

DEPARTAMENT DE PSICOLOGIA BÀSICA

ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES COGNITIVOS QUE  
SUBYACEN A LA CONDUCTA DE CONSUMO INTENSIVO  
DE ALCOHOL EN JÓVENES UTILIZANDO COMO MARCO  
DE REFERENCIA LA TEORÍA DE LA CONDUCTA  
PLANIFICADA.

JOSÉ ANTONIO GIMÉNEZ COSTA

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA  
Servei de Publicacions  
2011

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 3 de juny de 2011 davant un tribunal format per:

- Dra. María Vicenta Mestre Escrivá
- Dr. Fernando Cadaveira Mahía
- Dr. José Antonio García del Castillo Rodríguez
- Dra. Carmen López Sánchez
- Dra. Silvia Font Mayolas

Va ser dirigida per:

Dra. M<sup>a</sup> Teresa Cortés Tomás

©Copyright: Servei de Publicacions  
José Antonio Giménez Costa

---

Dipòsit legal: V-486-2012

I.S.B.N.: 978-84-370-8211-0

Edita: Universitat de València  
Servei de Publicacions  
C/ Arts Gràfiques, 13 baix  
46010 València  
Spain  
Telèfon:(0034)963864115

VNIVERSITAT  VALÈNCIA

Facultat de Psicologia  
Departament de Psicologia Bàsica



**Análisis de los determinantes cognitivos que  
subyacen a la conducta de Consumo  
Intensivo de Alcohol en jóvenes utilizando  
como marco de referencia la Teoría de la  
Conducta Planificada**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

**José Antonio Giménez Costa**

Dirigida por:

**María Teresa Cortés Tomás**

Valencia, Febrero de 2011

- *You're late.*
- *A wizard is never late, Frodo Baggins. Nor is he early. He arrives precisely when he means to.*

*J.R.R. Tolkien (1892-1973)*

*A mis padres, a mi hermano y a mi abuela, 11 años después, y a Merxe, por estar siempre ahí...*

Al finalizar un trabajo tan arduo y lleno de dificultades como el desarrollo de una tesis doctoral es inevitable que te asalte un muy humano egocentrismo que te lleva a concentrar la mayor parte del mérito en el aporte que has hecho. Sin embargo, el análisis objetivo te muestra inmediatamente que ese aporte hubiese sido imposible sin la participación de personas e instituciones que han facilitado las cosas para que este trabajo llegue a un feliz término. Por ello, es para mí un verdadero placer utilizar este espacio para ser justo y consecuente con ellas, expresándoles mis agradecimientos.

Debo agradecer de manera muy especial y sincera a la Profesora *Dra. Maite Cortés Tomás* por aceptarme para realizar esta tesis doctoral bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte inestimable, no solamente en el desarrollo de este proyecto, sino también en mi formación como investigador. Su orientación y rigurosidad han sido la clave del buen trabajo que hemos realizado juntos, el cual no se puede concebir sin su siempre oportuna y acertada participación. Además es imposible no destacar su continua paciencia, esfuerzo y dedicación, su ayuda desinteresada, y su disponibilidad que va más allá de lo académico. Y porque sólo a ella le debo mucho más de lo que aquí pueda expresar.

A la Profesora *Dra. Begoña Espejo*, por su inestimable e incondicional apoyo, así como por su entera disponibilidad y cercanía a la hora de asesorarme en esa selva que a veces se convierte tener que enfrentarse a los “números”. También a la profesora *Dra. Leticia Luque*, por su paciencia y sus acertadas indicaciones en este mismo mundo de la estadística.

A las profesoras y compañeras del Departamento de Psicología Básica, las cuales tanto en los cafés compartidos, como en las conversaciones programadas e improvisadas en pasillos, han servido de especial aliento y fuerza cuando a veces la motivación bajaba a niveles alarmantes. Todas ellas han conseguido que no ceje en mis objetivos y sobre todo que no me olvide de la importancia del contacto humano. También me gustaría agradecer sinceramente al equipo directivo del Departamento su ánimo, su atención y todas las facilidades que me han prestado en estos años tanto como investigador como profesor asociado.

No puedo olvidarme de las “compañeras de viaje” que me ayudaron a poder hacer los pases de los cuestionarios, así como de todos y todas los alumnos y alumnas de los centros educativos en los que se ha podido recoger los datos de esta tesis. Muchísimas gracias por que sin vosotros y vosotras no hubiese sido posible seguir adelante en este proyecto. Gracias también, como no, a los equipos directivos de estos centros por permitirnos acceder a su alumnado, y por cedernos su preciado tiempo.

Para aquellos amigos y amigas que han compartido conmigo los “*ires y venires*” en el plano personal durante esta etapa: gracias, gracias y perdón. Gracias por todo vuestro tiempo, vuestro aliento y vuestra fuerza. Gracias por creer en mí y hacerme creer en mí durante todo este tiempo. Y perdón por todo el tiempo que no he podido compartir con vosotros y vosotras, por esos cafés no compartidos y por esas disculpas a última hora. Gran parte de estas líneas son vuestras.

Y, por supuesto, el agradecimiento más profundo y sentido va para mi familia. Sin su continuo e infinito apoyo, colaboración e inspiración habría sido imposible llevar a cabo esta dura empresa. A mis padres, Pepe y Elena, por su ejemplo de lucha, optimismo y honestidad; a mi hermano Moisés, por que su apoyo incondicional, su ánimo, su compañía, su fuerza y sus consejos han

posibilitado que siguiera hacia delante desde el mismo momento en que empezó este proyecto; y a mi Abuela Elena, por darme en cada sonrisa toda la energía del mundo aunque ella tuviese poquita... ¡por ellos y para ellos!

Y como no, gran parte de la “culpa” de que este proyecto llegase a su fin la tiene Merxe. Por ser la persona que ha conseguido pintar mi vida de colores, por demostrarme que su paciencia es más que infinita, por estar ahí siempre que la he necesitado y cuando no, por cargarme las pilas cuando hacía falta y cuando no lo hacía, por compartir conmigo el tiempo que tenía y el que no, y por ayudarme a mantener siempre a tope el cuerpo y el alma.

Finalmente, muchísimas gracias a todos y todas los que habéis estado ahí durante este trayecto. Seguro que me dejo a alguien en el tintero, pero seguro que también sabrá perdonar este despiste mío que tan bien conocéis. Que no estéis en estas líneas no significa que no os lo agradezca profundamente... así que ¡gracias también a ti!

# ÍNDICE

## **CAPÍTULO 1. CONSIDERACIONES SOBRE EL CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL ..... 11**

<b>1. CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL: UN CONCEPTO PROBLEMÁTICO .....</b>	<b>18</b>
1.1. La confusión terminológica.....	18
1.2. La diversidad de criterios para definir el Consumo Intensivo de Alcohol .....	21
1.2.1. La cantidad consumida .....	22
1.2.2. La duración del episodio de consumo.....	33
1.2.3. La frecuencia de los episodios .....	35
<b>2. DEFINICIÓN CONSENSUADA DE CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL .....</b>	<b>38</b>
<b>3. CONSECUENCIAS ASOCIADAS AL CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL EN JÓVENES .....</b>	<b>39</b>
3.1. Consecuencias psicosociales de este patrón de consumo en jóvenes. ....	41
3.2. Consecuencias neuropsicológicas de este patrón de consumo en jóvenes .....	46
3.2.1. Consecuencias neuropsicológicas inmediatas.....	47
3.2.2. Consecuencias neuropsicológicas funcionales y estructurales ...	48

## **CAPÍTULO 2. PLANTEAMIENTOS TEÓRICOS APLICADOS AL ESTUDIO DEL CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL ..... 57**

<b>1. ACERCAMIENTOS TEÓRICOS UTILIZADOS .....</b>	<b>61</b>
1.1. Modelo del vínculo social .....	61
1.2. Contexto social del consumo.....	62
1.3. Transición a la edad adulta.....	63
1.4. Teoría de las Expectativas sobre el alcohol.....	64
1.5. Modelo cognitivo de binge drinking .....	66
1.6. Teorías de Decisión Racional.....	68
1.6.1. Teoría de la Decisión .....	68
1.6.2. Teoría de la Acción Razonada .....	69
1.6.3. Teoría de la Conducta Planificada .....	71
<b>2. LA TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANIFICADA .....</b>	<b>71</b>
2.1. Conducta .....	74
2.2. Intención .....	74
2.3. Actitud.....	76
2.3.1. Creencias Conductuales .....	77

---

2.4. Norma Subjetiva.....	77
2.4.1. Creencias Normativas .....	78
2.5. Control Conductual Percibido .....	79
2.5.1. Creencias de Control.....	81
<b>3. APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANIFICADA</b> .....	<b>83</b>
3.1. Aplicación general.....	83
3.2. Aplicación en el ámbito de las adicciones.....	86
3.3. Aplicación al consumo de alcohol.....	91
3.4. Aplicación al Consumo Intensivo de Alcohol .....	94
<b>4. OBJETIVOS DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>100</b>
<b>CAPÍTULO 3. PROPUESTA DE EVALUACIÓN DEL</b> <b>CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL .....</b>	<b>103</b>
1.1. Definición de la población de interés .....	107
1.2. Definición de la conducta de estudio.....	108
1.3., 1.4. y 1.5. Determinación de las creencias conductuales, normativas y de control relacionadas con la conducta objeto .....	110
1.6. Operativización y medida de la Intención, Norma Subjetiva, Actitud, Control Percibido y Creencias .....	112
1.7. Inclusión de los ítems y elaboración del primer borrador del cuestionario .....	115
1.8. Realizar un pase piloto del instrumento, para analizar la consistencia interna de las escalas y descartar los ítems no necesarios.....	116
1.8.1. Análisis de fiabilidad de las escalas .....	117
1.8.2. Redacción definitiva del cuestionario .....	138
1.8.3. Recodificación de variables .....	139
<b>CAPÍTULO 4. MÉTODO Y RESULTADOS.....</b>	<b>145</b>
<b>1. MUESTRA .....</b>	<b>146</b>
1.1. Procedimiento de obtención de la muestra .....	146
1.2. Descripción de la muestra.....	148
<b>2. ANÁLISIS EXPERIMENTAL.....</b>	<b>150</b>
2.1. Adecuación del modelo teórico .....	150
2.1.1. Procedimiento metodológico y estadístico.....	150
2.1.2. Resultados .....	152
2.2. Evaluación multidimensional .....	154
2.2.1. Procedimiento metodológico y estadístico.....	154
2.2.2. Resultados .....	156
2.2.2.1. Consumo de alcohol.....	156
2.2.2.2. Consumo Intensivo de Alcohol.....	163

---

2.2.2.3. Análisis de conglomerados .....	167
2.2.2.4. Análisis de los grupos mediante los constructos de la Teoría de la Conducta Planificada .....	171
a) Intención de llevar a cabo la conducta .....	171
b) Actitud hacia la Conducta de Consumo Intensivo.....	173
c) Intensidad de las Creencias Conductuales .....	176
d) Evaluación de las Creencias Conductuales.....	182
e) Norma Subjetiva (Intensidad y Motivación para cumplir con ésta).....	185
f) Intensidad de las Creencias Normativas.....	187
g) Motivación para cumplir con los Referentes .....	190
h) Control Percibido, Creencias de Control y Evaluación de los Factores de Control.....	192
2.2.2.5. Cálculo y análisis de los constructos según la Teoría de la Conducta Planificada .....	197
a) Creencias Conductuales (Intensidad x Evaluación).....	198
b) Norma Subjetiva y Creencias Normativas (Intensidad x Motivación por cumplir con los Referentes) .....	203
c) Creencias de Control (Intensidad x Evaluación de los Factores de Control).....	207
<b>CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN .....</b>	<b>211</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>235</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>271</b>
<b>ANEXO I. CUESTIONARIO DEFINITIVO UTILIZADO EN LA     INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>272</b>
<b>ANEXO II. OUTPUTS DE LOS MODELOS DE REGRESIÓN .....</b>	<b>281</b>

**CAPÍTULO 1.**

**CONSIDERACIONES  
SOBRE EL  
CONSUMO  
INTENSIVO DE ALCOHOL**

Los datos aportados en la encuesta europea Eurobarómetro (EU, 2010) informan que el alcohol continúa siendo la sustancia psicoactiva más consumida. Concretamente un 76% de ciudadanos ha consumido bebidas alcohólicas durante el último año, siendo un 88% de ellos los que lo hicieron durante el último mes. En el caso de los jóvenes (15-24 años) se confirma la tendencia de los últimos años que refleja un aumento de dos puntos en el porcentaje de consumidores durante el último mes (del 84% en 2007, al 86% en 2010).

Resultados similares se observan en las principales encuestas españolas. Concretamente, un 84.4% de españoles entre 15 y 64 años ha consumido alcohol alguna vez durante el último año (OED, 2010) lo que supone un incremento del 11.5% respecto de la anterior edición de esta misma encuesta. En el grupo de estudiantes de enseñanzas medias (14-18 años) este porcentaje desciende hasta el 72.9% al considerar el consumo durante los últimos 12 meses, y a un 58.5% al restringirlo al último mes. Pero no puede obviarse que estos porcentajes se incrementan conforme lo hace la edad, motivo por el cual al considerar únicamente a los jóvenes de 18 años se eleva al 75.1% aquellos que habían consumido durante los últimos 30 días.

Son múltiples las investigaciones en las que se señala una progresiva homogeneización en todo el continente de un nuevo patrón de consumo que supone, además del incremento de la ingesta/gramos de alcohol, su vinculación a aspectos sociales y a la búsqueda de fines psicotrópicos (Anderson y Baumberg,

2006; Comisión Clínica PNSD, 2007; Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria, 2007; Farke y Anderson, 2007).

Las principales características de este patrón de consumo se resumen en (Anderson y Baumberg, 2006; Bloomfield, Stockwell, Gmel y Rehm, 2003; Calafat, 2007; Cortés, Espejo y Giménez, 2007, 2008; Espada, Méndez e Hidalgo, 2000; EU, 2010; Farke y Anderson, 2007; Gmel, Rehm y Kuntsche, 2003; Institute of Alcohol Studies, 2007; Kuntsche, Rehm y Gmel, 2004; Observatorio Español sobre Drogas, 2007):

- un inicio cada vez más temprano del consumo (actualmente se sitúa alrededor de 12.5 años)
- la ingesta de cantidades elevadas de alcohol
- la concentración del consumo en pocas horas
- su asociación con momentos de ocio de fin de semana
- la presencia de algún grado de pérdida de control
- el mantenimiento de períodos de abstinencia entre episodios.

En cuanto a la edad de inicio en el consumo de alcohol juvenil, en España se aprecia una estabilización desde los años noventa, situándose en 13.7 años (OED, 2010). Pero este dato es general del colectivo de 14 a 18 años, pudiéndose malinterpretar con esto que los jóvenes muestran una edad de inicio posterior a la que se indica en informes europeos (Anderson y Baumberg, 2006). Nada más lejos de la realidad, ya que al evaluar año a año el momento de inicio en el consumo de alcohol se observa cómo en los adolescentes de 14 años la edad de inicio es muy similar a la europea -12.5 años- (gráfico 1).

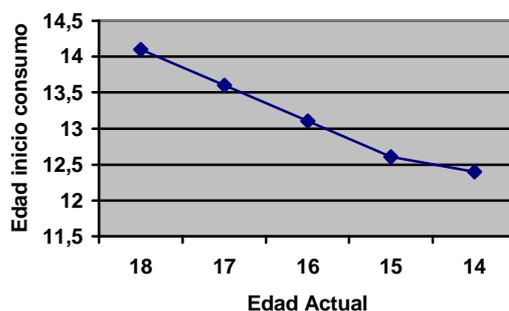


Gráfico 1. Edad de inicio en el consumo de alcohol en función de la edad (Cortés, 2010).

Respecto a la cantidad de alcohol ingerida por este sector poblacional es importante destacar tres indicadores acerca de su importancia (OED, 2010):

- El tipo de bebida más consumida: predominan los combinados/cubatas (54% los fines de semana), aunque también es importante el consumo de licores fuertes (25.1%), licores de frutas (20.8%), y bebidas fermentadas (cerveza: 28.6% y vino: 17%). El recurrir a bebidas de alta graduación permite inferir que el porcentaje de alcohol puro ingerido en cada consumición va a ser elevado.
- La concentración del consumo en pocas horas: un 41.4% de los estudiantes de 14 a 18 años (38.3% chicas y 44.7% chicos) han tomado alguna vez durante el último mes 5 ó más vasos/cañas o copas en una misma ocasión o en un intervalo aproximado de 2 horas. El 15.2% lo ha hecho más de 4 veces durante los últimos 30 días.
- El incremento continuado en la prevalencia de borracheras entre jóvenes consumidores: del 21.7% en 1994 al 49.1% en la actualidad (gráfico 2).

Por este motivo, tal como se aprecia en el siguiente gráfico, a pesar de reducirse el número de consumidores habituales de alcohol durante el último mes, se está produciendo un consumo de mayor riesgo al ingerirse la misma cantidad de alcohol pero repartida entre un menor número de jóvenes.

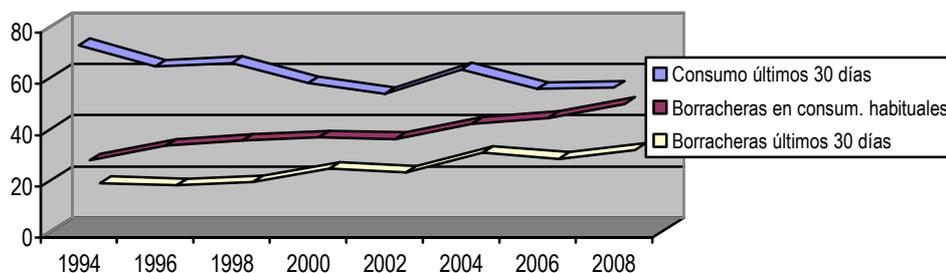


Gráfico 2. Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas y borracheras en el último mes y proporción de personas (14-18 años) que se ha emborrachado entre los que han consumido alcohol en los últimos 30 días (ESTUDES, 2009).

El consumo se concentra los fines de semana, ya que el 99.8% de los entrevistados informan consumir de viernes a domingo. De ellos casi una cuarta parte (23%) lo hace todos los fines de semana. Entre los lugares de consumo más aludidos por parte de consumidores habituales destacan bares y pubs (66.3%), espacios abiertos –calles, plazas o parques- (65.3%) o discotecas (56.7%). El unir los contextos espacio-temporales en los que tiene lugar el consumo permite entender que el alcohol adquiera un papel fundamental como articulador del ocio y las relaciones sociales de los jóvenes.

En definitiva, se ha instaurado un consumo con características peculiares, alejadas del modelo adulto y tradicional, tanto en lo que se refiere a cantidades consumidas, como al patrón de consumo y los significados atribuidos al mismo (Comisión Clínica del PNSD, 2007; MSC, 2008; Sánchez, 2001; Valderrama y de Vicente, 2001).

Esta diferenciación del modelo juvenil respecto al tradicional adulto ha motivado la necesidad de introducir cambios en el concepto de consumo de riesgo. A la consideración propuesta tradicionalmente (Anderson, 1996; Hawks, 1989; MSC, 2008; Rehm y cols., 2004; Royal College of Psychiatrists, 1986; Royal College of Physicians of London, 1987) debe incluirse también la de un patrón de consumo de gran cantidad de alcohol que se ingiere en una sola ocasión o en un intervalo corto de tiempo (horas), seguido de algún período de abstinencia (Comisión Clínica PNSD, 2007). Actualmente en Europa se considera como consumo de riesgo (MSC, 2008):

- En mujeres y mayores de 65 años:
  - 2-2.5 UBEs/día
  - 17 UBEs/semana
  - 4 UBEs o más por ocasión de consumo concentrado
- En varones:
  - 2-2.5 UBEs/día
  - 28 UBEs/semana
  - 6 UBEs o más por ocasión de consumo concentrado

Este consumo se estima de riesgo por incrementar la probabilidad de generar consecuencias adversas importantes (Anderson y Baumberg, 2006; Babor, Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro, 2001; Rodríguez-Martos, 2007), mayores cuanto más regulares sean los picos de consumo. Además, no puede obviarse que la población afectada por estos consumos son en su mayoría adolescentes y jóvenes en los que cualquier ingesta de alcohol se considera ya por si misma de riesgo (Anderson y Baumberg, 2006; Comisión Clínica PNSD, 2007; WHO, 2007), al estar en proceso de maduración y desarrollo bio-psico-social.

Sin embargo, pese a evidenciarse la existencia de este patrón de consumo en la mayoría de los países desarrollados (Bennett, Miller y Woodall, 1999; Davey, Davey y Obst, 2002; Healy, 2000; Lederman, Stewart, Goodhart y

Laitman, 2003; Marcoux y Shope, 1997; Muthen y Muthen, 2000; Office of Applied Studies, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1998, 2002; Ziegler y cols., 2005), y pese a reconocer que entre la población adolescente y joven es la forma más habitual de consumo de alcohol (Herring, Berridge y Thorn, 2008; Kellner, Webster y Chanteloup, 1996; Murgraff, McDermott y Walsh, 2001; Muthen y Muthen, 2000; Quigley y Marlatt, 1996; Ziegler y cols., 2005), no se aprecia un consenso entre los investigadores, ni a la hora de determinar una terminología común, ni unos criterios que lo definan (Hassan y Shiu, 2007; Jackson, 2008; Lange y Voas, 2001; Marczinski, Comb y Fillmore, 2007; Perkins, DeJong y Linkenbach, 2001; Wagner y cols. 2007; Wechsler y Nelson, 2001). Esto marca una necesidad de llegar a un consenso, tanto a nivel clínico como de investigación (Marczinski, Grant y Grant, 2009), que permita poder evaluar y comparar los resultados obtenidos, independientemente de quién investigue sobre el tema, e independientemente del lugar donde se realice.

Seguidamente se dedica un apartado a resumir las principales contribuciones sobre el concepto de Consumo Intensivo de Alcohol o *Binge Drinking*.

## 1. CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL: UN CONCEPTO PROBLEMÁTICO

Han sido varios los intentos de sintetizar un concepto que agrupe, de manera fundamentada, los principales parámetros definitorios de este patrón de consumo (Courtney y Polich, 2009; Herring, Berridge y Thom, 2008; MSC, 2008; NIAAA, 2004). Sin embargo a pesar de estas tentativas de consenso, y debido a la variabilidad y diversidad de esta conducta, el resultado todavía no es definitivo.

Entre los diferentes problemas que han surgido en esta tarea, aparecen fundamentalmente dos: (1) el referido a la terminología utilizada para designar internacionalmente este tipo de consumo, y (2) el aparecido al tratar de consensuar unos criterios que lo objetiven y permitan clasificar qué consumidores se clasificarían dentro de esta categoría.

### 1.1. La confusión terminológica

La revisión de la literatura muestra gran cantidad de términos utilizados para dar cuenta de este patrón. Entre los más frecuentes aparecen:

- *Consumo Concentrado de Alcohol/Beber Concentrado* (Calafat, 2007; Farke y Anderson, 2007)
- *Episodio de Consumo Intensivo de Alcohol* (Cadaveira, 2009; Cortés y cols., 2008, 2010; MSC, 2008; Rodríguez-Martos, 2007; Rodríguez-Martos y Roson, 2008)
- *Binge Drinking* (Bradley y cols., 2001; Carey, 2001; Courtney y Polich, 2009; DeJong, 2003; Gfroerer y cols., 1996; Jackson y Sher, 2008; Lange y Voas, 2001; Luczak y cols., 2001; Marczinski, Combs y Fillmore, 2007; Midanik y cols., 1996; NIAAA, 2004; Norman, Bennett y Lewis, 1998;

- Wechsler y Nelson, 2001; Wechsler, Davenport, Dowdall, Moeykens y Castillo, 1994).
- *Concentrated Drinking Episode* (Gill, 2002)
  - *Dangerous Drinking* (Lederman y cols., 2003)
  - *Episodic Heavy Drinking* (Bradley y cols., 2001; Wiesner, Windle y Freeman, 2005; Weingardt y cols., 1998)
  - *Excessive Episodic Consumption* (Duncan 1997; Gfroerer, Wright y Gustin, 1996)
  - *Frequent Binge Drinking* (Schulenberg, O'Malley, Backman, Wadsworth y Johnston, 1996)
  - *Heavy Drinking* (Christiansen, Vik y Jarchow, 2002; Labrie, Pedersen y Tawalbeh, 2007; Nadeau, Guyon y Bourgault, 1998; Neal y Carey, 2004; O'Malley y Johnston, 2002; Sher y Rutledge, 2007; Turrisi, Mallet, Mastroleo y Larimer, 2006; Vick, Carrello, Tate y Field, 2000)
  - *Heavy Episodic Binge Drinking* (Nezleck y cols., 1993)
  - *Heavy Episodic Drinking* (Bendtsen, Johansson y Akerlind, 2006; Carey, 2001; Collins y Carey, 2007; Dawson y cols., 2004; DeJong, 2001; Jackson, 2008; Jackson y Sher, 2008; Johnston y White, 2003; Makela y Mustonen, 2007; Marczinski y cols., 2007; Martens y cols., 2009; Nezlek, Pilkington y Bilbro, 1993; Norman y cols., 1998; Oesterle y cols., 2004; Turrisi, Jaccard, Taki, Dunnam y Grimes, 2001; Wall y cols., 1998; Weingardt y cols., 1998; Wilsnack y cols., 2000)
  - *Heavy Sessional Drinking* (Measham, 1996)
  - *Heavy Use* (Presley, Meilman y Lyerla, 1994)
  - *High Risk Drinking* (Baer, Kivlahan, Blume, McKnight y Marlatt, 2001)
  - *Risky Single Occasion Drinking* (Anderson y Plant, 1996; Hassan y Shiu, 2007; Murgraff, Parrot y Bennett, 1999; Webb y cols., 1996)

- *Spree Drinking* (Brown y Gunn, 1977)

El término *Binge Drinking* es el más utilizado de todos los listados y el que ha recibido el mayor número de críticas. La principal hace referencia a que con el mismo se alude a un patrón de consumo excesivo de alcohol realizado durante un período de tiempo extenso y mantenido, y en el que el único propósito es ir bebido, interfiriendo de forma significativa en la vida de la persona (Epstein, Kaler, McCrady, Lewis y Lewis, 1995; Herring y cols., 2008). De hecho en algunos trabajos (Herring y cols., 2008, Lange y Voas, 2001) se plantea la convivencia durante muchos años de una conceptualización “más clínica” (donde el *Binge* se considera un período de embriaguez continuada que puede durar desde días hasta semanas, que suelen presentarse en consumidores en la fase crónica del alcoholismo -Gmel y cols., 2003-), con otra de corte “epidemiológico-descriptivo” (donde el *Binge Drinking* define un consumo excesivo de alcohol ocasional entre la población general -Lange y cols., 2002-). Esta doble acepción del término *Binge Drinking* ha provocado que diversos investigadores (DeJong, 2003; Miller, Plant y Plant, 2005; MSC, 2008; Murgraff y cols., 1999; Stuckit, 1998; WHO, 2004) y algunas publicaciones científicas, como por ejemplo la revista *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* (antes *Journal of Studies on Alcohol*), hayan desaconsejado el uso de esta terminología y su sustitución por otros conceptos como *Heavy Episodic Drinking*.

En la 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España (MSC, 2008) se propuso que entre todas las alternativas planteadas en lengua castellana (*atración, consumo excesivo episódico, consumo agudo episódico, consumo agudo concentrado o episodio de consumo intensivo*) se optara por la de *Episodio de Consumo Intensivo de Alcohol*, al ser la que mejor

refleja el concepto habitualmente aceptado de consumo intensivo en poco espacio de tiempo y su carácter episódico, como opuesto al regular (pp. 43).

**En el presente trabajo se asume el término Consumo Intensivo de Alcohol -CIA- tomando como referencia que parte de un Consenso de Expertos (nivel de evidencia 4 -Becoña y Cortés, 2008-).**

## **1.2. La diversidad de criterios para definir el Consumo Intensivo de Alcohol**

Como se ha comentado anteriormente, se trata de un patrón de consumo que implica la ingesta de **gran cantidad** de alcohol durante un **período de tiempo** relativamente corto, y que implícitamente se asocia con ciertas repercusiones de salud y conductuales (Gill, Murdoch y O'May, 2009). Además, algunos autores incluyen también como elemento definitorio la **frecuencia** con que suelen presentarse estos consumos (Hamm y Hope, 2003).

Se han propuesto numerosas definiciones hasta el momento tratando de abarcar todas o algunas de estas variables, si bien no siempre de forma integrada ni exhaustiva (Cortés, Giménez, Pedrero, Guardia, Pascual, Espejo, Tomás y Sancerni, 2009; Marzinski y cols., 2009). En la tabla 1 se recogen algunas de estas definiciones. Hasta el momento no se ha alcanzado un consenso sobre qué indicadores objetivos marcan el límite entre un sujeto que lleve a cabo esta conducta y uno que no lo haga, provocando no sólo un problema en la clasificación de este tipo de consumidores, sino también en la comparación cross-cultural de las investigaciones realizadas hasta el momento (Marzinski y cols., 2009). Además, algunos autores (Kolvin, 2005) argumentan que esta falta de

consenso contribuye a errar no sólo a la hora de entender el problema, sino también en el momento de plantear soluciones al mismo.

### **1.2.1. La cantidad consumida**

La primera referencia a un patrón de consumo caracterizado por la ingesta de grandes cantidades de alcohol en un corto período de tiempo entre jóvenes de 18 y 24 años aparece en la década de los 80 en el estudio epidemiológico *Monitoring the Future Study* (O'Malley, Bachman y Johnson, 1984). En este trabajo se utiliza el término *Binge Drinking* para describir el consumo de 5 ó más bebidas alcohólicas en una única ocasión, en las últimas dos semanas. Este punto de corte recogía la propuesta de Cahalan y cols. (1969) de que el consumo por encima de ese umbral (correspondiente a 70 gramos de alcohol según el estándar norteamericano) en una única ocasión se asociaba con daños y problemas sobre la persona. Esta definición fue apoyada por diversas investigaciones, siendo una de las más reconocidas la realizada por la *Harvard School of Public Health College Alcohol Study -CAS-* (Wechsler y cols., 1994).

Pero esta conceptualización resultaba sesgada al no considerar que en las mujeres se incrementa la probabilidad de aparición de problemas relacionados con el alcohol tras el consumo de menores cantidades que en los hombres (Marzinski y cols., 2009). Éstas son más vulnerables al consumo abusivo porque, al tener menos peso que el varón, cuentan con un menor porcentaje de agua en el organismo en el que diluir el alcohol. Además, presentan mayor proporción de grasa subcutánea y el alcohol es una sustancia poco liposoluble (no se difunde bien en grasa). Un último aspecto a considerar es que las mujeres tienen menor cantidad de alcoholdehidrogenasa en el estómago. Todos estos factores justifican

que ante una misma dosis e igual peso, la concentración sanguínea de alcohol sea mayor en las mujeres.

Una solución a este problema la ofrecieron Wechsler, Dowlall, Davenport y Rimm (1995), al fijar el límite para varones en 5 o más bebidas por ocasión de consumo, reduciéndolo a 4 o más en el caso de las mujeres. Esta diferenciación ha sido la más utilizada en la literatura (Bradley y cols., 2001; Carey, 2001; Courtney y Polish, 2009; Jackson y Sher, 2008; Luczak y cols., 2001), aunque también la más criticada (Carey, 2001; Conigrave, Saunders y Reznik, 1995; Dejong, 2001; Jackson, 2008; Kumpfer y Turner, 1991; Midanik y cols., 1996; Nadeau y cols., 1998; Perkins y cols., 2001; Room, Bondy y Ferris, 1995; Weitzman y Nelson, 2004; White, Kraus y Swartzweider, 2006).

Autores	Definición
Bennett, Smith y Nugent (1990); Norman, Armitage y Quigley (2007)	Consumir al menos cinco pintas de cerveza (o diez cortos / vasos de vino) en una sola sesión para los hombres, o consumir un mínimo de tres pintas y media de cerveza (o siete cortos / vasos de vino) en una sola sesión para las mujeres
Pols y Hawks (1992)	Consumo de cuatro o más bebidas estándar para las mujeres y seis o más bebidas estándar para los hombres, por período de consumo
Johnston y cols (1993; 1997); Presley y cols. (1993); Marcoux y Shope (1997)	Consumir 5 o más bebidas seguidas al menos una vez en las 2 semanas anteriores
Moore, Smith y Catford (1994)	Consumo de siete o más bebidas estándar para las mujeres y 10 o más bebidas estándar para los hombres, al menos una vez en la semana anterior a la encuesta
Wechsler y cols. (1994, 1995, 1997, 2000, 2002); Wechsler e Isaac (1992); Wechsler y Nelson (2001); Cranford y cols. (2006)	Cinco o más consumiciones para los varones (cuatro o más para las mujeres) en las últimas 2 semanas
Hansagi y cols (1995)	Consumo de una botella de licor o dos botellas de vino, en una sesión
Kauhanen y cols (1997)	Consumo de seis botellas de cerveza
Syre, Martino-McAllister y Vanada (1997); Johnston y White (2004); Álvarez y cols (2006)	Beber cinco o más bebidas estándar de alcohol en una ocasión
Weschler, Dowdall, Maenner, Hill-Hoyt y Lee (1998)	Consumir por encima de un nivel de corte definido al menos una vez en las 2 semanas previas a la encuesta o experimento
Dowdall y cols. (1998)	Beber en exceso en las 2 semanas previas al cuestionario
Nadeau, Guyon y Bourgault (1998)	Consumo de ocho bebidas estándar por día
Norman, Bennett y Lewis (1998)	Consumo de la mitad de lo recomendado para una semana (es decir, 7 unidades para las mujeres y 10 para los hombres), durante una sola sesión (recomendado 14 unidades para las mujeres y 21 para los hombres)
Kokavec y Crowe (1999)	Diez o más bebidas al menos dos días a la semana
Turrisi y Wiersma (1999)	Ir "borracho o muy pasado por haber bebido alcohol" en los últimos 90 días
Vik y cols. (2000); King y cols. (2002); Blume y cols. (2003); Herman y cols. (2003)	Beber cinco bebidas para los hombres (cuatro para las mujeres) en una ocasión
Clapp y cols. (2000); Hasin y cols. (2001); Naimi y cols. (2003); Verster y cols. (2003); Ehlers y cols. (2007)	Consumir cinco o más bebidas seguidas/en una ocasión

Tabla 1. Recopilación de algunas definiciones (en algunos casos se incluyen

Correc por sexo	Cantidad	Unidad de medida de consumo	Periodo de tiempo	Frecuencia
Sí	Mujeres 3.5+ Hombres 5+	Pintas de cerveza (o vasos de vino)	Una sesión de consumo	
Sí	Mujeres 4+ Hombres 6+	Bebidas estándar	Período de consumo	
No	5+	Bebidas		Una vez en dos semanas
Sí	Mujeres 7+ Hombre 10+	Bebida estándar		Al menos una vez en la semana anterior a la encuesta
Sí	Mujeres 4+ Hombres 5+	Consumiciones		Una vez en dos semanas
No	1 ó 2	Botellas de licor o vino	Una sesión	
No	6	Botellas de cerveza		
No	5+	Bebida estándar	En una ocasión	
No	Corte definido (no especificado)			Una vez en dos semanas
No	Beber en exceso			
No	8	Bebidas estándar	Un día	
Sí	Mujeres 7 Hombres 10	UBE	Una sesión	
No	10+	Bebidas		Dos días a la semana
No	Borracho o muy pasado			Últimos noventa días
Sí	Mujeres 4 Hombres 5	Bebidas	Una ocasión	
No	5+	Bebidas	En una ocasión	

puntualizaciones de los investigadores).

Autores	Definición
Lange y Voas (2001)	Superar los 0.8 gramos de alcohol por litro de sangre
Knight y cols. (2002)	Beber cinco bebidas para los hombres (cuatro para las mujeres) en una ocasión (ocasional = 1 o 2 veces, en las dos últimas semanas; frecuente = tres o más veces en las dos últimas semanas)
Malyutina y cols (2002)	Consumo de 160 gramos por día o más de etanol mantenido durante una semana (sólo para varones)
Murray y cols. (2002)	Consumo de 8 o más bebidas por ocasión en el último año
Townshend y Duka (2002; 2005); Weissenborn y Duka (2003); Hartley y cols. (2004); Rose y Gunsell (2008)	Binge Drinking Score -puntuación superior a 24-: Bebidas por hora ( <i>item1</i> ), número de borracheras en los últimos 6 meses ( <i>item2</i> ), porcentaje de borracheras respecto a los consumos ( <i>item3</i> ). [4x <i>Item1</i> + 1x <i>Item2</i> + 0.2x <i>Item3</i> - 12 = patrón de consumo] -los ítems pertenecen al Alcohol Use Questionnaire-
Gliksman y cols. (2003a)	Consumir cinco o más bebidas en una ocasión durante un semestre
Gliksman y cols. (2003b)	Consumir ocho o más bebidas en una ocasión durante un semestre
Selin (2003)	Consumo de una botella de vino o su correspondientes gramos de alcohol (72g) de otra bebida en una ocasión
Weitzman y cols. (2003); Adams, Evans, Shreffler y Beam (2006); LaBrie y cols. (2007)	Consumo de más de cinco bebidas en una sesión para los hombres o más de cuatro bebidas para las mujeres
Meyerhoff y cols. (2004)	Consumir más de 100 bebidas los hombres (80 o más las mujeres) al mes (<21 días) en los 3 años anteriores
Okoro y cols. (2004)	Beber cinco o más bebidas en una ocasión durante el mes anterior
Oei y Morawska (2004)	Consumir 6 bebidas los hombres (las mujeres 4) por período de consumo en las últimas dos semanas
Prime Minister's Strategy (2004)	Los Binge Drinkers son aquellos individuos que beben "para alcanzar la borrachera"
Yuan y cols. (2004)	Consumo de 8 o más bebidas en las mujeres
Alte y cols (2004); Dietrich y cols. (2004)	Consumo de cinco o más bebidas
NIAAA (2004); Marczinski y cols. (2007); D'Onofrio y cols. (2008)	Superar los 0.8 g/l de sangre (lo que equivale aproximadamente a consumir 5/4+ bebidas en 2 hr)
Alvik y cols. (2005)	Consumo de 5 o más bebidas estándar en las mujeres
Kypry y cols. (2005)	Consumo de 6 o más bebidas los hombres (4 o más las mujeres) en una ocasión en la última semana

Tabla 1 (continuación). Recopilación de algunas

Correc por sexo	Cantidad	Unidad de medida de consumo	Periodo de tiempo	Frecuencia
No	+0.8 gr/l	Nivel de alcoholemia en sangre		
Sí	Mujeres 4 Hombres 5	Bebidas	Una ocasión	Ocasional = 1/2 veces, en las dos últimas semanas; Frecuente = 3+ veces en las dos últimas semanas
Sí	Varones 160+	Gramos de etanol	Al día	Mantenido durante una semana
No	8+	Bebidas	Una ocasión	Una vez al año
		Puntuación superior a 24 (Binge Drinking Score)		Últimos 6 meses
No	5+	Bebidas	Una ocasión	Al menos una vez en el último semestre
No	8+	Bebidas	Una ocasión	Al menos una vez en el último semestre
No	72 gr	Gramos de alcohol	Una ocasión	
Sí	Mujeres 4+ Hombres 5+	Bebidas	Una sesión	
Sí	Mujeres 80+ Hombres 100+	Bebidas	Un mes	Tres años
No	5+	Bebidas	Una ocasión	Frecuente = 3+ días/mes, Infrecuente = 1-2 días/mes
Sí	Mujeres 4+ Hombres 6+	Bebidas	Período de consumo	Al menos una vez en las últimas dos semanas
Sí	Mujeres 8+	Bebidas		
No	5+	Bebidas		
Sí	Mujeres 4+ Hombres 5+	Nivel de alcoholemia en sangre	Dos horas	
Sí	Mujeres 5+	Bebidas estándar		Al menos una vez durante el embarazo
Sí	Mujeres 4+ Hombres 6+	Bebidas estándar (10g)	Una ocasión	Una vez a la semana

definiciones.

Autores	Definición
Drummond y cols (2005); UK Department of Health (2007)	Consumir 8 o más bebidas estándar en los hombres (6 en las mujeres) por ocasión
Ziegler y cols. (2005); SAMHSA (2005); Miller y cols. (2005)	Consumir cinco o más bebidas en una ocasión al menos una vez en los últimos 30 días
Alvik y cols. (2006)	Consumo entre 5 y 7 bebidas estándar al inicio del embarazo, 8 o más durante 30 semanas de embarazo y 12 o más durante los 6 meses postparto (sólo para mujeres)
Com-Ruelle y cols. (2006)	Consumo de 6 o más vasos en una ocasión (permite llegar a la borrachera)
Cranford y cols. (2006)	Consumir 5 bebidas los hombres (las mujeres 4) en los 12 meses anteriores
O'Brien y cols. (2006)	Veces en que el consumo ha llegado a la borrachera
Fisher y cols. (2007)	Consumir cinco o más bebidas en una ocasión durante el pasado año
Goudriaan y cols. (2007)	Consumir cinco o más bebidas en una ocasión dos o más veces en los 30 días anteriores
Norman, Armitage y Quigley (2007)	Consumo excesivo en una única sesión
Kristjanson y cols. (2007)	Consumo de 5 o más bebidas en mujeres
Viner y Taylor (2007)	Consumir cuatro o más bebidas en una ocasión al menos dos veces en las dos semanas precedentes
Van den Wildenberg y cols. (2007)	Consumo de 6 o más bebidas en una ocasión en las últimas dos semanas
Valencia-Martín y cols (2007)	Consumo de 8 o más unidades estándar de alcohol en varones (6 o más en mujeres) en los 30 días anteriores a la encuesta
Huchting, Lac y LaBrie (2008)	Para las mujeres: cuatro o más bebidas en un período de dos horas, una o dos veces en las dos semanas previas
Read y cols. (2008)	Consumir 5 bebidas los hombres (las mujeres 4) por ocasión [Heavy binge = 7/6+ bebidas por ocasión]
Courtney y Polich (2009)	Superar los 0.8 g/l de sangre (lo que equivale aproximadamente a consumir 5/4+ bebidas en 2 hr) con una frecuencia superior a 1 vez en los últimos 6 meses

Tabla 1 (continuación). Recopilación de algunas

Correc por sexo	Cantidad	Unidad de medida de consumo	Periodo de tiempo	Frecuencia
Sí	Mujeres 6+ Hombres 8+	Bebidas estándar	Una ocasión	
No	5+	Bebidas	Una ocasión	Una vez al mes
Sí	Mujeres: 5-7; 8+; 12+	Bebidas estándar		Al inicio del embarazo Durante las 30 semanas de embarazo Durante los 6 meses posteriores al parto
No	6+	Vasos	Una ocasión	
Sí	Mujeres 4+ Hombres 5+	Bebidas		Al menos una vez en 12 meses
No	5+	Bebidas	Una ocasión	Al menos una vez al año
No	5+	Bebidas	Una ocasión	Dos o más veces al mes
No	"Consumo excesivo"		Una sesión	
Sí	Mujeres 5+	Bebidas		
No	4+	Bebidas	Una ocasión	Dos veces en dos semanas
No	6+	Bebidas	Una ocasión	Últimas dos semanas
Sí	Mujeres 6+ Hombres 8+	UBEs (10g)		Al menos una vez al mes
Sí	Mujeres 4+	Bebidas	2 horas	Una o dos veces en dos semanas
Sí	Mujeres 4+ Hombres 5+ [Heavy binge: 6/7+]	Bebidas	Una ocasión	
Sí	Mujeres 4+ Hombres 5+	Nivel de alcoholemia en sangre	Dos horas	Más de una vez en 6 meses

definiciones.

En líneas generales, cuando se atiende en la tabla 1 al punto de corte fijado para considerar *binge/no binge* destaca la existencia de definiciones tanto cualitativas (que hacen referencia al estado de borrachera alcanzado por los consumidores) como cuantitativas (número de consumiciones, vasos, bebidas, etc.).

Respecto de las definiciones cualitativas, pese a que han sido defendidas por algunos investigadores (Engineer y cols., 2003; Gill y O'May, 2007; Harnett, Thom, Herring y Kelly, 2000; Richardson y Budd, 2003), es difícil que puedan considerarse como una medida válida y objetiva al estar basadas principalmente en sensaciones subjetivas (IAS, 2007).

En las definiciones basadas en lo cuantitativo la dispersión es importante, variando desde las 10 o más bebidas para varones (Kokavec y Crowe, 1999) hasta las 3 o más bebidas para mujeres (Bennett y cols., 1990; Norman y cols., 2007). Aunque, como ya se ha señalado, un gran número de definiciones asumen el límite de 5 bebidas para hombres y 4 bebidas para mujeres.

Gran número de investigadores califican de imprecisas este tipo de definiciones basadas en el número de consumiciones porque no tienen en cuenta el tipo de alcohol consumido (destilado o fermentado), ni el tamaño de los recipientes, indicando únicamente el genérico *bebidas*, *consumiciones* o *vasos* (Carey, 2001; Conigrave, Saunders y Reznik, 1995; DeLong, 2001; Jackson, 2008; Kupfer, 1984; Midanik y cols., 1996; Nadeau y cols., 1998, Perkins y cols., 2001; Room, Bondy y Ferris, 1995; Weirzman y Nelson, 2004; White, Kraus y Swartzweider, 2006).

Para tratar de superar este problema, y en un intento de operacionalizar y simplificar estas definiciones, algunas investigaciones han recurrido al uso de

unidades de bebida estándar (UBE). Sin embargo la falta de consenso a nivel internacional de la cantidad de alcohol puro que contiene cada UBE (tabla 2) supone una nueva fuente de variabilidad (Marzinski y cols., 2009). En este sentido, algunos autores (Gill, Murdoch y O'May, 2009; Herring y cols., 2008; Logan, Schenck, Leukefeld, Meyers y Allen, 1999; McAlaney y McMahon, 2006) han señalado el gran error que supone en algunos casos la utilización del límite 5/4 propuesto por Wechsler y cols. (1995) sin tener en cuenta el tamaño de las UBEs, y por tanto la necesidad de adaptar este criterio al país en el que se realice el estudio.

PAÍS	UBE (en gramos)
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

Tabla 2. Unidades de Bebida Estándar (en gramos de alcohol) según el país (elaborado a partir de ICAP, 2005).

Una de las soluciones propuestas para superar esta variabilidad es la apoyada por Brick (2006) o Selin (2003), quienes abogan por expresar todas las consumiciones directamente en términos de gramos de alcohol. De este modo se solucionarían los problemas generados tanto por la variabilidad en la cantidad que supone una UBE, como por la derivada del tipo de bebida consumida (fermentada o destilada).

Un aspecto que permitiría fijar un límite consensuado sería el poder establecer objetivamente la asociación entre cantidades de consumo y aparición de consecuencias bio-psico-sociales concretas a corto, medio o largo plazo.

De hecho Wechsler y Nelson (2001) señalan que el límite indicado en la primera conceptualización de este patrón (5/4) marca una línea a partir de la cual el consumo de mayor cantidad de alcohol incrementa el riesgo de experimentar problemas asociados tanto al consumidor como a la gente que le rodea. En esta misma línea se han pronunciado numerosos investigadores (Borsari y Carey, 2000; Borsari, Neal y Collins, 2001; Marlatt y cols., 1998; Wechsler, Lee, Kuo y Lee, 2000).

Sin embargo también se cuestiona la baja asociación entre el nivel propuesto por Wechsler y cols. (1995) y la aparición de concentraciones de alcohol en sangre asociadas con un deterioro físico y mental visible (Lange y Voas, 2001; Perkins, DeJong, y Linkenbach, 2001), llegando a calificar la medida de 5/4 como un índice tosco (poco elaborado, poco claro) para definir el *consumo problemático* (DeJong, 2001).

Actualmente sigue sin poder establecerse claramente la relación entre el momento de aparición de problemas y un límite objetivo de consumo. Aunque se ha demostrado que este patrón repetido con cierta periodicidad genera problemas, no se ha podido señalar el evento concreto que predice la aparición de los mismos (Midanik y cols., 1996; Room, Bondy y Ferris, 1995; Wechsler y Kuo, 2000; Weitzman y Nelson, 2004).

### 1.2.2. La duración del episodio de consumo

Sin embargo, aunque quedase clarificada la cantidad de alcohol (gramos) que marcase el umbral de lo que supone un *Binge Drinking*, no supondría lo mismo consumirlo a lo largo de todo un día y como acompañamiento en las comidas, que hacerlo durante unas horas y con el estómago vacío (IAS, 2007; Perkins y cols., 2001). De este modo, un segundo aspecto que también ha generado discusión ha sido la concreción de lo que se entiende por *una única ocasión de consumo (single occasion)* o *X bebidas seguidas (in a row)*.

Este problema se ha tratado de superar de dos maneras. En primer lugar, acotando objetivamente este período de consumo. Una de las propuestas que más consenso alcanza es delimitar la duración de estos episodios entre 4 y 6 horas. No obstante, cada vez se le da mayor apoyo empírico a limitarlo a 2-3 horas, teniendo en cuenta variables como el ritmo de ingesta y metabolización del alcohol (Courtney y Polish, 2009; Hingson, 2004; McAlaney y McMahan, 2006; NIAAA, 2004).

Precisamente de la consideración de estos dos últimos aspectos surge la segunda propuesta. Ésta combina la cantidad consumida con la velocidad de ingesta, señalando como unidad de consenso el nivel de alcoholemia alcanzado. El principal planteamiento en este sentido lo realizó el *National Institute for Alcohol Abuse* (NIAAA, 2004). Para este organismo, el *Binge Drinking* implica un patrón de consumo que eleva este nivel de alcoholemia al menos hasta los 0.8 gr/l. Para alcanzar este nivel una persona adulta debería consumir la cantidad indicada por Wechsler y cols. (1995) en un período no superior a las 2 horas.

El nivel de alcoholemia seleccionado es justificado por el NIAAA en base a la equiparación que realizó Schuckit (2000) de los niveles entre 0.8 gr/l y 1.5 g/l

con los síntomas de ataxia, juicio empobrecido, problemas en mantener la línea de pensamiento y labilidad en el estado de ánimo. En este sentido, este nivel de deterioro incrementaría el *riesgo* a un nivel inaceptable tanto para el bebedor como para las personas que le rodean (Gill, Murdoch y O'May, 2009).

De este modo, la utilización del nivel de alcoholemia además de servir de medida objetiva del límite que marcaría un *Binge Drinking* o no, también introduce el último de los elementos definitorios de este patrón, que se comentará más adelante: el aumento del riesgo de daño y/o problemas asociados.

Sin embargo, esta definición basada en el nivel de alcoholemia también ha sido criticada. El mayor problema que se le señala es no considerar factores adicionales generales que pueden influir sobre el mismo, como las variaciones individuales en la tolerancia del alcohol, el peso, los niveles de grasa corporal, la ingesta previa de alimentos, etc. (Engineer y cols., 2003; Hammersley y Ditton, 2005; Lange y Voas, 2001; Midinak, 1999; Murgraff y cols., 1999; Wright, 2006). La influencia de estos factores puede ser especialmente importante al comparar el volumen de distribución para una dosis de alcohol por ejemplo entre dos varones, un adolescente de 14 años y un adulto de 25 años. Utilizando los algoritmos propuestos por Watson, Watson y Batt (1981), es posible calcular que el volumen de distribución en un adolescente es un 77% respecto del adulto. De este modo, el nivel de alcoholemia resultante para una misma dosis de alcohol puede ser proporcionalmente diferente.

Otros autores (Beirness, Foss y Vogel-Sprott, 2004; Beirness y cols., 2005; DeJong, 2001; Lange y Voas, 2000; 2001; Perkins y cols., 2001) también han cuestionado que se pueda alcanzar el nivel de alcoholemia señalado (0.8 gr/l) con el consumo de 5/4 bebidas. Sin embargo, recientemente Marczinski, Combs y

Fillmore (2007) concluyeron que se da una correspondencia entre ambos parámetros.

### **1.2.3. La frecuencia de los episodios**

Como ya se ha indicado anteriormente, otra de las características de este patrón de consumo es la presencia de períodos de abstinencia entre los episodios de Consumo Intensivo (Comisión Clínica PNSD, 2007; Hartley y cols., 2004; Townshend y Duka, 2002, 2005; Weissenborn y Duka, 2003). Sin embargo, si como se ha visto hasta el momento, no existe unanimidad en los dos principales criterios definitorios de esta conducta (cantidad consumida y tiempo empleado), en el caso del período transcurrido entre episodios todavía la disparidad es mayor.

Como se puede apreciar en la tabla 3 (elaborada a partir de algunas definiciones de la tabla 1), la frecuencia establecida para un *Binge Drinking/Consumo Intensivo* es muy diversa oscilando desde una vez cada tres años (Meyerhoff y cols., 2004) hasta una vez por semana (Moore y cols., 1994).

Algunos autores (Knight y cols., 2002; Marzinski y cols., 2009) mantienen que cualquier definición de *Binge Drinking/Consumo Intensivo* no debería incluir ni a los sujetos que muestran un problema en su patrón de consumo de alcohol, ni a aquellos que presentan criterios de abuso/dependencia al alcohol. De este modo, tanto la consideración de un episodio de este tipo durante tres años o una vez al año, supone asumir períodos excesivamente amplios y por lo tanto excesivamente laxos para definir un consumo intensivo.

Período considerado	Frecuencia
Semana	Al menos una vez por semana Al menos una vez en dos semanas Dos veces en dos semanas  <i>Ocasional</i> = 1/2 veces, en las dos últimas semanas; <i>Frecuente</i> = 3+ veces en las dos últimas semanas
Mes	Una vez al mes Al menos una vez al mes Dos o más veces al mes Al menos una vez a los tres meses Al menos una vez a los seis meses Al menos una vez durante el embarazo (9 meses) Al menos una vez en 12 meses  <i>Frecuente</i> = 3+ días/mes – <i>Infrecuente</i> = 1–2 días/mes
Año	Al menos una vez al año Al menos una vez cada tres años

Tabla 3. Diferentes frecuencias de aparición de los episodios de consumo contempladas en las definiciones.

Por el contrario, la asunción de frecuencias superiores a una vez a la semana (como por ejemplo la categoría de *Binge Drinking frecuentes* de Wechsler y cols., 1994 -tres o más veces en las últimas dos semanas-) haría que probablemente un alto porcentaje de los sujetos clasificados como *Binge Drinking* cumplieren los criterios del DSM-IV-TR de abuso o dependencia del alcohol (Knight y cols., 2002).

Además, la decisión de la frecuencia que se elija finalmente también implica prestar atención a otra variable: el intervalo de tiempo necesario para determinar la presencia de esta conducta. La investigación ha demostrado que pequeñas variaciones en el período de evaluación pueden suponer cambios importantes en las tasas detectadas, especialmente si la evaluación se realiza con estudiantes, debido a la variabilidad que estos muestran en su frecuencia de consumo a lo largo del curso académico. Por ejemplo, varios autores (Carpenter, 2003; Cho y cols., 2001; Cortés, Espejo y Giménez, 2007; Fitzgerald y Mulford, 1984) muestran que en determinados meses (enero, julio y agosto) la prevalencia

es superior a la del resto del año. Además, incluso dentro del mismo mes, LaBrie, Pedersen y Tawalbeth (2007) señalaron que un tercio de los estudiantes universitarios clasificados como *No Binge Drinkers* en la segunda quincena, se clasificarían como *Binge Drinkers* si el período analizado fueran las dos primeras semanas del mismo mes.

En este mismo sentido, Vik, Tate y Carrello (2000) mostraron que aumentar de dos semanas a tres meses el período de evaluación incrementaba la prevalencia de esta conducta en un 27.5% en hombres y en un 32% en mujeres, aunque este aumento no suponía un cambio estadísticamente significativo en el número de problemas relacionados con el alcohol durante el último año. De este modo, el uso de un período más amplio puede proporcionar datos más fiables sobre la prevalencia de estos patrones de consumo.

Sin embargo, la utilización de períodos muy largos no está exenta de problemas. Los estudios longitudinales muestran que los jóvenes ofrecen información distorsionada sobre sus patrones de consumo conforme pasa el tiempo (LaBrie y cols., 2007; Schulenberg y cols., 1996; Weingardt y cols., 1998). La recomendación en este sentido es utilizar un período que de cuenta del patrón de conducta, que atienda a su variabilidad, pero que presente la menor distorsión por parte de los sujetos. Recientemente varias investigaciones han propuesto utilizar un período de 6 meses como la medida más adecuada (Courtney y Polich, 2009; Hartley y cols., 2004; Townshend y Duka, 2002, 2005; Weissenborn y Duka, 2003).

## 2. DEFINICIÓN CONSENSUADA DE CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL

Como se ha podido apreciar a lo largo de este primer capítulo, el término Consumo Intensivo de Alcohol presenta una enorme complejidad debido a las diferentes variables que se requieren para delimitarlo (cantidad, duración, frecuencia, consecuencias...). Esto ha provocado que continúe sin disponerse de una definición consensuada por todos los investigadores, con las dificultades de generalización que ello supone.

En España, el primer intento de ofrecer una definición consensuada y operativa de esta conducta se llevó a cabo por un grupo de expertos en adicciones en la 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica celebrada en Madrid en 2007 (MSC, 2008).

Como se ha comentado anteriormente, este grupo determinó que la terminología más adecuada para utilizar en nuestro ámbito era la de **Episodio de Consumo Intensivo de Alcohol**, ya que hacía referencia tanto al consumo esporádico de elevadas cantidades de alcohol como a su realización en un intervalo de pocas horas.

Además, recogiendo las propuestas que se han mostrado relevantes en el intento de operativizar este concepto y adaptándolo a una medida aplicable en nuestro país, lo definieron aludiendo a los parámetros de cantidad consumida, intervalo temporal y nivel de alcoholemia alcanzado. Concretamente, la definición propuesta fue:

**Consumo de 60 o más gramos (6 UBEs), en varones, y de 40 o más gramos (4 UBEs), en mujeres, concentrado en una sesión de consumo (habitualmente 4-6 h.), durante la que se mantiene un cierto nivel de intoxicación (alcoholemia no inferior a 0.8) (MSC, 2008).**

Tanto el término propuesto, como la definición operativa del mismo son las variables que se han tenido en cuenta en la presente investigación. A ello se le ha unido la recomendación de Courtney y Polish (2009), Hartley y cols. (2004), Townshend y Duka (2002, 2005) y Weissenborn y Duka (2003) de utilizar un período de evaluación del consumo durante 6 meses, junto con la de la limitación de la duración del episodio a 2-3 horas indicada por Hingson (2004) y NIAAA (2004).

### **3. CONSECUENCIAS ASOCIADAS AL CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL EN JÓVENES**

Un aspecto que durante los últimos años ha recibido una atención especial es el estudio de las consecuencias más o menos graves a corto, medio y largo plazo que pueden generarse a partir de un consumo de grandes cantidades de alcohol y específicamente de un Consumo Intensivo en jóvenes (tabla 4) (Kahler y Strong, 2006; Verster, Van Herwijnen y Kahler, 2009).

<b>→ Efectos conductuales inmediatos</b>
Prácticas sexuales no planificadas y de riesgo ( <i>Adams, Evans, Shreffler y Beam, 2006; Corbin y Fromme, 2002; Fromme y Corbin, 2002; Hingson, Heeren, Zakocs, Kopstein y Weschler, 2002; Morgan y cols., 1990; McEwan y cols., 1992; Morgan, Plant y Plant, 1990; Weschler, Dowdall, Davenport y Castillo, 1995; Wechsler y cols., 1998</i> )
Riesgo de ser víctima de un asalto sexual ( <i>Hingson, Heeren, Winter y Wechsler, 2005; Huchting, Lac y LaBrie, 2008; Weschler et. al., 1994; Wechsler y cols., 1998; Weschler et. al., 2002</i> )
Conducción bajo la influencia del alcohol ( <i>Adams, Evans, Shreffler y Beam, 2006; Hingson, Heeren, Zakocs, Kopstein y Weschler, 2002; Windle, 2003</i> )
Frecuencias más altas de comportamientos de conducción peligrosa ( <i>Weschler et. al., 1994</i> )
Robos, comportamiento agresivo, y daños a la propiedad ( <i>Adams, Evans, Shreffler y Beam, 2006; Bennett y cols., 1999; Hingson, Heeren, Winter y Wechsler, 2005; Hingson, Heeren, Zakocs, Kopstein y Weschler, 2002; Huchting, Lac y LaBrie, 2008; Swahn y cols., 2004; Morgan Thomas y cols., 1990; Weschler, Dowdall, Davenport y Castillo, 1995; Turk, 1989; Weschler et. al., 2002</i> )
Problemas con las autoridades ( <i>Bennett y cols., 1999; Wechsler y cols., 1998</i> )
<b>→ Efectos conductuales a medio-largo plazo</b>
Abandono de los estudios por bajos resultados académicos o pérdida continuada de clases ( <i>Barnes y Welte, 1986; Bennett y cols., 1999; DeSimone y cols., 1994; Hingson, Heeren, Winter y Wechsler, 2005; Huchting, Lac y LaBrie, 2008; Richmond, 1979; Weschler et. al., 1994; Weschler et. al., 2002; Vega y cols., 1993</i> )
<b>→ Problemas los amigos más cercanos, conocidos o con la pareja (Gill, Murdoch y O'May, 2009; Weschler et. al., 1994)</b>
<b>→ Efectos fisiológicos o sobre la salud a corto plazo</b>
Lesiones graves como consecuencia de accidentes de tráfico ( <i>Barnes y Welte, 1986; Department of Transport, 1992; DeSimone y cols., 1994; Midanik y cols., 1996; Morgan Thomas y cols., 1990; Richmond, 1979; Vega y cols., 1993; Weschler, Dowdall, Davenport y Castillo, 1995</i> )
Caídas accidentales u otro tipo de accidentes no relacionados con el tráfico ( <i>Barnes y Welte, 1986; DeSimone y cols., 1994; Hingson y Howland, 1993; Honkanen y cols., 1983; Richmond, 1979; Savola y cols., 2005; Vega y cols., 1993; Wechsler y cols., 1998</i> )
Diversos problemas sociales y psicológicos, incluido la depresión y el suicidio ( <i>Barnes y Welte, 1986; DeSimone y cols., 1994; Morgan Thomas y cols., 1990; Richmond, 1979; Vega y cols., 1993; Weschler, Dowdall, Davenport y Castillo, 1995</i> )
Resacas, vómitos, desmayos ( <i>Bennett y cols., 1999; Weschler et. al., 1994; Wechsler y cols., 1998</i> )
<b>→ Daños orgánicos a largo plazo</b>
Aumento de riesgo de daño cerebral, supresión de anticuerpos, accidentes cerebrovasculares ( <i>Ichiyama y Kruse, 1998; Lancet, 1983</i> )
Deterioro cognitivo ( <i>Weschler et. al., 1994; Wechsler y cols., 1998</i> )
Cirrosis, hipertensión y enfermedades coronarias ( <i>Anderson y cols., 1993; Colliver y Malin, 1986; Marmot, 2001; Pincock, 2003; Shaper y cols., 1981; Sherlock, 1992; Xin y cols., 2001</i> )

Tabla 4. Consecuencias relacionadas con el consumo de grandes cantidades de alcohol en poco tiempo.

<b>→ Problemas adictivos</b>
Predisposición a formas crónicas de abuso de alcohol ( <i>Dowdall y cols., 1998; Gill, Murdoch y O'May, 2009; Grant y cols., 2004; Grant y cols., 2006</i> )
Consumo de otras sustancias ( <i>Barnes y Welte, 1986; DeSimone y cols., 1994; Ichiyama y Kruse, 1998; Richmond, 1979; Vega y cols., 1993</i> )

Tabla 4 (*continuación*). Consecuencias relacionadas con el consumo de grandes cantidades de alcohol en poco tiempo.

Se diferencian dos vías de análisis: por una parte, la investigación basada en las consecuencias psicosociales; y por otra los estudios neuropsicológicos que están permitiendo evidenciar los efectos que esta forma de consumo tiene sobre la maduración cerebral (Cadaveira, 2009; Chambers, Taylor y Potenza, 2003; Spear, 2002; Tapert, 2007; Winters, 2004).

### **3.1. Consecuencias psicosociales de este patrón de consumo en jóvenes**

La investigación basada en las consecuencias psicosociales se limita, en la mayoría de los casos, a rastrear aspectos más propios de una dependencia alcohólica, motivo por el cual el porcentaje de jóvenes que se ven identificados con ellos es reducido.

En líneas generales, como se ha indicado en la tabla 4 el consumo de grandes cantidades de alcohol se relaciona con accidentes de tráfico, violencia doméstica, maltrato infantil, conflictos de trabajo, enfermedades de transmisión sexual, actividades de riesgo, infracciones, problemas con la policía, peleas, mayor dificultad para pensar con claridad, lagunas de memoria, urgencias médicas e ingresos hospitalarios, complicaciones hepáticas y muerte, entre otros (Anderson y Baumberg, 2006; Brown y D'Amico, 2000; Cooke, Sniehotta y Schuz, 2007; Farke y Anderson, 2007; Higgins y Marcum, 2005; Huchting, Lac y LaBrie, 2008; Marcoux y Shope, 1997; Murgraff, McDermott y Walsh, 2001;

Navarrete, 2004; Norman, Armitage y Quigley, 2007; Norman, Bennet y Lewis, 1998; Norman y Conner, 2006; Oei y Morawska, 2004; O'Malley, Johnston y Bachman, 1998; Rodríguez-Martos, 2007; Room, Babor y Rehm, 2005; Weshler, Davenport, Dowdall, Mowykens y Castillo, 1995; WHO, 2007).

Sin embargo, las consecuencias que se han evaluado, a pesar de ser relevantes en algunas ocasiones, no permiten una representación bio-psico-social suficiente del Consumo Intensivo de alcohol juvenil (Kahler y Strong, 2006; Kahler y cols., 2004; Neal, Corbin y Fromme, 2006; Schulenberg y Maggs 2002; Slutske y cols., 2004). A pesar de suponer los primeros niveles de un consumo anómalo y constituir indicadores tempranos del desarrollo de problemas con el alcohol en un momento posterior de la vida (Abbey, 2002; Giancola, 2002; Harford y cols., 2003; Perkins, 2002; Wechsler y cols., 2000; Wood y cols., 2001), las consecuencias no han sido valoradas con tanta precisión como las de los adultos. En este sentido, uno de los intereses de la investigación desde finales de los años ochenta, ha sido disponer de medidas de evaluación más completas. Algunos de los instrumentos utilizados hasta 2006 son el CAPS -*College Alcohol Problems Scale*- (Maddock, Laforge, Rossi y O'Hare, 2001; O'Hare, 1997), el RAPI -*Rutgers Alcohol Problem Index*- (White y Labouvie, 1989) y el YAAPST -*Young Adult Alcohol Problems Screening Test*- (Hurlbut y Sher, 1992).

En un intento de construir un instrumento de evaluación más ajustado a la realidad de los adolescentes y jóvenes, Kahler y cols. (2004) indicaron que una mayor diversidad de ítems indicativos de problemas menos severos podía ayudar a diferenciar de manera más precisa entre los jóvenes consumidores. En este caso, a partir de una evaluación de los ítems del YAAPST, verificaron que la mayoría de universitarios experimentaban como máximo tres de las consecuencias del total

de veinte incluidas en el cuestionario (principalmente resaca, tener sensación de cansancio después de beber y haber hecho o dicho algo vergonzoso).

Además, también apuntaron una carencia en estos instrumentos al no recoger comportamientos exteriorizados (como peleas, daños a la propiedad, o ser arrestado durante la intoxicación) los cuales reflejan consecuencias más características de los varones (Crick y Zahn-Waxler, 2003), junto con otros de carácter interno y/o interpersonal que caracterizan mejor a las mujeres (p.e. estado de ánimo disminuido, reducción de la autoestima o relaciones dañadas), y que en estos momentos se subestiman (Lo, 1996; Perkins, 2002).

Para superar estos problemas se elaboró el *Young Adult Alcohol Consequences Questionnaire* (YAACQ; Read, Kahler, Strong y Colder, 2005), del que posteriormente se desarrolló una versión reducida (B-YAACQ; Kahler, Strong y Read, 2005). Este cuestionario incluye una gama amplia de consecuencias relacionadas con:

- Consecuencias Académicas/Profesionales (*p.e. Me he metido en problemas en el colegio/trabajo debido a mi consumo*)
- Dependencia Física (*p.e. Me he sentido ansioso, agitado, o inquieto al parar o reducir mi consumo*)
- Síntomas Físicos (*p.e. Mi apariencia física se ha deteriorado/perjudicado debido a mi consumo*)
- Autopercepción (*p.e. Me siento infeliz a causa de mi consumo*)
- Determinación de Control (*p.e. A menudo encuentro difícil poner un límite en mi consumo*)
- Consecuencias Socio-Interpersonales (*p.e. Me vuelvo maleducado o insulto cuando bebo*)
- Conductas de Riesgo Asociadas (*p.e. Cuando bebo hago cosas de manera impulsiva, de las cuales luego me arrepiento*)

- Lagunas de memoria (*p.e. Me he levantado el día después de beber y no recordaba parte de la noche anterior*)

Los primeros resultados con este instrumento (Devos-Comby y Lange, 2008; Kahler y cols., 2005) muestran que los problemas más señalados por los jóvenes (en más del 50% de los bebedores frecuentes) incluyen efectos agudos de la intoxicación (*resaca, dolor de estómago, desmayos*), una mezcla de problemas sociales o interpersonales (*decir o hacer cosas vergonzosas mientras se va bebido*) y una situación potencialmente peligrosa (*asumir riesgos tontos*). A continuación aparecen un segundo conjunto de elementos que indican un mayor nivel de implicación con el consumo con una menor probabilidad de que se abstengan de beber, se metan en situaciones de peligro, se beba en exceso, y se empiece a informar de cierta tolerancia al alcohol (señalados por el 50% de la muestra). Estos ítems describirían un nivel relativamente común de implicación en el consumo por parte de los estudiantes que beben con regularidad. En penúltimo lugar, se sitúan los ítems que reflejan problemas de rol, problemas con las personas cercanas, excesivo tiempo dedicado al consumo, imagen corporal dañada y síntomas de abstinencia (señalados entre un 25% y un 50% de jóvenes bebedores). El último rango de problemas (reconocidos entre el 6% y el 22%) representa las consecuencias más graves y muestra deterioro social, consecuencias físicas a largo plazo, e indicios de dependencia del alcohol.

Curiosamente, las puntuaciones del YAACQ, y particularmente la subescala de *lagunas de memoria durante el consumo (Blackout)*, predecían el promedio de calificaciones obtenidas siete meses más tarde. Esta relación pone de manifiesto que ciertos tipos de consecuencias, aunque no sean indicativas de abuso o dependencia del alcohol, pueden tener un impacto grave en un dominio de gran relevancia para el funcionamiento en el medio estudiantil, lo que justifica la

conceptualización del consumo que causa estas consecuencias como de riesgo (Devos-Comby y Lange, 2008).

Otra cuestión no resuelta es si un inicio temprano en el consumo de alcohol es de por sí la causa de trastornos durante etapas posteriores, o si la aparición de problemas refleja una vulnerabilidad subyacente (McGue, Oacono, Legrand, Maole y Elkins, 2001). La investigación muestra que los jóvenes que se inician entre los 11-14 años tienen un riesgo mucho mayor de desarrollar un abuso o dependencia del alcohol (Denis, Babor, Roebuck y Donaldson, 2002; Grant, 1998; Grant y Dawson, 1997). Concretamente alrededor del 40% de los iniciados antes de los 15 años presentan mayor probabilidad de desarrollar algún trastorno de este tipo (DeWit, Adlaf, Offord y Ogborne, 2000), mientras que los que retrasan en unos 5 años este inicio, reducen en un 50% el riesgo de aparición de una posible dependencia (Grant y Dawson, 1997).

Otra variable a considerar es la trayectoria de consumo. En este sentido las personas que incrementan progresivamente la cantidad ingerida de alcohol entre los 18 y los 24 años, así como aquellos que consumen regularmente hasta llegar a la borrachera al menos una vez a la semana, suelen presentar problemas (logros educativos, de empleo y de independencia financiera) en la transición de la adolescencia a la edad adulta (Donovan, 2009; Fernández, Calafat y Juan, 2004; Hill, White, Chung, Hawkins y Catalano, 2000; Muthen y Shedden, 1999; Oliva, Parra y Sánchez-Queija, 2008; Schulenberg y cols., 1996).

Además de la toxicidad inducida por el alcohol y las alteraciones funcionales que se verán en el siguiente apartado, otros efectos neurológicos del consumo de alcohol pueden contribuir a la aparición de trastornos de aprendizaje y del desarrollo intelectual de los adolescentes. En particular, el alcohol altera el ciclo sueño-vigilia, el tiempo total de sueño, la latencia del sueño (el tiempo

necesario para conciliar el sueño), y la secuencia y la duración de los estados de sueño, exacerbando la somnolencia diurna y menoscabando el rendimiento escolar (Clark, Lynch, Donovan y Block, 2001; Roehrs y Roth, 2001).

Como se verá a continuación, gran parte de la responsabilidad del impacto a nivel psicológico y comportamental proviene de la alteración del desarrollo neurológico normal del cerebro (Spear, 2002).

### **3.2. Consecuencias neuropsicológicas de este patrón de consumo en jóvenes**

Un número creciente de estudios neuropsicológicos están permitiendo evidenciar las consecuencias que esta forma de consumo tiene sobre la maduración cerebral de la población preadulta (Cadaveira, 2009; Chambers, Taylor y Potenza, 2003; Spear, 2002; Tapert, 2007; Winters, 2004; Ziegler y cols., 2005).

La adolescencia es un período de neuromaduración significativa, durante el cual se mejora la eficiencia del cerebro a través de la mielinización y el aumento de la eliminación selectiva de las sinapsis (poda sináptica) (Brown, Tapert, Granholm y Delis, 2000). En particular, el hipocampo y la corteza prefrontal se desarrollan más activamente en la adolescencia que en la edad adulta, y la materia gris subcortical y las estructuras del sistema límbico (área septal, el hipocampo y la amígdala) aumentan su volumen. Al mismo tiempo, algunas estructuras corticales como la corteza prefrontal disminuyen su volumen, tal vez como resultado de la poda sináptica (DeBellis y cols., 2002). A través de este proceso, el área prefrontal se vuelve más eficiente a medida que madura hacia la edad adulta y se mejora la capacidad del cerebro de un adulto (en relación con el cerebro del adolescente) para ejecutar tareas tales como la planificación, la

integración de la información, el pensamiento abstracto, la resolución de problemas, y tareas de juicio y razonamiento. El cerebro mantiene una alta tasa de gasto de energía para conseguir y mantener este desarrollo neurológico durante la adolescencia, que no disminuye hasta más o menos la edad de 20 años. Debido a que el cerebro del adolescente sufre cambios dinámicos, es más susceptible a daños causados por el alcohol que el cerebro adulto relativamente estable (Guerra, 2010). Esta hipótesis es apoyada por los hallazgos de los cambios diferenciales en la neuroquímica, la morfología y función neurocognitiva entre adolescentes y adultos en estudios con animales y humanos (Ziegler y cols., 2005).

### **3.2.1. Consecuencias neuropsicológicas inmediatas**

Los adolescentes suelen tener cuerpos más pequeños (con menos masa corporal) que los adultos, y en un principio tampoco han desarrollado tolerancia fisiológica o conductual al alcohol y sus efectos. Por este motivo, no es necesario que beban elevadas cantidades para intoxicarse. También son más propensos a beber en exceso y rápidamente hasta intoxicarse debido a que su control social, emocional, el pensamiento y habilidades para tomar decisiones están menos desarrollados. Por otra parte, son más propensos que los adultos a perder el control y son más propensos a la asunción de riesgos (Spear, 2002).

Entre las consecuencias neurológicas inmediatas más señaladas en los episodios de Consumo Intensivo de Alcohol aparecen la pérdida momentánea de la memoria para los acontecimientos que ocurrieron durante el mismo (*blackouts*). Las lagunas de memoria parecen estar causadas por una disfunción aguda del hipocampo (Wechsler y Wuethrich, 2002). Ya que la aparición de estas lagunas de memoria se basan en la cantidad de alcohol ingerida en un episodio de consumo, son comunes entre aquellos bebedores en exceso, incluyendo jóvenes y

adolescentes que siguen estos patrones (Wechsler, Lee, Kuo y Lee, 2000; White, Jamieson-Drake y Swartzwelder, 2002). Normalmente, un individuo se despierta a la mañana después de un episodio de consumo excesivo y no puede recordar lo ocurrido la noche anterior, y por lo tanto no son conscientes de si ha incurrido en conductas de riesgo durante su consumo (White y cols., 2002). Los adolescentes también parecen presentar más lagunas de memoria y acontecimientos olvidados que los bebedores adultos (Clark, Lynch, Donovan y Block, 2001). La pérdida de memoria es generalmente temporal, pero puede persistir durante algún tiempo después del episodio de bebida que la causó (Wechsler y Wuethrich, 2002).

### **3.2.2. Consecuencias neuropsicológicas funcionales y estructurales**

Debido a motivos éticos, la mayoría de los estudios controlados para observar la afectación tanto funcional como estructural en adolescentes se han realizado en animales de laboratorio, principalmente roedores. Los resultados de varios de estos estudios sugieren que el cerebro adolescente es singularmente sensible al alcohol (tabla 5). Por ejemplo, la exposición intermitente al etanol durante la adolescencia provoca una mayor sensibilización de los receptores GABA en comparación con los adultos (Grobin, Matthews, Montoya, Wilson, Morrow y Swartzwelder, 2001).

<p>- La exposición aguda a una cantidad relativamente pequeña de alcohol (equivalente a dos cervezas) perturba los receptores NMDA que median en la potenciación a largo plazo del hipocampo de los adolescentes (un área implicada en el aprendizaje y la memoria) en dosis que tienen poco o ningún efecto sobre el hipocampo en adultos (Pyapali, Turner, Wilson y Swartzwelder, 1999).</p>
--

Tabla 5. Efectos de la exposición al alcohol en roedores adolescentes.

- |   |
|---|
| - El alcohol entorpece seriamente la adquisición de memoria espacial en los adolescentes (Join together, 2003; Markwiese, Acheson, Levin, Wilson y Swartzwelder, 1998).   |
| - Períodos cortos de exposición al alcohol durante la adolescencia causan efectos electrofisiológicos a largo plazo, medidos mediante electroencefalograma y potenciales evocados en el hipocampo, en comparación con los adultos (Slawewski, Betancourt, Cole y Ehlers, 2001). |

Tabla 5 (continuación).. Efectos de la exposición al alcohol en roedores adolescentes.

La mayoría de estos efectos se han confirmado cuando se han podido llevar a cabo pruebas funcionales con adolescentes y jóvenes que seguían pautas de abuso de alcohol o que bebían de forma intensiva.

Entre los primeros trabajos con pruebas neurocognitivas con adolescentes y jóvenes consumidores de alcohol, destaca el llevado a cabo por Moss, Kirisci, Gordon y Tarter (1994). En el mismo sometieron a una batería de pruebas neuropsicológicas a 38 adolescentes (edad promedio 15,5 años) con abuso de alcohol y 69 individuos control. Las puntuaciones verbales y las de CI general fueron significativamente menores para los adolescentes abusadores, que también demostraron un menor desempeño en las medidas de lectura de reconocimiento, lectura total y ortografía, en comparación con los controles.

En un estudio posterior Sher, Martin, Wood y Rutledge (1997) pasaron una batería de pruebas neuropsicológicas a 489 estudiantes universitarios de primer año. Los resultados indicaron que los participantes con consumos intensivos presentaron déficit en la capacidad visoespacial, mientras que aquellos con dependencia del alcohol presentaban déficits tanto en la capacidad visoespacial como en la velocidad de reacción motora. Las tareas visoespaciales

implican elementos visuales de codificación, el mantenimiento de esas imágenes, y su manipulación.

En el estudio de Brown, Tapert, Grahholm y Delis (2000), se sometió a una amplia batería de pruebas neuropsicológicas a 33 adolescentes de 15 a 16 años con más de 100 episodios de Consumo Intensivo de Alcohol y sin dependencia a otras sustancias. Tras 3 semanas de abstinencia, se les sometió a una prueba en la que inicialmente se les daba un compendio de material verbal y otro de material no verbal, y posteriormente se les pedía que repitieran esa información. Estos jóvenes, comparados con 24 sujetos control, mostraron diferencias significativas en las pruebas utilizadas. El consumo prolongado de alcohol se asoció con un peor rendimiento en la retención verbal y no verbal en un contexto de aprendizaje y reconocimiento discriminativo. La abstinencia al alcohol a corto plazo se asoció con un peor funcionamiento visoespacial, mientras que el número de episodios en la vida de abstinencia de alcohol se asoció con una peor recuperación de la información verbal y no verbal. Los que abusan del alcohol mostraron peores puntuaciones en aptitudes verbales, vocabulario, información general, percepción alterada de las relaciones espaciales, memoria, recuerdo de información aprendida previamente, transferencia de información entre las diferentes formas, e identificación de grupos de información que se relacionan entre sí de manera significativa. El consumo de alcohol produjo el mayor impacto en el recuerdo de la información, tanto verbal como no verbal. El rendimiento mental de los adolescentes con el alcohol fue un 10% menor que el de sus pares no consumidores (gráfico 3). Puede concluirse que el consumo excesivo de alcohol en la adolescencia temprana y media produce déficits medibles en la recuperación de la información verbal y no verbal y en el funcionamiento visoespacial.

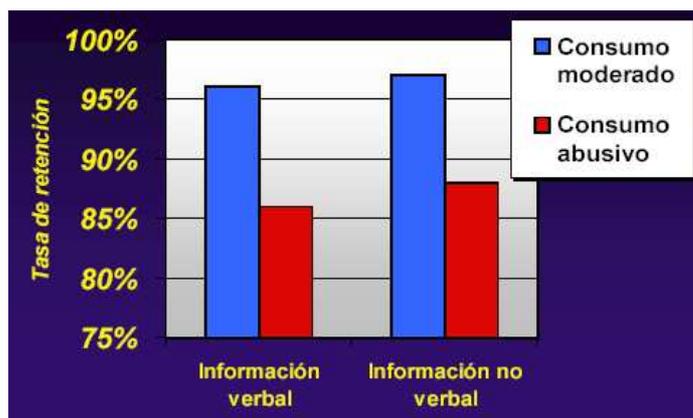


Gráfico 3. Diferencias en la tasa de retención entre consumidores moderados y abusivos (Brown y cols., 2000).

También Tapert y Brown (2000) obtuvieron con adolescentes bebedores entre 13 y 17 años niveles de atención significativamente menores, y una velocidad de procesamiento inferior a los no bebedores.

Más recientemente, Chambers, Taylor y Potenza (2003) han encontrado que un patrón intermitente de consumos abusivos de alcohol provoca efectos permanentes sobre el córtex prefrontal, fundamental en funciones psicológicas como el aprendizaje y seguimiento de normas o la regulación emocional. Estos efectos pueden generar un desequilibrio entre los sistemas cerebrales relacionados con el placer y el control conductual, haciendo más vulnerable a las adicciones al adolescente consumidor.

Hartley y cols. (2004) también informaron de varios déficits cognitivos asociados con el Consumo Intensivo de Alcohol cuando se comparaban, en un conjunto de tareas que evaluaban atención mantenida, memoria y función ejecutiva, a jóvenes que seguían este patrón con otros bebedores moderados. Estos autores encontraron que los consumidores intensivos emitían menos respuestas correctas en un test de atención mantenida comparados con los moderados. Los

bebedores intensivos además recordaban menos líneas de un dibujo en una tarea de memoria y mostraban una peor planificación (una tarea del lóbulo central que mide la función ejecutiva) en un test de planificación comparados con el grupo control.

Townshend y Duka (2005) evaluaron el desempeño en una tarea de *Vigilancia* extraída del *Gordon Diagnostic System* entre consumidores intensivos y no consumidores. En esta tarea se presentaban series de tres números aleatorios, debiendo responder únicamente cuando en la fila central apareciese un 1 y el número anterior fuese un 9. Los resultados muestran que las mujeres que bebían de ese modo cometían más errores comparadas con el grupo control. Este incremento sugiere problemas en el control inhibitorio, un proceso cognitivo que a menudo se atribuye a la actividad del lóbulo frontal.

Otra de las tareas cognitivas mediante las que se ha evaluado los posibles efectos de este patrón de consumo es la toma de decisiones, tarea que se muestra claramente alterada en dependientes al alcohol (Bechara y cols., 2001). Estas son especialmente importantes para los estudiantes de enseñanzas medias y universitarios. La adolescencia y la etapa posterior pre-adulta resultan un momento de cambio y de desarrollo educativo y profesional fundamental. Déficits en estas habilidades de toma de decisiones a esta edad pueden llevar a muchos problemas que acompañarán al individuo durante su edad adulta. Goudriaan y cols. (2007) midieron la conducta de toma de decisiones, utilizando el *Iowa Gambling Test* (IGT) en consumidores intensivos y no intensivos de alcohol. En esta tarea, los participantes juegan a cartas con el ordenador en un juego en el que tienen que tratar de desarrollar una estrategia ganadora seleccionando cartas de dos mazos (uno desventajoso y el otro ventajoso). Los participantes aprenden, a partir del curso de la partida, qué mazo es el ventajoso y cuál el desventajoso, con

lo cual la mayor elección de cartas del desventajoso indica una peor toma de decisiones. Goudriaan y cols. (2007) observaron que un patrón de elección desventajoso está asociado a patrones de consumo tipo *binge drinking*. Dado que las habilidades de toma de decisiones se emplazan en el funcionamiento del lóbulo prefrontal, estos resultados indican una vez más la posibilidad de existencia de algún daño en esta región. Como se ha señalado anteriormente, los lóbulos prefrontales maduran durante la adolescencia y en la temprana adultez (Casey, Giedd y Thomas, 2000), por lo tanto, el Consumo Intensivo de Alcohol puede estar dañando una región del cerebro que aún se está desarrollando.

También en España se están llevando a cabo desde hace algunos años investigaciones para analizar la afectación funcional provocada por el Consumo Intensivo de Alcohol. Entre los trabajos más relevantes destacan los de los equipos dirigidos por García Moreno por un lado y por el profesor Cadaveira por otro. En el primer caso (García-Moreno, 2008), los análisis realizados con universitarios indican la existencia de bajo rendimiento en algunas tareas neuropsicológicas asociadas a procesos mediados por la corteza prefrontal. En el segundo caso (Cadaveira, 2009; Crego y cols., 2008; Parada y cols., 2008) también se encuentran diferencias significativas en componentes de potenciales evocados e hipoactividad en corteza prefrontal (BA 10) en tareas que demandan memoria de trabajo.

Por otra parte, también se han analizado los correlatos fisiológicos generados por estas esas alteraciones funcionales en menores. Para ello, fundamentalmente se han utilizado diferentes técnicas de neuroimagen. Por ejemplo, mediante *RMN* (Resonancia Magnética Nuclear) se ha podido constatar que el volumen del hipocampo derecho e izquierdo es significativamente menor (aproximadamente 10%) en adolescentes (13-21 años) con consumos abusivos

que en los no consumidores. El volumen total del hipocampo correlacionaba positivamente con la edad de inicio en el consumo y negativamente con la duración del trastorno por consumo de alcohol (De Bellis y cols., 2000). Otros trabajos destacan especialmente un menor volumen únicamente en el hipocampo izquierdo (Brown y cols., 2000; Medina, Schweinsburg, Cohen-Zion, Nagel y Tapert, 2007; Nagel, Schweinsburg, Phan y Tapert, 2005).

Otro trabajo como el de Medina y cols. (2007) compara el tamaño de las diferentes regiones de la corteza prefrontal de adolescentes bebedores en exceso frente a moderados. Estos autores concluyen que el volumen de algunas regiones es inferior en los consumidores excesivos, en especial el volumen del componente ventral, primordial para la atención y las funciones ejecutivas. Además, esta diferencia de tamaño es mucho más acusada en el caso de las adolescentes consumidoras. Puede decirse que el consumo durante la adolescencia puede causar daños graves en esta zona del cerebro, evitando su desarrollo completo. Como afirma Cortés (2010) esto puede suponer “congelar” a los adolescentes en un modo de pensar que desde el punto de vista de la responsabilidad y el autocontrol parece estar “detenido”.

Recientemente, otra de las técnicas de neuroimagen utilizadas ha sido el Tensor de Difusión. Mediante esta técnica McQueen y colaboradores (2009) han examinado la anisotropía fraccional (FA), una medida de coherencia direccional de las regiones de materia gris, en adolescentes con historia de Consumo Intensivo pero sin desorden por consumo de alcohol. Los resultados indican que los consumidores intensivos poseen menor FA que los controles en 18 áreas de materia gris a lo largo de todo el cerebro, incluyendo zonas como el cuerpo calloso, los fascículos longitudinales superiores, la *corona radiata*, las cápsulas internas y externas, así como en fibras de proyección cortical. Los primeros

resultados en este ámbito indican que la exposición infrecuente a altas dosis de alcohol durante la adolescencia puede comprometer la coherencia de las fibras de materia blanca.

Por último, un tercer grupo de trabajos combina el análisis funcional con las técnicas de neuroimagen. En concreto, la Resonancia Magnética Funcional (fMRI) es un método no invasivo para medir los sustratos neurales tanto de la función cerebral normal como de la alterada. Esta visualización de la función cerebral refleja los cambios en la composición química o el flujo sanguíneo en áreas del cerebro (como un indicador de la actividad neural) durante la ejecución de tareas específicas. Mediante esta técnica Tapert, Brown, Kindermann, Cheung, Frank y Brown (2001) midieron la actividad funcional del cerebro asociada a una tarea de memoria espacial en 10 mujeres jóvenes (18-25 años) con antecedentes de dependencia del alcohol (para la que habían recibido tratamiento) en comparación con 10 controles. Las jóvenes consumidoras mostraron una actividad funcional significativamente menor en las regiones frontal y parietal del cerebro, sobre todo en el hemisferio derecho, durante las tareas de memoria de trabajo. Similares resultados se han encontrado en otros estudios con esta misma técnica, informando de anomalías en las respuestas cerebrales en tareas de memoria de trabajo en adolescentes y adultos jóvenes con desórdenes del uso de alcohol (Sher, 2006).

En resumen, todos estos estudios presentados indican claramente que el consumo por parte de adolescentes y estudiantes universitarios, y en especial un patrón de consumo intermitente e intenso, presenta un elevado riesgo de neurodegeneración (particularmente en aquellas regiones del cerebro encargadas de tareas como el aprendizaje o la memoria). Tanto este daño como los déficits neurocognitivos relacionados pueden tener implicaciones significativas para el

aprendizaje y el desarrollo intelectual que continúen afectando a la persona hasta su edad adulta.

Un tema que queda pendiente es si la extensión de la neurodegeneración y el daño causado por el consumo puede ser permanente o reversible (Ziegler y cols., 2005)

Todos estos resultados, unidos a la alta incidencia del Consumo Intensivo entre los jóvenes han motivado que organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (2005) en su 58ª Asamblea Mundial (WHA, 58.26, 2004) y el Parlamento Europeo a partir del Informe Alcohol en Europa (2006), adviertan de los problemas de salud pública asociados al consumo de alcohol, considerando que el patrón de consumo de los más jóvenes, es uno de los que presenta mayores riesgos para la salud, tanto de manera directa como indirecta, **planteando la necesidad de elaborar, aplicar y evaluar estrategias y programas eficaces para reducir las consecuencias sanitarias y sociales negativas del consumo nocivo de alcohol en atracción que realizan los jóvenes** (Comisión Clínica PNSD, 2007).

## **CAPÍTULO 2.**

### **PLANTEAMIENTOS TEÓRICOS APLICADOS AL ESTUDIO DEL CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL**

Pese a la importancia, que tiene el Consumo Intensivo de Alcohol tanto a nivel epidemiológico como de consecuencias bio-psico-sociales, son varios los investigadores (Cortés, 2010; Huchting, Lac y LaBrie, 2008; Marcoux y Shope, 1997; Oei y Morawska, 2004) que destacan la falta de un acercamiento teórico coherente que guíe tanto el análisis como los esfuerzos de intervención a realizar con estos consumidores.

Hasta el momento la investigación ha priorizado la caracterización e identificación de los jóvenes en función de sus pautas de consumo y de una serie de variables y factores, que en su mayor parte son datos demográficos o de estilo de vida.

La tabla 6 presenta a modo de ejemplo algunas de estas variables relacionadas con la aparición y mantenimiento de un patrón de Consumo Intensivo de Alcohol en adolescentes y adultos jóvenes.

Andrew y Cronin (1997)	- puntuaciones más altas en búsqueda de sensaciones
Bennett y cols. (1999)	- menor edad - varones
Bradstock y cols. (1988)	(en mujeres) - consumo de tabaco - seguimiento de una dieta - estilo de vida sedentario - niveles más altos de estrés interpersonal
Caldwell, Kivel, Smith y Hayes (1998)	- ser lesbiana, gay, o bisexual

Tabla 6. Variables sociodemográficas y de estilo de vida analizadas en consumidores intensivos de alcohol.

Dowdall y cols. (1998)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- residir en una fraternidad (<i>sorority</i>)</li> <li>- estilo de vida basado en la diversión</li> <li>- participación en otras actividades de riesgo (p.e. consumo de tabaco o marihuana; mantener varias parejas sexuales, etc.)</li> </ul>
Liu y Kaplan (1996)	<p>(<i>en mujeres</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- existencia de estados de rabia o falta de valor</li> <li>- como estilo de afrontamiento de sus problemas</li> </ul> <p>(<i>en hombres</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- para ganar aprobación entre pares</li> <li>- como demostración de que no tienen miedo</li> </ul>
Moore y cols. (1994)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hombres</li> <li>- más jóvenes</li> <li>- trabajan en labores manuales</li> <li>- sin un título universitario</li> <li>- solteros</li> <li>- fumadores y con sobrepeso u obesidad</li> </ul>
Schulenberg, O'Malley y cols. (1996)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- no existen diferencias en base a factores demográficos y de estilo de vida</li> </ul>
Tyssen, Vaglum, Aasland, Gronvold y Ekberg (1998)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- uso del alcohol para hacer frente a la tensión</li> </ul>
Valois, Dunham, Jackson y Waller (1999)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mayor número de horas de trabajo a tiempo parcial</li> </ul>
Wechsler y cols. (1995)	<p>(<i>en mujeres</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mayor número de problemas personales</li> </ul>
Wechsler, Davenport, Dowdall, Grossman y Zanakos (1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- participación en equipos de atletismo</li> </ul>
Wechsler, Dowdall, Davenport y Castillo (1995)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ser varón</li> <li>- poca fuerza de sus creencias religiosas</li> <li>- ser menor de 24 años</li> <li>- las variables demográficas no son importantes predictores</li> </ul>
Wilsnack y cols. (2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ser varón</li> </ul>
Ichiyama y Kruse (1998)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mayor tendencia hacia la búsqueda de emociones</li> </ul>

Tabla 6 (*continuación*). Variables sociodemográficas y de estilo de vida analizadas en consumidores intensivos de alcohol.

Estos trabajos presentan tres inconvenientes:

- la obtención de diferentes definiciones circulares entre el consumo y las diversas variables asociadas (Oei y Morawska, 2004),
- la dificultad de diseñar el tratamiento y prevención a realizar en función de los resultados obtenidos, debido a que muchas de estas variables (sexo, edad, factores de personalidad...) resultan muy difíciles o imposibles de modificar,
- en algunos casos, como en el trabajo de Goldman (1989), se puede llegar a ofrecer una larga lista de factores antecedentes, sin embargo, no se llega a especificar ningún proceso que explique la relación entre las diversas variables antecedentes y estos patrones de consumo.

Otras investigaciones se centran en el análisis de la motivación y expectativas subyacentes al consumo excesivo de alcohol en población juvenil y universitaria (Wheeler, 2008). Algunas de ellas señalan que esta población no percibe este patrón de consumo como problemático (Broadbent, 1994), posiblemente porque los estudiantes tienden a identificar las resacas como la consecuencia más grave del consumo excesivo de alcohol (Crundall, 1995). También se ha sugerido que los estudiantes beben con el fin de lograr algunos resultados esperados o como medio de afrontar el estrés (Cooper, 1994).

Otros autores introducen las necesidades sociales, y más concretamente la satisfacción de las mismas, como motivación para llevar a cabo estos consumos (Abbey y cols., 1993), mientras que Berkowitz (1990) insiste en que la presión es el factor más importante que lleva al consumo excesivo de alcohol. En esta misma línea Bosari y Carey (2001) subrayan tres determinantes básicos en la influencia

que tienen los compañeros de los estudiantes que beben alcohol: *las ofertas manifiestas de consumo, el modelado y las normas sociales*.

Sin embargo, a pesar los múltiples trabajos realizados sobre el patrón de Consumo Intensivo en jóvenes es importante destacar la carencia de un enfoque teórico coherente (Oei y Morawska, 2004). Disponer de un modelo de consumo de alcohol puede ser beneficioso a la hora de señalar aquellas variables que son de mayor importancia a la hora de predecir, explicar y entender el uso y abuso de alcohol, y de explicar cómo estas variables se relacionan entre sí. Esta información también puede ser utilizada a la hora de diseñar intervenciones y programas para prevenir estos patrones de consumo de alcohol (Hassan y Shiu, 2007; Oei y Morawska, 2004), evaluar los mismos y tener un mayor control e intervención sobre esas conductas a largo plazo.

En este sentido, en la literatura existen varios intentos de analizar el Consumo Intensivo de Alcohol (*Binge Drinking*) desde diferentes modelos, marcos o acercamientos teóricos. A continuación se presentan algunos de ellos.

## **1. ACERCAMIENTOS TEÓRICOS UTILIZADOS**

### ***1.1. Modelo del vínculo social***

El vínculo social hace referencia a la relación entre el individuo y la sociedad. El modelo basado en este concepto postula que cualquier conducta *desviada*, en este caso, el *Consumo Intensivo de Alcohol*, se produce cuando el vínculo social es débil o inexistente (Durkin, Wolfe y Clark, 1999).

Según este modelo, el vínculo social tendría cuatro componentes principales: vinculación, participación, compromiso y creencias. Los autores encontraron que el modelo explicó el 22% de la varianza en *binge drinking*. Como

predictores significativos de este patrón de consumo encontraron: el respeto a la autoridad, la aceptación de creencias convencionales y el apego a los padres. Todos ellos mostraban una relación negativa con el *binge drinking*.

La principal crítica que se le ha realizado a este modelo es que pese a que el mismo explica una considerable cantidad de varianza en *binge drinking*, tiende a describir lo que no caracteriza a los jóvenes que consumen con este patrón en lugar de lo que lo hace (Oei y Morawska, 2004).

## **1.2. Contexto social del consumo**

Este concepto implica el análisis de patrones de motivación personal para beber en determinados entornos sociales (Ichiyama y Kruse, 1998), e incluye aspectos de consumo tanto sociales como motivacionales (Beck, Summons y Thombs, 1991).

Varias investigaciones han utilizado este marco teórico para analizar los entornos sociales en los que se produce el Consumo Intensivo. Por ejemplo, Beck y Treiman (1996) encontraron que la facilitación social hacia el consumo, la instrumentalización del alcohol como control del estrés, y la existencia de un ambiente desafiante en la escuela, eran contextos sociales que discriminaban entre los bebedores de alto riesgo y los de bajo riesgo.

Otros autores como Clapp, Shillington y Segars (2000) encontraron que los contextos sociales en los que se bebía con amigos y en los que había alimentos, constituían factores de protección en contra del *binge drinking*. Por contra, aquellos que incluían drogas ilícitas se asociaban con un mayor riesgo de *binge drinking*.

Según Dowdall y cols. (1998) los colegios femeninos, en comparación con colegios los mixtos, tendían a mostrar tasas más bajas de *binge drinking* y de consecuencias.

Esta investigación presenta matizaciones a favor y en contra. Respecto de las primeras, se señala su utilidad para proveer evidencias sobre los contextos específicos y las situaciones en las cuales los adolescentes y los jóvenes adultos consumen un patrón de Consumo Intensivo. Por contra, a estos acercamientos se les critica el que siempre hayan mostrado dificultades a la hora de planificar el diseño de estrategias de intervención que modifiquen estos contextos. Autores como Oei y Morawska (2004) proponen que se complementen atendiendo en mayor grado a las motivaciones y cogniciones y al modo de hacerles frente.

### **1.3. Transición a la edad adulta**

Schulenberg, Wadsworth, O'Malley, Bachman y Johnston (1996) examinaron longitudinalmente las características de los episodios de Consumo Intensivo de Alcohol en adolescentes durante su transición a la edad adulta. Los resultados mostraron pocas diferencias entre las características de varones y mujeres adolescentes en variables que les hicieran vulnerables a este patrón de consumo durante esta transición. Concretamente los *factores de riesgo* para el último año fueron: ser varón, blanco, tener un expediente académico más bajo, mostrar factores de personalidad antisociales o de alienación y bajo convencionalismo. Además las principales motivaciones de consumo fueron emborracharse y hacer frente a problemas, al tiempo que mostraron mayores expectativas de consumo futuras y en contextos sociales (beber una mayor cantidad estando con los amigos). Los *factores de protección* en relación al número de episodios de Consumo Intensivo fueron: ser mujer, tener mayor auto-

eficacia y un rol de preparación hacia el trabajo, estar menos centrada en la identidad, menos motivada hacia la embriaguez y con mayores sentimientos de soledad.

La principal crítica que se le ha realizado a este acercamiento es que pese a que trata de integrar otros factores (como las motivaciones para el consumo social y contextos para su uso) y pese a que demuestra que estos factores adicionales también son importantes para predecir este tipo de consumo, no deja de ser una extensión de un trabajo basado en factores sociodemográficos (Oei y Morawska, 2004).

#### **1.4. Teoría de las Expectativas sobre el alcohol**

Oei y Baldwin (1994) se basan en la Teoría del Aprendizaje Social para formular este planteamiento teórico. Por este motivo asumen que las expectativas vinculadas al consumo juvenil se forman principalmente a través de influencias de agentes sociales como la cultura, la familia y los iguales. Asimismo, se plantean que los factores individuales predisponentes median en la influencia que ejercen estos agentes de socialización.

El concepto central es el de *expectativa acerca del alcohol*, el cual señala que las consecuencias del alcohol no son simplemente resultado de sus efectos fisiológicos, sino que también vienen determinadas por las creencias del joven sobre esos efectos. Por ejemplo, las personas que han consumido alcohol se comportan de acuerdo con sus expectativas acerca de los efectos del alcohol, incluso cuando en realidad reciben un placebo (Marlatt y Rohensow, 1980).

Las investigaciones indican que las *expectativas* emergen antes de que una persona tenga una experiencia real con la sustancia basándose en sus creencias sobre el alcohol y en percepciones de cómo beben otras personas y reaccionan a

esa sustancia. Esto viene apoyado al observar que niños muy pequeños y adolescentes muestran *expectativas* muy similares a las de los adultos (Miller, Smith y Goldman, 1990).

Según este acercamiento, el inicio de una persona en un episodio de Consumo Intensivo de Alcohol es impulsado en parte por los efectos deseables que espera, tales como un aumento en la sociabilidad o una reducción de la tensión. Las expectativas influyen en la percepción, de tal forma que las situaciones de consumo se perciben de manera selectiva con el fin de confirmarlas. Por ejemplo, una persona puede focalizarse en la gente divertirse en una fiesta y no atender a otras que se muestren indispuestas como consecuencia del consumo. En esta última situación, no se es sensible a estímulos que contradigan las propias expectativas.

Esto conduce a una profecía autocumplida, ya que en un primer momento las expectativas guían el comportamiento hacia la consecución de los efectos esperados (Leigh, 1989), lo que refuerza todavía más esa expectativa y la conducta de consumo asociada. En una segunda fase de mantenimiento (tras la primera de adquisición) son los procesos condicionados no conscientes los que pasan a un primer plano elicitando automáticamente la conducta de consumo. De este modo, el consumo de bebedores no problemáticos se explica mejor por la fase de adquisición, y aquellos con un consumo problemático se explican mejor por la fase de mantenimiento (Oei y Baldwin, 1994).

En general, las expectativas son mejores predictoras del consumo de alcohol para los adolescentes que para los adultos (Aas, Klepp, Laberg y Aaro, 1995). Esto quizás refleja el poder simbólico de las expectativas para influir en el consumo entre los jóvenes, mientras que aquellos que tienen más experiencia con el alcohol pueden beber más por hábito (Leigh, 1989).

---

En definitiva, este acercamiento proporciona un marco teórico útil para el examen de lo que caracteriza a un consumidor intensivo de alcohol. Además, estas expectativas acerca del alcohol sí que pueden ser potencialmente modificadas a diferencia de muchos de los factores examinados por estudios anteriores.

La principal crítica que se le ha hecho a este acercamiento es que se ha centrado casi exclusivamente en el consumo de alcohol en general, y no ha tratado de ofrecer una explicación a patrones más específicos como el del Consumo Intensivo de alcohol. De hecho, tan solo se dispone de un trabajo donde se examina el papel de las expectativas sobre el alcohol y la autoeficacia para rechazar la bebida en el *binge drinking*. En este trabajo Oei y Morawska (2004) perfilan un modelo cognitivo que permita explicar el patrón de Consumo Intensivo.

### **1.5. Modelo cognitivo de binge drinking**

Oei y Morawska (2004) basándose en el planteamiento teórico anterior postularon que la combinación de las *Expectativas acerca del alcohol* con la *Autoeficacia para rechazar el consumo* podía ser más útil para describir los patrones de consumo de alcohol.

La teoría sugiere que las Expectativas son importantes en la decisión de beber o no beber, y que la Autoeficacia para rechazar el consumo interviene antes de la conducta de respuesta. Por ello, ambos elementos son importantes para determinar la conducta de consumo y deberían ser mejores predictores del consumo de alcohol y discriminadores del tipo de consumidor considerándolos de manera conjunta.

Según este modelo (gráfico 4), los consumidores intensivos de alcohol se caracterizan por un nivel alto de Autoeficacia para rechazar el consumo y un nivel bajo de Expectativas. Es decir, un consumidor intensivo puede negarse fácilmente a consumir, pero tiene unas bajas expectativas acerca del alcohol. Debido a esto, como resultado de sus creencias sobre los efectos del alcohol, una vez que se encuentran en una situación donde el alcohol está presente, no pueden dejar de beber (Oei y Morawska, 2004).

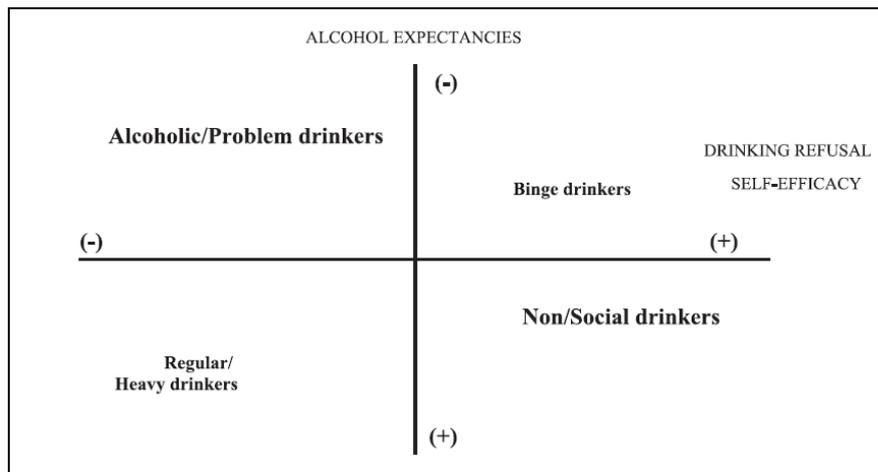


Gráfico 4. Modelo cognitivo de *binge drinking* (Oei y Morawska, 2004).

El modelo además ha servido para discriminar entre diferentes patrones de consumo de alcohol. Así diferencia los consumidores intensivos de los bebedores sociales en función de sus expectativas y de los alcohólicos sobre la base del nivel de autoeficacia.

La principal crítica que se le ha formulado a este planteamiento teórico es el excesivo papel que le otorga a dos procesos cognitivos (expectativas y autoeficacia) y la nula importancia que le presta a otros procesos tanto cognitivos como motivacionales, sociales, etc.

## **1.6. Teorías de Decisión Racional**

Dentro de las teorías que explican la toma de decisiones como una actividad racional dentro del campo del análisis del Consumo Intensivo, se pueden señalar tres (Kuther, 2002):

- la Teoría de la Decisión (también conocida como Teoría de la Expectativa Subjetiva sobre la Utilidad -*Subjective Expected Utility, SEU*-; Beyth-Marom, Austin, Fischhoff, Palmgren y Jacobs-Quadrel, 1993; Edwards, 1954; Furby y Beyth-Marom, 1992; Yates, 1992),
- la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1973, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975)
- la Teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1985, 1988, 1991, 2001).

De acuerdo con estas teorías, las decisiones de la gente joven acerca de consumir alcohol están fundamentadas en gran medida en el resultado de un razonamiento sobre las consecuencias positivas o negativas de beber.

### **1.6.1. Teoría de la Decisión**

La Teoría de la Decisión es un modelo de cognición racional utilizado para interpretar la toma de decisiones en humanos (Edwards, 1954; Frisch y Clemen, 1994). Las decisiones sobre si realizar o no una conducta de riesgo, como puede ser el consumo de alcohol, se entienden dentro de un proceso cognitivo, en el que el individuo identifica todas las posibles opciones y las consecuencias de cada una de ellas, evalúa la deseabilidad y la probabilidad de cada una de esas consecuencias, y combina las evaluaciones de deseabilidad y probabilidad en una toma de decisiones (Beyth-Marom y cols., 1993; Edwards, 1954; Furby y Beyth-Marom, 1992; Yates, 1992).

El resultado de este análisis de coste-beneficio es la *Expectativa de Utilidad Subjetiva* (SEU). Este elemento cualitativo viene derivado del producto de la estimación personal de la deseabilidad y la probabilidad percibida de todas las posibles consecuencias de poner en marcha una conducta particular (Bauman, Fisher, Bryan y Chenoweth, 1985; Edwards, 1954). Cuanto más positivo es el juicio de la SEU, mayor probabilidad de que el sujeto ponga en marcha la conducta.

La principal crítica que se le ha hecho a este modelo teórico es su excesivo énfasis en la racionalidad y su exclusión de otras perspectivas (Furby y Beyth-Marom, 1992; Simon, 1986). Además, esta teoría niega las influencias sociales, a las que considera únicamente como determinantes indirectos de la conducta, y que están mediadas por las SEUs, a pesar de los resultados contradictorios (Bauman, Fisher y Koch, 1989).

### **1.6.2. Teoría de la Acción Razonada**

Para Ajzen y Fishbein (1980) los seres humanos consideran las posibles implicaciones de sus acciones antes de realizar la conducta, motivo por el cual llamaron a su teoría *de la Acción Razonada*. Se trata de una teoría versátil aplicable a todas las conductas voluntarias del ser humano que ha sido confirmada en numerosas ocasiones (Randall y Wolff, 1994; Sheppard, Hartwick y Warshaw, 1988).

En la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1973, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975), los resultados percibidos y las evaluaciones de esos resultados son los motivadores de la conducta (Weinstein, 1993). El modelo postula que la conducta está determinada por la Intención conductual y que ésta, a

su vez, se expresa por medio de las Actitudes hacia la conducta y de la Norma Subjetiva.

Enmarcada dentro de las llamadas teorías de Expectativa-Valor, señala que las Actitudes (la medida del grado en el cual un individuo considera el comportamiento en cuestión como favorable o desfavorable) se configuran como el producto de dos componentes: las creencias o expectativas sobre los resultados y las evaluaciones de las consecuencias de la conducta. Por su parte, las Normas Subjetivas consisten en creencias normativas acerca de la conducta, o acerca de la aprobación o desaprobación de la misma por parte de los referentes importantes, ponderado por la motivación de cada uno para cumplir con esas creencias (gráfico 5).

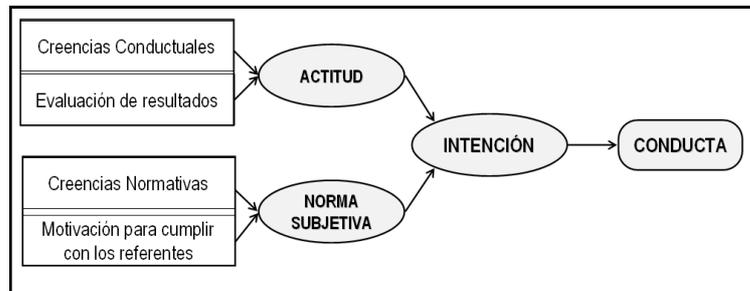


Gráfico 5. Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975).

Aunque las Actitudes y la Norma Subjetiva son componentes integrales de esta teoría, ninguna de las dos se conceptualiza como una influencia directa en la conducta. Por su parte, este modelo considera que el determinante directo del comportamiento es la Intención conductual de realizar o no una conducta; y esta Intención conductual depende, a su vez, de la Actitud y la Norma Subjetiva. Así, dentro de este modelo, las Intenciones median en la relación entre las Actitudes, la Norma Subjetiva y la conducta.

La crítica más importante de las realizadas a esta teoría, ha sido la de que sólo pretende ser aplicada a la predicción de la conducta cuya realización se encuentra bajo un completo control del sujeto que la desea realizar (Ajzen y Madden, 1986).

### **1.6.3. Teoría de la Conducta Planificada**

Este modelo teórico planteado por Izek Ajzen (1985, 1988, 1991, 2001) surgió a partir de la base de la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1973, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975) como un intento de explicar determinadas conductas sobre las que el sujeto tiene (o cree tener) poco control.

Al ser la base teórica en la que fundamenta esta investigación se verá con mayor detenimiento en el siguiente apartado.

## **2. LA TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANIFICADA**

La Teoría de la Conducta Planificada (TCP) (Ajzen, 1985, 1988, 1991, 2001) se fundamenta en los trabajos de Fishbein en tres aspectos: por una parte los procesos psicológicos mediante los cuales las actitudes producen la conducta (Fishbein, 1967a); en segundo lugar en el marco de trabajo de expectativa-valor (Peak, 1955) para explicar la relación entre las creencias y las actitudes; y por último, en su propuesta de interponer entre las actitudes y la conducta una nueva variable, la Intención conductual.

En la Teoría de la Acción Razonada, Fishbein y Ajzen (1975, 1980) consiguieron ejemplificar, basándose en el modelo de expectativa-valor, la idea de seguir un acercamiento cognitivo o de procesamiento de la información para

explicar la generación de las actitudes. Además, consiguieron realizar este planteamiento utilizando para ello un número limitado de variables.

Sin embargo, pese a la gran cantidad de trabajos que se llevaron a cabo bajo esta teoría (se pueden consultar diversas revisiones como las de Ajzen y Fishbein, 1980; Becoña y Dosil, 1982; Sheppard, Hartwick y Warshaw, 1988), con el tiempo, algunos investigadores, incluido el propio Ajzen, señalaron que la teoría resultaba insuficiente a la hora de explicar determinadas conductas, en las que el control parecía determinante. Por este motivo, se incluyó un nuevo constructo, el concepto de *Control Conductual Percibido*, configurándose de este modo la Teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1985, 1988, 1991, 2001).

El propio Ajzen (1991) señala que esta segunda formulación, más completa, proporciona un marco conceptual más útil para hacer frente a las complejidades del comportamiento social humano. Además, esta teoría también resulta importante ya que incluye o incorpora algunos de los conceptos centrales de las ciencias sociales y del comportamiento, consiguiendo definir estos conceptos de un modo que permite no solo la predicción, sino también la comprensión de las conductas particulares en contextos específicos. Este conocimiento resulta crucial si se desea intervenir o influir sobre estas conductas específicas.

Según las premisas de este marco teórico, para predecir (y comprender) si una persona tiene *intención* de *hacer* algo, es necesario conocer:

- Si la persona está a favor de hacerlo (*actitud*),
- Cuánta presión social siente la persona para hacerlo (*norma subjetiva*),
- Si la persona siente que tiene control sobre la acción en cuestión (*percepción de control de la conducta*).

Si se tiene suficiente conocimiento de estos tres predictores, éste se podría utilizar para aumentar la probabilidad de que la persona intentase llevar a cabo la acción analizada y, por tanto, aumentar las posibilidades de que la persona realmente lo haga. Por el contrario (como es el caso que ocupa esta investigación) también puede servir para disminuir esa intención de poner en marcha la acción y por ello disminuir la probabilidad de que realmente se lleve a cabo (Ajzen, 2002; Francis y cols., 2004).

En la siguiente figura (gráfico 6) se ejemplifica de un modo esquemático las relaciones entre los elementos señalados: *Conducta*, *Intención*, *Actitud*, *Norma Subjetiva* y *Control Percibido*<sup>1</sup>. Además también se incluyen los determinantes o antecedentes de estos tres últimos elementos.

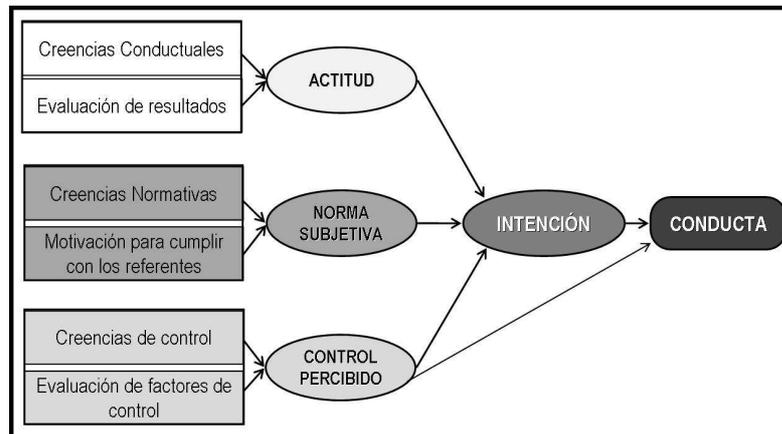


Gráfico 6. Teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1985, 1988, 1991, 2001).

En el siguiente apartado se ofrece una breve explicación de los diferentes elementos que conforman este marco teórico de referencia.

<sup>1</sup> Hay que tener en cuenta que Actitud, Norma Subjetiva y Control Percibido pueden influirse unas en otras. Aunque en la figura se represente de modo simplificado, un diagrama más detallado debería incluir flechas de doble punta uniendo las tres variables.

## **2.1. Conducta**

La conducta es la respuesta manifiesta y observable que realiza una persona en una situación con objeto de conseguir un objetivo determinado. Ésta no puede entenderse como un comportamiento aislado, ya que las conductas simples suelen agregarse a través contextos y tiempos para producir una medida más amplia y representativa del comportamiento.

En la TCP la conducta está determinada por la Intención y el Control Conductual Percibido. Conceptualmente, la Percepción del Control se espera que modere el efecto de la Intención sobre la conducta, de tal manera que una intención favorable produzca una conducta únicamente cuando el control conductual percibido es fuerte (Ajzen, 2002).

## **2.2. Intención <sup>2</sup>**

Este importante constructo supone la representación cognitiva de la disposición de una persona para realizar una conducta dada y se considera el antecedente inmediato de la conducta. Es decir, la Intención predice la conducta y puesto que el objetivo de la Teoría de la Conducta Planificada es comprender la conducta, los autores consideran que es necesario poder identificar los factores que determinan dicha Intención.

Warshaw y Davis (1985) definieron la Intención Conductual como “el grado en el cual las personas tienen planes conscientes de realizar o no una conducta” (p.214). Las intenciones se asume que capturan los factores

---

<sup>2</sup> La derivación original de la Teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1985) define la Intención (y sus otros constructos teóricos) en términos de tratar de realizar una determinada conducta, más que en su realización real. Sin embargo, los primeros trabajos con el modelo mostraron fuertes correlaciones entre las medidas de las variables del modelo en las que se preguntaba acerca de tratar de llevar a cabo una conducta y las medidas que se ocupaban de la realización concreta de esa conducta (Cortés, 1996).

motivacionales que influyen en una conducta; son indicios del esfuerzo que voluntariamente se está dispuesto a dedicar con el fin de poner en marcha esa conducta. Como regla general, cuanto mayor es la Intención de llevarla a cabo, más probable debería ser su realización.

Una de las contribuciones más importantes de la TCP respecto de modelos anteriores de relación entre actitud-comportamiento, es que la Intención puede ser utilizada como una medida proximal de la conducta aunque no exista una relación perfecta entre la intención de llevar a cabo un comportamiento y el comportamiento real (Francis y cols., 2004). Por ello, las variables de este modelo pueden utilizarse para determinar la eficacia de algunas intervenciones, aunque no se disponga de una medida de comportamiento real. La Intención será pues un predictor de la conducta con considerable precisión, siempre y cuando ésta no presente excesivos problemas de control (Ajzen, 1988; Shepard, Hartwick y Warshaw, 1988).

Conceptualmente, la Intención viene determinada por la Actitud hacia el Comportamiento, la Norma Subjetiva, y el Control Conductual Percibido, ponderando cada predictor en función de su importancia en relación con la conducta y la población de interés (Ajzen, 2001). Así, esta Intención conductual es una función lineal de regresión de los tres elementos señalados:

$$IC = w_x A + w_y NS + w_z CPC \quad (3)$$

La ecuación indica que las intenciones son función de la percepción del compromiso personal con la conducta, de lo que la persona percibe que los otros significativos piensan sobre si debería o no llevarla a cabo, y de la percepción del

---

<sup>3</sup> Donde IC es la Intención Conductual, A es la Actitud hacia la conducta, NS es la Norma Subjetiva, CPC es el Control Percibido sobre la Conducta, y  $w_x$ ,  $w_y$  y  $w_z$  son los pesos empíricos que indican la relativa importancia de los determinantes sobre la intención.

control que se puede tener sobre el desempeño de dicha conducta (Conner y Sparks, 2005).

### **2.3. Actitud**

La Actitud es uno de los determinantes directos de la Intención conductual. Concretamente supone una evaluación general (positiva y negativa) de la conducta por parte del sujeto. Fishbein y Ajzen (1975) definen las actitudes como una disposición aprendida a responder de manera consistente favorable o desfavorablemente, con respecto a un objeto dado.

Siguiendo la conceptualización de los modelos de expectativa-valor (Peak, 1955), la Actitud se conforma a partir de dos componentes que se combinan de modo multiplicativo: las creencias acerca de las consecuencias de la conducta (Creencias Conductuales) y el correspondiente juicio positivo o negativo acerca de cada una de las características de la conducta<sup>4</sup> (Evaluaciones de los Resultados) (Francis y cols., 2004). Estos productos expectativa-valor se suman a través de varias consecuencias salientes o destacadas<sup>5</sup> (Conner y Sparks, 2005):

$$A \propto \sum_{i=1}^{i=p} b_i e_i$$

donde  $b_i$  es la Creencia Conductual de que llevar a cabo la conducta llevará a la consecuencia  $i$ ,  $e_i$  es la Evaluación de la Consecuencia  $i$ , y  $p$  es el número de creencias conductuales salientes sobre las que se suman sus valores.

---

<sup>4</sup> Por ejemplo, la actitud hacia el consumo de determinada sustancia puede formarse a partir de la creencia de que dicho consumo facilitará la integración social. Por otro lado, uno también puede creer que una consecuencia negativa del consumo de alcohol implicará padecer una resaca al día siguiente. (Adams y cols., 2006).

<sup>5</sup> La gente puede tener una gran cantidad de creencias acerca de una determinada conducta, pero pueden atender sólo un número relativamente pequeño en un momento dado (Miller, 1956).

---

### **2.3.1. Creencias Conductuales**

Las Creencias Conductuales, como antecedentes de la Actitud, se definen como la probabilidad subjetiva de que la conducta produzca un resultado determinado. De este modo, si la persona percibe que el resultado de la realización de la conducta es positivo tendrá una Actitud positiva para llevarla a cabo. Lo opuesto puede ocurrir si se esperan resultados negativos.

Aunque una persona puede disponer de muchas Creencias Conductuales con respecto a cualquier conducta, sólo un número relativamente pequeño de ellas son fácilmente accesibles en un momento dado. Estas creencias accesibles -en combinación con los valores subjetivos de los resultados esperados- son las que determinan en último momento la Actitud hacia la conducta. Como se ha señalado anteriormente, la Evaluación de cada Resultado contribuye a la Actitud de manera proporcional a la probabilidad subjetiva personal de que la conducta producirá el resultado en cuestión (Ajzen, 1991).

### **2.4. Norma Subjetiva**

Las Normas Subjetivas reflejan las creencias personales sobre lo que los otros significativos piensan acerca de si la persona debería o no llevar a cabo la conducta. Los otros significativos son sujetos o grupos cuyas opiniones sobre la conducta de la persona en ese dominio son importantes para él o para ella. En este sentido, las Normas Subjetivas medirían la presión social que los individuos perciben en relación con llevar o no llevar a cabo la conducta en función de las opiniones de los referentes importantes (Conner y Sparks, 2005).

Al igual que sucedía en el caso de las Actitudes, las Normas Subjetivas tienen dos componentes que trabajan interaccionando entre sí: las creencias acerca de la percepción de las preferencias de los otros significativos sobre si se debería

o no llevar a cabo una conducta (Creencias Normativas), y el juicio positivo o negativo acerca de cada una de las creencias (Evaluaciones de los Resultados) (Francis y cols., 2004).

Concretamente, la fuerza de cada creencia normativa ( $n$ ) es ponderada por la Motivación para Cumplir con el Referente en cuestión ( $m$ ), agregándose los productos de los diferentes referentes salientes, como se muestra en la siguiente ecuación (Ajzen, 2001):

$$NS \propto \sum_{j=1}^{j=q} n_j m_j$$

### 2.4.1. Creencias Normativas

Siguiendo con la descripción de los antecedentes de esta Norma Subjetiva, las Creencias Normativas se refieren a la expectativas conductuales percibidas de aquellos referentes importantes, individuos o grupos de personas, la pareja, los amigos, y -dependiendo de la población y la conducta estudiada- el profesor, el médico, el jefe, los compañeros de trabajo, etc. La Motivación para Cumplir con cada uno de los referentes contribuiría a la Norma Subjetiva de forma directamente proporcional a la probabilidad subjetiva personal de que el referente piense que la persona puede llevar a cabo la conducta en cuestión (Ajzen, 2001).

De este modo, si los otros significativos ven el desarrollo de la conducta como algo positivo y el individuo está motivado para recibir la influencia de los otros significativos, se puede esperar una Norma Subjetiva positiva. Si los otros significativos ven la conducta como algo negativo, y el individuo quiere satisfacer las expectativas de estos, entonces cabría esperar una Norma Subjetiva negativa para el individuo.

Es importante señalar que la diferencia entre Creencias Conductuales y Creencias Normativas se ha señalado en algunos trabajos como arbitraria (Miniard y Cohen, 1981) y que hay una considerable relación entre ambas (O’Keefe, 1990). Sin embargo, en aras de aislar determinantes de la conducta para, si es posible, utilizarlos en una intervención, resulta muy útil mantener la distinción entre los determinantes de la conducta que son atributos de la persona y aquellos que son atributos del ambiente social (Eagly y Chaiken, 1993; Trafimow y Fishbein, 1995).

### **2.5. Control Conductual Percibido**

El Control Conductual Percibido, hace referencia a la percepción del sujeto sobre la facilidad o la dificultad de llevar a cabo la conducta. Este control se conceptualiza como un continuo que iría desde las conductas fácilmente ejecutables (p.e. comer una comida recién preparada y que te guste) hasta conductas que demanden recursos, oportunidades y habilidades especiales (p.e. ser un especialista mundial en ajedrez) (Conner y Sparks, 2005).

En aquellas circunstancias o situaciones donde pueden aparecer restricciones en la acción, o en las que la realización de la conducta no está completamente bajo el control del individuo, la formación de una mera Intención es insuficiente para predecir el comportamiento (Ajzen, 1991). De este modo, la inclusión del Control Conductual Percibido proporciona información acerca de las posibles limitaciones para llevar a cabo la acción o conducta según lo percibido por el actor.

El Control Percibido tiene su efecto sobre la conducta tanto de manera directa como a través de las intenciones. Este hecho está basado en la siguiente explicación: la implementación de una Intención en una acción está parcialmente

determinada por barreras personales y ambientales, así la *adición del Control Percibido aumenta su utilidad paralelamente a la pérdida del control voluntario sobre la conducta* (Ajzen, 1991). Sin embargo, en las situaciones en las que la predicción de la conducta a partir de la Intención es probable que se vea impedida por el nivel de control real (p.e. volitivo), el Control Percibido puede (a) facilitar el paso de la intención en acción, y (b) predecir la conducta directamente (Armitage y Conner, 2001).

Una vez más, y siguiendo con la conceptualización del modelo de expectativa-valor, el Control Percibido se definiría en función de sus dos antecedentes directos los cuales se relacionarían de modo multiplicativo (Armitage y Conner, 2001; Conner y Sparks, 2005): la Frecuencia o probabilidad de ocurrencia de cada factor y la Percepción subjetiva de la fuerza del factor para facilitar o inhibir el desarrollo de la conducta. En términos matemáticos esta relación vendría referida según la siguiente ecuación:

$$CP \propto \sum_{k=1}^{k=r} c_k p_k$$

donde CP es el Control Conductual Percibido,  $c_k$  es la Frecuencia Percibida o la Probabilidad de ocurrencia del factor  $k$ ,  $p_k$  es el Poder Percibido para facilitar o inhibir del factor  $k$ , y  $r$  es el número de factores de control (Conner y Sparks, 2005).

La gente que percibe que tiene acceso a los recursos necesarios y que percibe que tiene las oportunidades (o la falta de obstáculos) para llevar a cabo la conducta es más probable que perciba un alto grado de control (Ajzen, 1991; Conner y Sparks, 2005).

### 2.5.1. Creencias de Control

La percepción de factores que probablemente faciliten o inhiban el desarrollo de la conducta, es decir, los antecedentes del Control Conductual Percibido, se denominan Creencias de Control. Estos incluyen tanto factores de control internos (información, deficiencias personales, habilidades, destrezas, emociones, etc) como externos (oportunidades, dependencia de terceros, barreras, presión, tiempo, etc) (Francis y cols., 2004; Huchting, Lac y LaBrie, 2008). Estas Creencias de Control pueden basarse en parte en la experiencia anterior con la conducta, aunque también pueden verse influidas por las experiencias de conocidos y amigos, y por otros factores que aumentan o reducen la percepción de la dificultad de realizar la conducta en cuestión.

Debido a algunas confusiones y errores que se han producido en diversas investigaciones en la conceptualización de este constructo, es importante tener clara la comparación del mismo con otras concepciones de control (Ajzen, 2001):

1. El Control Conductual Percibido (CCP) difiere mucho del concepto de percepción del *locus de control de Rotter (1966)*. El CCP se refiere a la percepción de persona acerca de la facilidad o dificultad de llevar a cabo la conducta de interés. Mientras que el *locus de control* es una expectativa generalizada que permanece estable a través de situaciones y formas de acción, el CCP puede, y en general lo hace, variar a lo largo de situaciones y acciones. Por lo tanto, una persona puede creer que, en general, sus resultados están determinados por su propia conducta (*locus de control interno*), pero al mismo tiempo también puede creer que sus posibilidades de convertirse en un piloto de avión comercial son muy escasas (baja percepción de control sobre el comportamiento).

2. Otro enfoque acerca del CCP puede encontrarse en la *Teoría de la Motivación de Logro* (Atkinson, 1964). Un factor importante en esta teoría es la *expectativa de éxito*, definida como la percepción de la probabilidad de éxito en una tarea dada. Evidentemente, este punto de vista es bastante similar al CCP en el hecho que ambos se refieren a un contexto específico de conducta y no a una predisposición generalizada. Sin embargo, paradójicamente, *el motivo de logro* se define, no como un motivo para tener éxito en una tarea determinada, sino en términos de una disposición general *que el individuo carga sobre él de una situación a otra* (Atkinson, 1964). Esta motivación de logro general se supone que se combina multiplicativamente con la expectativa situacional de éxito, así como con otro factor específico de la situación, el *valor de incentivo* del éxito.
3. La concepción del CCP es prácticamente compatible con el concepto de *autoeficacia percibida* de Bandura (1977, 1982). Este refleja los juicios sobre lo bien que uno puede ejecutar las acciones necesarias para hacer frente a posibles situaciones. Bandura, Adams y Beyer (1977) y Bandura, Adams, Hardy y Howells (1980) han demostrado que el comportamiento de las personas está muy influido por su confianza en su capacidad para llevarlo a cabo (es decir, por el CCP). Las creencias sobre la autoeficacia pueden influir en la elección de las actividades, la preparación para una actividad, el esfuerzo invertido durante la ejecución, así como en las pautas de pensamiento y las reacciones emocionales (Bandura, 1982, 1991). En este caso, la TCP sitúa el constructo de la creencia de autoeficacia o de Control Conductual Percibido dentro de un marco más general de relaciones entre Creencias, Actitudes, Intenciones y Conducta.

En resumen, en sus respectivos agregados, las Creencias Conductuales producen una Actitud favorable o desfavorable hacia la conducta, las Creencias Normativas resultan en la Presión Social Percibida o Norma Subjetiva y las Creencias de Control dan lugar a la Percepción de Control sobre la Conducta. Combinadas, la Actitud hacia la conducta, la Norma Subjetiva, y la Percepción de Control del Comportamiento llevan a la formación de la Intención hacia la conducta. Por regla general, cuanto más favorable es la Actitud y la Norma Subjetiva, y cuanto mayor sea el Control Percibido, más fuerte será la Intención de la persona de realizar la conducta en cuestión. Por último, dado un grado suficiente de control sobre la conducta, las personas se espera que lleven a cabo sus intenciones cuando surja la oportunidad. La Intención, pues, supone el antecedente inmediato del comportamiento. Sin embargo, debido a que muchos comportamientos plantean dificultades de ejecución que pueden limitar el control volitivo, es útil tener en cuenta la percepción acerca del control de la conducta además de la Intención. En la medida en que la Percepción del Control de la conducta es acertada, puede servir como sustituto del control efectivo y contribuir a la predicción del comportamiento en cuestión (Ajzen, 2002).

### **3. APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANIFICADA**

#### ***3.1. Aplicación general***

La Teoría de la Conducta Planificada ha sido utilizada exhaustivamente en la literatura (Ajzen, 1988; Ajzen y Fishbein, 1980; Armitage y Conner, 2001; Canary y Seibold, 1984; Godin y Kok, 1996; Huchting, Lac y LaBrie, 2008;

Sheppard, Hartwick y Warshaw, 1988; Sutton, 1998) y su poder predictivo ha sido establecido tanto por estudios de comportamiento social y de salud (Godin y Kok, 1996; Libbus, 1995; Millstein, 1996), como por numerosos metanálisis de investigación correlacional (Hagger, Chatzisarantis y Biddle, 2002; Sheeran, 2002; Sheeran y Taylor, 1999; Trafimow, Sheeran, Conner y Finlay, 2002). El propio Ajzen en su espacio web<sup>6</sup> recoge 949 referencias de aplicaciones, revisiones, críticas, etc. a su modelo.

Los comportamientos estudiados mediante esta teoría oscilan entre estrategias muy simples como la elección del uso del coche para ir a trabajar, a acciones de apreciable importancia personal o social, como la adherencia a algunos tratamientos, el consumo de drogas, o la elección entre candidatos en unas elecciones. Un ejemplo de esta dispar aplicación se puede apreciar en la tabla 7.

Estudio	Conducta analizada
Åberg y Warner (2008)	Violación deliberada de límites de velocidad
Abraham, Henderson y Der (2004)	Implementación de programas de educación sexual en colegios
Abrahamse, Steg, Gifford y Vlek (2009)	Uso del coche para ir al trabajo
Ajzen y Driver (1992)	Elección de actividades de ocio
Armitage (2008)	Seguimiento de metas académicas en niños
Arnscheid y Schomers (1996)	Participación en partidos de baloncesto
Atsalakis y Sleaf (1996)	Realización de actividad física
Babrow, Black y TiVany (1990)	Abandono del tabaco
Bakker, Buunk y Siero (1993)	Uso de preservativos por adolescentes y jóvenes
Bamberg (1996)	Conducta ecológica responsable
Barsevick, Montgomery, Ruth, Ross y cols. (2008)	Comunicación de resultados genéticos a familiares
Basen-Engquist y Parcel (1992)	Conducta sexual de riesgo de contraer VIH
Beale y Manstead (1991)	Consumo de azúcar en niños
Beck y Ajzen (1991)	Realización de acciones deshonestas
Bennett y Bozonelos (2000)	Uso de preservativos en grupos de riesgo

Tabla 7. Ejemplo de algunas aplicaciones de la TCP.

<sup>6</sup> <http://people.umass.edu/aizen/index.html>

Biddle y Nigg (2000)	Programación de tablas de ejercicios
Blanchard y cols (2003)	Adherencia al tratamiento en la rehabilitación cardíaca
Blanchard, Fisher, Sparling y cols. (2009)	Consumo de 5 piezas de fruta/verdura al día
Boldero (1995)	Reciclaje de periódicos
Borgida, Conner y cols. (1992)	Donación de riñones de personas vivas
Brubaker y Fowler (1990)	Realización de autoexamen testicular
Brunel y cols. (1999)	Uso de PCs Vs Apple
Conner y Sherlock (1994)	Consumo de éxtasis
Conner y cols. (1996)	Seguimiento de dietas
Cortés (2001)	Abandono del tratamiento en dependientes alcohólicos
Courneya (1995)	Realización de actividad física regular
Debra, Ritzel, Wright y Kittleson, (1998)	Uso seguro de tractores agrícolas por parte de adolescentes en áreas rurales
Dennison y Shepherd (1995)	Elección de alimentos en adolescentes
Dilorio (1997)	Cuidado de personas con VIH
Hillhouse, Adler, Drinnon y Turriss (1997)	Tomar el sol con protección
Marcoux y Shope (1997)	Uso y abuso de alcohol
Netemeyer y Burton (1990)	Conducta de voto en elecciones
Netemeyer, Andrews y Durvasula (1993)	Hacer regalos en San Valentín
Parker, Manstead, Stradling, Reason y Baxter (1992)	Cometer infracciones de tráfico deliberadamente
Quine y Rubin (1997)	Intención de seguir terapias hormonales sustitutivas en la menopausia
Towler y Shepherd (1991)	Predicción de consumo de patatas fritas
Wiesner y Tesch-Romer (1996)	Uso de audífonos en personas mayores
Yacul, O'Neill y Glasgow (1988)	Seguimiento de higiene dental

Tabla 7 (continuación).. Ejemplo de algunas aplicaciones de la TCP.

La importancia de este marco teórico es tal que prestigiosas revistas como la *Current Psychology* o la *Journal of Applied Social Psychology*, le han dedicado números monográficos (2003 y 1998, respectivamente).

Además, una serie de revisiones meta-analíticas (p.e., Albarracin, Johnson, Fishbein y Muellerleile, 2001; Armitage y Conner, 2001; Godin y Kok, 1996; Hagger y Chatzisarantis, 2009; Manning, 2009; Ravis y Sheeran, 2003; Schulze y Wittmann, 2003) han proporcionado pruebas sólidas del funcionamiento del modelo, concluyendo favorablemente sobre la habilidad de la TCP para pronosticar y explicar el comportamiento. En líneas generales, señalan que este modelo ayuda a explicar por término medio un 39% de la varianza en la Intención

y un 27% de la varianza conductual (Hassan y Shiu, 2007; Norman y Conner, 2006) es decir, un tamaño medio a grande del efecto. Además, indican que esta predicción es superior en el caso de estudios con auto-informes frente a los que utilizan técnicas observacionales.

Sin embargo, estas cifras sugieren que todavía se pueden alcanzar mejoras sustanciales en la habilidad predictiva de la Teoría de la Conducta Planificada. Por ello, otra de las líneas de trabajo es la de la ampliación de algunos de los constructos teóricos del modelo. Entre los cambios propuestos destaca: la inclusión de elementos nuevos, como por ejemplo la conducta pasada, los prototipos, el nivel de conocimiento o los valores (Høie, Moan y Rise, 2010; Kaiser, Wölfling y Fuhrer, 1999); la variación del método de medición de algunos de los componentes (Middlestadt, 2007); o la sustitución de algunos de los elementos, por ejemplo el Control Percibido por la autoeficacia o el locus de control, o las variables normativas por las normas morales (Hwang, Kim y Jeng, 2000). Además, también se ha señalado que las variables que explora este modelo son fundamentalmente de corte sociocognitivo (Saiz, 2009), y por ello sería necesaria la inclusión de elementos que comprendan también otros aspectos como los rasgos de personalidad (Pedrero, 2007; Teichman, Barnea y Ravav, 1989), u otras dimensiones como la sociológica (Ben-Yehuda, 1984; Saiz, 2007), la biológica (Pineda y Torrecilla, 1999; Wise, 1999), etc., de modo que pudiese alcanzarse una descripción lo más amplia y acertada posible.

### **3.2. Aplicación en el ámbito de las adicciones**

La TCP se ha aplicado con éxito a una amplia gama conductas promotoras de la salud (Adams y cols., 2006; Ajzen, 1991; Ajzen y Manstead, 2007; Armitage y Conner, 1999; Conner y Sparks, 2005; Norman y Conner, 2006), y

sobre todo ha sido ampliamente utilizada para describir comportamientos de salud sobre los que no se tiene el control volitivo completo (Godin y Kok, 1996) como son las conductas adictivas.

A excepción del alcohol, al que se dedicará el siguiente apartado, la sustancia de la que más referencias se encuentran es el tabaco. En una búsqueda documental en la base de datos PsycINFO, utilizando como descriptores “DE=(planned behavior) and AB=(tobacco or smoking or smoke)”, aparecen 53 trabajos en los que directamente se ha probado, de manera parcial o total, aislada o complementada con otras variables o teorías, este modelo en temas relacionados con el tabaco. En concreto, las temáticas trabajadas en estos estudios se refieren principalmente al: diseño de programas para dejar de fumar (Babrow, Black y Tiffany, 1990; Hu, 1996; Hu y Lanese, 1998; Mermelstein, 1997); análisis del proceso de cese del consumo (Machado y Sinha, 2007; Norman, Conner y Bell, 1999); uso de medicación durante el proceso de deshabitación (Lynam, 2010); estudio de predictores de la conducta de consumo (Godin, Valois, Lepage y Desharnais, 1992); adquisición de la conducta (Hill, Boudreau, Amyot, Déry y Godin, 1997); cese y recaída en el consumo en embarazadas (DeVries y Backbier, 1994; Melendez-Figueroa, 1998); consumo en jóvenes (Bermúdez y Contreras, 2008; Hanson, 1997, 1999; Jomphe y Boudreau, 1999; Maher y Rickwood, 1997); y la abstinencia o no inicio en el consumo en jóvenes (Murnaghan y cols., 2009; Nehl y cols., 2009).

En general, los resultados referidos a esta sustancia muestran que el predictor más potente del consumo de tabaco es la Intención, seguido de la confianza en la propia autoeficacia para manejar el consumo. La importancia que se le otorga a las creencias propiciadas por otros (Norma Subjetiva) también aparece en varios trabajos como predictora de la Intención, aunque con mucha

menos potencia y significación que el resto de elementos (Larson, 2010; McMillan y Conner, 2003).

Otra sustancia que aparece referida en varias investigaciones (8 registros) es el cannabis. En este caso, la temática es mucho más reducida que en el anterior, y básicamente se limita a aplicar el modelo (Conner y McMillan, 1999; Morrison, Golder y Keller, 2002) o alguna extensión del mismo (Morrison y cols., 2010) al análisis del consumo. También es común encontrar referencias a esta sustancia en trabajos en los que se la analiza el policonsumo (Kam, Matsunaga, Hecht y Ndiaye, 2009; McMillan y Conner, 2003).

Humphrey y cols. (1988) encontraron, en una muestra de 27842 jóvenes estadounidenses, que el consumo de marihuana estaba influido por las Actitudes hacia el mismo y la Norma Subjetiva ( $r = 0.57$ ,  $p < .01$ ), verificando una importante correlación entre las Actitudes, la Norma Subjetiva y el consumo de marihuana en el último mes.

En trabajos más recientes como el de Conner y McMillan (1999) realizado con 249 estudiantes, este modelo mostró que sus tres constructos (Actitudes, Normas Injuntivas y Control Percibido) predijeron significativamente la Intención, y que esta predijo significativamente la conducta de consumo. Junto a estas variables se introdujeron otros componentes normativos que explicaron parte de la varianza de la Intención, aunque no de manera significativa.

Un interesante trabajo muy reciente pone en relación el consumo de esta sustancia en adolescentes y el papel de los padres (Lac, Alvaro, Crano y Siegel, 2009). En el mismo se muestra como el nivel de conocimiento de los padres de las actividades y los paraderos de sus hijos, predice de manera inversamente proporcional las Actitudes, Normas Subjetivas y Control Percibido ( $p < .001$ ) pro-

marihuana en sus hijos. De manera similar el afecto de los padres predice de manera inversamente proporcional las Actitudes y Normas Subjetivas ( $p < .001$ ) pro-marihuana de sus hijos. En los adolescentes, el único predictor significativo del consumo un año después es la Intención (no el Control Percibido).

Con respecto al resto de sustancias ilegales, el número de trabajos relacionados con la TCP es menor. Respecto de la cocaína destacan dos trabajos. El primero de ellos, es un estudio llevado a cabo por Levy y Pierce (1989) con una muestra de 1002 jóvenes australianos. En el mismo se señala como dentro de los distintos grupos de edad explorados, cuantas más actitudes a favor del consumo de cocaína muestran los sujetos, existe mayor intención de consumirla. Además, cuando el sujeto conoce a alguien que consume cocaína en su círculo social, tiene más intención de consumirla.

Más recientemente, y en nuestro país, Saiz (2009) comparó las puntuaciones de un conjunto de ítems basados en las variables de la TCP en tres grupos: uno con 192 sujetos consumidores de cocaína sin tratamiento, un segundo con 110 sujetos consumidores de cocaína en tratamiento y otro con 100 sujetos que nunca habían consumido esta sustancia. Entre los resultados encontrados, el autor indica que las personas que consumen cocaína muestran una actitud más favorable hacia al consumo de esta sustancia, aunque la puntuación media que estos sujetos le otorgaron podría suponer que no es la variable más importante de las que la TCP comprende. Además, los consumidores que están en tratamiento muestran una actitud que aunque no es completamente desfavorable al consumo de la misma resulta significativamente superior a la de aquellos que nunca han consumido esta sustancia. En este mismo sentido, aunque la Norma Subjetiva tampoco parece ejercer una influencia importante entre el grupo de sujetos en tratamiento, ésta es significativamente mayor que entre aquellas personas que

nunca han consumido cocaína, aunque la mayor influencia del grupo de amigos aparece entre quienes consumen esta sustancia. Por otra parte, los consumidores consideran que pueden controlar esta conducta, mientras que quienes nunca la han consumido o están en tratamiento creen que existe la posibilidad de que el uso de esta sustancia les lleve a la adicción. Por último, quienes consumen cocaína muestran una mayor intención de seguir consumiéndola que quienes nunca la han probado o están en tratamiento ( $p < .001$ ), mostrando estos dos últimos grupos la misma nula intención de consumir esta sustancia en el futuro.

Por otra parte, Hulten y cols. (2003) comprobaron la influencia de las variables de la TCP en un grupo de 360 consumidores de benzodiazepinas frente a 107 sujetos sin experiencia con esta sustancia. Estos últimos mostraron un mayor Control Conductual ( $p < .001$ ) y una mayor influencia de la Norma Subjetiva ( $p < .01$ ). Por su parte, los consumidores mostraron una mayor Intención conductual ( $p < .001$ ) y Actitudes más favorables hacia su consumo ( $p < .001$ ). Al dividir el grupo de consumidores en función de los años de consumo de esta sustancia, el modelo explicaba el 67% de la varianza de la conducta para los consumidores más experimentados, aunque sólo el 18% para los inexpertos.

En otro estudio, Umeh y Patel (2004), analizaron el consumo de MDMA mediante este modelo con una muestra de 200 estudiantes universitarios. Entre los resultados presentados, la interacción entre la Conducta pasada, las Actitudes y la Norma Subjetiva predecía un 64.2% de la varianza de la Intención, mientras que la Conducta pasada, la Intención y el Control Conductual predecían un 69.2% de la varianza de la conducta.

Por último, McMillan y Conner (2003) utilizaron la TCP para investigar los factores subyacentes a la Intención de consumir LSD, anfetaminas, cannabis y éxtasis en una muestra de 461 estudiantes. El modelo predijo un 49% de la

Intención y un 45% de la Conducta. Las Normas Descriptivas explicaron varianza adicional en la Intención de consumo en todas las sustancias, y las normas morales lo hicieron en el caso de la Intención de consumir cannabis. Además, al analizar los efectos de la interacción de los diferentes elementos de la teoría, la Actitud moderaba el impacto del Control Percibido en la Intención para todas las sustancias, y el Control Percibido moderaba el impacto de las intenciones en la conducta para el consumo de LSD.

De este modo, la Teoría de Conducta Planificada se ha mostrado en anteriores investigaciones como un marco referencial teórico comprehensivo, que permite describir con éxito algunos de los factores psicosociales que mejor explican el consumo de sustancias.

### ***3.3. Aplicación al consumo de alcohol***

La TCP también ha sido utilizada como marco teórico en numerosas investigaciones relacionadas con el consumo de alcohol (Chan, Wu y Hung, 2010; Conner, Graham y Moore, 1999; Conner, Warren, Close y Sparks, 1999; Cortés, 2001; Hassan y Shiu, 2007; Higgins y Marcum, 2005; Kam, Matsunaga, Hecht y Ndiaye, 2009; Kuther, 2002; Kuther y Higgins-D'Alessandro, 2003; Marcoux y Shope, 1997; McMillan y Conner, 2003; Murgraff, McDermott y Walsh, 2001; Park y Lee, 2009; Rise y Wilhelmsen, 1998; Ravis, Sheeran y Armitage, 2006; Sharma, 2007; Smith, Terry, Manstead, Louis, Kotterman y Wolfs, 2007; Spijkerman, van den Eijnden, Vitale y Engels, 2004; Wall, Hinson y McKee, 1998; Wolfe y Higgins, 2008; Zimmermann y Sieverding, 2010).

Una de las primeras demostraciones de su utilidad en el consumo general de alcohol (no intensivo) la llevaron a cabo Marcoux y Shope (1997) cuando compararon esta teoría con su antecesora, la Teoría de la Acción Razonada

(Fishbein y Ajzen, 1975, 1980). Los resultados mostraron un mayor apoyo al uso de la TCP, mostrándolo como un modelo bastante robusto. En este estudio, la Intención explicó más del 26% de la varianza de consumo, el 38% de la varianza en la frecuencia de consumo, y el 30% en la varianza de abuso de alcohol. Además, más del 76% de la varianza en la Intención de consumo era explicada por la Actitudes, la Norma Subjetiva y el Control Percibido.

No existe consenso acerca de la importancia de los diferentes elementos de la TCP a la hora de explicar el consumo no intensivo de alcohol. En este sentido, en algunos de los trabajos, tanto las Intenciones, como la Norma Subjetiva y el Control Percibido destacan como predictores de la conducta de consumo de alcohol. Por ejemplo, aunque Kuther (2002) y Kuther y Higgins-D'Alessandro (2003) muestran que, durante la adolescencia, resultan relevantes las expectativas de resultados positivos relacionadas con el alcohol, y que las consecuencias negativas son minimizadas e incluso no tenidas en cuenta por la mayoría de los consumidores, también encuentran significativo el papel de la percepción de control sobre la conducta de consumo, así como el de la norma, especialmente la referida al grupo de amigos.

Sin embargo, McMillan y Conner (2003), únicamente remarcan la significación de la Actitud y el Control Percibido, tanto en la Intención de consumir ( $R^2=0.167$ ) como en la conducta de consumo ( $R^2=0.289$ ). Únicamente en el caso de las normas descriptivas señalan un mínimo efecto sobre la Intención, aunque en ningún caso resulta significativo. Por su parte, la Intención resulta el único componente relevante en trabajos recientes como el de Park y Lee (2009). Higgins y Marcum (2005), Rise y Wilhelmsen (1998), y Wolfe y Higgins (2008), concluyen que es el Control Percibido el elemento que muestra una mayor importancia a la hora de predecir la intención, frente al resto de los elementos.

Por otra parte, al igual que sucedía con la TCP en otras temáticas, algunas investigaciones han tratado de aumentar el poder predictivo de la teoría agregando algunos elementos a la misma. Entre los componentes probados aparecen por ejemplo la conducta anterior de consumo o la auto-identificación de la persona como bebedor (Conner y cols., 1999; Smith y cols., 2007). En este caso, la primera sí que explica varianza independientemente de los elementos de la teoría, mientras que la auto-identificación no lo hace, aunque parece tener cierto efecto en la influencia de la conducta pasada, sobre todo cuanto mayor es el consumo en el pasado (Smith y cols., 2007).

Otro elemento cuya inclusión ha resultado significativa en diferentes trabajos (Rivis, Sheeran y Armitage, 2006; Spijkerman y cols., 2004; Zimmermann y Sieverding, 2010) es el concepto de *prototipo* (extraído del *prototype/willingness model* -Gibbons y cols., 1998-). En este caso, la adhesión del prototipo de bebedor semanal aumenta significativamente la varianza del consumo explicada por los elementos de la TCP (Spijkerman y cols., 2004). En sentido contrario, la adhesión del prototipo de abstinente aumenta significativamente la varianza explicada de la conducta de resistencia al consumo (Rivis, Sheeran y Armitage, 2006), y la evaluación negativa de este prototipo de abstinente aumenta significativamente la varianza explicada de la conducta de consumo abusivo de alcohol (Zimmermann y Sieverding, 2010).

También se ha utilizado este modelo para analizar la relación del alcohol con otras conductas, como la del uso de preservativos (Conner, Graham y Moore, 1999) poniendo de manifiesto la utilidad de este marco teórico. También ha servido para comprobar la capacidad de adherencia a ciertas campañas de moderación del consumo (Hassan y Shiu, 2007; Murgraff, McDermott y Walsh, 2001), mostrando que la TCP predice significativamente el consumo de bajo

riesgo de alcohol (objetivo de la guía), explicando entre el 24% y el 36% de esta conducta. En ambos casos, los tres elementos de la teoría resultan predictores significativos.

Otra de las aplicaciones ha sido para explicar el abandono del tratamiento por parte de los dependientes alcohólicos (Cortés, 2001). En este caso, la variable que resulta más relevante en todos los estadios de tratamiento es el Control Percibido.

Por último, una investigación reciente (Chan, Wu y Hung, 2010) muestra que en la decisión de conducir bajo la influencia del alcohol los únicos predictores significativos son las Actitudes y el Control Percibido, explicando entre ambas un 79% de la varianza de esta Intención.

### **3.4. Aplicación al Consumo Intensivo de Alcohol**

Al igual que sucede con el consumo de alcohol en general, la TCP también se ha utilizado como marco teórico para estudiar el Consumo Intensivo de Alcohol, especialmente entre jóvenes universitarios. La aplicación de esta teoría a la predicción y análisis de esta conducta no resulta extraña ya que por separado varios de sus componentes (las actitudes hacia el consumo de alcohol: *Downs, 1987; Lacey, 1991; Stacey y Elvy, 1982*; las influencias normativas: *Bank y cols., 1985; Brook y cols., 1986; Kandel, 1985; Needle y cols., 1986*; y las intenciones de consumir alcohol: *Huba y cols., 1981; Lacey, 1981; Wolford y Swisher, 1986*) ya se habían mostrado como importantes predictores del consumo abusivo de alcohol por parte de los adolescentes (Marcoux y Shope, 1997).

Entre las aplicaciones de la TCP al análisis del Consumo Intensivo de Alcohol/*binge drinking* se encuentran dos tipos de trabajos: aquellos que han aplicado el modelo original de Ajzen (1985, 1988, 1991, 2001), y otros en los que

se ha tratado de incluir alguna variable que mejore el poder predictivo de este marco teórico.

Entre los primeros trabajos centrados exclusivamente en los constructos de la TCP como predictores de los problemas con el alcohol entre estudiantes de secundaria, destaca el estudio longitudinal llevado a cabo durante 12 años por Schlegel, D'Avernas, Zanna, Decourville y Manske (1992) en Canadá. Los resultados muestran que este marco teórico es eficaz tanto para predecir la frecuencia de consumo de alcohol, como la cantidad de alcohol consumida durante cada episodio. Los tres componentes principales de la TCP contribuyen a la predicción de la Intención de emborracharse explicando el 59% y el 43% de su varianza en adolescentes consumidores señalados como no problemáticos. En este sentido, estos autores fueron de los primeros en sugerir que la prevención primaria del consumo problemático de alcohol debería estar dirigida a cambiar las Creencias y las Actitudes hacia la ingesta excesiva de alcohol, así como a mejorar la Percepción de Control sobre la conducta (Schlegel y cols., 1992).

En otro trabajo, en este caso transversal, con una amplia muestra de estudiantes universitarios, Marcoux y Shope (1997) predijeron con éxito el uso, las tasas de uso y el abuso de alcohol. En este caso, la Intención se muestra como el único predictor significativo tanto del consumo (varianza explicada: 26%) como del abuso de alcohol (var. explicada: 30%). Sin embargo, en otro estudio similar con estudiantes universitarios del Reino Unido (Norman, Bennett y Lewis, 1998), únicamente la percepción del control de la conducta resulta predictor del *binge drinking* (var. explicada: 38%) Además, en este trabajo se obtuvieron dos resultados replicados posteriormente en la literatura: por una parte, la relación inversa entre la frecuencia de *binge drinking* y la percepción de control sobre la

conducta; y por otra, la existencia de diferencias de sexo que pueden explicar parte de la varianza en esta conducta.

Más de una década después del trabajo de Schlegel y cols. (1992), Johnston y White (2003) volvieron a aplicar un modelo más longitudinal para probar la predicción de la intención y de la conducta de Consumo Intensivo por parte de las variables de la Teoría de la Conducta Planificada, con una muestra de estudiantes de Australia. Los resultados de este trabajo también concluyen favorablemente acerca de la habilidad de la TCP para pronosticar la Intención de participar en estos patrones de consumo. Asimismo se pudo concluir que todos los antecedentes de la TCP resultaban significativos, con el 68% de la varianza explicada respecto a la Intención, y el 51% de la varianza del Comportamiento. Los tres constructos de la Teoría de la Conducta Planificada fueron predictores de la Intención que, a su vez, fue el único predictor significativo del comportamiento a las 2 semanas de seguimiento.

Por último, en una de las investigaciones más recientes Huchting, Lac y LaBrie (2008) entrevistaron a 247 estudiantes universitarias pertenecientes a una hermandad. En este caso la Norma Subjetiva es el predictor con mayor potencia, por encima de la Actitud. El Control Percibido, aunque no predice la Intención sí que lo hace significativamente en el caso de la conducta de Consumo Intensivo.

Así pues, aunque los resultados muestran que la TCP parece ser un marco válido para predecir el consumo excesivo de alcohol entre los estudiantes, no existe un claro consenso respecto al peso otorgado a cada uno de sus elementos en la predicción tanto de la Intención como de la conducta (tabla 8).

	AC	NS	CP	IN	CP
Schlegel y cols. (1992)	X	X	X		
Marcoux y Shope (1997)				X	
Norman, Bennett y Lewis (1998)					X
Johnston y White (2003)	X	X	X	X	
Huchting, Lac y LaBrie (2008)	X	X		X	X

Tabla 8. Resumen de resultados sobre la intención y sobre la conducta. (AC: Actitud; NS: Norma Subjetiva; CP: Control Percibido; IN: Intención)

En este sentido, y para mejorar el poder predictivo del modelo, algunas investigaciones han tratado de añadir o variar algunos de los elementos originales del marco teórico (tabla 9).

Wall, Hinson y McKee (1998) evaluaron a 170 varones y 146 mujeres universitarios, incluyendo como variables predictoras adicionales las expectativas de resultado del consumo de alcohol. Además evaluaron los elementos de la TCP por separado para ambos sexos. Los resultados indican que la potencia predictiva del modelo mejoró al incluir estas expectativas de resultado específicas para cada sexo. Así en el caso de las mujeres la Intención se predice por la Actitud, el Control Percibido y las expectativas de sociabilidad, mientras que para los hombres lo hace por la Actitud, el Control Percibido y la Norma Subjetiva. Respecto de la conducta, en las mujeres se predice por la Intención, el Control Percibido y las expectativas de mejora de la asertividad y en los hombres por la Intención y las expectativas de un mejor funcionamiento sexual.

	Var. incluida	Sig.
Wall y cols. (1998)	Expectativas de resultado	SI
Johnston y White (2003)	Reconcep. NS	SI
Collins y Carey (2007)	Conducta de Consumo Intensivo anterior	SI
Norman y cols. (2007)		
Norman y Conner (2006)	Autoeficacia	SI
Armitage y cols. (1999)	Autoeficacia	SI
Norman y cols., 2007	Identificación con el prototipo	SI

Tabla 9. Resumen de resultados de investigaciones que han modificado el modelo original.

Debido a la baja contribución que usualmente mostraba la norma subjetiva a la hora de predecir la intención conductual en otros trabajos, Johnston y White (2003) reconceptualizaron este elemento a partir de la perspectiva teórica de la teoría de la identidad social o de la auto-categorización. La aplicación de esta modificación del modelo a una muestra de 289 universitarios mediante un diseño longitudinal, mostró que las normas de un grupo de referencia predicen la Intención de llevar a cabo consumos intensivos, especialmente en aquellos jóvenes que se identifican más fuertemente con ese grupo de referencia.

Otro de los elementos que también ha resultado problemático en algunos trabajos basados en la TCP es el Control Percibido. Algunos autores han tratado de mejorar el poder predictivo de esas variables de control incluyendo elementos como la autoeficacia para manejar el consumo (Armitage y cols., 1999; Norman, Armitage y Quigley, 2007; Norman y Conner, 2006) o más concretamente la autoeficacia para rechazar consumos (Collins y Carey, 2007). En ambos casos, este constructo añadido mejoraba significativamente la predicción de la Intención.

Collins y Carey (2007), Norman, Armitage y Quigley (2007) y Norman y Conner (2006) también evaluaron la relevancia del consumo anterior o la conducta de Consumo Intensivo anterior. Los resultados en todos estos trabajos apoyan esta inclusión, aunque este componente ya había sido fuertemente criticado por el propio Ajzen (1991, 2002).

Por último, otro de los elementos que se han tratado de integrar en este marco teórico es la similitud o identificación con el prototipo de una persona que se ve envuelta en el Consumo Intensivo con cierta asiduidad (Norman, Armitage y Quigley, 2007). En este caso, la adición de las variables de prototipo dio lugar a un incremento significativo en la cantidad de varianza explicada de la Intención (4%), resultando esta similitud con el prototipo como predictor significativo junto

con la Actitud. Por su parte, respecto de la conducta de Consumo Intensivo, la adición de las variables de prototipo dio lugar a un incremento significativo en la cantidad de varianza explicada de un (9%) con la similitud con el prototipo como predictor significativo de la conducta.

Para finalizar este apartado es interesante resaltar dos observaciones que se han realizado sobre la naturaleza de los resultados obtenidos en las investigaciones sobre Consumo Intensivo de Alcohol y TCP (Norman, Armitage y Quigley, 2007):

1. Las relaciones negativas encontradas en el Control Percibido son contrarias a la mayoría de los estudios con la Teoría de la Conducta Planificada los cuales informan de relaciones positivas entre la percepción del control de la conducta y la Intención y el Comportamiento (Armitage y Conner, 2001). Algunos autores (Norman y Conner, 2006) han propuesto que tanto la Intención como la conducta de Consumo Intensivo pueden, en parte, ser el resultado de presiones externas para beber sobre las cuales el individuo tiene poco control. Estas presiones externas ya habían sido señaladas por Norman y cols. (1998) cuando indicaron que este tipo de consumidores tenían más probabilidades de señalar una serie de elementos facilitadores, tales como la celebración de un evento y estar en una fiesta, como influencias importantes en su comportamiento. De este modo, es posible ver el Consumo Intensivo como una reacción a ciertas situaciones sociales sobre las que los sujetos perciben poco control.
2. De los constructos de la TCP, la Norma Subjetiva suele ser el predictor más débil de la Intención de consumir de modo intensivo. Este resultado coincide con un meta-análisis sobre la Teoría de la Conducta Planificada

que demostró que la correlación de la Norma Subjetiva con la Intención es significativamente más débil que las que existen entre la Intención, la Actitud o el Control Percibido sobre la Conducta (Armitage y Conner, 2001). Estos hallazgos han llevado a algunos investigadores a concluir que la percepción de las normas sociales tiene escasa importancia en la determinación de la Intención de participar en conductas saludables (Godin y Kok, 1996). Sin embargo, un enfoque alternativo a la relativamente débil relación entre la Norma Subjetiva y la Intención es cuestionar la forma en que las influencias normativas se evalúan dentro de la TCP (Cooke, Sniehotta y Schüz, 2007).

#### **4. OBJETIVOS DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN**

Como se ha visto hasta el momento, es patente la necesidad de proponer y diseñar actuaciones, tanto preventivas como de intervención, que traten de paliar en lo posible las consecuencias generadas por este nuevo patrón de consumo juvenil fundamentadas en planteamientos teóricos sólidos (Cortés, 2010; Cortés y Giménez, en prensa). En este sentido, de entre los diferentes planteamientos teóricos analizados, la Teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1985, 1988, 1991, 2001) destaca como un marco adecuado y útil para estudiar los correlatos cognitivos que se encuentran en la base de esta conducta.

El objetivo principal del presente trabajo será: Analizar los determinantes cognitivos, motivacionales y conductuales que propician que los jóvenes realicen un Consumo Intensivo de Alcohol, basándose en la Teoría de la Conducta Planificada de Ajzen (1985, 1988 1991, 2001). El conocimiento de dichos determinantes, y de su relación entre ellos, señalará posibles objetivos sobre los

que intervenir y permitirá ajustar el diseño de futuras acciones preventivas y de intervención.

Para alcanzar este objetivo principal se plantean diferentes objetivos específicos:

- 1) Elaborar en sus sucesivas fases (construcción de las escalas previas, análisis de la prueba piloto, depuración de escalas y construcción del instrumento definitivo) un cuestionario basado en la Teoría de la Conducta Planificada de Ajzen, que permita evaluar los aspectos cognitivos subyacentes a la conducta de Consumo Intensivo de Alcohol, además de otras variables sociodemográficas y de consumo.
- 2) Considerar la relación entre las variables que conforman el modelo teórico de Ajzen (1985, 1988, 1991, 2001) para comprobar si puede utilizarse el mismo para analizar la conducta de Consumo Intensivo de Alcohol.
- 3) Analizar los patrones de consumo de la muestra para comprobar tanto la presencia de un patrón de Consumo Intensivo de Alcohol, como las características sociodemográficas diferenciales entre aquellos jóvenes que presentan dicho consumo y los que no.
- 4) Aplicar algún procedimiento estadístico de clasificación del grupo de jóvenes consumidores intensivos para analizar si existe un patrón uniforme o pueden diferenciarse en función de variables como sexo, edad, gramos de alcohol consumidos el día de mayor consumo, número de episodios de Consumo Intensivo en una semana normal, número de episodios de Consumo Intensivo en los últimos 6 meses, edad de inicio en el consumo, número tope de consumiciones fijadas antes de iniciar el

consumo, media de episodios de Consumo Intensivo en los últimos 6 meses o tiempo transcurrido desde el último episodio.

- 5) Analizar mediante las variables contenidas en el marco teórico los determinantes cognitivos, motivacionales y conductuales de los diferentes grupos surgidos del punto anterior. Dicho análisis mostrará las características específicas de cada uno de los grupos además de las diferencias existentes respecto del resto de grupos de consumidores intensivos, consumidores no intensivos y no consumidores.
- 6) Esbozar propuestas de intervención o recomendaciones para cada grupo diferencial de jóvenes consumidores a partir de los resultados obtenidos con los análisis realizados.

**CAPÍTULO 3.**

**PROPUESTA DE  
EVALUACIÓN DEL  
CONSUMO INTENSIVO DE  
ALCOHOL**

Según Ajzen y Fishbein (1980) para poder conseguir la información necesaria que permita identificar aquellas creencias relevantes (conductuales, normativas y de control) que están en la base de una conducta determinada se pueden seguir dos procedimientos diferentes. Un primer modo consiste en preguntar directamente sobre las mismas a las personas que realizan esta conducta, o a una muestra significativa de ellas. Según los propios autores este método es bastante simple y directo, sin embargo precisa de una correcta elección del grupo a entrevistar y de un número suficiente de sujetos. Además requiere tres colectivos diferentes: uno del que se extraigan las categorías a evaluar; otro sobre el que realizar el pase piloto del cuestionario inicial y finalmente un tercero que permita recoger la información sobre los determinantes cognitivos de esa conducta sirviéndose del cuestionario elaborado.

El segundo método al que aluden Ajzen y Fishbein (1980) es de carácter más teórico. Concretamente plantean una revisión de la literatura y de los resultados de la investigación sobre diferentes creencias asociadas a la conducta objetivo, en un colectivo lo más similar posible a la población diana que se quiere estudiar.

En la presente investigación, se aunaron ambos métodos. Inicialmente se manejó información procedente de diferentes fuentes. En primer lugar, de una amplia revisión de estudios en los que se ha aplicado la Teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1985, 1988, 1991, 2001) para analizar el Consumo Intensivo de Alcohol entre adolescentes y jóvenes con edades similares a las de la población

seleccionada. A partir de dicha revisión se han identificado nueve trabajos (Adams y cols., 2006; Collins y Carey, 2007; Hassan y Shiu, 2007; Huchting y cols., 2008; Johnston y White, 2004; Marcoux y Shope, 1997; Norman y Conner, 2006; Norman, Armitage y Quigley, 2007; Norman, Bennett y Lewis, 1998) los cuales han sido vaciados y traducidos, prestando especial interés a los instrumentos utilizados en cada uno de ellos. Este vaciado ha proporcionado un primer almacén de ítems de todas las variables a trabajar.

En segundo lugar, se disponía de los resultados de una investigación reciente llevada a cabo desde el Departamento de Psicología Básica de la Universitat de València, subvencionada por el Ministerio de Sanidad y Política Social (2004-2006). En este proyecto se analizó de manera amplia y comprehensiva (contemplando la participación de diversos colectivos implicados –jóvenes, padres, fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado-, así como el análisis de todo el proceso completo -antecedentes y consecuentes de dicha conducta-), el fenómeno del botellón en la Comunidad Valenciana (Cortés, 2010; Cortés, Espejo y Giménez, 2007, 2008; Cortés, Espejo, Martín y Gómez, 2010; Giménez, Cortés y Espejo, 2010). De todos los colectivos evaluados, al que se le prestó mayor atención es al de adolescentes y jóvenes, analizándose más de 6000 casos. Esto permitió tener una primera impresión de algunas de las creencias y expectativas previas ante un consumo concentrado de alcohol, de la percepción de la presión hacia el consumo o en contra del mismo por parte de diferentes grupos relacionados con el joven (amigos, padres, policía, vecinos, medios de comunicación...), y de algunos de los aspectos que en opinión de los entrevistados podrían facilitar o impedir la posibilidad de hacer botellón y consumir alcohol en el mismo (Cortés, Espejo y Giménez, 2008).

Por último, también se ha llevado a cabo una búsqueda documental tanto de instrumentos (AEQ-A; DMQ; DMQ-R) como de trabajos de investigación (Abrams y Niaura, 1987; Ardila y Herrán, 2008; Cooper, 1994; Cooper, Russell, Skinner y Windle, 1992; Durkin, Wolfe y Clark, 1999; Johnston y White, 2004; Kuntsche, Stewart y Cooper, 2008; Londoño, García, Valencia y Vinaccia, 2005; Mora-Ríos y Natera, 2001; Norman, Benett y Lewis, 1998; O'Callaghan y cols., 1997; Oei y Baldwin, 1994; Quigley, Corbett y Tedeschi, 2002; Turrisi, 1999) relacionados con las creencias que presentan este grupo de población con respecto al consumo de alcohol. La información obtenida de dicha revisión ha permitido completar el conjunto de ítems relacionados con las creencias conductuales y normativas hacia el consumo concentrado de alcohol.

Una vez recopilada toda esta información, el siguiente paso fue construir un instrumento que permitiese evaluar las variables contenidas en el modelo de la Teoría de la Conducta Planificada. Para ello se siguieron específicamente las instrucciones del manual de Francis y cols. (2004) basadas, revisadas y recomendadas por Azjen en su espacio web<sup>7</sup>, así como un trabajo de 2004, revisado en 2006, del propio Izek Azjen.

Siguiendo estas instrucciones, la construcción del cuestionario se realizó siguiendo las siguientes fases:

1. *Definir la población de interés identificando la mejor manera de seleccionar una muestra representativa del colectivo que se quiere estudiar.*
2. *Definir la conducta de estudio (mediante el principio TACT). Dicha definición debería recogerse en la introducción al comienzo del cuestionario.*
3. *Determinar las ventajas y desventajas que más frecuentemente se pueden percibir al realizar el comportamiento.*

---

<sup>7</sup> <http://people.umass.edu/aizen/index.html>

4. *Determinar las personas más importantes o grupos de personas que aprueban o desaprueban el comportamiento.*
5. *Determinar las barreras o los facilitadores que se pueden percibir como factores que podrían hacer más fácil o más difícil la realización del comportamiento.*
6. *Decidir la mejor manera de medir las intenciones, actitud y creencias.*
7. *Incluir ítems que midan todos los constructos de la TCP en el primer borrador del cuestionario.*
8. *Llevar a cabo un pase piloto y reformular/eliminar aquellos ítems que sea necesario a partir de los resultados del mismo.*

Seguidamente se mencionan los principales aspectos del presente estudio incluidos en cada uno de estos epígrafes.

### **1.1. Definición de la población de interés**

Para seleccionar la muestra se consideraron los resultados obtenidos en investigaciones precedentes sobre la prevalencia del botellón y las características del Consumo Intensivo de Alcohol en jóvenes (Aguilera, 2002; Alternativajoven, 2006a, 2006b; Anderson y Baumberg, 2006; Baigorri, Fernández y GIESyT, 2003; Cortés, 2006; Elzo, Laespada y Pallarés, 2003; GIESyT, 2001, 2002; Navarrete, Aranda, Fernández y Rego, 2004; Nogués, Borrás, Segura, Ruíz y Botella, 2004; PNSD, 2006; Sánchez, 2001). Esto permitió concretar la edad de los entrevistados entre los 14 y los 26 años. Además, se optó por entrevistar a los jóvenes en un ámbito en el que se pudiera acceder a la mayoría de ellos y que resultase un espacio y un momento en el que hubiesen las mínimas interferencias en sus respuestas (uno de los errores más comúnmente citados en los estudios de campo sobre consumo de alcohol en jóvenes). Por ello se optó por realizar el pase de cuestionarios en sus propias aulas de los centros educativos a los que asistían y hacerlo además dentro de su horario escolar (Cortés y cols., 2006).

Finalmente se entrevistó a jóvenes estudiantes del segundo ciclo de la Educación Secundaria Obligatoria (3º y 4º de ESO), los dos cursos de Bachillerato y los cursos de 1º y 2º de la universidad.

Para la muestra de enseñanzas medias se seleccionaron centros educativos de secundaria que se encontrasen en zonas en las que se habían detectado actividad de botellón, y se excluyeron aquellos que ya habían participado en el estudio sobre botellón anteriormente mencionado. Con respecto a la muestra universitaria, se seleccionaron dentro de las titulaciones de la Universitat de València de Trabajo Social y Logopedia, grupos de primer y segundo curso. Una descripción más ajustada del procedimiento seguido puede consultarse en el apartado 1.8.

## **1.2. Definición de la conducta de estudio**

Según Ajzen (1985, 1988, 1991, 2001), la conducta objeto de estudio debe ser definida cuidadosamente en términos de Objetivo *-target-* al que va dirigida la conducta, Acción *-action-*, Contexto *-context-* y Tiempo *-time-* (TACT en el original). Para definir estos aspectos en la conducta que ocupa el presente trabajo, se ha realizado una revisión sobre la evolución y características que definen el *binge drinking*/Consumo Intensivo de Alcohol (capítulo 1).

Advertir que pese a que el término utilizado a lo largo del presente trabajo es el de Episodio de Consumo Intensivo de Alcohol, en el cuestionario piloto se optó por utilizar otro de connotaciones más neutras para los jóvenes como es el de Consumo Concentrado<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> En apartado de análisis del instrumento se utiliza esta nomenclatura en vez de la de Consumo Intensivo de Alcohol, al ser la que aparece reflejada en el mismo.

Siguiendo las recomendaciones de Ajzen (2004), este término se define la primera vez que aparece en el cuestionario, aunque para facilitar su recuerdo también se repite en todas las hojas del mismo a pie de página. En este caso se optó por una definición corta y clara que fuese fácilmente entendible por los jóvenes, basada en el hecho de beber por encima de un número de bebidas/copas/vasos determinado. Además, se diferenciò la cantidad de alcohol consumido en función del sexo.

Finalmente se asumieron las recomendaciones terminológicas propuestas en la 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica realizada en Madrid en 2007 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008). Como ya se ha indicado en el capítulo 1, dichas recomendaciones indicaban, con respecto a la cantidad mínima de alcohol para considerar un episodio de Consumo Intensivo de Alcohol, que esta quedaba fijada en 60 o más gramos de alcohol en varones y en 40 o más gramos en mujeres. Para poder calcular el número de bebidas necesarias para alcanzar dicha cantidad se consideraron dos fuentes: por un lado, la información de las encuestas sobre consumo en estudiantes (ESTUDES, 2008), que advertían que la bebida más consumida por este colectivo eran los combinados/cubatas. Por otro lado, se consideró la cantidad de alcohol puro que contiene una consumición de un destilado (20gr) y la de un fermentado (10gr). Esto permitió fijar los límites en más de cuatro consumiciones para los varones y más de tres consumiciones para las mujeres. De este modo, es muy difícil no superar los 60gr y los 40gr que se proponen en la definición asumida de Consumo Intensivo de Alcohol.

Por otra parte, otro de los criterios utilizados para definir un Episodio de consumo Intensivo de Alcohol es que ocurre dentro de un periodo de tiempo limitado. En este caso, pese a que la definición del MSC (2008) lo fijaba en 4-6

horas, se han seguido recomendaciones más recientes y apoyadas empíricamente, que lo limitan a un intervalo de entre 2 y 3 horas (Courtney y Polish, 2009; Hingson, 2004; McAlaney y McMahon, 2006; NIAAA, 2004).

Así, la definición que finalmente aparece en los cuestionarios tanto piloto como definitivo quedó reflejada del siguiente modo:

Un <u><b>Consumo Concentrado</b></u> de alcohol es <u><i>beber más de 3 bebidas/copas/vasos las chicas y más de 4 los chicos, en un intervalo de entre 2 y 3 horas.</i></u>
---

### **1.3., 1.4. y 1.5. Determinación de las creencias conductuales, normativas y de control relacionadas con la conducta objeto**

A partir de las creencias identificadas en las revisiones anteriormente descritas se realizó una selección, integración y redacción definitiva de las mismas de acuerdo a las recomendaciones de Ajzen (2006). De este modo se obtuvieron tres listados de creencias: conductuales, normativas y de control.

#### *Creencias Conductuales*

El conjunto de ventajas y desventajas asociadas al Consumo Intensivo de Alcohol son:

- *me hace sentir más confiado*
- *me hace sentir más seguro de mí mismo*
- *me hace sentir una sensación que me gusta*
- *me permite olvidar mis miedos*
- *me hace sentir más sociable*
- *me ayuda a superar la timidez, a relacionarme*
- *me hace perder la vergüenza*
- *me permite sentirme más feliz*

- *me hace sentir emociones nuevas*
- *me permite "pillar el puntillo"*
- *me vuelve más hablador/a*
- *me hace sentir más poderoso*
- *me ayuda a sentirme más integrado con mis amigos*
- *me hace sentir más a gusto con mis amigos*
- *me calma, me tranquiliza*
- *me hace ser más cariñoso*
- *me ayuda a sentirme más sensual*
- *hace que mis relaciones sexuales sean más fáciles y más agradables*
- *me vuelve creativo*
- *es necesario para divertirme*
- *me ayuda a evadirme y desconectar*
- *me hace perder la noción del tiempo*
- *me lleva a consumir otras sustancias*
- *me provoca resaca al día siguiente*
- *hace que pierda el control*
- *aumenta mucho el riesgo de provocar accidentes*
- *puede tener efectos negativos para mi salud*
- *me vuelve más agresivo*
- *me puede generar problemas*
- *hace que insulte y me burle más de la gente*
- *me hace hacer cosas que no quiero*
- *hace que deje de ser consciente de lo que pasa a mí alrededor*
- *hace que empiece a "hacer el tonto"*
- *hace que me convierta en un/a escandaloso/a*
- *dificulta la realización de mis tareas al día siguiente*
- *interfiere en mis obligaciones*
- *me genera problemas en casa/con mis padres*
- *puede generar problemas con los amigos*

### *Creencias Normativas*

Respecto a las personas o grupos de personas incluidas en el listado de referentes normativos destacan:

- *mis padres.*
- *mi familia.*
- *mis amigos.*

- *mi mejor amigo.*
- *mi pareja.*
- *la gente de mi barrio.*
- *mis profesores.*

### *Creencias de Control*

Respecto a las barreras y facilitadores que pueden impedir o ayudar a realizar un Consumo Intensivo de Alcohol, además de la propia percepción del control percibido sobre el consumo (*La decisión del número de bebidas que me tomo en unas pocas horas depende sólo de mí*), se seleccionaron las siguientes situaciones o elementos:

- *salir de fiesta.*
- *estar consumiendo alcohol.*
- *situaciones de consumo.*
- *salir a divertirme.*
- *estar en un botellón o en una fiesta.*
- *estar celebrando algo.*
- *tener que madrugar al día siguiente.*
- *tener algún examen cerca.*
- *disponer de suficiente dinero.*

## **1.6. Operativización y medida de la Intención, Norma Subjetiva, Actitud, Control Percibido y Creencias**

La **Intención** representa los factores motivacionales que influyen directamente sobre una conducta. Es decir, refleja cuál es el nivel de intensidad con que el sujeto está dispuesto a intentar realizar la conducta, y la cantidad de esfuerzo que está dispuesto a invertir en la misma.

Según Fishbein y Ajzen (1975), la Intención conductual puede medirse mediante procedimientos que sitúen al sujeto en algún punto, a lo largo de una dimensión de probabilidad subjetiva, sobre la relación entre sí mismo y cierta acción. En este sentido, el primero de los tres ítems diseñados para evaluar esta

intención hace referencia a la probabilidad de llevar a cabo el Consumo Intensivo (*consumo concentrado* en el cuestionario) señalando como marco temporal los próximos 6 meses. Esto se ha completado preguntando por la posibilidad de llevarlo a cabo incluso si aparecía algún contratiempo (con ello se evaluaba la cantidad de esfuerzo dispuesto a invertir). Por último, se incluyó una medida de regularidad que evalúa la intensidad con que el sujeto está dispuesto a intentar realizar la conducta.

Con respecto a la **Actitud**, Ajzen (2002) indica que puede utilizarse cualquier procedimiento de escalamiento estándar (escala Likert, escala Thurstone), pero que debido en gran parte a su facilidad de construcción, el diferencial semántico (Osgood, Suci y Tannenbaum, 1957) es el que más comúnmente se emplea.

A la hora de incluir los diferentes conjuntos de adjetivos que componen los elementos del diferencial semántico, hay que tener en cuenta que pese que la actitud hacia un comportamiento se define como la evaluación global de una persona hacia la realización de la conducta en cuestión, la investigación empírica ha demostrado que la evaluación global a menudo contiene dos componentes separables. Uno de sus elementos es de carácter instrumental, representado por pares de adjetivos como saludable-insalubre, y perjudicial/nocivo-beneficioso. El segundo componente tiene una calidad más experiencial y se refleja en escalas como agradable-desagradable y satisfactorio-insatisfactorio. Así, siguiendo la recomendación de Azjen (2004) el conjunto inicial de las escalas seleccionadas para el estudio experimental incluye pares de adjetivos de ambos tipos, así como la escala bueno-malo que tiende a captar muy bien la evaluación global.

En referencia a la **Norma Subjetiva, el Control Percibido y las Creencias Conductuales, Normativas y de Control**, de cada uno de los

elementos identificados había que diferenciar dos aspectos (ver capítulo 2). Por un lado su intensidad, y por otro la evaluación o motivación para cumplir con el mismo. En ambos casos, se trata de elaborar escalas gráficas de 7 puntos, aunque no existe un criterio racional a priori en la teoría que informe acerca de si estas escalas es más adecuado que sean unipolares (puntuadas de 1 a 7, ó de 0 a 6) o bipolares (por ejemplo puntuadas desde -3 a +3).

En muchas de las aplicaciones efectuadas de la teoría, la fuerza o intensidad se mide con puntuaciones unipolares, ya que se entiende que por definición sería la probabilidad subjetiva de que una conducta dada producirá ciertos resultados, se tenga cierto dominio sobre la misma o se disponga de cierta presión social para llevarla a cabo (Fishbein y Ajzen, 1975). Por contra, las evaluaciones se asumen normalmente formuladas mediante un continuo bipolar que oscila desde una evaluación negativa en un extremo hasta una evaluación positiva en el otro extremo.

Sin embargo, desde un punto de vista de la medición, cualquiera de los dos tipos de puntuación podría ser aplicado con similar justificación, ya que ambas opciones se consideran una simple transformación lineal la una de la otra. Por ejemplo, una escala bipolar de -3 a +3 es el resultado de restar la constante 4 a cada punto de una escala unipolar de 1 a 7 y viceversa. Estas transformaciones únicamente deben tratar de cumplir el requisito de que se haga sobre escalas en las que el intervalo entre dos puntos adyacentes cualesquiera sea psicológicamente equivalente. Y en este caso, ambas escalas lo cumplen sin problemas.

Así pues, la decisión de elaborar las escalas de intensidad o fuerza de modo bipolar y las de evaluación de forma unipolar corresponde más bien a la razón de tratar de elaborar dos tipos de escalas diferentes y que sean fácilmente entendibles por la población a la que se va a evaluar. De este modo, la intensidad

de la creencia se ancló en sus dos extremos con los términos *Muy en desacuerdo* y *Muy de acuerdo*, con lo que se entendía mucho mejor si la escala gráfica iba de -3 a +3 con un punto neutro (0) en el centro. Por el contrario, la evaluación de las creencias se ancló de *Ninguna importancia* a *Mucha importancia*, con lo que se entendía mejor si la escala iba de 1 a 7.

### **1.7. Inclusión de los ítems y elaboración del primer borrador del cuestionario**

Una vez redactados y operativizados los ítems de todos los constructos de la Teoría de la Conducta Planificada, se ordenaron en tres bloques: por un lado los referidos a la Intención y Actitud; por otro lado los ítems que miden la intensidad, y por último los centrados en aspectos de evaluación. Dentro de estos dos últimos grupos se distribuyeron aleatoriamente los elementos.

Además se incluyeron un conjunto de ítems al inicio del cuestionario que recogían información sociodemográfica y personal de los entrevistados, y otros que pretendían dar cuenta de los patrones de consumo de alcohol en general y de aquellos relacionados con el Consumo Intensivo de alcohol en particular.

Todo ello conformó el primer borrador del cuestionario. Éste fue sometido a dos filtros antes de llevar a cabo el primer pase experimental permitiendo de este modo analizar y reestructurar los ítems superfluos. En primer lugar, se llevó a cabo una evaluación interjueces por parte de tres profesores de la Facultad de Psicología de la Universitat de València. En segundo lugar, el cuestionario fue valorado por un grupo reducido jóvenes (n=10) con edades similares a la muestra objetivo. Ambas evaluaciones permitieron incluir correcciones de expresión y/o de formato que conformaron la entrevista piloto definitiva.

### **1.8. Realizar un pase piloto del instrumento, para analizar la consistencia interna de las escalas y descartar los ítems no necesarios**

La última fase de elaboración del instrumento fue la implementación de la entrevista piloto definitiva a una población más amplia (n=215), que permitiese llevar a cabo un análisis de ítems a partir del cual se pudieron eliminar aquellos que no aportaban consistencia interna en cada una de las escalas. Concretamente se administraron los cuestionarios estudiantes de bachillerato y universitarios.

El grupo de estudiantes de bachillerato se conformó gracias a la participación voluntaria de los alumnos de dos centros de enseñanzas medias<sup>9</sup> de la Comunidad Valenciana. En total se entrevistaron a los alumnos de cuatro aulas.

Respecto a la muestra universitaria se contó con la colaboración de cuatro profesoras de la Facultad de Psicología de la Universitat de València de los primeros cursos de la Licenciatura, que cedieron el tiempo de una de sus clases para realizar el pase. De este modo también se pudieron evaluar cuatro aulas de diferentes cursos universitarios.

En ambos casos (grupos de bachillerato y grupos universitarios) los cuestionarios se cumplimentaron en las aulas docentes dentro del horario lectivo de cada grupo (mañana o tarde), estando presente el investigador o algún colaborador entrenado. La cumplimentación de la encuesta era anónima y voluntaria, pese a ello ningún estudiante se negó a participar.

La muestra definitiva del pase piloto de este instrumento quedó conformada por 215 jóvenes de los que el 30.4% (n=64) son varones, el 69.6%

---

<sup>9</sup> Para preservar el anonimato de ambos centros no se citará el nombre de los mismos.

(n=151) son mujeres, el 60.5% (n=130) son universitarios y el 39.6% (n=85) estudiantes de enseñanzas medias.

Tras el pase, introducción y tabulación de los datos se llevó a cabo un análisis de fiabilidad de las diferentes escalas que conforman la teoría, así como un análisis cualitativo de las correcciones, cuestiones y críticas planteadas por los sujetos de la muestra piloto.

En el siguiente apartado se incluye una descripción detallada del análisis de fiabilidad llevado a cabo sobre las variables del cuestionario.

### 1.8.1. Análisis de fiabilidad de las escalas

#### 1.8.1.1.- IC-Intención conductual

La escala inicial *Intención Conductual de llevar a cabo un Consumo Concentrado* constaba de tres ítems, todos ellos referidos a la probabilidad de llevar a cabo dicha conducta a lo largo de un periodo de 6 meses. En el primero de ellos se registraba la probabilidad percibida de realizar dicho consumo (IC1); en el segundo la regularidad con la que se tenía intención de llevarlo a cabo (IC2), y en el último la probabilidad percibida de llevarlo a cabo pese a la aparición de algún contratiempo (IC3).

*Ítem IC1. Es muy probable que realice un Consumo Concentrado durante los próximos 6 meses.*

La escala de respuesta utilizada fue la siguiente:

-3	<i>Muy en desacuerdo</i>
-2	<i>Bastante en desacuerdo</i>
-1	<i>Algo en desacuerdo</i>
0	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>
+1	<i>Algo de acuerdo</i>
+2	<i>Bastante de acuerdo</i>
+3	<i>Muy de acuerdo</i>

Ítem IC2. *¿Con qué regularidad piensas hacer un Consumo Concentrado durante los próximos 6 meses?*

En este caso la escala de respuesta era:

1	<i>Siempre o a diario</i>
2	<i>Casi siempre o cada semana</i>
3	<i>Algunas veces o cada quince días</i>
4	<i>Casi nunca o cada mes</i>
5	<i>Nunca</i>

Ítem IC3. *Aunque me surja algún contratiempo, trataré de realizar un Consumo Concentrado en los próximos 6 meses.*

También se utilizó una escala bipolar de siete puntos:

-3	<i>Muy en desacuerdo</i>
-2	<i>Bastante en desacuerdo</i>
-1	<i>Algo en desacuerdo</i>
0	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>
+1	<i>Algo de acuerdo</i>
+2	<i>Bastante de acuerdo</i>
+3	<i>Muy de acuerdo</i>

Para realizar el análisis de fiabilidad tan sólo se ha considerado los ítems IC1 e IC3, debido a que en el IC2 se utilizó una escala de respuesta diferente.

El alfa de Cronbach de los dos elementos alcanza una puntuación de 0.653, y la correlación entre ambos es de 0.485.

Estos resultados permiten considerar a ambos ítems en el instrumento final ya que aunque el índice de fiabilidad no es muy alto sí que alcanza un valor lo suficientemente aceptable para considerar que ambos están midiendo el mismo constructo. Además, a ambos ítems también se le incluye en la versión final el IC2 ya que ayuda a establecer la intención de la frecuencia de llevar a cabo la conducta de consumir de manera concentrada.

1.8.1.2.- Amd-Actitud (medida directa)

La escala *Actitud hacia la Conducta de Consumo Concentrado* (medida directamente) constaba inicialmente de 11 ítems en forma de diferencial semántico, con una escala de respuesta con siete puntos de anclaje.

Los 11 ítems compartían un mismo enunciado y eran los que aparecen a continuación:

*Amd1. Beber varias consumiciones alcohólicas durante unas pocas horas es...:*

Agradable	-----	Desagradable
Nocivo	-----	Beneficioso
Divertido	-----	Aburrido
Deseable	-----	Indeseable
Bueno	-----	Malo
Perjudicial	-----	Beneficioso
Saludable	-----	Insalubre
Satisfactorio	-----	Insatisfactorio
Seguro	-----	Inseguro
Suficiente	-----	Insuficiente
Posible	-----	Imposible

Antes de llevar a cabo el cálculo del coeficiente de fiabilidad de la escala hubo que invertir los ítems Nocivo-Beneficioso y Perjudicial-Beneficioso para que estuviesen puntuados en el mismo sentido que el resto.

El primer análisis de fiabilidad realizado con todos los elementos (11) mostró un valor del Alfa de Cronbach de 0.777.

Para comprobar si la eliminación de algunos de los ítems mejoraría la escala se llevó a cabo un análisis de ítems, atendiendo al índice de homogeneidad corregido y al valor final del Alfa de Cronbach si se eliminaba el elemento (tabla 10).

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
agradable-desagradable	43.91	62.543	.659	.530	.729
nocivo-beneficiosoREC	42.15	70.126	.525	.417	.751
divertido-aburrido	44.80	67.253	.525	.486	.748
deseable-indeseable	43.75	66.827	.527	.340	.747
bueno-malo	42.45	68.293	.512	.435	.750
perjudicial-beneficiosoREC	42.12	72.803	.324	.337	.771
saludable-insalubre	41.84	72.123	.447	.453	.759
satisfactorio-insatisfactorio	43.82	66.273	.569	.446	.742
seguro-inseguro	42.62	68.336	.506	.346	.751
<b>suficiente-insuficiente</b>	<b>45.00</b>	<b>83.897</b>	<b>.112</b>	<b>.113</b>	<b>.816</b>
<b>posible-imposible</b>	<b>45.41</b>	<b>73.193</b>	<b>.283</b>	<b>.218</b>	<b>.777</b>

Tabla 10. Puntuaciones de fiabilidad de las escalas de actitud.

Los elementos Suficiente-Insuficiente y Posible-Imposible presentaban ambos un índice de homogeneidad corregido inferior a 0.30 y además en ambos casos si se eliminaban, por separado, el valor del Alfa de Cronbach mejoraba o se mantenía en el mismo nivel.

Tras la eliminación de ambos ítems se llevó a cabo un nuevo análisis de fiabilidad con los 9 elementos restantes. Este segundo análisis un el índice de fiabilidad superior al inicial, alcanzando el 0.832.

Definitivamente, la escala *Actitud hacia la Conducta de Consumo Concentrado* quedó conformada por los siguientes elementos:

Agradable	Desagradable	Perjudicial	Beneficioso
Nocivo	Beneficioso	Saludable	Insalubre
Divertido	Aburrido	Satisfactorio	Insatisfactorio
Deseable	Indeseable	Seguro	Inseguro
Bueno	Malo		

## 1.8.1.3.- ICC-Intensidad de las creencias conductuales (medida indirecta)

La escala inicial *Intensidad de las Creencias Conductuales* la formaban 38 elementos que trataban de dar cuenta de las creencias, tanto positivas como negativas, sobre las consecuencias/efectos derivados de llevar a cabo un *Consumo Concentrado*.

Un ejemplo del tipo de ítems que conformaba la escala se encuentra en la tabla 11.

ICC01	<i>Beber varias consumiciones en una sola ocasión puede hacer que me sienta más confiad@</i>
ICC04	<i>Si bebo varias consumiciones en unas pocas horas me olvido de mis miedos</i>
ICC05	<i>Si bebo varias consumiciones en unas pocas horas me siento más sociable</i>
ICC09	<i>Beber varias consumiciones en unas pocas horas me hace sentirme más feliz</i>
ICC13	<i>Al beber varias consumiciones en unas pocas horas me vuelvo más hablador/a</i>
ICC17	<i>Beber varias consumiciones en unas pocas horas me calma, me tranquiliza</i>
ICC18	<i>Beber varias consumiciones en unas pocas horas me hace ser más cariños@</i>
ICC28	<i>Beber varias consumiciones en unas pocas horas puede hacer que tenga resaca al día siguiente</i>
ICC29	<i>Beber varias consumiciones en unas pocas horas puede hacer que pierda el control</i>
ICC30	<i>Beber varias consumiciones en unas pocas horas aumenta mucho el riesgo de provocar accidentes</i>
ICC33	<i>Beber varias consumiciones en unas pocas horas me vuelve más agresivo</i>
ICC36	<i>Beber varias consumiciones en unas pocas horas me hace hacer cosas que no quiero</i>
ICC41	<i>Beber varias consumiciones en unas pocas horas hace que me sea más difícil cumplir con mis obligaciones</i>
ICC43	<i>Realizar un consumo concentrado suele generar problemas con los amigos</i>

Tabla 11. Ejemplo del enunciado de algunos ítems de ICC.

La escala de respuesta utilizada en todos los casos era:

-3	<i>Muy en desacuerdo</i>
-2	<i>Bastante en desacuerdo</i>
-1	<i>Algo en desacuerdo</i>
0	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>
+1	<i>Algo de acuerdo</i>
+2	<i>Bastante de acuerdo</i>
+3	<i>Muy de acuerdo</i>

Nuevamente hubo que invertir varios de los elementos previamente al análisis de fiabilidad de manera que todos los ítems estuvieran formulados en un mismo sentido. Los 15 elementos que se invirtieron fueron: ICC28, ICC29, ICC30, ICC32, ICC33, ICC34, ICC35, ICC36, ICC37, ICC38, ICC39, ICC40, ICC41, ICC42 e ICC43.

El resultado del primer análisis de fiabilidad llevado a cabo con los 38 ítems arrojó un valor de Alfa bastante bueno (0.870) indicando una buena consistencia interna entre todos los elementos. Sin embargo, el análisis de ítems indicó la posibilidad de eliminar varios de los mismos. En la tabla siguiente (tabla 12) se puede observar cómo los elementos señalados presentaban una correlación entre cada uno de ellos y la escala total muy inferior en todos los casos a 0.30. Además, en la última columna se puede apreciar cómo si se eliminaban por separado cada uno de los ítems señalados el valor de Alfa se incrementaba:

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
ICC01	-10.10	692.772	.528	.477	.863
ICC02	-9.09	685.555	.572	.609	.862
ICC03	-9.64	682.450	.584	.567	.862
ICC04	-9.57	685.683	.552	.526	.862
ICC05	-10.46	678.395	.651	.745	.860

Tabla 12. Puntuaciones de fiabilidad de los ítems de ICC.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
ICC06	-10.15	683.494	.580	.691	.862
ICC07	-10.81	691.764	.603	.716	.862
ICC09	-9.75	684.599	.630	.600	.861
ICC10	-9.52	690.351	.568	.594	.863
ICC12	-10.74	682.338	.669	.649	.861
ICC13	-10.82	693.631	.535	.619	.863
ICC14	-8.90	695.732	.507	.541	.864
ICC15	-9.71	688.945	.532	.589	.863
ICC16	-9.76	688.472	.572	.604	.862
ICC17	-8.36	705.459	.439	.451	.865
ICC18	-9.89	679.606	.603	.600	.861
ICC19	-9.46	681.204	.614	.617	.861
ICC21	-8.88	690.850	.496	.476	.864
ICC23	-9.33	694.430	.500	.481	.864
ICC24	-8.22	707.173	.342	.340	.867
ICC25	-9.88	684.253	.586	.558	.862
ICC26	-10.38	722.164	.178	.469	.871
ICC27	-7.99	733.204	.058	.241	.873
ICC28rec	-8.29	728.707	.124	.363	.871
ICC29rec	-9.30	736.492	.026	.444	.874
ICC30rec	-7.18	732.855	.211	.482	.869
ICC32rec	-7.40	729.504	.239	.482	.869
ICC33rec	-10.97	731.772	.076	.500	.873
ICC34rec	-9.20	696.245	.464	.431	.865
ICC35rec	-11.32	736.799	.027	.637	.873
ICC36rec	-10.81	741.139	-.023	.544	.875
<b>ICC37rec</b>	<b>-10.02</b>	<b>736.440</b>	<b>.026</b>	<b>.569</b>	<b>.874</b>
<b>ICC38rec</b>	<b>-8.75</b>	<b>742.354</b>	<b>-.029</b>	<b>.405</b>	<b>.874</b>
<b>ICC39rec</b>	<b>-10.32</b>	<b>748.028</b>	<b>-.089</b>	<b>.389</b>	<b>.876</b>
<b>ICC40rec</b>	<b>-8.33</b>	<b>722.302</b>	<b>.188</b>	<b>.426</b>	<b>.870</b>
<b>ICC41rec</b>	<b>-9.10</b>	<b>732.021</b>	<b>.069</b>	<b>.371</b>	<b>.873</b>
ICC42rec	-9.56	702.620	.341	.369	.867
ICC43rec	-10.35	702.319	.387	.374	.866

Tabla 12 (cont). Puntuaciones de fiabilidad de de los ítems de ICC.

Estos valores sugerían la posibilidad de eliminar el conjunto de ítems señalados. El análisis posterior a la supresión de estos elementos mostró lo acertado de dicha decisión, ya que el valor del índice de fiabilidad aumentó hasta 0.926. Sin embargo una vez más, la revisión de las nuevas relaciones entre los elementos de la escala reveló que seguían existiendo algunos de ellos que continuaban mostrando puntuaciones poco consistentes con el resto de la escala (inferiores a 0.30) como se puede apreciar en la siguiente tabla (tabla 13).

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
ICC01	-8.02	640.892	.558	.445	.924
ICC02	-7.00	631.239	.630	.570	.922
ICC03	-7.55	630.564	.615	.539	.923
ICC04	-7.49	629.296	.630	.493	.922
ICC05	-8.39	622.995	.725	.726	.921
ICC06	-8.08	626.080	.674	.662	.922
ICC07	-8.72	635.157	.702	.687	.922
ICC09	-7.68	630.182	.687	.568	.922
ICC10	-7.43	635.913	.630	.562	.923
ICC12	-8.67	632.889	.671	.588	.922
ICC13	-8.71	638.980	.599	.575	.923
ICC14	-6.83	637.058	.614	.485	.923
ICC15	-7.61	633.544	.600	.563	.923
ICC16	-7.68	633.310	.645	.572	.922
ICC17	-6.27	652.234	.483	.391	.925
ICC18	-7.78	626.161	.653	.541	.922
ICC19	-7.37	629.019	.653	.574	.922
ICC21	-6.78	637.647	.538	.423	.924
ICC23	-7.23	641.342	.544	.415	.924
ICC24	-6.17	649.716	.417	.290	.926
ICC25	-7.78	629.364	.650	.501	.922

Tabla 13. Puntuaciones de fiabilidad de de los ítems de ICC, tras la primera criba.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
<b>ICC30rec</b>	<b>-5.11</b>	<b>682.916</b>	<b>.167</b>	<b>.469</b>	<b>.928</b>
<b>ICC32rec</b>	<b>-5.31</b>	<b>680.971</b>	<b>.192</b>	<b>.457</b>	<b>.928</b>
ICC34rec	-7.09	657.983	.333	.321	.927
<b>ICC42rec</b>	<b>-7.46</b>	<b>664.196</b>	<b>.225</b>	<b>.292</b>	<b>.930</b>
ICC43rec	-8.26	655.943	.349	.349	.927

Tabla 13 (cont). Puntuaciones de fiabilidad de de los ítems de ICC, tras la primera criba.

Tras la eliminación de dichos elementos, la consistencia interna obtenida con los 23 ítems restantes mostró nuevamente una elevación del estadístico de fiabilidad a 0.937.

Por todo ello la escala definitiva *Intensidad de las Creencias Conductuales* quedó conformada por los siguientes elementos: ICC01, ICC02, ICC03, ICC04, ICC05, ICC06, ICC07, ICC09, ICC10, ICC12, ICC13, ICC14, ICC15, ICC16, ICC17, ICC18, ICC19, ICC21, ICC23, ICC24, ICC25, ICC34 e ICC43.

#### 1.8.1.4.- ECC-Evaluación de las Creencias Conductuales (medida indirecta)

Por la propia definición de la TCP, esta escala consiste en una evaluación de la importancia que cada sujeto otorga a cada uno de los elementos incluidos en la escala *Intensidad de las Creencias Conductuales*. Por ello la escala inicial ECC la componían 38 elementos que tenían como enunciado común: Qué importancia tiene para ti..., y que a continuación contenían un enunciado similar a cada uno de los ítems de la escala ICC (p.e. ICC01. *Beber varias consumiciones en una sola ocasión puede hacer que me sienta más confiad@*; ECC01. *¿Qué importancia tiene para ti tener más confianza en ti mismo?*).

En este caso, la escala de respuesta era tipo *Likert* con 7 puntos y anclada en los extremos *ninguna importancia a muchísima importancia*.

Debido a esta especial particularidad esta escala, no se llevó a cabo el mismo procedimiento que en casos anteriores. Al tener que ir parejos los elementos *ECC* con los incluidos en la escala *ICC* se procedió a eliminar aquellos equivalentes a los eliminados en el análisis de fiabilidad de la escala *Intensidad de las Creencias Conductuales*.

Al eliminar los ítems paralelos correspondientes de la escala *ICC*, y llevar a cabo el análisis con los 23 elementos restantes, el valor de alfa aumentaba ligeramente (0.888) respecto al llevado a cabo con la escala entera, manteniéndose muy cercano al valor de 0.9 el cual se considera excelente (Pardo y Ruiz, 2005).

Finalmente, los elementos que conformaron la escala definitiva se recogen en la tabla 14.

¿Qué importancia tiene para ti...	
ECC01	...tener más confianza en ti mismo?
ECC02	...beber mucho en poco tiempo?
ECC03	...olvidarte de tus miedos?
ECC05	...sentirte más sociable?
ECC06	...superar la timidez, relacionarte?
ECC07	...perder la vergüenza?
ECC09	...sentirte más feliz?
ECC10	...sentir emociones nuevas?
ECC13	...volverte más hablador/a?
ECC14	...sentirte más poderos@?
ECC15	...sentirte más integrad@ con tus amig@s?
ECC16	...estar más a gusto con tus amig@s?
ECC17	...estar más calmad@, más tranquil@?
ECC18	...sentirte más cariños@?
ECC19	...sentirte más sensual?
ECC21	...que tus relaciones sexuales sean más fáciles y más agradables?
ECC24	...divertirte?
ECC25	...evadirte, desconectar?
ECC34	...que tu consumo te cree problemas?
ECC39	...ser un/a escandalos@?
ECC40	...tener dificultades para hacer los deberes al día siguiente?
ECC41	...tener dificultades para cumplir con tus obligaciones?
ECC43	...tener problemas con tus amig@s?

Tabla 14. Ítems definitivos de la escala ECC.

## 1.8.1.5.- INS-Intensidad de la Norma Subjetiva (medida directa)

La escala que evalúa la *Intensidad de la Norma Subjetiva* estaba formada en su primera redacción por cinco ítems. Estos elementos analizaban de manera directa distintas creencias relacionadas con el ajuste a la imagen social de lo que se espera de un/a joven en función de la percepción de sus referentes:

INS01	<i>La mayoría de las personas que son importantes para mí están de acuerdo con que yo realice un consumo concentrado</i>
INS05	<i>Se espera de mí que realice un consumo concentrado</i>
INS06	<i>La mayoría de las personas que son importantes para mí beben varias consumiciones en unas pocas horas</i>
INS07	<i>La gente cuyas opiniones valoro no beben varias consumiciones en unas pocas horas</i>
INS08	<i>Muchos jóvenes como yo beben varias consumiciones en poco tiempo</i>

La escala de respuesta utilizada por los participantes en estos cinco elementos era:

-3	<i>Muy en desacuerdo</i>
-2	<i>Bastante en desacuerdo</i>
-1	<i>Algo en desacuerdo</i>
0	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>
+1	<i>Algo de acuerdo</i>
+2	<i>Bastante de acuerdo</i>
+3	<i>Muy de acuerdo</i>

Previo a los análisis hubo que recodificar el ítem *INS07*.

El valor del Alfa de Cronbach obtenido con los elementos de la escala mostró un resultado de 0.600, y las distintas relaciones de los ítems en este análisis pueden observarse en la tabla 15.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
INS01	.75	17.487	.397	.182	.521
INS05	1.19	19.055	.305	.115	.572
INS06	-.08	15.544	.519	.288	.443
INS07rec	-.20	16.454	.443	.213	.493
<b>INS08</b>	<b>-2.54</b>	<b>24.232</b>	<b>.091</b>	<b>.020</b>	<b>.643</b>

Tabla 15. Puntuaciones de fiabilidad de los ítems de IN.

Como se puede apreciar en la tabla anterior, el ítem *INS08* presentaba un índice de homogeneidad muy bajo, y además también se aumentaba el valor del Alfa si este elemento se eliminaba. Este incremento en el nivel de fiabilidad, pese a no ser muy elevado, mostraba un mayor ajuste entre los 4 elementos restantes: *INS01*, *INS05*, *INS06* e *INS07*.

#### 1.8.1.6.- MNS-Motivación para cumplir con la Norma Subjetiva (medida directa)

Esta escala evaluaba de manera directa la motivación que presentaban los sujetos para cumplir con la norma percibida en los referentes normativos más importantes para ellos. Puntuaciones elevadas en estos ítems significaba que su motivación percibida para cumplir con la presión social general respecto a la conducta de Consumo Concentrado era elevada. Es decir, que el sujeto le daba mucha importancia a lo que los demás pensasen sobre él en relación con esta conducta.

Al igual que sucedía con la anterior escala de evaluación (ECC), los elementos de esta eran paralelos a los contenidos en la de *Intensidad de la Norma Subjetiva*. La única variación entre ambas escalas era que el ítem *MNS06.7* contenía la valoración correspondiente a los ítems *INS06* e *INS07*. Así, en el

cuestionario piloto esta escala estaba compuesta por 4 ítems. Tres de ellos compartían el epígrafe de *¿Qué importancia tiene para ti... seguido por:*

*MNS01 - ...lo que piensan las personas que son importantes para ti sobre beber varias consumiciones en unas horas?*

*MNS05 - ...hacer lo que se espera que deberías hacer respecto a beber varias consumiciones en unas horas?*

*MNS06.7 - ...que la gente que te importa o que valoras beba varias consumiciones en varias horas?*

Se respondía mediante una escala tipo Likert de 7 puntos anclada en los extremos con los términos *ninguna importancia* y *muchísima importancia*.

El ítem faltante evaluaba el rechazo o la aprobación que le causaría al sujeto si un joven como él/ella llevase a cabo la conducta de consumo concentrado:

*MNS08. Si un/a joven como tú bebiese varias consumiciones en unas pocas horas...*

En este caso, la respuesta se recogía mediante una escala tipo Likert de 7 puntos, que iba de *Lo rechazaría* a *Lo aprobaría*.

Siguiendo el mismo procedimiento descrito para el caso de la escala *Evaluación de las Creencias Conductuales*, y al tener que ir parejos los elementos de *MNS* con los incluidos en la escala *INS* se procedió a eliminar aquellos equivalentes a los excluidos en el análisis de fiabilidad de la escala señalada.

Al llevar a cabo el análisis con los 3 elementos restantes el valor de alfa se situó en un nivel aceptable (0.747). Por ello en la escala definitiva se recogieron los ítems *MNS01*, *MNS05* y *MNS06.7*.

### 1.8.1.7.- ICN-Intensidad de la Creencias Normativas (medida indirecta)

La escala que evalúa la *Intensidad de las Creencias Normativas* estaba compuesta inicialmente por nueve elementos que evaluaban la percepción sobre la opinión que tienen ciertos referentes normativos respecto a realizar la conducta de Consumo Concentrado de alcohol. Entre los referentes incluidos estaban los padres, la familia, los amigos, el mejor amigo, la pareja, el barrio y los profesores:

- ICN01 - *Mis padres piensan que realizar un consumo concentrado no es demasiado peligroso para la salud.*
- ICN02 - *En general mi familia piensa que hacer un consumo concentrado es muy peligroso para la salud.*
- ICN03 - *Mis amig@s piensan que beber varias consumiciones en poco tiempo no produce ningún problema.*
- ICN04 - *Mi mejor amig@ piensa que puede ser peligroso beber varias consumiciones en poco tiempo.*
- ICN05 - *Mi pareja tiene claro que beber varias consumiciones en pocas horas puede traer problemas.*
- ICN06 - *En mi barrio piensan que puede ser peligroso beber varias consumiciones en poco tiempo.*
- ICN07 - *Mis profesor@s piensan que beber varias consumiciones en poco tiempo no produce ningún problema.*

En todos ellos la escala de respuesta de los sujetos fue:

-3	<i>Muy en desacuerdo</i>
-2	<i>Bastante en desacuerdo</i>
-1	<i>Algo en desacuerdo</i>
0	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>
+1	<i>Algo de acuerdo</i>
+2	<i>Bastante de acuerdo</i>
+3	<i>Muy de acuerdo</i>

Además de estos 7 elementos, otros dos ítems de esta escala recogían la percepción del joven de la presencia del *consumo concentrado* en su propio entorno social:

- ICN14. *Piensa en tus amig@s o compañer@s de clase ¿qué porcentaje de ellos crees que realizarán un consumo concentrado durante el próximo mes?*  
\_\_\_\_\_ %

La respuesta de los sujetos a este ítem era un porcentaje entre 0 y 100.

*ICN12 - ¿Cuántos de tus amig@s o compañer@s de clase piensan que beber varias consumiciones en unas pocas horas es una buena opción?*

Las respuestas de los sujetos a este ítem se recogían mediante una escala de 7 puntos sin anclajes intermedios en el que tan sólo se incluyó la referencia inicial “Ninguno” y final “Todos”.

Ambos ítems no pudieron incluirse en el análisis de fiabilidad de la escala por estar medidos con escalas de respuesta diferentes.

Como paso previo a la estimación de la fiabilidad hubo que invertir los ítems *ICN02*, *ICN04*, *ICN05* e *ICN06*.

El análisis de la fiabilidad de la escala con los ítems (tabla 16) mostró un Alfa de Cronbach de 0.721.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
ICN01	-4.84	42.440	.400	.190	.696
ICN02rec	-5.16	42.426	.435	.196	.688
ICN03	-6.37	40.419	.456	.236	.683
ICN04rec	-6.85	38.899	.492	.318	.673
ICN05rec	-6.10	39.015	.516	.312	.666
<b>ICN06rec</b>	<b>-6.41</b>	<b>43.014</b>	<b>.370</b>	<b>.152</b>	<b>.703</b>
<b>ICN07</b>	<b>-4.82</b>	<b>45.735</b>	<b>.347</b>	<b>.139</b>	<b>.707</b>

Tabla 16. Puntuaciones de fiabilidad de los ítems de ICN.

Como se puede apreciar en la tabla 7, pese a que los ítems (*ICN06* e *ICN07*) presentan un índice de homogeneidad superior a 0.30 se optó por su eliminación debido a que son los que menos integración muestran con el resto de la escala. Ambos elementos recogían los dos referentes normativos que quizá se encuentren

“más alejados” de los jóvenes: el barrio y los profesores, y tal vez por ello no se encuentren tan integrados en la escala como el resto.

Por otra parte, la eliminación de ambos únicamente redujo el valor del alfa a 0.705 y permitió un mejor ajuste de los 5 elementos que finalmente constituyeron la escala definitiva (*ICN01, ICN02, ICN03, ICN04 e ICN05*).

Para formar la escala final a estos cinco elementos se les añadieron el *ICN12* y el *ICN14*.

#### 1.8.1.8.- MC-Motivación para Cumplir con el Referente (medida indirecta)

La escala que evaluaba de modo indirecto la *Motivación para Cumplir con los Referentes Normativos* por parte de los sujetos incluía en un primer momento 7 ítems que evaluaban la motivación para acomodarse a los padres (*MC01*), el resto de su familia (*MC02*), sus amigos/as (*MC03*), su mejor amigo/a (*MC05*), la gente de su entorno (*MC06*), los/as profesores/as (*MC07*) y la pareja (*MC08*). Como puede apreciarse, al igual que sucedía con las dos anteriores escalas de evaluación (*ECC e ICC*), los elementos de la presente escala eran paralelos a los contenidos en la de *Intensidad de las Creencias Normativas*.

Los nueve elementos compartían el epígrafe de *¿Qué importancia tiene para ti... seguido por:*

*MC01 - ... lo que tus padres piensen sobre tu consumo concentrado?*

*MC02 - ...lo que tu familia piensa sobre tu consumo concentrado?*

*MC03 - ...lo que tus amig@s piensen sobre que tu bebas varias consumiciones en poco tiempo?*

*MC04 - ...lo que tu mejor amig@ piense sobre que tu bebas varias consumiciones en poco tiempo?*

*MC05 - ...lo que opine tu pareja sobre que tú bebas varias consumiciones en varias horas?*

*MC06 - ...lo que opine la gente de mi barrio sobre que tú bebas varias consumiciones en poco tiempo?*

- MC07 - ...lo que piensen tus profesor@s sobre tu consumo concentrado?  
MC08 - ...que tus amig@s o compañer@s de clase piensen que beber varias consumiciones en unas pocas horas es una buena opción?  
MC09 - ...que tus amig@s o compañer@s de clase hagan un consumo concentrado durante el próximo mes?

Se utilizó una escala de respuesta tipo Likert de 7 puntos anclada en los extremos con los términos *Ninguna importancia* y *Muchísima importancia*.

Una vez más la eliminación de los ítems de la escala *Intensidad de las Creencias Normativas* obligaba a prescindir de sus correspondientes ítems paralelos en MC. Por ello se excluyeron los elementos MC06 (personas del barrio) y MC07 (profesores/as).

Esto redujo ligeramente el valor del Alfa de Crombach respecto al conjunto inicial de ítems, quedando fijado finalmente en 0.685.

Finalmente, la escala definitiva quedó conformada por los elementos MC01, MC02, MC03, MC04, MC05, MC12 y MC14.

#### 1.8.1.9.- CP-Control Percibido (medida directa)

La medida directa del *Control Percibido por el sujeto sobre la Conducta de Consumo Concentrado* se midió a partir de 5 ítems.

En este caso también había dos configuraciones diferentes en los elementos. Cuatro de los ítems pedían que el sujeto valorase hasta qué punto estaba de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

- CP03 - *La decisión del número de bebidas que me tomo en unas pocas horas depende SOLO de mí*  
CP04 - *Mantenerme o no por debajo de un límite de consumiciones en unas pocas horas está bajo mi control*  
CP05 - *Si me lo propongo puedo mantenerme por debajo de un tope de consumiciones en unas pocas horas sin ningún problema*

CP06 - *Yo decido si quiero o no quiero beber varias consumiciones en unas pocas horas, y nada me influye en mantener esa decisión*

La escala de respuesta utilizada en este caso fue:

-3	<i>Muy en desacuerdo</i>
-2	<i>Bastante en desacuerdo</i>
-1	<i>Algo en desacuerdo</i>
0	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>
+1	<i>Algo de acuerdo</i>
+2	<i>Bastante de acuerdo</i>
+3	<i>Muy de acuerdo</i>

El ítem evaluado de manera diferente hacía referencia al control sobre la cantidad consumida:

CPd01. *¿Piensas que tienes algún control sobre la cantidad que bebes en una situación de consumo concentrado?*

Para responderlo, los sujetos disponían de una escala tipo Likert de 7 puntos anclada en sus extremos por los términos *Ningún control* y *Control Total*.

Para llevar a cabo el cálculo del coeficiente de fiabilidad se prescindió de este último ítem por evaluarse de forma distinta. El cálculo con los cuatro elementos restantes (tabla 17) mostró un valor del Alfa de Cronbach de 0.570.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
CP03	5.77	10.110	.363	.154	.490
CP04	5.63	11.199	.335	.123	.511
CP05	5.38	11.533	.326	.121	.518
CP06	5.57	10.420	.386	.165	.469

Tabla 17. Puntuaciones de fiabilidad de los ítems de CP.

Pese a que se trata de uno de los valores más bajos de todas las escalas que conforman el instrumento, no se pudo conseguir elevarlo eliminando ninguno de sus elementos, ya que estos no mostraban diferencias en sus índices de

homogeneidad corregidos, y tampoco se mejoraba el valor de Alfa con la supresión de alguno de ellos.

Así pues, los ítems que conformaron la escala final fueron los mismos que se elaboraron para el instrumento piloto (CP01, CP03, CP04, CP05 y CP06).

#### 1.8.1.10.- ICCT-Intensidad creencia de control (medida indirecta)

Para evaluar de modo indirecto la *Intensidad de las Creencias de Control hacia la Conducta de Consumo Concentrado* se elaboraron 12 ítems de los que se presenta una selección a continuación:

- ICCT01 - *Me cuesta no hacer un consumo concentrado cuando salgo de fiesta*
- ICCT09 - *Estar en un botellón o en una fiesta puede hacer más fácil beber varias consumiciones en unas pocas horas*
- ICCT010 - *Cuando estoy celebrando algo no controlo si bebo varias consumiciones en unas pocas horas*
- ICCT011 - *Me resulta más difícil beber varias consumiciones en unas pocas horas si tengo que madrugar al día siguiente*
- ICCT012 - *Cuando tengo algún examen cerca procuro no beber más de un tope de consumiciones en unas pocas horas*
- ICCT013 - *No tendría problema en disponer de suficiente dinero para hacer un consumo concentrado*

Con ellas se evaluaba el grado de dificultad que tenía para ellos NO llevar a cabo la conducta de Consumo Concentrado. Concretamente tenían que indicar su grado de acuerdo con los ítems anteriores utilizando escalas bipolares de siete puntos:

-3	<i>Muy en desacuerdo</i>
-2	<i>Bastante en desacuerdo</i>
-1	<i>Algo en desacuerdo</i>
0	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>
+1	<i>Algo de acuerdo</i>
+2	<i>Bastante de acuerdo</i>
+3	<i>Muy de acuerdo</i>

Los ítems *ICCT05*, *ICCT06*, *ICCT08* y *ICCT12* aparecían invertidos inicialmente, por lo que hubo que colocarlos antes de llevar a cabo los análisis en el mismo sentido que el resto de elementos de la escala.

El cálculo del coeficiente de fiabilidad de la escala a partir de sus 12 elementos mostraba un valor del Alfa de Cronbach de 0.602. Sin embargo, cinco de los ítems (señalados en la siguiente tabla 18) mostraban un Índice de homogeneidad corregido inferior a 0.30, indicando claramente que no apuntaban en la misma dirección que el resto de elementos.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
ICCT01	-3.62	67.460	.431	.296	.537
ICCT02	-4.07	67.780	.470	.362	.529
ICCT03	-3.44	71.273	.448	.357	.541
ICCT05rec	-3.00	71.720	.511	.405	.534
ICCT06rec	-2.73	74.575	.335	.290	.565
ICCT09	-6.33	78.507	.308	.188	.575
ICCT10	-3.50	70.872	.419	.311	.545
<b>ICCT11</b>	<b>-5.68</b>	<b>83.476</b>	<b>.018</b>	<b>.189</b>	<b>.631</b>
<b>ICCT12rec</b>	<b>-2.21</b>	<b>88.871</b>	<b>.114</b>	<b>.124</b>	<b>.644</b>
<b>ICCT13</b>	<b>-5.50</b>	<b>76.915</b>	<b>.268</b>	<b>.238</b>	<b>.579</b>
<b>ICCT14</b>	<b>-4.63</b>	<b>83.234</b>	<b>.001</b>	<b>.136</b>	<b>.641</b>
<b>ICCT8rec</b>	<b>-2.07</b>	<b>84.478</b>	<b>.065</b>	<b>.089</b>	<b>.611</b>

Tabla 18. Puntuaciones de fiabilidad de los ítems de ICCT.

En el caso del elemento *ICCT09*, pese a que el índice de homogeneidad está muy cercano al punto de corte establecido, se decidió mantenerlo por dos razones fundamentales: en primer lugar, hacía referencia al fenómeno en el que se ha podido observar más claramente que se está manifestando en nuestro país el Consumo Concentrado de alcohol (Cortés y cols., 2007, 2008; GIESyT, 2001; Navarrete, 2004), y en segundo lugar su eliminación disminuía el valor del Alfa.

Una vez eliminados estos ítems, el nuevo coeficiente de fiabilidad de la escala aumentó hasta 0.746, mostrando además unos aceptables índices de homogeneidad, con lo que la escala final quedó conformada por seis ítems: *ICCT01, ICCT02, ICCT03, ICCT05, ICCT06, ICCT09, y ICCT10.*

#### 1.8.1.11.- FP- Fuerza percibida de los Factores de Control

Al igual que sucedía en el caso de las escalas *ECC, MNS y MC*, el análisis de la fiabilidad de la *Fuerza Percibida de los Factores de Control* no se llevó a cabo siguiendo el mismo método que el resto de escalas. Por la propia definición de la TCP, se trata de una evaluación de los elementos contenidos en la escala *Intensidad de las Creencias de Control*. Por lo tanto, los elementos contenidos *FP* tienen que ser parejos a aquellos contenidos en *ICCT*.

Inicialmente *FP* estaba compuesta por 12 elementos que tenían como enunciado común: *¿Qué importancia tiene para ti...*, seguidos por la creencia sobre la que se pedía la evaluación, por ejemplo:

*FP01 - ...aguantar sin beber mucho cuando sales de fiesta?*

*FP05 - ...ciertas situaciones en la que se consume alcohol?*

*FP06 - ...divertirte sin beber?*

*FP08 - ...evitar beber varias consumiciones en varias horas?*

*FP09 - ...ir a un botellón?*

*FP12 - ...los exámenes?*

Las respuestas se recogían mediante una escala tipo Likert de 7 puntos anclada en los extremos *Ninguna importancia* y *Muchísima importancia*.

El valor del coeficiente de fiabilidad calculado con la totalidad de los elementos mostraba un Alfa de Cronbach de 0.569. Al eliminar los ítems paralelos correspondientes a *ICCT*, y llevar a cabo el nuevo análisis con los seis elementos restantes, el valor de alfa aumentó ligeramente, situándose en 0.598.

La escala final quedó conformada por los ítems: *FP01, FP02, FP03, FP05, FP06, FP09* y *FP10*.

### **1.8.2. Redacción definitiva del cuestionario**

Los cambios introducidos en la versión piloto del instrumento de evaluación, y que dieron lugar a la redacción de la versión final del cuestionario se fundamentaron en tres fuentes.

En primer lugar, en los resultados derivados del análisis de fiabilidad de las escalas.

En segundo lugar, en las correcciones, cuestiones, críticas y observaciones planteadas por los sujetos de la muestra piloto durante los pases de los cuestionarios.

En tercer lugar, en un análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados obtenidos en cada uno de los ítems.

Entre los cambios más significativos que sufrió el instrumento (además de la eliminación de los ítems sugerida por el análisis de fiabilidad) aparecen por ejemplo:

- Cambios de redacción de algunos ítems: la cuestión referida a la historia de consumo de alcohol personal cambió de su redacción original (*¿Cuánto tiempo hace que estás bebiendo más o menos lo que bebes en la actualidad?*) a otra más clara (*Piensa en lo que bebes ahora -cantidad- ¿Cuánto tiempo hace que estas bebiendo así?*).
- Eliminación de ítems: el ejemplo más claro aparece en la tabla sobre consumo de alcohol. En la redacción definitiva se eliminaron las casillas relativas a *lunes, martes, miércoles* y *domingo*, ya que en el análisis de frecuencias de la muestra piloto el consumo esos días era prácticamente

inexistente, y la aparición de consumos intensivos no se contemplaba. Por este mismo motivo también se eliminaron las casillas de *mañana* y *mediodía*.

- Inclusión de ítems: en este caso uno de los ejemplos más claros se encuentra en el apartado de registro de consumo. En el cuestionario definitivo además de recogerse el consumo de jueves, viernes y sábado, se incluyó una nueva tabla que recogía el consumo de alcohol en un *Día especial*.

Otro ítem que se incluyó fue el que preguntaba por la existencia o no de un límite de consumo establecido antes de empezar a beber, así como el número e consumiciones que conformaban ese límite.

La redacción final del instrumento puede consultarse en el Anexo I.

### **1.8.3. Recodificación de variables**

Pese a que la información extraída del cuestionario final incluía una gran cantidad de variables, muchas de ellas no resultaban operativas tal y como se habían planteado en el instrumento. Además, a partir de la combinación y manejo de algunas de las variables originales, se han calculado otras que resultan más adecuadas y, en algunos casos, necesarias para los análisis estadísticos posteriores.

A continuación se detallan las variables resultantes de las distintas recodificaciones y el método utilizado para cada una de ellas.

- Variables de consumo de alcohol referidas a tiempo (p.e. Ítem 5-*Piensa en lo que bebes ahora (cantidad) ¿Cuánto tiempo hace que estas bebiendo así?*; Ítem 12-*¿Cuándo fue la última vez que consumiste así?*): se han recodificado teniendo en cuenta como unidad de medida los meses. Por

ejemplo, si el sujeto señalaba 2 años se recodificó su respuesta como 24, año y medio como 18, y 2 semanas como 0.5.

- Consumo en una semana normal y en día especial. Para cada una de las casillas de las dos tablas (ítems 6 y 7) se ha generado una nueva variable que contenía los gramos de alcohol puro totales consumidos. Estos gramos se calcularon tomando como referencia las UBEs que contiene cada bebida en función del tipo de alcohol que incluye (fermentado, medio y destilado). Concretamente se consideran 10 gramos de alcohol puro por cada bebida fermentada, 20 por cada bebida destilada, y 15 gramos por consumición en el caso de bebidas de graduación media, al ser esta última la cantidad de alcohol más ajustada según los resultados de una investigación previa (Giménez, Cortés, Motos y Soler, 2010).
- Tipo de consumidor: El cálculo de los gramos consumidos ha permitido clasificar a los jóvenes en tres categorías: los abstemios y los consumidores esporádicos (una o dos veces al año como máximo) se han clasificado como *no consumidores* y al resto como *consumidores*. Estos últimos se han dividido a su vez en función de si consumen alcohol habitualmente durante una semana normal (ítem 6 del cuestionario) o si únicamente consumen alcohol en *días especiales* (ítem 7).
- Consumo intensivo: los sujetos incluidos en los dos grupos de consumidores se han clasificado en función de si superan o no el límite de gramos de alcohol fijado para el Consumo Intensivo por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2008) (mujeres 40gr de alcohol y varones 60gr).

- Número de CIA en una semana normal: A partir de las variables anteriores se ha generado una nueva que recoge el número de episodios en los que se supera ese límite de 40/60 en una semana normal.
- Gramos el día de mayor consumo entre semana: Se ha seleccionado para cada consumidor el registro de mayor consumo durante la semana.
- Gramos en el registro con mayor consumo: Se ha seleccionado para cada consumidor el mayor registro en general (consumo entre semana y consumo en día especial).
- Duración estimada de cada episodio de Consumo Intensivo: El cálculo de la diferencia entre las variables *hora del primer consumo* y *hora del último consumo* (ítem 10) ha generado una nueva que indica la duración estimada por los encuestados de estos episodios.
- Variables relacionadas con el nivel de alcohol en sangre: Se han generado tres variables diferentes mediante la combinación de los datos de gramos, peso y duración estimada de los episodios (siguiendo un procedimiento similar al indicado por Kypri, Langley y Stephenson, 2005):
  - *Nivel de alcoholemia Total*: este se ha obtenido mediante la aplicación de una corrección de la fórmula tradicional de Widmark (Watson, Watson y Batt, 1981):

$$\frac{\text{gramos alcohol ingeridos}}{\text{Kg} * \text{factor de distribución (0.70 en hombres y 0.60 en mujeres)}}$$

- *Nivel de alcoholemia Final*: los niveles de alcoholemia estimados mediante la fórmula anterior no toman en consideración la metabolización que se produce del alcohol consumido con el paso de

las horas. Por este motivo, se ha aplicado una corrección que busca emular el proceso de metabolización del alcohol, el cual oscila entre los 0.10-0.15 gr/hora. Para realizar esta estimación, a la tasa máxima de alcoholemia se le ha restado el resultado de multiplicar las horas en las que se ha realizado el consumo por 0.15 (Rodríguez-Martos y Rosón, 2008; Widmark, 1932). El resultado de este cálculo ha permitido averiguar el nivel de alcoholemia que se tiene al final de cada episodio de consumo.

- *Nivel de alcoholemia Medio*: la media de los dos índices anteriores (alcoholemia total y alcoholemia final) supone una estimación de la tasa de alcoholemia media alcanzada durante el periodo de consumo.
- Número de meses con episodios de CIA: a partir de los datos recogidos en la tabla del ítem 11 del cuestionario, se han calculado el número de meses en los que aparecen episodios de CIA en los últimos seis meses.
- Número de CIA y Media de episodios: se han sumado el número de episodios indicados en los últimos 6 meses más cercanos a la fecha del pase del cuestionario y se ha calculado la media de los mismos en ese periodo.
- VARIABLES DEL MODELO TEÓRICO: principalmente se han llevado a cabo dos tipos de recodificaciones:
  - *Transformación de escalas*: de escalas bipolares (de -3 a +3) a puntuaciones unipolares (de 1 a 7), de modo que se facilita la interpretación de los datos al unificar las escalas de todo este bloque del cuestionario. Con esta recodificación también se facilitan las operaciones necesarias para calcular los constructos de la teoría.

- *Inversión de ítems*: se ha cambiado el orden de las puntuaciones de las respuestas de aquellos ítems que están enunciados en dirección contraria al resto de preguntas de su misma escala, de manera que las puntuaciones más altas indiquen mayor intención de consumir de ese modo, una actitud más positiva hacia esos patrones, una presión social más fuerte y una pérdida mayor de control sobre la conducta.
- Constructos del modelo teórico: A partir de las puntuaciones de cada una de las escalas del modelo teórico se han calculado los constructos de *Intención*, *Actitud*, *Intensidad de la Creencia Conductual*, *Evaluación de los Resultados*, *Creencias Conductuales*, *Intensidad de la Norma Subjetiva*, *Motivación para cumplir con la Norma Subjetiva*, *Norma Subjetiva*, *Intensidad de las Creencias Normativas*, *Motivación para cumplir con los Referentes*, *Creencias Normativas*, *Control Percibido*, *Intensidad de las Creencias de Control*, *Evaluación de Factores de Control* y *Creencias de Control* a partir los métodos de creación de este tipo de constructos indicados en el modelo teórico (ver capítulo 2).



**CAPÍTULO 4.**  
**MÉTODO Y RESULTADOS**

En este capítulo inicialmente se detalla el procedimiento de obtención de la muestra final, así como una descripción de la misma. En segundo lugar, y dentro del apartado de Análisis Experimental se recogen dos aspectos. En un primer momento se detalla el procedimiento seguido en la investigación para probar la adecuación del modelo teórico. Seguidamente se procede a evaluar variables relacionadas con el patrón de consumo y con los determinantes cognitivos que permiten definirlo.

Para una mejor comprensión de la tarea realizada se presentan en apartados separados la metodología seguida en cada uno de los análisis estadísticos junto con sus respectivos resultados obtenidos.

## **1. MUESTRA**

### ***1.1. Procedimiento de obtención de la muestra***

Al igual que en el pase piloto (descrito en el capítulo 3) la selección de los centros educativos participantes en el estudio definitivo se llevó a cabo de dos maneras diferentes, tomando en consideración el nivel educativo.

- 1/ En primer lugar, se seleccionaron dos institutos de enseñanzas medias<sup>10</sup> que tuviesen cerca alguna zona botellón de entre las múltiples existentes en la ciudad de Valencia (Fulgencio, Reig y Moncho, 2007). Además, se procuró que ambos centros no perteneciesen al mismo distrito educativo en el que se

---

<sup>10</sup> Para preservar la privacidad de ambos centros y por petición expresa de la dirección de los mismos se referencian tanto en la descripción como en los análisis como IES1 e IES2.

divide la ciudad, participando finalmente un instituto del centro de la ciudad y otro de la periferia.

Un requisito adicional que se tuvo en cuenta en la selección fue que no hubiesen participado ni en el proyecto de investigación sobre botellón (Cortés, 2008, 2010; Cortés, Espejo y Giménez, 2007, 2008; Cortés, Espejo, Giménez, Mestre, Samper, Nácher y Dolz, 2006; Cortés, Espejo, Martín y Gómez, 2010), ni en el pase piloto de este trabajo, tratando de evitar una posible contaminación de la muestra. En ambos casos, tras contactar con la dirección del IES se concretaron las fechas de los pases en todos los grupos de 3º y 4º de la ESO, así como los de 1º y 2º de Bachiller.

Éstos se llevaron a cabo en las propias aulas durante el horario lectivo y contando con la presencia de algún/a colaborador/a de la investigación.

Tras presentarse los colaboradores se realizaba una breve explicación enmarcando la investigación, seguidamente se leían las instrucciones impresas en la primera página del cuestionario y se explicaban algunos de los ítems que pudieran resultar más problemáticos (por ejemplo la tabla de consumo o el concepto de consumo concentrado/intensivo). La participación en todo momento fue anónima y voluntaria, pese a lo cual ninguno de los alumnos se negó a participar.

- 2/ En segundo lugar, se seleccionaron dos diplomaturas<sup>11</sup> de la Universitat de València utilizando un doble criterio: titulaciones que no hubiesen participado en la investigación sobre botellón anteriormente señalada, y ubicación en campus diferentes. De cada una de las diplomaturas se seleccionó una de las asignaturas troncales. Tras contactar con los docentes

---

<sup>11</sup> Para preservar igualmente la privacidad de ambas diplomaturas se incluyen tanto en la descripción como en los análisis como Diplomatura 1 y Diplomatura 2.

responsables de las mismas, y pedir su colaboración, se programó el pase en un grupo de la mañana y otro de la tarde.

El procedimiento utilizado para la recogida de la muestra era el mismo que en el caso de los institutos. Sin embargo, a diferencia del caso anterior, en alguno de los grupos entrevistados sí aparecieron negativas a participar en la investigación.

## 1.2. Descripción de la muestra

La muestra total la componen 589 sujetos, aunque se eliminaron 21 debido a diferentes razones: cuestionarios mal cumplimentados, con demasiados ítems sin respuesta o con respuestas incoherentes o contradictorias, así como aquellos de jóvenes con edad superior a 26 años. Por todo ello la muestra final de análisis la constituyen 568 jóvenes.

Casi dos tercios son mujeres (63%; n=358), siendo mayoría en tres de los cuatro centros analizados (tabla 19). Únicamente en el caso del IES2 los varones superan a las mujeres. Las mayores diferencias entre ambos sexos aparecen en el caso de las diplomaturas, especialmente en el caso de la Diplomatura2.

Sexo	Total	IES 1	IES 2	Diplomatura 1	Diplomatura 2
Hombre	210 (37%)	89 (48.1%)	93 (51.4%)	27 (20.6%)	1 (1.4%)
Mujer	358 (63%)	96 (51.9%)	88 (48.6%)	104 (79.4%)	70 (98.6%)
Total	568	185	181	131	71

Tabla 19. Distribución de la muestra por sexos y centros educativos.

La edad media de la muestra es de 17.59 años con una ligera prevalencia del grupo de 16 años y una menor representación de las edades a partir de los 22 años. La distribución de la muestra se observa en el gráfico 7.

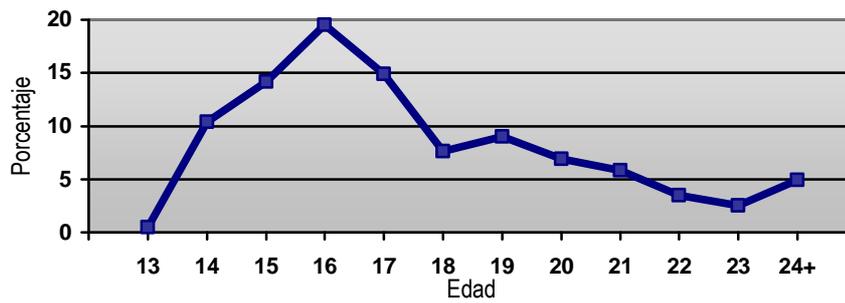


Gráfico 7. Distribución de la muestra por edades (%).

Respecto a la distribución de la muestra en los diferentes cursos (gráfico 8), la mayor prevalencia aparece en segundo de estudios universitarios (18.5%; 105) y cuarto de ESO (18.5%; 105), seguidos de primero de bachillerato (18.3%; n=104). El grupo menos representado es el de segundo de bachillerato (10.7%; n=61), ya que si bien se entrevistaron el mismo número de aulas que en los otros cursos, en este nivel la ratio de alumnos por clase es menor.

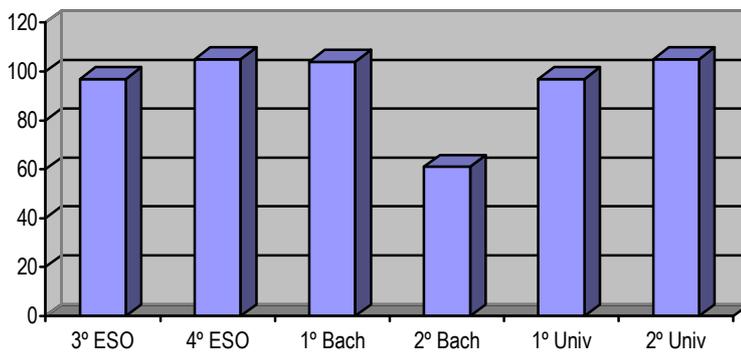


Gráfico 8. Distribución de la muestra en los diferentes cursos evaluados.

## **2. ANÁLISIS EXPERIMENTAL**

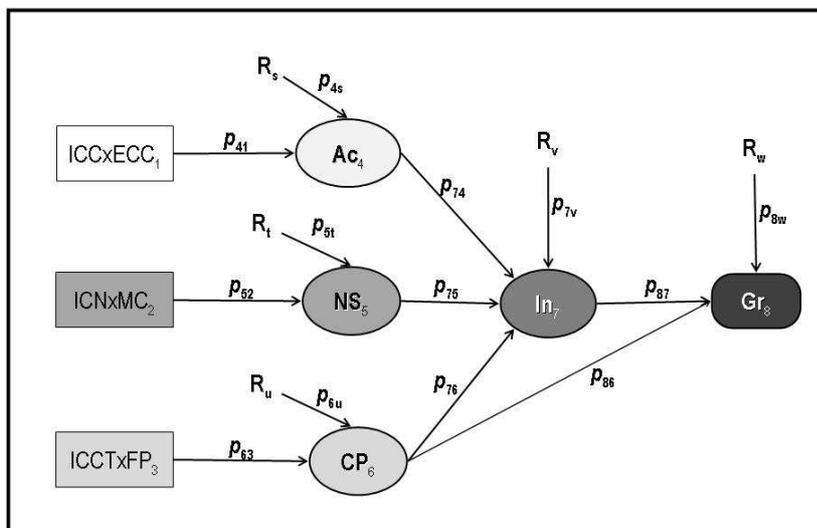
### **2.1. Adecuación del modelo teórico**

#### **2.1.1. Procedimiento metodológico y estadístico**

Uno de los objetivos propuestos en este trabajo es poner a prueba la relación entre las variables que conforman el modelo teórico de Ajzen (1985, 1988, 1991, 2001), para comprobar si puede utilizarse en el análisis de la conducta de Consumo Intensivo de Alcohol. El modelo propuesto por Ajzen es de tipo causal recursivo, que contiene únicamente variables observadas. Por este motivo la estimación de las relaciones que incluye, así como la evaluación de la bondad de ajuste del modelo, puede realizarse a través del *path-analysis* (González y Lloret, 1992).

El primer paso para llevar a cabo este análisis es partir de la representación gráfica del modelo causal a probar (gráfico 9). En el mismo se recogen las distintas variables consideradas conectadas por flechas que indican la causalidad hipotética. Estas flechas permiten definir la secuencia causal implícita en el modelo propuesto.

Este modelo causal representado gráficamente debe transformarse en un sistema de ecuaciones estructurales que reflejen los efectos que recibe cada una de las variables endógenas contenidas en el mismo (Long, 1983). Para cada una de las variables endógenas del modelo especificado debe definirse una ecuación que incluya a todas las variables que la afectan directamente y al respectivo término residual, ponderados por el coeficiente adecuado.

Gráfico 9. Representación gráfica del modelo inicial para el *path-analysis*.

En el caso del modelo propuesto en el gráfico 9, el sistema de ecuaciones estructurales correspondientes sería:

$$Ac_4 = p_{41}(ICCxECC_1) + p_{45}R_s$$

$$NS_5 = p_{52}(ICNxMC_2) + p_{5t}R_t$$

$$CP_6 = p_{63}(ICCTxFP_3) + p_{6u}R_u$$

$$In_7 = p_{74}Ac_4 + p_{75}NS_5 + p_{76}CP_6 + p_{7v}R_v$$

$$Gr_8 = p_{87}In_7 + p_{86}CP_6 + p_{8w}R_w$$

En tal sistema de ecuaciones, los términos representados por la letra  $p$  son los coeficientes path que estiman el efecto que una variable tiene sobre otra.

El último paso para obtener los valores de los coeficientes path que estiman el efecto de una variable exógena sobre una endógena, o una endógena sobre otra también endógena, es utilizar un procedimiento de regresión (estimación mínimo-cuadrática) para cada una de las ecuaciones del sistema. Para

llevar a cabo estos procedimientos de regresión se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.

### 2.1.2. Resultados

En el gráfico 10 se representa el modelo causal final indicando el valor de los coeficientes que estiman los efectos implicados, así como su significación estadística. Dichos coeficientes path son coeficientes de regresión estandarizados ( $\beta$ ) obtenidos a través de técnicas de regresión. En el Anexo II se recogen los *outputs* de los modelos de regresión utilizados.

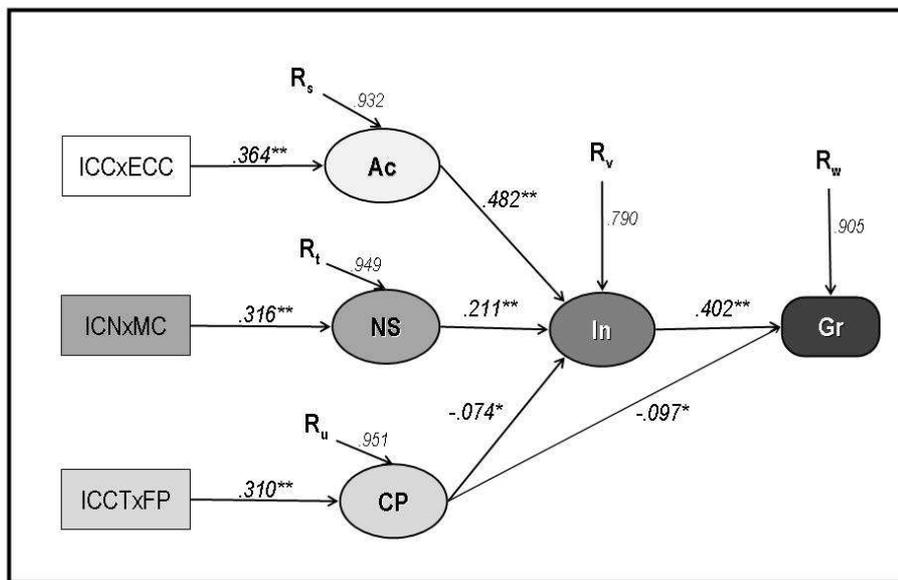


Gráfico 10. Resultados del modelo causal (\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .000$ ).

Los resultados obtenidos corroboran la utilidad del modelo propuesto para explicar la conducta de Consumo Intensivo en jóvenes.

El coeficiente que estima el efecto de las Creencias Conductuales, las Normativas y las de Control sobre la Actitud, la Norma Subjetiva y el Control

Percibido respectivamente, resulta estadísticamente significativo ( $p < .000$ ) y de signo positivo. Esto apoya la hipótesis de que incrementos en la intensidad y fuerza de esas creencias conllevan incrementos en las evaluaciones generales sobre su conducta (actitudes), en la presión percibida hacia la realización de esa conducta y en la percepción personal del sujeto sobre la facilidad o la dificultad de llevar a cabo la conducta.

Además, el efecto de las Actitudes y de la Norma Subjetiva sobre la Intención de llevar a cabo la Conducta de Consumo Intensivo de alcohol es estadísticamente significativo ( $p < .000$ ) y de signo positivo. Por otra parte, la Percepción de Control, si bien también presenta un efecto significativo sobre la Intención ( $p < .05$ ), éste es de signo contrario, indicando que aumentos en el nivel de control percibido sobre la conducta implicarían una menor intención de llevarla a cabo.

Por último, los coeficientes que estiman los efectos de la Intención y el Control Percibido sobre la cantidad de Gramos de alcohol ingeridos en un episodio de consumo son estadísticamente significativos ( $p < .000$  y  $p < .05$  respectivamente). Sin embargo, los signos son diferentes en ambos, mostrándose una correlación positiva en el caso de la Intención y negativa en el caso del Control Percibido. Esto confirma la hipótesis de que un incremento en la Intención y una disminución en el Control Percibido, produciría incrementos en el nivel de consumo de los jóvenes.

En resumen, dado que en todas las relaciones entre variables se observan los efectos significativos (directos o indirectos) hipotetizados, se puede mantener el modelo propuesto para el análisis de los factores cognitivos que subyacen a la conducta de Consumo Intensivo de Alcohol.

Además, los signos hallados en todos los efectos significativos indican que si se llevasen a cabo intervenciones que controlasen o disminuyesen la magnitud de las creencias conductuales y normativas, y que aumentasen las de control, se conseguiría una disminución directa o indirecta de la conducta de Consumo Intensivo de Alcohol.

Para ello sería conveniente poder identificar las creencias relacionadas con el Consumo Intensivo que resultan más importantes para los jóvenes, y especialmente para aquellos que ya están llevando a cabo este tipo de episodios.

Este trabajo de descripción de los principales parámetros que caracterizan tanto a los consumidores intensivos como a aquellos que no realizan esta conducta, así como la identificación de las variables diferenciales entre ambos grupos a partir del modelo teórico, se lleva a cabo en el siguiente apartado de resultados.

## **2.2. Evaluación multidimensional**

### **2.2.1. Procedimiento metodológico y estadístico**

En primer lugar se efectúan análisis descriptivos para las variables generales de consumo de alcohol, así como pruebas  $t$  y de análisis de varianza (ANOVA) para comprobar si existen diferencias en función de variables independientes como edad, sexo o nivel de estudios, entre otras.

En las escalas referidas a gramos consumidos, se utiliza la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar si las escalas se distribuyen como la curva normal. En aquellas escalas que no siguen esta distribución se recurre a pruebas no paramétricas como estadísticos de contraste ( $U$  de Mann-Whitney para dos muestras y  $H$  de Kruskal-Wallis para  $k$  muestras).

A partir de las variables *gramos de alcohol* consumidos en cada ocasión, *duración de los episodios de consumo* así como del cálculo de las alcoholemias alcanzadas, se clasifica a los sujetos en tres grupos: No Consumidores -*NoCons*- (no beben actualmente); Consumidores No Intensivos -*noCIA*- (no cumplen los criterios de Consumo Intensivo de Alcohol) y Consumidores Intensivos -*CIA*<sup>12</sup>- (cumplen los criterios de cantidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Se realiza un análisis de conglomerados con el grupo etiquetado como Consumidores Intensivos de Alcohol. El procedimiento de extracción seleccionado ha sido el de *Análisis de conglomerados en dos fases* ya que el algoritmo que emplea este procedimiento incluye dos importantes características: permite incluir variables categóricas y continuas conjuntamente, y selecciona automáticamente el número óptimo final de conglomerados. Las variables utilizadas para realizar este análisis son: *gramos de alcohol consumidos en el registro de mayor consumo, sexo, edad, número de episodios de Consumo Intensivo en una semana normal y número de episodios de Consumo Intensivo en los últimos 6 meses*. Esto permite configurar la variable *Tipo de consumidor intensivo* con tantos niveles como conglomerados obtenidos. A estos se les agregan dos grupos más conformados por los sujetos no consumidores y por aquellos que aunque presentan consumos de alcohol no llegan a los criterios seleccionados para definir un Episodio de Consumo Intensivo de Alcohol.

Con los grupos finales obtenidos por el clúster más los agregados, se realiza un análisis de varianza (ANOVA) considerando el Grupo de pertenencia como variable independiente (VI). De esta manera se trata de averiguar si existen diferencias entre los 4 grupos en función de la edad de inicio en el consumo, de

---

<sup>12</sup> A partir de este punto se utilizarán el acrónimo CIA para referirse tanto al Consumo Intensivo de Alcohol como a los Consumidores Intensivos de Alcohol en función del contexto.

los gramos de alcohol consumidos en los diferentes días, del número tope de consumiciones fijadas antes de iniciar el consumo, de la media de episodios de Consumo Intensivo en los últimos 6 meses, del tiempo transcurrido desde el último episodio y en función de los ítems incluidos en las 11 escalas simples y las 4 escalas compuestas (creencias conductuales, normativas y de control) que dan cuenta de las dimensiones de la Teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1985, 1988, 1991, 2001).

En los casos en que los Análisis de Varianza resultan significativos se efectúan *pruebas a posteriori* (Scheffé/Games-Howell) para determinar entre qué grupos se encuentran estas diferencias.

## **2.2.2. Resultados**

### **2.2.2.1. Consumo de alcohol**

Más de la mitad de la muestra (52.2%; N=297) consume de manera regular, mientras que un 32.69% (N=186) señala beber sólo en días especiales. Únicamente un 15.11% (N=86) indica no consumir o haber realizado el último consumo hace más de dos años.

Se aprecia un incremento de la edad conforme es mayor el consumo de alcohol que se realiza. Así, el grupo que muestra una edad inferior es el de No Consumidores (15.83 años) seguido por el de consumidores en ocasiones especiales (17.13 años) y finalmente por los consumidores habituales (18.35 años). Las diferencias entre los tres grupos resultan estadísticamente significativas ( $F_{(2,565)}= 32.798$ , MCE=7.268,  $p<.000$ ).

Si se atiende a la distribución del consumo en función del sexo (tabla 20), tanto en hombres como en mujeres el mayor porcentaje aparece entre aquellos que

consumen alcohol de manera regular (aproximadamente el 50% en ambos grupos), seguidos de los que lo hacen en días especiales (un tercio aproximadamente).

N (%sexo)	no consumidor	consumo día especial	consumo regular
Hombre	39 (18.60%)	69 (32.90%)	102 (48.60%)
Mujer	46 (12.80%)	118 (33.00%)	194 (54.20%)

Tabla 20. Distribución de la muestra según el tipo de consumo y el sexo.

El mayor porcentaje de No Consumidores se acumula en los dos centros de enseñanzas medias ya que suponen un 91.14% del grupo de No Consumidores También en el caso de los consumos en día especial la mayor prevalencia se encuentra en los dos IES (73.12% conjuntamente). Respecto al consumo regular, se equiparan los porcentajes de consumidores (IES: 51.51%; Universitarios: 48.48%). Sin embargo, hay que advertir que aproximadamente el 70% de los estudiantes universitarios se incluyen en este grupo, frente al 40% de los IES. La distribución de la muestra en función del tipo de consumo que realizan y del centro educativo se muestra en la tabla 21.

		IES1	IES2	Diplom1	Diplom2	Total
no consumidor	N	31	41	5	2	79
	% Tipo de cons	39.24	51.90	6.33	2.53	100
	% Centro	18.81	23.75	4.58	2.82	15.11
consumo día especial	N	61	75	26	24	186
	% Tipo de cons	32.80	40.32	13.98	12.90	100
	% Centro	32.80	41.44	19.85	33.80	32.69
consumo regular	N	90	63	99	45	297
	% Tipo de cons	30.30	21.21	33.33	15.15	100
	% Centro	48.39	34.81	75.57	63.38	52.20

Tabla 21. Distribución de la muestra según el tipo de consumo y el centro educativo (n y %).

Si se considera el total de la muestra evaluada, la edad media de inicio en el consumo de alcohol se sitúa en los 14.29 años (d.t. 1.527), siendo significativamente inferior ( $t_{(483)}=3.02$ ,  $p<.003$ ) en los chicos (13.99 años) que en las chicas (14.43 años).

Esta edad media de inicio desciende de manera significativa ( $F_{(3,482)}=29.805$ ,  $MCE=1.979$ ,  $p<.000$ ) en el caso de los estudiantes de los IES (13.97 y 13.60) frente a los universitarios (15.01 y 14.97). Además no se aprecian diferencias significativas en esta edad ni entre los centros de enseñanzas medias ni entre los centros universitarios entre sí.

En este sentido, es importante señalar el descenso que experimenta la edad de inicio en el consumo de alcohol en función de la edad actual de los entrevistados. En el gráfico 11 se puede apreciar este descenso, que si bien no resulta significativo año a año, en su conjunto sí que lo es ( $F_{(11,473)}=14.656$ ,  $MCE=1.781$ ,  $p<.000$ ).

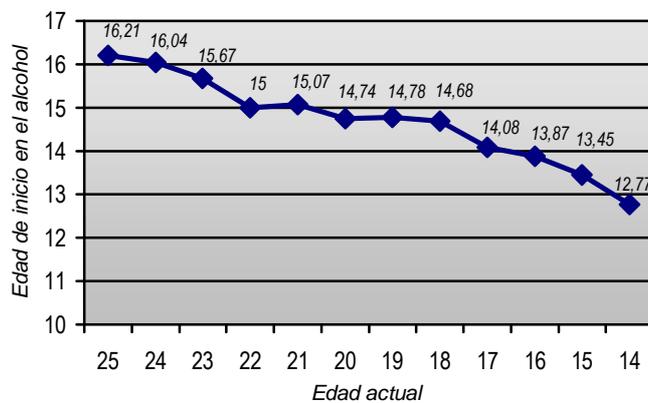


Gráfico 11. Edad de inicio en el consumo de alcohol en función de la edad actual.

Si se atiende únicamente a los menores de 18 años, también aparecen diferencias significativas en la edad en la que se iniciaron en el consumo de

alcohol en función su edad actual ( $F_{(4,304)}=12.393$ ,  $MCE=1.548$ ,  $p<.000$ ). En la tabla 22 se puede observar cómo esta disminución se produce año a año. Las pruebas a posteriori indican que estas diferencias no son significativas entre los dos grupos de menor edad, aunque sí lo son entre los que actualmente tienen 14 años y los de 16, 17 y 18 ( $p<.001$ ;  $p<.000$ ; y  $p<.000$ , respectivamente), y entre los de 15 y 16 respecto de los de 18 años ( $p<.000$  y  $p<.024$ ).

Edad actual	N	Media (d.t.)
14	31	12.77 (1.08)
15	64	13.45 (1.14)
16	95	13.87 (1.29)
17	78	14.08 (1.30)
18	41	14.68 (1.25)
Total	309	13.83 (1.33)

Tabla 22. Media de inicio en el alcohol del grupo de menores de edad.

No aparecen diferencias significativas en la edad de inicio en el consumo de alcohol en función de si consumen habitualmente o en ocasiones especiales.

El patrón de consumo del que informan en el momento de la entrevista parece menos instaurado (*años que llevan consumiendo de esa manera*) en el caso de los jóvenes que tan sólo consumen en ocasiones especiales ( $\bar{x}=1.9$  años) frente al de los consumidores habituales ( $\bar{x}=2.5$  años) ( $t_{(360,4)}=-3.173$ ,  $p<.002$ ). Además, en ambos casos las mujeres llevan menos tiempo consumiendo del mismo modo (1.41 años y 2.40 años) que en el caso de los varones (2.17 años y 2.55 años). Únicamente en el consumo en día especial esta diferencia resulta significativa ( $t_{(134)}=-2.700$ ,  $p<.008$ ).

Si se atiende a esta estabilización del consumo, teniendo en cuenta la edad de los entrevistados, se observa que los menores llevan menos tiempo

consumiendo de esta manera que los mayores de edad, tanto en consumos esporádicos como habituales (gráfico 12).

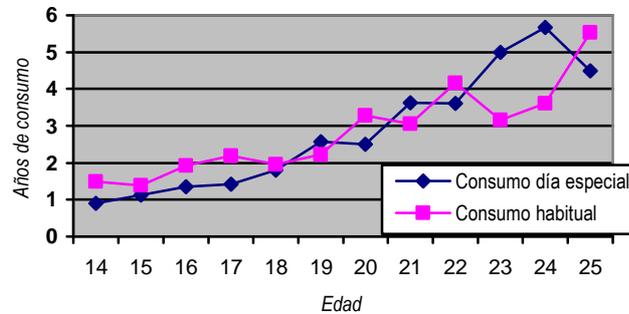


Gráfico 12. Numero de años manteniendo el tipo de consumo.

Entre los jóvenes consumidores en días u ocasiones especiales la media de gramos de alcohol ingeridos es de 77.53 gramos, aunque es importante matizar que al tratarse de una variable que no sigue la distribución normal es más adecuado indicar que su mediana es de 60 gramos.

La mediana de las mujeres (72.5 gr) es 12.5 gramos mayor que la de los varones (60 gr), aunque la U de Mann-Whitney indica que dicha diferencia no es significativa ( $p < .095$ ).

Por otra parte, en el grupo de consumidores habituales coinciden el día que más porcentaje de consumidores bebe con el día en que se producen los consumos más altos: los sábados por la noche. En concreto, ese día beben alcohol 266 jóvenes, con una mediana de consumo de 45 gramos. Le siguen en número de consumidores los viernes noche con 172 consumidores ( $Md=30$  gr) con igual mediana de gramos consumidos que los jueves noche ( $Md=30$ ;  $n=66$ ) (tabla 23).

	N	Mínimo	Máximo	Mediana	Media	Desv. típ.
Jueves tarde	29	10	50	20	22.76	14.11
Jueves noche	66	10	120	30	39.16	28.10
Viernes tarde	75	10	130	20	24.73	22.04
Viernes noche	172	10	300	30	38.66	36.37
Sábado tarde	72	10	120	20	26.59	24.08
Sábado noche	266	10	310	45	59.58	48.81
Día especial	294	10	280	110	119.01	55.89

Tabla 23. Gramos de alcohol ingeridos por los consumidores habituales.

Pese a que los datos de consumo habitual parecen mostrar en todos los casos que los varones ingieren una cantidad de alcohol mayor que las mujeres (tabla 24), la *U* de Mann-Whitney señala que ninguna de las diferencias resulta significativa, mostrando una distribución similar del consumo entre ambos sexos.

	Hombre				Mujer			
	N	Mediana	Media	d.t.	N	Mediana	Media	d.t.
Jueves tarde	10	15	21	14.5	19	20	23.7	14.2
Jueves noche	20	35	44.5	31.7	45	30	37.1	26.7
Viernes tarde	21	20	33.6	27.4	54	20	21.3	18.7
Viernes noche	65	30	44.8	48.0	106	27.5	35.0	26.6
Sábado tarde	29	20	30.5	29.1	42	20	23.9	20.2
Sábado noche	92	50	70.5	63.1	173	45	53.9	38.2

Tabla 24. Gramos de alcohol ingeridos por los consumidores habituales divididos por sexos.

Además, este mismo colectivo de bebedores habituales ingiere una media de 119 gramos de alcohol en ocasiones especiales, cantidad que resulta significativamente superior ( $t_{(478)} = -8.114$ ,  $p < .000$ ) a la consumida por el grupo de jóvenes que únicamente bebe en este tipo de situaciones (77.53 gr).

En este caso, los varones que beben habitualmente sí que consumen una cantidad de alcohol significativamente superior ( $t_{(173.034)} = 2.458$ ,  $p < .015$ ) a las mujeres (130.64 gr frente a 112.92 gr), y ambos grupos ingieren

significativamente más gramos de alcohol que sus respectivos compañeros y compañeras del mismo sexo que sólo consumen en ese tipo de ocasiones. En el caso de los varones, los consumidores habituales ingieren en las ocasiones especiales una media de 130.64 gr, mientras que quienes únicamente consumen en esas situaciones beben una media de 69.63 gr ( $t_{(162.235)}=-7.080$ ,  $p<.000$ ). Por su parte, las mujeres que beben habitualmente consumen en las situaciones especiales 112.92 gr como media, mientras que las que sólo beben en estas ocasiones consumen menor cantidad ( $\bar{x} = 82.07$  gr;  $t_{(309)}=-5.046$ ,  $p<.000$ ).

Por otra parte, si se atiende a los gramos consumidos en función de la edad y del día (gráfico 13), se aprecia como todos los grupos de edad llevan a cabo los consumos más elevados cuando beben en ocasiones especiales, seguidos de cuando beben los sábados por la noche con dos excepciones a este último patrón: por una parte los jóvenes entre 18 y 20 años consumen también los jueves por la noche cantidades que no se diferencian significativamente de las del sábado noche. Algo similar ocurre con los adolescentes de 14, 16 y 17 años, aunque en este caso referido a los viernes por la noche.

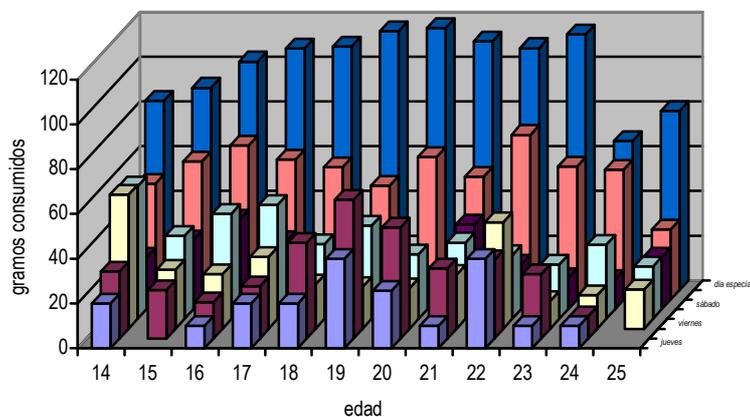


Gráfico 13. Distribución de las medias de gramos consumidos por edad y por día de consumo.

### 2.2.2.2. Consumo Intensivo de Alcohol

Atendiendo a los gramos de alcohol consumidos en cada ocasión, la duración de los episodios y la alcoholemia alcanzada, y siguiendo la definición operativa del Ministerio de Sanidad y Consumo (2008), se categorizan como Consumidores Intensivos de Alcohol (CIA) los jóvenes:

- (1) Que consumen más de 40/60 gramos (mujeres y hombres respectivamente),
- (2) durante un intervalo de cuatro a seis horas,
- (3) alcanzando una alcoholemia que supera los 0.8 g/l.

Siguiendo estos criterios, 389 jóvenes entrevistados se clasificaron como Consumidores Intensivos, lo que supone un 68.4% de la muestra total. De entre los clasificados dentro de esta categoría, la mayoría son mujeres (68.6%, N=267), y su media de edad se sitúa próxima a los 18 años ( $\bar{x} = 17.97$  años; d.t.= 2.705) siendo significativamente superior a la edad de los Consumidores No Intensivos ( $t_{(322,299)} = -4.804$ ,  $p < .000$ ).

El mayor porcentaje de consumidores de este tipo se encuentra entre los jóvenes que cursan el segundo año de universidad (21.1%) y primero de bachillerato (20.3%) seguidos de los universitarios de primer curso (18.3%).

Aunque la edad de inicio en el consumo de alcohol es similar entre el grupo de Consumidores Intensivos y aquellos que no realizan este patrón de consumo (CIA: 14.25; NoCIA: 14.36;  $p < .565$ ), sí que aparecen diferencias significativas en el tiempo que llevan cada grupo realizando este patrón ( $U = 11606$ ,  $p < .000$ ). Así en los Consumidores Intensivos la mediana de tiempo es de dos años ( $\bar{x} = 2.3$  años), mientras que en los Consumidores No Intensivos es de un año ( $\bar{x} = 1.5$  años).

El mayor porcentaje de episodios de Consumo Intensivo se da entre aquellos que sólo beben así en un día u ocasión especial (56.8%; n=221), seguido de aquellos que lo llevan a cabo indistintamente en consumos habituales y especiales (42.4%; n= 165). Tan sólo 3 entrevistados señalaron que consumían bajo ese patrón exclusivamente en sus consumos habituales (0.8%). No existen diferencias significativas entre los tres grupos, ni en la edad de los sujetos que los componen, ni en la edad de inicio en el consumo de alcohol, ni en el tiempo que llevan consumiendo el patrón actual.

A partir del dato anterior referente al patrón de aparición de estos episodios, podrían plantearse la posibilidad de unificar a todos los consumidores que realizan CIA en un único grupo, ya que existen razones que apoyan esta decisión:

1. Cuando se les pregunta por su ingesta en alguna fiesta, celebración o día especial un 99.23% (N=386) bebe superando esos criterios.
2. Si se compara los dos grupos (CIA en día habitual y CIA en día especial) en el número de meses en los que realizan CIA y en la media de episodios por mes (tabla 25), no aparecen diferencias significativas. Éstas sí que aparecen al comparar ambos grupos con los consumidores que no presentan CIA (*número de CIA en últimos 6 meses*:  $F_{(189,863)}=38.247$ ,  $MCE=4.964$ ,  $p<.000$ ).

	no CIA	CIA en día habitual	CIA sólo en día especial
<b>Número de meses con CIA en el último semestre</b>	0	3.12	2.14
<b>Media de episodios los meses que hace CIA</b>	0	3.69	2.52

Tabla 25. Media de los grupos de No CIA y CIA en día habitual y en día especial en variables de frecuencia de consumo.

3. Por último, en ambos grupos se supera claramente el límite de riesgo reconocido por Babor, Higgins, Saunders y Monteiro (2001) que estiman que una frecuencia superior a una o más veces al año (*menos de una vez al mes*, equivalente a una puntuación de 1 en el ítem 3 del AUDIT) debe ser considerada susceptible de consejo terapéutico.

Si se atiende a la duración de los consumos, los resultados señalan que la media de horas dedicadas a la ingesta de los jóvenes clasificados como CIA es de 4.35 (d.t. 2.13) y su mediana de 4 horas.

La *U* de Mann-Whitney indica que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en el tiempo que dedican a cada episodio de consumo. Asimismo, la *H* de Kruskal-Wallis no muestra diferencias significativas en cuanto a la duración de los episodios de CIA entre aquellos que lo realizan en consumos habituales y aquellos que lo llevan a cabo en ocasiones especiales.

El nivel de alcoholemia total alcanzado durante el episodio de Consumo Intensivo, se ha obtenido con 389 consumidores intensivos, alcanzando por término medio 3.13 gr/l (dt. 1.39) y una mediana de 2.92, con un rango que oscila entre los 0.95 gr/l y los 8.47 gr/l.

La estimación del nivel de metabolización sólo ha podido calcularse con 223 consumidores al no disponer de toda la información necesaria en el resto de jóvenes de este grupo. La alcoholemia final calculada sobre estos se sitúa en 2.73 gr/l (dt. 1.4), con una mediana de 2.5, y un rango entre los 00 gr/l y los 7.57 gr/l.

Por último, el nivel de alcoholemia medio (N=223) calculado a partir de los dos anteriores presenta un valor de 3.05 gr/l (dt. 1.42), con una mediana de 2.83 gr/l, y un rango entre los 0.56 gr/l y los 8.02 gr/l.

Estas tres variables quedan representadas en el siguiente gráfico 14.

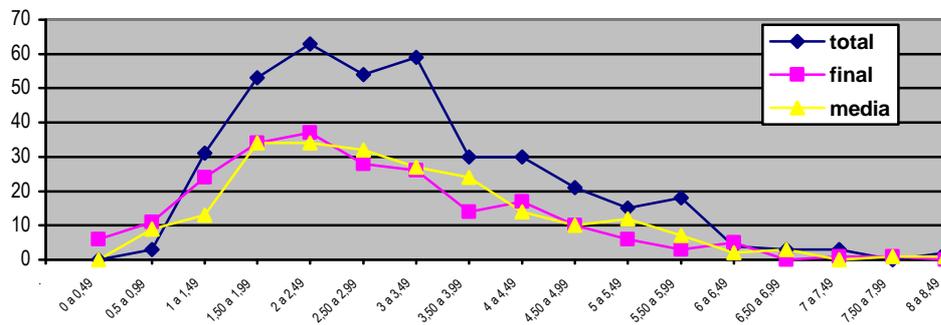


Gráfico 14. Porcentaje de jóvenes que alcanzan los niveles de alcoholemia señalados.

En los tres índices calculados, las mujeres presentan concentraciones de alcohol en sangre superiores a los varones (tabla 26), siendo esta diferencia significativa en las tres comparaciones (Alcoholemia total:  $t_{(387)}=-3.476$ ,  $p<.001$ ; Alcoholemia final:  $t_{(221)}=-4.511$ ,  $p<.000$ ; Alcoholemia media:  $t_{(221)}=-4.405$ ,  $p<.000$ ).

La estimación de la alcoholemia media durante el episodio de Consumo Concentrado indica que el 98.2% de los registros superan el nivel de 0.8 gr/l fijado por el MSC (2008).

	Hombre		Mujer	
	N	Media (dt)	N	Media (dt)
<b>alcoholemia TOTAL</b>	122	2.77 (1.21)	267	3.29 (1.44)
<b>alcoholemia FIN</b>	73	2.15 (1.21)	150	3.02 (1.41)
<b>alcoholemia MEDIA</b>	73	2.48 (1.19)	150	3.34 (1.44)

Tabla 26. Descriptivos en función del sexo de los tres valores de alcoholemias calculados.

Además, no resulta significativa la diferencia entre el porcentaje de mujeres y de hombres que superan el 0.8 gr/l en la estimación de la alcoholemia media (mujeres=99.3%; varones=95.9%).

### 2.2.2.3. Análisis de conglomerados

A partir de las razones aludidas en el apartado anterior se consideró un único grupo (n=389) de CIA (habituales + día especial). De cada sujeto se tuvo en cuenta el sexo, la edad, los gramos de alcohol consumidos en el registro de mayor consumo, el número de episodios de CIA en una semana normal y el número de episodios de CIA en los últimos 6 meses. Estas variables se consideraron para realizar un análisis cluster en dos fases.

El resultado ofreció una única solución de dos grupos: uno formado exclusivamente por varones y otro por mujeres. No se excluyó del análisis a ningún sujeto.

Para poder hacer un análisis diferencial más amplio se añadieron a estos dos grupos el de No consumidores y el de consumidores que no alcanzan las tasas de CIA (tabla 27).

		Grupos Cluster CIA		Grupos añadidos	
		CIA Hombres	CIA Mujeres	NoCons	No CIA
Hombre	N (%)	122 (21.4)	0	42 (7.39)	46 (8.10)
Mujer	N (%)	0	267 (46.9)	51 (8.98)	40 (7.04)
Edad	Media (d.t.)	17.11 (2.50)	18.36 (2.71)	16.05 (2.39)	17.45 (3.33)
Gr registro mayor consumo	Media (d.t.)	135.53 (60.4)	112.42 (49.7)	0	26.63 (12.38)
Num. CIA en semana normal	Media (d.t.)	0.60 (0.85)	0.63 (0.87)	0	0
CIA en últimos 6 meses	Media (d.t.)	2.66 (2.36)	2.68 (2.41)	0	0

Tabla 27. Descriptivos de los grupos surgidos del análisis cluster y los grupos añadidos para los análisis en las variables utilizadas en el análisis de conglomerados.

Los varones Consumidores Intensivos ingieren una media superior a 135 gramos de alcohol en cada episodio. Además, señalan beber de forma intensiva con una periodicidad quincenal aproximadamente, aunque hay un 28.7% (n=35) que lo llega a hacer de manera semanal. Durante los últimos 6 meses han

consumido de este modo más de dos veces, aunque más de la mitad de ellos (53.3%; n=65) lo han hecho más de tres veces, y 21 de ellos (17.2%) lo ha hecho seis o más veces.

Por su parte, las mujeres Consumidoras Intensivas ingieren una media de 112.42 gramos de alcohol por episodio y llevan a cabo este patrón de CIA cada 14 días, aunque un 16.85% (n=45) lo llega a hacer más de una vez a la semana. Respecto al número de episodios en los últimos 6 meses, la media es superior a la de los varones (2.68 veces), aunque un 51.68% (n=138) de estas chicas presentan 3 o más episodios, y de éstas, casi la mitad (20.97% del total; n=56) lo han hecho 6 o más veces en este periodo.

Aparecen diferencias significativas en la edad al comparar los 4 grupos ( $F_{(3,564)} = 26.034$ ,  $MCE=7.138$ ,  $p<.000$ ). Las pruebas a posteriori (Games-Howell) indican que la edad media de los sujetos No Consumidores es significativamente inferior al grupo de Consumidores No Intensivos ( $p<.000$ ) y a los dos grupos de Consumidores Intensivos (*hombres:  $p<.001$ ; mujeres:  $p<.000$* ). Por su parte, el grupo de mujeres Consumidoras Intensivas tienen una edad significativamente superior al resto de grupos (*No Consumidores  $p<.000$ ; Consumidores No Intensivos  $p<.001$ ; varones CIA  $p<.000$* ).

#### a) Análisis de los grupos surgidos de los clústers

Para analizar las características de cada grupo se llevó a cabo un análisis de varianza (ANOVA) tomando como variable independiente el grupo (no consumidores, consumidores no CIA, CIA varones y CIA mujeres) y como variables dependientes distintos indicadores relacionados con el consumo de alcohol, así como las 11 escalas de la Teoría de la Conducta Planificada.

*Variables relacionadas con el consumo de alcohol.*

No aparecen diferencias significativas en la edad del primer consumo de alcohol entre los 4 grupos. En todos los casos se sitúa alrededor de los 14 años (noCons: 14.19; noCIA: 14.42; CIA hombres: 14.07; CIA mujeres: 14.34).

Al calcular los años que llevan consumiendo alcohol, las CIA mujeres (4.03 años) significativamente llevan más tiempo bebiendo que los CIA hombres (3.08 años) ( $t_{(379)} = -3.561$ ,  $p < .000$ ). Sin embargo, ninguno de los dos grupos muestra diferencias con los noCIA.

Tampoco aparecen diferencias significativas, entre los 3 grupos de consumidores, cuando se analiza el tiempo que llevan consumiendo con el patrón actual de ingesta, oscilando entre 2 y 2.5 años (noCIA:  $\bar{x} = 2.47$ , Md=2; CIA hombres:  $\bar{x} = 2.23$ , Md=3; CIA mujeres:  $\bar{x} = 2.3$ , Md=2).

Pero no solo aparecen diferencias entre los consumidores que no alcanzan los límites del Consumo Intensivo y los que lo superan en las tasas de ingesta en el número de gramos consumidos. También aparecen esas diferencias en el número máximo de consumiciones que se fijan los jóvenes antes de iniciar una sesión de consumo. Los Consumidores No Intensivos son los que menos consumiciones tienen previsto tomar (tabla 28), siendo significativa la diferencia con los Consumidores Intensivos, tanto los varones ( $p < .000$ ) como las mujeres ( $p < .04$ ). Todos los CIA planean consumir una cantidad similar antes de empezar a beber ( $p = .541$ ).

	Media (dt)
No CIA	2.30 (1.6)
CIA hombres	3.74 (1.87)
CIA mujeres	3.24 (1.33)

Tabla 28. Número de consumiciones previstas antes de empezar a consumir.

Para poder analizar la duración de los episodios de consumo se les preguntó a los jóvenes a qué hora se tomaban su primera consumición y la última. A partir de la diferencia entre ambos registros se obtuvo el tiempo durante el que están bebiendo alcohol (tabla 29). Es interesante señalar que no existen diferencias significativas entre ninguno de los grupos de consumidores en dicho registro, dedicándole a cada episodio de consumo alrededor de 4 horas.

	Media (d.t.)
No CIA	4.28 (1.95)
CIA hombres	4.46 (2.80)
CIA mujeres	4.27 (1.70)

Tabla 29. Media de horas dedicadas a consumir alcohol en cada episodio.

En las variables de conformación de los conglomerados ya se ha hecho referencia a la frecuencia de aparición de episodios de Consumo Intensivo entre los tres grupos de bebedores. Sin embargo también es interesante señalar, dentro de esos parámetros de frecuencia, el tiempo transcurrido desde la última sesión de CIA. Para ello se les pidió a los jóvenes que señalaran la fecha en la que habían consumido por última vez de ese modo y luego se recodificó ésta indicando (en meses) el tiempo transcurrido desde esa fecha hasta el pase del cuestionario.

En el caso de los Consumidores No Intensivos (n=33) que señalaron tener algún episodio de este tipo en el pasado, ha transcurrido como media poco más de un año (Md=14 y 12.5 respectivamente) (tabla 30). Por el contrario, entre los

Consumidores Intensivos de ambos sexos ese intervalo es inferior al mes (Md=0.50 para ambos grupos). Concretamente, el 62.9% de varones lo ha realizado durante el último mes, y casi una cuarta parte (24.7%) el fin de semana anterior al estudio. En el caso de las mujeres, estos porcentajes son más elevados, ya que en un 64.2% ha transcurrido sólo un mes, y en un 29.3% menos de una semana.

	N	Media (d.t.)	Mediana
NoCIA	33	13.20 (19.94)	12.50
CIA hombres	97	1.50 (1.99)	0.50
CIA mujeres	232	1.37 (1.70)	0.50

Tabla 30. Tiempo (en meses) transcurrido desde el último episodio de CIA.

La *U* de *Kruskal-Wallis* indica que la diferencia entre los dos bloques (noCons+noCIA frente a CIA Hb+CIA Mj) es significativa ( $\chi_{(3)}^2= 89.311$ ,  $p<.000$ ).

#### 2.2.2.4. Análisis de los grupos mediante los constructos de la Teoría de la Conducta Planificada

##### a) Intención de llevar a cabo la conducta

En los tres ítems utilizados para medir la intención de llevar a cabo un episodio de CIA durante los siguientes 6 meses (tabla 31) aparecen diferencias significativas entre los cuatro grupos (IC1:  $F_{(3,522)}= 152.710$ ,  $MCE=2.797$ ,  $p<.000$ ; IC2:  $F_{(3,557)}= 104.805$ ,  $MCE=0.506$ ,  $p<.000$ ; IC3:  $F_{(3,546)}= 34.477$ ,  $MCE=2.754$ ,  $p<.000$ ).

<i>Media (dt)</i>	No cons	No CIA	CIA mujeres	CIA hombres	F	p
IC1-Es muy probable que realice un Consumo Concentrado durante los próximos 6 meses	1.65 (1.360)	2.68 (1.980)	5.35 (1.691)	5.53 (1.657)	152.710	.000
IC2-¿Con qué regularidad piensas hacer un Consumo Concentrado durante los próximos 6 meses?	1.04 (0.190)	1.50 (0.707)	2.46 (0.818)	2.40 (0.754)	104.805	.000
IC3-Aunque me surja algún contratiempo, trataré de realizar un Consumo Concentrado en los próximos 6 meses	1.44 (1.175)	1.96 (1.468)	3.44 (1.761)	3.19 (1.769)	34.477	.000

Tabla 31. Ítems referidos a la intención de llevar a cabo la conducta (*media, desv. típica, valor de F y significación*).

Concretamente, en el ítem que evalúa la probabilidad de realizar la conducta durante los próximos seis meses, los dos grupos que muestran mayor acuerdo son los CIA, y además lo hacen con una puntuación similar (varones: 5.53; mujeres; 5.35; n.s.). Donde sí que aparecen diferencias significativas es en el cruce entre No Consumidores (que son los que muestran una intención menor de llevar a cabo la conducta) y los Consumidores No Intensivos ( $p < .003$ ), y entre los No Consumidores frente a los dos grupos de CIA ( $p < .000$ ). Por su parte, los consumidores moderados también presentan un desacuerdo significativamente mayor que ambos grupos de CIA ( $p < .000$ ).

Respecto a la regularidad con la que piensan llevar a cabo este patrón de consumo en los siguientes 6 meses, en todos los grupos se señala un patrón no superior a una vez al mes, aunque en el caso de los No Consumidores la media indica que prácticamente la totalidad de ellos no tiene pensado llevar a cabo esta conducta. En este caso, vuelven a aparecer diferencias significativas entre todos los grupos ( $p < .000$ ) excepto entre los CIA ( $p = .909$ ) que vuelven a mostrarse como un único bloque.

Por otra parte, los dos grupos de Consumidores Intensivos son los que parecen no tener claro si continuarían con su intención de consumir de manera intensiva en caso de surgir algún contratiempo. Sí que presentan mayor determinación tanto los No Consumidores como los consumidores no intensivos, entre los que no aparecen diferencias significativas, y que muestran una postura en desacuerdo a la hora de tratar de solventar los contratiempos que impidan ese tipo de consumo. Entre los dos grupos de mayor consumo y los dos grupos de menor consumo sí que aparecen diferencias significativas ( $p < .000$ ).

#### b) Actitud hacia la Conducta de Consumo Intensivo

Las 9 escalas que analizan en forma de diferencial semántico la evaluación más o menos general que realizan los jóvenes hacia la conducta de Consumo Intensivo siguen el mismo patrón de respuesta desde (1) que refleja una valoración negativa hasta (7) que evidencia una evaluación positiva. La puntuación intermedia (4) indica una valoración neutra.

En general, como se puede apreciar en el gráfico 15 y en la tabla 32, todas las escalas se comportan de modo similar, con los No Consumidores y los noCIA mostrando una evaluación más negativa a la indicada por ambos grupos de consumidores intensivos.

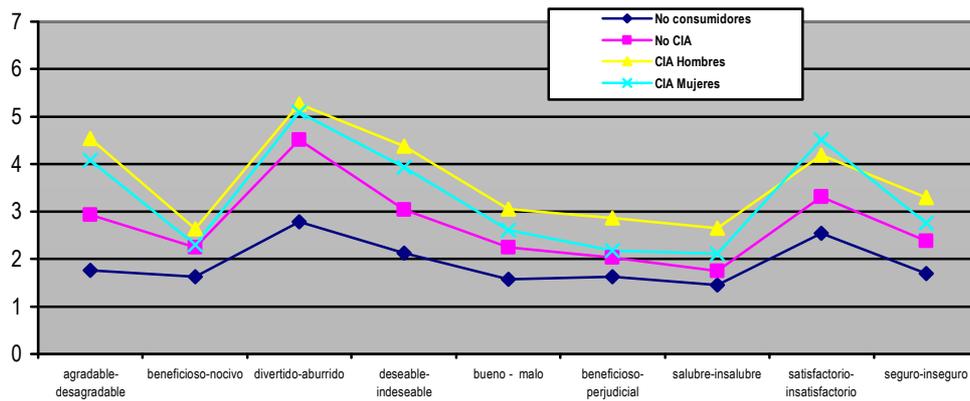


Gráfico 15. Escalas de actitud hacia la conducta de Consumo Intensivo.

	No cons	Cons. No CIA	CIA mujeres	CIA hombres	F	p
a. desagradable-gradable	1.76 (1.265)	2.93 (1.787)	4.08 (1.581)	4.54 (1.422)	70.395	.000
b. nocivo-beneficioso	1.63 (1.279)	2.25 (1.508)	2.3 (1.397)	2.64 (1.336)	9.044	.000
c. aburrido-divertido	2.78 (1.730)	4.51 (1.653)	5.09 (1.539)	5.26 (1.390)	54.160	.000
d. indeseable-deseable	2.13 (1.505)	3.04 (1.687)	3.93 (1.309)	4.38 (1.452)	47.178	.000
e. malo-bueno	1.57 (1.072)	2.25 (1.605)	2.61 (1.740)	3.06 (1.542)	16.376	.000
f. perjudicial-beneficioso	1.63 (1.304)	2.03 (1.570)	2.18 (1.727)	2.87 (1.486)	12.168	.000
g. insalubre-salubre	1.45 (1.054)	1.75 (1.222)	2.11 (1.754)	2.65 (1.559)	11.686	.000
h. insatisfactorio-satisfactorio	2.55 (1.696)	3.31 (1.674)	4.51 (1.507)	4.18 (1.482)	34.619	.000
i. inseguro-seguro	1.7 (1.269)	2.38 (1.496)	2.76 (1.454)	3.3 (1.490)	21.010	.000

Tabla 32. Escalas de actitud hacia la conducta de Consumo Intensivo (media, desv. típica, valor de F y significación).

La escala que alcanza las dos mayores puntuaciones (otorgadas por los dos grupos de consumidores intensivos) es *aburrido-divertido*. En ella, el único grupo que valora esta conducta de forma más negativa es el de No Consumidores (2.78), mientras que los Consumidores No Intensivos realizan una valoración neutra (4.51). Los dos grupos de Consumidores Intensivos valoran como divertida esta

conducta otorgándole en ambos casos una puntuación superior a 5. Las diferencias entre los cuatro grupos resultan significativas ( $F_{(3,545)} = 54.160$ ,  $MCE=2.288$ ,  $p<.000$ ), señalando las pruebas a posteriori (Games-Howell) que los No Consumidores consideran que el Consumo Intensivo es más aburrido que el resto de grupos ( $p<.000$ ), mientras que los Consumidores No Intensivos lo valoran menos divertido que los grupos de Consumidores Intensivos ( $p<.040$ ).

Las escalas *indeseable-deseable* y *desagradable-gradable* prácticamente siguen la misma distribución en los cuatro grupos. Tanto los No Consumidores como los Consumidores No Intensivos presentan puntuaciones inferiores a 3, siendo en ambos casos más negativa la valoración de los no consumidores, y siendo esta diferencia significativa según las pruebas *post-hoc* (Games-Howell) ( $p<.000$ ). También es significativa la diferencia entre estos dos grupos y los dos de consumidores intensivos. Estos segundos presentan una puntuación entre 4 y 5, no decantándose ni por una valoración negativa ni por una positiva, aunque entre ellos es significativa la diferencia ( $p<.032$ ).

En cinco de las escalas la valoración de todos los grupos es negativa (por debajo de 4), indicando que esta conducta es considerada en general *insegura, nociva, perjudicial, mala e insalubre*. En los cuatro casos se realiza una valoración más negativa cuanto menor es el consumo, destacando además en el caso de los Consumidores Intensivos las mujeres por presentar una actitud más negativa. En todos los casos aparecen diferencias significativas en función del tipo de consumo realizado.

Las pruebas a posteriori (Games-Howell en todos los casos excepto en la escala *nocivo-beneficioso* -Scheffe-) señalan diferentes pautas entre los grupos. Los No Consumidores consideran esta conducta como significativamente más mala, nociva, insatisfactoria e insegura que el resto de los grupos ( $p<.05$ ), y

significativamente más perjudicial e insalubre que los Consumidores Intensivos ( $p < .005$ ). Por su parte, los varones Consumidores Intensivos consideran que consumir de este modo es significativamente menos perjudicial, menos insalubre y menos inseguro que el resto de los grupos ( $p < .02$ ), y que es significativamente menos malo que lo indicado por los grupos de No Consumidores y Consumidores No Intensivos ( $p < .006$ ).

### c) Intensidad de las Creencias Conductuales

Si se atiende a las creencias que los jóvenes alegan para realizar o no un Consumo Intensivo, o lo que es lo mismo, si se les pregunta por las consecuencias positivas/ventajas y negativas/desventajas que les puede reportar realizar esta conducta -creencias conductuales- destacan principalmente dos aspectos. En primer lugar, en todas las escalas las diferencias entre los grupos resultan significativas ( $p < .000$ ), mostrando la existencia de pautas claramente diferenciadas en función del tipo de consumo que realizan (tabla 33).

En segundo lugar, señalar la aparición de dos tendencias completamente opuestas según se evalúen consecuencias positivas o negativas. Al contemplar las primeras (ventajas) ni los No Consumidores ni los bebedores No Intensivos llegan a mostrar acuerdo en que este tipo de consumo pueda ayudarles a experimentar ninguna de estas consecuencias.

	No cons	Cons. No CIA	CIA mujeres	CIA hombres	F	p
ICC01. Beber varias consumiciones en una sola ocasión puede hacer que me sienta más confiad@	2.41 (1.741)	3.47 (1.607)	4.09 (1.715)	4.32 (1.695)	26.34	.000
ICC02. Me siento más segur@ de mí mism@ cuando bebo varias consumiciones en unas pocas horas	2.24 (1.676)	2.49 (1.634)	3.57 (1.804)	3.71 (1.753)	19.75	.000

Tabla 33. Ítems referidos a la intensidad de las creencias conductuales (media, desv. típica, valor de F y significación).

ICC03. Me gusta la sensación que produce beber varias consumiciones en unas pocas horas.	1.77 (1.308)	2.89 (1.832)	4.03 (1.651)	4.39 (1.653)	57.26	.000
ICC04. Si bebo varias consumiciones en unas pocas horas me olvido de mis miedos	2.33 (1.689)	3.09 (1.729)	3.76 (1.836)	4.19 (1.921)	20.48	.000
ICC05. Si bebo varias consumiciones en unas pocas horas me siento más sociable	2.27 (1.672)	3.31 (1.759)	4.61 (1.834)	4.43 (1.845)	42.45	.000
ICC06. Beber varias consumiciones en unas pocas horas me ayuda a superar la timidez. a relacionarme	2.47 (1.757)	3.81 (1.883)	4.49 (1.898)	4.64 (1.818)	30.15	.000
ICC07. Beber varias consumiciones en unas pocas horas me hace perder la vergüenza	2.76 (1.878)	3.78 (1.988)	4.79 (1.809)	4.74 (1.93)	30.07	.000
ICC09. Beber varias consumiciones en unas pocas horas me hace sentirme más feliz	2.34 (1.591)	3.32 (1.729)	4.01 (1.667)	4.3 (1.667)	29.25	.000
ICC10. Beber varias consumiciones en unas pocas horas me hace sentir emociones nuevas	2.64 (1.608)	3.62 (1.718)	3.89 (1.602)	4.07 (1.644)	15.67	.000
ICC12. Beber varias consumiciones en unas pocas horas me hace "pillar el puntillo"	2.26 (1.595)	3.56 (2.134)	5.16 (1.492)	5.08 (1.467)	86.23	.000
ICC13. Al beber varias consumiciones en unas pocas horas me vuelvo más hablador/a	3.11 (1.766)	3.81 (1.677)	5.22 (1.572)	4.8 (1.682)	43.14	.000
ICC14. Cuando bebo varias consumiciones en unas pocas horas me siento más poderos@	2.14 (1.466)	2.31 (1.544)	2.86 (1.654)	3.57 (1.828)	15.83	.000
ICC15. Beber varias consumiciones en unas pocas horas me hace sentirme más integrad@ con mis amig@s	2.46 (1.637)	3.11 (1.709)	3.46 (1.809)	3.76 (1.862)	10.16	.000
ICC16. Cuando bebo varias consumiciones en unas pocas horas estoy más a gusto con mis amig@s	2.37 (1.572)	2.93 (1.661)	3.41 (1.779)	4.1 (1.699)	18.99	.000
ICC17. Beber varias consumiciones en unas pocas horas me calma. me tranquiliza	1.98 (1.3)	2.47 (1.463)	2.59 (1.424)	2.91 (1.614)	7.18	.000
ICC18. Beber varias consumiciones en unas pocas horas me hace ser más cariños@	2.26 (1.544)	3.19 (1.689)	4.35 (1.751)	4.25 (1.898)	36.67	.000
ICC19. Si bebo varias consumiciones en unas pocas horas me siento más sensual	2.34 (1.547)	2.94 (1.719)	3.68 (1.87)	3.8 (1.748)	16.06	.000
ICC21. El consumo concentrado hace que mis relaciones sexuales sean más fáciles y más agradables	2.48 (1.709)	2.75 (1.701)	3.23 (1.793)	3.41 (1.794)	6.14	.000
ICC23. Cuando bebo varias consumiciones en unas pocas horas me vuelvo más creativ@	2.36 (1.602)	2.9 (1.733)	3.63 (1.659)	4.08 (1.876)	20.58	.000
ICC24. Si no bebo varias consumiciones en unas pocas horas no me divierto	1.98 (1.588)	1.74 (1.259)	2.45 (1.53)	2.92 (1.859)	10.89	.000

Tabla 33 (continuación). Ítems referidos a la intensidad de las creencias conductuales (media, desv. típica, valor de F y significación).

ICC25. Beber varias consumiciones en unas pocas horas me ayuda a evadirme y desconectar	2.32 (1.49)	3.27 (1.888)	3.93 (1.809)	4.22 (1.857)	23.40	.000
ICC34. Beber varias consumiciones en unas pocas horas me puede crear problemas	5.84 (1.6)	5.18 (1.808)	4.29 (1.902)	4.71 (1.835)	17.2	.000
ICC43. Realizar un consumo concentrado suele generarme problemas con los amigos	3.96 (2.038)	3.53 (1.819)	2.42 (1.486)	2.72 (1.86)	22.01	.000

Tabla 33 (continuación). Ítems referidos a la intensidad de las creencias conductuales (media, desv. típica, valor de F y significación).

Respecto a las segundas (desventajas) son estos dos mismos grupos los que señalan con mayor intensidad el hecho de que este tipo de consumo pueda ser fuente de problemas. Concretamente, los No Consumidores son los que más asocian estos episodios con la posibilidad de problemas ( $\bar{x}=5.84$ ), significativamente por encima de los dos grupos de CIA ( $p<.000$ ). Por su parte, las mujeres CIA son las que menos problemas entrevén por el hecho de realizar este tipo de consumo ( $\bar{x}=4.29$ ), significativamente por debajo de los No Consumidores y de los bebedores No Intensivos ( $p<.004$ ).

Cuando se les pregunta por los problemas que este consumo podría ocasionar en la relación con sus amigos, se mantiene la tendencia observada anteriormente, mostrando nuevamente puntuaciones significativamente superiores los No Consumidores y los bebedores No Intensivos frente a los dos grupos de bebedores intensivos ( $p<.015$ ). Sin embargo, las puntuaciones de los cuatro grupos no llegan a superar en ningún caso el 4, indicando un desacuerdo general en que este patrón de consumo sea fuente de problemas con sus amigos.

Si se analiza más detenidamente el conjunto de puntuaciones de los diferentes grupos, es interesante señalar que los No Consumidores siempre sitúan sus puntuaciones entre los rangos de respuesta de *Algo en desacuerdo* y *Bastante en desacuerdo* en referencia a que el Consumo Intensivo pueda producir ciertas mejoras personales o sociales, o que ayude a mejorar ciertos estados.

Tampoco en el caso de los Consumidores No Intensivos se llega a superar la puntuación de 4 (la cual marcaría el límite entre el desacuerdo y el acuerdo con la afirmación presentada) en ninguno de los ítems. Sin embargo sí que se acercan bastante a este punto de inflexión en algunas de las escalas, fundamentalmente en aquellas que hacen referencia a la ayuda que esperan que les produzca el consumo a la hora de perder la vergüenza, superar la timidez, ayudarles a relacionarse o volverse más hablador, así como llegar a sentir algún tipo de emoción nueva gracias al consumo y ayudarles a “pillar el puntillo”. No hay que olvidar que algunos de estos jóvenes sí que están consumiendo alcohol, y que en un consumo de pequeñas concentraciones de esa sustancia pueden llegar a aparecer efectos similares a los señalados.

Con respecto a los dos grupos de consumidores intensivos, es interesante señalar que únicamente en dos de las afirmaciones ofrecidas aparecen diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas: *sentirse más poderoso* y *estar más a gusto con mis amigos*. En ambas, los varones puntúan por encima de las mujeres. Sin embargo, también en los dos casos los valores de los dos grupos no llegan a alcanzar niveles de acuerdo con las creencias.

En aquellas consecuencias positivas con las que se muestran más de acuerdo estos dos grupos de CIA, son *pillar el puntillo* (mujeres=5.16; hombres=5.08) y *volverse más hablador* (mujeres=5.22; hombres=4.8). En ambas, además, estos dos grupos puntúan de manera similar y significativamente por encima de los dos grupos de menor consumo ( $p < .000$ ).

Los dos grupos de CIA también puntúan de manera similar (sin diferencias significativas entre ambos) en cuatro escalas en las que no llega a alcanzarse la puntuación *De acuerdo* (5) pero que sí que sitúa a ambos grupos por encima del punto de inflexión. En estos ítems, las consecuencias buscadas con el consumo

---

son una mejora de la sociabilidad -ICC05-, la pérdida de inhibiciones -ICC07- (ambas en la línea del ítem comentado anteriormente de *volverse más hablador*), la superación de la timidez para poder relacionarse -ICC06- y un cambio en el estado de ánimo que mejore dichas relaciones interpersonales -ICC18-. En los cuatro casos además también existen diferencias significativas con los dos grupos de menor consumo ( $p < .007$ ).

Por último, se observan una serie de creencias en las que ambos grupos de bebedores intensivos se sitúan rondando el punto de inflexión entre el acuerdo y el desacuerdo. Las mismas hacen referencia a mejoras producidas por el consumo en aspectos personales (*aumento de la confianza y la creatividad*), en cambios del estado de ánimo (*olvidarse de los miedos, sentirse más feliz, sentir emociones nuevas y desconectar*) y en preferencias y gustos (*me gusta la sensación*).

Resulta interesante señalar la baja asociación que los cuatro grupos muestran entre el Consumo Intensivo y la diversión. Los dos grupos de menor consumo indican estar *Bastante en desacuerdo* con dicha asociación, mientras que los dos grupos de Consumidores Intensivos estarían *Algo en desacuerdo*. Pese a esta baja asociación, los varones CIA siguen puntuando significativamente más que los dos grupos de menor consumo ( $p < .001$ ).

Esta misma asociación baja con el Consumo Intensivo también se observa en la creencia relacionada con el efecto real depresor que produciría el alcohol en grandes cantidades. Las puntuaciones de los cuatro grupos en ningún caso superan el 3 (algo en desacuerdo), aunque sí que aparecen diferencias significativas ( $p < .009$ ) entre los No Consumidores ( $\bar{x} = 1.98$ ) y ambos grupos de CIA (mujeres: 2.59; varones: 2.91).

Por último, aparecen también un conjunto de consecuencias derivadas del consumo con las que no están de acuerdo ninguno de los grupos y que hacen referencia tanto a mejoras personales (*aumento de la seguridad en sí mismo, sentirse más poderoso o más sensual*) como interpersonales (*sentirse más integrado con amigos y mejorar las relaciones sexuales*).

Al considerar únicamente las pruebas a posteriori de todas las consecuencias evaluadas (aunque ya se han comentado algunas anteriormente) destaca que en todos los casos<sup>13</sup> el grupo de No Consumidores se diferencia estadísticamente ( $p < .010$ ) de ambos grupos de CIA (tanto varones como mujeres). En el caso de las consecuencias positivas su puntuación es siempre más baja (están menos de acuerdo en que el consumo concentrado produzca esas mejoras), mientras que están más de acuerdo en que pueden aparecer algunos inconvenientes debido a este patrón de ingesta.

Este grupo de No Consumidores también muestra diferencias significativas ( $p < .011$ ) con el grupo de Consumidores No Intensivos en algunas escalas. En concreto, asocian en menor grado el Consumo Intensivo de Alcohol con mejoras personales (*mayor confianza*), del estado de ánimo (*más cariñoso, más feliz, con emociones y sensaciones nuevas, "con el puntillo", evasión*) o mejoras en las relaciones interpersonales (mayor sociabilidad y menor timidez o vergüenza).

Por otra parte, el grupo de Consumidores No Intensivos, también muestran diferencias con los CIA, manifestando que este patrón de consumo puede producir problemas con los amigos ( $p < .015$ ), y menor número de ventajas ( $p < .05$ ). En concreto, respecto a estas últimas, no creen que beber varias consumiciones en pocas horas vuelva a uno más seguro de sí mismo, más feliz, más creativo, más

---

<sup>13</sup> Excepto en la asociación de consumo y diversión en la que no hay diferencias significativas con las mujeres.

cariñoso o más sensual. Ni que haga alcanzar un estado positivo (*puntillo*) o que ayude a perder la vergüenza, ser más hablador y ello ayude a ser más sociable y relacionarse mejor.

Asimismo, difieren significativamente con los CIA Varones en que ayude a mejorar la confianza, de manera que uno se sienta más poderoso y se olvide de sus miedos, o en que permita desconectar de los problemas, estar más a gusto con los amigos y que sea necesario para divertirse ( $p < .005$ ). Con las Mujeres CIA, por el contrario, difieren significativamente en que asocian en mayor grado que ellas estos patrones de consumo y la posibilidad de aparición de problemas ( $p < .004$ ).

En cuatro de las ventajas atribuidas al consumo no aparecen diferencias entre Consumidores No Intensivos e Intensivos (*sentir sensaciones nuevas, calmarse, mejorar las relaciones sexuales e integrarse con los amigos*). Sin embargo, se trata de consecuencias a las que todos los grupos atribuyen una baja relación con este patrón de consumo.

#### d) Evaluación de las Creencias Conductuales

Al analizar el peso o importancia que tienen las diferentes consecuencias ligadas a la conducta de Consumo Intensivo (tabla 34) se observa una evaluación diferente por parte de los jóvenes. En líneas generales, aunque no reconozcan la posibilidad de que esa consecuencia pueda derivar de un patrón de Consumo Intensivo, sí que consideran que constituirían un resultado a considerar en caso de producirse.

En este sentido, en 7 de las 23 consecuencias evaluadas no se aprecian diferencias en la importancia que otorgan los encuestados a cada una de ellas. Además, en cinco de los ítems que sí muestran diferencias significativas, al llevar

a cabo las pruebas a posteriori (*Scheffe* y *Games-Howell*) no se evidencian, indicando que éstas pueden provenir de otros factores estadísticos que precisan de comparaciones estadísticas complejas.

<i>¿Qué importancia tiene para ti...</i>	No cons	Cons. No CIA	CIA mujeres	CIA hombres	F	P
ECC01. ...tener más confianza en ti mismo?	5.8 (1.768)	5.05 (1.774)	5.38 (1.796)	5.04 (1.75)	3.802	.01
ECC02. ...sentirte más seguro de ti mismo?	5.43 (1.907)	4.78 (1.932)	5.19 (1.776)	4.84 (1.75)	2.802	.039
ECC43. ...tener problemas con tus amig@s?	5.42 (1.662)	5.54 (1.859)	6.14 (1.323)	5.63 (1.713)	7.243	.000
ECC24. ...divertirte?	5.24 (1.998)	5.26 (1.88)	5.82 (1.392)	5.65 (1.567)	4.423	.004
ECC34. ...que tu consumo de alcohol te cree problemas?	5.09 (2.348)	5.38 (1.962)	5.85 (1.577)	5.59 (1.666)	4.487	.004
ECC09. ...sentirte más feliz?	4.95 (2.125)	4.72 (2.303)	5.38 (1.785)	5.2 (1.732)	2.863	.036
ECC06. ...superar la timidez. relacionarte?	4.93 (1.884)	4.84 (1.72)	4.67 (1.735)	4.6 (1.855)		
ECC05. ...sentirte más sociable?	4.67 1.835 ( )	4.62 (1.686)	4.68 (1.744)	4.67 (1.739)		
ECC04. ...olvidarte de tus miedos?	4.51 (2.01)	4.11 (1.748)	4.61 (1.847)	4.42 (1.885)		
ECC16. ...estar más a gusto con tus amig@s?	4.51 (1.986)	4.77 (1.927)	5.24 (3.018)	5.55 (5.579)		
ECC07. ...perder la vergüenza?	4.12 (2.055)	4.31 (1.93)	4.49 (1.836)	4.51 (1.934)	1.028	.38
ECC15. ...sentirte más integrad@ con tus amig@s?	4.01 (2.097)	4.31 (1.999)	4.46 (1.801)	4.38 (1.776)		
ECC17. ...estar más calmad@. más tranquil@?	3.82 (2.178)	3.8 (1.88)	3.68 (1.834)	3.97 (1.769)		
ECC21. ...que tus relaciones sexuales sean más fáciles y más agradables?	3.81 (2.252)	4.18 (2.05)	4.58 (2.053)	4.92 (1.836)	5.688	.001
ECC18. ...sentirte más cariños@?	3.59 (2.002)	3.68 (1.76)	4.1 (1.789)	4.19 (1.747)	2.985	.031
ECC10. ...sentir emociones nuevas?	3.42 (1.937)	3.61 (1.971)	4.09 (1.77)	4.37 (1.774)	6.044	.000
ECC23. ...ser más creativ@?	3.37 (2.126)	3.7 (2.111)	3.39 (1.829)	3.7 (1.936)		
ECC13. ...volverte más hablador/a?	3.2 (1.912)	3.49 (1.874)	3.97 (1.789)	4.06 (1.686)	5.606	.001
ECC19. ...sentirte más sensual?	3.05 (2.011)	3.32 (2.075)	3.55 (1.836)	3.76 (1.893)	2.622	.05
ECC25. ...evadarte. desconectar?	2.89 (1.934)	3.48 (1.93)	4.2 (1.927)	4.44 (1.853)	14.34	.000

Tabla 34. Ítems referidos a la evaluación de las creencias conductuales (*media, desv. típica, valor de F y significación*).

¿Qué importancia tiene para ti...	No cons	Cons. No CIA	CIA mujeres	CIA hombres	F	p
ECC14. ...sentirte más poderos@?	2.51 (1.943)	2.41 (1.58)	2.39 (1.583)	2.98 (1.971)	3.512	.015
ECC12. ...pillar el "puntillo"?	1.69 (1.449)	2.54 (1.681)	3.89 (1.72)	4 (1.867)	47.67	.000
ECC03. ...notar la sensación que produce tomar varias bebidas en pocas horas?	1.53 (1.243)	1.92 (1.341)	2.79 (1.61)	3.2 (1.802)	25.14	.000

Tabla 34 (continuación). Ítems referidos a la evaluación de las creencias conductuales (media, desv. típica, valor de F y significación).

En este caso, no aparece una tendencia general en la pauta de puntuaciones como sucedía al evaluar las creencias conductuales. Al contrario, se aprecia un aumento en las puntuaciones tanto del grupo de No Consumidores como de Consumidores No Intensivos. En este sentido, llama la atención que las puntuaciones más bajas de estos dos grupos sean las que hacen referencia directa en su enunciado a algún aspecto de la bebida (*notar la sensación que produce tomar varias bebidas seguidas* o *pillar el puntillo*). En ambos ítems, los dos grupos de menor consumo otorgan significativamente menor peso frente a los dos grupos de Consumidores Intensivos ( $p < .000$ ).

Por el contrario, entre los aspectos que más valoran los dos grupos de menor consumo están: la seguridad y confianza en uno mismo, sentirse feliz, relacionarse con los demás y divertirse. Este último aspecto es igualmente valorado por todos los grupos, pese a ser una de las consecuencias que estos jóvenes menos vinculan al Consumo Intensivo de Alcohol, tal como se ha indicado en el apartado anterior.

Si se atiende a aquellas consecuencias a las que conceden mayor peso los CIA, destacan el sentirse más feliz y más a gusto con los amigos, la diversión, y los dos ítems referidos a problemas causados por el consumo (problemas en general o con amigos).

En estas dos últimas cuestiones, aparecen varios aspectos interesantes: la elevada importancia otorgada por todos los grupos (en todos los casos supera el 5); la menor valoración la ofrecen los No Consumidores y la mayor las Consumidoras Intensivas, siendo en ambos casos significativa esta diferencia ( $p<.031$ ). También es significativa la diferente valoración que se ofrece a la posibilidad de presentar problemas con los amigos entre las Consumidoras Intensivas y el resto de grupos ( $p<.018$ ).

#### e) Norma Subjetiva (Intensidad y Motivación para cumplir con ésta)

Cuando se analiza las respuestas que han dado los jóvenes a los ítems que miden las creencias sobre lo que los otros piensan sobre si debería o no realizar un consumo de alcohol de forma intensiva, se observa que tanto en el caso de los referentes más generales, como en los más específicos la presión percibida es baja, aunque siempre es mayor entre los jóvenes que presentan este patrón de consumo.

Si se atiende a los referentes generales (Intensidad de la Norma Subjetiva) se aprecia (tabla 35) que en ninguno de los cuatro grupos analizados se alcanza una puntuación superior a 3.5, lo que muestra cierto grado de desacuerdo con estas cuestiones. Puede afirmarse que en los tres ítems la menor puntuación corresponde a los no consumidores, seguidos por los Consumidores No Intensivos y alcanzando la mayor puntuación los dos grupos de CIA (las mujeres con menor puntuación que los varones). Estas diferencias en las puntuaciones resultan significativas en los tres casos ( $p<.009$ ).

	No cons	Cons. No CIA	CIA mujeres	CIA hombres	F	p
INS01. La mayoría de las personas que son importantes para mí están de acuerdo con que yo realice un consumo concentrado.	1.73 (1.255)	2.11 (1.641)	2.82 (1.627)	3.28 (1.772)	18.971	.000
INS05. Se espera de mí que realice un consumo concentrado	1.73 (1.349)	2.1 (1.749)	2.44 (1.713)	3.36 (1.802)	18.221	.000
INS06. La gente que es importante para mí quiere que yo beba varias consumiciones en unas pocas horas	1.73 (1.305)	1.76 (1.441)	1.99 (1.312)	2.31 (1.581)	3.868	.009
MNS01. ...lo que piensan las personas que son importantes para ti sobre tu consumo concentrado?	4.43 (2.219)	4.83 (2.13)	4.98 (1.896)	4.65 (1.821)		
MNS05. ...hacer lo que se espera que deberías hacer respecto a beber varias consumiciones en unas pocas horas?	2.52 (2.001)	2.37 (1.736)	2.65 (1.654)	3.37 (1.687)	7.269	.000

Tabla 35. Ítems referidos a la Intensidad de la norma subjetiva y la Motivación para cumplir con ésta (media, desv. típica, valor de F y significación).

Las pruebas a posteriori (*Scheffe/Games-Howell*) indican que cuando se les pregunta acerca del grado de consentimiento que tienen las personas importantes para ellos respecto a que ellos realicen un Consumo Intensivo, tanto los no bebedores como los Consumidores No Intensivos muestran valores significativamente más bajos que ambos grupos de CIA ( $p < .007$ ). Sin embargo, estas diferencias significativas no aparecen, ni entre los dos grupos de menor consumo, ni entre los dos grupos de Consumo Intensivo.

Al requerirles sobre lo que se espera de ellos acerca de llevar a cabo esta conducta, también los No Consumidores muestran puntuaciones significativamente menores que todos los bebedores intensivos ( $p < .001$ ). Además, los varones CIA presentan la mayor puntuación de los tres ítems, siendo también significativamente más alta que el resto de grupos ( $p < .000$ ). Sin embargo, su valor (3.36) no llega a alcanzar el punto de inflexión entre el desacuerdo y el acuerdo.

El ítem que presenta más igualdad en las respuestas entre los cuatro grupos es el que hace referencia a que las personas que son importantes para ellos

indiquen explícitamente que deben llevar a cabo la conducta de Consumo Intensivo. En este caso, los cuatro grupos muestran bastante desacuerdo con esa posibilidad, aunque los CIA varones muestran una puntuación que resulta significativamente superior a los No Consumidores ( $p < .022$ ).

Cuando en lugar de preguntarles sobre su nivel de acuerdo sobre la presión percibida en general, se les pide que valoren la importancia que para ellos tiene la opinión de las personas importantes para ellos acerca de su Consumo Intensivo (*Motivación para cumplir con la Norma Subjetiva*) las puntuaciones medias de los cuatro grupos resultan claramente superiores y sin diferencias significativas entre ellos.

Aparece un patrón de respuesta diferente cuando se les pide que valoren el grado de importancia que para ellos tiene hacer *lo que se espera que deberían de hacer* respecto al Consumo Intensivo. En este caso las puntuaciones vuelven a ser bajas en todos los grupos (inferiores a 3.5), aunque en el caso de los varones CIA este hecho resulta significativamente más importante que para los otros grupos ( $p < .009$ ).

#### f) Intensidad de las Creencias Normativas

Además de preguntarles por sus referentes más generales, también se incluyeron ítems en el cuestionario en los que se les pedía que valorasen la presión hacia el Consumo Intensivo por parte de grupos normativos más específicos y concretos (*Intensidad de la Creencia Normativa y Motivación para cumplir con la misma*) (tablas 36 y 37).

	No cons	Cons. No CIA	CIA mujeres	CIA hombres	F	p
ICN01. Mis padres piensan que yo debería realizar un consumo concentrado	1.59 (1.33)	1.47 (1.144)	1.38 (1.173)	1.91 (1.766)	4.603	.003
ICN02. En general mi familia desaprueba que yo beba varias consumiciones en unas pocas horas	5.66 (1.843)	5.45 (2.088)	5.47 (1.978)	5.59 (1.957)		
ICN03. A mis amig@s les parece bien que yo beba varias consumiciones en poco tiempo	2.76 (1.77)	3.31 (1.911)	3.69 (1.582)	3.9 (1.57)	9.361	.000
ICN04. Mi mejor amig@ piensa que es una buena idea que yo haga un consumo concentrado	2.15 (1.564)	2.45 (1.768)	2.95 (1.774)	3.41 (1.795)	10.379	.000
ICN05. A mi pareja le parece bien que yo beba varias consumiciones en pocas horas	2.23 (1.699)	2.38 (1.63)	3.04 (1.596)	3.19 (1.755)	8.616	.000
ICN06. La gente de mi barrio cree que es una buena idea que yo haga consumos concentrados	2.55 (2.021)	2.86 (1.903)	2.63 (1.507)	3.18 (1.581)	3.885	.009
ICN07. Mis profesores desaprueban que yo beba varias consumiciones en unas pocas horas	5.45 (1.935)	4.84 (2.294)	4.64 (2.004)	5.13 (1.88)	4.273	.005
ICN08. La mayoría de las personas que son importantes para mí beben varias consumiciones en unas pocas horas	3.04 (1.864)	3.81 (1.991)	4.11 (1.805)	4.11 (1.712)	8.147	.000
ICN09. La gente cuyas opiniones valoro suelen realizar un consumo concentrado	3.12 (1.906)	3.44 (1.878)	4.27 (1.723)	4.13 (1.644)	12.115	.000
ICN12. ¿Cuánt@s de tus amig@s o compañer@s de clase piensan que realizar un consumo concentrado es una buena opción?	3.73 (1.484)	3.8 (1.632)	4.51 (1.388)	4.31 (1.425)	9.129	.000
ICN14.-% amigos que crees que van a hacer un consumo concentrado durante el próximo mes	45.74 (30.76)	50.92 (27.43)	67.21 (24.73)	55.09 (26.93)	18.894	.000

Tabla 36. Ítems referidos a la Intensidad de las creencias normativas (*media, desv. típica, valor de F y significación*).

En este caso, tanto la familia como los padres aparecen claramente como grupos protectores contra el Consumo Intensivo. En el caso de los padres, los cuatro grupos muestran un alto grado de desacuerdo en que éstos estén a favor de su Consumo Intensivo. Estas puntuaciones resultan homogéneas entre todos los grupos excepto entre las mujeres y hombres CIA, ya que éstos últimos presentan puntuaciones significativamente más bajas ( $p < .013$ ).

También aparecen puntuaciones similares entre los grupos cuando se les indica que señalen si su familia desapruueba este modo de consumo de alcohol. En todos los casos (incluidos aquellos que sí que están siguiendo estos patrones) se está de acuerdo en el rechazo de esta conducta por parte de su familia.

Un nivel de acuerdo similar aparece en la desaprobación de esta conducta por parte de los profesores. Sin embargo, las pruebas a posteriori sí que muestran diferencias significativas entre los No Consumidores (que muestran un nivel de acuerdo superior con ese rechazo) y las mujeres CIA ( $p < .014$ ).

Tanto en el caso de los amigos, como en el del mejor amigo y la pareja, las puntuaciones indican un nivel de desacuerdo en que estos referentes presenten una opinión favorable sobre al CIA. Sin embargo, en los tres casos los niveles de desacuerdo resultan significativamente diferentes en función del tipo de consumo que se lleve a cabo.

Las pruebas a posteriori indican que los No Consumidores muestran mayor desacuerdo que los dos grupos de bebedores intensivos ( $p < .000$ ) en que los amigos apoyen la realización de un Consumo Intensivo. Por otra parte, tanto en el caso del mejor amigo como en el de la pareja, además de esta diferencia entre No Consumidores y CIA ( $p < .004$ ), también los consumidores moderados puntúan significativamente menos que los bebedores intensivos ( $p < .036$ ).

Cuando se les pide que indiquen si las personas importantes para ellos o aquellas cuyas opiniones valoran llevan a cabo episodios de CIA, sólo los Consumidores Intensivos muestran mayor nivel de acuerdo que los No Consumidores ( $p < .001$ ). Únicamente en el caso de la gente cuyas opiniones valoran también los Consumidores No Intensivos se sitúan significativamente por debajo de los dos grupos de CIA.

Al preguntarles más específicamente por la prevalencia de esta conducta entre los amigos o compañeros de clase, las mujeres CIA destacan significativamente ( $p<.004$ ) por encima del resto de grupos indicando que un porcentaje mayor de ellos piensan que beber de manera concentrada es una buena opción y de hecho tienen previsto hacerlo durante el siguiente mes.

#### g) Motivación para cumplir con los Referentes

Respecto de la importancia que tiene para estos jóvenes determinados referentes (MC) puede afirmarse que para todos ellos pesa más la opinión de los familiares. En los cuatro grupos tanto la opinión de los padres como la de la familia supera el límite de 4, situándose en el caso de los tres grupos de consumidores alrededor del 5, aunque en ningún caso se trate de diferencias significativas (tabla 37).

En segundo lugar, destaca para los consumidores la importancia otorgada a la opinión de la pareja, algo que en el caso de los No Consumidores es significativamente menor ( $p<.028$ ).

Dentro de los grupos a los que los jóvenes les otorgan algún grado positivo de importancia se sitúa en último lugar el conjunto de personas que les importan o que valoran. La importancia concedida a este colectivo se sitúa alrededor del límite que marca el cuatro y es homogénea entre todos ellos.

En un nivel algo inferior (con una puntuación alrededor del tres) sitúan los jóvenes la opinión de sus amigos y en concreto la de su mejor amigo/a. En los dos casos, aparece un patrón similar: los dos grupos de Consumidores Intensivos se sitúan por encima de los consumidores no intensivos, y estos por encima de los no consumidores. Sin embargo, únicamente son significativas las diferencias en el caso de la opinión del mejor amigo ( $F_{(3,560)}= 5.270$ ,  $MCE=3.929$ ,  $p<.001$ ). En

concreto, las pruebas a posteriori indican que los No Consumidores les dan una menor importancia en comparación con las mujeres consumidoras intensivas.

	No cons	Cons. No CIA	CIA mujeres	CIA hombres	F	p
MC01. ...lo que tus padres piensen sobre tu consumo concentrado?	4.5 (2.341)	4.97 (2.129)	5.09 (1.942)	4.94 (1.971)		
MC02. ...lo que tu familia piense sobre tu consumo concentrado?	4.7 (2.275)	4.94 (2.248)	5.11 (1.859)	5.06 (1.814)		
MC03. ...lo que tus amig@s piensen sobre que tú bebas varias consumiciones en unas pocas horas?	2.93 (2.24)	3.4 (2.033)	3.62 (2.027)	3.55 (1.785)		
MC04. ...lo que tu mejor amig@ piense sobre que tú bebas varias consumiciones en unas pocas horas?	3 (2.158)	3.31 (1.993)	3.9 (1.943)	3.52 (1.942)	5.270	.001
MC05. ... lo que tu pareja piense sobre que tú bebas varias consumiciones en pocas horas?	3.8 (2.416)	4.64 (2.137)	4.64 (2.004)	4.73 (1.959)	4.012	.008
MC06. ...lo que piensa la gente de tu barrio sobre tus consumos concentrados?	2.11 (1.861)	2.39 (1.774)	2.22 (1.625)	2.5 (1.704)		
MC07. ...lo que tus profesores piensen sobre tu consumo concentrado?	3.44 (2.149)	3.08 (2.144)	2.87 (1.989)	2.74 (1.821)	2.362	.070
MC08.9. ...que la gente que te importa o que valoras beba varias consumiciones en pocas horas?	4.06 (2.211)	4.12 (2.263)	4.51 (1.976)	4.36 (1.955)		
MC12. ...que tus amig@s o compañer@s de clase piensen que el consumo concentrado es una buena opción?	2.03 (1.811)	2.15 (1.726)	2.76 (1.725)	2.57 (1.704)	5.190	.002
MC14. ...que tus amig@s o compañer@s de clase hagan un consumo concentrado durante el próximo mes?	2.71 (1.916)	2.74 (1.895)	3.04 (1.762)	2.92 (1.785)		

Tabla 37. Ítems referidos a la Intensidad de la norma subjetiva y la Motivación para cumplir con ésta (media, desv. típica, valor de F y significación).

Destacar que el único referente específico a cuya opinión los No Consumidores conceden mayor importancia que el resto de grupos es al de los profesores. Pese a que en este caso las diferencias entre los cuatro grupos son significativas ( $F_{(3,557)} = 2.362$ ,  $MCE = 3.992$ ,  $p < .070$ ), las pruebas a posteriori no muestran diferencias significativas entre los grupos.

Las opiniones de los grupos a los que los jóvenes conceden un menor valor son las de la gente de su barrio y las de sus amigos o compañeros de clase. En este

último caso, pese a que la importancia otorgada es baja (entre el dos y el dos y medio) aparecen diferencias significativas entre los No Consumidores y las mujeres Consumidoras Intensivas ( $p < .010$ ).

Por último, es importante señalar la relativa poca importancia que conceden todos los grupos (sin diferencias significativas) al hecho de que sus amigos o compañeros lleven a cabo algún episodio de Consumo Intensivo durante el siguiente mes.

#### h) Control Percibido, Creencias de Control y Evaluación de los Factores de Control

El control que los jóvenes perciben tener sobre la conducta de Consumo Intensivo se ha evaluado directamente a través de los ítems de la escala *Control Percibido* (CP) e indirectamente a través de sus determinantes: las escalas *Intensidad de las Creencias de Control* (ICCT) y *Evaluación de los Factores de Control* (FP). En la tabla 38 se recogen las medias de los grupos en estas tres escalas y los resultados de las ANOVAS.

Destacar las elevadas puntuaciones que alcanzan los cinco ítems que componen la escala de *Control Percibido*, situándose por encima de 5 (algo de acuerdo) en todos los casos, excepto en el ítem CP01 y puntuando casi la mitad de los casos alrededor del seis (bastante de acuerdo).

Además, en todos los casos (excepto el ítem CP01) se observa un patrón similar, con los Consumidores No Intensivos y las mujeres CIA mostrando niveles de acuerdo superior a los otros dos grupos. Por otra parte, los No Consumidores muestran mayores valores de acuerdo con estas afirmaciones en comparación con las puntuaciones otorgadas en anteriores escalas.

	No cons	Cons. No CIA	CIA mujeres	CIA hombres	F	p
CP01. Control sobre conducta (ninguno-total)	6.02 (1.889)	5.34 (2.012)	4.89 (1.511)	4.79 (1.787)	8.925	.000
CP03. La decisión del número de bebidas que me tomo en unas pocas horas depende SOLO de mí	5.61 (1.893)	6.04 (1.512)	6 (1.564)	5.68 (1.613)		
CP04. Mantenerme o no por debajo del consumo concentrado está bajo mi control	5.73 (1.861)	6.15 (1.602)	5.94 (1.591)	5.83 (1.565)		
CP05. Si me lo propongo puedo mantenerme por debajo del tope del consumo concentrado sin ningún problema	5.85 (1.763)	6.29 (1.654)	6.21 (1.366)	5.91 (1.594)		
CP06. Yo decido si quiero o no quiero realizar un consumo concentrado. y nada me influye en mantener esa decisión	6.12 (1.7)	6.22 (1.51)	6.06 (1.523)	5.56 (1.666)	3.943	.008
ICCT01. Me cuesta EVITAR hacer un consumo concentrado cuando salgo de fiesta.	1.95 (1.652)	2.03 (1.783)	3.32 (2.097)	3.4 (2.056)	17.636	.000
ICCT02. Puedo beber con mucha facilidad varias consumiciones en poco tiempo.	1.94 (1.608)	3.08 (1.95)	3.93 (1.882)	4.59 (1.883)	39.192	.000
ICCT03. Me resulta fácil saltarme el tope de tres o más consumiciones	1.86 (1.489)	2.31 (1.951)	3.99 (1.982)	4.54 (2.104)	47.284	.000
ICCT05. Para mí es fácil evitar situaciones de consumo concentrado	5.98 (1.746)	5.92 (1.781)	5.28 (1.613)	5.01 (1.775)	8.351	.000
ICCT06. Para mí es fácil salir a divertirme sin llegar a realizar un consumo concentrado	5.99 (1.876)	6.05 (1.774)	5.71 (1.569)	5.24 (1.804)	5.002	.002
ICCT09. Estar en un botellón o en una fiesta me permite hacer un consumo concentrado con más facilidad	2.92 (2.099)	4.41 (1.964)	5.74 (1.556)	5.57 (1.702)	65.220	.000
ICCT10. Cuando estoy celebrando algo me resulta fácil realizar un consumo concentrado	2.31 (1.725)	3.11 (1.838)	5.29 (1.471)	5.32 (1.447)	111.137	.000
FP01. ...no beber mucho cuando sales de fiesta?	4.19 (2.578)	4.46 (2.108)	4.03 (1.898)	4.31 (1.732)		
FP02. ...beber mucho en poco tiempo?	1.35 (0.943)	1.57 (1.272)	1.88 (1.268)	2.44 (1.672)	13.360	.000
FP03. ...realizar un consumo concentrado?	1.73 (1.539)	1.81 (1.477)	2.63 (1.696)	3.05 (1.775)	15.132	.000
FP05. ...ciertas situaciones en la que se consume alcohol?	1.86 (1.474)	2.92 (1.698)	3.35 (1.637)	3.8 (1.623)	26.400	.000
FP06. ...divertirte sin beber?	6.19 (1.583)	5.8 (1.561)	5.46 (1.626)	5.18 (1.622)	7.537	.000
FP09. ...ir a un botellón?	1.81 (1.547)	2.19 (1.627)	3.51 (1.792)	3.9 (1.903)	35.282	.000
FP10. ...celebrar algo bebiendo?	1.76 (1.42)	2.62 (1.737)	4.09 (1.794)	4.39 (1.757)	56.184	.000

Tabla 38. Ítems referidos a las escalas de control (media, desv. típica, valor de F y significación).

Concretamente, en el ítem en el que se les pregunta por el nivel de control que creen tener en una situación de Consumo Intensivo (CP01), los No Consumidores puntúan por encima del resto de grupos ( $\bar{x} = 6.02$ ), mostrando además una diferencia significativa ( $p < .000$ ) con los dos grupos de consumidores intensivos. Estos últimos presentan además en este ítem la menor de las puntuaciones del conjunto de cuestiones de evaluación directa del control percibido (mujeres CIA=4.89; varones CIA=4.79).

El grupo de No Consumidores también muestra un fuerte acuerdo ( $\bar{x} = 6.12$ ) en que son ellos los que deciden si quieren o no llevar a cabo un Consumo Intensivo de Alcohol sin que nada les influya (CP06). En este caso, sólo se ven superados en su puntuación por los Consumidores No Intensivos ( $\bar{x} = 6.22$ ), aunque no resulta significativa la diferencia entre ambos. Sí que resulta significativa la diferencia entre los hombres CIA (que son el grupo que menos de acuerdo está con que esa decisión depende básicamente de ellos -  $\bar{x} = 5.56$ -) tanto con las mujeres CIA ( $\bar{x} = 6.06$ ;  $p < .023$ ) como con los Consumidores No Intensivos ( $\bar{x} = 6.22$ ;  $p < .026$ ).

Por otra parte, en los tres ítems restantes de percepción de control, en los que se les pide que indiquen la existencia de alguna fuente de influencia a la hora de decidir el número de bebidas (CP03), sobre su capacidad de no pasar de un número determinado de consumiciones (CP05) y sobre su control para mantenerse bajo ese límite (CP04) aparecen patrones de respuesta similares. Las tres puntuaciones de los cuatro grupos son altas, no apareciendo además diferencias significativas entre ellos.

Cuando se les pregunta por aquellas creencias relacionadas con el control de su consumo y por situaciones concretas que podrían influir en su nivel de

control de la cantidad ingerida (ICCT), se observan diferencias evidentes entre los dos grupos de CIA y los dos grupos de menor consumo.

Concretamente, estos últimos presentan mayor nivel de acuerdo que los CIA en que pueden evitar fácilmente situaciones que lleven asociadas un Consumo Intensivo (ICCT05) y que pueden salir a divertirse sin necesidad de consumir de esta manera (ICCT06). Además, las pruebas a posteriori indican que estas diferencias son significativas. Por un lado, los dos grupos (No Consumidores y consumidores no intensivos) puntúan significativamente más que los varones CIA en ambos ítems ( $p < .014$ ), y significativamente más que las mujeres CIA en el ICCT05 ( $p < .016$ ).

Asimismo, en ambos ítems, los consumidores intensivos, pese a puntuar por debajo de los otros dos grupos, presentan un nivel de acuerdo con las afirmaciones superior al 5. Esto indica que creen que pueden evitar situaciones de CIA y que salir a divertirse no implica consumir de ese modo. Sin embargo, estos valores son similares a los que muestran cuando se les indica que señalen si estar en un botellón (o en una fiesta) o estar celebrando algo les facilita el realizar estos patrones. En los dos casos se muestran bastante de acuerdo con este hecho (puntuaciones superiores a 5.20 en ambos ítems). Además, estas puntuaciones superan significativamente las de los Consumidores No Intensivos ( $p < .000$ ) y los No Consumidores ( $p < .000$ ). Este último grupo son los que más en desacuerdo se muestran sobre la necesidad de consumir de manera intensiva en esas situaciones, mostrándose significativamente por debajo del resto de grupos ( $p < .028$ ).

Cuando se atiende a las cuestiones referidas a la facilidad para beber varias consumiciones en poco tiempo (ICCT02) y para saltarse un tope determinado de consumiciones (ICCT03) aparece un patrón similar entre los cuatro grupos. En ambos ítems, los CIA se sitúan en el límite entre estar o no de acuerdo, aunque se

encuentran significativamente por encima de los dos grupos de menor consumo ( $p < .006$ ). Estos últimos se sitúan más cercanos al *bastante en desacuerdo* (excepto los consumidores no intensivos, que presentan una media de 3.08 en el caso de la facilidad para beber varias consumiciones en poco tiempo, lo que hace que también se diferencien significativamente de los No Consumidores - $p < .001$ -).

Con respecto a la valoración que le otorgan los jóvenes a estos aspectos relacionados con el control (FP), destaca sobre el resto la importancia que tiene para todos los grupos el divertirse sin beber alcohol, como lo demuestran puntuaciones medias que van desde los 5.18 de los varones CIA hasta los 6.19 de los no consumidores. Además, estos últimos le conceden una importancia significativamente mayor que los dos grupos de Consumidores Intensivos ( $p < .004$ ).

Otro de los aspectos al que todos los grupos le dan cierta importancia, y que además no muestra diferencias significativas entre ellos, es el hecho de no beber mucho cuando salen de fiesta (FP01).

El resto de aspectos evaluados coinciden en que la mayor importancia se la otorgan los CIA, sea cual sea la puntuación media que alcance cada ítem. Además todos los ANOVAS indican que existen diferencias significativas entre los grupos, y las pruebas a posteriori los sitúan en todos los casos entre los grupos de No Consumidores y los de consumidores intensivos, y en algunos de ellos entre los Consumidores No Intensivos y los CIA.

Concretamente, entre los aspectos más importantes para los dos grupos de bebedores intensivos (chicos y chicas) destacan el hecho de celebrar algo bebiendo (FP10: 4.39/4.09), seguido de ir a un botellón (FP09: 3.9/3.51) y de ciertas situaciones en las que se consume alcohol (FP05: 3.8/3.35). En los tres

casos coincide con una baja valoración por parte de los No Consumidores (1.76; 1.81 y 1.86 respectivamente) y la diferencia resulta significativa según las pruebas a posteriori ( $p < .000$ ). Además, en el caso de celebrar algo bebiendo y de las situaciones en las que se consume alcohol, los no bebedores también difieren significativamente de los bebedores No Intensivos ( $p < .006$ ).

Este último grupo de bebedores moderados se sitúa en un punto medio entre los No Consumidores y los CIA, aunque difiere significativamente con estos últimos en su valoración acerca de celebrar algo bebiendo ( $p < .000$ ) y de la importancia que tiene estar en un botellón ( $p < .000$ ). En el caso de las situaciones en la que se consume alcohol su valoración media se acerca a la de las mujeres CIA (2.92), resultando significativa solamente la diferencia con los varones CIA ( $p < .003$ ).

Es interesante señalar lo poco importante que es para todos los grupos, tanto realizar un Consumo Intensivo como beber mucho en poco tiempo.

#### **2.2.2.5. Cálculo y análisis de los constructos según la Teoría de la Conducta Planificada**

Los resultados planteados hasta ahora permiten un conocimiento aislado de las diferentes escalas recogidas por el cuestionario elaborado. Sin embargo, como se ha indicado en el capítulo 2, la Teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1985, 1988, 1991, 2001) sigue la conceptualización de los modelos de expectativa-valor (Peak, 1955). Por ello el análisis de estos componentes debería avanzar un paso más, combinando (de un modo multiplicativo) cada una de las diferentes creencias (conductuales, normativas o de control) con su correspondiente juicio positivo o negativo acerca de cada una de las mismas (evaluaciones) (Francis y cols., 2004).

De este modo, la evaluación acerca del atributo modula y define la fuerza de sus creencias, contribuyendo así a especificar más ajustadamente la puntuación de cada sujeto respecto a cada uno de los elementos evaluados.

a) Creencias Conductuales (Intensidad x Evaluación)

Se ha combinado la intensidad de la creencia asociada a cada resultado con la importancia otorgada a la aparición de cada uno de ellos según la siguiente fórmula:

$$CC_i = ICC_i * ECC_i$$

donde  $ICC_i$  es la creencia conductual de que llevar a cabo la conducta llevará a la consecuencia  $i$  y  $ECC_i$  es la evaluación de la consecuencia  $i$ .

El análisis de las puntuaciones obtenidas con estas combinaciones muestra dos grupos claramente diferenciados. Por una parte, las consecuencias negativas asociadas al Consumo Intensivo y por otra las atribuciones positivas que se le hacen al mismo (tablas 39 y 40, y gráfico 16).

	No cons	Cons. No CIA	CIA mujeres	CIA hombres	F	p
CC34 Puede crear problemas	29.41	28.01	25.16	26.78	2.385	
CC43 Genera problemas con los amigos	21.07	19.13	14.84	15.32	8.972	.000

Tabla 39. Puntuaciones relativas a las creencias conductuales (consecuencias negativas) (media, valor de F y significación).

En primer lugar, si se analizan los posibles problemas que puede provocar el beber de manera intensiva, en los dos casos planteados (tanto la posibilidad de que genere problemas -CC34- como el hecho de que esos problemas sean con los amigos -CC43-) los dos grupos de menor consumo (No Consumidores y bebedores no intensivos) son los que les otorgan mayor puntuación, por encima en ambos casos de los dos grupos de consumidores intensivos. Sin embargo, esta

superioridad únicamente alcanza diferencias estadísticamente significativas en el caso de los problemas específicos con los amigos. En este ítem, el grupo de No Consumidores puntúa significativamente por encima de los consumidores y las consumidoras intensivos ( $p < .007$ ), mientras que los bebedores moderados únicamente lo hacen por encima de las mujeres ( $p < .020$ ).

Respecto a las creencias referidas a consecuencias que pueden considerarse positivas derivadas del CIA (tabla 40), la puntuación más baja siempre se la otorgan los no bebedores, seguidos de los bebedores moderados y por último los dos grupos de CIA. Además, estos dos últimos grupos pueden considerarse de manera conjunta, ya que sólo aparecen diferencias significativas entre ambos en el Ítem CC14 (sentirse más poderoso), que además es uno de los menos valorados tanto por ellos como por ellas.

	No cons	Cons. No CIA	CIA mujeres	CIA hombres	F	p
CC01 Más confianza	14.6	18.9	22.01	21.25	9.84	.000
CC02 Más seguridad en sí mismo	12.71	13.05	19.24	18.63	11.65	.000
CC03 Gusta la sensación	3.72	7.08	12.52	15.52	35.12	.000
CC04 Olvido de los miedos	10.63	14.01	18.69	19.64	14.22	.000
CC05 Más sociabilidad	11.11	17.49	22.53	21.75	21.54	.000
CC06 Superar la timidez. relacionarse	13.04	19.58	21.98	22.97	13.81	.000
CC07 Perder la vergüenza	12.54	17.88	22.71	22.33	15.48	.000
CC09 Sentirse más feliz	12.18	16.52	22.13	22.48	20.79	.000
CC10 Sentir emociones nuevas	9.86	13.42	16.99	19.03	15.29	.000
CC12 "Pillar el puntillo"	5.77	11.52	21.54	21.49	53.09	.000
CC13 Más hablador	10.3	14.72	22.04	20.28	27.46	.000
CC14 Más poderoso	5.91	6.37	8.22	12.44	11.17	.000
CC15 Más integrado con los amigos	10.38	14.44	16.43	16.94	7.44	.000
CC16 Más a gusto con los amigos	10.5	15.42	17.98	21.25	17.83	.000
CC17 Calma. tranquiliza	7.74	9.98	10.25	12.11	4.74	.003
CC18 Más cariñoso	9.45	13.09	19.11	18.74	20.03	.000
CC19 Más sensual	9.31	11.45	14.35	15.81	7.25	.000
CC21 Relaciones sexuales más fáciles y agradables	10.88	12.65	15.42	17.03	6.64	.000
CC23 Más creativo	8.79	11.84	12.89	16.15	8.92	.000
CC24 Sin eso no hay diversión	9.68	9.01	14.95	17	16.68	.000
CC25 Evasión y desconexión	8.1	12.92	18.24	20.73	23.16	.000

Tabla 40. Puntuaciones relativas a las creencias conductuales (consecuencias positivas) (media, valor de F y significación).

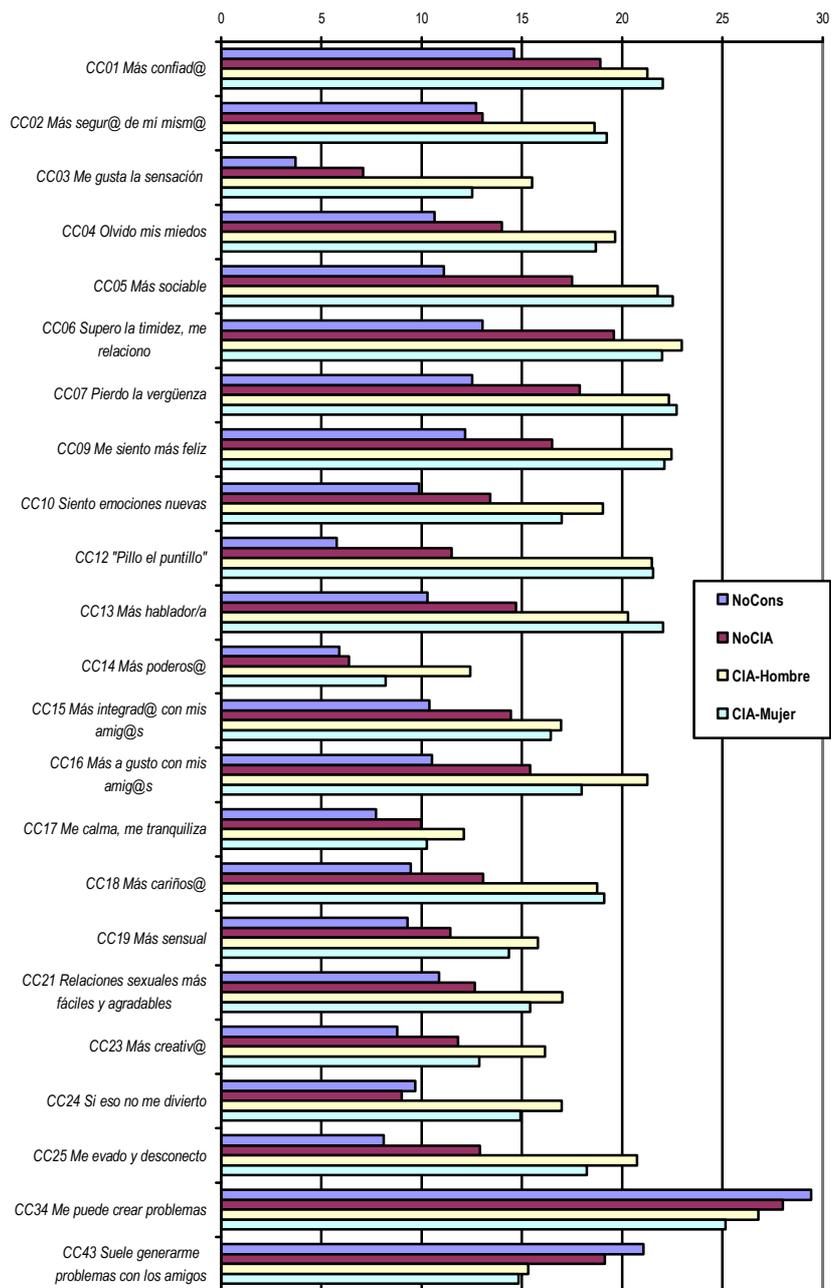


Gráfico 16. Creencias Conductuales sobre la conducta de Consumo Intensivo.

Los ítems que alcanzan mayores índices por parte de los dos grupos de Consumidores Intensivos hacen referencia fundamentalmente a la mejora de las relaciones sociales. En este sentido, ambos grupos consideran que consumir alcohol de manera concentrada les ayuda a *perder la vergüenza* (CIA-Mj=22.7; CIA-Hb=22.3), a *ser más sociables* (CIA-Mj=22.5; CIA-Hb=21.7), a *superar la timidez* (CIA-Mj=21.9; CIA-Hb=22.9) y a *volverse más habladores* (CIA-Mj=22.4; CIA-Hb=20.2). En todos los casos, ambos grupos de CIA puntúan significativamente más alto que los No Consumidores ( $p<.019$ ). Además, en el ítem referido al *aumento en la locuacidad* también lo hacen significativamente por encima de los consumidores moderados ( $p<.014$ ). Por su parte, en los ítems referidos a la *mejora de la sociabilidad* y la *pérdida de la vergüenza* únicamente son las mujeres CIA las que puntúan significativamente por encima de los dos grupos de menor consumo ( $p<.019$ ).

También resultan importantes algunas puntuaciones referidas a mejoras personales como *aumentar la confianza en uno mismo* (CIA-Mj=22.1; CIA-Hb=21.2), o a que *beber así les hace sentirse más felices* (CIA-Mj=22.1; CIA-Hb=22.4) y les *ayuda a alcanzar “el puntillo”* (CIA-Mj=21.5; CIA-Hb=21.4). En los tres casos ambos grupos de Consumidores Intensivos puntúan significativamente por encima de los no bebedores ( $p<.001$ ), y en los dos últimos también por encima de los bebedores moderados ( $p<.003$ ). Además, tanto en el caso de *alcanzar mayor felicidad* como de *alcanzar el “puntillo”* los no bebedores les otorgan medias más bajas que los bebedores No Intensivos ( $p<.037$ ).

Finalmente, y siguiendo con las creencias que obtienen las puntuaciones más altas, aunque con una valoración ligeramente inferior a las anteriormente

comentadas, se sitúan un conjunto de mejoras personales buscadas a partir del consumo, como son *evadirse y desconectar* (CIA-Mj=18.2; CIA-Hb=20.7), *mejorar la seguridad en uno mismo* (CIA-Mj=19.2; CIA-Hb=18.6), *olvidarse de los miedos* (CIA-Mj=18.6; CIA-Hb=19.6), *sentir emociones nuevas* (CIA-Mj=16.9; CIA-Hb=19), *estar más a gusto con los amigos* (CIA-Mj=17.9; CIA-Hb=21.2) y *ser más cariñoso* (CIA-Mj=19.1; CIA-Hb=18.7). En todos ellos, estas puntuaciones son significativamente más altas que las de los dos grupos de menor consumo ( $p<.009$ ). Además en dos de ellas (*evadirse y estar más a gusto con amigos*) los No Consumidores son los que puntúan más bajo de todos el resto de grupos ( $p<.011$ ).

Precisamente, si se atiende a las puntuaciones más bajas otorgadas a estos resultados positivos, todas pertenecen al grupo de No Consumidores y hacen referencia a la *sensación conseguida con ese consumo* ( $\bar{x} = 3.7$ ), a la posibilidad de *pillar el puntillo* ( $\bar{x} = 5.7$ ) o a *sentirse más poderoso* gracias al consumo ( $\bar{x} = 5.9$ ). En las tres estas puntuaciones resultan significativamente más bajas que las del resto de grupos ( $p<.049$ ).

Por último, respecto a este conjunto de creencias conductuales es interesante destacar la baja valoración que le otorgan ambos grupos de Consumidores Intensivos a una consecuencia derivada de la naturaleza depresora del alcohol: *Beber varias consumiciones en unas pocas horas me calma, me tranquiliza*. Con las cantidades de alcohol que ambos grupos indican consumir, esta consecuencia debería tener mayor presencia, sin embargo las puntuaciones tanto de ellos como de ellas la sitúan última y penúltima respectivamente.

b) Norma Subjetiva y Creencias Normativas (Intensidad x Motivación por cumplir con los Referentes)

En el caso de la Norma Subjetiva, se han obtenido las puntuaciones multiplicando la Intensidad de las Creencias sobre lo que los Referentes generales piensan sobre si debería o no llevar a cabo episodios de Consumo Intensivo de Alcohol ( $INS_i$ ) por la Motivación para cumplir con su Referente correspondiente ( $MNS_i$ ) siguiendo la siguiente ecuación:

$$NS_i = INS_i * MNS_i$$

Como se aprecia en el gráfico 17, estas puntuaciones quedan claramente graduadas, desde los varones y mujeres CIA hasta los no consumidores.

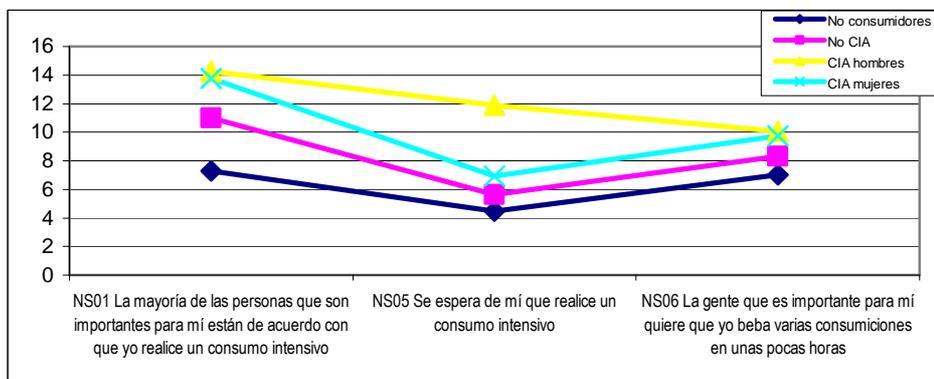


Gráfico 17. Puntuaciones relativas a la Norma Subjetiva.

Los ANOVAS (tabla 41) muestran diferencias significativas ( $p < 0.004$ ) entre los cuatro grupos en las tres escalas. Las pruebas a posteriori (Games-Howell) señalan que los No Consumidores presentan una presión por parte de estos referentes generales más baja que los dos grupos de CIA ( $p < 0.003$ ), y por debajo de los consumidores moderados en el NS01 ( $p < 0.020$ ).

Es interesante resaltar que los CIA varones indican que se espera de ellos que lleven a cabo consumos intensivos de manera significativamente superior no sólo a los No Consumidores y bebedores moderados, sino también a las Consumidoras Intensivas ( $p < .000$ ).

	No cons	Cons. No CIA	CIA mujeres	CIA hombres	F	p
NS01 La mayoría de las personas que son importantes para mí están de acuerdo con que yo realice un consumo concentrado.	7.27	10.99	13.79	14.27	14.42	.000
NS05 Se espera de mí que realice un consumo concentrado	4.48	5.64	6.93	11.87	20.53	.000
NS06 La gente que es importante para mí quiere que yo beba varias consumiciones en unas pocas horas	7.01	8.31	9.75	10.07	4.58	.004

Tabla 41. Puntuaciones relativas a los referentes más generales (media, valor de F y significación).

Cuando en vez de atender a referentes generales, se les indican referentes más concretos, la fórmula utilizada ha sido:

$$CN_i = ICN_i * MC_i$$

donde  $ICN_i$  representa la probabilidad subjetiva de que el referente concreto  $i$  piense que la persona puede llevar a cabo la conducta en cuestión y  $MC_i$  es la motivación para cumplir con ese referente  $i$ .

Las puntuaciones así obtenidas se presentan en la tabla 42 y en los gráficos 18 y 19. En su análisis destaca por encima del resto la importancia otorgada por los jóvenes a la opinión de la familia y de los padres respecto a su Consumo Intensivo. No sólo por ser las puntuaciones más salientes, sino también porque todos los grupos muestran la misma importancia al no existir diferencias significativas entre ellos. En general se opina que la familia desapruueba que se consuma de ese modo y que los padres rechazan la idea de que se haga.

Otro referente en el que no aparecen diferencias significativas entre los grupos es el de los profesores. Los jóvenes coinciden en que este colectivo desaprueba que consuman de ese modo, aunque por debajo de la influencia de la familia.

	No cons	Cons. No CIA	CIA mujeres	CIA hombres	F	p
CN01 Mis padres piensan debo realizar CIA	6.99	7.03	6.82	8.86	2.31	.075
CN02 En general mi familia desaprueba que yo beba de ese modo	26.76	27.34	28.56	28.86	0.472	.702
CN03 A mis amigos les parece bien que yo beba así	8.09	11.14	13.52	14.06	9.45	.000
CN04 Mi mejor amig@ piensa que es una buena idea beber así	6.39	7.94	11.46	11.57	11.24	.000
CN05 A mi pareja le parece bien que yo beba de ese modo	8.69	11.13	13.97	13.82	9.12	.000
CN06 La gente de mi barrio cree que es una buena idea que yo beba así	4.84	6.81	5.82	8.46	6.76	.000
CN07 Mis profesores desaprueban que yo beba de ese modo	18.03	14.99	14.15	14.14	2.337	.073
CN08 La mayoría de las personas que son importantes para mí hacen CIA	11.99	17.20	18.49	17.34	7.39	.000
CN09 La gente cuyas opiniones valoro NO beben de ese modo	19.72	18.93	17.18	17.02	1.43	.232
CN12 ¿Cuántos de tus amigos o compañeros de clase piensan que beber así es una buena opción?	7.94	9.24	13.03	11.13	8.98	.000
CN14-cantidad de amigos que van a hacer CIA el siguiente mes	122.10	141.13	207.10	160.60	11.47	.000

Tabla 42. Puntuaciones relativas a los referentes más concretos (media, valor de F y significación).

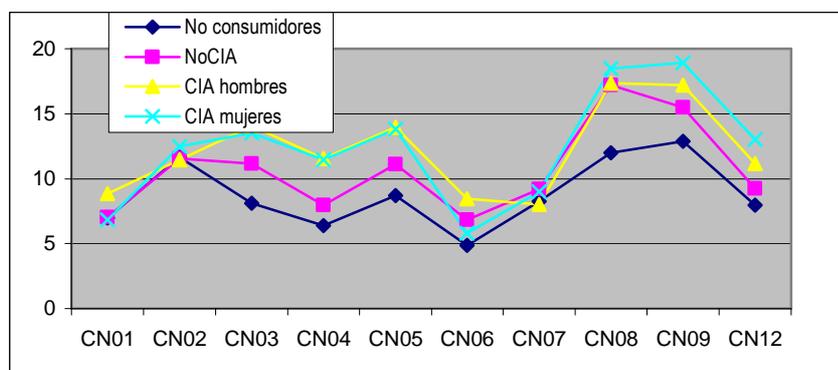


Gráfico 18. Puntuaciones relativas a las Creencias Normativas.

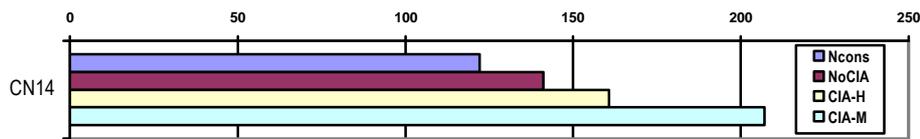


Gráfico 19. Ítem CN14: Porcentaje de amigos que van a hacer CIA el siguiente mes.

Cuando se les pide que atiendan a las personas que son importantes para ellos, y que indiquen si el hecho de que este grupo consuma de manera intensiva les supone una presión, los No Consumidores son los que menor puntuación otorgan a este hecho. Y además lo hacen significativamente por debajo de los otros tres grupos de consumidores ( $p < .026$ ).

Esta menor presión percibida queda también ratificada cuando se les pregunta acerca de si las personas cuyas opiniones valoran llevan a cabo estos consumos. En este caso, indican con más fuerza que esas personas no beben de ese modo, aunque en este caso la diferencia únicamente es significativa con respecto a las Consumidoras Intensivas ( $p < .000$ ).

Por otra parte, no parece ni que los amigos, ni el mejor amigo, ni la pareja resulten grupos influyentes a la hora de plantearse esta conducta. Aunque sí que lo son significativamente más para los dos grupos de bebedores intensivos que para los No Consumidores ( $p < .000$ ). Además, el mejor amigo muestra mayor influencia también en los CIA que en los bebedores moderados ( $p < .014$ ).

Por último, las Consumidoras Intensivas indican que un porcentaje significativamente mayor de sus amigos van a llevar a cabo consumos de este tipo a lo largo del siguiente mes ( $p < .014$ ).

c) Creencias de Control (Intensidad x Evaluación de los Factores de Control)

En este caso lo que se analiza es la intensidad de diferentes situaciones y elementos que pueden influir en la pérdida de control sobre la conducta de Consumo Intensivo ( $ICCT_i$ ) conjuntamente con la evaluación de la importancia que le otorgan los jóvenes ( $FP_i$ ). Estas puntuaciones se han calculado siguiendo la siguiente fórmula:

$$CT_i = ICCT_i * FP_i$$

De este conjunto de elementos, destaca una situación sobre el resto (gráfico 20): la unión de diversión y CIA. Para los No Consumidores esta asociación es significativamente más débil que para los dos grupos de bebedores intensivos, ya que obtienen mayores puntuaciones (tabla 43) cuando se les pregunta por la posibilidad de salir a divertirse sin llegar a consumir de manera intensiva ( $p < .014$ ). También el grupo de consumidores moderados muestran puntuaciones más elevadas que los bebedores intensivos, aunque en este caso únicamente es significativa la diferencia con los varones ( $p < .000$ ). Este resultado va en consonancia con el mostrado anteriormente en referencia a la creencia conductual de que sin consumo no hay diversión, en el que los No Consumidores y los Consumidores No Intensivos presentaban menores puntuaciones que el grupo de CIA.

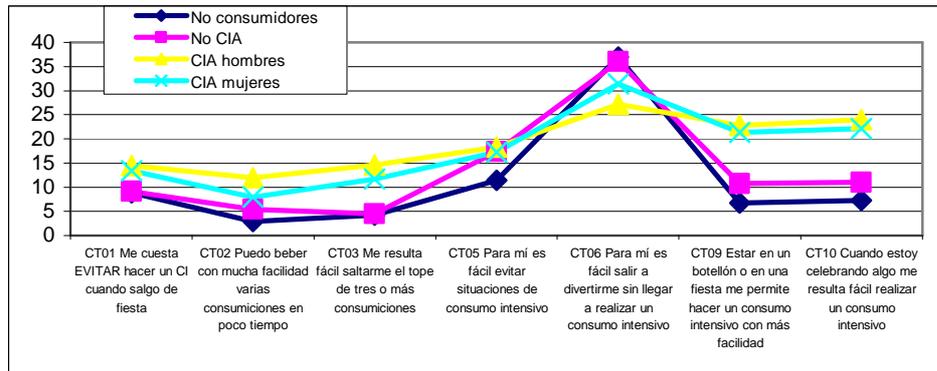


Gráfico 20. Puntuaciones relativas a las creencias de control.

Otras dos situaciones en las que los Consumidores Intensivos presentarían significativamente mayores problemas para controlar su consumo que los dos grupos de menor consumo sería el hecho de estar en un botellón o una fiesta ( $p < .021$ ) o el estar celebrando algo ( $p < .000$ ). En ambas, las puntuaciones de los primeros doblan las de los No Consumidores y bebedores moderados.

	No cons	Cons. No CIA	CIA mujeres	CIA hombres	F	p
CT01 Me cuesta EVITAR hacer un consumo concentrado cuando salgo de fiesta	8.83	9.13	13.4	14.44	8.54	.000
CT02 Puedo beber con mucha facilidad varias consumiciones en poco tiempo	2.95	5.44	7.9	11.89	26.73	.000
CT03 Me resulta fácil saltarme el tope de tres o más consumiciones	4.23	4.56	11.71	14.52	34.62	.000
CT05 Para mí es fácil evitar situaciones de consumo concentrado	11.39	17.34	17.28	18.22	9.963	.000
CT06 Para mí es fácil salir a divertirme sin llegar a realizar un consumo concentrado	37.01	35.99	31.42	27.15	10.97	.000
CT09 Estar en un botellón o en una fiesta me permite hacer un consumo concentrado con más facilidad	6.71	10.72	21.27	22.84	51.43	.000
CT10 Cuando estoy celebrando algo me resulta fácil realizar un consumo concentrado	7.32	11.02	22.18	24.01	53.82	.000

Tabla 43. Puntuaciones relativas a las creencias de control (media, valor de F y significación).

Esta misma tendencia, aunque con menor puntuación, se aprecia en otra situación relacionada con la diversión como es el *salir de fiesta*. Los dos grupos de CIA muestran significativamente mayores problemas para evitar estos patrones que los grupos de menor consumo ( $p < .002$ ). Además, incluso cuando se proponen *mantenerse por debajo de algún tope de bebidas*, es significativamente más fácil saltarse ese propósito para los Consumidores Intensivos que para el resto ( $p < .000$ ).

Sin embargo, los tres grupos de consumidores consideran que para ellos sería fácil evitar este tipo de situaciones de Consumo Intensivo. Y lo hacen significativamente por encima de los No Consumidores ( $p < .001$ ). Es interesante señalar esta contradicción en las respuestas de los jóvenes consumidores, ya que este resultado contrasta con el resto de puntuaciones obtenidas en las creencias de control.



---

## **CAPÍTULO 5.**

### **DISCUSIÓN**

En esta última parte del trabajo se discuten los resultados obtenidos respecto a los objetivos propuestos. También se plantean algunas de las limitaciones del estudio y se presentan desafíos futuros.

El objetivo principal de la presente investigación es **analizar los determinantes cognitivos, motivacionales y conductuales que propician que los jóvenes realicen un Consumo Intensivo de Alcohol basándose para ello en la Teoría de la Conducta Planificada de Ajzen (1985, 1988, 1991, 2001).**

Una primera tarea ha sido clarificar qué se entiende actualmente por *Consumo Intensivo de Alcohol/Binge Drinking*, y el modo cómo se ha analizado o evaluado este patrón de consumo.

Respecto a la objetivación de la conducta de CIA, la revisión efectuada de la investigación de las últimas décadas, ha mostrado la enorme dificultad que existe para poder manejar una definición con criterios aceptados por la mayoría de investigadores y clínicos en adicciones. En el presente trabajo, ha resultado de enorme importancia poder contar con la propuesta consensuada por expertos en adicciones asistentes a la 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica, celebrada en Madrid en 2007 (MSC, 2008). Estos recurrieron a tres de los principales parámetros objetivos para definir esta conducta: la cantidad de alcohol consumida, el intervalo temporal durante el que se realiza la ingesta y el nivel de alcoholemia alcanzado.

Esta propuesta se ha completado con importantes matizaciones incluyendo dos de los parámetros utilizados en investigaciones previas que han demostrado su

relevancia de manera continuada: el periodo de observación de la conducta y la frecuencia de aparición de los episodios.

Concretamente, en este trabajo se ha evaluado el CIA durante un periodo de 6 meses atendiendo a las conclusiones de diversos estudios realizados durante la última década (Courtney y Polich, 2009; Hartley y cols., 2004; Townshend y Duka, 2002, 2005; Weissenborn y Duka, 2003). Este intervalo se considera adecuado para dar cuenta del carácter episódico de esta conducta, especialmente si se tiene en cuenta que la población entrevistada son estudiantes en los que es frecuente la oscilación de su conducta de consumo debido a la alternancia de periodos de exámenes, vacaciones, etc. Además, este intervalo es lo suficientemente ajustado para que aparezca la menor distorsión en el recuerdo por parte de los sujetos.

En referencia a la segunda de las matizaciones, actualmente es difícil encontrar una opinión consensuada que permita clasificar a los consumidores como intensivos o no en base a la frecuencia de aparición de estos episodios. Por este motivo se optó por no fijar una frecuencia mínima de episodios y registrar todas las ocasiones en las que se realizaba CIA en los 6 meses previos, independientemente de si se trataba de una conducta regular o de un evento especial.

En este sentido cuando se ha comparado la frecuencia de realización de CIA en día especial y en día habitual, no se han obtenido diferencias significativas. Esto unido a que se observa una cantidad de consumo superior en gramos de alcohol en el primero de los casos, permite sospechar que algunos jóvenes han calificado situaciones como ir de botellón o salir de fiesta como un evento especial, cuando realmente se trata de una conducta que realizan con regularidad. Ésta ha sido una de las razones fundamentales para combinar estos

---

dos colectivos en un único grupo. Además, esta situación advierte de la necesidad de especificar con mayor claridad en futuros estudios qué se entiende por *día especial*, al existir investigación precedente que manifiesta que los consumidores intensivos/*binge drinkers* tienen más probabilidades de citar elementos facilitadores, tales como la celebración de un evento o estar en una fiesta, como influencias importantes de su conducta de consumo (Norman y cols., 1998).

Otro aspecto de la definición que es importante comentar es el referido a la duración de los episodios de consumo y, relacionado con ello, el nivel de alcoholemia alcanzado. En este sentido, pese a que se ha adoptado una duración de 2-3 horas (Hingson, 2004; NIAAA, 2004), no se ha podido utilizar el mismo como criterio de clasificación de los CIA debido a diferentes problemas con su operativización. Así, el método utilizado aquí para calcular este intervalo (preguntar la hora de la primera consumición y la de la última y calcular la diferencia) es probable que introduzca cierto sesgo que habría que tener en cuenta: la consideración de consumos realizados dentro de las comidas. Los propios datos indicaban que casi una quinta parte de los intervalos se iniciaban con anterioridad a las 22 horas, permitiendo suponer que se pueden estar contabilizando las consumiciones que se llevan a cabo durante la cena. Este hecho ha sido corroborado por investigaciones más recientes (Cortés, 2010; Giménez, Cortés, Motos y Soler, 2010; Giménez, Motos y Cortés, 2010) en las que mediante la utilización de autoregistros de consumo detallados por horas se han encontrado periodos diferenciados de consumo durante la cena y con posterioridad a la misma. Estos trabajos también han permitido confirmar la propuesta de Hingson (2004) y del NIAAA (2004) de fijar como criterio de duración de estos episodios las 2 horas.

Una vez clarificados estos primeros aspectos relativos a la definición de la conducta de estudio, se planteó un nuevo reto que diese respuesta a la necesidad de evaluar el CIA de modo riguroso fundamentándose en un planteamiento teórico de referencia, optándose por la Teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1985, 1988, 1991, 2001). Por este motivo, se procedió a **construir un cuestionario** siguiendo los pasos recomendados por el propio Ajzen (elaboración de las escalas previas, análisis de la prueba piloto, depuración de escalas y construcción del instrumento definitivo), **que permitiese evaluar los aspectos cognitivos subyacentes a la conducta de Consumo Intensivo de Alcohol**. Este instrumento incluía también otras variables sociodemográficas y del patrón de consumo.

El **cuestionario final** ha mostrado ser un **instrumento útil y válido** para analizar la conducta de Consumo Intensivo de Alcohol. El segundo objetivo específico de esta investigación consistía en **evaluar la adecuación del modelo teórico de Ajzen (1985, 1988, 1991, 2001) para verificar su utilización en el análisis de la conducta de Consumo Intensivo de Alcohol**. El *path-analysis* efectuado, ha permitido estimar las relaciones que incluye el modelo entre sus variables, así como la evaluación de la bondad de ajuste del mismo. Salvo en el caso del efecto del Control Percibido sobre la Intención, el resto de variables se relacionan en el sentido esperado y con efectos significativos.

Los constructos exógenos (*Intensidad de Creencias x Evaluaciones*) han mostrado efectos significativos y positivos sobre sus correspondientes dimensiones (*Actitud, Norma Subjetiva y Control Percibido*). Esto informa que cualquier intervención que variase la Intensidad o la Fuerza de cualquiera de esas creencias provocaría un cambio en el mismo sentido en la dimensión que cada una determina.

A su vez, la relación significativa de la *Actitud*, la *Norma Subjetiva* y el *Control Percibido* (positiva en las dos primeras y negativa en el último) sobre la *Intención* de realizar este tipo de consumo, indica que cambios en cualquiera de las tres pueden provocar cambios en la *Intención*. De este modo, si se disminuyese la Actitud hacia la misma y la presión social, y se aumentase el nivel de Control Percibido, disminuiría la Intención de llevar a cabo esta conducta.

El peso que tiene la Actitud sobre la Intención es superior al del resto de variables, con lo cual es mayor el efecto esperado al intervenir sobre este constructo y sobre sus precedentes. Este resultado ya fue señalado por Godin y Kok (1996) en su revisión sobre la teoría, y de hecho guió el diseño de un programa de intervención elaborado por Adams y cols. (2006) para reducir las tasas de Consumo Intensivo en un campus universitario. Dicho programa se basó fundamentalmente en la intervención sobre las creencias acerca del Consumo Intensivo mediante diferentes metodologías (videos, trivial, actividades con simuladores, etc). Los resultados indicaron que la intervención provocó un cambio en las actitudes que se reflejó en una disminución de la intención de consumir de manera intensiva. Sin embargo, en este caso, los propios autores reconocen que pese a que la Actitud resulta el elemento con mayor efecto sobre la Intención, la falta de actividades que incidiesen en el resto de constructos puede ser la causa de que dichos cambios no resultasen significativos.

Un segundo aspecto a resaltar del análisis del modelo es la relación negativa hallada entre el Control Percibido y la Intención/Conducta. A pesar que esta dirección de la relación es contraria a las predicciones de la TCP y de la mayoría de los estudios realizados sobre este modelo teórico en otras conductas (Armitage y Conner, 2001), destaca que en varios estudios sobre Consumo Intensivo de Alcohol/*Binge Drinking* se muestra esta misma relación negativa

(Conner y cols., 1999; Norman, Armitage y Quigley, 2007; Norman y Conner, 2006; Norman y cols., 1998; Schlegel y cols., 1992).

Esta misma tendencia se observa entre bebedores problema los cuales muestran presentan un locus de control más externo que los bebedores no problema (Donovan y O'Leary, 1978; Huckstadt, 1987; Schlegel, d'Avernas, Zanna, DiTecco y Manske, 1987). Parece ser que la percepción de un bajo control sobre la conducta se asocia con una fuerte intención de ingerir alcohol.

Esta variación en el modelo original se ha tratado de explicar mediante dos razonamientos diferentes. En primer lugar, autores como Norman y Conner (2006) argumentan que los jóvenes CIA consumen en contextos (celebración o estar en una fiesta) en los que está presente una fuerte presión externa sobre la que perciben poco control. Del mismo modo, McMillan y Conner (2005) encontraron que la percepción de muchos factores facilitadores y pocos factores inhibidores se relacionaba con una mayor intención de beber alcohol de forma intensiva durante los siguientes 6 meses.

Una explicación alternativa a la relación negativa entre la percepción de control y la intención la plantearon Eagly y Chaiken (1993, 1995). Estos sugirieron que una relación positiva entre la percepción de control del comportamiento y la intención sólo puede esperarse en conductas evaluadas positivamente. Para otras evaluadas negativamente, como el consumo abusivo de alcohol, una mayor percepción de control cabe esperar que conduzca a una disminución de la intención de realizar este tipo de consumo. Sin embargo, contrariamente a esta posición, tanto en el presente trabajo, como en otras investigaciones (Norman y Conner, 2006) el Consumo Intensivo es evaluado como un comportamiento ligeramente positivo. Así lo demuestran las medias de

las puntuaciones de la Actitud, y el que los jóvenes que llevan a cabo esta conducta la evalúen de modo menos negativo que los no consumidores.

En resumen, la utilidad mostrada por el modelo propuesto, junto con los coeficientes obtenidos al estimar el efecto de los diferentes constructos de la teoría, sugieren que cualquier propuesta de intervención para reducir los Episodios de Consumo Intensivo de Alcohol debería tener en cuenta todos los elementos contemplados en el modelo, así como los diferentes pesos y relaciones entre los mismos.

No pueden obviarse mejoras a realizar en el instrumento elaborado. A pesar de que el mismo ha mostrado su utilidad para dar cuenta del CIA desde la perspectiva de este modelo teórico, el conocimiento derivado de la investigación más reciente sobre esta conducta exige una reflexión sobre dos aspectos: Por una parte, se considera necesario registrar el patrón de consumo de manera más precisa, dando mayor visibilidad a la dimensión temporal en la que se realiza esta ingesta. La recogida de esta información a partir de un autoregistro que ordenase temporalmente la ingesta (cantidad y tipo de alcohol) que se va llevando a cabo permitiría calcular con mayor exactitud los gramos ingeridos y el nivel de alcoholemia alcanzado.

El segundo aspecto a mejorar hace referencia a la inclusión de consecuencias más adaptadas a la población juvenil y al patrón de consumo de alcohol que llevan a cabo. Para ello hay que tener en cuenta los resultados a los que se está llegando con la investigación actual (Cortés y Giménez, en prensa; Maguire, 2010; Mallett, Bachrach y Turrisi, 2008), la cual apunta la importancia de contemplar consecuencias académicas, de riesgos asociados (incluyendo la impulsividad) o de funcionamiento general del joven, no contempladas en el

presente trabajo. Además, hay que tener en cuenta la escasa consideración de los problemas causados por este tipo de ingesta por parte de los jóvenes (Broadbent, 1994; Crundall, 1995; Delk y Meiman, 1996; Murgraff, McDermott y Walsh, 2001; Oei y Morawska, 2004; Turrisi y Wiersma, 1999) lo que advierte de la necesidad de trabajar el nivel de conocimiento y la percepción de riesgo disminuida característica de este colectivo. En este sentido una posibilidad podría ser recurrir a los medios de comunicación como transmisores de este conocimiento.

El tercero de los objetivos específicos planteaba el **análisis de los patrones de consumo de la muestra** para comprobar tanto la presencia de un Consumo Intensivo de Alcohol, como las características sociodemográficas diferenciales entre aquellos jóvenes que presentan dicha conducta y los que no.

En este sentido, los resultados muestran que la proporción de Consumidores Intensivos (68.4%) se asemeja a la de investigaciones llevadas a cabo con poblaciones similares (Baigorri, Chaves, Fernández y López, 2004; Cortés, 2006, 2008, 2010; Cortés y cols., 2007, 2008; GiesyT, 2001; Navarrete, 2004), siendo también superior a la recogida en encuestas epidemiológicas nacionales. Sin embargo, en todas se apunta la misma tendencia al observarse un incremento en el porcentaje de Consumidores Intensivos conforme aumenta la edad de los entrevistados.

Los resultados obtenidos vienen a confirmar la indicación del MSC (2009) de que el porcentaje de consumidores de alcohol (incluyendo en este caso el Consumo Intensivo) es ligeramente superior entre las mujeres, aunque la cantidad o gramos ingeridos en los consumos más extremos continúa siendo mayor entre varones. A pesar de ello, es importante advertir que la cantidad de alcohol

consumida por las mujeres hace que éstas alcancen un nivel de alcoholemia superior al de los varones. Esto permite cuestionar que el indicador de riesgo preferente sea el número de gramos y no el porcentaje de alcohol que llega a la sangre. Sería importante atender a este hecho para valorar en su justa medida el consumo y sus implicaciones en una población con una relevancia creciente dentro del Consumo Intensivo de Alcohol.

Si se atiende a las características del patrón de consumo juvenil (Anderson y Baumberg, 2006; Bloomfield, Stockwell, Gmel y Rehm, 2003; Calafat, 2007; Cortés, Espejo y Giménez, 2007, 2008; Espada, Méndez e Hidalgo, 2000; EU, 2010; Farke y Anderson, 2007; Gmel, Rehm y Kuntsche, 2003; Institute of Alcohol Studies, 2007; Kuntsche, Rehm y Gmel, 2004; OED, 2007) se confirma la disminución progresiva de la edad de inicio en el consumo. Pese a que la edad media del conjunto de entrevistados es ligeramente superior a la del último ESTUDES (2009), ésta disminuye significativamente al considerar las diferentes cohortes. Concretamente los adolescentes de menor edad evaluados inician el consumo de alcohol a edades mucho más tempranas (alrededor de los 12.5 años) de las que lo hicieron los que ahora tienen más de 18 años. Esto coincide con la edad a la que se inician el resto de jóvenes europeos (Anderson y Baumberg, 2006; EU, 2010).

Pese a que algunos investigadores banalizan las consecuencias que pueden derivar del inicio temprano del consumo de alcohol en jóvenes (Schulenberg y Maggs, 2002) al considerarlo un rito de paso casi *necesario* para ayudar a los jóvenes a conseguir su ajuste psico-social, no puede obviarse que el mismo supone un claro incremento del riesgo de presentar consecuencias bio-psico-sociales, como se ha puesto de manifiesto en la primera parte de este trabajo. Junto al posible daño neurológico, o el incremento de la probabilidad de aparición

de problemas, también hay que tener en cuenta el riesgo de desarrollar un consumo que se convierta en el eje del ocio de estos jóvenes (Baigorri, Chaves, Fernández y López, 2004; Calafat, 2007; Cortés, 2006). De hecho, los mayores consumos de alcohol de los jóvenes entrevistados se concentran principalmente en lo que consideran un *día especial*, seguido de los sábados, viernes y jueves por la noche.

Al aunar en universitarios los momentos de ocio entre semana (jueves noche) con consumos elevados y teniendo en cuenta que su principal actividad es asistir a clase y estudiar, es lógico obtener evidencia de problemas en el rendimiento en tareas académicas debido a interferencias provocadas tanto por los problemas de sueño (Roehrs y Roth, 2001) como por problemas de memoria y retención (Brown, Tapert, Grahholm y Delis, 2000).

En población de menor edad (14-17 años) ese consumo en grandes cantidades está más localizado en viernes y sábado noche mostrando una vez más el carácter vertebrador del tiempo de ocio que está adoptando este patrón de consumo.

Diferentes indicadores confirman que además el CIA consiste en un consumo episódico, que se asocia a momentos de ocio habitual o a ocasiones especiales, que tiene una frecuencia de aparición regular (en casi tres de cada seis meses aparecen episodios de este tipo, con una media superior a dos veces al mes) y mantenida en el tiempo (2.25 años).

Por otra parte, si se analiza en nivel de alcoholemia que alcanzado, se supera con creces (98% de los casos) el nivel mínimo que define lo que se considera un CIA. En este caso, los niveles de alcoholemia medios calculados no disminuye en ningún caso de los 0.56 gr/l, con una mediana situada en los 2.83

gr/l. Al consultar la sintomatología fijada por la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2007) como indicativa de este nivel de alcohol en sangre, los jóvenes quedarían situados entre una *borrachea moderada*, con un deterioro moderado del rendimiento psicomotor, y una *borrachea muy intensa*, con síntomas como ataxia, sedación, confusión, vértigo, diplopía, náuseas, vómitos, y deterioro muy grave del rendimiento psicomotor. Estas concentraciones medias les situarían muy cercanos al *coma sin signos de focalidad* (hipotermia, hipotonía, hipoglucemia, midriasis bilateral poco reactiva, abolición de reflejos osteotendinosos, bradicardia, hipotensión y depresión respiratoria, e imposibilidad de conducir). Todo ello vuelve a incidir una vez más en el posible aumento del riesgo de sufrir consecuencias adversas relacionadas con el nivel de consumo.

Pero no puede hablarse de un único tipo de Consumo Intensivo de Alcohol, ya que en investigaciones previas se ha demostrado la existencia de tipologías de Consumidores Intensivos (Cortés, Espejo, Martín y Gómez, 2010). Por este motivo se ha llevado a cabo un procedimiento estadístico de clasificación (*análisis clúster*) para explorar la existencia o no de un patrón uniforme de CIA en función de variables relativas a edad, sexo, gramos de alcohol consumidos y frecuencia de realización de estos episodios.

El resultado de este análisis muestra una única solución de dos grupos (CIA varones y CIA mujeres). Llama la atención que todas las mujeres consuman la misma cantidad de alcohol, patrón que también siguen todos los varones, independientemente de su edad.

El grupo de Consumidores Intensivos de varones beben significativamente más gramos de alcohol (135 gr) que el de mujeres (112.42 gr). Sin embargo, la

media de consumo en ambos grupos supera con creces el tope que define el Consumo Intensivo en 2.25 veces los varones, y en 2.8 veces las mujeres. Es importante señalar este hecho ya que, como ya se ha puesto de manifiesto en el primer capítulo, el límite indicado en la conceptualización de este patrón marca una línea a partir de la cual el consumo de un cantidad mayor de alcohol pone al bebedor en un riesgo incrementado de experimentar problemas asociados a su consumo y/o pone a sus compañeros en un riesgo incrementado de experimentar problemas colaterales derivados del mismo (Borsari y Carey, 2000; Borsari y cols., 2001; Marlatt y cols., 1998; Wechsler y cols. 2000; Wechsler y Nelson, 2001).

En el único parámetro del análisis de conglomerados en el que ambos grupos (varones y mujeres CIA) no muestran diferencias es en el patrón de frecuencia de realización de estos episodios. En ambos casos se lleva a cabo cada 15 días y durante 3 de los últimos 6 meses.

Cuando se les pregunta por las consumiciones que tienen previstas tomar antes de empezar a beber, los dos grupos de CIA (sin diferencias entre ambos) planifican consumir significativamente mayor número que los noCIA. Además, una vez iniciado el episodio de consumo, pese a que la duración es similar entre noCIA y CIA (alrededor de las cuatro horas y media), estos últimos ingieren una media significativamente más elevada de consumiciones. Estos sugiere que en una posible intervención con Consumidores Intensivos, dos de los parámetros que habría que contemplar necesariamente son, por un lado enseñarles a planificar sus consumos antes de iniciarse estos y por otro el entrenamiento en estrategias que les permitan manejar y controlar su consumo una vez iniciado (MSC, 1999; NIAAA, 2008).

Sin embargo, este tipo de intervenciones no deberían fundamentarse únicamente en proporcionar herramientas y estrategias dirigidas al cambio conductual *per se*, sino que repetidamente se ha señalado la necesidad de buscar aquellos correlatos cognitivos que están en la base de este comportamiento. De este modo, detectar, predecir, explicar y entender estos correlatos ayudaría al diseño de intervenciones más ajustadas (Hassan y Shiu, 2007; Oei y Morawska, 2004). Un aspecto importante en esta tarea de detección de estos factores es la necesidad de fundamentarse en un modelo teórico contrastado que identifique las variables relevantes, y que explique cómo estas se relacionan entre sí (Cortés, 2010; Huchting y cols., 2008; Marcoux y Shope, 1997; Oei y Morawska, 2004).

En este sentido, ha quedado plenamente justificado a lo largo del presente trabajo la **utilidad de la Teoría de la Conducta Planificada de Ajzen (1985, 1988, 1991, 2001) para analizar los determinantes cognitivos** presentes en la base de la conducta de Consumo Intensivo de Alcohol. Esto permitirá concretar los determinantes específicos de la conducta de los diferentes CIA comparándolos con los del resto de grupos de Consumidores No Intensivos y no consumidores. Esto ayudará a formular otro de los objetivos propuestos referente a **plantear posibles actuaciones a realizar con estos colectivos** de jóvenes.

Si se atiende a la intención, ambos grupos de CIA muestran una mayor probabilidad de realizar un nuevo Consumo Intensivo dentro de los próximos seis meses, hacerlo con una mayor regularidad, y con un propósito más claro de superar cualquier contratiempo pueda impedir esa conducta. Por su parte, tanto los No Consumidores como los noCIA parecen tener clara su baja disposición a consumir de este modo ya que en ambos casos las tres puntuaciones del constructo de intención son muy bajas.

Siguiendo las premisas del modelo teórico en el que se basa esta evaluación, para poder modificar esta intención una posibilidad es intervenir directamente sobre los determinantes (y sus antecedentes) que la conforman (Ajzen, 2002; Fife-Schaw, Sheeran y Norman, 2007; Francis y cols., 2004). En este caso, la Intención viene determinada por la Actitud hacia el comportamiento, la Norma Subjetiva, y el Control Conductual Percibido, ponderando cada predictor en función de su importancia en relación con la conducta y la población de interés (Ajzen, 2001).

En este caso, en el objetivo dos se muestra claramente que el determinante con mayor efecto estimado sobre la Intención es la Actitud hacia el Consumo Intensivo. Los CIA califican esta conducta como divertida, agradable, satisfactoria y deseable, presentando una actitud mucho más positiva hacia este modo de consumo que el resto de grupos.

Sin embargo, junto con esta actitud positiva hacia este consumo, también reconocen que puede llegar a ser nocivo, poco saludable, perjudicial o inseguro. Esto muestra claramente una ambivalencia que prioriza entre las actividades a realizar aquellas que disminuyan los refuerzos positivos que mantienen la conducta, al tiempo que se incremente el peso de los aspectos negativos asociados a la misma. Es necesaria la resolución de esa ambivalencia para poder influir sobre la Intención.

El grupo de No Consumidores muestran un perfil más coherente a lo largo de sus puntuaciones valorando más negativamente este consumo en todas las escalas de actitud. En medio de ambas tendencias se sitúan los consumidores no intensivos, los cuales pese a que no la identifican como una conducta deseable ni agradable, sí que la ven como algo igual de divertido que los CIA. Esto permite advertir que conforme se incrementa el nivel de consumo se deteriora de manera

progresiva la actitud con la que se define esta conducta, con el peligro evidente que supone relativizar o aminorar el riesgo asociado a la misma.

A partir de estos resultados parece obvia la necesidad de intervenir para ajustar las actitudes de los CIA a la realidad del consumo de alcohol en las cantidades que lo están haciendo. Norman y Conner (2006) señalan la dificultad de intervenir de manera directa sobre estas actitudes. Sin embargo, apuntan una posible intervención indirecta a partir de las consecuencias negativas de llevar a cabo este patrón de consumo y recusando las consecuencias positivas asociadas al mismo. Este modelo de intervención, ya ha sido probado con éxito por Adams y cols. (2006). Para poder identificar las consecuencias que los jóvenes asocian al CIA se dispone de la información que aporta por un lado los constructos de Intensidad y Evaluación de las Creencias Conductuales, y por otro la puntuación obtenida de combinar ambos elementos.

En este sentido, atendiendo a las consecuencias que los jóvenes creen que les puede reportar el llevar a cabo un CIA, es interesante señalar que en general, sí que son conscientes que este patrón de consumo puede generar problemas, aunque sigue siendo muy patente que ese reconocimiento es inversamente proporcional al consumo de alcohol que están llevando a cabo.

En general, los CIA aunque asumen la posibilidad de aparición de estos problemas los sitúan en un lugar secundario a la búsqueda de un estado de ebriedad controlada (*pillar el puntillo*) y de una mejora de la capacidad de comunicación (*más hablador*). Además, consideran con la misma probabilidad que pueden aparecer problemas así como mejoras en la relación con los demás (*perder la vergüenza, superar la timidez, relacionarse, sentirse más sociable...*) y con uno mismo (*sentirse más confiado, más cariñoso o más feliz*).

Estos resultados coinciden con los obtenidos en otros estudios en los que se analiza el Consumo Intensivo de Alcohol que se lleva a cabo dentro del botellón (Calafat, 2007; Cortés y cols., 2007, 2008; GiesyT, 2001; Navarrete, 2004), en el que los jóvenes señalan consumir de este modo para obtener resultados similares a los expuestos. Sin embargo, el problema aparece cuando se comparan estos efectos deseados y los provocados realmente por los niveles de alcoholemia que se ha visto que alcanzan estos jóvenes. Estos efectos únicamente se obtienen cuando se realizan consumos de cantidades de alcohol reducidas, nunca cuando se consume en las cantidades en las que lo hacen estos jóvenes.

En este sentido, parece necesario ajustar en estos jóvenes Consumidores Intensivos de alcohol las creencias que presentan sobre los verdaderos efectos de esta sustancia en función de la cantidad consumida o del nivel de alcoholemia alcanzado. Además, también sería conveniente trabajar el incremento de riesgo real que supone consumir cantidades como las señaladas, así como las posibles consecuencias negativas que pueden ir apareciendo (y que en estos momentos no atienden) paralelas a las consecuencias positivas que ellos buscan (y que como se ha señalado es muy difícil que consigan).

Es interesante observar como en muchos casos no se corresponde el nivel de importancia que para ellos tienen algunas de las creencias evaluadas, y la expectativa de aparición de la misma. Por ejemplo, el efecto más buscado por parte de los CIA (*pillar el puntillo*) es uno de los menos valorados por este mismo colectivo. Por otra parte, la *diversión* es uno de los aspectos más valorados por los cuatro grupos, sin embargo (aunque en todos los casos la expectativa es baja) los CIA señalan mayor probabilidad de poder alcanzarla a partir del consumo.

Por tanto, para los CIA la diversión es un aspecto muy importante aunque no siempre la consiguen mediante el Consumo Intensivo, lo que deja patente el

---

refuerzo intermitente que supone esta conducta. Al mismo tiempo, ven muy probable *pillar el puntillo* con el nivel de consumo que presentan a pesar de realizar una evaluación neutra. Este último hecho muestra la necesidad de matizar con objetividad la imposibilidad de conseguir estos efectos con los niveles de consumo que realizan.

Un aspecto a destacar es el de la elevada importancia que le otorgan todos los jóvenes al hecho de que su consumo pueda generar problemas, en especial con sus amigos. Aunque los CIA son los dos colectivos que creen menos probable que esto pueda ocurrir. El cálculo de los constructos de creencias (intensidad x evaluación) pone de manifiesto que en el caso de las mujeres es más significativa esta infravaloración de la aparición de consecuencias negativas. Una vez más se hace necesario destacar la importancia de incrementar el nivel de conciencia de este colectivo sobre el tipo de consecuencias reales que pueden aparecer debidas al Consumo Intensivo de Alcohol, no sólo a nivel personal, sino también a nivel de la gente que le rodea.

Otro aspecto que podría ser útil a la hora de plantear alguna intervención sobre los CIA sería atender a su consideración respecto a ciertos aspectos de mejora personal (como *la confianza o la seguridad en sí mismo*) o social (*superar la timidez, perder la vergüenza, volverse más hablador, estar más a gusto con sus amigos, o mejorar las relaciones sexuales*) los cuales tampoco pueden alcanzarse ni mejorarse con el nivel de consumo de alcohol que realizan, incluso hay posibilidad de verse deteriorados. En este sentido algunas investigaciones recientes (Marczinski, Grant y Grant, 2009; Townshend y Duka, 2005) han señalado que los consumidores en forma de CIA a menudo autoinforman de tener estados de ánimo menos positivos, muestran menores puntuaciones en

sentimientos positivos y presentan mayor número de relaciones sociales problemáticas que los no-CIA.

El cálculo de los constructos relativos a las creencias conductuales señalan dos aspectos importantes: en primer lugar, que no existen diferencias significativas en las consecuencias positivas atribuidas al CIA por parte de los jóvenes que consumen de ese modo; y en segundo lugar, que este mismo colectivo espera poder mejorar sus relaciones sociales y alcanzar un estado de mayor felicidad gracias a su Consumo Intensivo. Además, también es interesante advertir que los consumidores moderados no difieren de los CIA en otorgar la mejora de la relación con los demás y la superación de la timidez a consumos de mayor cuantía que la que ellos realizan.

Por todo ello, resulta necesaria una intervención sobre determinadas creencias conductuales distorsionadas o poco conscientes que modulan la conducta de los CIA. Para ello, una propuesta viable sería poner en marcha procesos motivacionales propios de personas precontempladas (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992), o lo que es lo mismo, aquellas que no manifiestan una necesidad de cambio de su conducta de consumo por considerar que la misma se encuentra dentro de lo considerado *normal* y que es imposible que genere problemas, ni a corto ni a largo plazo. Entre las estrategias a utilizar destacan aquellas que incrementen las dudas sobre el consumo que están realizando: aportarles información veraz y ajustada a su realidad sobre el riesgo y las consecuencias negativas asociadas al CIA, generarles discrepancias acerca de su percepción del consumo, aportarles *feedback* objetivo de su modo de consumo...; aquellas que le permitan ser consciente de la influencia negativa que puede tener su patrón de consumo en otros; así como las que atiendan a la expresión

emocional que pueden sentir al ver reflejados en otros consecuencias derivadas de un consumo similar al suyo.

Otro de los elementos de la teoría que mostró su influencia directa sobre la Intención de consumir de manera intensiva (aunque con menos fuerza que la *Actitud*) fue la mayor o menor presión social percibida por los jóvenes hacia esa conducta (*Norma Subjetiva*).

En este sentido, no parece que los referentes generales evaluados (*la mayoría de las personas/la gente que son importantes para ti*) supongan factores de presión hacia el consumo en ninguno de los grupos de jóvenes. De hecho, en todos los casos se muestran en desacuerdo en que dichos referentes piensen que ellos deben beber de manera concentrada. El único grupo que se acerca a un nivel de acuerdo son los varones CIA los cuales piensan que se espera de ellos que se comporten de ese modo, presentando además diferencias significativas en este aspecto con las mujeres CIA.

Pese a que la intensidad de esta presión se mantiene muy baja, la importancia que le otorgan a este tipo de opiniones resulta moderadamente importante, siendo similar en los cuatro grupos. El valor concedido a estas opiniones podría ser utilizado como presión aprovechando que estos referentes se comportan más como factores de protección, que de riesgo hacia esta conducta.

Sin embargo, la intervención directa sobre estos referentes generales puede resultar más difícil que si se atiende a grupos normativos más concretos y más fácilmente identificables por los jóvenes. En este sentido, el colectivo que parece actuar como factor de protección del CIA es la familia, y más concretamente los padres. En ambos casos, todos los grupos muestran claramente que estos desaprueban que ellos lleven a cabo consumos intensivos. Además, también en

todos los casos son los dos grupos de referentes a los que se les otorga la mayor importancia en sus opiniones acerca de esta conducta. Estos resultados confirman la necesidad de contar tanto con la familia como con los padres a la hora de poner en marcha cualquier intervención sobre la conducta de CIA. En este sentido, investigaciones recientes llevadas a cabo con la TCP en relación al consumo de marihuana (Lac, Alvaro, Crano y Siegel, 2009) han mostrado que una mejora en el nivel de conocimiento de los padres implicaba un descenso de la actitud de consumo de esta sustancia y un aumento del nivel de control percibido en sus hijos. Además, una mejora en la calidez de la relación producía descensos tanto de la actitud como de la presión social percibida hacia el consumo de marihuana.

Sin embargo, para poder contar con este colectivo primero habría que hacerles conscientes de estos patrones de consumo que están llevando a cabo sus hijos e hijas, así como dotarles de herramientas y conocimientos que les permitiesen reconocer los signos, síntomas y consecuencias de un CIA, y poder intervenir sobre los mismos (Cortés, Giménez, Mestre, Nácher, Samper y Tur, 2005; Giménez, Cortés, Pardo, Samper y Mestre, 2007).

Otro grupo que los jóvenes identifican como claramente contrario al CIA son los profesores. Sin embargo en este caso, el bajo nivel de motivación que presentan todos los grupos (especialmente los dos de CIA) hace que disminuya mucho el posible papel que jueguen en esta conducta. De hecho, en el constructo elaborado a partir del producto de la intención por la motivación por cumplir con ese referente, sitúa al colectivo de docentes en el último lugar en el caso de los CIA varones y en el penúltimo en el de la mujeres.

Sería interesante poder analizar qué personas conforman el grupo genérico que se incluye en el ítem referido a *las personas que son importantes para mí o cuyas opiniones valoro*, ya que en todos los grupos (y especialmente en el caso de

los CIA) suponen la influencia más fuerte a favor de este patrón de consumo de las reconocidas por los jóvenes.

Respecto al papel que puedan jugar los referentes más cercanos a los jóvenes en esta presión hacia el consumo, pese a que la pareja es otro de los referentes mejor valorados, no se señala como una presión a favor del consumo. Por otra parte, ni los amigos ni los compañeros de clase son evaluados como referentes importantes relacionados con esta conducta. Sin embargo, cuanto mayor es el consumo, mayor es el acuerdo en que puedan suponer una presión hacia el CIA. Además, esta percepción de presión por parte de los amigos es especialmente importante en el caso de las mujeres CIA, las cuales destacan significativamente en el porcentaje de amigos/as que consumen de este modo. En este aspecto concreto, podría plantearse la aplicación de otra técnica motivacional como es la *corrección de su percepción sobre el número de consumidores*.

Sin embargo es necesario señalar que estos grupos referentes concretos, a pesar de resultar elementos importantes a la hora de diseñar cualquier intervención, los valores otorgados por los jóvenes los sitúan en un nivel inferior de importancia, y por tanto de efectividad a la hora de influir sobre la conducta, menor que otros elementos como la *Actitud* o las *Creencias Conductuales*.

Por último, es interesante señalar la relación encontrada entre la baja *Percepción de Control* de la conducta y la realización del CIA. En el caso de los jóvenes consumidores intensivos, éstos reconocen claramente que no son capaces de manejar esta conducta. Sin embargo tienen la falsa percepción de que sólo depende de ellos, o que está únicamente bajo su control consumir por debajo del límite CIA. De este modo obvian que están realizando consumos de una sustancia con propiedades adictivas, que va a condicionar su vinculación con la misma. En

este caso, sería importante contrarrestar su falsa percepción de control sirviéndose de algunas de sus respuestas al manejo de situaciones concretas.

En este sentido son los mismos jóvenes CIA los que señalan que situaciones o ambientes como *estar celebrando algo, el botellón o salir de fiesta* hacen que les cueste evitar no beber de manera intensiva. Además el constructo creado a partir de la intensidad y la evaluación hacen que destaquen significativamente estos tres ambientes por encima del resto.

Entre las diferentes propuestas de intervención sobre esa pérdida de control del consumo, la investigación recomienda operar sobre el entorno social de estas situaciones concretas, con el fin de reducir la influencia de presiones externas para participar en el CIA (Toomey y Wagenaar, 2002). Esto podría lograrse mediante la modificación directa de entornos de consumo (por ejemplo, pubs) fomentando actividades distintas del simple consumo de alcohol (por ejemplo, comer), o mediante la reducción de la promoción de las bebidas baratas (por ejemplo, "Happy Hours") (Yates y Hebblethwaite, 1983). Sin embargo, la mayoría de estas propuestas hacen referencia a un tipo de consumo llevado a cabo dentro de locales de ocio. Esto dejaría fuera al porcentaje de jóvenes que están consumiendo de forma intensiva en entornos no formales como pueden ser el botellón o los pisos de estudiantes (Cortés y cols., 2007, 2008; GiesyT, 2001; Navarrete, 2004).

En estos casos, otras posibles propuestas podrían ser ayudarles a analizar razones para controlar su consumo y los riesgos de no hacerlo, o incluir la mejora de su nivel de autoeficacia en el manejo del consumo, lo cual ha demostrado en algunas investigaciones (Johnston y White, 2003; Norman y Conner, 2006) que reduce significativamente tanto la intención como la propia conducta de CIA.



## **BIBLIOGRAFÍA**

- Aas, H., Klepp, K., 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, 392-399.
- Abbey, A. (2002). Alcohol-related sexual assault: A common problem among college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 14(Suppl.), 118-128.
- Abbey, A., Smith, M.J. y Scott, R.O. (1993). The relationship between reasons for drinking alcohol and alcohol consumption: An interactional approach. *Addictive Behaviors*, 18, 659-670.
- Adams, T.B.; Evans, D.R.; Shreffler, R.M. y Beam, K.J. (2006). Development and Evaluation of Theory-Based Alcohol Education Programs. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 50 (3), 21-30.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. En J. Kuhl y J. Beckmann (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Milton Keynes: Open University Press.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2001). Nature and Operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52 (1), 27-58.
- Ajzen, I. (2002a). *Constructing a TpB questionnaire: Conceptual and methodological considerations*. Recuperado en Julio de 2008 de <http://www.people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf>
- Ajzen, I. (2002b). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 665-683.
- Ajzen, I. (2002c). Residual effects of past on later behavior: Habituation and reasoned action perspectives. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 107-122.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1973). Attitudinal and normative variables as predictors of specific behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 27(1), 41-57.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980) *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Prentice-Hall: Englewood.
- Ajzen, I. y Madden, T.J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.

- 
- Ajzen, I. y Manstead, A. (2007). *Changing health-related behaviours: An approach based on the theory of planned behaviour*. En, Hewstone, M., Schut, H., De Wit, J., Van Den Bos, K. y Stroebe, M.S. (Eds), *The scope of social psychology: Theory and applications* (pp. 43-63). New York: Psychology Press.
- Albarracín, D., Johnson, B.T., Fishbein, M. y Muellerleile, P.A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127, 142-161.
- Alte, D., Luedemann, J., Rose, H.J. y John, U. (2004). Laboratory Markers Carbohydrate-Deficient Transferrin, gamma-Glutamyltransferase, and Mean Corpuscular Volume Are Not Useful as Screening Tools for High-Risk Drinking in the General Population, Results From the Study of Health in Pomerania (SHIP), *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 28, 931-940.
- Álvarez, F.J., Fierro I. y Del Río, M.C. (2006) Alcohol-related Social Consequences in Castille and Leon, Spain. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30, 656-664.
- Alvik, A., Haldorsen, T. y Lindemann, R. (2005). Consistency of Reported Alcohol Use by Pregnant Women, Anonymous Versus Confidential Questionnaires With Item Nonresponse Differences, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29, 1444-1449.
- Alvik, A., Haldorsen, T., Groholt, B. y Lindemann, R. (2006). Alcohol Consumption Before and During Pregnancy Comparing Concurrent and Retrospective Reports. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30, 510-515.
- Anderson P. (1996). *Alcohol and primary health care*. WHO Regional Publications, European Series, N.º. 64. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Anderson, K. y Plant, M. (1996) Abstaining and carousing: substance use among adolescents in the Western Isles of Scotland. *Drug and Alcohol Dependence*, 41, 189-196.
- Anderson, P. y Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective*. UK: Institute of Alcohol Studies. Disponible en: [http://ec.europa.eu/health-eu/news\\_alcoholineurope\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm)
- Andrew, M. y Cronin, C. (1997). Two measures of sensation seeking as predictors of alcohol use among high school males. *Personality and Individual Differences*, 22(3), 393-401.
- Armitage, C.J. y Conner, M. (1999). Distinguishing perceptions of control from self-efficacy: Predicting consumption of a low-fat diet using the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(1), 72-90.

- Armitage, C.J. y Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471-499.
- Armitage, C.J., Conner, M., Loach, J. y Willetts, D. (1999). Different perceptions of control: Applying an extended theory of planned behavior to legal and illegal drug use. *Basic and Applied Social Psychology*, 21, 301-316.
- Atkinson, J.W. (1964). *An introduction to motivation*. Princeton: Van Nostrand.
- Babor, T.F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbretch, N., Graham, K., Grube, J., Grunewald, P., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. y Rossow, I. (2003). *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and public policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. y Monteiro, M.G. (2001). *AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care*. Geneva: World Health Organization, 2nd edition.
- Babrow, A., Black, D. y Tiffany, S. (1990). Beliefs, attitudes, intentions, and a smoking-cessation program: A planned behavior analysis of communication campaign development. *Health Communication*, 2(3), 145-163.
- Baer, J.S., Kivlahan, D.R., Blume, A.W., McKnight, P. y Marlatt, G.A. (2001). Brief intervention for heavy-drinking college students: 4-year follow-up and natural history. *American Journal of Public Health*, 91(8), 1310-1316.
- Baigorri, A., Chaves, M., Fernández, R. y López, J. A. (2004). El botellón: glocalizando un conflicto postmoderno. En A. Álvarez (Ed.), *Turismo, Ocio y Deporte* (pp. 111-130). A Coruña: Universidade da Coruña.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1991). Social-cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 191-215.
- Bandura, A., Adams, N.E. y Beyer, J. (1977). Cognitive processes mediating behavioural change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 125-139.
- Bandura, A., Adams, N.E., Hardy, A.B. y Howells, G.N. (1980). Tests of the generality of self-efficacy theory. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 39-66.
- Bank, B.J., Biddle, B.J., Anderson, D.S., Hauge, R., Keats, D.M., Mariin, N.N. y Valantira, S. (1985) Comparative research on the social determinants of adolescent drinking. *Social Psychology Quarterly*, 48, 164-177.
- Bauman, K.E., Fisher, L.A. y Koch, G.G. (1989). External variables, subjective expected utility, and adolescent behavior with alcohol and cigarettes. *Journal of Applied Social Psychology*, 19, 789-804.

- Bauman, K.E., Fisher, L.A., Bryan, E.S., Chenoweth, R.L. (1985). Relationship between subjective expected utility and behavior: A longitudinal study of adolescent drinking behavior. *Journal of Studies on Alcohol*, 46(1), 32-38
- Bechara, A., Dolan, S., Denburg, N., Hindes, A., Yerson, S.W. y Nathan, P.E. (2001). Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. *Neuropsychologica*, 39, 376-389.
- Beck, K.H. y Treiman, K.A. (1996). The relationship of social context of drinking, perceived social norms, and parental influence to various drinking patterns of adolescents. *Addictive Behaviors*, 21, 633-644.
- Beck, K.H., Summons, T.G. y Thombs, D.L. (1991). A factor analytic study of social context of drinking in a high school population. *Psychology of Addictive Behavior*, 5(2), 66-77.
- Becoña, E. y Dosil, A. (1982). El modelo actitudinal de Fishbein y Ajzen. *Psicológica*, 3(2), 197-231.
- Beirness, D.J., Foss, R.D. y Vogel-Sprott, M. (2004). Drinking on Campus: Self-Reports and Breath Tests. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(5), 600-604.
- Beirness, D.J., Foss, R.D. y Vogel-Sprott, M. (2005). Drinking on Campus: Self-Reports and Breath Tests: "Response". *Journal of Studies on Alcohol*, 66(3), 439-440.
- Bendtsen, P., Johansson, K. y Akerlind, I. (2006). Feasibility of an email-based electronic screening and brief intervention (e-SBI) to college students in Sweden. *Addictive Behaviors*, 31(5), 777-787.
- Bennett, M.E., Miller, J.H. y Woodall, W.G. (1999). Drinking, binge drinking, and other drug use among southwestern undergraduates: Three-year trends. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25(2), 331-350.
- Bennett, P., Smith, C. y Nugent, Z. (1990) *Binge Drinking in Wales. Good Health Wales Briefing Report 2*. Cardiff: Health Promotion Authority for Wales.
- Ben-Yehuda, N. (1984). A clinical sociology approach to treatment of deviants: the case of drug addicts. *Drug and Alcohol Dependence*, 13, 267-282.
- Berkowitz, A.D. (1990). Reducing alcohol and other drug use on campus: effective strategies for prevention programs. *The Eta Sigma Gamman*, 22(1), 12-14.
- Bermúdez, J. y Contreras, A. (2008). Predictores psicosociales del consumo de tabaco en adolescentes: Extensiones de la teoría de la conducta planificada. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 175-186.

- Beyth-Maron, R., Austin, L., Fischhoff, B., Palmgren, C. y Jacobs-Quadrel, M. (1993). Perceived consequences of risky behaviors: adults and adolescents. *Developmental Psychology*, 29, 549-563.
- Bloomfield, K., Stockwell, T., Gmel, G. y Rehn, N. (2003). International comparisons of alcohol consumption. *Alcohol Research Health*, 27, 95-109.
- Blume, A.W., Schmalings, K.B. y Marlatt, A.G. (2003). Predictors of change in binge drinking over a 3-month period. *Addictive Behaviors*, 28(5), 1007-1012.
- Borsari, B y Carey, K.B. (2000). Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 728-733.
- Borsari, B., Neal, D.J., Collins, S.E. y Carey, K.B. (2001). Differential utility of three indexes of risky drinking for predicting alcohol problems in college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(4), 321-324.
- Bosari, B. y Carey, K.B. (2001). Peer influences on college drinking: A review of the research. *Journal of Substance Abuse*, 13, 391-424.
- Bradley, K.A., Bush, K.R., Davis, T.M., Dobie, D.J., Burman, M.L., Rutter, C.M. y Kivlahan, D.R. (2001). Episodic heavy drinking among female Veterans Affairs patients: Prevalence and associated risks. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(4), 297-305.
- Bradley, K.A., Bush, K.R., Davis, T.M., Dobie, D.J., Burman, M.L., Rutter, C.M. y Kivlahan, D.R. (2001). Binge drinking among female Veterans Affairs patients, Prevalence and associated risks. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(4), 297-305.
- Bradstock, K., Forman, M. R., Binkin, N. J., Gentry, E. M., Hogelin, G. C., Williamson, D. F. y Trowbridge, F. L. (1988). Alcohol use and health behavior lifestyles among US women: The behavioral risk factor surveys. *Addictive Behaviors*, 13(1), 61-71.
- Brick, J. (2006). Standardization of alcohol concentrations in research. *Alcohol Clin Exp Res*, 30(8), 1276-1287
- Broadbent, R. (1994). Young people's perceptions of their use and abuse of alcohol. *Youth Studies Australia*, 2, 32-35.
- Brook, J.S., Whiteman, M., Gordon, A.S., Nomura, C. y Brook, D.W. (1986) Onset of adolescent drinking: a longitudinal study of intrapersonal and interpersonal antecedents. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 5, 91-110.
- Brown, C.N. y Gunn, A.D.G. (1997). Alcohol consumption in a student community. *The Practitioner*, 219, 238-242.

- Brown, S.A., Tapert, S.F., Granholm, E. y Delis, D.C. (2000). Neurocognitive functioning of adolescents: effects of protracted alcohol use. *Alcohol, Clin Exp Res*, 24, 164-171.
- Cadaveira, F. (2009). Alcohol y cerebro adolescente. *Adicciones*, 21(1), 9-14.
- Cahalan, D., Cisin, I.H. y Crossley, H.M. (1969). *American Drinking Practices, A National Study of Drinking Behavior and Attitudes. Monograph No.6*. New Brunswick: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Calafat, A. (2007). El abuso de alcohol de los jóvenes en España. *Adicciones*, 19(3), 217-224.
- Caldwell, L.L., Kivel, B.D., Smith, E.A. y Hayes, D. (1998). The leisure context of adolescents who are lesbian, gay male, bisexual and questioning their sexual identities: An exploratory study. *Journal of Leisure Research*, 30(3), 341-355.
- Canary, D.J. y Seibold, D.R. (1984). *Attitudes and behavior: An annotated bibliography*. New York: Praeger.
- Carey, K.B. (2001). Understanding binge drinking: Introduction to the special issue. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(4), 283-286.
- Casey, B.L., Giedd, L.N. y Thomas, K.M. (2000). Structural y functional brain development and its relation to cognitive development. *Biological Psychology*, 54, 241-257.
- Chambers, R.A., Taylor, J.R. y Potenza, M.N. (2003) Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1041-1052.
- Chan, D.C.N., Wu, A.M.S. y Hung, E.P.W. (2010). Invulnerability and the intention to drink and drive: An application of the theory of planned behavior. *Accident Analysis and Prevention*, 42(6), 1549-1555.
- Christiansen, M., Vik, P.W. y Jarchow, A. (2002). College student heavy drinking in social contexts versus alone. *Addictive Behaviors*, 27(3), 393-404.
- Clapp, J.D., Shillington, A.M. y Segars, L.B. (2000). Deconstructing the contexts of binge drinking among college students. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26(1), 139-154.
- Clark, D.B., Lynch, K.G., Donovan, J.E. y Block, G.D. (2001). Health problems in adolescents with alcohol use disorders: self-report, liver injury, and physical examination findings and correlates. *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 25, 1350-1359.
- Collins, S.E. y Carey, K.B. (2007) The Theory of Planned Behavior as a Model of Heavy Episodic Drinking Among College Students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(4), 498-507.

- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2007). *Informe sobre alcohol*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria (2007). *Informe sobre una estrategia de la Unión Europea para ayudar a los Estados miembros a reducir los daños relacionados con el alcohol* (2007/2005(INI)). Estrasburgo: Parlamento Europeo.
- Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Latil E., Lengagne P. (2006), Identification et mesure des problèmes d'alcool en France. Une comparaison de deux enquêtes en population générale. *Rapport Irdes, 1600*.
- Conigrave, K.M., Saunders, J.B. y Reznik, R.B. (1995). Predictive capacity of the AUDIT questionnaire for alcohol-related harm. *Addiction, 90* (11), 1479-1485.
- Conner, M. y McMillan, B. (1999). Interaction effects in the theory of planned behaviour: Studing Cannabis use. *British Journal of Social Psychology, 38*, 195-222.
- Conner, M. y Sparks, P. (2005). *The theory of planned behaviour and health behaviour*. En M. Conner y P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour* (pp. 170-222). Buckingham: Open University Press.
- Conner, M., Graham, S. y Moore, B. (1999). Alcohol and intentions to use condoms: Applying the theory of planned behaviour. *Psychology & Health, 14*, 795- 812.
- Conner, M., Warren, R., Close, S. y Sparks, P. (1999). Alcohol consumption and the theory of planned behavior: An examination of the cognitive mediation of past behavior. *Journal of Applied Social Psychology, 29*, 1676-1704.
- Cooke, R., Sniehotta, F. y Schüz, B. (2007). Predicting binge-drinking behavior using an extended TPB: Examining the impact of anticipated regret and descriptive norms. *Alcohol and Alcoholism, 42*(2), 84-91.
- Cooper, M.L. (1994). Reasons for drinking among adolescents: Development and validation of a four-dimensional measure of drinking motives. *Psychological Assessment, 6*, 117-128.
- Corbin, W.R. y Fromme, K. (2002). Alcohol use and serial monogamy as risks for sexually transmitted diseases in young adults. *Health Psychology, 21*, 229-236.
- Cortés Tomás, M. (2001). Una primera aplicación de la Teoría del Comportamiento Planificado para explicar el abandono del tratamiento por parte de los dependientes alcohólicos. *Revista de Psicología General y Aplicada, 54*, 389-405.
- Cortés, M.T. (2006). *Realidad del fenómeno botellón: ¿hacia donde vamos?* Comunicación presentada en el 20 Congreso Sociedad, Familia y Drogas (FAD). Valencia.

- 
- Cortés, M.T. (2008). *Episodio de Consumo Intensivo de Alcohol y botellón*. Documento presentado en la Conferencia Internacional EMNA / FARE. Alcohol, familia y jóvenes. Prevención y tratamiento. Madrid.
- Cortés, M.T. (2010). *Debates en drogodependencias: Aspectos sociales y de salud en el botellón: obligados a entenderse*. Valencia: Plan Municipal de Drogodependencias. Ayuntamiento de Valencia.
- Cortés, M.T. y Giménez, J.A. (en prensa). Intervención ante los nuevos patrones juveniles de consumo de alcohol. En J.A. García del Castillo y C. López, *Estrategias de intervención en la prevención de drogodependencias*. Madrid. Síntesis.
- Cortés, M.T., Espejo, B. y Giménez, J.A. (2007). Características que definen el fenómeno del botellón en universitarios y adolescentes. *Adicciones*, 19, 357-372.
- Cortés, M.T., Espejo, B. y Giménez, J.A. (2008). Aspectos cognitivos relacionados con la práctica del botellón. *Psicothema*, 20, 396-402.
- Cortés, M.T., Espejo, B., Giménez, J.A., Mestre, M.V., Samper, P., Nácher, M.J. y Dolz, L. (2006). *Peculiarities in high consumption of alcohol in youths. Is there a Worldwide tendency?* Comunicación presentada en el 26<sup>th</sup> International Congress of Applied Psychology, Athens.
- Cortés, M.T., Espejo, B., Martín, B. y Gómez, C. (2010). Tipologías de consumidores de alcohol dentro de la práctica del botellón en tres ciudades españolas. *Psicothema*, 22(3), 363-368.
- Cortés, M.T., Giménez, J.A., Pedrero, E., Guardia, J., Pascual, P., Espejo, B., Tomás, I. y Sancerni, M.D. (2009). *¿Binge drinking, consumo en atracón, episodio de consumo intensivo...? Buscando el consenso conceptual*. Comunicación presentada en las XXXVI Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol (Salamanca).
- Cortés, M.T., Giménez, J.A., Mestre, V., Nácher, M.J., Samper, P. y Tur, A. (2005). Los padres ante las nuevas formas de consumo de alcohol de sus hijos. *Revista IberPsicología Publicación electrónica*, 10, 6.4
- Courtney, K.E. y Polich, J. (2009). Binge drinking in young adults: Data, definitions, and determinants. *Psychological Bulletin*, 135, 142-156.
- Cranford, J.A., McCabe, S.E. y Boyd, C.J. (2006). A new measure of binge drinking, prevalence and correlates in a probability sample of undergraduates. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30, 1896-1905.

- Crego, A., Rodríguez Holguín, S., Parada, M., Mota-Miranda, N., Corral, M., Caamaño-Isorna, F. y cols (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.
- Crick, N.R. y Zahn-Waxler, C. (2003). The development of psychopathology in females and males: Current progress and future challenges. *Devel. Psychopathol.* 15, 719-742.
- Crundall, I.A. (1995). Perceptions of alcohol by student drinkers at university. *Drug and Alcohol Review*, 14, 363-368.
- Davey, J., Davey, T. y Obst, P. (2002). Alcohol consumption and drug use in a sample of Australian university students. *Youth Studies Australia*, 21(3), 25-32.
- Dawson, D.A., Grant, B.F., Stinson, F.S. y Chou, P.S. (2004). Psychopathology associated with drinking and alcohol use disorders in the college and general adult populations. *Drug Alcohol Depend*, 77(2), 139-150.
- De Bellis, M.D., Keshavan, M., Shifflett, H., Iyengar, S., Dahl, R., Axelson, D.A. y cols. (2002) Superior temporal gyrus volumes in pediatric generalized anxiety disorder. *Biol Psychiatry* 51, 553-562.
- DeJong, W. (2001). Finding common ground for effective campus-based prevention. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(4), 292-296.
- DeJong, W. (2003). Definitions of Binge Drinking. *JAMA*, 289(13), 1635.
- Dennis, M., Babor, T.F., Roebuck, M.C. y Donaldson, J. (2002). Changing the focus: the case for recognizing and treating cannabis use disorders. *Addiction*, 97(Sup 1), 4-15.
- Devos-Comby, L. y Lange, J.E. (2008). Standardized Measures of Alcohol-Related Problems: A Review of Their Use Among College Students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(3), 349-361.
- DeVries, H. y Backbier, E. (1994). Self-efficacy as an important determinant of quitting among pregnant women who smoke - the phi pattern. *Preventive Medicine*, 23, 167-174.
- DeWit, D.J., Adlaf, E.M., Offord, D.R. y Ogborne, A.C. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 745-750.
- Dietrich, K.N., Ris, M.D., Succop, P.A., Berger, O.G. y Bornschein, R.L. (2004). Early exposure to lead and juvenile consumption of alcohol. *Neurotoxicol Teratol*, 23, 511-518.

- D'Onofrio, G., Pantalon, M.V., Degutis, L.C., Fiellin, D.A., Busch, S.H., Chawarski, M.C., Owens, P.B. y O'Connor, P.G. (2008). Brief intervention for hazardous and harmful drinkers in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 51,742-750.
- Donovan, J.E. (2009). Estimated blood alcohol concentrations for child and adolescent drinking and their implications for screening instruments. *Pediatrics*, 123(6), e975-e981.
- Dowdall, G.W., Crawford, M. y Weschler, H. (1998). Binge drinking among American college women. *Psychology of Women Quarterly*, 22, 705-715.
- Downs, W.R. (1987) A panel study of normative structure, adolescent alcohol use, and peer alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 167-175.
- Drummond, C., Oyefeso, A., Phillips, T., Cheeta, S., Deluca, P., Winfield, H., Jenner, J., Cobain, C., Galea, S., Saunders, V., Fuller, T., Pappalardo, D., Baker, O. y Christouopoulos, A. (2005). *Assessment Research Project (ANARP), The 2004 National Alcohol Needs Assessment for England*. London: Department of Health.
- Duncan, D.F. (1997). Chronic drinking, Excessive episodic consumption, and drunk driving. *Psychological Reports*, 80, 681-682.
- Durkin, K. F., Wolfe, T. W. y Clark, G. (1999). Social bond theory and binge drinking among college students: A multivariate analysis. *College Student Journal*, 33(3), 450-462.
- Eagly, A.H. y Chaiken, S. (1993). *The Psychology of attitudes*. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, 22, 794.
- Edwards, W. (1954). Behavioral decision theory. *Annual Review of Psychology*, 12, 473-498.
- Ehlers, C.L., Montane-Jaime, K., Moore, S., Shafe, S., Joseph, R. y Carr, L.G. (2007). Association of the ADHIB\*3 Allele with Alcohol-Related Phenotypes in Trinidad. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(2), 216-220.
- Engineer, R., Philips, A., Thompson, J. y Nicholls, J. (2003). *Drunk and disorderly, a qualitative study of binge drinking among 18 to 24 year old*. London: Home Office Research Studies.
- Epstein, E.E., Kaler, C.W., McCrady, B.S., Lewis, K.D. y Lewis, S. (1995). An empirical classification of drinking patterns among alcoholics binge, episodic, sporadic and steady. *Addictive Behaviour*, 20, 23-41.
- Espada, J.P., Méndez, F.X. e Hidalgo, M.D. (2000). Consumo de alcohol en escolares: descenso de la edad de inicio y cambios en los patrones de ingesta. *Adicciones*, 20, 57-64.

- Espejo, B., Cortés, M.T., Giménez, J.A., Luque, L. y Gómez, R. (en prensa). Elaboración de un cuestionario basado en la Teoría de la Conducta Planificada de Ajzen para evaluar el consumo de alcohol en atracción en adolescentes. *Revista española de drogodependencias*
- EU (2010). Special Eurobarometer 331: EU citizens' attitudes towards alcohol. Brussels: EU.
- Farke, W. y Anderson, P. (2007). El consumo concentrado de alcohol en Europa. *Adicciones*, 19 (4), 333-340.
- Fernández, C., Calafat, A. y Juan, M. (2004). Detección, evaluación e intervención temprana en el tratamiento de jóvenes por abuso de drogas. En A. González, J. R. Fernández y R. Secades (eds), *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*, (pp. 225-269). Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Fife-Schaw, C. Sheeran, P. y Norman, P. (2007). Simulating behaviour change interventions based on the theory of planned behaviour: Impacts on intention and action. *British Journal of Social Psychology*, 46, 43-68
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading: AddisonWesley.
- Fishbein, M.E. (1967). Readings in attitude theory and measurement, Wiley & Sons, pp. 477-492.
- Fisher, L.B., Miles, I.W., Austin, S.B., Camargo, C.A. y Colditz, G.A. (2007). Predictors of initiation of alcohol use among U.S. adolescents, findings from a prospective cohort study. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 16, 959-966.
- Francis, J.J., Eccles, M.P., Johnston, M., Walker, A., Grimshaw, J., Foy, R., Kaner, E., Smith, F.S. y Bonetti, D. (2004). *Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour. A manual for health services researchers*. Newcastle: Centre for Health Services Research. University of Newcastle.
- Frisch, D. y Clemen, R.T. (1994). Beyond expected utility: rethinking behavioral decision research. *Psychological Bulletin*, 116, 46-54.
- Fulgencio, J.C., Reig, M. y Moncho, J. (2007). *Aspectos Legislativos: elementos punitivos versus favorecedores o permisivos*. Comunicación presentada en las XXXIV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol (Valencia).
- Furby, L. y Beyth-Marom, R. (1992). Risk taking in adolescence: a decision-making perspective. *Developmental Review*, 12, 1-44.
- García-Moreno, L.M. (2008). Actividad prefrontal y alcoholismo de fin de semana en jóvenes. *Adicciones*, 20, 271-280.

- Gfroerer, J.C., Wright, D.A. y Gustin, J. (1996). *Substance Abuse in States and Metropolitan Areas: Model Based Estimates from the 1991-1993 National Household Surveys on Drug Abuse, Summary Report*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Office of Applied Studies (OAS). Rockville: U.S. Department of Health and Human Services.
- Giancola, P.R. (2002). Alcohol-related aggression during the college years: Theories, risk factors, and policy implications. *J. Stud. Alcohol, Supplement No. 14*, 129-139.
- GIESyT (2001). *El botellón en las ciudades de Badajoz, Cáceres, Mérida y Plasencia*. Mérida: Universidad de Extremadura. Consejería de Cultura y Patrimonio.
- Gill, J. y O'May, F. (2007). How "sensible" is the UK Sensible drinking message? Factors which impact on levels of alcohol consumption among newly matriculated female university students. *J Public Health 29*(1), 13-16.
- Gill, J., Murdoch, J. y O'May, F. (2009). *Binge Drinking, a Commentary*. New York: Nova Publishers.
- Gill, J.S. (2002). Reported levels of alcohol consumption and binge drinking within the UK undergraduate student population over the last 25 years. *Alcohol and Alcoholism, 37*, 109-120.
- Giménez, J.A., Cortés, M.T. y Espejo, B. (2010). Consumo de alcohol juvenil: una visión desde diferentes colectivos. *Health and Addictions, 10*(1), 13-34.
- Giménez, J.A., Cortés, M.T.; Motos, P. y Soler, E. (2010). *La "Unidad de Bebida Estándar" como registro de consumo de alcohol de los universitarios dentro del botellón*, comunicación presentada en las XXXVII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol (Oviedo).
- Giménez, J.A., Cortés, M.T., Pardo, F., Samper, P. y Mestre, M.V. (2007). *¿Cómo afrontan los padres el botellón de sus hijos?*, comunicación presentada en las XXXIV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol (Valencia).
- Giménez, J.A., Motos, P. y Cortés, M.T. (2010). *Creencias distorsionadas a trabajar en medidas preventivas dirigidas a jóvenes conductores*, comunicación presentada en el III Congreso Internacional de Prevención de Riesgos en los Comportamientos Viales (Valencia).
- Gliksman, L., Adlaf, E.M., Demers, A. y Newton-Taylor (2003). Heavy drinking or Canadian campuses. *Canadian Journal of Public Health, 94*, 17-21.
- Gmel, G., Rehm, J. y Kuntsche, E. N. (2003). Binge drinking in Europe: Definitions, epidemiology, and consequences. *Sucht, 49*, 105-116.

- Godin, G. y Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion, 11*, 87-98.
- Godin, G., Valois, P., Lepage, L. y Desharnais, R. (1992). Predictors of smoking behaviour: An application of Ajzen's theory of planned behaviour. *British Journal of Addiction, 87*(9), 1335-1343.
- Goldman, M.S. (1989). Alcohol expectancies as cognitive-behavioral psychology: Theory and practice. En T. Loberg, W.R. Miller, P.E. Nathan y G.A. Marlatt (Eds.), *Addictive behaviors: Prevention and early intervention* (pp. 11-30). Bristol: Swets and Zeitlinger.
- González Roma, V. y Lloret Segura, S. (1992) *Evaluación de modelos causales mediante "path-analysis"*. Valencia: Cristobal Serrano.
- Goudriaan, A.E., Grekin, E.R. y Sher, K.J. (2007). Decision making y binge drinking: A longitudinal study. *Alcoholism: Clinical y Experimental Research, 31*, 928-938.
- Grant, B.F. y Dawson, D.A. (1997). Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J Subst Abuse, 9*, 103-110.
- Grobin, A.C., Matthews, D.B., Montoya, D., Wilson, W.A., Morrow, A.L. y Swartzwelder, H. (2001). Age-related differences in neurosteroid potentiation of muscimol-stimulated Cl-flux following chronic ethanol treatment. *Neuroscience, 105*, 547-552.
- Guerri, C. (2010). *Neurotoxicidad y alteraciones cognitivas y conductuales*. Trabajo presentado en el Seminario "Consumo intensivo de alcohol en jóvenes: conocimiento, alternativas y viabilidad". (Valencia).
- Hagger, M.S. y Chatzisarantis, N.L.D. (2009). Integrating the theory of planned behaviour and self-determination theory in health behaviour: A meta-analysis. *British Journal of Health Psychology, 14*, 275-302.
- Hagger, M.S., Chatzisarantis, N. y Biddle, S.J.H. (2002). A meta-analytic review of the theories of reasoned action and planned behaviour in physical activity: Predictive validity and the contribution of additional variables. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 24*(1), 3-32.
- Hamm, L.S. y Hope, D.A. (2003) College students and problematic drinking: a review of the literature. *Clinical Psychological Review, 23*, 719-759.
- Hammersley, R. y Ditton, J. (2005). Binge or bout? Quantity and rate of drinking by young people in the evening in licensed premises. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 12*(6), 493-500.

- Hansagi, H., Romelsjö, A., Gerhardsson de Verdier, M., Andréasson, S. y Leifman, A. (1995). Alcohol Consumption and Stroke Mortality 20-Year Follow-up of 15 077 Men and Women. *Stroke*, 26, 1768-1773.
- Hanson, M.J.S. (1997). The theory of planned behavior applied to cigarette smoking in African-American, Puerto Rican, and non-Hispanic white teenage females. *Nursing Research*, 46, 155-162.
- Hanson, M.J.S. (1999). Cross-cultural study of beliefs about smoking among teenaged females. *Western Journal of Nursing Research*, 21, 635-651.
- Harford, T.C., Wechsler, H. y Muthen, B.O. (2003). Alcohol-related aggression and drinking at off-campus parties and bars: A national study of current drinkers in college. *J. Stud. Alcohol* 64, 704-711.
- Harnett, R., Thom, B., Herring R. y Kelly, M. (2000) Alcohol in transition: Towards a model of young men's drinking styles, *Journal of Youth Studies*, 3(1), 61-77.
- Hartley, D.E., Elsabagh, S. y File, S.E. (2004). Binge drinking y sex: effects of mood y cognitive function in healthy young volunteers. *Pharmacology, Biochemistry y Behavior*, 78, 611-619.
- Hasin, D., Paykin, A. y Endicott, J. (2001). Course of DSM-IV alcohol dependence in a community sample: Effects of parental history and binge drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25(3), 411-414.
- Hassan, L.M. y Shiu, E.M.K. (2007). Gender differences in low-risk single-occasion drinking: an application of the theory of planned behaviour. *International Journal of Consumer Studies*, 31, 317-325.
- Hawks, D. (1989). Is it possible to recommend safe drinking levels without increasing per capita consumption? Another aspect of prevention. *British Journal of Addictions*, 8, 371-375.
- Healy, J. (2000). *Young people and substance abuse, Issues in Society*, v.138. Balmain: Spinney Press.
- Herring, R., Berridge, V. y Thorn, B. (2008). Binge drinking: an exploration of a confused concept. *Journal of Epidemiological Community Health*, 62, 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: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN 2004*. Recuperado el 10 de octubre de 2009, de <http://www.espad.org>
- Higgins, G.E. y Marcum, C.D. (2005). Can the Theory of Planned Behavior Mediate the Effects of Low Self-Control on Alcohol Use? *College Student Journal*, 39.

- Hill, A.J., Boudreau, F., Amyot, E., Dery, D. y Godin, G. (1997). Predicting the stages of smoking acquisition according to the theory of planned behavior. *Journal of Adolescent Health, 21*, 107-115.
- Hill, K., White, H.R., Chung, I., Hawkins, J.D. y Catalano, R.F. (2000). Early adult outcomes of adolescent alcohol use: Person- and variable-centered analyses of binge drinking trajectories. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 24*, 892-901.
- Hingson, R. (2004). Advances in measurement and intervention for excessive drinking. *Am J Prev Med, 27*(3), 261-263.
- Hingson, R. W., Heeren, T., Winter, M. y Wechsler, H. (2005). Magnitude of alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18-24, Changes from 1998-2001. *Annual Review of Public Health, 26*, 259-279.
- Hingson, R.W., Heeren, T., Zakocs, R.C, Kopstein, A. y Weschler, H. (2002). Magnitude of alcohol-related mortality and morbidity among U. S. college students ages 18-24. *Journal of Studies on Alcohol, 63*(2), 136-144.
- Hingson, R.W., Heeren, T., Jamanka, A. y Howly, J. (2000). Age of drinking onset y unintentional injury involvement after drinking. *Journal of the American Medical Association, 284*, 1527-1533.
- Høie, M., Moan, I. y Rise, J. (2010). An extended version of the theory of planned behaviour: Prediction of intentions to quit smoking using past behaviour as moderator. *Addiction Research y Theory, 18*(5), 572-585.
- Hu, S. (1996). A study of intention to quit smoking in males in the workplace in southern taiwan: An application and modification of the theory of planned behavior. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 56*(12-B), 6694.
- Hu, S.C. y Lanese, R.R. (1998). The applicability of the theory of planned behavior to the intention to quit smoking across workplaces in southern Taiwan. *Addictive Behaviors, 23*, 225-237.
- Huba, G.J., Wingard, J.A. y Bender, P.M. (1981). Intentions to use drugs among adolescents: a longitudinal analysis. *International Journal of the Addictions, 16*, 331-339.
- Huchting, K., Lac, A. y LaBrie, J.W. (2008). An application of the Theory of Planned Behavior to sorority alcohol consumption. *Addictive Behaviors 33*, 538-551.
- Hulten, R., Bakker, A. Lodder, A., Teeuw, K., Bakker, A. y Leufkens, H. (2003). The impact of attitudes and beliefs on length of benzodiazepine use: a study among inexperienced and experienced benzodiazepine users. *Social Science and Medicine, 56*, 1345-1354.

- Humphrey, R., O'Malley, P., Johnston, L. y Bachman, J. (1988). Bases of power, facilitation effects, and attitudes and behavior: direct, indirect, and interactive determinants of drug use. *Social Psychology Quarterly*, 51, 329-345.
- Hurlbut, S.C. y Sher, K.J. (1992). Assessing alcohol problems in college students. *Journal of American College Health*, 41, 49-58.
- Hwang, Y., Kim, S., Jeng, J. (2000). Examining the causal relationships among selected antecedents of responsible environmental behavior. *Journal of Environmental Education*. 31(4), 19-25.
- Ichihama, M.A. y Kruse, M.I. (1998). The social contexts of binge drinking among private university freshmen. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 44(1), 18-33.
- Institute of Alcohol Studies -IAS- (2007). *Binge drinking: nature, prevalence and causes*. Recuperado el 8 de febrero de 2008, de [http://www.ias.org.uk/resources/factsheets/binge\\_drinking.pdf](http://www.ias.org.uk/resources/factsheets/binge_drinking.pdf)
- International Center for Alcohol Policies. ICAP. (2005). *ICAP blue book. Practical guides for alcohol policy and prevention approaches*. Washinton: ICAP.
- Jackson, K.M. (2008). Heavy episodic drinking determining the predictive utility of five or more drinks. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 68-77.
- Jackson, K.M. y Sher, K.J. (2008). Comparison of longitudinal phenotypes based on alternate heavy drinking cut scores: A systematic comparison of trajectory approaches III. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 198-209.
- Johnston, K.L. y White, K.M. (2003). Binge-drinking: A test of the role of group norms in the theory of planned behaviour. *Psychology and Health*, 18, 63-77.
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M. y Bachman, J.G. (1993). *National Survey Results on Drug Use from Monitoring the Future Study 1975-1992*. NIH publ. no. 93-3597, Vol. 1. Washington: US Government Printing Office.
- Join together. (2003). *College Binge Drinking May Affect Memory*. Coconsultado el 14 de noviembre de 2010 desde: <http://www.jointogether.org/sa/news/summaries/reader/0,1854,264166,00.html>.
- Jomphe, H.A. y Boudreau, F. (1999). Prediction on intention to use cigarettes among high-school students: An application of the theory of planned behavior. *Science et Comportement*, 27, 53-67.
- Kahler, C.W. y Strong, D.R. (2006). A Rasch model analysis of DSM-IV alcohol abuse and dependence items in the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Alcoholism, Clinical Experimental Research*, 30, 1165-1175.

- Kahler, C.W., Strong, D.R. y Read, J.P. (2005). Toward efficient and comprehensive measurement of the alcohol problems continuum in college students: The Brief Young Adult Alcohol Consequences Questionnaire. *Alcsm Clin. Exp. Res.* 29, 1180-1189.
- Kahler, C.W., Strong, D.R., Read, J.P., Palfai, T.P. y Wood, M.D. (2004). Mapping the Continuum of Alcohol Problems in College Students: A Rasch Model Analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(4), 322-333.
- Kaiser, F.G., Wölfling, S. y Fuhrer, U. (1999). Environmental Attitude Andecological Behaviour. *Journal of Environmental Psychology*, 19, 1-19.
- Kam, J.A., Matsunaga, M., Hecht, M.L. y Ndiaye, K. (2009). Extending the theory of planned behavior to predict alcohol, tobacco, and marijuana use among youth of Mexican heritage. *Prevention Science*, 10, 41-53.
- Kandel, D.B. (1985). On processes of peer influences in adolescent drug use: a developmental perspective. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 4, 139-163.
- Kauhanen, J., Kaplan, A., Goldgerg, D.E y Salonen, J.T. (1997). Beer drinking and mortality, results form the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study, a prospective population based study. *British Medical Journal* 315, 846-851.
- Kellner, F., Webster, I. y Chanteloup, F. (1996) Describing and predicting alcohol use-related harm—an analysis of the Yukon alcohol and drug survey. *Substance Use and Misuse*, 31, 1619-1638.
- King, A.C., Houle, T., de Wit, H., Holdstock, L. y Schuster, A. (2002). Biphasic alcohol response differs in heavy versus light drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 827-835.
- Knight, J.R., Wechsler, H., Kuo, M., Seibring, M., Weitzman, E.R. y Schuckit, M.A. (2002). Alcohol abuse and dependence among U.S. college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 263-270.
- Kokavec, A. y Crowe, S.F. (1999). A comparison of cognitive performance in binge versus regular chronic alcohol misusers. *Alcohol and Alcoholism*, 34 (4), 601-608.
- Kolvin, P. (2005). *Licensed premises: law and practice*. Tottel: Hayward Heath.
- Kristjanson, A.F., Wilsnack, S.C., Zvartau, E., Tsoy, M. y Novikov, B. (2007). Alcohol Use in Pregnant and Nonpregnant Russian Women. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31, 299-307.
- Kumpfer, K.L. y Turner, C.W. (1991). The social ecology model of adolescent substance abuse: Implications for prevention. *The International Journal of the Addictions*, 25, 435-463.

- 
- Kuntsche, E., Rehn, N. y Gmel, G. (2004). Characteristics of binge drinkers in Europe. *Social Science Medicine*, 59(1), 113-127.
- Kuther, T.L. (2002). Rational decision perspectives on alcohol consumption by youth. Revising the theory of planned behavior. *Addictive Behaviors* 27, 35-47.
- Kuther, T.L. y Higgins-D'Alessandro. (2003). Attitudinal and normative predictors of alcohol use by older adolescents and young adults. *Journal of Drug Education*, 33(1), 71-90.
- Kypri, K., Langley, J. y Stephenson, S. (2005) Episode-centred analysis of drinking to intoxication in university students. *Alcohol and Alcoholism*, 40, 447-452.
- Labrie, J.W., Pedersen, E.R. y Tawalbeth, S. (2007). Classifying risky-drinking college students: another look at the two-week drinker-type categorization. *Journal of Studies on Alcohol*, 68, 86-90.
- Lac, A., Alvaro, E.M., Crano, W.D. y Siegel, J.T. (2009). Pathways from parental knowledge and warmth to adolescent marijuana use: An extension to the theory of planned behavior. *Prevention Science*, 10, 22-32.
- Lange, J.E. y Voas, R.B. (2000). Youth escaping limits on drinking: bingeing in Mexico. *Addiction*, 95, 521-528.
- Lange, J.E., Voas, R.B. y Johnson, M.B. (2002). South of the border, a legal haven for underage drinking. *Addiction*, 97, 1195-1203.
- Lange, J.E. y Voas, R.B. (2001). Defining binge drinking quantities through resulting blood alcohol concentrations. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 310-316.
- Larson, S.R. (2010). Factors influencing college seniors' intentions to quit cigarette smoking. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* 70(9-A), 3359.
- Lederman, L.C., Stewart, L.P., Goodhart, F.W. y Laitman L. (2003). A case against "binge" as the term of choice: convincing college students to personalize messages about dangerous drinking. *Journal of Health Communitaire*, 8, 79-91.
- Leigh, B.C. (1989). Attitudes and expectancies as predictors of drinking habits: A comparison of three scales. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 432-440.
- Levy, S. y Pierce, P. (1989). Predicting intention to use cocaine in teenagers in Sydney, Australia. *Addictive Behaviors*, 14, 105-111.
- Libbus, K. (1995). Women's beliefs concerning condom acquisition and use. *Public Health Nurssery*, 12, 341-347
- Liu, X. y Kaplan, H.B. (1996). Gender-related differences in circumstances surrounding initiation and escalation of alcohol and other substance use/abuse. *Deviant Behavior*, 17(1), 71-106.
-

- Lo, C.C. (1996). Are women heavier drinkers than we thought they were? *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 531-535.
- Logan, T.K., Schenck, J.E., Leukefeld, C.G., Meyers, J. y Allen, S. (1999). Rural attitudes, opinions, and drug use. *Substance Use and Misuse. Special Issue: Symposium on rural/urban continuum*, 34(4-5), 545-565.
- Long, J.S. (1983) *Covariance structure models. An introduction to LISREL. Sage University Papers series on Quantitative Applications in the Social Sciences, series no 07-034*. Beberly Hills and London: Sage Publications.
- Luczak, S.E., Wall, T.L., Shea, S.H., Byun, S.M. y Carr, L.G. (2001). Binge drinking in Chinese, Korean, and White college students, Genetic and ethnic group differences. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(4), 306-309.
- Lynam, I. (2010). Knowledge, attitudes and beliefs of African American smokers about using medication for smoking cessation. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 71(4-B), 2691.
- Machado, F.S. y Sinha, R.K. (2007). Smoking cessation: A model of planned vs. Actual behavior for time-inconsistent consumers. *Marketing Science*, 26(6), 834-850.
- Maddock, J.E., Laforge, R.G., Rossi, J.S. y O'Hare, T. (2001). The College Alcohol Problems Scale. *Addictive Behaviors*, 16, 385-398.
- Maguire, C.P. (2010). *Intentions to Drink to Intoxication Among College Students Mandated to Alcohol Intervention: An Application and Extension of the Theory of Planned Behavior*. Tesis Doctoral. University of Akron.
- Maher, R.A. y Rickwood, D. (1997). The theory of planned behavior, domain specific self-efficacy and adolescent smoking. *Journal of Child and Substance Abuse*, 6, 57-76.
- Mäkelä, P. y Mustonen, H. (2007). How do quantities drunk per drinking day and the frequencies of drinking those quantities contribute to self-reported harm and positive consequences? *Alcohol and Alcoholism*, 42, 610-617.
- Mallett, K.A., Bachrach, R.L. y Turrisi, R. (2008). Are all negative consequences truly negative? Assessing variations among college students' perceptions of alcohol related consequences. *Addictive Behaviors*, 33, 1375-1381.
- Malyutina, S., Bobak, M., Kurilovitch, S., Gafarov, V., Simonova, G., Nikitin, Y. y Marmot, M. (2002). Relation between heavy and binge drinking and all-cause and cardiovascular mortality in Novosibirsk, Russia, a prospective cohort study. *The Lancet*, 360, 1448-1454.

- Manning, M. (2009). The effects of subjective norms on behaviour in the theory of planned behaviour: A meta-analysis. *British Journal of Social Psychology*, 48, 649-705.
- Marcoux, B.C. y Shope, J.T. (1997). Application of the Theory of Planned Behavior to adolescent use and misuse of alcohol. *Health Education Research*, 12(3), 323-331.
- Marczinski, C.A., Combs, S.W. y Fillmore, M.T. (2007). Increased Sensitivity to the Disinhibiting Effects of Alcohol in Binge Drinkers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 3, 346-354.
- Marczinski, C.A., Grant, E.C. y Grant, V.J. (2009) *Binge drinking in adolescents and college students*. New York: Nova Science Publishers Inc.
- Markwiese, B.J., Acheson, S.K., Levin, E.D., Wilson, W.A. y Swartzwelder, H.S. (1998). Differential effects of ethanol on memory in adolescent and adult rats. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 22, 416-421.
- Marlatt, G.A. y Rohensow, D.J. (1980). Cognitive processes in alcohol use: Expectancy and the balanced placebo design. En N.K. Mello (Ed.), *Advances in substance abuse: Behavioural and biological research*, vol. 1 (pp. 159-199). Greenwich: JAI Press.
- Marlatt, G.A., Baer, J.S., Kivlahan, D.R., Dimeff, L.A., Larimer, M.E. y Quigley, L.A. (1998). Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers, Results from a two-year follow-up assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 604-615.
- Martens, M.P., Karakashian, M.A., Fleming, K.M., Fowler, R.M., Hatchett, E.S. y Cimini, M.D. (2009). Conscientiousness, Protective Behavioral Strategies, and Alcohol Use, Testing for Mediated Effects. *Journal of Drug Education*, 39(3), 273- 387.
- McAlaney, J. y McMahon, J. (2006). Establishing rates of binge drinking in the UK: anomalies in the data. *Alcohol and Alcoholism*, 41, 355-357.
- McGue, M., Oacono, W.G., Legrand, L.N., Maole, S. y Elkins, I. (2001). Origins and consequences of age at first drink. Associations with substance-use disorders, disinhibitory behavior and psychopathology, and P3 amplitude. *Alcohol Clin Exp Res*, 25, 1156-1165.
- McMillan, B. y Conner, M. (2003a). Applying an Extended Version of the Theory of Planned Behavior to Illicit Drug Use Among Students. *Journal of Applied Social Psychology*, 33(8), 1662-1683.
- McMillan, B. y Conner, M. (2003b). Using the theory of planned behaviour to understand alcohol and tobacco use in students. *Psychology, Health y Medicine*, 8, 317-328.

- McQueeney, T., Schweinsburg, B.C., Schweinsburg, A.D., Jacobus, J., Bava, S., Frank, L.R. y Tapert, S.F. (2009). Altered white matter integrity in adolescent binge drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33(7), 1278-1285.
- Measham, F. (1996) The 'big band' approach to sessional drinking: changing patterns of alcohol consumption amongst young people in north west England. *Addiction Research*, 4, 283-299.
- Medina, K.L., Schweinsburg, A.D., Cohen-Zion, M., Nagel, B.J., Tapert, S.F. (2007). Effects of alcohol and combined marijuana and alcohol use during adolescence on hippocampal volume and asymmetry. *Neurotoxicol Teratol*, 29, 141-152.
- Melendez-Figueroa, L. (1998). Relationships of smoking behavior, health beliefs, and health values to intention to smoke among pregnant women in a military health care setting. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 59(6-A), 1927.
- Meyerhoff, D. J., Blumenfeld, R., Truran, D., Lindgren, J., Flenniken, D., Cardenas, V., Chao, L. L., Rothlind, J., Studholme, C. y Weiner, M. W. (2004). Effects of Heavy Drinking, Binge Drinking, and Family History of Alcoholism on Regional Brain Metabolites. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 28 (4), 650-661.
- Midanik, L. (1999). Over-reports of recent alcohol consumption in a clinical population: a validity study. *Drug and Alcohol Dependence*, 9, 101-110.
- Midanik, L.T., Tam, T.W., Greenfield, T.K. y Caetano, R. (1996). Risk functions for alcohol-related problems in a 1998 U.S. national simple. *Addiction* 91, 1427-1437.
- Middlestadt, S.E. (2007). What is the behavior? Strategies for selecting the behavior to be addressed by health promotion interventions. En, I. Ajzen, D. Albarracín y R. Hornik, *Prediction and change of health behavior: Applying the reasoned action approach*. (pp. 129-147). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Miller, G.A. (1956). Note on the bias of information estimates. En, H. Quastler. *Information theory in psychology: problems and methods*. (pp. 95-100). New York: Free Press.
- Miller, P., Plant, M. y Plant, M. (2005). Spreading out or concentrating weekly consumption: alcohol problems and other consequences within a UK population sample. *Alcohol and Alcoholism*, 40, 461-468.
- Miller, P.M., Smith, G.T. y Goldman, M.S. (1990). Emergence of alcohol expectancies in childhood: A possible critical period. *Journal of Studies on Alcohol*, 51(4), 343-349.

- Millstein, B. (1996). Utility of the theories of reasoned action and planned behavior for predicting physician behavior: A prospective analysis. *Health Psychology, 15*, 398-402
- Miniard, P.W. y Cohen, J.B. (1981). An examination of the Fishbein-Ajzen behavioral-intentions model's concepts and measures. *Journal of Experimental Social Psychology, 17*(3), 309-339.
- Ministerio de Sanidad y Consumo -MSC- (2008). *Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo -MSC-. (1999). *Guía Informativa. Consumo juvenil de alcohol*. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Consumo, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Moore, L., Smith, C. y Catford, J. (1994). Binge drinking: Prevalence, patterns and policy. *Health Education Research, 9*(4), 497-505.
- Morgan Thomas, R., Plant, M.A. y Plant, M.L. (1990). Alcohol, AIDS risks and sex industry clients: results from a Scottish study. *Drug and Alcohol Dependence, 26*, 265-269.
- Morgan, D.L., Durso, M.K., Rich, B.K. y Kurt, T.L. (1995). Severe ethanol intoxication in an adolescent. *Am J Emerg Med, 13*(4), 416-418
- Morrison, D.M., Golder, S., Keller, T.E. y Gillmore, M.R. (2002) The theory of reasoned action as a model of marijuana use: test of implicit assumptions and applicability to high-risk young women. *Psychology of Addictive Behaviors, 16*, 212-224.
- Morrison, D.M., Lohr, M.J., Beadnell, B.A., Gillmore, M.R., Lewis, S. y Gilchrist, L. (2010). Young mothers' decisions to use marijuana: A test of an expanded theory of planned behaviour. *Psychology & Health, 25*(5), 569-587.
- Moss, H.B., Kirisci, L., Gordon, H.W. y Tarter, R.E. (1994). A neuropsychologic profile of adolescent alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res, 18*, 159-163.
- Murgraff, V., McDermott, M.R. y Walsh, J. (2001) Exploring attitude and belief correlates of adhering to the new guidelines for low-risk single- occasion drinking: an application of the theory of planned behaviour. *Alcohol and Alcoholism, 36*, 135-140.
- Murgraff, V.; Parrot, A. y Bennet, P. (1999). Risky single-occasion drinking amongst young people -definitions, correlates, policy and intervention: abroad overview of research finding. *Alcohol and Alcoholism, 34*, 3-14.

- Murnaghan, D.A., Blanchard, C., Rodgers, W., Rosa, J.L., Macquarrie, C., MaClellan, D. y cols. (2009). The influence of student-level normative, control and behavioral beliefs on staying smoke-free: An application of Ajzen's theory of planned behavior. *Addiction Research & Theory*, 17(5), 469-480.
- Murray, R.P., Connett, J.E., Tyas, S.L., Bond, R., Ekuma, O., Silversides, C.K. y Barnes, G.E. (2002). Alcohol Volume, Drinking Pattern, and Cardiovascular Disease Morbidity and Mortality, Is There a U-shaped Function? *American Journal of Epidemiology*, 155, 242-248.
- Muthen, B. y Muthen, L. (2000). The development of heavy drinking and alcohol-related problems from ages 18 to 37 in a US national sample. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 290-306.
- Muthen, B.O. y Shedden, K. (1999). Finite mixture modeling with mixture outcomes using the EM algorithm. *Biometrics* 55, 463-469.
- Nadeau, L., Guyon, L. y Bourgault, C. (1998). Heavy drinkers in the general population: Comparison of two measures. *Addiction Research*, 6(2), 165-188.
- Nagel, B.J., Schweinsburg, A.D., Phan, V. y Tapert, S.F. (2005). Reduced hippocampal volume among adolescents with alcohol use disorders without psychiatric comorbidity. *Psychiatry Res*, 139, 181-190.
- Naimi, T.S., Brewer, R.D., Mokdad, A., Denny, C., Serdula, M.K. y Marks, J.S. (2003). Binge drinking among US adults. *Journal of the American Medical Association*, 289, 70-75.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism -NIAAA- (2004). Council approves definition of binge drinking. *NIAAA Newsl*, 3 (3).
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism -NIAAA-. (2005). *Helping patients who drink too much. A clinician's guide*. 2005 edition NIH Publication No. 05-3769. Bethesda: NIAAA.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism -NIAAA- (2008). *Tips for cutting down on drinking*. Consultado el 14 de diciembre de 2010 en [http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Tips/tips\\_spanish.htm](http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Tips/tips_spanish.htm)
- Navarrete, L. (2004). *Juventud y drogas: 4 estudios sociológicos comparados*. Madrid: Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.
- Neal, D.J. y Carey, K.B. (2004). Developing discrepancy within selfregulation theory: Use of personalized normative feedback and personal strivings with heavy-drinking college students. *Addictive Behaviors*, 29, 281-297.

- Neal, D.J., Corbin, W.R. y Fromme, K. (2006). Measurement of alcohol-related consequences among high school and college students: Application of item response models to the Rutgers Alcohol Problem Index. *Psychological Assessment, 18*(4), 402-414.
- Needle, R., McCubbin, H., Wilson, M., Reineck, R., Lazar, A. y Mederer, H. (1986). Interpersonal influences in adolescent drug use. The role of older siblings, parents, and peers. *International Journal of Addiction, 2*, 739-766.
- Nehl, E.J., Blanchard, C.M., Peng, C-Y.J., Rhodes, R.E., Kupperman, J., Sparling, P.B., Courneva, K. y Baker, F. (2009). Understanding Nonsmoking in African, American and Caucasian College Students: *An Application of the Theory of Planned Behavior. Behavioral Medicine, 35* (1), 23-29.
- Nezlek, J.B., Pilkington, C.J. y Bilbro, K.G. (1993) Moderation in excess: binge drinking and social interaction among college students. *Journal of Studies on Alcohol, 55*, 342-251.
- Norman, P. y Conner, M. (2006). The theory of planned behaviour and binge drinking: Assessing the moderating role of past behaviour within the theory of planned behaviour. *British Journal of Health Psychology, 11*, 55-70.
- Norman, P., Armitage, C.J. y Quigley, C. (2007). The theory of planned behavior and binge drinking: Assessing the impact of binge drinker prototypes. *Addictive Behaviors 32*, 1753-1768.
- Norman, P., Bennett, P. y Lewis, H. (1998). Understanding binge drinking among young people: an application of the Theory of Planned Behaviour *Health Education Research, 13*(2), 163-169.
- Norman, P., Conner, M. y Bell, R. (1999). The theory of planned behavior and smoking cessation. *Health Psychology, 18*(1), 89-94.
- O'Hare, T. (1997). Measuring excessive alcohol use in college drinking contexts: The Drinking Context Scale. *Addictive Behaviors, 22*, 469-477.
- O'Keefe, J. (1990). Chapter 22 A computational theory of the hippocampal cognitive map. *Progress in Brain Research, 83*, 301-312.
- O'Malley, P.M. y Johnston, L.D. (2002). *Overview of key findings, Monitoring the future-National Results on Adolescent Drug Use*. Ann Arbor: Institute for Social Research.
- O'Malley, P.M., Bachman, J.G. y Johnson, L.D. (1984). *Period, age and cohort effects on substance use among American youth 1976-1982*. Michigan: Institute for Social Research.

- O'Brien, M.C., McCoy, T.P., Champion, H., Mitra, A., Robbins, A., Teuschler, H., Wolfson, M. y DuRant, R.H. (2006). Single question about drunkenness to detect college students at risk for injury. *Academic Emergency Medicine*, 13,629-636.
- Observatorio Español sobre Drogas (2007). *Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (PNSD).
- Observatorio Español sobre Drogas (2010). *Encuesta Estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 1994-2008*, En Informe 2009, D. G. para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social (PNSD).
- Oei, T.P.S. y Baldwin, A.R. (1994). Expectancy theory: A two-process model of alcohol use and abuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 525-534.
- 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.
- Oesterle, S., Hill, K.G., Hawkins, J.D., Guo, J., Catalano, R. F. y Abbott, R.D. (2004). Adolescent Heavy Episodic Drinking Trajectories and Health in Young Adulthood. *Journal of Studies on Alcohol* 65(2), 204-212.
- Office of Applied Studies, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (1998). *Results from the 1997 National Household Survey on Drug Abuse. Summary of national findings*. Rockville: SAMHSA.
- Office of Applied Studies, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2002). *Results from the 2001 National Household Survey on Drug Abuse. Summary of national findings*. Rockville: SAMHSA.
- Okoro, C. A., Brewer, R.D., Naimi, T.S., Moriarty, D.G., Giles, W.H. y Mokdad, A.H. (2004). Binge drinking and health-related quality of life. *American Journal of Preventive Medicine*, 26(3), 230-233.
- Oliva, A., Parra, A. y Sánchez-Queija, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 153-169.
- Parada, M., Mota-Miranda, N., Corral, M., Crego, A., Fernández-Eiré, C., Rodríguez Holguín, S. y cols. (2008). *Consumo intensivo de alcohol y memoria de trabajo en jóvenes universitarios: resultados preliminares*. Póster presentado en las XXXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol (A Coruña).
- Pardo A. y Ruiz M.A. (2005). *Análisis de datos con SPSS 13 Base*. Madrid: McGraw-Hill.

- 
- Park, H.S. y Lee, D.W. (2009). A test of theory of planned behavior in Korea: Participation in alcohol-related social gatherings. *International Journal of Psychology*, 44(6), 418-433.
- Peak, H. (1955). Attitude and motivation. En, M.R. Jones (ED.) *Nebraska symposium on motivation: 1955* (pp. 149-189). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Pedrero, J. (2007). El modelo de los cinco factores y la estructura dimensional de los trastornos de la personalidad: estudio de una muestra de adictos a sustancias con el BFQ y el MCMI-II. *Trastornos Adictivos*, 9, 116-125.
- Perkins, H.W. (2002). Surveying the damage: a review of research on consequences of alcohol misuse in college populations. *Journal of Studies on Alcohol*, 14, 91-100.
- Perkins, H.W. (2002). Surveying the damage: A review of research on consequences of alcohol misuse in college populations. *Journal of Studies on Alcohol*, 14(Suppl.), 91-100.
- Perkins, H.W., DeJong, W. y Linkenbach, J. (2001). Estimated blood alcohol levels reached by “binge” and “nonbinge” drinkers: A survey of young adults in Montana. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 317-320.
- Pineda, J. y Torrecilla, M. (1999). Mecanismos neurobiológicos de la adicción a drogas. *Trastornos Adictivos*, 1, 13-21.
- Pols, R.G. y Hawks, D.V. (1992). *Is there a safe level of daily consumption of alcohol for men and women?* Canberra: Australian Government Publishing Service.
- Presley, C.A., Meilman, P.W. y Lyster, R. (1994). Development of the Core Alcohol and Drug Survey, initial findings and future directions. *J Am Coll Health*, 42(6), 248-55.
- Presley, C.A., Meilman, P.W. y Lyster, R. (1993). *Alcohol and Drugs on American College Campuses, Use, Consequence, and Perceptions of the Campus Environment, Vol. 1, 1989-1991*. Carbondale: Core Institute, Southern Illinois University.
- Prime Minister's Strategy Unit (2004). *Alcohol Harm Reduction Strategy for England*. London: Department of Health.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992). In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Pyapali, G.K., Turner, D.A., Wilson, W.A. y Swartzwelder, H.S. (1999). Age and dose-dependent effects of ethanol on the induction of hippocampal long-term potentiation. *Alcohol*, 19, 107-111.

- Quigley, L.A. y Marlatt, G.A. (1996) Drinking among young adults - prevalence, patterns, and consequences. *Alcohol Health and Research World*, 20, 185-191.
- Randall, D.M. y Wolff, J.A. (1994). The time interval in the intention-behaviour relationship: Meta-analysis. *British Journal of Social Psychology*, 33(4), 405-418.
- Read, J.P., Beattie, M., Chamberlain, R. y Merrill, J.E. (2008). Beyond the "Binge" threshold, heavy drinking patterns and their association with alcohol involvement indices in college students. *Addict Behav*, 33, 225-34.
- Read, J.P., Kahler, C.W., Strong, D.R. y Colder, C.R. (2005). Development and Preliminary Validation of the Young Adult Alcohol Consequences Questionnaire. *Journal of Studies on Alcohol*, 67, 169-177.
- Rehm, J., Room, R., Monteriro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, T. y cols. (2004). *Comparative quantification of health risks; Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Vol 1*. Geneva: World Health Organization.
- Richardson, L.J. y Budd, T. (2003). Young adults, alcohol, and crime and disorder. *Criminal Behav Menatal Health*, 13, 5-16.
- Rise, J. y Wilhelmson, B. U. (1998). Prediction of adolescents' intention not to drink alcohol: theory of planned behavior. *American Journal of Health Behavior*, 22, 206-217.
- Rivis, A. y Sheeran, P. (2003). Descriptive norms as an additional predictor in the theory of planned behaviour: A meta-analysis. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 22, 218-233.
- Rivis, A., Sheeran, P. y Armitage, C.J. (2006). Augmenting the theory of planned behaviour with the prototype/willingness model: Predictive validity of actor versus abstainer prototypes for adolescents' health-protective and health-risk intentions. *British Journal of Health Psychology*, 11, 483-500.
- Rodríguez-Martos A y Rosón B. (2008). Definición y terminología. En: PNSD (ed.), *1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España Prevención de los problemas derivados del alcohol*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Rodríguez-Martos, A. (2007). ¿Por qué es tan difícil legislar sobre alcohol en España?. *Adicciones*, 19(4), 325-332.
- Roehrs, T. y Roth, T. (2001). Sleep, sleepiness, and alcohol use. *Alcohol Res Health*, 25, 101-109.
- Room, R., Babor, T. y Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365, 519-530.

- Room, R., Bondy, S.J. y Ferris, J. (1989). The risk of harm to oneself from drinking. *Addiction*, 90(4), 499-513.
- Room, R., Bondy, S.J. y Ferris, J. (1995). The risk of harm to oneself from drinking, Canada 1989. *Addiction*, 90(4), 499-513.
- Rose, A.K. y Grunsell, L. (2008). The subjective, rather than the disinhibiting, effects of alcohol are related to binge drinking. *Alcoholism: Clinical y Experimental Research*, 32, 1096-1104.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (1, Whole No. 609).
- Royal College of Physicians of London. (1987). *A great and growing evil?: the medical consequences of alcohol abuse*. London: Tavistock.
- Royal College of Psychiatrists. (1986). *Alcohol: our favourite drug. New report of a Special Committee of the Royal College of psychiatrist*. London: Tavistock.
- Saiz, J. (2007). El abuso de cocaína, ¿Problema de oferta o de demanda social?: un estudio transcultural y correlacional que compara variables macrosociales, económicas y culturales. *Adicciones*, 19, 35-44.
- Saiz, J. (2009). Estudio empírico de las variables de la Teoría de la Conducta Planificada como factores de riesgo para el consumo de cocaína en tres grupos diferentes. *Adicciones*, 21(3), 187-194.
- SAMSHA (2005). *Results from the 2004 National Survey on Drug Use and Health, National findings*. Rockville: SAMHSA Office of Applied Statistics.
- Sánchez-Pardo, M.J. (2001). *El botellón en la ciudad de Madrid. Estudio sociológico* (trabajo fin de carrera no publicado). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Schlegel, R.P., d'Averna, I.R., Zanna, M.P., DeCourville, N.H. y Manske, S.R. (1990). *Problem drinking: A problem for the theory of reasoned action?* Unpublished manuscript. Department of Health Studies, University of Waterloo, Waterloo, Canada.
- Schlegel, R.P., d'Avernas, J.R., Zanna, M.P. y DeCourville, N.H. (1992) Problem drinking: a problem for the theory of reasoned action? *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 358-385.
- Schuckit, M.A. (2000). *Drug and Alcohol Abuse, a Clinical Guide to Diagnosis and Treatment*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Schulenberg, J. y Maggs, J.L. (2002). A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol (Special issue), Supl. 14*, 54-70.

- Schulenberg, J., O'Malley, P., Backman, J.G., Wadsworth, K.N. y Johnston, L.D. (1996) Getting drunk and growing up: trajectories of frequent binge drinking during the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 289-303.
- Schulenberg, J., Wadsworth, K.N., O'Malley, P.M., Bachman, J.G. y Johnston, L.D. (1996). Adolescent risk factors for binge drinking during the transition to young adulthood: Variable and pattern-centred approaches to change. *Developmental Psychology*, 32(4), 659-674.
- Schulze, R. y Wittmann, W.W. (2003). A meta-analysis of the theory of reasoned action and the theory of planned behavior: The principle of compatibility and multidimensionality of beliefs as moderators. En R. Schulze, H. Holling y D. Böhning (Eds.), *Meta-analysis: New developments and applications in medical and social sciences* (pp. 219-250). Hogrefe y Huber Publishers.
- Selin, K.H. (2003). Test-Retest Reliability of the Alcohol Use Disorder Identification Test in a General Population Sample. *Alcohol Clin Exp Res.* 27, 1428-1435.
- Sharma, M. (2007). Theory of reasoned action and theory of planned behavior in alcohol and drug education. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 51(1), 3-7.
- Sheeran, P. (2002). Intention-behaviour relations: A conceptual and empirical review. En W. Stroebe y M. Hewstone (Eds.), *European review of social psychology*, (Vol. 12, pp. 1-36). Chichester: Wiley.
- Sheeran, P. y Taylor, S. (1999). Predicting intentions to use condoms: Meta-analysis and comparison of the theories of reasoned action and planned behaviour. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 1624-1675.
- Sheppard, B.H., Hartwick, J. y Warshaw, P.R. (1988). The theory of reasoned action: A metaanalysis of past research with recommendations for modifications and future research. *Journal of Consumer Research*, 15, 325-343.
- Sher, K.J. y Rutledge, P.C. (2007). Heavy drinking across the transition to college: Predicting first-semester heavy drinking from precollege variables. *Addictive Behaviors*, 32, 819-835.
- Sher, K.J., Martin, E.D., Wood, P.K. y Rutledge, P.C. (1997). Alcohol use disorders and neuropsychological functioning in first-year undergraduates. *Exp Clin Psychopharmacol*, 5, 304-315.
- Sher, L. (2006). Functional magnetic resonance imaging in studies of neurocognitive effects of alcohol use on adolescents y young adults. *International Journal of Adolescent Medicine y Health*, 18, 3-7.
- Simon, H.A. (1986). Alternative visions of rationality. En: H.R. Arkes y K.R. Hammond (Eds.), *Judgment and decision-making: an interdisciplinary reader* (pp. 97-113). New York: Cambridge Univ. Press.

- Slawecki, C.J., Betancourt, M., Cole, M. y Ehlers, C.L. (2001). Periadolescent alcohol exposure has lasting effects on adult neurophysiological function in rats. *Brain Res Dev Brain Res*, 128, 63-72.
- Slutske, W.S., Hunt-Carter, E.E., Nabors-Obero, R.E., Sher, K.J., Bucholz, K.K., Madden, P.A., Anokim, A. y Heath, A.C. (2004). Do college students drink more than their non-college-attending peers? Evidence from a population-based longitudinal female twin study. *J. Abnorm. Psychol*, 113, 530-540.
- Smith, J.R., Terry, D.J., Manstead, A.S.R., Louis, W.R., Kotterman, D. y Wolfs, J. (2007). Interaction effects in the theory of planned behavior: The interplay of self-identity and past behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 37, 2726-2750.
- Spear, L.P. (2002) The adolescent brain and the college drinker: biological basis of propensity to use and misuse alcohol. *J Stud Alcohol [suppl]*, 14, 71-81.
- Spijkerman, R., van den Eijnden, R.J.J.M., Vitale, S. y Engels, R.C.M.E. (2004). Explaining adolescents' smoking and drinking behavior: The concept of smoker and drinker prototypes in relation to variables of the theory of planned behavior. *Addictive Behaviors*, 29(8), 1615-1622.
- Stacey, B.G. y Elvy, G.A. (1982). Attitudes, age, and sex as correlates and predictors of alcohol consumption among 14-17 year olds in New Zealand. *Addictive Behaviors*, 7, 333-345.
- Stuckit, M.A. (1998). Editorial response. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 123-124.
- Sutton, S. (1998). Explaining and predicting intentions and behaviour: how well are we doing? *Journal of Applied Social Psychology*, 28, 1318-1339.
- Syre, T.R., Martino-McAllister, J.M. y Vanada, L.M. (1997). Alcohol and other drug use at a university in the southeastern United States: Survey findings and implications. *College Student Journal*, 31(3), 373-381.
- Tapert, S. (2007). Consumo de alcohol en Adolescentes: efectos sobre el cerebro. Documento presentado en el *Seminario Internacional sobre alcohol y daño cerebral en menores*, Madrid, Spain.
- Tapert, S.F. y Brown, S.A. (2000). Substance dependence, family history of alcohol dependence and neuropsychological functioning in adolescence. *Addiction*, 95(7), 1043-1053.
- Tapert, S.F., Brown, G.G., Kindermann, S.S., Cheung, E.H., Frank, L.R. y Brown, S.A. (2001). fMRI measurement of brain dysfunction in alcohol dependent young women. *Alcohol Clin Exp Res*, 25, 236-245.

- Teichman, M., Barnea, Z. y Ravav, G. (1989). Personality and substance use among adolescents: a longitudinal study. *British Journal of Addiction*, 84, 181-190.
- Townshend, J.M. y Duka, T. (2002). Patterns of alcohol drinking in a population of young social drinkers: a comparison of questionnaire and diary measures. *Alcohol and Alcoholism*, 37(2), 187-192.
- Townshend, J.M. y Duka, T. (2005). Binge drinking, cognitive performance y mood in a population of young social drinkers. *Alcoholism: Clinical y Experimental Research*, 29,317-325.
- Trafimow, D. y Fishbein, M. (1995). Do people really distinguish between behavioural and normative beliefs? *British Journal of Social Psychology*, 34, 257-266.
- Trafimow, D., Sheeran, P., Conner, M. y Finlay, K.A. (2002). Is perceived behavioural control a multidimensional construct? Perceived difficulty and perceived control. *British Journal of Social Psychology*, 41, 101-121.
- Turrisi, R., Jaccard, J., Taki, R., Dunnam, H. y Grimes, J. (2001). Examination of the short term efficacy of a parent intervention to reduce college student drinking tendencies. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 366-372.
- Turrisi, R., Mallett, K.A., Mastroleo, N.R. y Larimer, M.E. (2006). Heavy drinking in college students: Who is at risk and what is being done about it? *The Journal of General Psychology*, 133(4), 401-420.
- Turrisi, R. y Wiersma, K. (1999). Examination of judgments of drunkenness, binge drinking, and drunk-driving tendencies in teens with and without a family history of alcohol abuse. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 23(7), 1191-1198.
- Tyssen, R., Vaglum, P., Aasland, O. G., Gronvold, N. T. y Ekberg, O. (1998). Use of alcohol to cope with tension, and its relation to gender, years in medical school and hazardous drinking: A study of two nation-wide Norwegian samples of medical students. *Addiction*, 93(9), 1341-1349.
- Umeh, K. y Patel, R. (2004). Theory of planned behaviour and ecstasy use: An analysis of moderator-interactions. *British Journal of Health Psychology*, 9, 25-38.
- Valderrama, J.C. y DeVicente, M.P. (2001). *Alcohol y ansiedad*. Saludalia Interactiva. Consultado el 16-06-2009 en : [http://www.saludalia.com/Saludalia/web\\_saludalia/vivir\\_sano/doc/alcohol\\_y\\_drugas/doc/alcohol\\_ansiedad.htm](http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/vivir_sano/doc/alcohol_y_drugas/doc/alcohol_ansiedad.htm).
- Valencia-Martin, J.L., Galan, I. y Rodriguez-Artalejo, F. (2007). Binge drinking in Madrid, Spain. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31, 1723-30.

- Valois, R.F., Dunham, A.C.A., Jackson, K.L. y Waller, J. (1999). Association between employment and substance abuse behaviors among public high school adolescents. *Journal of Adolescent Health, 25*, 256-263.
- Van den Wildenberg, E., Wiers, R.W., Dessen, J., Janssen, R.G.J.H., Lambrichs, E.H., Smeets, H.J.M. y van Breukelen, G.J.P. (2007). A Functional Polymorphism of the mu-Opioid Receptor Gene (OPRM1) Influences Cue-Induced Craving for Alcohol in Male Heavy Drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31*, 1-10.
- Verster, J.C., van Duin, D., Volkerts, E.R., HCML Schreuder, A. y Verbaten, M.N. (2003). Alcohol Hangover Effects on Memory Functioning and Vigilance Performance after an Evening of Binge. *Drinking Neuropsychopharmacology, 28*, 740-746.
- Vik, P.W., Carrello, P., Tate, S.R. y Field, C. (2000). Progression of consequences among heavy-drinking college students. *Psychology of Addictive Behaviors, 14*(2), 91-101.
- Vik, P.W., Tate, S.R. y Carrello, P. (2000). Detecting college binge drinkers using an extended time frame. *Addictive Behaviors, 25*, 607-612.
- Viner, R.M. y Taylor, B. (2007). Adult outcomes of binge drinking in adolescence, findings from a UK national birth cohort. *J Epidemiol Community Health, 61*, 902-907.
- Wagner, T.H., Harris, K.M., Federman, B., Dai, L., Luna, Y. y Humphreys, K. (2007). Prevalence of substance use disorders among veterans and comparable nonveterans from the National Survey on Drug Use and Health. *Psychological Services, 4*, 149-157.
- Wall, A.M., Hinson, R.E. y McKee, S.A. (1998). Alcohol outcome expectancies, attitudes toward drinking and the theory of planned behavior. *Journal of Studies on Alcohol, 59*, 409-419.
- Warshaw, P.R. y Davis, F.D. (1985). Disentangling behavioural intention and behavioural expectation. *Journal of Experimental Social Psychology, 21*(3), 213-228.
- Watson, P.E., Watson, I.D. y Batt, R.D. (1981). Prediction of blood alcohol concentrations in human subjects. Updating the Widmark Equation. *Journal of Studies on Alcohol, 42*, 547-556.
- Webb, E., Ashton, C.H., Kelly, P. y Kamali, F. (1996) Alcohol and drug use in UK University students. *Lancet, 348*, 921-925.
- Wechsler, H. y Isaac, N. (1992). "Binge" drinkers at Massachusetts colleges, Prevalence, drinking style, time trends, and associated problems. *Journal of the American Medical Association, 267*, 2929-2931.

- Wechsler, H. y Kuo, M. (2000). College students define binge drinking and estimate its prevalence: results of a national survey. *Journal of American College Health*, 49, 57-64.
- Wechsler, H. y Nelson, T.F. (2001). Binge Drinking and the American College Student: What's Five Drinks? *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 4, 287-291.
- Wechsler, H. y Nelson, T.F. (2010). Will Increasing Alcohol Availability By Lowering the Minimum Legal Drinking Age Decrease Drinking and Related Consequences Among Youths? *American Journal of Public Health*, 100(6), 986-992.
- Wechsler, H. y Wuethrich, B. (2002). *Dying to drink: confronting binge drinking on college campuses*. Emmaus: Rodale Press.
- Wechsler, H., Davenport, A. E., Dowdall, G. W., Grossman, S. J. y Zanakos, S. I. (1997). Binge drinking, tobacco, and illicit drug use and involvement in college athletics: A survey of students at 140 American colleges. *Journal of American College Health*, 45(5), 195-200.
- Wechsler, H., Davenport, A., Dowdall, G., Moeykens, B. y Castillo, S. (1994). Health and behavioral consequences of binge drinking in college: A National survey of students at 140 campuses. *Journal of the American Medical Association*, 272(21), 1672-1677.
- Wechsler, H., Dowdall, G.W., Davenport, A. y Castillo, S. (1995). Correlates of student binge drinking. *American Journal of Public Health*, 85, 921-926.
- Wechsler, H., Dowdall, G.W., Davenport, A. y Rimm, E.B. (1995). A gender-specific measure of binge drinking among college students. *American Journal of Public Health*, 85(7), 982-985.
- Wechsler, H., Dowdall, G.W., Maenner, G., Gledhill-Hoyt, J. y Lee, H. (1998). Changes in binge drinking and related problems among college students between 1993 and 1997. *Journal of American College Health*, 47, 57-68.
- Wechsler, H., Lee, J.E., Kuo, M. y Lee, H. (2000). College binge drinking in the 1990s: a continuing problem. *J Am Coll Health*, 48, 199-210.
- 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. *Journal of American College Health*, 50, 203-217.
- Weingardt, K.R., Baer, J.B., Kivlahan, D.R., Roberts, L.J., Miller, E.T. y Marlatt, G.A. (1998). Episodic Heavy Drinking Among College Students, Methodological Issues and Longitudinal Perspectives. *Psychology of Addictive Behaviors*, 12(3), 155-167.

- Weinstein, N.D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychology, 12*(4), 324-333.
- Weissenborn, R. y Duka, T. (2003). Acute alcohol effects on cognitive function in social drinkers: their relationship to drinking habits. *Psychopharmacology, 165*, 306-312.
- Weitzman, E.R. y Nelson, T.F. (2004). College Student binge drinking and the "prevention paradox", implications for prevention and harm reduction. *Journal of Drug Education, 34*(3), 247-265.
- Weitzman, E.R., Folkman, A., Folkman, K.L. y Wechsler, H. (2003). The relationship of alcohol outlet density to heavy & frequent drinking-related problems among college students at eight universities. *Health Place, 9*, 1-6.
- Wheeler, R.W. (2008) *Binge drinking: Motives and expectations in the college population*. Comunicación presentada en la National Social Science Association. (Las Vegas, Nevada).
- White, A.M., Kraus, C.L. y Swartzwelder, H.S. (2006). Many College Freshman Drink at Levels Far Beyond the Binge Threshold. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 30*, 1006-1010.
- White, H.R. y Labouvie, E.W. (1989). Towards the assessment of adolescent problem drinking. *J. Stud. Alcohol 50*, 30-37.
- White, M., Jamieson-Drake, D.W. y Swartzwelder, H.S. (2002). Prevalence and correlates of alcohol-induced blackouts among college students: results of an e-mail survey. *J Am Coll Health, 51*, 117-131.
- WHO (2004). *Global status report on alcohol*. Geneva: World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse.
- Wiesner, M., Windle, M. y Freeman, A. (2005). Work Stress, Substance Use, and Depression Among Young Adult Workers: An Examination of Main and Moderator Effect Models. *Journal of Occupational Health Psychology, 10*, 83-96.
- Wilsnack, R.W., Vogeltanz, N.D., Wilsnack, S.C. y Harris, T.R. (2000). Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. *Addiction, 95*, 251-265.
- Winters, K.C. (2004). *Adolescent Brain Development and Drug Abuse*. Philadelphia: Treatment Research Institute.
- Wise, R. (1999). Neurobiología de la adicción. *Revista de Toxicomanías, 18*, 15-25.
- Wolfe, S.E. y Higgins, G.E. (2008). Self-control and perceived behavioral control: An examination of college student drinking. *Applied Psychology in Criminal Justice, 4*, 108-134.

- Wolford, C. y Swisher, J.D. (1986) Behavioral intention as an indicator of drug and alcohol use. *Journal of Drug Education*, 16, 305-326.
- World Health Organization -WHO- (2007). WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption. Documento recuperado en abril de 2008 de [www.who.int/substance\\_abuse/expert\\_committee\\_alcohol/](http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol/)
- Wright, N.R. (2006). A day at the cricket, the breath alcohol consequences of a type of very English binge drinking. *Addiction Research and Theory*, 14, 133-137.
- Yates, J.F. (1992). *Risk-taking behavior*. New York: Wiley.
- Yuan, W., Sorensen, H.T., Basso, O. y Olsen, J. (2004). Prenatal Maternal Alcohol Consumption and Hospitalization With Asthma in Childhood, A Population-Based Follow-Up Study, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 765-768.
- Ziegler, D.W., Wang, C.C., Yoast, R.A., Dickinson, B.O., McCaffreee, M.A., Robinowitz, C.B. y Sterling, M.L. (2005). The neurocognitive effects of alcohol on adolescents y college students. *Preventative Medicine*, 40, 23-32.
- Zimmermann, F. y Sieverding, M. (2010). Young adults' social drinking as explained by an augmented theory of planned behaviour: The roles of prototypes, willingness, and gender. *British Journal of Health Psychology*, 15(3), 561-581.

# ANEXOS

**ANEXO I.  
CUESTIONARIO DEFINITIVO UTILIZADO EN LA  
INVESTIGACIÓN**



Facultat de Psicologia  
Universitat de València

Estimado colaborador/a:

En las siguientes páginas encontrarás algunas preguntas sobre el consumo de alcohol y algunos aspectos que le rodean. Para tu tranquilidad has de saber que **tus respuestas sólo se utilizarán con fines de investigación científica** y que sólo tendrán acceso a las mismas las personas de nuestro equipo investigador encargadas de la introducción de datos en el ordenador (*según el art 5 de la LOPD -15/1999 de 13 de diciembre-*).

**Está garantizado el anonimato de tus respuestas**, por ello, **te rogamos que contestes con la mayor sinceridad posible**. Es preferible carecer de un dato que tener un dato falso. Gracias a colaboraciones desinteresadas como la tuya podemos mejorar nuestro conocimiento sobre la sociedad.

**Si te surge alguna duda mientras rellenas este cuestionario NO DUDES EN PREGUNTAR** a la persona de nuestro equipo que está presente en el aula.

Muchas gracias por tu colaboración.

1. Edad:  2. Sexo:  Hombre  Mujer 3. Peso aproximado  Kg.

4. ¿A qué edad empezaste a beber alcohol?: \_\_\_\_\_

5. Piensa en lo que bebes ahora (cantidad) ¿Cuánto tiempo hace que estas bebiendo así? \_\_\_\_\_

6. Piensa en una semana que no tenga ninguna fiesta especial. Anota en la casilla correspondiente el tipo de bebida que sueles consumir y cuántas consumiciones (fijate en el ejemplo: yo suelo beber una cerveza y un chupito los jueves antes de cenar...)

	Jueves	Viernes	Sábado
Tarde	Cerveza: 1 // Chupito: 1		
Noche			

7. Piensa ahora en un "día especial" (fallas, cumpleaños, fiestas...) ¿qué tipo de bebida sueles consumir y cuántas consumiciones? (fijate en el ejemplo: yo bebo 3 cervezas y 2 chupitos)

Tipo bebida	Nº consumiciones
Cerveza	3
chupito	2

8. Generalmente, antes de empezar a beber ¿te pones un tope en el número de consumiciones que vas a tomar?

SÍ, ¿Cuántas? \_\_\_\_\_  
 NO

9. Un **Consumo Concentrado** de alcohol es beber más de 3 bebidas/copas/vasos las chicas y más de 4 los chicos, en un intervalo de entre 2 y 3 horas. ¿Has bebido alguna vez de este modo?

SÍ, lo hago actualmente (sigue en la pregunta 10)  
 YA NO, lo he hecho alguna vez pero ahora no (pasa a la pregunta 12)  
 NO he bebido nunca de esa manera (pasa a la página siguiente)

10. En una sesión de Consumo Concentrado, ¿a qué hora te sueles tomar la primera copa? \_\_\_\_\_  
 ¿y a qué hora la última? \_\_\_\_\_

11. Número de veces que has realizado un **Consumo Concentrado** de alcohol durante los pasados meses.

Marzo →	Abril →	Mayo →	Junio →
Julio →	Agosto →	Septiembre →	Octubre →

12. ¿Cuándo fue la última vez que bebiste así? \_\_\_\_\_

A CONTINUACIÓN TE VOY A PLANTEAR ALGUNAS AFIRMACIONES RESPECTO A LAS QUE TE AGRADECERÍA QUE RESPONDIERES CON TOTAL SINCERIDAD. ACUÉRDATE QUE TU RESPUESTA ES ANÓNIMA.

Recuerda: **Consumo Concentrado** = *beber más de 3 copas/vasos las chicas y más de 4 los chicos, entre 2 y 3 horas.*

IC1. Es muy probable que realice un *Consumo Concentrado* durante los próximos 6 meses.

<input type="text" value="-3"/>	<input type="text" value="-2"/>	<input type="text" value="-1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="+1"/>	<input type="text" value="+2"/>	<input type="text" value="+3"/>
Muy en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo

IC2. ¿Con qué regularidad piensas hacer un *Consumo Concentrado* durante los próximos 6 meses?

<input type="text" value="5"/>	Siempre o a diario
<input type="text" value="4"/>	Casi siempre o cada semana
<input type="text" value="3"/>	Algunas veces o cada quince días
<input type="text" value="2"/>	Casi nunca o cada mes
<input type="text" value="1"/>	Nunca

IC3. Aunque me surja algún contratiempo, trataré de realizar un *Consumo Concentrado* en los próximos 6 meses.

<input type="text" value="-3"/>	<input type="text" value="-2"/>	<input type="text" value="-1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="+1"/>	<input type="text" value="+2"/>	<input type="text" value="+3"/>
Muy en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo

Am1. Realizar un *Consumo Concentrado* es...

a. Agradable	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="7"/>	Desagradable
b. Nocivo	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="7"/>	Beneficioso
c. Divertido	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="7"/>	Aburrido
d. Deseable	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="7"/>	Indeseable
e. Bueno	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="7"/>	Malo
f. Perjudicial	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="7"/>	Beneficioso
g. Saludable	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="7"/>	Insalubre
h. Insatisfactorio	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="7"/>	Satisfactorio
i. Seguro	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="7"/>	Inseguro

ICN4. Piensa en tus amig@s o compañer@s de clase ¿qué porcentaje de ellos crees que realizarán un *consumo concentrado* durante el próximo mes? \_\_\_\_\_%

CP01. ¿Tienes algún control sobre la cantidad que bebes en una situación de *consumo concentrado*?

Ningún control	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="7"/>	Control total
----------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------

INDICA POR FAVOR EN QUÉ MEDIDA ESTAS DE ACUERDO O EN DESACUERDO CON LO QUE DICE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

PARA CONTESTAR MARCA UNA DE LAS CASILLAS TENIENDO EN CUENTA ESTA ESCALA DE RESPUESTA

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Muy en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo

- KO001. Beber varias consumiciones en una sola ocasión puede hacer que me sienta más confiad@.
- 3  -2  -1  0  +1  +2  +3
- Muy en desacuerdo Muy de acuerdo
- INS01. La mayoría de las personas que son importantes para mí están de acuerdo con que yo realice un *consumo concentrado*.
- 3  -2  -1  0  +1  +2  +3
- Muy en desacuerdo Muy de acuerdo
- KO043. Realizar un *consumo concentrado* suele generarme problemas con los amigos.
- 3  -2  -1  0  +1  +2  +3
- Muy en desacuerdo Muy de acuerdo
- KO0702. Puedo beber con mucha facilidad varias consumiciones en poco tiempo.
- 3  -2  -1  0  +1  +2  +3
- Muy en desacuerdo Muy de acuerdo
- KO003. Me gusta la sensación que produce beber varias consumiciones en unas pocas horas.
- 3  -2  -1  0  +1  +2  +3
- Muy en desacuerdo Muy de acuerdo
- KO0701. Me cuesta EVITAR hacer un *consumo concentrado* cuando salgo de fiesta.
- 3  -2  -1  0  +1  +2  +3
- Muy en desacuerdo Muy de acuerdo
- KO004. Si bebo varias consumiciones en unas pocas horas me olvido de mis miedos.
- 3  -2  -1  0  +1  +2  +3
- Muy en desacuerdo Muy de acuerdo
- KO005. Si bebo varias consumiciones en unas pocas horas me siento más sociable.
- 3  -2  -1  0  +1  +2  +3
- Muy en desacuerdo Muy de acuerdo
- INS01. Mis padres piensan que yo debería realizar un *consumo concentrado*.
- 3  -2  -1  0  +1  +2  +3
- Muy en desacuerdo Muy de acuerdo
- KO0703. Me resulta fácil saltarme el tope de tres o más consumiciones.
- 3  -2  -1  0  +1  +2  +3
- Muy en desacuerdo Muy de acuerdo
- KO007. Beber varias consumiciones en unas pocas horas me hace perder la vergüenza.
- 3  -2  -1  0  +1  +2  +3
- Muy en desacuerdo Muy de acuerdo
- CP03. La decisión del número de bebidas que me tomo en unas pocas horas depende SOLO de mí.
- 3  -2  -1  0  +1  +2  +3
- Muy en desacuerdo Muy de acuerdo
- INS06. La gente que es importante para mí quiere que yo beba varias consumiciones en unas pocas horas.
- 3  -2  -1  0  +1  +2  +3
- Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

Recuerda: **Consumo Concentrado** = beber más de 3 copas/vasos las chicas y más de 4 los chicos, entre 2 y 3 horas.

RECUERDA LA ESCALA DE RESPUESTA						
<input type="text" value="-3"/>	<input type="text" value="-2"/>	<input type="text" value="-1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="+1"/>	<input type="text" value="+2"/>	<input type="text" value="+3"/>
Muy en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo

ICM02. En general mi familia desaprueba que yo beba varias consumiciones en unas pocas horas.  
        
Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

ICM705. Para mí es fácil evitar situaciones de *consumo concentrado*.  
        
Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

ICM34. Beber varias consumiciones en unas pocas horas me puede crear problemas.  
        
Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

ICM09. Beber varias consumiciones en unas pocas horas me hace sentirme más feliz.  
        
Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

ICM70. Beber varias consumiciones en unas pocas horas me hace sentir emociones nuevas.  
        
Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

INS26. Se espera de mí que realice un *consumo concentrado*.  
        
Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

ICM12. Beber varias consumiciones en unas pocas horas me hace "pillar el puntillo".  
        
Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

ICM08. La mayoría de las personas que son importantes para mí beben varias consumiciones en unas pocas horas.  
        
Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

CPM4. Mantenerme o no por debajo del *consumo concentrado* está bajo mi control.  
        
Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

ICM13. Al beber varias consumiciones en unas pocas horas me vuelvo más hablador/a.  
        
Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

ICM15. Beber varias consumiciones en unas pocas horas me hace sentirme más integrad@ con mis amig@s.  
        
Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

ICM09. La gente cuyas opiniones valoro NO suelen realizar un *consumo concentrado*.  
        
Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

ICM709. Estar en un botellón o en una fiesta me permite hacer un *consumo concentrado* con más facilidad.  
        
Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

ICM16. Cuando bebo varias consumiciones en unas pocas horas estoy más a gusto con mis amig@s.  
        
Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

ICM06. La gente de mi barrio cree que es una buena idea que yo haga *consumos concentrados*.  
        
Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

Recuerda: **Consumo Concentrado** = beber más de 3 copas/vasos las chicas y más de 4 los chicos, entre 2 y 3 horas.

RECUERDA LA ESCALA DE RESPUESTA						
<input type="text" value="-3"/>	<input type="text" value="-2"/>	<input type="text" value="-1"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="+1"/>	<input type="text" value="+2"/>	<input type="text" value="+3"/>
Muy en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo

IC010. Cuando estoy celebrando algo me resulta fácil realizar un *consumo concentrado*.

Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

IC017. Beber varias consumiciones en unas pocas horas me calma, me tranquiliza.

Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

IC018. Beber varias consumiciones en unas pocas horas me hace ser más cariños@.

Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

IC019. Si bebo varias consumiciones en unas pocas horas me siento más sensual.

Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

CP06. Si me lo propongo puedo mantenerme por debajo del tope del *consumo concentrado* sin ningún problema.

Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

IC021. El *consumo concentrado* hace que mis relaciones sexuales sean más fáciles y más agradables.

Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

IC023. Cuando bebo varias consumiciones en unas pocas horas me vuelvo más creativ@.

Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

IC003. A mis amig@s les parece bien que yo beba varias consumiciones en poco tiempo.

Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

IC024. Si no bebo varias consumiciones en unas pocas horas no me divierto.

Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

IC025. Beber varias consumiciones en unas pocas horas me ayuda a evadirme y desconectar.

Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

IC004. Mi mejor amig@ piensa que es una buena idea que yo haga un *consumo concentrado*.

Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

IC005. A mi pareja le parece bien que yo beba varias consumiciones en pocas horas.

Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

IC014. Cuando bebo varias consumiciones en unas pocas horas me siento más poderos@.

Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

IC007. Mis profesores desaprueban que yo beba varias consumiciones en unas pocas horas.

Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

Recuerda: **Consumo Concentrado** = beber más de 3 copas/vasos las chicas y más de 4 los chicos, entre 2 y 3 horas.

6

## RECUERDA LA ESCALA DE RESPUESTA

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Muy en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo

JCC06. Beber varias consumiciones en unas pocas horas me ayuda a superar la timidez, a relacionarme.

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Muy en desacuerdo						Muy de acuerdo

CP06. Yo decido si quiero o no quiero realizar un *consumo concentrado*, y nada me influye en mantener esa decisión.

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Muy en desacuerdo						Muy de acuerdo

JCC02. Me siento más segur@ de mí mism@ cuando bebo varias consumiciones en unas pocas horas.

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Muy en desacuerdo						Muy de acuerdo

JCC076. Para mí es fácil salir a divertirme sin llegar a realizar un *consumo concentrado*.

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Muy en desacuerdo						Muy de acuerdo

## INDICA POR FAVOR QUÉ IMPORTANCIA TIENEN PARA TI LAS SIGUIENTES RAZONES

## ¿Qué importancia tiene para ti...

Ninguna importancia ←→ Muchísima importancia

	1	2	3	4	5	6	7
ECC06 ...superar la timidez, relacionarte?							
ECC01 ...tener más confianza en ti mismo?							
FP02 ...beber mucho en poco tiempo?							
MC04 ...lo que tu mejor amig@ piense sobre que tú bebas varias consumiciones en unas pocas horas?							
ECC02 ...sentirte más seguro de ti mismo?							
ECC04 ...olvidarte de tus miedos?							
ECC05 ...sentirte más sociable?							
FP05 ...ciertas situaciones en la que se consume alcohol?							
ECC07 ...perder la vergüenza?							
ECC03 ...notar la sensación que produce tomar varias bebidas en pocas horas?							
MC12 ...que tus amig@s o compañer@s de clase piensen que el <i>consumo concentrado</i> es una buena opción?							
ECC12 ...pillar el "puntillo"?							
FP03 ...realizar un <i>consumo concentrado</i> ?							
MC01 ...lo que tus padres piensen sobre tu <i>consumo concentrado</i> ?							
ECC34 ...que tu consumo de alcohol te cree problemas?							
MC02 ...lo que tu familia piense sobre tu <i>consumo concentrado</i> ?							
MC14 ...que tus amig@s o compañer@s de clase hagan un <i>consumo concentrado</i> durante el próximo mes?							
ECC23 ...ser más creativ@?							

7

INDICA POR FAVOR QUÉ IMPORTANCIA TIENEN PARA TI LAS SIGUIENTES RAZONES

¿Qué importancia tiene para ti...

Ninguna importancia ←→ Muchísima importancia

FP06	...divertirte sin beber?	1	2	3	4	5	6	7
ECC43	...tener problemas con tus amig@s?	1	2	3	4	5	6	7
ECC21	...que tus relaciones sexuales sean más fáciles y más agradables?	1	2	3	4	5	6	7
MNS01	...lo que piensan las personas que son importantes para ti sobre tu <i>consumo concentrado</i> ?	1	2	3	4	5	6	7
ECC19	...sentirte más sensual?	1	2	3	4	5	6	7
ECC09	...sentirte más feliz?	1	2	3	4	5	6	7
MNS05	...hacer lo que se espera que deberías hacer respecto a beber varias consumiciones en unas pocas horas?	1	2	3	4	5	6	7
ECC10	...sentir emociones nuevas?	1	2	3	4	5	6	7
MC03	... lo que tus amig@s piensen sobre que tú bebas varias consumiciones en unas pocas horas?	1	2	3	4	5	6	7
ECC16	...estar más a gusto con tus amig@s?	1	2	3	4	5	6	7
ECC13	...volverte más hablador/a?	1	2	3	4	5	6	7
MC07	... lo que tus profesores piensen sobre tu <i>consumo concentrado</i> ?	1	2	3	4	5	6	7
ECC15	...sentirte más integrad@ con tus amig@s?	1	2	3	4	5	6	7
MC08.9	...que la gente que te importa o que valoras beba varias consumiciones en pocas horas?	1	2	3	4	5	6	7
ECC18	...sentirte más cariños@?	1	2	3	4	5	6	7
ECC17	...estar más calmad@, más tranquil@?	1	2	3	4	5	6	7
FP10	...celebrar algo bebiendo?	1	2	3	4	5	6	7
ECC25	...evadarte, desconectar?	1	2	3	4	5	6	7
MC05	... lo que tu pareja piense sobre que tú bebas varias consumiciones en pocas horas?	1	2	3	4	5	6	7
FP01	...no beber mucho cuando sales de fiesta?	1	2	3	4	5	6	7
ECC24	...divertirte?	1	2	3	4	5	6	7
FP09	...ir a un botellón?	1	2	3	4	5	6	7
MC06	...lo que piensa la gente de tu barrio sobre tus <i>consumos concentrados</i> ?	1	2	3	4	5	6	7
ECC14	...sentirte más poderos@?	1	2	3	4	5	6	7

ICN12 ¿Cuánt@s de tus amig@s o compañer@s de clase piensan que realizar un *consumo concentrado* es una buena opción?

Ninguno 
→
 Todos

--	--	--	--	--	--	--

**MUCHAS GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN**

**ANEXO II.  
OUTPUTS DE LOS MODELOS DE REGRESIÓN**

REGRESSION  
 /DESCRIPTIVES MEAN STDDEV CORR SIG N  
 /MISSING LISTWISE  
 /STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA CHANGE ZPP  
 /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
 /NOORIGIN  
 /DEPENDENT ACTITUD  
 /METHOD=ENTER ICCxECC .

**Estadísticos descriptivos**

	Media	Desviación típ.	N
ACTITUD	27,95	7,896	567
ICCxECC	383,20	177,729	567

**Correlaciones**

		ACTITUD	ICCxECC
Correlación de Pearson	ACTITUD	1,000	,364
	ICCxECC	,364	1,000
Sig. (unilateral)	ACTITUD	.	,000
	ICCxECC	,000	.
N	ACTITUD	567	567
	ICCxECC	567	567

**Variables introducidas/eliminadas(b)**

Variables introducidas	Variables eliminadas	Método
ICCxECC(a)	.	Introducir

a Todas las variables solicitadas introducidas

b Variable dependiente: ACTITUD

**Resumen del modelo**

				Estadísticos de cambio				
R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Cambio en R cuadrado	Cambio en F	Sig. del cambio en F	gl1	gl2
,364(a)	,133	,131	7,360	,133	86,857	,000	1	566

a Variables predictoras: (Constante), ICCxECC

**ANOVA(b)**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	4704,757	1	4704,757	86,857	,000(a)
Residual	30712,554	565	54,167		
Total	35417,311	566			

a Variables predictoras: (Constante), ICCxECC

b Variable dependiente: ACTITUD

## Coeficientes(a)

	Coeficientes no estandarizados		Coefi estandariz	t	Sig.	Correlaciones		
	B	Error típ.	Beta			Semiparcial	B	Error típ.
(Constante)	21,740	,734		29,625	,000			
ICCxGCC	,016	,002	,364	9,320	,000	,364	,364	,364

a Variable dependiente: ACTITUD

## REGRESSION

/DESCRIPTIVES MEAN STDDEV CORR SIG N  
 /MISSING LISTWISE  
 /STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA CHANGE ZPP  
 /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
 /NOORIGIN  
 /DEPENDENT NORMA\_SUB  
 /METHOD=ENTER ICNxMC .

## Estadísticos descriptivos

	Media	Desviación típ.	N
NORMA_SUB	28,92	19,285	567
ICNxMC	287,80	170,045	567

## Correlaciones

		NORMA_SUB	ICNxMC
Correlación de Pearson	NORMA_SUB	1,000	,316
	ICNxMC	,316	1,000
Sig. (unilateral)	NORMA_SUB	.	,000
	ICNxMC	,000	.
N	NORMA_SUB	567	567
	ICNxMC	567	567

## Variables introducidas/eliminadas(b)

Modelo	Variables introducidas	Variables eliminadas	Método
1	ICNxMC(a)	.	Introducir

a Todas las variables solicitadas introducidas

b Variable dependiente: NORMA\_SUB

## Resumen del modelo

				Estadísticos de cambio				
R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Cambio en R cuadrado	Cambio en F	Sig. del cambio en F	gl1	gl2
,316(a)	,100	,099	18,310	,100	63,074	,000	1	566

a Variables predictoras: (Constante), ICNxMC

**ANOVA(b)**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	21146,814	1	21146,814	63,074	,000(a)
Residual	190098,936	565	335,271		
Total	211245,750	566			

a Variables predictoras: (Constante), ICNxMC

b Variable dependiente: NORMA\_SUB

**Coefficientes(a)**

	Coefficientes no estandarizados		Coeffi estandariz	t	Sig.	Correlaciones		
	B	Error tip.	Beta			Semiparcial	B	Error tip.
(Constante)	18,597	1,510		12,316	,000			
ICNxMC	,036	,005	,316	7,942	,000	,316	,316	,316

a Variable dependiente: NORMA\_SUB

REGRESSION

/DESCRIPTIVES MEAN STDDEV CORR SIG N  
 /MISSING LISTWISE  
 /STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA CHANGE ZPP  
 /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
 /NOORIGIN  
 /DEPENDENT CONTROL\_PERC  
 /METHOD=ENTER ICCTxFP .

**Estadísticos descriptivos**

	Media	Desviación típ.	N
CONTROL_PERC	29,04	4,84	567
ICCTxFP	90,17	50,916	567

**Correlaciones**

		CPprueba	ICCTxFP
Correlación de Pearson	CONTROL_PERC	1,000	,310
	ICCTxFP	,310	1,000
Sig. (unilateral)	CONTROL_PERC	.	,000
	ICCTxFP	,000	.
N	CONTROL_PERC	567	567
	ICCTxFP	567	567

**Variables introducidas/eliminadas(b)**

Modelo	Variables introducidas	Variables eliminadas	Método
1	ICCTxFP(a)	.	Introducir

a Todas las variables solicitadas introducidas

b Variable dependiente: CONTROL\_PERC

## Resumen del modelo

				Estadísticos de cambio				
R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Cambio en R cuadrado	Cambio en F	Sig. del cambio en F	gl1	gl2
,310(a)	,096	,094	4,60844	,096	54,987	,000	1	566

a Variables predictoras: (Constante), ICCTxFP

## ANOVA(b)

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	1167,793	1	1167,793	54,987	,000(a)
Residual	11022,360	565	21,238		
Total	12190,154	566			

a Variables predictoras: (Constante), ICCTxFP

b Variable dependiente: CONTROL\_PERC

## Coeficientes(a)

	Coeficientes no estandarizados		Coefi estandariz	t	Sig.	Correlaciones		
	B	Error típ.	Beta			Semiparcial	B	Error típ.
(Constante)	31,694	,411		77,127	,000			
ICCTxFP	,029	,004	,310	7,415	,000	,310	,310	,310

a Variable dependiente: CONTROL\_PERC

```

REGRESSION
/DESCRIPTIVES MEAN STDDEV CORR SIG N
/MISSING LISTWISE
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA CHANGE ZPP
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
/NOORIGIN
/DEPENDENT INTENCION
/METHOD=ENTER ACTITUD NORMA_SUB CONTROL_PERC

```

## Estadísticos descriptivos

	Media	Desviación típ.	N
INTENCION	9,42	4,268	567
ACTITUD	27,95	7,896	567
NORMA_SUB	28,92	19,285	567
CONTROL_PERC	29,04	4,84	567

**Correlaciones**

		INTENCION	ACTITUD	NORMA_SUB	CONTROL_PERC
Correlación de Pearson	INTENCION	1,000	,577	,411	-,186
	ACTITUD	,577	1,000	,393	-,167
	NORMA_SUB	,411	,393	1,000	-,150
	CONTROL_PERC	-,186	-,167	-,150	1,000
Sig. (unilateral)	INTENCION	.	,000	,000	,000
	ACTITUD	,000	.	,000	,000
	NORMA_SUB	,000	,000	.	,000
	CONTROL_PERC	,000	,000	,000	.
N	INTENCION	567	567	567	567
	ACTITUD	567	567	567	567
	NORMA_SUB	567	567	567	567
	CONTROL_PERC	567	567	567	567

**Variables introducidas/eliminadas(b)**

Variables introducidas	Variables eliminadas	Método
CONTROL_PERC, NORMA_SUB, ACTITUD(a)	.	Introducir

a Todas las variables solicitadas introducidas

b Variable dependiente: INTENCION

**Resumen del modelo**

				Estadísticos de cambio				
R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Cambio en R cuadrado	Cambio en F	Sig. del cambio en F	gl1	gl2
,615(a)	,379	,375	3,251	,379	105,077	,000	3	563

a Variables predictoras: (Constante), CONTROL\_PERC, NORMA\_SUB, ACTITUD

**ANOVA(b)**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	3331,657	3	1110,552	105,077	,000(a)
Residual	5464,147	563	10,569		
Total	8795,804	566			

a Variables predictoras: (Constante), CONTROL\_PERC, NORMA\_SUB, ACTITUD

b Variable dependiente: INTENCION

**Coefficientes(a)**

	Coefficients no estandarizados		Coefi estandariz	t	Sig.	Correlaciones		
	B	Error típ.	Beta			Semiparcial	B	Error típ.
(Constante)	2,894	1,111		2,605	,009			
ACTITUD	,264	,021	,482	12,697	,000	,577	,488	,440
NORMA_SUB	,045	,008	,211	5,572	,000	,411	,238	,193
CONTROL_PERC	-,063	,030	-,074	-2,101	,036	-,186	-,092	-,073

a Variable dependiente: ACTITUD

REGRESSION  
 /DESCRIPTIVES MEAN STDDEV CORR SIG N  
 /MISSING LISTWISE  
 /STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA CHANGE ZPP  
 /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
 /NOORIGIN  
 /DEPENDENT Gr\_mayor\_consumo  
 /METHOD=ENTER INTENCION CONTROL\_PERC .

**Estadísticos descriptivos**

	Media	Desviación típ.	N
Gramos mayor consumo	102,49	61,583	567
INTENCION	9,42	4,268	567
CONTROL_PERC	29,04	4,84	567

**Correlaciones**

		Gramos mayor consumo	INTENCION	CONTROL_PERC
Correlación de Pearson	Gramos mayor consumo	1,000	,417	-,158
	INTENCION	,417	1,000	-,153
	CONTROL_PERC	-,158	-,153	1,000
Sig. (unilateral)	Gramos mayor consumo	.	,000	,000
	INTENCION	,000	.	,000
	CONTROL_PERC	,000	,000	.
N	Gramos mayor consumo	567	567	567
	INTENCION	567	567	567
	CONTROL_PERC	567	567	567

**Variables introducidas/eliminadas(b)**

Variables introducidas	Variables eliminadas	Método
CONTROL_PERC, INTENCION(a)	.	Introducir

a Todas las variables solicitadas introducidas

b Variable dependiente: Gramos mayor consumo

**Resumen del modelo**

				Estadísticos de cambio				
R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Cambio en R cuadrado	Cambio en F	Sig. del cambio en F	gl1	gl2
,428(a)	,183	,180	55,780	,183	51,572	,000	1	566

a Variables predictoras: (Constante), CONTROL\_PERC, INTENCION

**ANOVA(b)**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	320916,209	1	160458,104	51,572	,000(a)
Residual	1431227,528	565	3111,364		
Total	1752143,737	566			

a Variables predictoras: (Constante), CONTROL\_PERC, INTENCION

b Variable dependiente: Gramos mayor consumo

**Coefficientes(a)**

	Coefficientes no estandarizados		Coefi estandariz	t	Sig.	Correlaciones		
	B	Error típ.	Beta			Semiparcial	B	Error típ.
(Constante)	68,037	18,665		3,645	,000			
INTENCION_tot	6,667	,706	,402	9,437	,000	,417	,403	,398
CPprueba	-1,242	,547	-,097	-2,269	,024	-,158	-,105	-,096

a Variable dependiente: Gramos mayor consumo