Vinaccia Alpi, S.** (2005). Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos. *Anales de psicología*, 21 (2), 259-267
- Londoño, C.** (2007). Construcción del modelo cognitivo social integrado para la prevención del consumo de alcohol en adolescentes universitarios. *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 3 (2). Consultado el 25 de julio de 2011. <http://www.tipica.org.co>
- Londoño, C. y Valencia, C.** (2008). Asertividad, resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 11 (1), 155-162.
- Londoño, C. y Valencia, S. C.** (2010). Resistencia de la presión de grupo, creencias acerca del consumo y consumo de alcohol en universitarios. *Anales de Psicología*, 26 (1), 27-33.
- Londoño, C. y Vinaccia, S.** (2005). Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: Lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos. *Psicología y Salud*, 15 (2), 241-249.
- Londoño, C., García, W., Valencia, S. C, Vinaccia, S.** (2005). Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos. *Anales de Psicología*, 21 (2), 259-267.

- Londoño, C., Torres, A. y Contreras, F.** (2004). Validez empírica de los modelos de prevención aplicados a la conducta de fumar. *Psicología y Salud, 14* (2), 269-277.
- Londoño, C., Valencia, S.C., Hernández, V. y León, L.** (2007). Diseño del Cuestionario de Resistencia a la Presión de Grupo en el consumo de alcohol. *Suma Psicológica, 14* (2), 251-270.
- Longest, K. C. y Shanahan, M. J.** (2007). Adolescent work intensity and substance use: The mediational and moderational roles of parenting. *Journal of Marriage and Family, 69*, 703-720.
- López Briz, E., Ruíz García, V.** (2006). Tratamiento de la intoxicación etílica aguda. *Semergen, 32*, 146-8.
- López Torrecillas, F., Martín, I., de la Fuente, E. I. y Godoy, J. F.** (2000). Estilo atribucional, autocontrol y asertividad como predictores de la severidad del consumo de drogas. *Psicothema, 12* (2), 331-334.
- López, J.R., Antolín, N., Barceló, M.V., Pérez, M., Ballesteros, A.M., y García, A.L.** (2001). Consumo de alcohol en los escolares de un área de salud. Hábitos y creencias. *Aten Primaria; 27*: 159-165
- Lorenzo, M. C.** (2005). *Alcoholismo*. Vigo: Nova Galicia Edicións.
- Lozano, G. I.** (2001). *Autoeficacia y beneficios percibidos en el consumo de alcohol en trabajadores universitarios*. Tesis de maestría no publicada, Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.
- Luna, B., Sweeney, J.A.** (2004). The emergence of collaborative brain function: FMRI studies of the development of response inhibition. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1021*, 296-309.
- Lundahl, L., Davies, T., Adesso, V., Lukas, S.** (1997). Alcohol expectancies: effects of gender, age and family history of alcoholism. *Addictive Behaviours, 22*, 115-125.
- Maccallum, F., Blaszczynski, A., Ladouceur, R. y Nover, L.** (2007). Functional and dysfunctional impulsivity in pathological gambling. *Personality and Individual Differences, 43*, 1829-1838.
- Madrid Gutiérrez, J.** (2002). *Alcohol, Adolescentes y Jóvenes*. Gijón: XIII de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente, abril.
- Magaña, M.** (2003). La adolescencia hoy. *Anales de pediatría, 58* (2), 95-96.
- Malet, L., Schwan, R., Boussiron, D., Aublet.Cuvelier, B., Llorca, P.M.** (2005). Validity of the CAGE questionnaire in hospital. *European of Psychiatry, 20* (7), 484-489.
- Malka, R., Fouquet, P. y Vachonfrance, G.** (1988). *Manual de alcoholología*. Barcelona: Masson, S.A.
- Marcell, A., Irwin, Ch. Jr.** (2004). Consumo y adicción a sustancias. En: Rudolph C y cols. (Ed.), *Pediatría de Rudolph*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1 (3), 21.

- Marcos B.** (1996). La adolescencia en el contexto familiar. En: De la Revilla L, editor. *Manual de Atención Familiar. (II): Bases para la práctica familiar en consulta. vol 2* (pp. 659- 94). Granada: Adhara.
- Marks, G. y Miller, N.** (1987). Ten years of research on the false-consensus effect: An empirical and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 102, 72-90.
- Markwiese, B. J., Acheson, S. K., Levin, E. D., Wilson, W. A., Swartzwelder, H. S.** (1998). Differential effects of ethanol on memory in adolescent and adult rats. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 22, 416-21.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Quigley, L. A.** (1995). Self-efficacy and addictive behavior. En: Bandura A (ed.) *Self-efficacy in Changing Societies* (pp. 289–315). New York: Cambridge University Press.
- Marsh, P. y Fox Kibby, K.** (1992). *Drinking and public disorder*. Londres: The Portman Group.
- Martín del Moral, M.** (2009). Alcohol (IV): fundamentos biopsicosociales del alcoholismo. Complicaciones psiquiátricas del abuso del alcohol. En P. Lorenzo, J. M. Ladero, J. C. Leza e I. Lizasoain (Coord.), *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. Madrid: Médica Panamericana.
- Martínez Delgado, J. M.** (1996). *Validación de los cuestionarios breves: AUDIT, CAGE y CBA para la detección precoz del síndrome de dependencia de alcohol en Atención Primaria*. Tesis Doctoral. Universidad de Cádiz.
- Martínez, M., Alonso, C. y Montañés, J.** (2010). Consumo de tabaco, alcohol y cannabis en adolescentes Catellano –Manchegos. *Revista española de drogodependencias*, 1, 78-91.
- Martínez-Azumendi, O.** (2009). Médicos y farmacéuticos durante la Ley Seca Americana (1920-1933). *Gaceta Médica de Bilbao*; 106: 115-118.
- Martínez-González, J. M.** (2011). Drogodependencias y trastornos de la personalidad: variables relevantes para su tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 32 (2), 166-174.
- Martínez-González, J. M., Graña, J. L. y Trujillo, H. M.** (2009). Influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*, 21, 105-112.
- Martínez-González, J. M., Trujillo, H. y Robles, L.** (2006). *Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.
- Martino, S.C., Collins, R.L., Ellickson, P.L., Schell, T.L., McCaffrey, D.** (2006). Socio-environmental influences on adolescents' alcohol outcome expectancies analysis. *Addiction*, 101, 971-983.
- Mas, A., Nerín, I., Barrueco, M., Cordero, J. Guillén, D., Jiménez-Ruiz, C. et al.** (2004). Consumo de tabaco en estudiantes de sexto curso de medicina de España. *Archivos de Bronconeumología*, 40, 403-408.

- Maurage, P., Love, S. y D'Hondt, F.** (2013). Chapter 14: Crossmodal Integration of Emotional Stimuli in Alcohol Dependence. En P. Belin, S. Campanella y T. Ethofer (Eds.). *Integrating Face and Voice in Person Perception* (pp. 271-298). New York: Springer.
- Maya Morales, A.** (2002). *Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud*. Tesis como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias de la Enfermería. Con Énfasis en Salud Comunitaria. Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Mayfield, D. G., McLeod, G., Hall, P. T.** (1974). The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123.
- McAlaney, J. y McMahon, J.** (2006). Establishing rates of binge drinking in the UK: anomalies in the data. *Alcohol and Alcoholism*, 41 (4), 355-357.
- McCabe, S.** (2002). Gender differences in collegiate risk factors for heavy episodic drinking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 63, 49-56.
- McGue, M.** (1994). Genes, environment, and the etiology of alcoholism. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Research Monographs*, 26, 1-40.
- Meg-Gerrard, J. A. y Reis-Bergan, M.** (1999). Parents, peers, and prototypes: antecedents of adolescent alcohol expectancies, alcohol consumption and alcohol related life problems in rural youth. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13 (3), 183-197.
- Melero, J. C. y Pérez de Arróspide, J. A.** (2001). *Drogas: mas información menos riesgos. Tu Guía*. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio del Interior.
- Menéndez, E. L.** (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México. Alianza Editorial.
- Menninger, J.A.** (2002). Assessment and treatment of alcoholism and substance-related disorders in the elderly. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66 (2), 166-83.
- Merikangas, K. R. y Avenevoli, S.** (2000). Implications of genetic epidemiology for the prevention of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 25, 807-820.
- Michaud P, Kunz V, Demortière G, Lancrenon S, Carré A, Ménard C, Arwidson P.** (2013). Efficiency of brief interventions on alcohol-related risks in occupational medicine. *Global Health Promotion*, 20 (2), 99-105.
- Miller, N. S. y Gold, M. S.** (1991). Dependence syndrome -a critical analysis of essential features. *Psychiatric Annals*, 21, 282-291.
- Miller, P., Smith, G., Goldman M.** (1990). Emergence of alcohol expectancies in childhood: A possible critical period. *Journal of Studies on Alcohol*. 51, 343-349.
- Miller, P.M., Smith, G.T., Goldman, M.S.** (1992). Emergence of alcohol expectancies in Childhood: A possible critical period. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 343-349.
- Ministerio de Educación** (2011). *Datos y Cifras Curso escolar 2011/2012*. Secretaria General Técnica. Subdirección General de Documentación y Publicaciones. Gobierno de España. Consultado el 18

de septiembre de 2012.

<http://www.educacion.gob.es/dctm/ministerio/horizontales/estadisticas/indicadorespublicaciones/datoscifras/datoscifrasweb.pdf?documentId=0901e72b8053c5a2>

Ministerio de Sanidad y Consumo (2004). *Informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES)*. Consultado el 30 octubre 2010. <http://www.pnsd.msc.es/ca/Categoria2/observa/pdf/escolar2004.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2006-2007*. Consultado el 31 octubre de 2011. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2006-2007.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo. (1999). *Guía como ayudar a prevenir las lesiones por accidente de tráfico*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Mintegi, S., Fernández, A., Alustiza, J., Canduela, V., Mongil, I., Caubet, I., et al. (2006). Clinical Toxicologic Working Group of the Spanish Society of Pediatric Emergency Medicine. Emergency visits for Childhood Poisoning: A 2-Year Prospective Multicenter Survey in Spain. *Pediatric Emergency Care*, 22 (5), 334-8.

Modesto-Lowe, V. y Kranzler, H.R. (1999). Diagnosis and treatment of alcohol-dependent patients with comorbid psychiatric disorders. *Alcohol Health y Research World*, 23, 144-149.

Mora Ríos, J. y Natera, G. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Pública de Mexico*, 43 (2), 89-96.

Moral, M. V. y Ovejero, A. (2003). Actitudes ante el consumo de sustancias psicoactivas y mentalidades del usuario en adolescentes de Secundaria. *Entemu. Revista de la UNED Centro Asociado de Asturias*, 15, 151-175.

Moral, M. V. y Ovejero, A. (2005). Modificación de las actitudes, hábitos y frecuencia de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en adolescentes españoles a partir de un programa educativo-preventivo. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 100-118.

Moral, M. V. y Ovejero, A. (2009). Experimentación con sustancias psicoactivas en adolescentes españoles: perfil de consumo en función de los niveles de edad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (3), 533-554.

Moral, M. V., Ovejero, A. y Pastor, J. (2004). Modelado familiar y del grupo de iguales sobre la experimentación juvenil con sustancias psicoactivas. *Boletín de Psicología*, 81, 33-68.

Moral, M. V., Rodríguez, F. J. y Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18 (1), 52-58.

Moral, M. V., Rodríguez, F. J., y Sirvent, C. (2005). Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de diferencias inter-género y propuestas de un continuum etiológico. *Adicciones*, 17 (2), 105-120.

- Mora-Ríos, J., Natera, G. y Juárez, F.** (2005). Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el consumo en jóvenes. *Salud Mental*, 28 (2), 82-90.
- Mora-Ríos, J. y Natera, G.** (2002). Expectativas hacia el alcohol y la breve escala de dependencia en estudiantes universitarios en Anomia, violencia y adicciones. *La Psicología Social en México*, México: AMEPSO, 434-439.
- Mora-Ríos, J., Natera, G., Villatorios, R.** (2000). Validez factorial del cuestionario de expectativas hacia el alcohol (AEQ-III) en estudiantes universitarios. *Psicología conductual*, 8, 319-28.
- Mora-Ríos, J., Natera, G., Villatoro, J. y Villalvazo, R.** (2002). Validez factorial del cuestionario Expectativas hacia el Consumo de alcohol (AEQ) en estudiantes universitarios. *Psicología Conductual*, 8 (2), 319-328.
- Mora-Ríos, J., Natera, G., Villatoro, J. y Villalvazo, R.** (2002). Validez factorial del Cuestionario. Expectativas hacia el consumo de alcohol (AEQ) en estudiantes universitarios. *Psicología Conductual*, 8 (2), 319-328.
- Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., Jiménez-Iglesias, A., García Moya, I.** (2012). *Las conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes españoles. Resumen del estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2010)*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones.
- Moreno, J.** (2006). Valores, actitudes hacia el alcohol y consumo en adolescentes varones. *Límite. Revista de Filosofía y Psicología*, 1 (13), 195-211.
- Moreno, M. C., Muñoz, V. y Pérez, P. J.** (2004). Hábitos de vida y empleo del tiempo libre en adolescentes y jóvenes sevillanos. *Educación y Ciudadanía. II Jornadas "Nuevas formas de ocio"*, 53-66.
- Mulvey, E.P., Schubert, C. A. y Chassin, L.** (2010). *Substance use and delinquent behavior among serious adolescent offenders*. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. Consultado el 19 de enero de 2011. <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojjdp/232790.pdf>
- Muñoz-Rivas, M. y Graña, J. L.** (2001). Factores familiares de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 87-94.
- Muracén Disotuar, I., Martínez Jiménez, A., Aguilar Medina, J. M., González Rodríguez, M. R.** (2001). Pesquisaje de alcoholismo en un Área de Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17 (1), 62-7.
- Muracén, I. D., Martínez, A. J., Aguilar, J. M. y González, M. R.** (2001). Pesquisaje de alcoholismo en un área de salud. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 17 (1), 62-67.
- Myers, D. G.** (1999). *Psicología*. 5ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S. A.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism** (2004). *NIAAA council approves definition of Binge Drinking*. Consultado el 27 de marzo de 2010. http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Newsletter/winter2004/Newsletter_Number3.pdf

- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. NIAAA.** (2007). *Binge Drinking defined*. NIAAA Newsletter Winter 2004. Consultado el 15 noviembre de 2010. http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/newsletter/winter2004/newsletter_number3.htm0
- National Institute on Drug Abuse (NIDA).** (2004). *Preventing Drug use among Children and Adolescents: A Research-Base Guide for Parents, Educators and Community Leaders*. Maryland: NIDA.
- National Survey and Drug Use and Health** (2006). SAMHSA's Latest Nacional Survey on Drug Use & Health. Consultado el 15 de diciembre de 2009. <http://www.samhsa.gov/data/NSDUH.aspx>
- Nebot, M., Tomás, Z., Ariza, C., Valmayor, S., López, M.J., Juárez, O.** (2004). Factores asociados al inicio del tabaquismo: seguimiento a los 3 años de una cohorte de escolares. *Archivos de Bronconeumología*, 40, 495-501.
- Nolen-Hoeksema, S.** (2004). Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical Psychology Review*. 24, 981-1010.
- Noller, P. y Callan, V.** (1991). *The adolescent in the family*. Londres: Routledge.
- Norström, T., Hemström, Ö., Ramstedt, M., Rossow, I., y Skog, O. J.** (2001). *Mortality and Population Drinking. Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. T. Norström. Stockholm: National Institute of Public Health, European Commission.
- Nurnberger, J.I., Wiegand, R., Bucholz, K., O'Connor, S., Meyer, E.T., Reich, T. et al.** (2004). A family study of alcohol dependence coaggregation of multiple disorders in relatives of alcohol-dependent probands. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1246-1256.
- O'Hare, T.** (1990). Alcohol expectancies and social anxiety in male and female undergraduates. *Addictive Behaviors*, 15, 561-566.
- Oberlé, G.** (1989). *Les fastes de Bacchus et de Comus*. París: Belford.
- Observatorio de Galicia sobre Drogas** (2006). *Observatorio de Galicia sobre Drogas, Informe Xeral 2006*. Consultado el 10 de diciembre de 2009. http://www.lasdrogas.net/catalogo/product_info.php?products_id=1449
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT)** (2011). *Informe 2011. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General de Política Social y Consumo.
- Observatorio Español sobre Drogas** (2010). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas de España (EDADES) 2009/2010. Consultado el 27 de marzo de 2012. www.msps.es/gabinetePrensa/notaPrensa/.../presentacionEdades200910.ppt
- Observatorio Español sobre Drogas de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas** (2009). Informe sobre la SITUACIÓN y tendencias de los problemas de drogas en España.

Madrid: Ministerio de Sanidad y Política social. Consultado el 20 de febrero de 2011.
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed-2009.pdf>.

Observatorio Español sobre Drogas. (2002). *Encuesta escolar sobre consumo de drogas 2002*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Observatorio Español sobre Drogas. (2004). *Informe 2004. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Oei, T. P. S., y Morawska, A. (2004). A cognitive model of binge drinking: The influence of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy. *Addictive Behaviors*, 29, 159–179.

Oliva, R. N. (2001). *Accidentes automovilísticos y el consumo de alcohol*. Tesis de maestría no publicada. Facultad de enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, México.

Olivar, A. y Carrero, V. (2007). Análisis de la intención conductual de consumir cánnabis en adolescentes: desarrollo de un instrumento de medida basado en la teoría de la conducta planificada. *Trastornos Adictivos*, 9 (3), 184-205.

Oman, R. F., Vesely, S. K., Tolma, E., Aspy, C. B., Rodine, S. y Marshall, L. (2007). Does family structure matter in the relationships between youth assets and youth alcohol, drug and tobacco use? *Journal of Research on Adolescence*, 17, 743-766.

Organización Mundial de la Salud (2005). *Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol*. Consultado el 27 de marzo de 2009.
http://www.who.int/substance_abuse/wha58_26_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1974). *Comité de expertos en Farmacodependencias. Serie de informes técnicos de la Organización Mundial de la Salud, 551*, Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *Internacional guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. Consultado el 30 de marzo de 2012.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/who_msd_msb_00.4.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2007). *Informe técnico n° 944*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Ginebra: Ediciones de la OMS.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.

Orgaz, M.P., Segovia, M., López, F., y Tricio, M.A. (2005). Consumo de alcohol en escolares toledanos: motivos y alternativas. *Atención Primaria*, 36 (6), 297-305.

Osterberg, E. (1991). *Current approaches to limit alcohol abuse and the negative consequence of use. In negative social consequences of alcohol use*. Norwegian Ministry of Health and Social Affairs.

- Ouellette, JA, Gerrard, M., Gibbons, E.V., y Reis-Bergan, M.** (1999). Parents, peers, and prototypes. Antecedents of adolescent alcohol expectancies, alcohol consumption, and alcohol - related life problems in rural youth. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13 (3), 183-197.
- Paaver, M., Eensoo, D., Pulver, A. y Harro, J.** (2006). Adaptive and maladaptive impulsivity, platelet monoamine oxidase (MAO) activity and risk-admitting in different types of risky drivers. *Psychopharmacology*, 186, 32-40.
- Paez, D., Valdoseda, M., Iगतua, J., Basabe, N., Iraurgi, J.** (1992). Las representaciones sociales del alcohol. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 2 (2-3), 33-54.
- Palenzuela, D. L.** (1986). A literature review of some problems and misconceptions related to locus of control, learned helplessness and self-efficacy. *Social and behavioral Sciences Documents*, 16 (11), (Ms. No 2748).
- Palenzuela, D. L.** (1987). The expectancy construct within the social learning theories of Rotter and Bandura: A reply to Kirsch's approach. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 2, 437-452.
- Palenzuela, D. L.** (1988). Control personal: Un enfoque integrativo-multidimensional. Manuscrito sin publicar, Salamanca.
- Palenzuela, D. L.** (1993). Personal control: An integrative-multidimensional approach. En D. L. Palenzuela y A. M. Barros (Eds.), *Modern trends in personality theory and research* (pp. 87-108). Porto: Apport.
- Palenzuela, D. L., Prieto, G., Almeida, L. S. y Barros, A. M.** (1997). Una versión Española de una batería de escalas de expectativas generalizadas de control. *Revista Portuguesa de Educação*, 10 (1), 75-96.
- Palenzuela, D. L., Prieto, G., da Silva, L. y De Olivera, A.** (1992). *Estudio transcultural de la Escala de expectativas de Control Percibido (ECP)*. Proyecto de investigación. Ministerios de Asuntos Exteriores e Investigación y Ciencia. Universidad de Salamanca.
- Palfai, T. y Wood, M.** (2001). Positive Alcohol Expectancies and Drinking Behavior: The Influence of Expectancy Strength and Memory Accessibility. *Psychology of Addictive Behaviors*. 15, 60-67.
- Parada, M.** (2009). *Consecuencias neuropsicológicas del consumo intensivo de alcohol (binge drinking) en jóvenes universitarios*. Universidad de Santiago de Compostela. Tesis doctoral. Consultado el 6 de abril de 2012. http://dSPACE.usc.es/bitstream/10347/2607/1/9788498873061_content.pdf
- Parada, M., Corral, M., Caamaño-Isorna, F., Mota, N., Crego, A., Rodríguez-Olguín, S. y Cadaveira, F.** (2011). Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking). *Adicciones*, 23, 53-63.
- Parada, M., Mota-Miranda, N., Corral, M., Crego, A., Fernández-Eiré, C., Rodríguez Holguín, S., et al.** (2008). *Consumo intensivo de alcohol y memoria de trabajo en jóvenes universitarios: resultados preliminares*. Póster presentado en las XXXV Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. A Coruña.

- Pascual, F.** (2002). Percepción del alcohol entre los jóvenes. *Adicciones*, 14 (1), 123-31.
- Patterson, G.R., Debaryshe, B.D. y Ramsey, E.** (1989). A Developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44 (2), 329-335.
- Pedrero Pérez, E. J., López Durán, A. y Olivar Arroyo, A.** (2011). Addiction: Frontal personality change but not personality disorder comorbidity. Implications for treatment of addictive disorders. In Jordan, M. E. (ed.), *Personality Traits Theory, Testing and Influences* (pp. 1-36). New York: Nova Publishers. ISBN: 978-1-61728-934-7
- Pedrero Pérez, E. J., Puerta García, C., Rojo Mota, G., Ruiz Sánchez de León, J. M., Llanero Luque, M. y Olivar Arroyo, Á.** (2009). Déficit de atención e hiperactividad en adultos con adicción a sustancias: ¿TDAH o síndrome secundario al abuso de sustancias? *Revista Española de Drogodependencias*, 34, 32-45.
- Pedrero, E.J.** (2009). Evaluación de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias mediante el inventario de Dickman. *Psicothema*, 21, 585-591.
- Pedrero-Pérez, E.J., Ruiz, J.M., Rojo, G., Llanero, M., Puerta, C.** (2012). Caracterización neuropsicológica de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias: implicaciones clínicas. *Adicciones*, 24 (1), 51-58
- Percy, A., and Iwaniec, D.** (2006). The validity of a latent class typology of adolescent drinking patterns. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 24, 13-18.
- Perea Ayuso, M. J., Gómez-Gallego, F., Bandrés, F., Balandia, C., Segura, L.** (2004). Presencia de alcohol y otras sustancias psicoactivas en accidentes laborales mortales. *Medicina del Trabajo*, 14, 22-29.
- Pereiro, C.** (2005). *Drogas*. Vigo: Nova Galicia Ediciones.
- Pereiro, C.** (2006). Salud y consumo de drogas. *Adicciones*, 18 (1), 5-8.
- Pereiro, C.** (2010). *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación*. Socidrogalcohol.
- Pereiro, C., Díaz, L., Martínez, M., Costas, M.** (2010). Situación actual del consumo de drogas. En Pereiro Gómez, C. (Ed). *Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación*. Socidrogalcohol.
- Pérez Milena, A., Jiménez, I., Leal, F.J., Martínez, J.L., Pérez, R., Martínez, M.L.** (2001). ¿Acude el adolescente al médico? Estudio sobre frecuentación y factores asociados. *Atención Primaria*, 28 (1), 118.
- Pérez Milena, A., Leal, F.J., Jiménez, I., Martínez, M. L., Martínez, J. L., Pérez, R.** (2001). Consumo y contacto de tóxicos entre adolescentes: relación con la función familiar y malestar psíquico. *Atención Primaria*, 28 (1), 154.

- Pérez Milena, A., Martínez, M. L., Pérez, R., Leal, F. J., Jiménez, I., Martínez, J. L.** (2005). Alcohol en adolescentes: estudio sobre dependencia y relación con aspectos psicológicos y sociofamiliares. *Medicina de Familia (Andalucía)*, 6, 28-33.
- Pérez, A., Pérez, R., Martínez, M. L., Leal, F. J., Mesa, I., Jiménez, I.** (2007). Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Atención Primaria*, 39 (2), 61-7.
- Perkins, H. W.** (2002). Surveying the damage: a review of research on consequences of alcohol misuse in college populations. *Journal of Studies on Alcohol Suppl* (14), 91- 100.
- Perry, J. L. y Carroll, M. E.** (2008). The role of impulsive behavior in drug abuse. *Psychopharmacology*, 200, 1-26.
- Pfiffner, L., McBurnett, K. y Rathouz, P.** (2001). Father absence and familial antisocial characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 357-367.
- Pickens, R. W., Svikis, D. S., McGue, M., Lykken, D. T., Heston, L. L. y Clayton, P. J.** (1991). Heterogeneity in the inheritance of alcoholism: A study of male and female twins. *Archives of General Psychiatry*, 48, 19-28.
- Piko, B. F. y Kovács, E.** (2010). Do parents and school matter? Protective factors for adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 35, 53-58.
- Pilatti, A., Castillo, D., Martínez, M. V., Acuña, I., Godoy, J. C., Brussino, S.** (2010). Identificación de patrones de consumo de alcohol en adolescentes mediante análisis de clases latentes. *Quaderns de Psicologia*, 12 (1), 59-73.
- Pilatti, A., Godoy, J. C., y Brussino, S.A.** (2010). Construcción y valoración psicométrica del Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol para Adolescentes de Argentina (CEA-A). *Anales de Psicología*, 26 (2), 288-301
- Pintanel, M.; Capdevila, J., y Niñerota, M.** (2006) Barreras percibidas y actividad física: el autoinforme de barreras para la práctica de ejercicio físico. *Revista de Psicología del Deporte*, 15 (1), 53-69.
- Planes, M., Gómez, A.B., Gras, S., Font-Mayolas, M., Cunil, M., Aymerich, M. y Soto, J.** (2006). Cambios en las percepciones de riesgo frente al SIDA de los estudiantes universitarios durante la última década. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 77 (76), 39-45.
- Pons Díez, J.** (2001). Actitudes hacia el alcohol, conocimientos sobre sus efectos y consumo alcohólico en los adolescentes. En: V. Martínez Vizcaíno y R. Bartolomé Gutiérrez (Coord.), *Alcoholismo: bases para la intervención*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla La Mancha
- Pons Díez, J. y Berjano Peirats, E.** (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la Psicología social*. Plan Nacional sobre Drogas. Consultado el 6 de febrero de 2012. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/cabu.pdf>
- Pons, J.** (1998). El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. *Revista Española de Salud Pública*, 72 (3), 251-266.

- Pons, J. y Gil, M.** (1998). Análisis estructural del consumo de bebidas alcohólicas en una muestra de adolescentes. *Psiquis*, 19, 295-303.
- Pons, J., Berjano, E., García, F.** (1996). Variables psicosociales que discriminan el consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. *Adicciones*; 8 (2): 177- 179.
- Quigley, B.M., Corbett, A.B. y Tedeschi, J.T.** (2002). Desired image of power alcohol expectancies, and alcohol related aggression. *Psychology of Addictive Behavior*, 16, 318-324.
- Ramsden, S. R. y Hubbard, J. A.** (2002). Family expressiveness and parental emotion coaching: Their role in children's emotion regulation and aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 657-667.
- Read, J.P., Wood, M.D., Lejuez, C.W., Palfai, T.P. y Slack, M.** (2004). Gender, alcohol consumption, and differing alcohol expectancy dimensions in college drinkers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 12 (4), 298-308.
- Reboussin, B., Ip, E. and Wolfson, M.** (2008). Locally dependent latent class models with covariates: an application to under-age drinking in the USA. *Journal of the Royal Statistical Society*, 171, 877–897.
- Reboussin, B., Young Song, E., Shrestha, A., Lohman, K., Wolfson, M.** (2006). A latent class analysis of underage problem drinking: Evidence from a community sample of 16–20 year olds. *Drug and Alcohol Dependence*, 83, 199–209.
- Redish, A. D., Jensen, S. y Johnson, A.** (2008). A unified framework for addiction: Vulnerabilities in the decision process. *Behavioral and Brain Sciences*, 31, 415-437.
- Reese, F., Chassin, L., Molina, B.** (1994). Alcohol expectancies in early adolescents: Predicting drinking behavior from alcohol expectancies and parental alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 55, 276-284.
- Rehm, J., Room, R., Monteriro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, T., Sempos, C.T., Frick, U., Jerningan, D.** (2004). Alcohol use. En: Ezzati M, López AD, Rodgers A, Murray CJL. *Comparative quantification of health risks; Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Vol 1.* (pp: 959-1108). Geneva.
- Reilly, P.M., Sees, K.L., Shopshire, H.S., Hall, S.M, Delucchi, K.L., Tusel, D.J., Banys, P. Clark, H.W. y Piotrowski, N.A.** (1995). Self-efficacy and illicit opioid on a 180-day methadone detoxification treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 158-162.
- Repetti, R., Taylor, S. y Seeman, T.** (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 330-360.
- Resnick, M.** (1997). Social Contact With Parents, Schools Protect Adolescents From Risky Behaviors. *Journal American Medical Association Science*, 10, 823-832.
- Rhodes, J. E. y Jason, L.A.** (1990). A social stress model of substance abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (4), 395-401.

- Rhodes, T.** Drogas e comportamentos sexuais de risco. Site álcool e drogas sem distorção. Programa álcool e drogas. Consultado el 26 de mayo de 2009. <http://www.adicciones.es/files/309-326%20lomba.pdf>
- Richman, A.** (1987). Prevention of alcohol-related problems. Introduction to a symposium. *Drug Alcohol Depend*, 20 (1), 9-11.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R. y Xing, Y.** (2007). Comorbidity of substance use disorders and the other psychiatric disorders among adolescents: Evidence from an epidemiologic survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, 4-13.
- Robinson, A.** (1989). Problem drinking and parasuicide. *British Journal of Addictions*, 84 (7), 711-714.
- Rodríguez García, F. D.** (2010). *Alcohol y cerebro*. Ediciones Absalon, S. L.
- Rodríguez-Martos, A.** (1989). *Manual de Alcoholismo para el médico de cabecera*. Barcelona: Salvat Editores; p. 93-97.
- Rodríguez-Martos, A. Gual, A., Llopis, J. J.** (1999). La “unidad de bebida estándar” como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Medicina Clínica*, 112 (12), 446-450.
- Rodríguez-Martos, A., Navarro, R., Vecino, C., Pérez, R.** (1986). Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol*, 11, 132-139.
- Rohsenow, D.** (1983). Drinking habits and expectancies about alcohol’s effects for self versus others. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 752-756.
- Roldán, J., Frauca, C., Dueñas, A.** (2003). Intoxicación por alcoholes. *Anales Sis San Navarra*, vol.26, suppl.1, 129-139
- Romero, A. y Ruiz, M.** (2007). Does familism lead to increased parental monitoring?: Protective factors for coping with risky behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 143-154.
- Room, R.** (1989). Drugs, consciousness and self-control: Popular and medical conceptions. Special Issue: Psychiatry and the addictions. *International Review of Psychiatry*, 1, 63-70.
- Room, R.** (2007). Understanding cultural differences in young people’s drinking. In: Järvinen M, Room R, (Ed.), *Youth Drinking Cultures. European Experiences* (pp. 17-40). Surrey, UK: Ashgate.
- Room, R., Babor, T. y Rehm, J.** (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365 (9458), 519-530.
- Rosón Hernández, B.** (2008). Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica. *Galicia Clínica*, 69 (1), 29-44.
- Rotter, J.B.** (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Rotter, J.B.** (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (1), (Whole no. 609).

- Rubio, G., Bermejo, J., Caballero, M.C., Santo-Domingo, J.** (1998). Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Revista Clínica Española*, 198, 11-14.
- Rubio, G., Santo-Domingo, J.** (2000). Urgencias Relacionadas con el Consumo de Alcohol. En: G. Rubio, J. Santo-Domingo (Eds.), *Guía Práctica de Intervención en el Alcoholismo*. (pp. 175-189). Nilo.
- Rubio, G., y Mejías, E.** (2001). Epidemiología de los trastornos por uso de alcohol. En: Rubio, G., Santo-Domingo, J. (eds.) *Curso de Especialización en alcoholismo* (pp. 1-32). Madrid: FAD.
- Rufo Oviedo, F. y Navarro Góngora, J.** (2010). Abuso de alcohol y sentido de la vida en universitarios de salamanca. NOUS. *Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, 14, 61-69.
- Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino, M. J. y Herruzo, J.** (2010). Análisis del consumo de drogas legales como el alcohol, el tabaco y los psicofármacos, y la percepción del riesgo en jóvenes universitarios. *Psychology, Society, y Education*, 2 (1), 21-31.
- Ryb, G., Dischinger, P., Kufera, J. y Read, K.** (2006). Risk perception and impulsivity: Association with risky behaviors and substance abuse disorders. *Accident Analysis and Prevention*, 38, 567-573.
- Sáiz, P. A., González, M. P., Paredes, B., Delgado, J. M., López, J. L., Martínez, S. y Bobes, J.** (2001). Consumo de MDMA (éxtasis) en estudiantes de secundaria, *Adicciones*, 13 (2), 159-171.
- Sáiz, P. A., G-Portilla, M. P., Paredes, M. B., Bascarán, M. T. Bobes, J.** (2002). Instrumentos de evaluación en alcoholismo. *Adicciones*, 14 (1), 387-403.
- Salamó, A., Gras, M. E. y Font-Mayolas, S.** (2010). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*, 22 (2), 189-195.
- Salazar, D.** (2004). El adolescente y la familia. Convivencia y comunicación. En: G. Castellano, M.I. Hidalgo, A.M. Redondo (Eds.). *Medicina de la adolescencia. Atención integral* (pp. 42-9). Madrid: Ed. Ergon.
- Salcedo, F., Palacios, M.L, Rubio, M., Del Olmo, E., Garea, S.** (1995). Consumo de alcohol en los escolares: motivaciones y actitudes. *Atención Primaria*, 15 (1), 8- 14.
- 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.
- Sánchez Pardo, L.** (2002). Consumo de alcohol en la población juvenil. *Adicciones*, 14 (1), 99-113.
- Sánchez Pardo, L.** (2007). *Estudio sobre los hábitos de consumo de bebidas alcohólicas en espacios públicos ("botellón") de los jóvenes castellanoleoneses*. Comisionado regional para la droga. Junta de Castilla y León.
- Sánchez-Pardo, L.** (2001). Situación actual y evolución de los consumos de drogas ilícitas en España. *Trastornos Adictivos*, 3 (2), 85-94.

- Sánchez-Pardo, L.** (2002). Consumo alcohólico en la población española. *Adicciones*, 14 (1), 79-97.
- Sanchis Fortea, M. y Martín Yáñez, E.** (1997). *Alcohol y drogas: dependen de todos*. Valencia: Generalitat Valenciana; p. 35-49.
- Sandoval Ferrer, J.E., Lanigan Gutiérrez, M.E., Gutiérrez Chapman, L.** (2000). Conocimientos y actitudes de la población acerca del alcohol y el alcoholismo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16 (1), 13-7
- Santacreu, J. y Froján, M.X.** (1992). El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias II. *Revista Española de Drogodependencias*, 17, 253-268.
- Santacreu, J., Orejudo, S., Royuela, L., Frojan, M.X.** (1998). Predicción de la frecuencia de consumo a través de variables psicosociales en la encuesta sobre drogas a la población escolar, 1994. *Adicciones*, 10 (3), 247- 261.
- Santo Domingo, J.** (1984). Intoxicación y privación de alcohol y otras drogas. *Psiquis*, 5 (6), 37-43.
- Santo Domingo, J.** (1990). *El alcohol*. Madrid: Rialp.
- Santo- Domingo, J., Martínez, J. J. y Rubio, G.** (1997). Diagnóstico del alcoholismo. *Monografías de Psiquiatría*, IX, 1: 1-10.
- Santo-Domingo, J., Gual, A., Rubio, G.** (2005). Adicciones a sustancias químicas (I). Alcohol. En J. Vallejo y C. Leal (Eds.). *Tratado de Psiquiatría. Vol. I.* (pp.750-771). Editorial: Ars Medica.
- Santos, J. L., Sánchez, M., Aldaz, J. A.** (2001). Alteraciones psiquiátricas en el Alcoholismo. En Martínez, V. Y Bartolomé, R. (Coord.). *Alcoholismo: bases para la intervención*. Cuenca: ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Sanz Marcos, N., Arias Constantí, V., Trenchs Sainz de la Maza, V., Curcoy Barcenilla, A.I., Matalí Costa, J., Luaces Cubells, C.** (2009). Consultas por intoxicación etílica aguda en un servicio de urgencias pediátricas. *Anales de Pediatría*, 70, 132-6.
- Saranson, I.G., Saranson, B.R., Sherain, E.N.** (1987). A brief measure of social support: practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510.
- Saunders, J. B., Kypri, K., Walters, S. T., Laforge, R. G., y Larimer, M. E.** (2004). Approaches to brief intervention for hazardous drinking in young people. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 28 (2), 322–329.
- Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Grant, M.T.I.** (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 88, 791-804.
- Scaife, J.C. y Duka, T.** (2009). Behavioural measures of frontal lobe function in a population of young social drinkers with binge drinking pattern. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 93, 354-362.

- Scheier, L.M. y Botvin G. J.** (1997). Expectancies as Mediators of the Effects of Social Influences and Alcohol Knowledge on Adolescent Alcohol Use: A Prospective Analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 11 (1), 48-64.
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P.-M., Gemeinhardt, B. y Küstner, U.** (2007). Insecure family bases and adolescent drug abuse: A new approach to family patterns of attachment. *Attachment & Human Development*, 9, 111-126.
- Schuckit M.** (2002). Vulnerability factors for alcoholism. En: Davis KL, Charney D, Coyle JT, Nemeroff CH (eds). *Neuropsychopharmacology: The fifth generation of progress* (pp. 1399-1411). Philadelphia: American College of Neuropsychopharmacology.
- Schuckit, M.A.** (2009). An overview of genetic influences in alcoholism. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36 (Suppl 1), 5-14.
- Schuckit, M.A., Smith, T.I.** (1996). An 8-year follow of 450 sons of alcoholic and control subjects. *Archives of General Psychiatry*, 53, 202-210.
- Secades, R.** (1996). *Alcoholismo juvenil. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Seligman, M.E.P., Maier, S.F.** (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1-9.
- Séller, M.** (1977). Termes employes en alcoologie. En: Edwards G, y cols. (Eds.), *Incapacités liées à la consommation d'alcool*. Ginebra: OMS, Offset publication; n° 32.
- Shaffer, D. R.** (2000). *Social and personality development*. Belmon: Wadsworth.
- Sharkansky, E. y Finn, P.** (1998). Effects of outcome expectancies and disinhibition on ad lib alcohol consumption. *Journal of Studies on Alcohol*. 59, 198-206.
- Sheeran. P. y Abraham, Ch.** (1996). The Health Behaviours Model (pp. 23-61). En H. Norman y S. Conner (Eds.), *Predicting Health Behaviours* (pp. 23-70). Berk-shire, UK: Open University Press.
- Shiffman, S. y Wills, T.A.** (1985). Coping and cesation of substance use. En S. Shiffman y T.A. Wills. (Eds.). *Coping and substance use* (pp. 221-240). New York: Academic Press.
- Simoës, C., Matos, M. y Batista-Foguet** (2008). Juvenile Delinquency: Analysis of risk and protective factors using quantitative and qualitative methods. *Cognition, Brain, Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 12, 389-408.
- Simons-Morton, B. y Chen, R. S.** (2006). Over time relationships between early adolescent and peer substance use. *Addictive Behaviors*, 31, 1211-1223.
- Simons-Morton, B., Haynie, D.L., Davis Crump, A., Taylor, K.E., Eitel, P. y Yu, K.** (1999). Expectancies and other psychosocial factors associated with alcohol use among early adolescents boys and girls. *Addictive Behaviors*, 22, 229-238.
- Sirvent C., Moral M. V. y Rodríguez, F. J.** (2007). *Jóvenes & Alcohol. Conjunto Didáctico-Audiovisual para Educadores, Psicólogos y Colectivos Mediadores*. Valencia: Nau Llibres.

- Skutle A.** (1999). La relación entre expectativas de autoeficacia, la gravedad del abuso del alcohol y los beneficios psicológicos obtenidos del alcoholismo. *Conductas Adictivas*, 24 (1), 87-98.
- Soler Insa, P.A., Freixa, F., Reina, F.** (1988). *Trastorno por Dependencia de Alcohol*. Madrid: Gráficas Cristal.
- Sournia, J.C.H.** (1990). *A history of alcoholism*. Londres: Basil Blackwell.
- Stacy, A. W., Widaman, K. F. y Marlatt, G. A.** (1990). Expectancy models of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (5), 918-928.
- Stacy, A. W., Widaman, K. F. y Marlatt, G. A.** (1990). Expectancy models of alcohol use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 6 (2), 918-928.
- Staines, G., Magura, S., Roseblum, A., Fong, C., Kosanke, N., Foote, J. et al.** (2003). Predictors of drinking outcomes among alcoholics. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 203-218.
- Stice, E., Myers, M. y Brown, S.** (1998). A longitudinal grouping analysis of adolescent substance use escalation and desescalation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 12 (1), 14-27.
- Strüber, D., Lück, M. y Roth, J.** (2008). Sex, aggression and impulse control: an integrative account. *Neurocase* 14, 93-121.
- Stuss, D.T. y Levine, B.** (2002). Adult clinical neuropsychology: lessons from studies of the frontal lobes. *Annual Review of Psychology*, 53, 401-33
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration.** (2010). *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings* (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-38A, HHS Publication No. SMA 10-4586Findings). Rockville, MD.
- Suelves, J. P. y Sánchez-Turet, M.** (2001). Asertividad y uso de sustancias en la adolescencia: resultados de un estudio transversal. *Anales de Psicología*, 17 (1), 15-22.
- Summers, G.** (1976). *Medición de actitudes*. México: Trillas.
- Talamoni, M.** (1992). Alcohol etílico. En: Talamoni M. *Intoxicaciones más frecuentes en pediatría*. (pp. 99-102). Buenos Aires: Ediciones Hector Macchi.
- Talamoni, M.** (2004). Etanol. En: Talamoni M, Crapanzano G, Lopez Sarmiento, C. *Guía de diagnóstico y tratamiento en Toxicología* (pp. 85-89). Buenos Aires: Eudeba.
- Talbott, L.L., Martin, R.J., Usdan, S.L., Leeper, J.D., Umstattd, M.R., Cremeens, J.L., y Geiger, B.F.** (2008). Drinking likelihood alcohol problems, and peer influence among first-year college students. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34, 433-440.
- Taylor, J. y Carroll, T.** (2001). Youth Alcohol consumption: experiences and expectations En: Williams P (ed.). *Alcohol, Young Persons and Violence*. Australian Institute of Criminology, 20, Research and Public Policy Series, 35, Camberra.

- Thombs, D. and Beck, K.** (1994). The social context of four adolescent drinking patterns. *Health Educational Research*, 9 (1), 13-22.
- TNS Opinion & Social.** (2007) Special Eurobarometer 272b / Wave 66.21. Attitudes towards alcohol. Consultado el 5 de mayo de 2009. http://ec.europa.eu/public_opinion/
- Tomlinson, K.L., Brown, S. A.** (2012). Self-medication or social learning? A comparison of models to predict early adolescent drinking. *Annual Review of Psychology*, 37, 179-186.
- Torres, M. C., Palma, M. M., Iannini, J. y Moreno, S.** (2006). validación de la prueba young adult alcohol problems screening test, yaapst, en un grupo de estudiantes universitarios de la pontificia universidad javeriana de bogotá. *Universitas Psychologica*, 5 (1), 175-190.
- Townshend, J.M., Duka, T.** (2005). Binge drinking, cognitive performance and mood in a population of young social drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29, 317-25.
- Traeen, B., Kvaalem, L.** (1996). Sex under the influence of alcohol among Norwegian adolescents. *Addiction*; 91, 995-1006.
- Triana, B. y Rodrigo, M.J.** (1998). Familias con miembros adictos a las drogas y al alcohol. En M.J. Rodrigo, y J. Palacios (Coords.). *Familia y desarrollo humano* (pp.423-442). Madrid: Alianza.
- Turrisi, R. y Wiersma, K.A.** (1999). Examination of judgments of drunken-ness, binge drinking, and drunk driving tendencies in teens with and without a family history of alcohol abuse. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23, 1-8.
- Turrisi, R., Wiersma, K.A. y Hughes, K. K.** (2000). Binge-drinking- related consequences in college students: roles of drinking beliefs and mother-teen communications. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14 (4), 342-355.
- U.S. Department of Health and Human Services** (2002). High-risk drinking in college: what we know and what we need to learn. Consultado el 15 de diciembre de 2009. http://www.collegedrinkingprevention.gov/niaacollegematerials/panel01/execsum_01.aspx
- Unidad de Evaluación de Calidad.** (2012) *Estadísticas de Gestión*. Universidad de Salamanca. Extraído el 18 Septiembre, 2012. <http://campus.usal.es/~estadisticasgenerales/index.php>
- Uruk, A. y Demir, A.** (2003). Pairs and family rol on prediction of adoles-cents level isolation. *Journal of Psychology*, 137 (2), 98-114.
- Vaillant, G.** (1983). *The natural history of alcoholism*. Londres: Harvard University Press.
- Vaillo, A., Galdon, J. y Dura, M.** (2004). Health Beliefs and Breast Cancer Screening Program Participation in Valencian Community, *Revista Española de Salud Pública*, 78 (1), 65-82.
- Valencia, C., Londoño, C., Amézquita, M., Cortés, J., Guerra, M., Hurtado, A., Ordóñez, J.** (2009). Diseño del cuestionario de creencias referidas al consumo de alcohol para jóvenes universitarios. *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología*, 5 (2), 337-347.

- Valencia-Martín, J. L., Galan, I. y Rodríguez-Artalejo, F.** (2007). Binge drinking in Madrid, Spain. *Alcoholism: Clinical and Experimental*, 31 (10), 1723-1730.
- Vasallo, J. L., Jáimez, M. y Rubio, A.** (2002). Trastornos relacionados con el consumo de drogas y alcohol. En: Rubio Flores, A., Ortega Basanta, L. (Coord.), *Manual de psiquiatría penitenciaria* (pp. 47-87). Egraf. S.A.
- Vázquez, F. y Becoña, E.** (2000). Factores de riesgo y escalada cannabinoide. *Adicciones*, 12 (2), 175-184.
- Velasco, A., Alvarez, F.J.,** (1988). Alcoholes Alifáticos. En: A. Velasco, F.J. Alvarez (Eds.), *Compendio de Psiconeurofarmacología*. (pp. 285-293). Madrid: Díaz de Santos.
- Vélez van Meerbeke, A y Roa González, C. N.** (2005). Factores asociados al rendimiento académico en estudiantes de medicina. *Educación Médica*, 8 (2), 74-82.
- Verdejo, A., Lawrence, A.J. y Clark, L.** (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32, 777-810.
- Villa, M., Rodríguez, F. J. y Sirvent, C.** (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18, 52-58.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M., Hernández, M., Bautista, N., Buenabad, A., Y Bermúdez, P.** (2005). La Encuesta de Estudiantes de Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad de México: Noviembre 2003. *Prevalencias y evolución del consumo de drogas. Salud Mental*, 28 (1), 39-53.
- Viña, C. M. y Herrero, M.** (2004). El consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de Psicología de la Universidad de la Laguna. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 521-536.
- Volkow, N.D. y Li, T.K.** (2005). Drugs and alcohol: Treating and preventing abuse, addiction and their medical consequences. *Pharmacology and Therapeutics*, 108, 3-17.
- W.H.O.** (2002). *The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization.
- W.H.O.** (2005). *The European Health Report 2005: public Health actions for healthier children and populations*. Copenhagen, Denmark, WHO Regional Office for Europe.
- Wada, K., Price, R., and Fukui, S.** (1998). Reflecting adult drinking culture: prevalence of alcohol use and drinking situations among Japanese junior high school students in Japan. *Journal of studies on alcohol*, 59 (4), 381-386.
- Wagner, T., Krampe, H., Stawicki, S., Reinhold, J., Jahn, H., Mahlke, K., Barth, U., Sieg, S., Maul, O., Galwas, C., Aust, C., Kröner-Herwig, B., Brunner, E., Poser, W., Henn, F., Rutherford, E., Ehrenreich, H.** (2004). Substantial decrease of psychiatric comorbidity in chronic alcoholics upon integrated outpatient treatment-results of prospective study. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 619-635.

- Wechsler, H., Lee, J. E., Kuo, M., Seibring, M., Nelson, T. F. y Lee, H.** (2002). Trends in college binge drinking during a period of increased prevention efforts. Findings from 4 Harvard School of Public Health College Alcohol Study surveys: 1993-2001. *Journal of American College Health*, 50 (5), 203-217.
- Whitaker, D., Miller, K.** (2000). Parent-adolescent discussions about sex and condoms: impact on peer influences of sexual risk behaviour. *Journal of Adolescent Research*, 15, 251-73.
- White, A. M.** (2004). *Substance use and the adolescent brain: an overview with a focus in alcohol*. Consultado el 27 de marzo de 2010. <http://www.alcoholinfo>.
- White, H.R., Marmorstein, N.R., Crews, F.T., Bates, M.E., Mun, E-Y. y Loeber, R.** (2011). Associations between heavy episodic drinking and changes in impulsive behavior among adolescent boys. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35, 295-303.
- White, I.R., Altmann, D.R. y Nanchahal, K.** (2002). Alcohol consumption and mortality: modeling risks for men and women at different ages. *British Medical Journal*, 325, 191 – 198.
- Wiese, J.G., Shlipak, M.G., Brower, W.S.** (2000). The alcohol hangover. *Annals of Internal Medicine*. 132 (11), 897-902.
- Wild, L.G., Flisher, A.J., Bhana, A., y Lombard, C.** (2004). Associations among adolescent risk behaviours and self-esteem in six domains. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (8), 1454-1467.
- Williams, P., Holmbeck, G. y Greenley, I.** (2002). Adolescents health psychology, special issue: behavioral medicine and clinical health psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3), 828-842.
- Witkiewitz, K. y Marlatt, G.A.** (2004). Relapse prevention for alcohol and drugs problems: That was Zen, This is Tao. *American Psychologist*, 59 (4), 224-235.
- World Drink Trends 2005.** (2005). *Henley-on-Thames* (Reino Unido): World Advertising Research Center.
- World Drink Trends 2005.** (2007). *A Carefully Distilled Collection of Global Drinks Data*. Oxfordshire: World Advertising Research Center.
- World Health Organization** (2004). Global Status Report on Alcohol 2004. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva. Consultado el 17 de marzo de 2012. www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf
- World Health Organization** (2005). *Alcohol policy in the WHO European Region: current status and the way forward, Fact sheet EURO/10/05*, Copenhagen.
- World Health Organization** (2006 b). *European Commission Report: Alcohol in Europe*. Consultado el 17 de marzo de 2012. http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope

- World Health Organization.** (2002). *The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva.
- World Health Organization.** (2005). *Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol* (58ª asamblea mundial de la salud). Consultado el 9 de abril de 2009. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/8/browse?type=mesh&order=ASC&rpp=75&authority=Alcohol-Related+Disorders>
- World Health Organization.** (2006 a). *Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization*. Consultado el 9 de abril de 2009. http://www.who.int/substance_abuse/
- Young, S.E., Corley, R.P.; Stallings, M.C.; Rhee, S.H.; Crowley, T.J. y Hewitt, J.K.** (2002). Substance use, abuse and dependence in adolescence: prevalence, symptom profiles and correlates. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 309-322.
- Yubero, S., Larrañaga, E., Navarro, R., Serna, C. y Martínez, I.** (2005). La percepción del consumo de alcohol: el análisis de los sesgos atributivos como orientación para la intervención social con jóvenes. *Boletín Informativo de Trabajo Social*, 8, 11-18.
- Yucel, M. y Lubman, D. I.** (2007). Neurocognitive and neuroimaging evidence of behavioural dysregulation in human drug addictin: implications for diagnosis, treatment and prevention. *Drug and Alcohol Review*, 26, 33-39.
- Zaldívar Basurto, F., López Ríos, F., García Montes, J.M. y Molina Moreno, A.** (2011). Consumo autoinformado de alcohol y otras drogas en población universitaria española. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9 (1), 113-132.
- Zamboanga, B.L.** (2005). Alcohol expectancies and drinking behaviors in Mexican American college students. *Addictive Behaviors*, 30, 673-684.
- Zatonski, W. y Manczuk, M.** (2007). *Injuries in Europe: Role of Alcohol*. Comunicación presentada a la Kettil Bruun Society 2006.
- Zimmerman, P. y Becker-Stoll, F.** (2002). Stability of attachment representations during adolescence: The influence of ego-identity status. *Journal of Adolescence*, 25, 107-124.

Anexos

11.- ANEXOS

11.1- DATOS PERSONALES

- **Sexo:** Hombre Mujer
- **Edad:** años
- **Procedencia:** Rural Urbana
- **¿Tiene hermanos?** Sí No **Número de hermanos:**
- **Lugar que ocupa entre los hermanos:**
- **Nivel socioeconómico:** Bajo Medio Alto
- **Tipo de educación recibida:**
Autoritaria Permisiva Democrática Violenta Otras
- **Cómo definiría la relación con su padre:**
Muy Buena Buena Regular Mala Muy mala
- **Cómo definiría la relación con su madre:**
Muy Buena Buena Regular Mala Muy mala
- **Cómo definiría la relación entre sus padres:**
Muy Buena Buena Regular Mala Muy mala
- **Residencia actual:**
Familia Residencia Piso compartido Solo
- **¿Tiene pareja?:** Sí No
- **¿Cómo valora actualmente su relación?**
Muy Buena Buena Regular Mala Muy mala
- **Su orientación sexual es:** Homosexual Heterosexual Bisexual
- **Qué estudios está realizando:**
Diplomatura Licenciatura Otros **Cuál:**.....
- **Nota media (aproximada) del curso anterior:**
- **Asignaturas pendientes:** Sí No **¿Cuántas?:**

11.2.- ENCUESTA CONSUMO

- Ítem 1: ¿A qué edad probó alcohol por primera vez?.....
- **Ítem 2: ¿Con quién estaba?:**
Solo/a Padres Amigos Pareja Conocidos Extraños
Otros
- **Ítem 3: ¿Cuál era el tipo de bebida?:**
Vino/champán Cerveza/sidra Aperitivos (Vermut)
Combinados/cubatas Chupitos (baileys, melocotón, manzana....)
Licores solos (ron, whisky, tequila, hierbas....)
- **Ítem 4: ¿Qué le motivó a beber por primera vez?:**
 - Quedar bien con los amigos
 - Para pasarlo bien
 - Problemas sentimentales
 - Destacar ante los demás
 - Problemas con los padres
 - Llevar la contraria
 - Saber cómo es
 - Otro.....
- **Ítem 5: ¿Ha estado embriagado alguna vez?:** Sí No
- **Ítem 6: Edad:**
- **Ítem 7: La recuerda como una experiencia:**
Positiva Neutra Negativa
- **Ítem 8: ¿Consumió drogas en este primer estado de embriaguez?:**
Sí No
- **Ítem 9: Cuál:**.....
- **Ítem 10: ¿Con quién estaba en esa primera borrachera?:**
Solo/a Padres Amigos Pareja Conocidos Extraños
Otros
- **Ítem 11: ¿Se enteraron sus padres?:** Sí No

- **Ítem 12: ¿Cómo reaccionaron? De manera:**
Muy Positiva Positiva Neutra Negativa Muy Negativa
- **Ítem 13: Desde entonces ¿Con qué frecuencia se embriaga?:**
 - Nunca
 - 1 o menos veces al mes
 - De 2 a 4 veces al mes
 - Varias veces a la semana
 - Sólo los fines de semana
- **Ítem 14: ¿Ha estado embriagado en los últimos 30 días?:** Sí No
- **Ítem 15: ¿Con qué frecuencia?:**
Nunca 1-5 6-10 11-20 Más de 20
- **Ítem 16: ¿Qué tipo de bebida toma habitualmente?:**
Vino/champán Cerveza/sidra Aperitivos (Vermut)
Combinados/cubatas Chupitos (baileys, melocotón, manzana....)
Licores solos (ron, whisky, tequila, hierbas....)
- **Ítem 17: ¿Ha tenido relaciones sexuales durante algún estado de embriaguez?:**
Sí No
- **Ítem 18: ¿Cómo han sido estas relaciones sexuales?:**
Muy Positivas Positivas Neutras Negativas No recuerdo
- **Ítem 19: ¿Alguien de su familia ha tenido problemas con el alcohol?**
Padre Madre Hermanos Otros
- **Ítem 20: ¿Consume habitualmente algún tipo de droga diferente al alcohol?:**
Sí No
- **Ítem 21: ¿Qué droga?.....**
- **Ítem 22: ¿Mezcla alcohol y otras drogas?**
Nunca A veces A menudo Siempre

11. 3.- Entrevista de Consumo de Alcohol (CAGE)

- **¿Ha tenido en alguna ocasión la impresión de que debería beber menos?:**

Sí No

- **¿Le ha molestado alguna vez que la gente le criticara su forma de beber?:**

Sí No

- **¿Se ha sentido culpable alguna vez por su hábito de beber?:**

Sí No

- **¿Alguna vez le ha ocurrido que la primera cosa que ha hecho por la mañana ha sido tomar una copa para calmar los nervios?:**

Sí No

11. 4.- Test para la Identificación de Trastornos por el uso de alcohol (AUDIT)

Items	Criterios operativos de valoración
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Una o menos veces al mes <input type="checkbox"/> De 2 a 4 veces al mes <input type="checkbox"/> De 2 a 3 veces a la semana <input type="checkbox"/> Cuatro ó más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	<input type="checkbox"/> 1 ó 2 <input type="checkbox"/> 3 ó 4 <input type="checkbox"/> 5 ó 6 <input type="checkbox"/> De 7 a 9 <input type="checkbox"/> 10 ó más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 ó más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> A diario o casi a diario

<p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> A diario o casi a diario</p>
<p>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> A diario o casi a diario</p>
<p>9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, pero no en el curso del último año <input type="checkbox"/> Sí, el último año</p>
<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, pero no en el curso del último año <input type="checkbox"/> Sí, el último año</p>

11.5.- Cuestionario de expectativas (creencias) hacia el alcohol AEQ

Las siguientes frases contienen cuestiones acerca de los efectos del alcohol, léalas cuidadosamente y responda de acuerdo a sus pensamientos, sentimientos y creencias personales acerca del alcohol en este momento. Si cree que la frase es cierta marque X en *verdadero*, si cree que es falsa marque X en *falso*. Es importante que responda a todas las preguntas.

	Verdadero	Falso
1.- El beber me hace sentir acalorado	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
2.- La bebida me hace sentir bien	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
3.- Unas cuantas copas hacen más fácil el hablar con la gente	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
4.- El alcohol hace a las mujeres/hombres más sensuales	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
5.- Es más fácil expresar mis sentimientos si tomo unas cuantas copas	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
6.- Después de unas cuantas copas me siento más autosuficiente	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
7.- Con unas cuantas copas, no me preocupa tanto lo que otros piensen de mi	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
8.- El beber bebidas alcohólicas me ayuda a relajarme en situaciones sociales	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
9.- El beber solo o con otra persona me hace sentir calmado y sereno	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
10.- Después de unas cuantas copas me siento valiente y capaz de pelear	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
11.- Beber me puede hacer sentir más satisfecho conmigo mismo	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
12.- Hay más compañerismo en un grupo de gente si han estado bebiendo	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
13.- Mis sentimientos de aislamiento y separación disminuyen cuando bebo	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
14.- El alcohol me ayuda a dormir mejor	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
15.- Las mujeres son más amigables cuando han tomado unas cuantas copas	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
16.- Soy mejor amante después de unas copas	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
17.- El alcohol disminuye la tensión muscular	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
18.- Usualmente estoy de mejor ánimo después de unas cuantas copas	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
19.- Las mujeres pueden tener orgasmos más fácilmente si han estado bebiendo	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
20.- Me siento una persona más generosa y cariñosa después de haber bebido	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
21.- Unas cuantas copas me hacen sentir menos tímido/a	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
22.- Si estoy tenso o ansioso, unas cuantas copas me hacen sentir mejor	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
23.- Si siento miedo el alcohol disminuye mis temores	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
24.- Tener una bebida en la mano me hace sentir más seguro en la situación	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
25.- El alcohol puede servir de anestesia, puede matar el dolor	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
26.- Me gusta tener más relaciones sexuales si he bebido algo de alcohol	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
27.- Me siento más masculino/femenina después de unas cuantas copas	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>

28.- Es más fácil sentirme cómodo y romántico si bebo	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
29.- Me siento más despreocupado cuando bebo	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
30.- El beber hace que las reuniones sean más divertidas	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
31.- El alcohol hace que se olvide más fácilmente los malos sentimientos	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
32.- Después de beber unas copas me siento excitado sexualmente	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
33.- Si tengo frío, el beber unas cuantas copas me proporciona calor	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
34.- Puede alegrar o discutir con más fuerza después de una o dos copas	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
35.- Unas cuantas copas me hacen más sociable	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
36.- Una o dos copas hacen que mi lado bromista sobresalga	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
37.- el beber me hace más franco y terco	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
38.- Tiendo a ser más crítico con mi persona cuando bebo algo de alcohol	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
39.- Es más fácil hablar con personas del sexo opuesto después de beber	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
40.- El beber me hace sentir acalorado y sonrojado	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
41.- Es más fácil recordar historias graciosas o bromas si he estado bebiendo	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
42.- Soy menos sumis@ hacia aquellas personas de autoridad después de beber	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
43.- El alcohol me hace más hablador/a	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
44.- Los hombres pueden tener orgasmos más fácilmente si beben	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
45.- El alcohol me permite divertirme más en las fiestas	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
46.- el beber hace que las personas se relajen más en situaciones sociales	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
47.- Después de unas copas, los dolores musculares no me molestan tanto	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
48.- El alcohol hace que me preocupe menos	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
49.- El alcohol hace más fácil el actuar impulsivamente	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
50.- Una o dos copas me relajan, para no sentirme presionado por el tiempo	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
51.- Las cosas parecen ser más graciosas cuando he estado bebiendo	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>

11.6.- Batería de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC)

A continuación encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con algunos aspectos relevantes en su vida. Lea cada frase y tache con una cruz (X) en qué grado se identifica con su situación: Desde 1 = **NO se identifica nada con la afirmación**, hasta 9 = **Se identifica totalmente**

	NO								SI
1.- Lo que pueda conseguir en mi vida dependerá de mis propias cualidades y el empeño que yo ponga	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2.- Son muchas las ocasiones en las que dudo de mis posibilidades	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3.- Estoy convencido de que no merece la pena esforzarse en este mundo, todo está corrompido	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4.- Cuando deseo algo siempre pienso que lo obtendré	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5.- La suerte siempre es algo a tener en cuenta	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6.- Dependiendo de cómo yo actúe así me irá la vida	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7.- Tengo muchos pensamientos de inseguridad en relación con mis capacidades para hacer algunas cosas	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8.- De qué sirve que yo sea competente si la mayoría de las cosas están apañadas	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9.-Tengo pocas esperanzas de conseguir las cosas que realmente deseo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10.- Sin suerte no se puede ir a ninguna parte	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11.- Me veo con capacidad para hacer frente a los muchos eventos estresantes que nos depara la vida diaria	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12.- Cualquier cosa que me suceda en la vida estará en estrecha relación con lo que yo haga	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.- Me veo inseguro a la hora de enfrentarme a muchas situaciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14.- ¡ Para que engañarnos! lo único que cuenta en esta vida son los “enchufes”	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.- Suelo tener altas expectativas de conseguir siempre lo que quiero	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16.- Para conseguir muchas cosas está claro que siempre tiene que acompañarte la suerte	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17.- Pienso que si soy competente conseguiré lo que me proponga	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18.- Creo en el dicho “si no tienes padrino no te bautizas”, por mucho que uno valga	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19.- En relación con mi futuro, estoy convencido de tener éxito en todo aquello que sea de interés para mi	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20.- Son muchas las circunstancias que pueden afectar en lo que una persona puede conseguir en su vida	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21.- Cuando me encuentre en situaciones problemáticas siempre me pregunto si podré resolverlas	1	2	3	4	5	6	7	8	9
22.- Si uno lucha y trabaja duro podrá conseguir muchas cosas en la vida	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23.- Me siento confiado y seguro de mis capacidades ante situaciones futuras difíciles	1	2	3	4	5	6	7	8	9

24.- Lo que haya de ocurrir ocurrirá, no importa lo que yo haga	1	2	3	4	5	6	7	8	9
25.- Suelo ser más bien pesimista acerca de mi futuro	1	2	3	4	5	6	7	8	9
26.- Creo en la suerte	1	2	3	4	5	6	7	8	9
27.- Me creo con capacidad de superar cualquier problema futuro que se me pueda presentar en mi vida privada	1	2	3	4	5	6	7	8	9
28.-Son muchas las cosas que deseo y pocas las posibilidades de conseguirlas	1	2	3	4	5	6	7	8	9

